การติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

A FOLLOW-UP STUDY ON IMPLEMENTATION OF PREVENTION AND CONTROL OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER IN MUANG DISTRICT, KANCHANABURI PROVINCE

สุนทร หงษ์ทอง

งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์และคณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ ได้พิจารณางานนิพนธ์ของ สุนทร หงษ์ทอง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาได้

อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล)

คณะกรรมการสอบงานนิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล)

..... กรรมการ
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงศ์)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.วัลลภ ใจดี)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ อนุมัติให้รับงานนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)
วันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560

ประกาศคุณูปการ

งานนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยผู้ศึกษาได้รับความกรุณาอย่างสูงและดียิ่งจาก รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำงานนิพนธ์อย่างใกล้ชิด ตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ ที่ช่วยชี้แนะ การทำงานนิพนธ์อย่างใกล้ชิดตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ได้แก่ ดร.เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์ ดร.กมลพร แพทย์ชีพ นางเอมอร บุตรแสงดี นายวิสิทธิ์ ปิ่นประชานันท์ นายสมชาย ประเสริฐผล ที่ให้คำแนะนำและข้อคิดอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาเป็นอย่างมาก

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ สสจ. เจ้าหน้าที่ สสอ. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต. สมาชิกเทศบาล/อบต. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และประชาชน ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดกาญจนบุรี ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัว และเพื่อนร่วมงานที่คอยเป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ศึกษาจนทำให้การศึกษาประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี

คุณค่า คุณความดี และประโยชน์ที่ได้รับจากงานนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

สุนทร หงษ์ทอง

สิงหาคม 2560

58920224 : ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)
คำสำคัญ : การติดตามประเมินผล/ การดำเนินงาน/ แรงจูงใจ/ การมีส่วนร่วม/ ความพึงพอใจ

สุนทร หงษ์ทอง: การติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี (A FOLLOW-UP STUDY ON IMPLEMENTATION OF PREVENTION AND CONTROL OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER IN MUANG DISTRICT, KANCHANABURI PROVINCE) อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์: วสุธร ตันวัฒนกุล, Ph.D., 125 หน้า, ปี พ.ศ. 2560.

ตามกระบวนการบริหาร การดำเนินงานตามโครงการ ต้องมีการติดตามประเมิน เพื่อตรวจค้นหาจุดอ่อนหรือช่องว่างของการดำเนินงาน สำหรับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี มีโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นประจำทุกปี ที่ผ่านมายังขาดการติดตามประเมินอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การศึกษานี้จึงต้องการติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอเมืองกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559 โดยใช้ตามรูปแบบการประเมินของสเตก ข้อมูลเก็บช่วงเดือนมกราคม 2560 จากเอกสารราชการ สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 22 คน เจ้าหน้าที่หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 74 คน และส่งแบบสอบถามให้หัวหน้าครัวเรือน 186 คนตอบ ข้อมูลทั้งหมดนำมาสรุปผลด้วยการวิเคราะห์เอกสาร แจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบผลสำเร็จของโครงการด้วย t-test กลุ่มเดียว

ผลการติดตามประเมินผล พบว่า มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวน 40 แห่ง มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 22 คน รับผิดชอบโดยตรง โดยใช้งบประมาณประมาณ 3 ล้านบาท มีผู้ป่วย 111 คน คิดเป็นอัตราความชุก 95.29 ต่อแสนประชากร ลดลงร้อยละ 18.6 จากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง และไม่พบผู้เสียชีวิต ประชาชนมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 78.6 คาดหวังผลการป้องกันมากสุด รองลงมา คาดว่า สามารถป้องกันได้ รับรู้โอกาสเสี่ยง และรับรู้ความรุนแรงน้อยสุด ร้อยละ 84.6, 80.7, 77.2 และร้อยละ 71.7 ตามลำดับ มีส่วนร่วมการดำเนินงานโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 78.7 ร่วมตัดสินใจมากสุด รองลงมา ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับประโยชน์ และร่วมประเมิน ร้อยละ 79.4, 79.4, 78.7 และร้อยละ 76.8 ตามลำดับ ประชาชนพอใจการดำเนินงานโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 76.7 ต่อบุคลากรมากสุด รองลงมาต่อเวลาการดำเนินงาน การดำเนินงาน และสิ่งอำนวยความสะดวก ร้อยละ 77.9, 77.4, 75.9 และร้อยละ 75.3 ตามลำดับ ส่วนเจ้าหน้าที่พอใจเฉลี่ยร้อยละ 68.3 และผู้เกี่ยวข้องพอใจเฉลี่ยร้อยละ 75.4 โดยประชาชนมีแรงจูงใจในการป้องกัน มีส่วนร่วม และมีความ

พึงพอใจต่อการดำเนินงานเฉลี่ยร้อยละน้อยกว่า 80.0 เว้นคาดหวังผลการป้องกัน คาดว่าสามารถป้องกันได้ ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และร่วมรับประโยชน์ เท่านั้นที่ได้เฉลี่ยร้อยละเท่ากับหรือมากกว่า 80.0 ประชาชน เจ้าหน้าที่ และผู้เกี่ยวข้องพอใจผลการดำเนินงานน้อยกว่าร้อยละ 80.0 แสดงว่า การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอเมืองกาญจนบุรี ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จึงควรให้ประชาชนและเจ้าหน้าที่มีแรงจูงใจในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น

58920224 : M.P.H. (PUBLIC HEALTH)
KEYWORD : A FOLLOW-UP/ IMPLEMENTATION/ MOTIVATION/ PARTICIPATION/ SATISFACTION

SUNTHORN HONGTHONG: A FOLLOW-UP STUDY ON IMPLEMENTATION OF PREVENTION AND CONTROL OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER IN MUANG DISTRICT, KANCHANABURI PROVINCE. ADVISOR: VASUTON TANVATANAKUL, Ph.D., 125 P. 2017.

According to the administrative process, project implementation must be monitored, to search for weaknesses or gaps in operations, for use as a guideline continue. Muang Kanchanaburi District Public Health Office, there is a dengue prevention program every year, but the lack of systematic follow up. Therefore, this study needs to monitor the performance of Dengue Hemorrhagic Fever Control in Muang Kanchanaburi District, fiscal year 2016, using Stake's Evaluation model. Data were collected during January 2016 from official documents, a structured interview was conducted with 22 health official, 74 related head officials, and sending questionnaire to 186 heads of household for responding. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, and tested the success of the project with one sample t-test.

The results showed that the prevention of dengue hemorrhagic fever in Amphour Muang Kanchanaburi, had 40 related health office, there were 22 public health personnel directly responsible, the budget about 3,000,000 baht to be used, and found 111 patients with a prevalence rate of 95.29 per 100,000 people, a decrease of 18.6 percent from the median of 5 years and no deaths. There were overall protection motivation at the 78.6 percent of average score; response efficacy in the most, follow by self-efficacy, vulnerability and severity in the least, at the 84.6, 80.7, 77.2 and 71.7 percent of average score respectively. The participation of people, in overall at the 78.7 percent of average score; participation in the decision-marking in the most, follow by participated in implementation, gained benefit and participated in evaluation in the least, at the 79.4, 79.4, 78.7 and 76.8 percent of average score respectively. The satisfaction of people, in overall at the 76.7 percent of average score; satisfaction in the personnel in the most, follow by step for implementation, time and facilities in the least, at the 77.9, 77.4, 75.9 and 75.3 percent of average score respectively. The satisfaction of health officials, in overall at the 68.3 percent of

average score and the satisfaction of related head officials, in overall at the 75.4 percent of average score. The people had motivation, participation and satisfaction with implementation average score less than 80.0 percent. Except response efficacy, self-efficacy, participated in the decision-making, implementation and benefits had average score equal or more than 80.0 percent. People, health officials and related head official with satisfaction less than 80.0 percent. Show that the implementation to prevention and control dengue hemorrhagic fever of Muang Kanchanaburi District not successful as expected. Therefore, the people and health officials should have more motivation to implementation.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... ฉ

สารบัญ..... ซ

สารบัญตาราง..... ญ

สารบัญภาพ..... ฏ

บทที่

1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์ของการศึกษา..... 2

สมมติฐานของการศึกษา..... 2

กรอบแนวคิดในการศึกษา..... 3

ประโยชน์ที่จะได้รับ..... 3

ขอบเขตในการศึกษา..... 4

ข้อจำกัดในการศึกษา..... 4

นิยามศัพท์เฉพาะ..... 5

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 7

สภาพและปัญหาการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก..... 7

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก..... 13

แนวคิดและและทฤษฎีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน..... 15

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง..... 23

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 34

3 วิธีดำเนินการศึกษา..... 37

รูปแบบการศึกษา..... 37

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล..... 37

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล..... 43

การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 47

การวิเคราะห์ข้อมูล..... 48

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
	การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง	49
4	ผลการศึกษา	50
	ปัจจัยที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	51
	การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	51
	ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	56
	ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	59
	ความพึงพอใจในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ	59
	ผลการติดตามจากผู้เกี่ยวข้อง	61
	ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องผู้ให้ข้อมูล	61
	หน้าที่รับผิดชอบและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน	63
	ความพึงพอใจในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง	65
	ผลการติดตามจากประชาชน	68
	ข้อมูลทั่วไปของประชาชนผู้ให้ข้อมูล	68
	แรงจูงใจในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	70
	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	75
	ความพึงพอใจในการดำเนินงานของประชาชน	79
5	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	85
	สรุปผลการศึกษา	86
	อภิปรายผล	90
	ข้อเสนอแนะ	92
บรรณานุกรม		93
ภาคผนวก		98
	ภาคผนวก ก	99
	ภาคผนวก ข	119
	ภาคผนวก ค	121
ประวัติย่อของผู้ศึกษา		125

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละ รพ.สต. ที่เป็นตัวอย่าง..... 40
2 ผลการติดตามประเมินการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก คิดเป็นจำนวนและร้อยละของ รพ.สต..... 53
3 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกคิดเป็นจำนวนและร้อยละของ รพ.สต. 57
4 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จำแนกตามความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก..... 60
5 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก..... 61
6 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป..... 62
7 จำนวนและร้อยละของหน้าที่รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก..... 63
8 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคที่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องพบจากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก..... 64
9 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จำแนกตามความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก..... 65
10 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก..... 66
11 การทดสอบความแปรปรวนระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก..... 67
12 การทดสอบสมมุติฐานระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก..... 67
13 จำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามข้อมูลทั่วไป..... 68
14 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรง..... 70
15 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยง..... 71
16 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามความคาดหวังต่อประสิทธิผล..... 72
17 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามความคาดหวังในความสามารถตนเอง..... 73

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ หน้า

18 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรค..... 74

19 การทดสอบสมมุติฐานระดับแรงจูงใจของประชาชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก..... 74

20 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามการมีส่วนร่วมตัดสินใจ..... 75

21 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามการมีส่วนร่วมปฏิบัติ..... 76

22 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามการมีส่วนร่วมรับประโยชน์..... 77

23 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามการมีส่วนร่วมประเมินผล..... 77

24 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม..... 78

25 การทดสอบสมมุติฐานระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก..... 79

26 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามความพึงพอใจด้านเวลา..... 79

27 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามความพึงพอใจด้านการดำเนินงาน..... 80

28 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามความพึงพอใจด้านบุคลากร..... 81

29 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 82

30 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามความพึงพอใจในภาพรวม..... 82

31 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามระดับความพึงพอใจ..... 83

32 การทดสอบสมมุติฐานระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก..... 84

33 จำนวนข้อมูลทั่วไปของหน่วยงานและปัจจัยที่ใช้ในการดำเนินงาน..... 122

34 ข้อมูลบุคลากรและงบประมาณของ อบต..... 123

35 ข้อมูลบุคลากรและงบประมาณของเทศบาล..... 123

36 จำนวน อัตราป่วย และอัตราตายด้วยโรคไข้เลือดออก ปี 2559 จำแนกตาม รพ.สต..... 124

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	3
2	โครงสร้างรูปแบบการประเมินของสเตก.....	22
3	รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Rogers…….....	26
4	จำนวนกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และประชาชน.....	41
5	จำนวนกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต. และสมาชิกเทศบาล/อบต.	42

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ที่ผ่านมาทุกปี ยังไม่เคยมีการประเมินผลความสำเร็จว่ามีความคุ้มค่ามากน้อยแค่ไหน ประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีแรงจูงใจในการดำเนินงานหรือไม่ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร และมีความพึงพอใจในการดำเนินงานมากน้อยแค่ไหน ทั้ง ๆ ที่มีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาเรื่องโรคไข้เลือดออก ก็ยังเป็นปัญหาที่สร้างความสูญเสียมากมาย ทั้งชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ทั้งที่ทุกฝ่ายได้ช่วยกันรณรงค์ป้องกันควบคุมมาโดยตลอด และได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน แต่โรคไข้เลือดออกไม่ได้ลดลงมากนัก และยังคงมีการระบาดเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี มีการป่วย และการตายจากโรคไข้เลือดออก และมีการระบาดทุกปี จากสถิติผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของจังหวัดกาญจนบุรี ปี 2558 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 1,228 ราย คิดเป็น 145.88/แสนประชากร เสียชีวิต 5 ราย คิดเป็น 0.59/แสนประชากร และจากสถิติผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของอำเภอเมืองกาญจนบุรี ปี 2558 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 371 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 229.53/แสนประชากร (เกณฑ์ไม่เกิน 50/แสนประชากร) และเสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.62/แสนประชากร (เกณฑ์ไม่เกิน 0.12/แสนประชากร) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี, 2558) จะเห็นได้ว่า อำเภอเมืองกาญจนบุรี มีอัตราป่วยและอัตราตายเกินเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง เท่ากับ 117.02/แสนประชากร และได้มีการสำรวจบ้านเรือนประชาชน พบว่า มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI/CI) สูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด และประชาชนไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทั้ง ๆ ที่มีการจัดทำโครงการ มีการสนับสนุนงบประมาณ และมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันรณรงค์เพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และพ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่ เพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกกันทุกปี แต่ก็ยังมีการป่วย และการตายของโรคไข้เลือดออกอยู่อย่างต่อเนื่อง

โครงการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ได้มีการดำเนินการในช่วงปีงบประมาณ 2559 เสร็จสิ้นแล้ว จึงต้องการติดตามและประเมินผลดูว่าการดำเนินงานตามโครงการนั้นได้ผลเป็นอย่างไร มีความสำเร็จแค่ไหน เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยประเมินผลจากการป่วย และการตายจากโรคไข้เลือดออก แรงจูงใจในการป้องกันโรค การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามโครงการ ศึกษาผลกระทบ

ปัญหาอุปสรรคของดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงประเมินผล โดยยึดตามแนวคิดการประเมินผลโครงการของสเตก (Stake's Aproach of Program Evaluation) เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้นั้นไปใช้ในการวางแผนและพัฒนาการดำเนินงานในการจัดทำโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในปีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

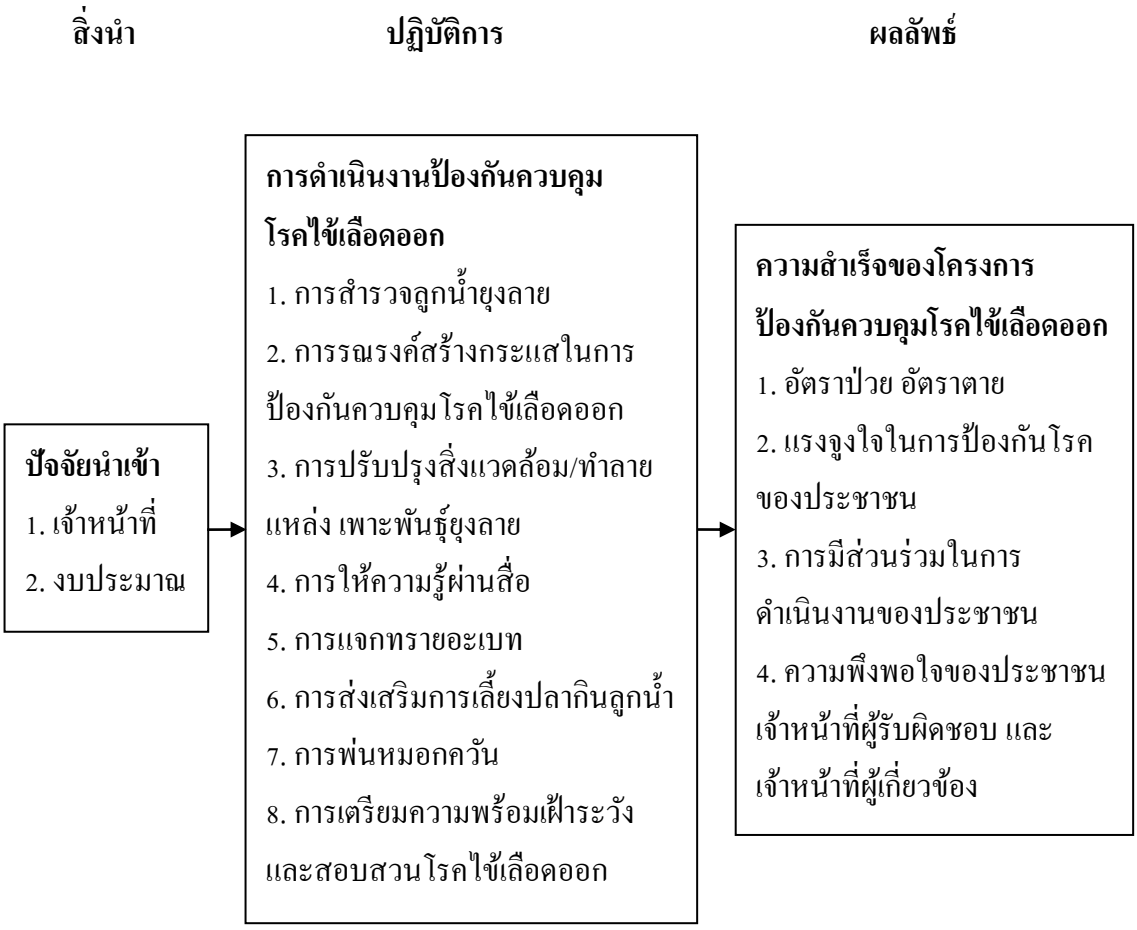
การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559 ในประเด็นต่อไปนี้

1. การป่วย และการตายจากโรคไข้เลือดออก
2. แรงจูงใจในการป้องกันโรคของประชาชน
3. การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
4. ความพึงพอใจของประชาชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

สมมติฐานในการศึกษา

1. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงร้อยละ 50 จากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง และไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก
2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 80
3. เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 80
4. ประชาชนมีแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 80

กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบผลความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2559

2. สามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาในการจัดทำโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในปีต่อไป

3. สามารถใช้เป็นต้นแบบในการติดตามประเมินผลความสำเร็จของโครงการอื่น ๆ ต่อไป

ขอบเขตในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559

การป่วย ประเมินอัตราอุบัติการณ์ และอัตราความชุก

การตาย ประเมินอัตราป่วยตาย

แรงจูงใจในการป้องกันโรค ประเมินตามทฤษฎีของโรเจอร์ 4 มิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังต่อประสิทธิผล และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

การมีส่วนร่วม ประเมินตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานทางสาธารณสุขที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ความพึงพอใจ ประเมินตามแนวคิดของ Aday & Anderson ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเวลา ด้านขั้นตอนการดำเนินงาน ด้านบุคลากร และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

ผู้เกี่ยวข้อง ศึกษาเฉพาะ 3 กลุ่ม ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่อยู่ในหน่วยงานอื่น เช่น เจ้าหน้าที่เทศบาล เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สมาชิกเทศบาล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทน

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ปี 2559 ที่ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้ว ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นต้องเก็บจากเอกสารรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยงาน และสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และอาศัยอยู่ในช่วงปีงบประมาณ 2559 ซึ่งบางท่านอาจย้ายที่อยู่ ย้ายที่ทำงาน หรือจำเหตุการณ์และกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ค่อยได้ และข้อมูลบางอย่างอาจอยู่ไม่ครบ ไม่สมบูรณ์ จึงทำให้การติดตามและประเมินผลมีความยากลำบากมากขึ้น

นิยามศัพท์เฉพาะ

การติดตามประเมินผล หมายถึง การติดตามตรวจสอบความก้าวหน้าในการดำเนินงานและประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ให้ประชาชนป่วยหรือตายด้วยโรคไข้เลือดออก หรือควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย การสำรวจลูกน้ำยุงลาย การรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การให้ความรู้ผ่านสื่อ การแจกทรายอะเบท การส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ การพ่นหมอกควัน และการเตรียมความพร้อมเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไข้เลือดออก

การสำรวจลูกน้ำยุงลาย หมายถึง การตรวจพบลูกน้ำยุงลายที่อยู่ตามภาชนะในครัวเรือนของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ช่วงปีงบประมาณ 2559

การรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันโรค หมายถึง กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่ดำเนินการร่วมกันเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตื่นตัวและเกิดความตระหนักในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม หมายถึง การจัดเก็บบ้านเรือนให้สะอาด ถูกต้องตามตามหลักสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และไม่เป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของยุงลาย

การให้ความรู้ผ่านสื่อ หมายถึง การสอน อบรม ให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์ ได้แก่ การให้ความรู้รายบุคคล รายกลุ่ม โดยใช้เสียงตามสาย การโฆษณาป้ายไวนิล แจกเอกสาร และแผ่นพับ

การแจกทรายอะเบท หมายถึง การดำเนินงานนำสารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลายไปแจกจ่ายให้กับประชาชนโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ไปแจกร่วมกับ อสม. ตามบ้านเรือนประชาชน

การส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ หมายถึง การกระตุ้น ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ หรือแจกจ่ายปลากินลูกน้ำ เช่น ปลาหางนกยูง ปลาสอด ปลากัด เพื่อใส่ในภาชนะที่มีน้ำในครัวเรือน

การพ่นหมอกควัน หมายถึง การดำเนินการพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวแก่ในช่วงรณรงค์ และเมื่อมีผู้ป่วย หรือมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

การเตรียมความพร้อมเฝ้าระวังและสอบสวนโรค หมายถึง การจัดหาและเตรียมความพร้อมในด้านเจ้าหน้าที่ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ทักษะวิชาการและเวลาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เพื่อให้มีศักยภาพในการสอบสวนหาสาเหตุการป่วย และควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้น หรือได้รับแจ้งจากประชาชนในพื้นที่

ความสำเร็จ หมายถึง ผลการดำเนินงานที่บรรลุวัตถุประสงค์ตามโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในด้านอัตราป่วยลดลงร้อยละ 50 จากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (อัตราป่วยไม่เกิน 58.51 ต่อแสนประชากร) ไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก แรงจูงใจของประชาชน การมีส่วนร่วมของประชาชน และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และประชาชน ร้อยละ 80

อัตราป่วย หมายถึง จำนวนประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ในช่วงปีงบประมาณ 2559 เทียบกับประชากรกลางปี ต่อแสนคน

อัตราตาย หมายถึง จำนวนประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ที่ตายด้วยโรคไข้เลือดออก ในช่วงปีงบประมาณ 2559 เทียบกับประชากรกลางปี ต่อแสนคน

แรงจูงใจในการป้องกันโรค หมายถึง สิ่งที่เป็นพลังกระตุ้นให้แต่ละบุคคลกระทำพฤติกรรมหรือเป็นสิ่งที่ชี้แนวทางให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังต่อประสิทธิผล และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ทำให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดำเนินงาน การรับประโยชน์ และการประเมินผล

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และประชาชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยตรง ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในช่วงปีงบประมาณ 2559

เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง หมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ปฏิบัติงาน หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2559 ได้แก่ เจ้าหน้าที่เทศบาล, เจ้าหน้าที่ อบต., สมาชิกเทศบาล, สมาชิก อบต., กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม.

ประชาชน หมายถึง หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้ที่เป็นตัวแทนครัวเรือนผู้ได้รับประโยชน์ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2559

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งจากหนังสือ ตำราวิชาการ และอินเตอร์เน็ต ได้สรุปเนื้อหาและเรียบเรียงตามลำดับ ดังนี้

1. สภาพและปัญหาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
3. แนวคิดและและทฤษฎีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สภาพและปัญหาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา พบว่า ยังมีสภาพที่เป็นปัญหาในเรื่องของความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และการปฏิบัติที่สืบทอดกันมาอย่างยาวนาน ซึ่งยังไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกได้ ทำให้ยังมีการป่วย การตาย และการระบาดในบางพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยมีสภาพและปัญหาการดำเนินงาน ดังนี้

1. สภาพการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มี 3 วิธี ได้แก่

1.1 การป้องกันไม่ให้ยุงกัด เป็นวิธีการหลีกเลี่ยงการถูกยุงลายกัด และกำจัดไม่ให้มียุงลายภายในบ้าน หากพบว่ามียุงลายในบ้านจะต้องทำการขับไล่หรือทำให้หมดสิ้นไป ดังนี้

1.1.1 การนอนในมุ้ง หรือในห้องติดมุ้งลวดที่ปลอดยุงลาย

1.1.2 สวมเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว และควรใช้เสื้อผ้าสีอ่อน ๆ

1.1.3 หลีกเลี่ยงการอยู่ในมุมมืดหรือบริเวณที่ไม่มีลมพัดผ่าน ในห้องควรมีแสงสว่างส่องได้ทั่วถึง มีลมพัดผ่านได้สะดวก

1.1.4 การใช้สารไล่ยุง (Mosquito Repellents) ส่วนใหญ่มีสารออกฤทธิ์จำพวก deet (N, N - Diethyl - m - toluamide) ในระดับความเข้มข้นต่าง ๆ กันและมีหลายรูปแบบ เช่น ชนิดเป็นขด เป็นแผ่น เป็นครีม เป็นน้ำ ฯลฯ ซึ่งเหมาะสำหรับการใช้งานที่แตกต่างกันไป เช่น ใช้ทาผิว ใช้ชุบเสื้อผ้า ใช้ชุบวัสดุปูพื้น เป็นต้น สารป้องกันยุงใช้ทาผิวหนัง เนื่องจากมีกลิ่นที่ยุงไม่ชอบ ทำให้

ยุงบินหนีไปไม่เข้ามาใกล้ (มีคุณสมบัติเป็น Repellents) จึงช่วยป้องกันมิให้ยุงกัด สารนั้นอาจเป็นพิษหรือไม่เป็นพิษต่อยุงก็ได้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) สารที่สกัดได้จากพืช เช่นน้ำมันตะไคร้หอม น้ำมันจากต้นน้ำมันเขียว (ยูคาลิปตัส) เป็นต้น 2) สารที่สังเคราะห์ขึ้นมา เช่น N,N-Diethyl-m-toluamide เป็นต้น

1.2 การกำจัดยุงลาย เป็นการกำจัดยุงตัวแก่ โดยการพ่นสารเคมี หรือใช้อุปกรณ์กำจัดยุงในบริเวณมุมอับภายในบ้าน ตู้เสื้อผ้า และบริเวณรอบ ๆ บ้านทุกสัปดาห์ ดังนี้

1.2.1 การใช้สารเคมี มีทั้งแบบที่เป็นกระป๋องทรงกระบอกอัดน้ำยาเคมีที่สามารถฉีดพ่นได้ทันที เมื่อใช้หมดแล้วไม่สามารถเติมน้ำยาเคมีใหม่ได้ และแบบที่เป็นกระป๋องสี่เหลี่ยมซึ่งต้องเติมน้ำยาเคมีลงในกระบอกฉีด และผู้ใช้ต้องสูบฉีดน้ำยาในขณะพ่นด้วยตนเอง เมื่อน้ำยาเคมีเมื่อใช้หมดกระบอกฉีดแล้ว สามารถเติมน้ำยาใหม่ได้ ปัจจุบันสารเคมีกำจัดยุงมีทั้งชนิดสูตรน้ำมัน (oil base) และชนิดสูตรน้ำ (water base) ซึ่งชนิดสูตรน้ำจะปลอดภัยต่อคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมมากกว่า รวมทั้งไม่ทำให้เครื่องเรือนหรือสิ่งของเปรอะเปื้อนด้วย กลุ่มของสารเคมีกำจัดแมลงที่แพร่หลายและใช้กันมากในขณะนี้แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ตามโครงสร้างและปฏิกิริยาเคมีออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1.2.1.1 Chlorinated hydrocarbon compounds ประกอบด้วยธาตุไฮโดรเจน (H) คาร์บอน (C) และคลอรีน (Cl) ซึ่งสารละลายกลุ่มนี้สลายตัวช้า พบว่ามีการสะสมตามดิน น้ำ ร่างกายมนุษย์ ได้แก่ ดีดีที ดีลดริน ออลดริน เป็นต้น

1.2.1.2 Organo-phosphorus compounds มีการใช้สารกลุ่มนี้มากขึ้นทั้งในการเกษตรและสาธารณสุข เนื่องจากสลายตัวเร็วกว่า ได้แก่ มาลาไธออน เฟนนิโตรไธออน เป็นต้น

1.2.1.3 Carbamate compounds เป็นสารเคมีที่เกิดพิษเร็ว สลายตัวเร็ว ได้แก่ แลนดริน เป็นต้น

1.2.1.4 Synthetic pyrethroids เป็นสารเคมีกลุ่มที่สังเคราะห์ขึ้น มีความสัมพันธ์ตามโครงสร้างของ Pyrethrins ซึ่งสกัดได้จาก Pyrethrum (ดอกเบญจมาศ) เป็นสารที่มีความเป็นพิษต่อแมลงสูง แต่มีความเป็นพิษต่อสัตว์เลือดอุ่นต่ำ ได้แก่ เดลตาเมทริน เพอร์เมทริน เป็นต้น

1.2.2 การใช้อุปกรณ์กำจัดยุง มีอยู่ 2-3 ชนิด 1) ชนิดที่เป็นกับดักไฟฟ้า ใช้ไฟบ้าน 220 โวลท์ โดยหลักการคือใช้แสงไฟล่อให้ยุงบินเข้าไปหากับดัก เมื่อยุงบินไปถูกซี่กรงที่มีไฟฟ้าก็จะถูกไฟฟ้าช็อตตายไป 2) อุปกรณ์กำจัดยุงไฟฟ้าแบบใช้แบตเตอรี่ (ถ่านไฟฉาย) รูปร่างคล้ายกับไม้เทนนิส แต่แทนที่จะเป็นเส้นเอ็นก็เป็นซี่ลวด ซึ่งเมื่อเปิดสวิทช์ก็จะมีกระแสไฟไหลผ่าน ซึ่งผู้ใช้ต้องโบกซี่ลวดให้ถูกตัวยุง แล้วยุงก็จะถูกไฟช็อตตาย (กรมควบคุมโรค, 2545 หน้า 762)

1.3 การกำจัดลูกน้ำยุงลาย เป็นการกำจัดตัวอ่อนของยุงลาย โดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ไม่ให้มีลูกน้ำยุงลายในภาชนะขังน้ำ และการทำให้ลูกน้ำยุงลายหมดสิ้นไป ซึ่งวิธีการกำจัดลูกน้ำยุงลายมีหลายวิธี ได้แก่ วิธีทางกายภาพ วิธีทางชีวภาพ และวิธีทางเคมีภาพ จึงควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับประเภทของแหล่งเพาะพันธุ์ที่พบลูกน้ำยุงลาย โดยต้องพิจารณาทั้งในด้านความปลอดภัยต่อมนุษย์ สัตว์เลี้ยงและสิ่งแวดล้อม ด้านความสะดวกในการใช้ และด้านความประหยัดค่าใช้จ่าย ดังนี้

1.3.1 วิธีทางกายภาพ

1.3.1.1 การปิดปากภาชนะเก็บน้ำด้วยผ้า ตาข่ายไนล่อน ฝาอะลูมิเนียม หรือวัสดุอื่นใดที่สามารถปิดปากภาชนะเก็บน้ำนั้นได้อย่างมิดชิดจนยุงลายไม่สามารถเล็ดลอดเข้าไปวางไข่ได้

1.3.1.2 การหมั่นเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน วิธีนี้เหมาะสำหรับภาชนะเล็ก ๆ ที่เก็บน้ำไม่มาก เช่น แจกันดอกไม้สด ทั้งที่เป็นแจกันที่หิ้งบูชาพระ แจกันที่ศาลพระภูมิ หรือแจกันประดับตามโต๊ะ รวมทั้งภาชนะและขวดประเภทต่าง ๆ ที่ใช้เลี้ยงต้นพลูด่าง พลูฉลุ ออมทอง ไผ่กวนอิม

1.3.1.3 การเติมน้ำเดือดจัด ๆ ทุก 7 วัน วิธีนี้ใช้ได้กับถ้วยหล่อขาตู้กับข้าวกันมด ซึ่งถ้าหากในช่วง 7 วันที่ผ่านมามีลูกน้ำเกิดขึ้น ลูกน้ำก็จะถูกน้ำเดือดลวกตายไป

1.3.1.4 การใช้กระชอนช้อนลูกน้ำ เพื่อลดจำนวนลูกน้ำยุงลายในโอ่งน้ำ บ่อซีเมนต์เก็บน้ำในห้องน้ำห้องส้วม ฯลฯ ให้ลดน้อยลงมากที่สุดและอย่างรวดเร็ว

1.3.1.5 การใส่ทรายธรรมดาในจานรองกระถางต้นไม้ให้ลึกประมาณ 3 ใน 4 ส่วนของความลึกของจานรองกระถางต้นไม้นั้น เพื่อให้ทรายดูดซึมน้ำส่วนเกินจากการรดน้ำต้นไม้ไว้ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสำหรับกระถางต้นไม้ที่ใหญ่ และหนัก ส่วนต้นไม้กระถางเล็กอาจใช้วิธีเทน้ำที่ขังอยู่ในจานรองกระถางต้นไม้ทิ้งไปทุก 7 วัน

1.3.1.5 การเก็บทำลายเศษวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว เช่น ขวด ไห กระป๋อง และยางรถยนต์เก่าที่ไม่ใช้ประโยชน์ หรือการปกคลุมให้มิดชิดเพื่อมิให้เป็นที่รองรับน้ำได้

1.3.1.6 การกลบ ถม หรือการระบายน้ำ บนพื้นที่ไม่เรียบ และมีความแน่น เมื่อเกิดเป็นหลุมเป็นแอ่งจึงขังน้ำไว้ได้ ทำให้ยุงลายสามารถมาวางไข่เพาะพันธุ์ได้ ในกรณีนี้ควรปรับดินให้ร่วนซุยเพื่อให้น้ำไหลผ่านได้ดี หรือใส่ดินเพิ่มลงไปเพื่อกลบแอ่งน้ำขังนั้นเสีย สำหรับรางระบายน้ำฝนตามชายคาบ้านที่อุดตันเนื่องจากมีใบไม้ร่วงหล่นลงไปทับถมกันอยู่ หากมีน้ำขังก็จะกลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ที่ดีของยุงลายได้ จึงควรหมั่นตรวจตราทำความสะอาดรางระบายน้ำฝนเป็นระยะ ๆ

1.3.1.7 การใช้ Polystyrene beads ในบ่อหรือถังเก็บน้ำขนาดใหญ่ เนื่องจาก Polystyrene beads จะลอยตัวอยู่บนผิวน้ำ หากใช้จำนวนมากพอให้ Polystyrene beads แผ่คลุมผิวน้ำได้อย่างสมบูรณ์จะทำให้ลูกน้ำยุงลายขึ้นมาหายใจไม่ได้ ลูกน้ำก็จะตายไป ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของ Polystyrene bead แต่ละเม็ดที่เหมาะสมคือ 2 มิลลิเมตร ในพื้นที่ 3 ตารางเมตรต้องใช้ Polystyrene beads จำนวน 30 ลิตรซึ่งจะแผ่คลุมพื้นที่โดยมีความหนา 1 เซนติเมตร

1.3.1.8 การใช้ขันดักลูกน้ำลอยไว้ในโอ่งน้ำ หรือบ่อซีเมนต์เก็บน้ำที่ปิดฝาไม่ได้ เมื่อลูกน้ำที่ลงไปหากินที่ก้นโอ่งหรือก้นบ่อซีเมนต์ลอยตัวขึ้นมาเพื่อหายใจที่ผิวน้ำ ลูกน้ำจะลอยตัวขึ้นมาบริเวณใต้ขันน้ำซึ่งเป็นเงามืด เข้าไปในปากกรวยและออกมาอยู่ในขันน้ำ เมื่อเราใช้ห้องน้ำและพบว่ามีลูกน้ำอยู่ในขัน ก็ใช้น้ำในขันนั้นราดส้วมไป

1.3.2 วิธีทางชีวภาพ

1.3.2.1 ลูกน้ำยุงยักษ์ (Toxorhynchites spp.) ใช้กินลูกน้ำยุงลายดีมาก โดยเฉลี่ยแล้วลูกน้ำยุงยักษ์หนึ่งตัวสามารถกินลูกน้ำยุงลายระยะที่ 1 ได้ 940 ตัวต่อวัน กินลูกน้ำยุงลายระยะที่ 2 ได้ 315 ตัวต่อวัน กินลูกน้ำยุงลายระยะที่ 3 ได้ 60 ตัวต่อวัน และกินลูกน้ำยุงลายระยะที่ 4 ได้ 20 ตัวต่อวัน นอกจากนี้ยังสามารถกินตัวโม่งของยุงลายได้ 30 ตัวต่อวัน การนำยุงยักษ์ไปปล่อยในภาชนะขังน้ำเพื่อควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงลายนั้นควรใช้ระยะที่เป็นไข่ เนื่องจากสะดวกในการขนส่ง

1.3.2.2 ปลากินลูกน้ำ (Larvivorous fish) ในประเทศไทยมีปลาหลายชนิดที่กินลูกน้ำยุงเป็นอาหาร (นอกเหนือจากการกินตะไคร่น้ำ พืชน้ำ ไรน้ำ ฯลฯ รวมทั้งลูกของมันเองในเวลาที่อาหารอื่น ๆ ขาดแคลน) เช่น ปลาหางนกยูง (Poecilia spp.) และปลาแกมบูเซีย (Gambusia spp.) เป็นต้น โดยใช้ 2 ตัวต่อตุ่มน้ำ จะให้ประสิทธิผลในการควบคุมยุงลายดีที่สุด

1.3.2.3 แบคทีเรีย (มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Bacillus thuringiensis var. israelensis serotype H-14 หรือที่เรียกกันโดยย่อว่า B.t.i.) B.t.i. มีประสิทธิภาพดีในการกำจัดลูกน้ำยุงลายและลูกน้ำยุงก้นปล่อง แต่สำหรับลูกน้ำยุงรำคาญนั้นต้องใช้แบคทีเรียอีกชนิดหนึ่งคือ Bacillus sphaericus จึงจะได้ผลดี มีหลายแบบให้เลือก คือ แบบที่เป็นของเหลว แบบเป็นผง แบบอัดเม็ด แบบเคลือบเม็ดทราย แบบเคลือบซังข้าวโพด แบบเป็นก้อน เป็นต้น อัตราการใช้แบคทีเรียแบบเคลือบเม็ดทราย คือ 2.5 กรัมต่อน้ำ 200 ลิตร และแบบเม็ด คือ 1-2 เม็ดต่อน้ำ 200 ลิตร

1.3.2.4 ไรน้ำจืด (Cyclopoid copepods) มีหลายชนิด ไรน้ำจืดบางชนิดใช้ควบคุมลูกน้ำยุงลายได้ โดยไรน้ำจืด 1 ตัว สามารถกินลูกน้ำ ยุงลายระยะที่ 1-2 ได้ 15-20 ตัวต่อวัน

1.3.2.5 โปรโตซัวบางชนิด เช่น Ascogregarina culicis เป็น Parasite ของลูกน้ำยุงลาย โปรโตซัวชนิดนี้ถูกค้นพบครั้งแรกในยุงลาย Aedes (Stegomyia) sp. ที่ประเทศอินเดีย ต่อมามีการค้นพบในยุงลาย Ae. aegypti ที่บังคลาเทศ อเมริกาใต้ อาฟริกา ฟิลิปปินส์ และ อเมริกาเหนือ

1.3.2.6 เชื้อราหลายชนิดสามารถใช้ควบคุมลูกน้ำยุงลายได้ เช่น Metarhizium anisopliae และ Tolypocladium cylindrosporum โดยเชื้อราจะเข้าไปเจริญเติบโตอยู่ในตัวของลูกน้ำ Metarhizium anisopliae ผลิตสารพิษ ชื่อว่า Depsipeptidase destruxin B และ Desmethyldestruxin B ฆ่าลูกน้ำ

1.3.2.7 ตัวอ่อนแมลงปอ เป็นตัวห้ำ (Predator) กินลูกน้ำยุงและสิ่งมีชีวิตขนาดเล็กอื่นๆที่อยู่ในน้ำเป็นอาหาร

1.3.2.8 ด้วงดิ่ง มวนวน มวนกรรเชียง อาศัยอยู่ในน้ำและเป็นศัตรูธรรมชาติของลูกน้ำยุง มักพบตามแหล่งน้ำธรรมชาติต่าง ๆ รวมทั้งบ่อซีเมนต์เก็บน้ำที่อยู่นอกบ้าน (เอาไว้สำหรับใช้รดน้ำต้นไม้ ล้างจาน ฯลฯ) จะพบแมลงเหล่านี้ในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง

1.3.2.9 ไส้เดือนฝอย (Mermithid nematodes) เป็นตัวเบียนของลูกน้ำ โดยตัวอ่อนของไส้เดือนฝอยจะเข้าไปอาศัยอยู่ภายในบริเวณส่วนอกของลูกน้ำ เมื่อเจริญเติบโตได้ระยะหนึ่งแล้วก็จะไชออกมาทำให้ลูกน้ำตาย

1.3.3 วิธีทางเคมีภาพ

1.3.3.1 การใส่ทรายอะเบทกำจัดลูกน้ำ เป็นทรายที่เคลือบสารเคมีอยู่ในกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟต ซึ่งมีความปลอดภัยสูงต่อคนและสัตว์ ใช้ใส่น้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย อัตราส่วนที่แนะนำให้ใช้คือทรายกำจัดลูกน้ำ 1 กรัมต่อน้ำ 10 ลิตร

1.3.3.2 การใช้เกลือแกง น้ำส้มสายชู ผงซักฟอก หรือน้ำยาซักล้างทั่วไป ทั้งสี่อย่างนี้เป็นของคู่บ้าน/คู่ครัวที่สามารถนำมาใช้ในการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ โดยเฉพาะที่ถ้วยหล่อขาตู้กับข้าว

1.3.3.3 การใช้สารยับยั้งการเจริญเติบโต (Insect Growth Regulator หรือ IGR) เช่น Methoprene เป็นต้น Methoprene เป็นสารเคมีสังเคราะห์เลียนแบบ Juvenile hormone ทำให้การเจริญเติบโตของลูกน้ำผิดปกติไปและตัวโม่งไม่สามารถลอกคราบออกเป็นตัวยุงได้ จึงมีผลทำให้ลูกน้ำและตัวโม่งตายไป

2. ปัญหาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จากสภาพการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา พบว่ามีปัญหาดังนี้

2.1 ปัญหาการป้องกันไม่ให้ยุงกัด พบว่า เจ้าหน้าที่มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงวิธีป้องกันไม่ให้ยุงกัด แต่ประชาชนไม่มีการปฏิบัติอย่างจริงจัง ไม่นอนกางมุ้งตอนกลางวัน เด็กบางคนชอบเล่นในมุมมืด ไม่โล่ง

2.2 ปัญหาการกำจัดยุงลาย พบว่า ประชาชนบางส่วนยังรอให้เจ้าหน้าที่มาพ่นหมอกควันเมื่อมียุงมาก ไม่มีการกำจัดลูกน้ำอย่างต่อเนื่องจึงทำให้มียุงเป็นจำนวนมาก

2.3 ปัญหาการกำจัดลูกน้ำยุงลาย พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายทุกวิธี ซึ่งจำเป็นต้องใช้ทุกวิธีร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ และเคมีภาพ บางวิธีการที่เจ้าหน้าที่แนะนำ ประชาชนไม่สามารถปฏิบัติตามได้ เช่น การใช้ลูกน้ำยุงยักษ์ การใช้แบคทีเรีย ไรน้ำจืด โปรโตซัว และตัวห้ำ ซึ่งประชาชนยังไม่รู้จัก และหาได้ยาก จึงไม่สะดวกในการใช้วิธีเหล่านี้ และบางส่วนยังรอให้เจ้าหน้าที่มาดำเนินการให้ และบางส่วนก็ไม่ให้ความร่วมมือ คิดว่าไม่ใช่หน้าที่ของตนเอง จึงทำให้การกำจัดลูกน้ำยุงลาย และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.3.1 ปัจจัยด้านคน พบว่า เจ้าหน้าที่บางส่วนปฏิบัติงานยังไม่ได้คุณภาพมาตรฐาน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบไม่ได้ทำเอง ให้คนอื่นที่ไม่มีความรู้ไม่มีทักษะความชำนาญไปทำหน้าที่แทน การสอบสวนโรคเพื่อหาแหล่งโรคในพื้นที่ระบาดและดำเนินการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดยังมีความล่าช้า ขาดการพัฒนาศักยภาพของทีม SRRT ในด้านการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ระบาด และดำเนินการควบคุมป้องกันโรคได้ตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาทีมปฏิบัติการควบคุมป้องกันการระบาดในพื้นที่ โดยการสอบสวน ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยเน้นการใช้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานสาธารณสุข ร่วมกับบุคลากรท้องถิ่น มีการประกาศเตือนประชาชนให้ทราบว่ามีโรคไข้เลือดออกระบาดในชุมชน พร้อมกับให้สุขศึกษาแก่ประชาชน และควรมีการเอาใจใส่ในการกระตุ้นเตือนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง

2.3.2 ปัจจัยด้านการบริหาร พบว่า ระบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และการเฝ้าระวังสอบสวนโรคยังไม่ได้มาตรฐาน ทีม SRRT ยังไม่มีความพร้อม ระบบการแจ้งผู้ป่วยยังมีความล่าช้า เนื่องจากการวินิจฉัยโรคยาก ทำให้การควบคุมป้องกันโรคต้องช้าตามไปด้วย และยังขาดการพัฒนาระบบบริหารจัดการในพื้นที่ ผลักดันให้เป็นนโยบายระดับจังหวัด เพื่ออำนาจการสั่งการผ่าน ผู้ว่าราชการจังหวัด/ นายอำเภอจัดประชุมเครือข่ายระดับตำบล เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อกำหนดพื้นที่เสี่ยง ทิศทาง บทบาท และเกณฑ์การติดตามประเมินผล ให้มีระบบการดำเนินงานแบบ Partnership จัดระบบการควบคุมคุณภาพและประเมินผลการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และการประเมินประสิทธิภาพการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก สรุปวิเคราะห์และแนวทางการแก้ไขของ War room เครือข่ายระดับพื้นที่ และการใช้ประโยชน์จากระบบการวิเคราะห์รายงาน การประชาสัมพันธ์ และแจ้งข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างความตระหนักและการให้ความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ผ่านหอกระจายข่าว และสื่อท้องถิ่น

2.3.3 ปัจจัยด้านเครื่องมืออุปกรณ์ พบว่า เครื่องพ่นหมอกควันมีไม่เพียงพอ และเสียบ่อย ขาดการบำรุงรักษา วัสดุอุปกรณ์และเคมีภัณฑ์บาแห่งขาดแคลน ได้มาช้า ไม่ทันกับเวลาที่ต้องการใช้ จึงทำให้การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี, 2559) เป็นส่วนหนึ่งในโครงการพัฒนาคุณภาพงานควบคุมป้องกันโรค และเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559 ซึ่งเป็นโครงการที่ทำเป็นประจำทุกปี มีผู้รับผิดชอบโครงการ คือ คณะทำงาน Road map ที่ 4 คปสอ.เมืองกาญจนบุรี โดยมีรายละเอียดแผนงานโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้

1. หลักการและเหตุผล จากการดำเนินงานปีงบประมาณ 2558 มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 371 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 229.53/แสนประชากร (เกณฑ์ไม่เกิน 50/แสนประชากร) และเสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.62/แสนประชากร (เกณฑ์ไม่เกิน 0.12/แสนประชากร) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and rapid response team: SRRT) เป็นทีมที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนควบคุมโรคและภัยที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องได้รับการเพิ่มพูนทักษะในด้านต่าง ๆ ให้มีศักยภาพ สามารถรายงานโรคและเหตุการณ์ที่ผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว และดำเนินการควบคุมโรคเบื้องต้นในพื้นที่ได้ มีการประสานงาน และทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในลักษณะภาคีเครือข่ายที่ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราให้น้อยลง จึงได้จัดทำโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559 ขึ้น

2. วัตถุประสงค์ของโครงการ

2.1 เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานการเฝ้าระวัง และสอบสวนโรค เตรียมความพร้อมตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

2.2 เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังสอบสวนโรคให้ได้มาตรฐาน

2.3 เพื่อลดอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 50 จากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

2.4 เพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย และยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก

2.5 เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

3. พื้นที่ดำเนินการ มีการดำเนินงานในพื้นที่ รพ.สต. 22 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

4. กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย

4.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทีม SRRT ระดับอำเภอ/ระดับตำบล

4.2 เจ้าหน้าที่ รพ.สต., เทศบาล และ อบต. และผู้เกี่ยวข้อง

4.3 พื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก

5. กลวิธีดำเนินงาน

5.1 การสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย

5.2 การรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

5.3 การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงลาย

5.4 การให้ความรู้ผ่านสื่อ

5.4 การแจกทรายอะเบท

5.6 การส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ

5.7 การพ่นหมอกควัน

5.8 การเตรียมความพร้อมเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไข้เลือดออก

6. ระยะเวลาดำเนินการ ดำเนินงานโครงการในปีงบประมาณ 2559 (เดือนตุลาคม 2558 ถึง เดือนกันยายน 2559**)**

7. งบประมาณ

7.1 จากโรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 965,560 บาท

7.2 จากเทศบาล และ อบต. จำนวน 1,660,160 บาท

7.3 จากหน่วยงาน รพ.สต. ของตนเอง จำนวน 383,500 บาท

รวมทั้งสิ้น 3,009,220 บาท (สามล้านเก้าพันสองร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

8. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

8.1 ลดอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 50 จากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

8.2 ไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก

9. วิธีวัดความสำเร็จ

9.1 ประเมินจากแบบรายงานการสอบสวนโรค

9.2 ประเมินจากอำเภอสามารถควบคุมในพื้นที่ได้

9.3 ประเมินจากอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน

9.4 รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

10. ผลที่คาดว่าจะได้รับ ทีม SRRT ทุกระดับ มีความรู้และทักษะในการสอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพ มีอัตราป่วยลดลง และไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก มีการเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ เกิดความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและเกิดความตระหนักในการร่วมมือกันป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

แนวคิดและทฤษฎีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

1. ความหมายของการประเมินโครงการ ความหมายของการประเมินโครงการ ความหมายของการประเมินผล การประเมินผลเครื่องมือ ของการบริหารงานที่สำคัญ นอกเหนือจากการวางแผน เพราะเป็นกลไกในการตรวจสอบ ตัดสินคุณธรรม และคุณค่า ตลอดจนประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโครงการและงานต่าง ๆ ของหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ดำเนินการไปแล้วมีผู้ให้ความหมายของประเมินผลไว้ดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2542, หน้า 711) ได้กล่าวถึงการประเมินผลไว้ว่า การประเมินผลหมายถึง การพิจารณา และวัดคุณค่าของกิจกรรมใด ๆ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่น ประเมินผลการสัมมนา ประเมินผลการปฏิบัติงานในรอบปีของบริษัท

สเตก (1996 อ้างใน ปุระชัย เปี่ยมสมบรูณ์, 2529) ได้กล่าวถึงการประเมินผลไว้การประเมินผลโครงการ หมายถึง กระบวนการตัดสินใจ ตัดสินคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 4 ประการ คือ

ประการที่ 1 กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ได้แก่ การถามว่าสภาพที่ต้องการคืออะไร

ประการที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการกระทำเพื่อตอบคำถามว่าสภาพที่เป็นจริงคืออะไร

ประการที่ 3 เปรียบเทียบสภาพที่เป็นจริงกับสภาพที่ต้องการ มีความเหมือนหรือต่างกันอย่างไร

ประการที่ 4 การตัดสินใจจากผลการเปรียบเทียบสภาพที่เป็นจริง กับสภาพที่ต้องการ

อัญชลี ธรรมะวิธีกุล (2558) ได้กล่าวไว้ว่า การประเมินโครงการ หมายถึง กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบและนำผลมาใช้ในการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิผลของการดำเนินโครงการซึ่งอาจสรุปได้ คือ การประเมินโครงการเป็นกระบวนการที่จัดทำขึ้นมาอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลเป็นจริงที่เชื่อถือได้

กล่าวโดยสรุป คือ การประเมินผลโครงการ คือกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งจัดขึ้นมาอย่างเป็นระบบนำไปวิเคราะห์ติดตามให้โครงการนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ หาโอกาสปรับปรุงและพัฒนาให้โครงการมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลเพิ่มขึ้น

2. หลักการและความสำคัญของการประเมินโครงการ การประเมินโครงการเป็นการตรวจสอบประสิทธิภาพ หรือประสิทธิผลของโครงการที่จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ ในการบริหารจัดการ ปรับปรุง พัฒนาโครงการ จากความหมายของการประเมินโครงการ

เป็นกิจกรรมที่ขาดไม่ได้ เนื่องจากมีประโยชน์ยิ่งต่อการตัดสินใจของผู้บริหารและผู้รับผิดชอบโครงการ สรุปได้ดังนี้ (พิชิต ฤทธิ์จรูญ, 2557)

2.1 ช่วยให้ได้ข้อมูลสารสนเทศต่างๆ เกี่ยวกับโครงการที่นำไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดโครงการ การตรวจสอบความพร้อมของทรัพยากรต่างๆที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินโครงการ ตลอดจนความเป็นไปได้ในการจัดทำโครงการ

2.2 ช่วยให้ทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการซึ่งนำมาใช้ในการตัดสินใจเพื่อปรับปรุง แก้ไขการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางที่ต้องการ

2.3 ช่วยให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการที่นำมาใช้ในการตัดสินใจและวินิจฉัยว่าจะดำเนินโครงการในช่วงต่อไปอย่างไร ยกเลิกหรือปรับขยายการดำเนินโครงการต่อไปอีก

2.4 ช่วยให้ได้ข้อมูลที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพของโครงการว่าเป็นอย่างไร คุ้มค่ากับการลงทุนหรือไม่

2.5 ช่วยให้เกิดการเสริมแรงหรือสร้างพลังจูงใจให้กับผู้ปฏิบัติงานในโครงการเมื่อทราบผลสำเร็จ จุดเด่น หรือจุดด้อยของโครงการ โดยจะมุ่งมั่นปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินโครงการให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้น ซึ่งจะเกิดคุณค่าและประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการหรือองค์กร

3. ประโยชน์ของการประเมินโครงการ เยาวดี รางชัยกุล วิบูลย์ศรี (2556) ให้ความเห็นว่าการประเมินโครงการจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการบริหารโครงการ 4 ประการ ดังนี้

3.1 การประเมินเป็นเครื่องมือของการรับรองคุณภาพในการให้บริการ ถึงแม้จะไม่สามารถประกันผลสัมฤทธิ์ขั้นสูงสุดของโครงการได้ แต่ก็สามารถจะรับรองคุณภาพของการให้บริการในระดับหนึ่งได้ ด้วยเหตุนี้องค์กรที่เป็นเจ้าของโครงการต่างๆจำนวนมาก จึงเห็นความจำเป็นที่ต้องใช้วิธีประเมินโครงการเพื่อให้เป็นที่ยอมรับและเป็นที่น่าเชื่อถือจากบุคคลที่เกี่ยวข้องรวมทั้งจากประชาชนทั่วไปด้วย

3.2 การประเมินช่วยให้ผู้สนับสนุนด้านเงินทุนได้รับทราบปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานของโครงการ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์จากสภาพการณ์ที่เป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการที่จัดขึ้นเพื่อการกุศล เช่น โครงการอาหารกลางวันสำหรับเด็กนักเรียนที่ด้อยโอกาสจากการประเมินโครงการดังกล่าว ย่อมทำให้ทราบว่าทุนที่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการนี้ มีจำนวนเพียงพอหรือไม่ เด็กนักเรียนที่เขารับบริการจากโครงการประเภทนี้ มีความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในด้านใดบ้าง ทั้งนี้เพื่อจะได้หาทางปรับปรุงหรือแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

3.3 การประเมินช่วยให้ได้ข้อมูลซึ่งเป็นสารสนเทศที่มีคุณค่าสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ หน่วยงานที่ต้องพิจารณาจัดสรรเงินทุนเพื่อให้การสนับสนุนโครงการ เช่น สำนักงบประมาณ แผ่นดิน เป็นต้น จะเห็นได้ว่า ก่อนที่จะมีการอนุมัติงบประมาณให้แก่โครงการใด ๆ ทางสำนักงบประมาณแผ่นดินก็มักจะขอข้อมูลสารสนเทศที่เป็นผลการประเมินจากหน่วยงาน ซึ่งจัดทำโครงการเหล่านั้นไปประกอบการพิจารณาด้วยเสมอ ทั้งนี้เพื่อให้การจัดสรรเงินงบประมาณเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพลดคำวิพากษ์วิจารณ์ และสอดคล้องกับความต้องการที่เป็นจริง

3.4 การประเมินช่วยให้ เห็นความสำคัญของแต่ละโครงการตามลำดับก่อนหลัง โดยสามารถจะทราบได้ว่า โครงการใดมีความจำเป็นเร่งด่วนกว่ากัน ทั้งนี้เพื่อช่วยแก้ปัญหาในการคัดเลือกโครงการ ตลอดจนช่วยลดความกดดันจากอำนาจทางการเมือง อันเนื่องมาจากโครงการมีจำนวนมาก (ทั้งจากการขยายโครงการและโครงการที่ต่อเนื่อง)แต่เงินทุนสนับสนุนมีจำนวนจำกัด ดังนั้นการประเมินโครงการต่าง ๆ อย่างมีระบบและครบทุกขั้นตอนจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ซึ่งจะช่วยชี้แนะได้ว่า โครงการใดควรจะได้รับการพิจารณาให้การสนับสนุนก่อน และโครงการใดควรจะให้การสนับสนุนในลำดับถัดไป เป็นต้น

4. ประเภทของการประเมินโครงการ การแบ่งประเภทการประเมินโครงการ มิใช่เป็นการกำหนดเกณฑ์เด็ดขาด แต่จำเป็นต้องอาศัยเกณฑ์หลายชนิดมาจำแนกประเภท เช่น ใช้เวลา วัตถุประสงค์วิธีการและรูปแบบการประเมินมาบ่งบอกถึงประเภทของการประเมินซึ่งในที่นี้อาจจำแนกการประเมินโครงการออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2552)

4.1 การประเมินโครงการก่อนดำเนินการ (Preliminary evaluation) เป็นการศึกษาประเมินความเป็นไปได้ (Feasibility study) ก่อนที่เริ่มโครงการใดๆ โดยอาจทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของปัจจัยป้อน ความเหมาะสมของกระบวนการที่คาดว่าจะนำมาใช้ในการบริหารจัดการโครงการ ปัญหา อุปสรรค ความเสี่ยงของโครงการ ตลอดจนผลลัพธ์ หรือประสิทธิผลที่คาดว่าจะได้รับ ในขณะเดียวกันก็อาจจะศึกษาปลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในด้านต่าง ๆ เช่น

4.1.1 การประเมินผลกระทบด้านสังคม (Social impact assessment-SIA)

4.1.2 การประเมินผลกระทบด้านนิเวศ (Ecological impact assessment-EIA)

4.1.3 การประเมินผลกระทบด้านการเมือง (Political impact assessment-PIA)

4.1.4 การประเมินผลกระทบด้านเทคโนโลยี (Technological impact assessment-TIA)

4.1.5 การประเมินผลกระทบด้านประชากร (Population impact assessment-PIA)

4.1.6 การประเมินผลกระทบด้านนโยบาย (Policy impact assessment-POIA)

4.1.7 การประเมินผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ (Economic impact assessment)

การประเมินโครงการก่อนการดำเนินการนี้มีประโยชน์สำหรับนักลงทุน เพื่อศึกษาดูว่าก่อนลงมือโครงการใด ๆ นั้น จะเกิดความคุ้มค่าแก่การลงทุน (Cost effectiveness) หรืออาจจะเกิดผลกระทบต่อระบบสิ่งแวดล้อมทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ประชากร เทคโนโลยี และระดับนโยบายหรือไม่ หากได้ทำการศึกษารอบคอบแล้วอาจจะได้ผลการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะได้เกิดประโยชน์หรือโทษอย่างไร ปัญหาอุปสรรคเป็นอย่างไร เพื่อผู้เป็นเจ้าของโครงการจะได้ตัดสินล่วงหน้าว่าจะเลิกล้มโครงการหรือปรับปรุงองค์ประกอบ และกระบวนการบริหารจัดการโครงการเพียงใด เพื่อให้เกิดผลดี

4.2 การประเมินระหว่างดำเนินการโครงการ (Formative evaluation) เป็นการประเมินผลเพื่อการปรับปรุงเป็นสำคัญซึ่งมักจะใช้ประเมินผลระหว่างแผนหรือระหว่างพัฒนาโครงการ ผลที่ได้จาก Formative evaluation นั้นจะช่วยตั้งวัตถุประสงค์ของโครงการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่แท้จริง นอกจากนั้น Formative evaluation อาจใช้ในระหว่างดำเนินโครงการ ซึ่งจะช่วยตรวจสอบว่า โครงการได้ดำเนินไปตามแผนงานของโครงการอย่างไร อาจมีการเรียกชื่อเฉพาะว่า Implementation evaluation หรือ Formative evaluation อาจตรวจสอบความก้าวหน้าของโครงการว่าดำเนินได้ผลเพียงไร เรียกว่า Progress evaluation โดยทั่วไปแล้ว Formative evaluation อาจใช้ประเมินสิ่งต่อไปนี้

4.2.1 ทบทวนแผนของโครงการ

4.2.2 การสร้างแผนของโครงการ

4.2.3 การพัฒนาแบบสอบถาม (Questionnaire) หรือรายการ (Check list) สำหรับรวบรวมข้อมูลตามเรื่องที่ต้องการ

4.2.4 การคัดเลือกวิธีการวัดผลที่เหมาะสม

4.2.5 การกำหนดตารางเวลาการประเมินผลให้สอดคล้องกับการดำเนินโครงการ

4.2.6 การเตรียมข้อมูลที่จะเป็นข่าวสารสำหรับการรายงานและเสนอแนะสำหรับการตัดสินเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ

4.2.7 การแนะนำแนวทางปรับปรุง การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของโครงการ

4.3 การประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการหรือประเมินผลผลิต (Summative evaluation) เป็นการประเมินผลรวมสรุป มักจะใช้ประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ สำหรับโครงการที่มีการดำเนินระยะยาวก็อาจใช้ Summative evaluation ในการสรุปย่อความระยะยาวต่าง ๆ ข้อมูลที่ได้จากระยะต่างๆ จะช่วยให้มีการประเมินสรุปรวมนั้น ส่วนใหญ่จะรวบรวมจากผลของ Formative evaluation เป็น Summative evaluation ซึ่งผลสรุปที่ได้จะนำสู่การรายงานว่า โครงการได้บรรลุเป้าหมาย

(Goals) หรือไม่อย่างไร ตลอดจนการรายงานถึงสถานภาพของโครงการว่าประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวเพียงไร มีปัญหาหรืออุปสรรคใดที่ต้องมีการแก้ไขปรับปรุงข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้บริหารโครงการสามารถนำไปสู่การตัดสินว่า โครงการนั้นควรดำเนินการต่อหรือยกเลิก

4.4 การประเมินประสิทธิภาพ การประเมินโครงการโดยทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยที่ผ่านมา ยังจำกัดอยู่ตาเพียงการประเมินผลผลิต โดยมุ่งที่จะทราบความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ให้บริการหรือผู้ให้ทุนในการยุติหรือขยายโครงการ แต่ในปัจจุบันนักประเมินและผู้บริหารโครงการ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินประสิทธิภาพของโครงการด้วย โดยถือว่าเป็นประเภทของการประเมินที่จำเป็นสำหรับโครงการบริการทั่วไป เพราะจะช่วยเสริมให้โครงการเหล่านั้น สามารถดำเนินการอย่างสอดคล้องกับสภาวการณ์ของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โครงการที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาท้องถิ่น หรือโครงการที่เป็นตัวกำหนดเกณฑ์สำคัญสำหรับประกันโครงการขนาดใหญ่ระดับชาติที่จะไม่ต้องสูญเสียทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดโดยไม่จำเป็น การดำเนินโครงการบริการสังคมนั้นจะไม่มุ่งแต่เพียงความสำเร็จของโครงการเท่านั้น แต่จะต้องให้คุ้มค่าในเชิงของประสิทธิภาพด้วย ซึ่งโดยปกติการประเมินประสิทธิภาพของโครงการมักจะเริ่มจากคำถามแตกต่างกัน เช่น

4.4.1 ความสำเร็จของโครงการนั้น ๆ เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายแล้วมีความเหมาะสมหรือไม่

4.4.2 ผลผลิตของโครงการเกิดจากปัจจัยที่ลงทุนไปใช่หรือไม่

4.4.3 โครงการมีผลผลิตสูงกว่าโครงการอื่นเมื่อลงทุนเท่ากันหรือไม่ เพราะเหตุใด

5. รูปแบบการประเมินโครงการ เยาวดี รางชัยกุล วิบูลย์ศรี (2556) ได้แบ่งรูปแบบการประเมินเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

5.1 กลุ่มรูปแบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจ (Decision oriented evaluation) ใช้การประเมินที่เป็นระบบ โดยมีขั้นตอนการประเมินที่ครบวงจร ซึ่งให้สารนเทศเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสม

5.2 กลุ่มรูปแบบการประเมินเพื่อการตัดสินคุณค่า (Value oriented evaluation) นักประเมินกลุ่มนี้เห็นว่า การประเมินเป็นการให้คุณค่า โดยให้ความสำคัญกับผลผลิตที่เกิดจากโครงการทั้งหมดรวมทั้งสามารถตัดสินคุณค่าได้อย่างเหมาะสมและตรงตามผลการประเมินที่แท้จริง ไม่ว่าผลการประเมินจะเป็นดังที่คาดหวังหรือไม่ก็ตาม รูปแบบการประเมินโครงการเป็นกรอบ หรือแนวความคิดสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงกระบวนการหรือรายการประเมิน ซึ่งมีนักวิชาการด้านประเมินได้เสนอกรอบความคิดให้นักประเมินได้เลือกใช้มีหลายรูปแบบ สมคิด พรมจุ้ย (2542, หน้า 42) โดยรูปแบบการประเมินโดยทั่วไปนิยมแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

5.2.1 รูปแบบการประเมินที่เน้นจุดมุ่งหมายเป็นหลัก (Objective based model) เป็นรูปแบบที่เน้นจุดมุ่งหมาย หรือเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์เป็นหลัก โดยดูว่าผลที่เกิดจากการปฏิบัติงานบรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ได้แก่ รูปแบบการประเมินของไทเลอร์ (Tyler), ครอนบาค (Cronbach) และเคิร์กแพททริค (Kirkpatrick)

5.2.2 รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินคุณค่า (Judgmental evaluation model) เป็นรูปแบบการประเมินที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศ สำหรับการกำหนดและวินิจฉัยคุณค่าและโครงการนั้น ๆ ได้แก่ รูปแบบการประเมินของสเตก (Stake), สคริฟเวน (Scriven), โพรวัส (Provus)

5.2.3 รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินใจ (Decision – oriented evaluation model) เป็นรูปแบบการประเมินทมจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและข่าวสารต่าง ๆ เพื่อช่วยผู้บริหารในการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ รูปแบบการประเมินของเวลช์ (Welch), สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) และอัลคิน (Alkin)

กล่าวโดยสรุปรูปแบบของการประเมินโครงการนั้นนักวิชาการและนักประเมินแต่ละท่านได้แบ่งรูปแบบของการประเมินที่แตกต่างกันไป แต่อาจจะพิจารณาได้จากจุดมุ่งหมายของการประเมินโครงการเป็นหลัก เป้าหมายของการประเมิน และวิธีการที่จะนำมาใช้ในการประเมินโครงการ

6. การประเมินตามแนวคิดของสเตก (Stake's concepts and model of evaluation)

โรเบอร์ต อี สเตก (Robert E. Stake) ได้มีการพัฒนารูปแบบการประเมินโดยใช้ตามแนวคิดของครอนบาค และสคริฟเวนเป็นพื้นฐาน รูปแบบการประเมินของสเตกนำมาประยุกต์ได้อย่างกว้างขวางในการประเมินโครงการ ตามความคิดของสเตก หมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวกับการบรรยาย และตัดสินคุณค่าของโครงการ หรือเป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ จุดมุ่งหมายของการประเมินมี 2 ประการคือ เพื่อต้องการได้ข้อมูลต่าง ๆ ที่นำมาบรรยายเกี่ยวกับโครงการนั้น และเพื่อต้องการได้ข้อมูลต่าง ๆ ที่สามารถนำมาใช้ในการตัดสินคุณค่าของโครงการ (สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2558)

6.1 โครงสร้างของรูปแบบการประเมิน สเตกได้เสนอโครงสร้างของรูปแบบการประเมินเคานท์ทิแนนซ์ (Countenance model) ซึ่งตามโครงสร้างของรูปแบบนี้ ได้จำแนกข้อมูลการประเมินออกเป็น 2 ส่วน คือ เมตริกซ์บรรยาย (Description matrix) และเมตริกซ์การตัดสินคุณค่า (Judgement matrix) และได้เสนอว่าก่อนบรรยาย หรือตัดสินคุณค่าของโครงการใด ๆ ได้จำแนกสิ่งที่ต้องพิจารณาออกเป็น 3 ส่วน คือ

6.1.1 สิ่งนำหรือปัจจัยเบื้องต้น (Antecedents) หมายถึง สภาพเงื่อนไขหรือปัจจัยต่าง ๆ ในการดำเนินโครงการ

6.1.2 กระบวนการหรือการปฏิบัติ (Transaction) หมายถึง กิจกรรมดำเนินตามกิจกรรมที่ปฏิบัติ พฤติกรรมระหว่างบุคคล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างครูกับอาจารย์ นักเรียนกับนักเรียน เป็นต้น

6.1.3 ผลลัพธ์หรือผลการดำเนินงาน (Outcome) หมายถึง ผลผลิตที่ได้จากโครงการในการเก็บข้อมูลผู้ประเมินต้องบันทึกข้อมูลทั้ง 3 ชนิดนี้ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

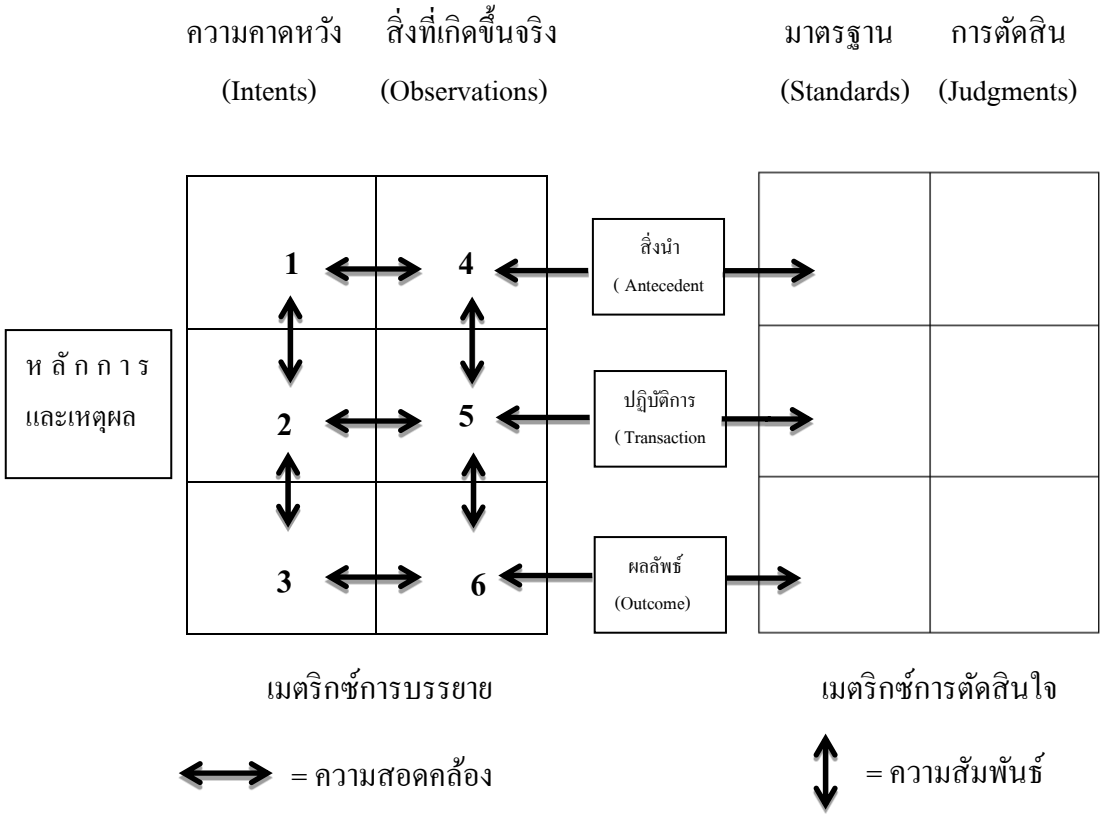
6.1.3.1 ความคาดหวังหรือแผนงาน (Intents) หมายถึง สิ่งที่คาดหวังไว้จำแนกเป็นความคาดหวังเกี่ยวกับปัจจัยเบื้องต้น การปฏิบัติ และผลการดำเนินงานโครงการ

6.1.3.2 สิ่งที่เกิดขึ้นจริง (Observations) หมายถึง สภาพที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งจำแนกเป็นสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเกี่ยวกับปัจจัยเบื้องต้น การปฏิบัติ และผลการดำเนินงาน

6.1.3.3 มาตรฐาน (Standards) หมายถึง แนวทางการดำเนินงาน คุณลักษณะที่ควรจะมี ควรจะทำ หรือควรจะได้รับ เกี่ยวกับปัจจัยเบื้องต้น การปฏิบัติ และผลการดำเนินงาน

6.1.3.4 การตัดสินใจ (Judgment) หมายถึง ผลการพิจารณาการตัดสินใจ เป็นการพิจารณาสรุปเกี่ยวกับปัจจัยเบื้องต้น การปฏิบัติ และผลการดำเนินงาน

6.2 วิธีการประเมิน ผู้ประเมินต้องพิจารณาข้อมูลเพื่อการบรรยายก่อน คือต้องมีการศึกษาความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเบื้องต้น การปฏิบัติและผลลัพธ์ เมื่อได้ผลอย่างไรแล้วจึงเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ และมาตรฐานที่คาดว่าจะให้เกิดขึ้นแล้วตัดสินใจ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 โครงสร้างรูปแบบการประเมินของสเตก
ที่มา: เยาวดี รางชัยกุล วิบูลย์ศรี (2556)

สเตก เสนอวิธีการประเมินในรูปของเมตริกซ์ (Matrix) สองประการคือ เมตริกซ์การบรรยายและเมตริกซ์การตัดสินใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.2.1 ในเมตริกซ์การบรรยาย แบ่งออกเป็น 6 ช่อง คือ

ช่องที่ 1 หมายถึง ภาวการณ์ที่คาดหวังว่าต้องมีอยู่ก่อนที่การดำเนินงานโครงการเกิดขึ้น โดยถือว่าเป็นภาวการณ์ที่เอื้ออำนวยให้เกิดผลตามได้มุ่งหมายไว้

ช่องที่ 2 หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นในการดำเนินการตามความคาดหวังว่าจะเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ คือ ก่อให้เกิดผลตามได้มุ่งหมายไว้

ช่องที่ 3 หมายถึง ผลผลิตที่คาดหวังว่าจะได้รับหลังจากการดำเนินงาน

ช่องที่ 4 หมายถึง ปัจจัยที่มีอยู่จริงก่อนที่เริ่มโครงการ

ช่องที่ 5 หมายถึง กระบวนการดำเนินงานตามที่สังเกตได้จริงจากโครงการ

ช่องที่ 6 หมายถึง ผลผลิตที่ได้จริง ๆ หลังจากโครงการจบลงแล้ว

ตั้งแต่ช่องที่ 1 ถึง 6 ผู้ประเมินต้องพิจารณาข้อมูลใน 2 แนว คือในแนวตั้ง ได้แก่ ช่อง 1-2-3 และ 4-5-6 ควรมีความสัมพันธ์กัน เพื่อดูว่าปัจจัยเบื้องต้นเอื้ออำนวยต่อกระบวนการหรือไม่และในแนวนอนได้แก่ 1-4, 2-5 และ 3-6 ต้องมีสอดคล้องกันทั้งนี้เพื่อต้องการทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติจริง ๆ ในแต่ละส่วนตามแนวตั้งนั้นมีความสอดคล้องกับสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ประการใด และต้องมีการปรับปรุงในส่วนใดบ้าง เมื่อพิจารณาในแนวตั้งและในแนวนอนแล้วพบว่ามีความสัมพันธ์และสอดคล้องกัน แสดงว่าโครงการนั้นเป็นโครงการที่บรรลุผลตามที่คาดหวังไว้

6.2.2 เมตริกซ์ในการตัดสินใจ จำเป็นต้องใช้เกณฑ์มาตรฐานเพื่อพิจารณาข้อมูลที่ได้ จากเมตริกซ์บรรยาย เกณฑ์มาตรฐานนี้อาจมีอยู่ก่อนแล้วหรือตั้งขึ้นใหม่โดยคณะกรรมการหรือผู้รับผิดชอบโครงการก็ได้ สำหรับที่มาของการตัดสินใจ ควรให้ผู้ประเมินมีบทบาทด้วย คือ ต้องสรุปออกมาให้ได้ว่า โครงการการศึกษามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด หรือต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่จุดใดหรือมีปัจจัยอะไรเป็นตัวเกื้อหนุน หรือเป็นอุปสรรคต่อโครงการ

ดังนั้น แนวคิดของสเตก แตกต่างไปจากแนวคิดของคนอื่น ๆ ตรงที่พบว่าผลผลิตยังไม่ดีไม่ได้หมายความว่า การวางแผนไม่ดีหรือหลักสูตรไม่ดี แต่อาจบกพร่องที่องค์ประกอบอื่น ๆ เช่น การจัดสภาพแวดล้อม ผู้สอน ผู้บริหาร ผู้เรียน หรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ก็ได้

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและหลักการบริหารตามระบบคุณภาพ การบริหารงานของโครงการตามระบบคุณภาพ PDCA เป็นกิจกรรมพื้นฐานการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Do) ตรวจสอบ (Check) ปรับปรุง (Act) การดำเนินงาน PDCA อย่างเป็นระบบให้ครบวงจรอย่างต่อเนื่องหมุนเวียนไปเรื่อย ๆ ย่อมส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น วงจร PDCA นี้ได้พัฒนาโดย ดร.ชิวฮาร์ท ต่อมา ดร.เดมมิ่ง ได้นำมาเผยแพร่จนเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย ขั้นตอนแต่ละขั้นตอนของวงจร PDCA มีรายละเอียดดังนี้ (วรภัทร์ ภู่เจริญ, 2554 หน้า 36, 45)

1.1 การวางแผน (Plan) หมายถึง การกำหนดเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน วิธีการและขั้นตอนที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ในการวางแผนจะต้องทำความเข้าใจกับเป้าหมาย วัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เป้าหมายที่กำหนดต้องเป็นตามนโยบาย วิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร การวางแผนในบางด้านอาจจำเป็นต้องกำหนดมาตรฐานของวิธีการทำงาน หรือเกณฑ์มาตรฐานต่าง ๆ ไปพร้อมกันด้วยข้อกำหนดที่เป็นมาตรฐานนี้จะช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เพราะใช้เป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบได้ว่าการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานที่ได้ระบุไว้ในแผนหรือไม่

1.2 การปฏิบัติ (Do) หมายถึง การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งก่อนที่จะปฏิบัติงานใด ๆ จำเป็นต้องศึกษาข้อมูลและเงื่อนไขต่าง ๆ ของสภาพงานที่เกี่ยวข้องเสียก่อน ในกรณีที่เป็นงานประจำที่เคยปฏิบัติหรือเป็นงานเล็กอาจใช้วิธีการเรียนรู้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ถ้าเป็นงานใหม่หรืองานใหญ่ที่ต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก อาจต้องจัดให้มีการฝึกอบรมก่อนที่จะปฏิบัติจริง การปฏิบัติจะต้องดำเนินไปตามแผน วิธีการ และขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ และจะต้องเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานไว้ด้วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

1.3 การตรวจสอบหรือการประเมิน (Check) เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อประเมินผลว่ามีการปฏิบัติตามแผนหรือไม่ มีปัญหาเกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติหรือไม่ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญเนื่องจากในการดำเนินงานใด ๆ มักจะเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนอยู่เสมอ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการทำงาน การติดตามการตรวจสอบและการประเมินปัญหาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องกระทำควบคู่ไปกับการดำเนินงานเพื่อจะได้ทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพของการดำเนินงานต่อไป ในการตรวจสอบและการประเมินการปฏิบัติงานจะต้องตรวจสอบด้วยว่าการปฏิบัติงานนั้นเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพของงาน

1.4 การปรับปรุงแก้ไขการทำงาน (Act) เป็นกิจกรรมที่มีขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากได้ทำการตรวจสอบแล้ว การปรับปรุงอาจเป็นการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเฉพาะหน้า หรือการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำรอยเดิม การปรับปรุงอาจนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานของวิธีการทำงานที่ต่างจากเดิมเมื่อมีการดำเนินงานตามวงจร PDCA ในรอบใหม่ ข้อมูลที่ได้จากการปรับปรุงจะช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์และมีคุณภาพเพิ่มขึ้นได้ด้วย สรุปได้ว่า การบริหารในระดับต่าง ๆ ทุกระดับตั้งแต่เล็กสุด คือการปฏิบัติงานประจำวันของบุคคลคนหนึ่งจนถึงโครงการในระดับใหญ่ที่ต้องใช้กำลังคนและเงินงบประมาณจำนวนมาก ย่อมมีกิจกรรม PDCA เกิดขึ้นเสมอ โดยมีการดำเนินกิจกรรมที่ครบวงจรบ้าง ไม่ครบวงจรบ้าง แตกต่างกันตามลักษณะงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ในแต่ละองค์กรจะมีวงจร PDCA อยู่หลาย ๆ วง ซึ่งวงใหญ่ที่สุดคือ วงที่มีวิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรเป็นแผนงาน อาจครอบคลุมระยะเวลาต่อเนื่องกันหลายปีจึงจะบรรลุผล การจะผลักดันให้วิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรปรากฏเป็นจริงได้จะต้องปฏิบัติ โดยนำแผนยุทธศาสตร์มากำหนดเป็นแผนการปฏิบัติงานประจำปีของหน่วยงานต่าง ๆ ขององค์กร แผนการปฏิบัติงานประจำปีจะก่อให้เกิดวงจร PDCA ของหน่วยงานขึ้นใหม่ เพื่อให้วิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์นั้นเป็นจริง ทำให้งานบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ

2. ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory) ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2518 โดยโรเจอร์ (Roger R.W. 1975) เพื่ออธิบายความเข้าใจเกี่ยวกับความกลัวและการเผชิญกับความกลัว ต่อมาได้มีการปรับปรุงพัฒนาทฤษฎีนี้ใหม่อีกครั้ง และนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 โดยนำแนวคิดที่สำคัญจาก 2 ทฤษฎี คือ โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง มารวมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้ได้เน้นเกี่ยวกับการตอบสนองเบื้องต้นด้านพุทธิปัญญา (Cognitive) ของบุคคล 2 ประการ ได้แก่ 1) การให้คุณค่าเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้หรือข้อมูลทางสุขภาพ และ 2) การให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคามและเผชิญปัญหาสิ่งที่มาคุกคามนั้น

2.1 แนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค กล่าวว่า ความตั้งใจในการป้องกันโรคของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ปัจจัย คือ

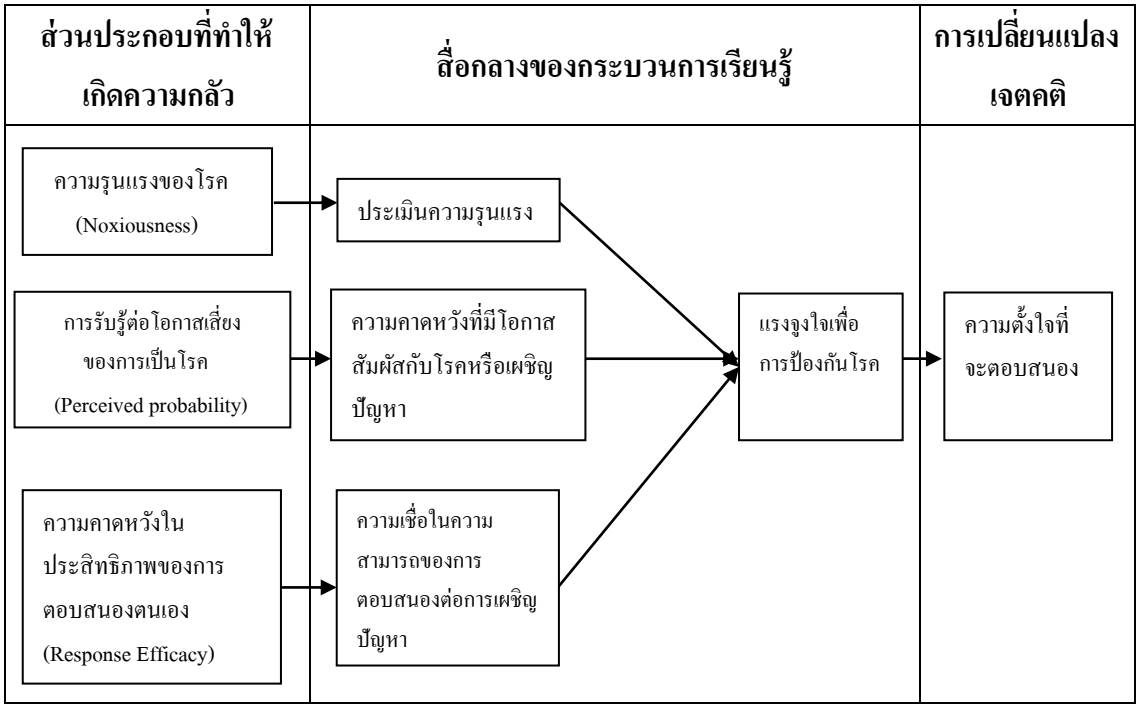
2.1.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม

2.1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived probability) หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม

2.1.3 การรับรู้ความสามารถในการตอบสนอง (Perceived response efficacy) ต่อคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค

2.1.4 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) หรือระดับความเชื่อมั่นของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค

2.2 องค์ประกอบของแรงจูงใจในการป้องกันโรค จะเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารการประเมินการรับรู้ที่เกิดจากสื่อกลางการรับรู้ที่ทำให้เกิดความกลัวขึ้นอยู่กับจำนวนของสิ่งที่มากระตุ้น และในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้ Rogers ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวไว้ 3 ตัวแปรคือการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived probability) และความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง (Response efficacy) ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Rogers
ที่มา: Rogers, (1975)

2.2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้จากการขู่ว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างจะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อที่สำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต โดยทั่วไปข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อยอย่างไรก็ตามข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรงแต่หากใช้การกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการขู่อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะโดดเด่นขึ้น กระบวนการประเมินการรับรองของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคได้ดีกว่าการกระตุ้นตามปกติและทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ซึ่งในการตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูงพบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะงดการมีพฤติกรรมเสี่ยง

2.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceive probability) จะใช้การสื่อสารโดยการขู่ที่คุกคามต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยงแต่อย่างไรก็ตามการที่จะทำให้บุคคลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนั้นขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคล

ว่าถ้าไม่ปฏิบัติตน เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสามารถทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยใช้แบบสอบถามให้ตอบคำถามในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงและกลมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ ตัวอย่าง เช่น ให้ผู้สูบบุหรี่ อ่านบทความเรื่องการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจและโรคมะเร็งปอดได้สูง (Mackay, 1992) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายลงในช่องหน้าข้อความของแบบสอบถามตนเชื่อหรือไม่ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและโรคหัวใจจากรายงานการศึกษาพบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนมากมีความหวังว่าตนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองและมีความตั้งใจที่จะลดหรือเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.3 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) กระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพโดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับและลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องจากผลการวิจัยพบว่าการที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังการศึกษาของ Maddux และ Rogers พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการงดสูบบุหรี่จะช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอดทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันรักษาสุขภาพของบุคคลจากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรคแต่เมื่อบุคคลนั้นถูกคุกคามสุขภาพอย่างรุนแรงและไม่มีวิธีใดที่จะลดความคุกคามนั้นลงได้อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่งและการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำซึ่งจะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมอย่างจริงจังอีกทั้งการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจงจะมีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึก หรือการรับรู้ต่อความสามารถตนเองให้ปฏิบัติมากขึ้น (Mackay, 1992, pp. 25-32) องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัวทั้ง 3 ตัวแปรดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นองค์ประกอบเดียวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของ อันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ (Perceived severity) และการรับรู้ต่อผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติ เพื่อป้องกันหรือลดอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Barriers) จากตัวแปรที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง จะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูงโดยทั่วไปการยอมรับและการตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นไปได้สูงเมื่อ

บุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้แต่ในทางกลับกันถ้าความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูงแต่ผลดีของการปฏิบัติตามมีน้อยความตั้งใจในการปฏิบัติตามก็จะลดน้อยลงด้วย กรณีที่ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำแต่ผลดีของการปฏิบัติตามมีสูง เช่น การบอกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกามโรคว่าสามารถรักษาได้โดยที่เขาอาจไม่ติดเชื้ออีกก็จะส่งผลให้เขามีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา (Mackay, 1992, pp. 34-35)

2.3 วิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค Rogers ได้พยายามปรับปรุง โดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว คือการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อ ตนเอง มาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ

2.3.1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal) ประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะ คือการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมมีโอกาสเป็นไปไดที่การรับรู้อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2 แบบ ได้แก่ความตั้งใจที่จะปฏิบัติสม่ำเสมอและแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลแต่อาจเกิดการตอบสนองพฤติกรรมสุขภาพแบบไม่พึงประสงค์ 5 แบบได้ เช่นความสิ้นหวังความเชื่อในโชคชะตา การหลีกเลี่ยงความเชื่อทางศาสนาและความคิดลม ๆ แล้ง ๆ ปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ก็คือความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsic rewards) ความพึงพอใจภายนอก (Extrinsic rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม

2.3.2 การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยความคาดหวัง 2 ลักษณะคือ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ในการที่จะหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้และปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองลดลงคือความไม่สะดวกค่าใช้จ่ายความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบากความสับสน ยุ่งยากอาการแทรกซ้อนและความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต (Rogers, 1986: 195-197) กล่าวโดยสรุปทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะทำได้ดีที่สุดเมื่อ

2.3.2.1 บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง

2.3.2.2 บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น

2.3.2.3 เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น

2.3.2.4 ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีอยู่

2.3.2.5 บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยน พฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์

2.3.2.6 อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

สรุปแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers จากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers ได้กำหนดหลักของตัวแปร ไว้ 4 ด้าน คือด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง

3. การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธรณสุข ความหมายของการมีส่วนร่วม ในที่ประชุมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ณ องค์การสหประชาชาติ เมื่อปี ค.ศ. 1975 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น คำที่ไม่อาจกำหนดนิยามความหมายเดียวที่ครอบคลุมได้ เพราะความหมายของการมีส่วนร่วมอาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ หรือแม้แต่ในประเทศเดียวกันก็ตาม ดังนั้น การนิยามความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน ควรมีลักษณะจำกัดเฉพาะในระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองหนึ่งๆ เท่านั้น อย่างไรก็ดี กลุ่มผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวได้ขยายความการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าครอบคลุมประเด็นดังนี้ (กรมอนามัย, 2550)

ประเด็นที่ 1 การมีส่วนร่วมของประชาชนครอบคลุมการสร้างโอกาสที่เอื้อให้สมาชิกทุกคนของชุมชนและของสังคมได้ร่วมกิจกรรมซึ่งนำไปสู่ และมีอิทธิพลต่อกระบวนการ พัฒนาและเอื้อให้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน

ประเด็นที่ 2 การมีส่วนร่วมสะท้อนการเข้าเกี่ยวข้องโดยสมัครใจ และเป็นประชาธิปไตยในกรณีดังนี้คือ การเอื้อให้เกิดการพยายามพัฒนา การแบ่งสรรผลประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน และการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมาย นโยบายและการวางแผนดำเนินการโครงการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม

ประเด็นที่ 3 การมีส่วนร่วมเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างประชาชนและทรัพยากรเพื่อพัฒนากับประโยชน์ที่ได้รับจากการลงทุนดังกล่าว กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจ ไม่ว่าระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับชาติจะช่วยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ประชาชนลงทุนลงแรงกับประโยชน์ที่ได้รับ

ประเด็นที่ 4 การมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแตกต่างกันไปตามสภาพเศรษฐกิจของประเทศ นโยบาย และโครงสร้างการบริหาร รวมทั้งลักษณะเศรษฐกิจสังคมของ ประชากร การมีส่วนร่วมของประชาชนมิได้เป็นเพียงเทคนิควิธีการ แต่เป็นปัจจัยสำคัญในการประกันให้เกิดกระบวนการพัฒนาที่มุ่งเอื้อประโยชน์ต่อประชาชน

นอกจากนี้ ในกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดความต้องการของตัวเอง การตัดสินใจใช้ทรัพยากร โดย ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527) มีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง สิทธิของประชาชนต่อการตัดสินใจนโยบายที่เกี่ยวกับการจัดสรร (Allocation) และการใช้ประโยชน์ (Utilization) ของทรัพยากรเพื่อการผลิต ซึ่งเป็นความจำเป็นที่ประชาชนต้องเข้าร่วมในการวางแผน เพื่อการกินดีอยู่ดีและสามารถตอบสนองต่อสิ่งที่เข้าถึง ซึ่งการพัฒนาให้คนจนได้รับประโยชน์เพื่อการผลิต การบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะด้วย และการมีส่วนร่วมคือการที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนในการตัดสินใจในระดับต่าง ๆ ทางการจัดการบริการทางการเมือง เพื่อกำหนดความต้องการของชุมชนของตน การมีส่วนร่วมของประชาชนก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนสามารถที่จะแสดงออก ซึ่งความต้องการของตน การจัดลำดับความสำคัญ การเข้าร่วมในการพัฒนาและได้รับประโยชน์จากการพัฒนานั้นโดยเน้นการให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ประชาชนในชนบทและเป็นกระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อประชาชนเอง โดยให้ประชาชนได้มีส่วนในการตัดสินใจเพื่อตนเอง ทั้งนี้ โดยมิใช่การกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก

จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน ในฐานะสมาชิกของสังคม ไม่ว่าจะในบริบทของการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ การเมืองหรือวัฒนธรรม ย่อมเป็นสิ่งที่แสดงออกให้เห็นถึงการพัฒนาการรับรู้ และภูมิปัญญาในการกำหนดชีวิตของตนอย่างเป็นตัวของตนเองในการจัดการควบคุมการใช้ และการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคม ตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรี การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการควบคุมการใช้ทรัพยากร ควบคุมการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ประชาชนได้พัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญา

ความหมายของการมีส่วนร่วม (Participation) คือ การที่บุคคลหรือคณะบุคคลเข้ามาช่วยเหลือ สนับสนุนในเรื่องต่าง ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ อาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือกระบวนการบริหารและประสิทธิผลขององค์การขึ้นอยู่กับการร่วมพลังของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับองค์การนั้น ในการปฏิบัติภารกิจให้บรรลุเป้าหมาย (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2543, หน้า 176) สนับสนุนความหมายของประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางสังคมและการเมือง ในอดีตมักหมายถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในทางการเมือง แต่ปัจจุบันประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรงในการตัดสินใจของรัฐบาลที่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ดังจะเห็นได้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ที่ส่งผลให้ความหมายของการมส่วนร่วมของประชาชนกว้างขวางขึ้น และไม่ได้มีความหมายเฉพาะการไปใช้สิทธิเลือกตั้งหรือร่วมรับ

ประโยชน์เท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงการร่วมรับรู้ ร่วมให้ความคิดเห็นในกระบวนการตัดสินใจของหน่วยงานของรัฐและร่วมสนับสนุนการติดตามการทำงานของภาครัฐ (อรทัย ก๊กผล, 2546, หน้า 45) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการมีส่วนร่วมมีหลายมิติ กิจกรรม เหตุการณ์ องค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความหลากหลาย ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือการมีส่วนร่วมของชุมชน (People participation or Popular participation or Community involvement or Community participation) ไว้มากมาย เช่น

ชิต นิลพานิช และกุลธน ธนาพงศธร (2532) ได้ระบุว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท หมายถึง การที่ประชาชนทั้งในเมืองและชนบทได้เข้ามีส่วนร่วมหรือเข้ามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาชนบทขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือทุกขั้นตอนแล้วแต่เหตุการณ์จะเอื้ออำนวย

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ของ บุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการให้บรรลุ จุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น กับทั้งทำให้เกิดความส่วนร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย

วันรักษ์ มิ่งมณีนาคิน (2531) ได้สรุปว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันและอย่างเต็มที่ของกลุ่มบุคคลผู้มีส่วนได้เสียในทุก ขั้นตอนของโครงการหรืองานพัฒนาชนบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมี ส่วนร่วมในอำนาจ การตัดสินใจและหน้าที่ความรับผิดชอบ การมีส่วนเข้าร่วมจะเป็นเครื่องประกันว่าสิ่งที่ ผู้มีส่วนได้เสียต้องการที่สุดนั้น จักได้รับการตอบสนองและทำให้มีความเป็นไปได้มาก ขึ้นว่าสิ่งที่ทำไปนั้นจะตรงกับความต้องการที่แท้จริง และมั่นใจมากขึ้นว่าผู้เข้าร่วมทุกคนจะได้รับประโยชน์เสมอกัน

ศันสนีย์ นิจพานิช (2542) ได้สรุปว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนหรือชุมชนได้พัฒนาขีดความสามารถของตัวเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อเข้ามามีบทบาทในการวางแผน การจัดการดำเนินงาน ควบคุมกำกับ ติดตามผล และรับผลประโยชน์ในการดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีพ ในสังคมหรือชุมชนนั้นอย่างมีศักดิ์ศรี ประชาชนได้รับการพัฒนาด้านการรับรู้ สติปัญญา อันจะนำไปสู่การตัดสินใจดำเนินการด้วยตนเองต่อไป

อคิน รพีพัฒน์ (2527) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่กระตุ้นให้ประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหา เป็นผู้ดำเนินการทุกอย่าง ที่ไม่ใช่การกำหนดจากภายนอก แต่ให้ประชาชนร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่เป็นเรื่องที่ประชาชนคิดเอง

Erwin (อ้างใน ยุพาพร รูปงาม, 2545) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการมี ส่วนร่วมไว้ว่า คือ กระบวนการให้บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ตัดสินใจ แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของ บุคคล แก้ไขปัญหาร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุน ติดตามการ ปฏิบัติงานขององค์การและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

Rose (อ้างใน สานิตย์ บุญชู, 2527) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของ ประชาชนไว้ กล่าวคือ ชุมชนใดที่ได้เปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมมาก เท่าใด ก็จะทำให้การพัฒนาชุมชนนั้นสามารถเป็นไปได้โดยสะดวกและสามารถดำเนิน ไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ได้ ทั้งนี้โดยมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่า คนมีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลง คุณค่าของความคิดและสมรรถภาพของคนเรานั้นจะไม่มีความหมาย ถ้าหากขาด การมีส่วนร่วมกับบุคคลอื่น

WHO (1991, อ้างใน ศิริชัย ใจศิริ, 2543) การมีส่วนร่วมของชุมชนหมายถึง กระบวนการของบุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มบุคคลในชุมชนมีปฏิสัมพันธ์กัน ในการที่จะดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความสุข และยังเป็นการพัฒนาความสามารถของชุมชนเอง ในการที่จะเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน รวมถึงการให้การสนับสนุนสิ่งของ การจัดองค์กร และการมีอำนาจ

Szentendre (อ้างใน สถาบันพระปกเกล้า, 2545) กล่าวถึงการแบ่ง กระบวนการการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมในการจัดสรรผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

โคเฮน และอัพฮอฟฟ์ (1980 อ้างใน พัชรี พงษ์ศิริ, 2541) ได้สร้างกรอบพื้นฐานการมีส่วนร่วมซึ่งประกอบด้วยประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ (Decision - Making) ซึ่งเป็นการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การกำหนดหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง/กำหนดเป้าหมาย/ วัตถุประสงค์การกำหนดมาตรฐาน เกณฑ์มาตรฐาน เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบว่าการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในแผนหรือไม่การเขียนแผนดังกล่าวอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของลักษณะการดำเนินงาน การวางแผนยังช่วยให้เราสามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต และช่วยลดความสูญเสียต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนงาน (Implementation) เป็นการเข้าร่วมโดย การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหาร และการเข้าร่วมในการร่วมแรงร่วมใจ การปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดก่อนที่จะปฏิบัติจริง ต้องศึกษาข้อมูล และเงื่อนไขต่าง ๆ ทราบวิธีการและขั้นตอน การปฏิบัติจะต้องดำเนินการไปตามแผน วิธีการและขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ และจะต้องเก็บรวบรวมและบันทึก ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) โดยอาจจะเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุ ค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน หรือค่าตอบแทนที่ไม่ใช่ตัวเงิน ทางสังคม หรือโดยส่วนตัว

การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล (Evaluation) ซึ่งเป็นการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป การประเมินขั้นตอนการดำเนินงาน และการประเมินผลของการดำเนินงาน เป็นไปตามแผนที่ได้ตั้ง ไว้หรือไม่การติดตาม ตรวจสอบ และการประเมินปัญหาเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุง คุณภาพของงาน ในการประเมินสามารถทำได้เอง เป็นลักษณะของการประเมินตนเอง โดยการศึกษาการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัคร สาธารณสุขในครั้งนี้จะศึกษา 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านปฏิบัติตามแผน ด้านการรับ ผลประโยชน์ และด้านการติดตามประเมินผล โดยใช้แนวคิดของโคเฮนและอัพฮอฟฟ์ เหตุผลที่เลือกใช้ 4 ด้านนี้ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับแบบสอบถาม และมีความเหมาะสมกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน

4. แนวคิดความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน Aday & Andersen (1978) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1970 -1974 และเสนอถึงความสำคัญพื้นฐาน 6 ประการที่เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้รับบริการกับความพึงพอใจต่อบริการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขว่าสามารถเข้าถึงประชาชนคือ ความพึงพอใจ 6 ประเภทดังนี้

4.1 ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) แบ่งออกเป็น

4.1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)

4.1.2 การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability of car when needed)

4.1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of getting to care)

4.2 ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ (Coordination) ซึ่งแบ่งออกเป็น

4.2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง (Getting all needs met at one place) คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย

4.2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยอันได้แก่ ทางด้านร่างกายและจิตใจ (Concern of doctors for overall health)

4.2.3 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา (Follow – up care)

4.3 ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

4.4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical Information) แบ่งเป็น

4.4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการป่วย (Information about what was wrong)

4.4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (Information about treatment) เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วยการใช้ยาเป็นต้น

4.5 ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล

4.6 ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อมาใช้บริการ (Out-of-packet cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จักรพงษ์ เรืองเจริญ (2555) ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงประเมินผล โดยเน้น 3 ด้าน คือ ด้านปัจจัยที่ใช้ดำเนินงาน ด้านกระบวนการดำเนินงาน และด้านผลการดำเนินงาน พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการ เคยผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หน่วยงานมีความพร้อมด้านวัสดุครุภัณฑ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน แต่การดำเนินการไม่เป็นไปตามแผน มีอัตราป่วยลดลง มีค่าความชุกลูกน้ำยุงลาย เกินค่ามาตรฐาน ร้อยละ 87.8 ของพื้นที่ ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ผู้เกี่ยวข้อง และประชาชน มีความพึงพอใจไม่ถึงร้อยละ 80 ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

สำเนาว์ แวงวรรณ (2540) ได้ศึกษาการควบคุมลูกน้ำยุงลายโดยชุมชนมีส่วนร่วม ของบ้านดงสวอง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operation Research) ใช้ระยะเวลาศึกษา 6 เดือน โดยมีกิจกรรมแทรกแซงที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ประชาชนเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก-และการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (2) การแจกแบบเรียนด้วยตนเองในขณะฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (3) การรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (4) การประกวดคุ้มที่มีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกเดือน ภายหลังการใส่กิจกรรมแทรกแซง พบว่า ประชาชนในหมู่บ้านทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การปฏิบัติตนเพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มากกว่าหมู่บ้านควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะการควบคุมลูกน้ำยุงลายดีขึ้นมากกว่าหมู่บ้านควบคุม

สำรอง คุณวุฒิ (2540) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลแสวงหา จังหวัดอ่างทอง โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ และกระบวนการกลุ่ม มาเป็นแนวคิดในการกำหนดกิจกรรมสุขศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค มีความคาดหวังประสิทธิผลต่อการตอบสนอง และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกดีกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดัชนีความชุกและสัดส่วนภาชนะที่ตรวจพบลูกน้ำยุงลายในกลุ่มทดลองลดลง

พชร หาสุข (2549) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สถานีอนามัยเครือข่ายหนองแวงใต้ – กู่ปอ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลอง มีความรู้มากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่มีความรู้ไม่ต่างกันในระยะคงทน และมีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อัญชลี ชัยมงคล (2550) ได้ศึกษาผลการจัดกิจกรรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทฤษฎีแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสร้างพลังมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในครัวเรือน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรรมในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนไปในทางที่ดีขึ้น

จันทิมา วิชกุล (2551) ได้ศึกษาผลการสร้างพลังแกนนำสุขภาพครอบครัว โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำสุขภาพครอบครัวในเขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน ผลการทดลองพบว่า หลังการจัดกิจกรรมเสร็จสิ้น แกนนำครอบครัวในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายลดลงกว่าก่อนการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พัสกร สงวนชาติ (2552) ได้ศึกษาผลการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำชุมชน พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.0) หลังการทดลองมีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100.0) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.5) หลังการทดลองระดับสูงมากขึ้น (ร้อยละ 42.5) และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หลังการทดลองจัดอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 90.0)

บทที่ 3
วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงประเมินผล โดยยึดตามแนวคิดการประเมินผลโครงการของสเตก (Stake's Approach of Program Evaluation)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล

1. ประชากรเป้าหมาย ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559 ที่ให้ข้อมูลในการติดตามประเมินผล ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่

1.1 กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ใน รพ.สต. จำนวน 22 แห่ง มีจำนวน 116 คน เลือกเฉพาะผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยตรง รพ.สต.ละ 1 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน

1.2 กลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่เทศบาล, เจ้าหน้าที่ อบต., สมาชิกเทศบาล, สมาชิก อบต., กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.2.1 เจ้าหน้าที่เทศบาล ในปี 2559 อำเภอเมืองกาญจนบุรี มีเทศบาล 6 แห่ง มีเจ้าหน้าที่เทศบาล 15 คน เลือกหัวหน้างานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม แห่งละ 1 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน

1.2.2 เจ้าหน้าที่ อบต. ในปี 2559 อำเภอเมืองกาญจนบุรี มี อบต. 9 แห่ง มีเจ้าหน้าที่ อบต. 14 คน เลือกผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ สำนักปลัด แห่งละ 1 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 คน

1.2.3 สมาชิกเทศบาล ในปี 2559 อำเภอเมืองกาญจนบุรี มีเทศบาล 6 แห่ง มีสมาชิกเทศบาล มีสมาชิกเทศบาล 75 คน เลือกสมาชิกผู้ที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม แห่งละ 1 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน

1.2.4 สมาชิก อบต. ในปี 2559 อำเภอเมืองกาญจนบุรี มี อบต. 9 แห่ง มีสมาชิก อบต. 134 คน เลือกผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม แห่งละ 1 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 คน

1.2.5 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ในปี 2559 อำเภอเมืองกาญจนบุรี มี 101 หมู่บ้าน มีกำนันและผู้ใหญ่บ้าน 101 คน เลือกกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านที่อยู่ในหมู่บ้านที่เป็นที่ตั้ง รพ.สต. 22 แห่ง ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกำนัน 8 คน ผู้ใหญ่บ้าน 14 คน รวมเป็น 22 คน เป็นตัวแทนผู้นำชุมชนทั้งหมด

1.2.6 อสม. ในปี 2559 อำเภอเมืองกาญจนบุรี มี อสม. 2,238 คน เลือกประธาน อสม. ที่อยู่ในสังกัดของ รพ.สต. 22 แห่ง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน เป็นตัวแทน อสม.ทั้งหมด

1.3 กลุ่มที่ 3 ประชาชน ได้แก่ ประชาชนผู้ได้รับประโยชน์ที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนหลังคาเรือนละ 1 คน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2559 โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคุณสมบัติ ดังนี้

1.3.1 เป็นหัวหน้าครัวเรือน หรือผู้แทน

1.3.2 มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับผิดชอบดูแลครัวเรือน

1.3.3 ไม่ได้เป็นเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องการดำเนินงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่เทศบาล เจ้าหน้าที่ อบต. สมาชิกเทศบาล สมาชิก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 186 คน สุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนในตำราของ Daniel (1995, p.180) ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

Z = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้พื้นที่โค้งปกติ ที่ระดับนัยสำคัญสัดส่วน.05 ทดสอบสองทาง มีค่า 1.96

p = สัดส่วนที่พึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับมากขึ้นไป จากผลการวิจัยของ อัฒพงษ์ เพิ่มพูล (2555, หน้า 60) เท่ากับ .86

q = 1 – p

d = สัดส่วนความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ 0.05 หรือร้อยละ 5

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2(0.86)(1-.86)}{(0.05)^2}$$

n = 185.01 คน

2. การสุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi–Stage Sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น โดยแบ่งจำนวนหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. ในอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี เป็น 22 แห่ง ตามการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุข

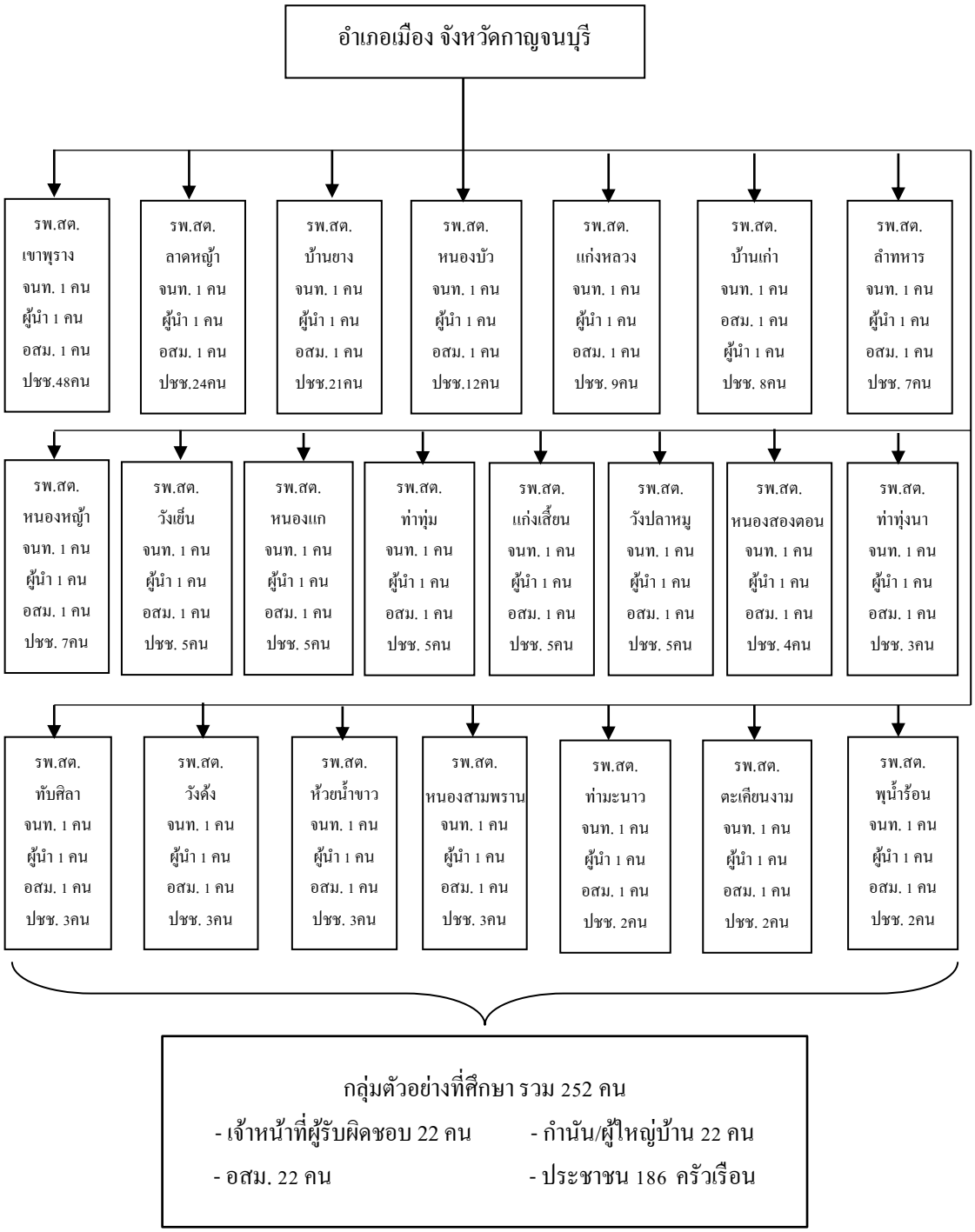
ขั้นตอนที่ 2 คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละ รพ.สต. ให้เป็นสัดส่วนกันด้วยวิธีการดังนี้

$$\text{กลุ่มตัวอย่างแต่ละ รพ.สต.} = \frac{\text{ประชากรแต่ละ รพ.สต.} \times \text{กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด}}{\text{ประชากรทั้งหมด}}$$

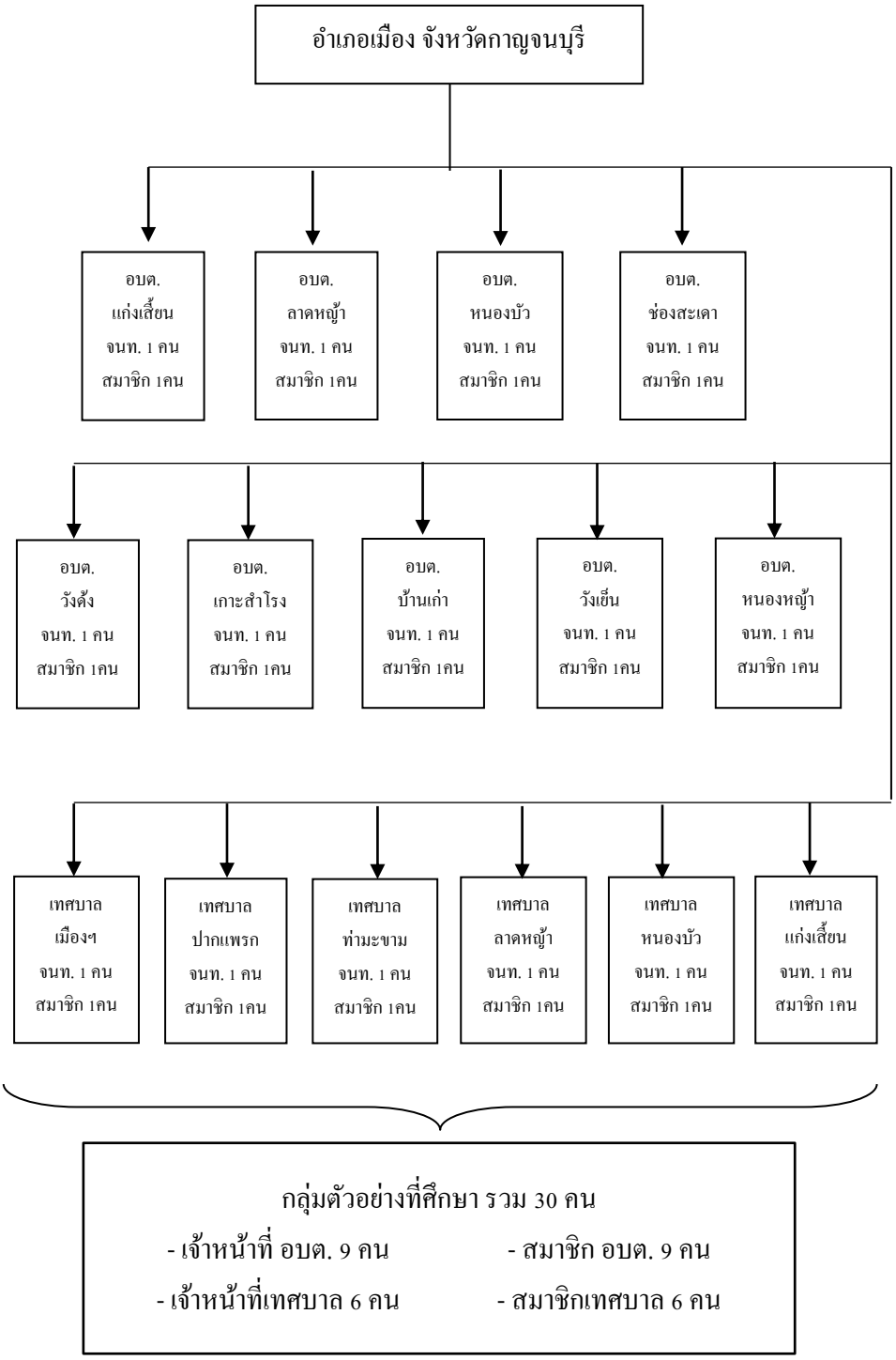
ขั้นตอนที่ 3 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายตามบัญชีบ้านเลขที่ด้วยการจับสลากให้ได้จำนวนตามขั้นตอนที่ 2 ปรากฏว่าได้ผลตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละ รพ.สต. ที่เป็นตัวอย่าง

รพ.สต.	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
เขาพุราง	13,315	48
ลาดหญ้า	6,677	24
บ้านยาง	5,774	21
หนองบัว	3,247	12
แก่งหลวง	2,646	9
บ้านเก่า	2,243	8
ลำทหาร	2,008	7
หนองหญ้า	1,843	7
วังเย็น	1,501	5
หนองแก	1,428	5
ท่าทุ่ม	1,414	5
แก่งเสี้ยน	1,407	5
วังปลาหมู	1,314	5
หนองสองตอน	1,157	4
ท่าทุ่งนา	932	3
ทับศิลา	850	3
วังด้ง	849	3
ห้วยน้ำขาว	847	3
หนองสามพราน	782	3
ท่ามะนาว	658	2
ตะเคียนงาม	524	2
พุน้ำร้อน	494	2
รวม	51,910	186



ภาพที่ 4 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และประชาชน



ภาพที่ 5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต. และสมาชิกเทศบาล/อบต.

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชนิดและลักษณะเครื่องมือ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ถามข้อมูลส่วนบุคคล การดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ถามเพศ อายุ การศึกษาสูงสุด ตำแหน่ง หน้าที่ความรับผิดชอบ ประสบการณ์ในการทำงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและให้เลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ถามเกี่ยวกับการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย การรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงลาย การให้ความรู้ผ่านสื่อ การแจกทรายอะเบท การส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ การพ่นหมอกควัน และการเตรียมความพร้อมเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในส่วนที่ 2 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของส่วนที่ 2 และความพึงพอใจในภาพรวม ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวกแบบให้เลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

พึงพอใจมากที่สุด	5 คะแนน
พึงพอใจมาก	4 คะแนน
พึงพอใจปานกลาง	3 คะแนน
พึงพอใจน้อย	2 คะแนน
พึงพอใจน้อยที่สุด	1 คะแนน

ชุดที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่เทศบาล, เจ้าหน้าที่อบต., สมาชิกเทศบาล, สมาชิก อบต., กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. ถามข้อมูลทั่วไป หน้าที่รับผิดชอบ ปัญหาอุปสรรค และมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ถามเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่ง หน้าที่ ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง และประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและให้เลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 หน้าที่รับผิดชอบและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และความพึงพอใจในภาพรวม ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวกแบบให้เลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

พึงพอใจมากที่สุด	5	คะแนน
พึงพอใจมาก	4	คะแนน
พึงพอใจปานกลาง	3	คะแนน
พึงพอใจน้อย	2	คะแนน
พึงพอใจน้อยที่สุด	1	คะแนน

ชุดที่ 3 สำหรับประชาชน ได้แก่ หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทน ถามข้อมูลทั่วไป แรงจูงใจในการป้องกันโรค การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ถามเพศ อายุ การศึกษาสูงสุด เป็นใครในครอบครัว จำนวนสมาชิก ลักษณะครอบครัว อาชีพหลัก และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและให้เลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มี 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังต่อประสิทธิผล และความคาดหวังในความสามารถตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวกแบบให้เลือกตอบ จำนวน 16 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน

ส่วนที่ 3 มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มี 4 ด้าน ได้แก่ ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับประโยชน์ และร่วมประเมินผล ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวกแบบให้เลือกตอบ จำนวน 14 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเวลา ด้านขั้นตอนการดำเนินงาน ด้านบุคลากร และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และความพึงพอใจในภาพรวม ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวกแบบให้เลือกตอบ จำนวน 23 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

พึงพอใจมากที่สุด	5 คะแนน
พึงพอใจมาก	4 คะแนน
พึงพอใจปานกลาง	3 คะแนน
พึงพอใจน้อย	2 คะแนน
พึงพอใจน้อยที่สุด	1 คะแนน

2. การสร้างเครื่องมือ การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสอบถามสำหรับการวิจัยและศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามแนวคิดของสเตก

2.2 กำหนดขอบเขต โครงสร้างเนื้อหา และตัวแปรที่ใช้ในการสร้างแบบสอบถาม โดยกำหนดข้อคำถามต่างๆ ตามกรอบแนวคิด สร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมตามกรอบแนวคิด วัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี และนิยามศัพท์เฉพาะ

2.3 สร้างข้อคำถาม ตามโครงสร้างเนื้อหาที่กำหนดไว้จนครบถ้วนตามแบบสอบถาม กำหนดองค์ประกอบของเนื้อหาและกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

2.4 ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา ปรับปรุงข้อคำถามในระหว่างดำเนินการจนสร้างเป็นแบบสอบถามฉบับจริง จำนวน 3 ชุด

3. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้น และผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน (รายละเอียดตามภาคผนวก ข) ซึ่งเป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ผู้วิจัยทำการศึกษา เพื่อให้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ นิยามศัพท์ และแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งให้ตรวจสอบการใช้ภาษา และความชัดเจนของภาษาที่ใช้ โดยผู้ศึกษาจัดทำแบบประเมินสำหรับให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งแนบวัตถุประสงค์ นิยามศัพท์ แนวคิดทฤษฎีการประเมินผลโครงการและคำชี้แจงให้ผู้เชี่ยวชาญเลือกใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็น โดยได้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณา คือ เห็นด้วย = แน่ใจว่าคำถามมีความเหมาะสม, ไม่แน่ใจ = ไม่แน่ใจว่าคำถามมีความเหมาะสมหรือไม่ และไม่เห็นด้วย = แน่ใจว่าคำถามไม่มีความเหมาะสม พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม

นำผลการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญมาให้คะแนน (1=เห็นด้วย, 0=ไม่แน่ใจ, -1=ไม่เห็นด้วย) และหาค่าดัชนีความสอดคล้องด้วยสูตร IOC (Index of item objective congruence) ดังนี้

สูตรคำนวณ $$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ แทน คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญมาแก้ไขปรับปรุงตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ จากนั้นตรวจผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญพบว่า แบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ	รายข้อมีค่าระหว่าง	0.60 - 1.00
ชุดที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง	รายข้อมีค่าระหว่าง	0.80 - 1.00
ชุดที่ 3 สำหรับประชาชน	รายข้อมีค่าระหว่าง	0.40 - 1.00

ข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป (0.40-1.00) แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า ข้อคำถามทุกข้อมีความตรงเชิงเนื้อหาและมีความตรงตามที่ต้องการวัด (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553, ข หน้า 330)

4. การทดลองใช้และตรวจสอบคุณภาพ การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามชุดที่ 3 ที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรคือ ประชาชนในอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมืองกาญจนบุรี จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาหาคุณภาพรายข้อ โดยนำแบบสอบถามที่ทดลองใช้มาหาอำนาจจำแนก โดยใช้ Item total correlation ผลปรากฏว่า ส่วนที่ 2 มีค่าตั้งแต่ -.26 - .54 โดยมี 8 ข้อที่น้อยกว่า .20 ส่วนที่ 3 มีค่าตั้งแต่ .19 - .72 โดยมี 1 ข้อที่น้อยกว่า .20 และส่วนที่ 4 มีค่าตั้งแต่ .36 - .85 คัดเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ไว้ ซึ่งถือว่ามีอำนาจจำแนกใช้ได้ ส่วนข้อที่มีค่าน้อยกว่า .20 ปรับปรุงแก้ไขภาษาให้สั้น กะทัดรัด ชัดเจนขึ้น เพื่อให้เนื้อหาครบถ้วน ตรงตามผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach, 1954 อ้างใน บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (เล่ม ข), 2553, หน้า 347) เพื่อวัดคุณภาพแบบสอบถามแต่ละส่วนให้มีค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไป ผลปรากฏว่า ส่วนที่ 2 ได้ค่า .63 จึงปรับแก้ไขภาษาและสำนวน ยังคงรักษาเนื้อหาเหมือนเดิม ตัดข้อ 1.1, 3.3, 4.3 แล้วหาค่าความเที่ยง (Reliability) ใหม่ได้ค่า .69 ส่วนที่ 3 ได้ค่า .81 และส่วนที่ 4 ได้ค่า .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. มีหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงนายอำเภอเมืองกาญจนบุรี และสาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

2. ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอเมือกาญจนบุรี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้ง 22 แห่ง ในวันประชุมประจำเดือน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และทำความเข้าใจแบบสอบถาม รวมถึงวิธีการแจกและการเก็บแบบสอบถามคืน

3. แจกแบบสอบถามตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานตอบเองและนำไปให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและประชาชนตอบ

4. นัดหมายเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแต่ละ รพ.สต. ให้เก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างภายใน 2 สัปดาห์ และนำมาส่งคืนที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี

5. รวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถามแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากเอกสารราชการ และแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามระเบียบทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. เอกสารราชการ ได้แก่ ข้อมูลหน่วยงาน ข้อมูลบุคลากร งบประมาณ อัตราป่วย และอัตราตาย วิเคราะห์โดยการหาจำนวนรวม

2. แบบสอบถาม ชุดที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

2.1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยการหาจำนวน และร้อยละ

2.3 ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยการหาจำนวน และร้อยละ

2.4 ความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968 อ้างใน บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553, ค หน้า 208) ดังนี้

มาก	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ	80 ขึ้นไป
ปานกลาง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ	60-79
น้อย	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ	60

และวิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจกับเกณฑ์มาตรฐานโดยใช้สถิติ t-test

3. แบบสอบถาม ชุดที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

3.1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 หน้าที่รับผิดชอบและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยการหาจำนวน และร้อยละ

3.3 ความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ของบลูม (เหมือนการวิเคราะห์ความพึงพอใจสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ) และวิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจกับเกณฑ์มาตรฐานโดยใช้สถิติ t-test

4. แบบสอบถาม ชุดที่ 3 สำหรับประชาชน

4.1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 แรงจูงใจในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ของบลูม (เหมือนการวิเคราะห์ความพึงพอใจสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ) และวิเคราะห์เปรียบเทียบแรงจูงใจกับเกณฑ์มาตรฐานโดยใช้สถิติ t-test

4.3 การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ของบลูม (เหมือนการวิเคราะห์ความพึงพอใจสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ) และวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมกับเกณฑ์มาตรฐานโดยใช้สถิติ t-test

4.4 ความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ของบลูม (เหมือนการวิเคราะห์ความพึงพอใจสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ) และวิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจกับเกณฑ์มาตรฐานโดยใช้สถิติ t-test

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ได้คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธในการเข้าร่วม ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จะนำไปรวบรวม และสรุปวิเคราะห์ข้อมูล แล้วนำไปเผยแพร่ในลักษณะเป็นภาพรวม ไม่ได้เจาะจงว่าเป็นข้อมูลของคนใดคนหนึ่ง จะไม่มีชื่อ ที่อยู่ หรือสัญลักษณ์ใด ๆ ที่แสดงว่าเป็นตัวตนของผู้ให้ข้อมูล และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ไม่เปิดเผย และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะทราบผลของการศึกษาหลังจากการศึกษานี้สิ้นสุดลง

บทที่ 4
ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ต้องการประเมินความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559 โดยประเมินความสำเร็จในเรื่องของ อัตราป่วย อัตราตาย การระบาด แรงจูงใจในการป้องกันโรค การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ, เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และประชาชน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี โดยเก็บข้อมูลจากเอกสารราชการ แบบสอบถามให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ, เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และประชาชนตอบ ผลการศึกษานำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางเรียงตามลำดับกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ดังนี้

1. ปัจจัยที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
3. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
4. ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
5. ความพึงพอใจในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
6. ผลการติดตามจากเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง
    6.1 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องผู้ให้ข้อมูล
    6.2 หน้าที่รับผิดชอบและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน
    6.3 ความพึงพอใจในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง
7. ผลการติดตามจากประชาชน
    7.1 ข้อมูลทั่วไปของประชาชนผู้ให้ข้อมูล
    7.2 แรงจูงใจในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
    7.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
    7.4 ความพึงพอใจในการดำเนินงานของประชาชน

ปัจจัยที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีปัจจัยที่ใช้ในการดำเนินงาน ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่

1.1 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ใน รพ.สต. 22 แห่ง มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 116 คน

1.2 เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เทศบาล 6 แห่ง มีเจ้าหน้าที่ 15 คน โดยมีผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 6 คน มีสมาชิกเทศบาล 75 คน โดยมีผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 6 คน อบต. 9 แห่ง มีเจ้าหน้าที่ 14 คน โดยมีผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ สำนักปลัด จำนวน 9 คน มีสมาชิก อบต. 134 คน โดยมีผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 9 คน มีกำนันและผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 101 คน โดยเลือกกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้านที่เป็นผู้นำอยู่ในหมู่บ้านที่เป็นที่ตั้ง รพ.สต. 22 แห่ง จึงได้กำนัน 8 คน ผู้ใหญ่บ้าน 14 คน รวม 22 คน เป็นตัวแทนของผู้นำชุมชนทั้งหมด และมี อสม. จำนวน 2,238 คน โดยเลือก ประธาน อสม. ที่อยู่ในสังกัดของ รพ.สต. 22 แห่ง จึงได้ อสม. จำนวน 22 คน เป็นตัวแทน อสม. ทั้งหมด

2. งบประมาณ

2.1 แหล่งสนับสนุนงบประมาณ จากการติดตามพบว่า มีหน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ปี 2559 ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ข่าย เทศบาล, อบต. และจากหน่วยงาน รพ.สต. ของตนเอง

2.2 จำนวนงบประมาณ จากการติดตามพบว่า จำนวนงบประมาณที่ใช้ได้มาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 965,560 บาท จากเทศบาล และอบต. จำนวน 1,660,160 บาท และจากหน่วยงาน รพ.สต. ของตนเอง จำนวน 383,500 บาท รวมงบประมาณที่ใช้ทั้งหมด 3,009,220 บาท

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากการติดตามกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า รพ.สต. มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายทุกเดือน มากที่สุด จำนวน 10 แห่ง รองลงมา สำรวจทุก 3 เดือน จำนวน 7 แห่ง และสำรวจปีละ 1-2 ครั้ง ช่วงรณรงค์ น้อยที่สุด จำนวน 5 แห่ง มีวิธีการสำรวจลูกน้ำยุงลายโดยโดยเจ้าหน้าที่สำรวจร่วมกับ อสม. มากที่สุด จำนวน 13 แห่ง รองลงมา สำรวจโดย อสม. จำนวน 8 แห่ง และสำรวจโดยเจ้าหน้าที่ น้อยที่สุด จำนวน 1 แห่ง โดยมีผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ไม่ผ่านเกณฑ์ มากที่สุด จำนวน 12 แห่ง รองลงมา ผ่านเกณฑ์ จำนวน 10 แห่ง

การรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันโรค พบว่า รพ.สต. มีการรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันโรค ปีละ 1-2 ครั้ง ช่วงรณรงค์ มากที่สุด จำนวน 11 แห่ง รองลงมา รณรงค์ทุก 3 เดือน จำนวน 9 แห่ง และรณรงค์ทุก 1 เดือน น้อยที่สุด จำนวน 2 แห่ง

การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย พบว่า รพ.สต. มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุก 3 เดือน มากที่สุด จำนวน 9 แห่ง รองลงมา ทำทุก 1 เดือน จำนวน 7 แห่ง และทำปีละ 1-2 ครั้ง ช่วงรณรงค์ น้อยที่สุด จำนวน 6 แห่ง มีวิธีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดย ให้ อสม. เป็นผู้ดูแลในละแวก มากที่สุด จำนวน 10 แห่ง รองลงมา ให้แต่ละครัวเรือนทำเอง จำนวน 7 แห่ง และทุกหน่วยงานร่วมกันทำ น้อยที่สุด จำนวน 5 แห่ง

การให้ความรู้ผ่านสื่อ พบว่า รพ.สต. มีการให้ความรู้ผ่านสื่อ ทุก 3 เดือน มากที่สุด จำนวน 9 แห่ง รองลงมา ทำทุก 1 เดือน จำนวน 8 แห่ง และทำปีละ 1-2 ครั้ง ช่วงรณรงค์ น้อยที่สุด จำนวน 5 แห่ง มีรูปแบบในการให้ความรู้โดยการ ให้ความรู้ผ่านเสียงตามสาย มากที่สุด จำนวน 10 แห่ง รองลงมา ทำไวนิลรณรงค์ประชาสัมพันธ์ จำนวน 5 แห่ง ให้ความรู้รายบุคคล/รายกลุ่ม จำนวน 4 แห่ง และแจกเอกสาร/แผ่นพับ น้อยที่สุด จำนวน 3 แห่ง

การแจกทรายอะเบท พบว่า รพ.สต. มีการแจกทรายอะเบทตามแผนรณรงค์และเมื่อมีผู้ป่วย มากที่สุด จำนวน 14 แห่ง รองลงมา แจกตามแผนรณรงค์ จำนวน 6 แห่ง และแจกเมื่อประชาชนร้องขอ น้อยที่สุด จำนวน 2 แห่ง และมีวิธีการแจกทรายอะเบทโดยเจ้าหน้าที่ไปแจกร่วมกับ อสม. มากที่สุด จำนวน 12 แห่ง รองลงมา ให้ อสม.ไปแจกเอง จำนวน 10 แห่ง โดยมีทรายอะเบทใช้อย่างเพียงพอ มากที่สุด จำนวน 20 แห่ง รองลงมา ไม่เพียงพอ จำนวน 2 แห่ง ซึ่งได้รับการสนับสนุนทรายอะเบททันตามเวลาที่ต้องการใช้ มากที่สุด จำนวน 20 แห่ง รองลงมา ช้ากว่าเวลาที่ต้องการใช้ จำนวน 2 แห่ง

การส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ พบว่า รพ.สต. มีการส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำไม่ต่อเนื่อง มากที่สุด จำนวน 12 แห่ง รองลงมา ทำต่อเนื่อง จำนวน 10 แห่ง

การพ่นหมอกควัน พบว่า รพ.สต. มีการพ่นหมอกควันตามแผนการรณรงค์และเมื่อมีผู้ป่วย มากที่สุด จำนวน 18 แห่ง รองลงมา พ่นเมื่อมีผู้ป่วย จำนวน 2 แห่ง และพ่นตามแผนการรณรงค์ จำนวน 2 แห่ง

การเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังสอบสวนโรค รพ.สต. มีการเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังสอบสวนโรคโดยพร้อมเพียงบางส่วน มากที่สุด จำนวน 12 แห่ง รองลงมา พร้อมทุกด้าน จำนวน 10 แห่ง มีการสอบสวนโรคไข้เลือดออกโดยเจ้าหน้าที่ออกร่วมกับ อสม. มากที่สุด จำนวน 15 แห่ง รองลงมา ให้ทีม SRRT ออกสอบสวน จำนวน 5 แห่ง และเจ้าหน้าที่สำรวจเอง

น้อยที่สุด จำนวน 2 แห่ง เมื่อมีผู้ป่วย รพ.สต.ได้รับแจ้งจาก รพ.แม่ข่ายหลังพบผู้ป่วย 2-3 วัน มากที่สุด จำนวน 16 แห่ง รองลงมา ได้รับแจ้งวันเดียวกับที่พบผู้ป่วย จำนวน 5 แห่ง และได้รับแจ้งหลังพบผู้ป่วยเกิน 3 วัน น้อยที่สุด จำนวน 1 แห่ง และมีการประสานความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้อง โดยประสานกับ อสม. จำนวน 22 แห่ง ประสานกับ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 13 แห่ง ประสานกับเจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต. จำนวน 21 แห่ง และประสานกับสมาชิกเทศบาล/อบต. จำนวน 14 แห่ง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการติดตามประเมินการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก คิดเป็นจำนวนและร้อยละของ รพ.สต.

การดำเนินงาน	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
รวม	22	100.0
รพ.สต.มีการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI/CI/BI)		
ทุก 1 เดือน	10	44.5
ทุก 3 เดือน	7	31.8
ปีละ 1-2 ครั้ง ช่วงรณรงค์	5	22.7
รพ.สต.มีการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI/CI/BI) โดย		
เจ้าหน้าที่สำรวจร่วมกับ อสม.	13	59.1
สำรวจโดย อสม.	8	36.4
สำรวจโดยเจ้าหน้าที่	1	4.5
ผลการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI/CI/BI)		
ไม่ผ่านเกณฑ์	12	54.5
ผ่านเกณฑ์	10	45.5
รพ.สต.มีการรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันโรค		
ปีละ 1-2 ครั้ง ช่วงรณรงค์	11	50.0
ทุก 3 เดือน	9	40.9
ทุก 1 เดือน	2	9.1
รพ.สต.มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์		
ทุก 3 เดือน	9	40.9
ทุก 1 เดือน	7	31.8

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การดำเนินงาน	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
ปีละ 1-2 ครั้ง ช่วงรณรงค์	6	27.3
รพ.สต.มีวิธีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์		
อสม.เป็นผู้ดูแลในละแวก	10	45.5
ให้แต่ละครัวเรือนทำเอง	7	31.8
ทุกหน่วยงานร่วมกันทำ	5	22.7
รพ.สต.มีการให้ความรู้ผ่านสื่อ		
ทุก 3 เดือน	9	40.9
ทุก 1 เดือน	8	36.4
ปีละ 1-2 ครั้ง ช่วงรณรงค์	5	22.7
รพ.สต.มีรูปแบบในการให้ความรู้แก่ประชาชน โดย		
ให้ความรู้ผ่านเสียงตามสาย	10	45.5
ทำไวนิลรณรงค์ประชาสัมพันธ์	5	22.7
ให้ความรู้รายบุคคล/รายกลุ่ม	4	18.2
แจกเอกสาร/แผ่นพับ	3	13.6
รพ.สต.มีการแจกทรายอะเบท		
แจกตามแผนรณรงค์และเมื่อมีผู้ป่วย	14	63.6
แจกตามแผนการรณรงค์	6	27.3
แจกเมื่อประชาชนร้องขอ	2	9.1
รพ.สต.มีวิธีการแจกทรายอะเบท โดย		
เจ้าหน้าที่ไปแจกร่วมกับ อสม.	12	54.5
ให้ อสม.ไปแจกเอง	10	45.5
ความเพียงพอของการได้รับการสนับสนุนทรายอะเบท		
เพียงพอ	20	90.9
ไม่เพียงพอ	2	9.1
ช่วงเวลาที่ได้รับการสนับสนุนทรายอะเบท		
ทันตามเวลาที่ต้องการใช้	20	90.9
ช้ากว่าเวลาที่ต้องการใช้	2	9.1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การดำเนินงาน	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
รพ.สต.มีการส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ		
ไม่ต่อเนื่อง	12	54.5
ต่อเนื่อง	10	45.5
รพ.สต.มีแนวทางในการพ่นหมอกควัน		
พ่นตามแผนรณรงค์และเมื่อมีผู้ป่วย	18	81.8
พ่นเมื่อมีผู้ป่วย/มีการระบาด	2	9.1
พ่นตามแผนรณรงค์	2	9.1
รพ.สต.มีการเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังสอบสวนโรค		
พร้อมเพียงบางส่วน	12	54.5
พร้อมทุกด้าน	10	45.5
รพ.สต.มีการสอบสวนโรคไข้เลือดออก โดย		
เจ้าหน้าที่ออกร่วมกับ อสม.	15	68.2
ทีม SRRT ตำบลออกสอบสวน	5	22.7
เจ้าหน้าที่สอบสวนเอง	2	9.1
รพ.สต.ได้รับแจ้งข้อมูลข่าวสารเมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก		
ได้รับแจ้งหลังจากพบผู้ป่วย 2-3 วัน	16	72.8
ได้รับแจ้งวันเดียวกับที่พบผู้ป่วย	5	22.7
ได้รับแจ้งหลังจากพบผู้ป่วยเกิน 3 วัน	1	4.5
เมื่อมีผู้ป่วย รพ.สต.มีการประสานความร่วมมือกับ อสม.		
ประสาน	22	100.0
ไม่ได้ประสาน	0	0.0
เมื่อมีผู้ป่วย รพ.สต.มีการประสานความร่วมมือกับกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน		
ประสาน	13	59.1
ไม่ได้ประสาน	9	40.9
เมื่อมีผู้ป่วย รพ.สต.มีการประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต.		
ประสาน	21	95.5
ไม่ได้ประสาน	1	4.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การดำเนินงาน	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
เมื่อมีผู้ป่วย รพ.สต.มีการประสานความร่วมมือกับสมาชิกเทศบาล/อบต.		
ประสาน	14	63.6
ไม่ได้ประสาน	8	36.4

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากการติดตามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนี้

1. การสำรวจลูกน้ำยุงลาย เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า บางบ้านไม่ยอมให้เข้า/ไม่มีคนอยู่ มากที่สุด จำนวน 10 แห่ง รองลงมา การสำรวจไม่ครอบคลุมพื้นที่/ไม่ต่อเนื่อง จำนวน 8 แห่ง ไม่มีแผนกำหนดการสำรวจที่แน่นอนชัดเจน จำนวน 3 แห่ง และเจ้าหน้าที่ไม่ได้สำรวจเอง น้อยที่สุด จำนวน 1 แห่ง

2. การรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันโรค เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า ขาดความร่วมมือจากประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง มากที่สุด จำนวน 13 แห่ง รองลงมา การรณรงค์ไม่ครอบคลุมพื้นที่และไม่ต่อเนื่อง จำนวน 6 แห่ง สื่อวัสดุในการรณรงค์ไม่น่าสนใจ/ไม่เพียงพอ จำนวน 2 แห่ง และรณรงค์ไม่ตรงกับช่วงเวลาที่เหมาะสม/เลื่อนวัน น้อยที่สุด จำนวน 1 แห่ง

3. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า ขาดความร่วมมือจากประชาชน/ไม่สนใจ มากที่สุด จำนวน 12 แห่ง รองลงมา บางบ้านไม่มีคนอยู่/ไม่ให้เข้า จำนวน 6 แห่ง และการดำเนินงานไม่ครอบคลุมพื้นที่และไม่ต่อเนื่อง น้อยที่สุด จำนวน 4 แห่ง

4. การให้ความรู้ผ่านสื่อ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า ประชาชนไม่สนใจ/เป็นเรื่องเดิม ๆ มากที่สุด จำนวน 14 แห่ง รองลงมา เสียงตามสายได้ยินไม่ทั่วถึง/เสียบ่อย จำนวน 4 แห่ง สื่ออุปกรณ์ไม่น่าสนใจ/ไม่ทันสมัย จำนวน 3 แห่ง และให้ความรู้ไม่ตรงกับที่ประชาชนต้องการ น้อยที่สุด จำนวน 1 แห่ง

5. การแจกทรายอะเบท เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า ประชาชนขาดความใส่ใจ/ไม่ให้ความร่วมมือ มากที่สุด จำนวน 19 แห่ง รองลงมา การดำเนินการไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง จำนวน 2 แห่ง และ อสม.บางคนไม่รับผิดชอบ/ไม่ให้ความร่วมมือ น้อยที่สุด จำนวน 1 แห่ง

6. การส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า ปลามีไม่เพียงพอ/ไม่มีแหล่งที่เป็นศูนย์รวม มากที่สุด จำนวน 9 แห่ง รองลงมา ประชาชนขาดความใส่ใจ/ไม่ให้ความร่วมมือ จำนวน 6 แห่ง การดำเนินการไม่ครอบคลุม/ไม่ต่อเนื่อง จำนวน 4 แห่ง และการเลี้ยงปลาไม่ช่วยแก้ปัญหาได้ดีเท่าที่ควร น้อยที่สุด จำนวน 3 แห่ง

7. การพ่นหมอกควัน เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า บางบ้านไม่ให้พ่น/ไม่ให้ความร่วมมือ มากที่สุด จำนวน 11 แห่ง รองลงมาประชาชนร้องขอมากเกินไป/ไม่จำเป็นต้องพ่น จำนวน 5 แห่ง เครื่องพ่นเสียบ่อย/ไม่เพียงพอ/พ่นไม่ครอบคลุม จำนวน 4 แห่ง และ คนพ่นขาดความชำนาญ/เปลี่ยนคนพ่นบ่อย น้อยที่สุด จำนวน 2 แห่ง

8. การสอบสวนโรคไข้เลือดออก เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า ระบบการแจ้งผู้ป่วยล่าช้า/บางรายไม่ได้รับแจ้ง มากที่สุด จำนวน 14 แห่ง รองลงมา ที่อยู่ของผู้ป่วยไม่ชัดเจน/ติดตามยาก จำนวน 4 แห่ง ทีม SRRT ไม่มีความพร้อม/ไม่เข้มแข็ง จำนวน 3 แห่ง และถ้าพบผู้ป่วยในวันหยุดจะไม่มีคนร่วมดำเนินงาน น้อยที่สุด จำนวน 1 แห่ง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกคิดเป็นจำนวนและร้อยละของ รพ.สต.

ปัญหาอุปสรรค	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
รวม	22	100.0
การสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI/CI/BI)		
บางบ้านเข้าไม่ได้/ไม่ยอมให้เข้า/ไม่มีคนอยู่	10	45.5
การสำรวจไม่ครอบคลุมพื้นที่และไม่ต่อเนื่อง	8	36.4
ไม่มีแผนกำหนดการสำรวจที่แน่นอนชัดเจน	3	13.6
เจ้าหน้าที่ไม่ได้สำรวจเอง	1	4.5
การรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันโรคไข้เลือดออก		
ขาดความร่วมมือจากประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง	13	59.1
การรณรงค์ไม่ครอบคลุมพื้นที่และไม่ต่อเนื่อง	6	27.3
สื่อวัสดุในการรณรงค์ไม่น่าสนใจ/ไม่เพียงพอ	2	9.1
รณรงค์ไม่ตรงกับช่วงเวลาที่เหมาะสม/เลื่อนวัน	1	4.5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรค	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย		
ขาดความร่วมมือจากประชาชน/ไม่สนใจ	12	54.5
บางบ้านไม่มีคนอยู่/ไม่ให้เข้า	6	27.3
การดำเนินงานไม่ครอบคลุมพื้นที่และไม่ต่อเนื่อง	4	18.2
การให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ		
ประชาชนไม่สนใจ/เป็นเรื่องเดิมๆ	14	63.7
เสียงตามสายได้ยินไม่ทั่วถึง/เสียบ่อย	4	18.2
สื่อ/อุปกรณ์ไม่น่าสนใจ/ไม่ทันสมัย	3	13.6
ช่วงเวลาที่ให้ความรู้ไม่ตรงกับที่ประชาชนต้องการ	1	4.5
การแจกทรายอะเบท		
ประชาชนขาดความใส่ใจ/ไม่ให้ความร่วมมือ	19	86.4
การดำเนินการไม่ครอบคลุม/ไม่ต่อเนื่อง	2	9.1
อสม.บางคนไม่รับผิดชอบ/ไม่ให้ความร่วมมือ	1	4.5
การส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ		
ปลามีไม่เพียงพอ/ไม่มีแหล่งที่เป็นศูนย์รวม	9	40.9
ประชาชนขาดความใส่ใจ/ไม่ให้ความร่วมมือ	6	27.3
การดำเนินการไม่ครอบคลุม/ไม่ต่อเนื่อง	4	18.2
การเลี้ยงปลาไม่ช่วยแก้ปัญหาได้ดีเท่าที่ควร	3	13.6
การพ่นหมอกควัน		
บางบ้านไม่ให้พ่น/ไม่ให้ความร่วมมือ	11	50.0
ประชาชนร้องขอมากเกินไป/ไม่จำเป็นต้องพ่น	5	22.7
เครื่องเสียบ่อย/มีไม่เพียงพอ/พ่นได้ไม่ครอบคลุม	4	18.2
คนพ่นขาดความชำนาญ/เปลี่ยนคนบ่อย	2	9.1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรค	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
การสอบสวนโรคไข้เลือดออก		
ระบบการแจ้งผู้ป่วยล่าช้า/ไม่ได้รับแจ้ง	14	63.7
ที่อยู่ของผู้ป่วยไม่ชัดเจน/ติดตามยาก	4	18.2
ทีม SRRT ไม่มีความพร้อม/ไม่เข้มแข็ง	3	13.6
ตรงวันหยุดไม่มีคนร่วมดำเนินการ	1	4.5

ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 111 ราย คิดเป็นอัตราความชุก 95.29 ต่อแสนประชากร โดยลดลงร้อยละ 18.6 จากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง และไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก (รายละเอียดตามภาคผนวก ค)

ความพึงพอใจในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เมื่อติดตามประเมินผลความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ โดยพึงพอใจมากกับพึงพอใจมากที่สุดรวมกัน พบว่า ไม่มีข้อใดที่มีความพึงพอใจถึงร้อยละ 80 โดยพึงพอใจปานกลางในกิจกรรมการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค (ร้อยละ 72.7) การแจกทรายอะเบท (ร้อยละ 68.2) และพึงพอใจน้อย ในกิจกรรมการรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันโรค (ร้อยละ 45.5) การให้ความรู้ผ่านสื่อ (ร้อยละ 45.5) การพ่นหมอกควัน (ร้อยละ 45.5) การสำรวจลูกน้ำยุงลาย (ร้อยละ 36.4) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (ร้อยละ 36.4) การส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ (ร้อยละ 22.7) และความพึงพอในในภาพรวม (ร้อยละ 45.5) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จำแนกตามความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ความพึงพอใจ	พึงพอใจมากที่สุด		พึงพอใจมาก		พึงพอใจปานกลาง		พึงพอใจน้อย		พึงพอใจน้อยที่สุด	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. การเฝ้าระวังสอบสวนโรค	1	4.5	15	68.2	6	27.3	0	0.0	0	0.0
2. การแจกทรายอะเบท	1	4.5	14	63.7	6	27.3	1	4.5	0	0.0
3. การรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันโรค	1	4.5	9	41.0	12	54.5	0	0.0	0	0.0
4. การให้ความรู้ผ่านสื่อ	1	4.5	9	41.0	11	50.0	1	4.5	0	0.0
5. การพ่นหมอกควัน	1	4.5	9	41.0	11	50.0	1	4.5	0	0.0
6. ความพึงพอใจในภาพรวม	0	0.0	10	45.5	11	50.0	1	4.5	0	0.0
7. การสำรวจลูกน้ำยุงลาย	0	0.0	8	36.4	12	54.5	2	9.1	0	0.0
8. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์	0	0.0	8	36.4	11	50.0	3	13.6	0	0.0
9. การส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ	1	4.5	4	18.2	13	59.1	5	22.7	0	0.0

จากการวิเคราะห์ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก คะแนนเต็ม 45 คะแนนต่ำสุด 24 คะแนนสูงสุด 39 คะแนนเฉลี่ย 30.68 $\overline{X}$% = 68.6 S.D.= 4.29 เมื่อจำแนกตามระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบส่วนมากพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.1 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 27.3 และระดับน้อย ร้อยละ 13.6 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	6	27.3
ปานกลาง	13	59.1
น้อย	3	13.6
รวม	22	100.0

คะแนนเต็ม = 45, คะแนนต่ำสุด = 24, คะแนนสูงสุด = 39, $\overline{X}$ = 30.86, $\overline{X}$% = 68.6, S.D. = 4.29

จากการทดสอบระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าต้องมีความพึงพอใจร้อยละ 80.0 พบว่า เจ้าหน้าที่พึงพอใจไม่ถึง ร้อยละ 80.0 โดยพึงพอใจเพียง ร้อยละ 68.3 อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .001$

ผลการติดตามจากเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

1. ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องผู้ให้ข้อมูล จากการติดตาม พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เจ้าหน้าที่เทศบาล เจ้าหน้าที่ อบต. สมาชิกเทศบาล สมาชิก อบต. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.7 เพศชาย ร้อยละ 47.3 ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 48.6 รองลงมา อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 29.7 อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 14.9 และน้อยที่สุด อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 6.8 อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 67 ปี อายุเฉลี่ย 46.85 ปี ส่วนมากจบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 39.2 รองลงมาระดับอนุปริญญา/เทียบเท่า ร้อยละ 17.6 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ร้อยละ 14.9 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 13.5 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 9.4 และน้อยที่สุดสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 5.4 ส่วนมากมีระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งปัจจุบัน น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 54.0 รองลงมา 10-19 ปี ร้อยละ 39.2 และน้อยที่สุด 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.8 ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 33 ปี เฉลี่ย 9.14 ปี ส่วนมากมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 56.8 รองลงมา 10-19 ปี ร้อยละ 40.5 และน้อยที่สุด 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.7 มีประสบการณ์ในการทำงานต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 33 ปี เฉลี่ย 8.54 ปี ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

	จำนวน	ร้อยละ
รวม	74	100.0
เพศ		
หญิง	39	52.7
ชาย	35	47.3
อายุ (ปี)		
30-39	11	14.9
40-49	36	48.6
50-59	22	29.7
60-69	5	6.8
อายุต่ำสุด = 30, สูงสุด = 67, อายุเฉลี่ย = 46.85, S.D. = 8.01		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	10	13.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	9.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	11	14.9
อนุปริญญา/เทียบเท่า	13	17.6
ปริญญาตรี	29	39.2
สูงกว่าปริญญาตรี	4	5.4
ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งปัจจุบัน (ปี)		
น้อยกว่า 10	40	54.0
10-19	29	39.2
20 ขึ้นไป	5	6.8
ระยะเวลา ต่ำสุด = 2, สูงสุด = 33, เฉลี่ย = 9.14, S.D. = 5.67		
ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (ปี)		
น้อยกว่า 10	42	56.8
10-19	30	40.5
20 ขึ้นไป	2	2.7
ประสบการณ์ต่ำสุด = 2, สูงสุด = 33, เฉลี่ย = 8.54, S.D. = 5.55		

2. หน้าที่รับผิดชอบและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน จากการติดตามประเมินผล พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องมีหน้าที่รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้

2.1 หน้าที่รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

1. การติดต่อประสานงาน ร้อยละ 48.6
2. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 47.3
3. การพ่นหมอกควัน/แจกทรายอะเบท ร้อยละ 43.2
4. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ร้อยละ 33.8
5. การจัดทำโครงการ/วางแผน ร้อยละ 24.3
6. การสำรวจลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ 21.6
7. การสนับสนุน/จัดหาวัสดุอุปกรณ์ ร้อยละ 20.3
8. การประชุม/แนะนำให้ความรู้ ร้อยละ 20.3
9. การเสนอขอ/อนุมัติงบประมาณ ร้อยละ 18.9
10. การสอบสวนโรค ร้อยละ 4.1

ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของหน้าที่รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

	จำนวน	ร้อยละ
1. การติดต่อประสานงาน	36	48.6
2. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์	35	47.3
3. การพ่นหมอกควัน/แจกทรายอะเบท	32	43.2
4. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	25	33.8
5. การจัดทำโครงการ/วางแผน	18	24.3
6. การสำรวจลูกน้ำยุงลาย	16	21.6
7. การสนับสนุน/จัดหาวัสดุอุปกรณ์	15	20.3
8. การประชุม/แนะนำให้ความรู้	15	20.3
9. การเสนอขอ/อนุมัติงบประมาณ	14	18.9
10. การสอบสวนโรค	3	4.1

2.2 ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

1. ไม่มีคนอยู่บ้าน/บ้านปิด ร้อยละ 51.4
2. ประชาชนคิดว่าไม่หน้าที่ของตน ร้อยละ 47.3
3. ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 39.2
4. งบประมาณไม่เพียงพอ/ล่าช้า ร้อยละ 25.7
5. พื้นที่รับผิดชอบมาก/เจ้าหน้าที่น้อย ร้อยละ 23.0
6. การดำเนินกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 18.9
7. การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ร้อยละ 14.9
8. ไม่ได้พ่นหมอกควันทุกครั้งที่ร้อยขอ ร้อยละ 10.8
9. ขาดการประสานงานจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 8.1
10. วัสดุ/ทรายะเบทไม่เพียงพอ ร้อยละ 5.4

ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคที่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องพบจากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

	จำนวน	ร้อยละ
1. ไม่มีคนอยู่บ้าน/บ้านปิด	38	51.4
2. ประชาชนคิดว่าไม่หน้าที่ของตน	35	47.3
3. ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ	29	39.2
4. งบประมาณไม่เพียงพอ/ล่าช้า	19	25.7
5. พื้นที่รับผิดชอบมาก/เจ้าหน้าที่น้อย	17	23.0
6. การดำเนินกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง	14	18.9
7. การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง	11	14.9
8. ไม่ได้พ่นหมอกควันทุกครั้งที่ร้องขอ	8	10.8
9. ขาดการประสานงานจากเจ้าหน้าที่	6	8.1
10. วัสดุ/ทรายอะเบทไม่เพียงพอ	4	5.4

3. ความพึงพอใจในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จากการติดตามประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจมากกับพึงพอใจมากที่สุดรวมกัน พบว่า ไม่มีข้อใดที่มีความพึงพอใจถึงร้อยละ 80.0 โดยพึงพอใจปานกลางในกิจกรรมการแจกทรายอะเบท (ร้อยละ 77.1) การรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันโรค (ร้อยละ 75.7) การให้ความรู้ผ่านสื่อ (ร้อยละ 74.3) การเฝ้าระวังและสอบสวนโรค (ร้อยละ 73.0) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (ร้อยละ 68.9) การพ่นหมอกควัน (ร้อยละ 67.6) และพึงพอใจน้อยในกิจกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ (ร้อยละ 54.1) การสำรวจลูกน้ำยุงลาย (ร้อยละ 54.1) และมีความพึงพอใจในภาพรวม (ร้อยละ 75.7) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จำแนกตามความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ความพึงพอใจ	พึงพอใจมากที่สุด		พึงพอใจมาก		พึงพอใจปานกลาง		พึงพอใจน้อย		พึงพอใจน้อยที่สุด	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. การแจกทรายอะเบท	13	17.6	44	59.5	17	22.9	0	0.0	0	0.0
2. การรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันโรค	6	8.1	50	67.6	17	22.9	1	1.4	0	0.0
3. การดำเนินงานในภาพรวม	5	6.8	51	68.9	18	24.3	0	0.0	0	0.0
4. การให้ความรู้ผ่านสื่อ	6	8.1	49	66.2	18	24.3	1	1.4	0	0.0
5. การเฝ้าระวังสอบสวนโรค	10	13.5	44	59.5	19	25.6	1	1.4	0	0.0
6. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	6	8.1	45	60.8	22	29.7	1	1.4	0	0.0
7. การพ่นหมอกควัน	10	13.5	40	54.1	24	32.4	0	0.0	0	0.0
8. การส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ	9	12.2	31	41.9	25	33.8	7	9.4	2	2.7
9. การสำรวจลูกน้ำยุงลาย	5	6.8	35	47.3	32	43.2	2	2.7	0	0.0

เมื่อวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า เจ้าหน้าที่เทศบาลส่วนมากพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 รองลงมาระดับมาก ร้อยละ 16.7 เจ้าหน้าที่ อบต. ส่วนมากพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 33.3 สมาชิกเทศบาลส่วนมากพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 33.3 สมาชิก อบต. ส่วนมากพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.8 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 22.2 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านส่วนมากพึงพอใจในระดับมาก และระดับปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 50.0 อสม. ส่วนมากพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.1 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 40.9 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ระดับความพึงพอใจ	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่เทศบาล	1	16.7	5	83.3	0	0.0
เจ้าหน้าที่ อบต.	3	33.3	6	66.7	0	0.0
สมาชิกเทศบาล	2	33.3	4	66.7	0	0.0
สมาชิก อบต.	2	22.2	7	77.8	0	0.0
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	11	50.0	11	50.0	0	0.0
อสม.	9	40.9	13	59.1	0	0.0

คะแนนเต็ม = 45, คะแนนต่ำสุด = 27, คะแนนสูงสุด = 44, $\overline{X}$ = 33.92, $\overline{X}\%$ = 75.4, S.D. = 3.97

เมื่อทดสอบความแปรปรวนของระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่เทศบาล, เจ้าหน้าที่ อบต., สมาชิกเทศบาล, สมาชิก อบต., กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. มีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การทดสอบความแปรปรวนระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ความพึงพอใจ	N	$\overline{X}$	S.D.	F	P
เจ้าหน้าที่เทศบาล	6	33.17	4.92	.902	.485
เจ้าหน้าที่ อบต.	9	33.78	4.89		
สมาชิกเทศบาล	6	33.83	2.79		
สมาชิก อบต.	9	31.56	4.10		
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	22	34.64	2.85		
อสม.	22	34.45	4.48		

เมื่อทดสอบสมมุติฐานระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่าต้องมีความพึงพอใจร้อยละ 80.0 พบว่า เจ้าหน้าที่เทศบาล, เจ้าหน้าที่ อบต., สมาชิกเทศบาล และ อสม. มีความพึงพอใจเฉลี่ยร้อยละเท่ากับ 80.0 ยกเว้น สมาชิก อบต. และกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ที่มีความพึงพอใจเฉลี่ยไม่ถึงร้อยละ 80.0 แต่เกือบถึง อยู่ในช่วงร้อยละ 70.0 – 77.0 ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การทดสอบสมมุติฐานระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ความพึงพอใจ	$\overline{X}$	$\overline{X}$ %	S.D.	$\overline{D}$	t	P
เจ้าหน้าที่เทศบาล	33.17	73.7	4.92	-2.83	-1.41	.217
เจ้าหน้าที่ อบต.	33.78	75.1	4.89	-2.22	-1.36	.210
สมาชิกเทศบาล	33.83	75.2	2.79	-2.17	-1.90	.115
สมาชิก อบต.	31.56	70.1	4.10	-4.44	-3.26	.012
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	34.64	77.0	2.85	-1.36	-2.24	.036
อสม.	34.45	76.6	4.48	-1.55	-1.62	.121

หมายเหตุ : $\overline{D}$ คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ยกับคะแนนร้อยละ 80.0

ผลการติดตามจากประชาชน

1. ข้อมูลทั่วไปของประชาชนผู้ให้ข้อมูล จากการติดตาม พบว่า ประชาชนจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 64.0 เป็นเพศหญิง รองลงมา ร้อยละ 36.0 เป็นเพศชาย ส่วนมากอายุอยู่ในช่วง 45-54 ปี ร้อยละ 28.0 รองลงมา อายุ 55-64 ปี ร้อยละ 24.2 อายุ 35-44 ปี ร้อยละ 22.6 อายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 17.7 และอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป น้อยที่สุดร้อยละ 7.5 อายุต่ำสุด 16 ปี อายุสูงสุด 80 ปี อายุเฉลี่ย 47.30 ปี ส่วนมากจบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.1 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.1 ระดับ ปวส./เทียบเท่า และระดับปริญญาตรีขึ้นไป น้อยที่สุด ร้อยละ 13.4 ส่วนมากเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 45.7 รองลงมา เป็นภรรยา/แม่บ้าน ร้อยละ 24.7 บุตร/หลาน ร้อยละ 18.3 ญาติ/ผู้อาศัย ร้อยละ 7.5 และเป็นปู่/ย่า/ตา/ยาย น้อยที่สุดร้อยละ 3.8 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน มากที่สุด ร้อยละ 59.1 รองลงมา 1-3 คน ร้อยละ 36.0 7-9 คน ร้อยละ 3.8 และ 10-12 คน น้อยที่สุด ร้อยละ 1.1 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวต่ำสุด 1 คน สูงสุด 12 คน เฉลี่ย 4.05 คน ส่วนมากมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 77.4 รองลงมา เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 22.6 อาชีพหลักของครอบครัวมีอาชีพรับจ้าง มากที่สุดร้อยละ 36.0 รองลงมาค้าขาย ร้อยละ 20.4 ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 17.8 เกษตรกรรม ร้อยละ 13.4 และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท น้อยที่สุดร้อยละ 12.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 33.4 รองลงมา 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 31.2 20,001-30,000 และ มากกว่า 30,000 บาท น้อยที่สุด ร้อยละ 17.7 ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

	จำนวน	ร้อยละ
รวม	186	100.0
เพศ		
หญิง	119	64.0
ชาย	67	36.0
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 35	33	17.7
35-44	42	22.6
45-54	52	28.0
55-64	45	24.2

ตารางที่ 13 (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
65 ขึ้นไป	14	7.5
อายุต่ำสุด = 16, สูงสุด = 80, อายุเฉลี่ย = 47.30, S.D. = 12.86		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	80	43.1
มัธยมศึกษา	56	30.1
ปวส./เทียบเท่า	25	13.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	25	13.4
ท่านเป็นใครในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	85	45.7
ภรรยา/แม่บ้าน	46	24.7
บุตร/หลาน	34	18.3
ญาติ/ผู้อาศัย	14	7.5
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	7	3.8
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		
1-3	67	36.0
4-6	110	59.1
7-9	7	3.8
10-12	2	1.1
จำนวนสมาชิกต่ำสุด = 1, สูงสุด = 12, เฉลี่ย = 4.05, S.D. = 1.59		
ลักษณะความเป็นครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	144	77.4
ครอบครัวขยาย	42	22.6
อาชีพหลักของครอบครัว		
รับจ้าง	67	36.0
ค้าขาย	38	20.4
ธุรกิจส่วนตัว	33	17.8
เกษตรกรรม	25	13.4

ตารางที่ 13 (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท	23	12.4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (บาท)		
น้อยกว่า 10,000	62	33.4
10,001-20,000	58	31.2
20,001-30,000	33	17.7
มากกว่า 30,000	33	17.7

2. แรงจูงใจในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก แรงจูงใจในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังต่อประสิทธิผล และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ผลการศึกษามีดังนี้

2.1 การรับรู้ความรุนแรง จากการติดตามประเมินการรับรู้ความรุนแรงของประชาชน โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกัน พบว่า ไม่มีข้อใดที่ประชาชนรับรู้มากด้านความรุนแรง ถึงร้อยละ 80.0 โดยรับรู้ปานกลางว่า ไข้เลือดออกเป็นแล้วใช้เวลาในการรักษานาน (ร้อยละ 62.9) และยังไม่มีวัคซีนหรือยาที่รักษาโรคให้หายขาดได้ (ร้อยละ 61.9) และรับรู้น้อยว่า โรคไข้เลือดออกมีการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อน วินิจฉัยยาก (ร้อยละ 55.9) และรับรู้ว่าถ้าเป็นแล้วอาจทำให้พิการได้ (ร้อยละ 47.3) ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรง

การรับรู้ความรุนแรง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. โรคไข้เลือดออกเป็นแล้วต้องใช้เวลารักษานาน	30	16.1	87	46.8	48	25.8	21	11.3	0	0.0
2. ยังไม่มีวัคซีนหรือยาที่รักษาโรคให้หายได้	21	11.3	94	50.6	54	29.0	14	7.5	3	1.6

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การรับรู้ความรุนแรง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3. โรคไข้เลือดออกมีขั้นตอนการดูแลรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน วินิจฉัยยาก	24	12.9	80	43.0	50	26.9	32	17.2	0	0.0
4. โรคไข้เลือดออกถ้าเป็นแล้วอาจทำให้พิการได้	22	11.8	66	35.5	87	46.8	9	4.8	2	1.1

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยง จากการติดตามประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยวของประชาชน โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกัน พบว่า ประชาชนรับรู้มากว่า เสี่ยงเพราะในบ้านมีลูกน้ำและยุงมาก (ร้อยละ 83.3) มีการรับรู้ปานกลางว่า เสี่ยงเพราะไม่ได้นอนกางมุ้งทุกครั้ง (ร้อยละ 75.8) เสี่ยงเพราะในชุมชนมีผู้ป่วย/ผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 70.4) และเสี่ยงเพราะในชุมชนมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 68.3) ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยง

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. เสี่ยงเพราะในบ้านมีลูกน้ำและมียุงมาก	35	18.8	120	64.5	19	10.2	10	5.4	2	1.1
2. เสี่ยงเพราะไม่ได้นอนกางมุ้งทุกครั้ง	33	17.7	108	58.1	21	11.3	22	11.8	2	1.1
3. เสี่ยงเพราะในชุมชนมีผู้ป่วย/ผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก	45	24.2	86	46.2	42	22.6	12	6.5	1	0.5
4. เสี่ยงเพราะในชุมชนมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก	42	22.6	85	45.7	44	23.6	15	8.1	0	0.0

2.3 ความคาดหวังต่อประสิทธิผล ประชาชนมีความคาดหวังต่อประสิทธิผลในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกัน พบว่า ทุกข้อคาดหวังมากว่าป้องกันได้ถึงร้อยละ 80.0 ในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายสามารถป้องกันไข้เลือดออกได้ (ร้อยละ 97.3) การนอนกางมุ้ง/การป้องกันไม่ให้ยุงกัดสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ (ร้อยละ 95.2) การใส่ทรายอะเบทสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ (ร้อยละ 90.9) และการพ่นหมอกควันสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ (ร้อยละ 82.3) ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามความคาดหวังต่อประสิทธิผล

ความคาดหวังต่อประสิทธิผล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย สามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	85	45.7	96	51.6	5	2.7	0	0.0	0	0.0
2. การนอนกางมุ้ง/การป้องกันไม่ให้ยุงกัดสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	75	40.3	102	54.9	9	4.8	0	0.0	0	0.0
3. การใส่ทรายอะเบทสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	45	24.2	124	66.7	17	9.1	0	0.0	0	0.0
4. การพ่นหมอกควันสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	39	21.0	114	61.3	26	14.0	6	3.2	1	0.5

2.4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ประชาชนคาดหวังว่าสามารถทำได้ โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกัน พบว่า ประชาชนคาดหวังมากว่าทำได้ถึงร้อยละ 80.0 ในด้านการอนุญาตให้เจ้าหน้าที่พ่นหมอกควันได้ (ร้อยละ 95.2) และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุก 7 วันได้ (ร้อยละ 89.3) และคาดหวังปานกลางว่าทำได้ในการนอนกางมุ้ง/ป้องกันไม่ให้ยุงกัดทุกครั้ง (ร้อยละ 76.9) และสามารถหาทรายอะเบทมาใส่ในภาชนะเองได้ (ร้อยละ 65.6) ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามความคาดหวังในความสามารถตนเอง

ความคาดหวังในความสามารถตนอง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. อนุญาตให้เจ้าหน้าที่พ่นหมอกควันได้	67	36.0	110	59.2	6	3.2	3	1.6	0	0.0
2. สามารถทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำทุก 7 วันได้	49	26.4	117	62.9	19	10.2	1	0.5	0	0.0
3. สามารถนอนกางมุ้ง/ป้องกันไม่ให้ยุงกัดได้ทุกครั้ง	46	24.7	97	52.2	35	18.8	6	3.2	2	1.1
4. สามารถหาทรายอะเบทมาใส่เองได้	25	13.4	97	52.2	55	29.6	8	4.3	1	0.5

เมื่อวิเคราะห์แรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออกรายด้านและโดยรวม พบว่า ประชาชนมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ด้านการรับรู้ความรุนแรง ระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 48.9 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 35.0 และระดับน้อย น้อยที่สุด ร้อยละ 16.1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 59.1 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.0 และระดับน้อย น้อยที่สุด ร้อยละ 5.9 ด้านความคาดหวังต่อประสิทธิผล ระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 85.5 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.5 ด้านความคาดหวังในความสามารถตนเอง ระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 64.5 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.0 และระดับน้อย น้อยที่สุด ร้อยละ 0.5 ประชาชนมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคโดยรวม ระดับปานกลาง มากที่สุดร้อยละ 57.5 รองลงมา ระดับดีมาก ร้อยละ 41.4 และระดับน้อย น้อยที่สุด ร้อยละ 1.1 ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรค

แรงจูงใจในการป้องกันโรค	ระดับมาก		ระดับปานกลาง		ระดับน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรง	65	35.0	91	48.9	30	16.1
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	110	59.1	65	35.0	11	5.9
ความคาดหวังต่อประสิทธิผล	159	85.5	27	14.5	0	0.0
ความคาดหวังในความสามารถตนเอง	120	64.5	65	35.0	1	0.5
แรงจูงใจโดยรวม	77	41.4	107	57.5	2	1.1

เมื่อทดสอบสมมุติฐานแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าต้องมีแรงจูงใจ ร้อยละ 80 พบว่า ประชาชนมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 78.6 โดยมีความคาดหวังต่อประสิทธิผลมากสุด รองลงมา คาดหวังในความสามารถตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และรับรู้ความรุนแรงน้อยสุด ร้อยละ 84.6, 80.7, 77.2 และร้อยละ 71.7 ตามลำดับ และพบว่า มีแรงจูงใจเฉลี่ยยังไม่ถึง ร้อยละ 80 ในด้านแรงจูงใจโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง และมีแรงจูงใจเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80.0 ในด้านความคาดหวังต่อประสิทธิผล และความคาดหวังในความสามารถตนเอง ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 การทดสอบสมมุติฐานระดับแรงจูงใจของประชาชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

	$\overline{X}$	$\overline{X}$ %	S.D.	$\overline{D}$	t	P
การรับรู้ความรุนแรง	14.34	71.69	2.60	-1.66	-8.72	.000
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	15.44	77.20	2.46	-.56	-3.10	.002
ความคาดหวังต่อประสิทธิผล	16.92	84.62	1.75	.92	7.20	.000
ความคาดหวังในความสามารถตนเอง	16.15	80.73	1.96	.15	1.01	.313
แรงจูงใจโดยรวม	62.85	78.56	5.69	-1.15	-2.76	.006

3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติ การมีส่วนร่วมรับประโยชน์ และการมีส่วนร่วมประเมินผล ผลการศึกษามีดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมตัดสินใจ ประชาชนมีส่วนร่วมตัดสินใจ โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกัน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมตัดสินใจถึง ร้อยละ 80.0 ในด้านการวางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 84.4) และเชิญชวนให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (ร้อยละ 81.2) และมีส่วนร่วมตัดสินใจไม่ถึงร้อยละ 80.0 ในด้านการคิดหาวิธีป้องกันโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 74.2) ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามการมีส่วนร่วมตัดสินใจ

การมีส่วนร่วมตัดสินใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. วางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	40	21.5	117	62.9	28	15.1	1	0.5	0	0.0
2. เชิญชวนคนในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วม	27	14.5	124	66.7	31	16.7	4	2.1	0	0.0
3. คิดหาวิธีป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน	36	19.4	102	54.8	46	24.7	2	1.1	0	0.0

3.2 การมีส่วนร่วมปฏิบัติ ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกัน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมปฏิบัติมากถึงร้อยละ 80.0 ในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 88.2) การหาทรายอะเบทมาใส่เองได้ (ร้อยละ 85.5) และให้คำแนะนำเพื่อนบ้านในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 80.6) และมีส่วนร่วมปฏิบัติปานกลางในการชวนคนอื่นให้เข้ามามีส่วนร่วม (ร้อยละ 75.9) และให้ความร่วมมือกับชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกทุกครั้ง (ร้อยละ 75.2) ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามการมีส่วนร่วมปฏิบัติ

การมีส่วนร่วมปฏิบัติ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างสม่ำเสมอ	46	24.7	118	63.5	22	11.8	0	0.0	0	0.0
2. การหาทรายอะเบทมาใส่เองได้	33	17.7	126	67.8	24	12.9	3	1.6	0	0.0
3. ให้คำแนะนำเพื่อนบ้านในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	25	13.4	125	67.2	34	18.3	2	1.1	0	0.0
4. การชวนคนอื่นให้เข้ามามีส่วนร่วม	20	10.8	121	65.1	41	22.0	4	2.1	0	0.0
5. ให้ความร่วมมือกับชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกทุกครั้ง	36	19.3	104	55.9	44	23.7	2	1.1	0	0.0

3.3. การมีส่วนร่วมรับประโยชน์ ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกัน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมมากในการรับประโยชน์ ถึงร้อยละ 80.0 ในความภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 89.3) และมีส่วนร่วมปานกลาง ที่มีส่วนช่วยทำให้จำนวนผู้ป่วยลดลง (ร้อยละ 76.9) และการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกำจัดลูกน้ำแทนการใช้ทรายอะเบท (ร้อยละ 68.3) ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามการมีส่วนร่วมรับประโยชน์

การมีส่วนร่วมรับประโยชน์	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. มีความภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมในการป้องกันโรค	43	23.1	123	66.2	19	10.2	1	0.5	0	0.0
2. มีส่วนช่วยทำให้จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกลดลง	33	17.7	110	59.2	39	21.0	4	2.1	0	0.0
3. ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกำจัดลูกน้ำแทนการใช้ทรายอะเบท	26	14.0	101	54.3	48	25.8	11	5.9	0	0.0

3.4 การมีส่วนร่วมประเมินผล ประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกัน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมประเมินผลไม่ถึงร้อยละ 80.0 โดยมีส่วนร่วมปานกลางในการสอบถามถึงผลของการป้องกันโรค (ร้อยละ 76.9) และหาข้อดี/ข้อบกพร่องในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 67.7) และมีส่วนร่วมน้อยในการเสนอแนะวิธีในการป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 59.1) ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามการมีส่วนร่วมประเมินผล

การมีส่วนร่วมประเมินผล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. สอบถามเจ้าหน้าที่ถึงผลของการป้องกันโรคไข้เลือดออก	34	18.3	109	58.6	41	22.0	2	1.1	0	0.0
2. หาข้อดี/ข้อบกพร่องในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	38	20.4	88	47.3	57	30.7	3	1.6	0	0.0
3. เสนอแนะวิธีการป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพ	25	13.4	85	45.7	73	39.3	3	1.3	0	0.0

เมื่อวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกรายด้านและโดยรวม พบว่าประชาชนมีส่วนร่วมตัดสินใจ ระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 71.5 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.5 การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ ระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 59.2 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.3 การมีส่วนร่วมรับประโยชน์ ระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 63.4 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.6 การมีส่วนร่วมประเมินผล ระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 57.0 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.0 การมีส่วนร่วมโดยรวม ระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 49.5 รองลงมา ระดับดีมาก ร้อยละ 48.9 และระดับน้อย น้อยที่สุด ร้อยละ 1.6 ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม	ระดับมาก		ระดับปานกลาง		ระดับน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ร่วมตัดสินใจ	133	71.5	53	28.5	0	0.0
ร่วมปฏิบัติการ	110	59.2	75	40.3	1	0.5
ร่วมรับประโยชน์	118	63.4	68	36.6	0	0.0
ร่วมประเมินผล	106	57.0	80	43.0	0	0.0
การมีส่วนร่วมโดยรวม	91	48.9	92	49.5	3	1.6

จากการทดสอบสมมุติฐานการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าต้องมีส่วนร่วมเฉลี่ย ร้อยละ 80 พบว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 78.7 โดยมีส่วนร่วมตัดสินใจมากที่สุด รองลงมา ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับประโยชน์ และร่วมประเมินผลน้อยที่สุด ร้อยละ 79.4, 79.4, 78.7 และร้อยละ 76.8 ตามลำดับ และพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมยังไม่ถึงร้อยละ 80.0 ในด้านการมีส่วนร่วมโดยรวม และร่วมประเมินผล และมีส่วนร่วมเท่ากับ ร้อยละ 80.0 ในด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และร่วมรับประโยชน์ ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 การทดสอบสมมุติฐานระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

	$\overline{X}$	$\overline{X}$ %	S.D.	$\overline{D}$	t	P
การมีส่วนร่วมตัดสินใจ	11.91	79.43	1.67	-.09	-.70	.484
การมีส่วนร่วมปฏิบัติ	19.85	79.42	2.22	-.15	-.89	.375
การมีส่วนร่วมรับประโยชน์	11.81	78.71	1.56	-.19	-1.69	.093
การมีส่วนร่วมประเมินผล	11.52	76.77	1.77	-.48	-3.74	.000
การมีส่วนร่วมโดยรวม	55.09	78.70	6.15	-.91	-2.01	.046

4. ความพึงพอใจในการดำเนินงานของประชาชน ความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเวลา ด้านการดำเนินงาน ด้านบุคลากร ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และความพึงพอใจในภาพรวม ผลการศึกษามีดังนี้

4.1 ความพึงพอใจด้านเวลา ประชาชนมีความพึงพอใจด้านเวลา โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกัน พบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจด้านเวลาไม่ถึงร้อยละ 80.0 โดยพึงพอใจปานกลางในการแจ้งข่าวสารทันเวลา (ร้อยละ 76.9) การพ่นหมอกควันทันเวลา (ร้อยละ 70.5) สอบสวน/ควบคุมโรคทันเวลา (ร้อยละ 68.9) มีการรณรงค์ป้องกันโรคล่วงหน้า (ร้อยละ 66.7) และแจกทรายอะเบททันเวลา (ร้อยละ 64.5) ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามความพึงพอใจด้านเวลา

ความพึงพอใจด้านเวลา	พึงพอใจมากที่สุด		พึงพอใจมาก		พึงพอใจปานกลาง		พึงพอใจน้อย		พึงพอใจน้อยที่สุด	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. แจ้งข่าวสารทันเวลา	40	21.5	103	55.4	38	20.4	5	2.7	0	0.0
2. พ่นหมอกควันทันเวลา	47	25.3	84	45.2	45	24.2	7	3.7	3	1.6
3. สอบสวน/ควบคุมโรคทันเวลา	41	22.1	87	46.8	54	29.0	4	2.1	0	0.0
4. รณรงค์ป้องกันโรคล่วงหน้า	38	20.4	86	46.3	51	27.4	10	5.4	1	0.5
5. แจกทรายอะเบททันเวลา	39	21.0	81	43.5	61	32.8	3	1.6	2	1.1

4.2 ความพึงพอใจด้านการดำเนินงาน ประชาชนมีความพึงพอใจ โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกัน พบว่า ประชาชนพึงพอใจไม่ถึงร้อยละ 80.0 โดยพึงพอใจปานกลางในการแจกทรายอะเบท (ร้อยละ 71.0) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธ์ยุงลาย (ร้อยละ 70.5) ส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ (ร้อยละ 69.4) การให้ความรู้ผ่านสื่อ (ร้อยละ 68.3) การพ่นหมอกควัน (ร้อยละ 66.1) และการสอบสวน/ควบคุมโรค (ร้อยละ 64.6) และพึงพอใจน้อยในการรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันโรค (ร้อยละ 59.2) และการสำรวจลูกน้ำยุงลาย (ร้อยละ 56.4) ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามความพึงพอใจด้านการดำเนินงาน

ความพึงพอใจด้านการดำเนินงาน	พึงพอใจมากที่สุด		พึงพอใจมาก		พึงพอใจปานกลาง		พึงพอใจน้อย		พึงพอใจน้อยที่สุด	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. การแจกทรายอะเบท	39	21.0	93	50.0	51	27.4	2	1.1	1	0.5
2. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธ์ยุงลาย	33	17.8	98	52.7	50	26.9	4	2.1	1	0.5
3. การส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ	32	17.2	97	52.2	50	26.9	6	3.2	1	0.5
4. การให้ความรู้ผ่านสื่อ	37	19.9	90	48.4	55	29.6	4	2.1	0	0.0
5. การพ่นหมอกควัน	36	19.3	87	46.8	58	31.2	5	2.7	0	0.0
6. การสอบสวน/ควบคุมโรค	28	15.1	92	49.5	62	33.3	4	2.1	0	0.0
7. การรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันโรค	34	18.3	76	40.9	70	37.6	4	2.1	2	1.1
8. การสำรวจลูกน้ำยุงลาย	25	13.4	80	43.0	66	35.5	13	7.0	2	1.1

4.3 ความพึงพอใจด้านบุคลากร ประชาชนมีความพึงพอใจด้านบุคลากร โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกัน พบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจด้านบุคลากรมากถึงร้อยละ 80.0 ในเรื่องเจ้าหน้าที่ไม่เรียกรับผลประโยชน์ขณะปฏิบัติงาน (ร้อยละ 82.2) และพึงพอใจปานกลางในเรื่องเจ้าหน้าที่เต็มใจปฏิบัติงานอย่างไม่ย่อท้อ (ร้อยละ 77.5) เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการป้องกันโรค (ร้อยละ 76.9) เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเสมอภาค (ร้อยละ 71.5) และพึงพอใจน้อยในเรื่องการใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันตนเองที่เป็นแบบอย่างที่ดี (ร้อยละ 53.8) ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามความพึงพอใจด้านบุคลากร

ความพึงพอใจด้านบุคลากร	พึงพอใจมากที่สุด		พึงพอใจมาก		พึงพอใจปานกลาง		พึงพอใจน้อย		พึงพอใจน้อยที่สุด	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. เจ้าหน้าที่ไม่เคยเรียกรับผลประโยชน์ขณะปฏิบัติงาน	54	29.0	99	53.2	31	16.7	2	1.1	0	0.0
2. เจ้าหน้าที่เต็มใจปฏิบัติงานอย่างไม่ย่อท้อ	36	19.4	108	58.1	37	19.9	4	2.1	1	0.5
3. เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการป้องกันโรค	26	14.0	117	62.9	40	21.5	3	1.6	0	0.0
4. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเสมอภาค	48	25.8	85	45.7	49	26.4	3	1.6	1	0.5
5. เจ้าหน้าที่ใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันตนเองเป็นแบบอย่างที่ดี	19	10.2	81	43.6	77	41.4	8	4.3	1	0.5

4.4 ความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ประชาชนมีความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวก โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกัน พบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวกไม่ถึงร้อยละ 80.0 โดยพึงพอใจปานกลางในการมีทรายอะเบทและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอ ขอได้ตลอดเวลา (ร้อยละ 71.0) รพ.สต. สะอาด เป็นระเบียบ ไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นตัวอย่างที่ดีในการป้องกันโรค (ร้อยละ 71.0) และมีหน่วยงานที่รับผิดชอบที่ชัดเจน เข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว (ร้อยละ 67.7) และพึงพอใจน้อยในเรื่องการมีป้ายรณรงค์ขนาดใหญ่ มองเห็นได้ชัดเจนแลเพียงพอ (ร้อยละ 59.2) ดังตารางที่ 29

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

ความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	พึงพอใจมากที่สุด		พึงพอใจมาก		พึงพอใจปานกลาง		พึงพอใจน้อย		พึงพอใจน้อยที่สุด	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. มีทรายอะเบท หรือวัสดุอุปกรณ์เพียงพอ ขอได้ตลอดเวลา	29	15.6	103	55.4	44	23.6	8	4.3	2	1.1
2. รพ.สต. สะอาด เป็นระเบียบ ไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นตัวอย่างที่ดีในการป้องกันโรค	40	21.5	92	49.5	44	23.7	7	3.7	3	1.6
3. มีหน่วยงานที่รับผิดชอบที่ชัดเจน เข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว	30	16.1	96	51.6	52	28.0	6	3.2	2	1.1
4. มีป้ายรณรงค์ขนาดใหญ่ มองเห็นได้ชัดเจนและเพียงพอ	23	12.4	87	46.8	61	32.8	11	5.9	4	2.1

4.5 ความพึงพอใจในภาพรวม พบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจในภาพรวม โดยพึงพอใจมากและมากที่สุดรวมกัน ไม่ถึงร้อยละ 80.0 แต่เกือบถึง โดยมีความพึงพอใจในภาพรวมร้อยละ 75.3 ดังตารางที่ 30

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามความพึงพอใจในภาพรวม

ความพึงพอใจในภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	34	18.3
มาก	106	57.0
ปานกลาง	41	22.1
น้อย	4	2.1
น้อยที่สุด	1	0.5
รวม	186	100.0

เมื่อวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกรายด้านและโดยรวม พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจด้านเวลา ระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 54.8 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.3 และระดับน้อย น้อยที่สุด ร้อยละ 4.9 มีความพึงพอใจด้านการดำเนินงาน ระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 55.9 รองลงมา ระดับดีมาก ร้อยละ 39.8 และระดับน้อย น้อยที่สุด ร้อยละ4.3 มีความพึงพอใจด้านบุคลากร ระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 54.3 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.5 และระดับน้อย น้อยที่สุด ร้อยละ 2.2 มีความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 48.9 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.2 และระดับน้อย น้อยที่สุด ร้อยละ 5.9 ประชาชนมีความพึงพอใจโดยรวม ระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 53.2 รองลงมา ระดับดีมาก ร้อยละ 43.6 และระดับน้อย น้อยที่สุด ร้อยละ 3.2 ดังตารางที่ 31

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามระดับความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ	ระดับมาก		ระดับปานกลาง		ระดับน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านเวลา	102	54.8	75	40.3	9	4.9
ด้านการดำเนินงาน	74	39.8	104	55.9	8	4.3
ด้านบุคลากร	101	54.3	81	43.5	4	2.2
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	91	48.9	84	45.2	11	5.9
ความพึงพอใจโดยรวม	81	43.6	99	53.2	6	3.2

เมื่อทดสอบความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าต้องมีความพึงพอใจร้อยละ 80 พบว่า ประชาชนพึงพอใจในการดำเนินงานโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 76.7 โดยพึงพอใจด้านบุคลากรมากสุด รองลงมา ด้านเวลา ด้านการดำเนินงาน และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกน้อยที่สุด ร้อยละ 77.9, 77.4, 75.9 และร้อยละ 75.3 ตามลำดับ และพบว่า ประชาชนพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ถึงร้อยละ 80.0 ในทุก ๆ ด้าน ดังตารางที่ 32

ตารางที่ 32 การทดสอบสมมุติฐานระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ความพึงพอใจ	$\overline{X}$	$\overline{X}$ %	S.D.	$\overline{D}$	t	P
ด้านเวลา	19.35	77.4	3.43	-.65	-2.57	.011
ด้านการดำเนินงาน	30.37	75.9	4.88	-1.63	-4.56	.000
ด้านบุคลากร	19.46	77.9	2.84	-.54	-2.58	.011
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	15.05	75.3	2.70	-.95	-4.79	.000
ความพึงพอใจโดยรวม	88.15	76.7	12.80	-3.85	-4.11	.000

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดต่อที่มียุงลายเป็นพาหะนำโรค เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี และมีการระบาดทุกปี โดยเฉพาะในปี 2558 มีผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก จำนวน 1 ราย ดังนั้น จึงได้มีการจัดทำโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559 ขึ้นมา เพื่อเป็นการลดอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคไข้เลือดออกของประชาชน

วัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559 ที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้ว แต่ยังไม่ได้มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยการประเมินผลในครั้งนี้จะประเมินความสำเร็จในเรื่องของ อัตราป่วย อัตราตาย แรงจูงใจในการป้องกันโรค การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของประชาชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่เทศบาล, เจ้าหน้าที่อบต., สมาชิกเทศบาล, สมาชิก อบต., กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และอสม. ต่อการดำเนินงานตามโครงการ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงประเมินผล โดยยึดตามแนวคิดการประเมินผลโครงการของสเตก (Stake's Aproach of Program Evaluation) ซึ่งเน้นที่ความสำเร็จของโครงการ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จำนวน 22 รพ.สต. แห่งละ 1 คน รวม 22 คน และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงาน เทศบาล 6 แห่ง อบต. 9 แห่ง ได้แก่ เจ้าหน้าที่เทศบาล, เจ้าหน้าที่ อบต., สมาชิกเทศบาล และสมาชิก อบต. รวม 30 คน กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน ที่อยู่ในหมู่ที่ตั้งของ รพ.สต. ทั้ง 22 แห่ง ประธาน อสม. ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสังกัดของ รพ.สต. 22 แห่ง และประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนในตาราของ Daniel (1995, p.180) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 186 คน และทำการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม มี 3 ชุด โดย ชุดที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ชุดที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ชุดที่ 3 สำหรับประชาชน ซึ่งแบบสอบถามแต่ละชุด และแต่ละส่วนจะมีความแตกต่างกันตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การวิเคราะห์ประมวลผลข้อมูล โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน โดยใช้สถิติ t-test

สรุปผลการศึกษา

การติดตามประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559 สรุปตามผลการศึกษา ดังนี้

1. ปัจจัยที่ใช้ในการดำเนินงาน พบว่า มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวน 40 แห่ง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ใน รพ.สต. 22 แห่ง มีเจ้าหน้าที่ จำนวน 116 คน และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ที่ปฏิบัติงานอยู่ในเทศบาล 6 แห่ง ได้แก่ เจ้าหน้าที่เทศบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 15 คน สมาชิกเทศบาลที่ดูแลงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 75 คน และ อบต. 9 แห่ง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ อบต. ที่ปฏิบัติงานอยู่ในฝ่ายป้องกันควบคุมโรคติดต่อ สำนักปลัด จำนวน 14 คน สมาชิก อบต. ที่ดูแลงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 134 คน มีพื้นที่ 101 หมู่บ้าน ซึ่งมีกำนันและผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 101 คน และมี อสม. จำนวน 2,238 คน โดยใช้งบประมาณในการดำเนินงานจากโรงพยาบาลแม่ข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจากหน่วยงาน รพ.สต. ของตนเอง รวมงบประมาณ 3,009,220 บาท

2. การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า รพ.สต. มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายทุกเดือน มากที่สุด จำนวน 10 แห่ง รองลงมา สำรวจทุก 3 เดือน จำนวน 7 แหดง และสำรวจปีละ 1-2 ครั้ง ช่วงรณรงค์ น้อยที่สุด จำนวน 5 แห่ง รพ.สต. มีวิธีการสำรวจลูกน้ำยุงลายโดยเจ้าหน้าที่สำรวจร่วมกับ อสม. มากที่สุด จำนวน 13 แห่ง รองลงมา สำรวจโดย อสม. จำนวน 8 แห่ง และสำรวจโดยเจ้าหน้าที่ น้อยที่สุด จำนวน 1 แห่ง รพ.สต. มีผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ไม่ผ่านเกณฑ์ มากที่สุด จำนวน 12 แห่ง รองลงมา ผ่านเกณฑ์ จำนวน 10 แห่ง รพ.สต. มีการรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันโรค ปีละ 1-2 ครั้ง ช่วงรณรงค์ มากที่สุด จำนวน 11 แห่ง รองลงมา รณรงค์ทุก 3 เดือน จำนวน 9 แห่ง และรณรงค์ทุก 1 เดือน น้อยที่สุด จำนวน 2 แห่ง รพ.สต. มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุก 3 เดือน มากที่สุด จำนวน 9 แห่ง รองลงมา ทำทุก 1 เดือน จำนวน 7 แห่ง และทำปีละ 1-2 ครั้ง ช่วงรณรงค์ น้อยที่สุด จำนวน 6 แห่ง รพ.สต.มีวิธีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดย ให้ อสม. เป็นผู้ดูแลในละแวก มากที่สุด จำนวน 10 แห่ง รองลงมา ให้แต่ละครัวเรือนทำเอง จำนวน 7 แห่ง และทุกหน่วยงานร่วมกันทำ น้อยที่สุด จำนวน 5 แห่ง มีการให้ความรู้ผ่านสื่อ ทุก 3 เดือน มากที่สุด จำนวน 9 แห่ง รองลงมา ทำทุก 1 เดือน จำนวน 8 แห่ง และทำปีละ 1-2 ครั้ง ช่วงรณรงค์ น้อยที่สุด จำนวน 5 แห่ง รพ.สต. มีรูปแบบในการให้ความรู้โดยการให้ความรู้ผ่านเสียงตามสาย มากที่สุด จำนวน 10 แห่ง รองลงมา

ทำไวนิลรณรงค์ประชาสัมพันธ์ จำนวน 5 แห่ง ให้ความรู้รายบุคคล/รายกลุ่ม จำนวน 4 แห่ง และแจกเอกสาร/แผ่นพับ น้อยที่สุด จำนวน 3 แห่ง รพ.สต. มีการแจกทรายอะเบทตามแผนรณรงค์และเมื่อมีผู้ป่วย มากที่สุด จำนวน 14 แห่ง รองลงมา แจกตามแผนรณรงค์ จำนวน 6 แห่ง และแจกเมื่อประชาชนร้องขอ น้อยที่สุด จำนวน 2 แห่ง และมีวิธีการแจกทรายอะเบทโดยเจ้าหน้าที่ไปแจกร่วมกับ อสม. มากที่สุด จำนวน 12 แห่ง รองลงมา ให้ อสม.ไปแจกเอง จำนวน 10 แห่ง โดยมีทรายอะเบทใช้อย่างเพียงพอ มากที่สุด จำนวน 20 แห่ง รองลงมา ไม่เพียงพอ จำนวน 2 แห่ง รพ.สต. ได้รับการสนับสนุนทรายอะเบททันตามเวลาที่ต้องการใช้ มากที่สุด จำนวน 20 แห่ง รองลงมา ช้ากว่าเวลาที่ต้องการใช้ จำนวน 2 แห่ง รพ.สต. มีการส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำไม่ต่อเนื่อง มากที่สุด จำนวน 12 แห่ง รองลงมา ทำต่อเนื่อง จำนวน 10 แห่ง รพ.สต. มีการพ่นหมอกควันตามแผนการรณรงค์และเมื่อมีผู้ป่วย มากที่สุด จำนวน 18 แห่ง รองลงมา พ่นเมื่อมีผู้ป่วย จำนวน 2 แห่ง และพ่นตามแผนการรณรงค์ จำนวน 2 แห่ง รพ.สต. มีการเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังสอบสวนโรค โดยพร้อมเพียงบางส่วน มากที่สุด จำนวน 12 แห่ง รองลงมา พร้อมทุกด้าน จำนวน 10 แห่ง รพ.สต. มีการสอบสวนโรคไข้เลือดออกโดยเจ้าหน้าที่ออกร่วมกับ อสม. มากที่สุด จำนวน 15 แห่ง รองลงมา ให้ทีม SRRT ออกสอบสวน จำนวน 5 แห่ง และเจ้าหน้าที่สำรวจเอง น้อยที่สุด จำนวน 2 แห่ง เมื่อมีผู้ป่วย รพ.สต.ได้รับแจ้งจาก รพ.แม่ข่ายหลังพบผู้ป่วย 2-3 วัน มากที่สุด จำนวน 16 แห่ง รองลงมา ได้รับแจ้งวันเดียวกับที่พบผู้ป่วย จำนวน 5 แห่ง และได้รับแจ้งหลังพบผู้ป่วยเกิน 3 วัน น้อยที่สุด จำนวน 1 แห่ง และ รพ.สต. มีการประสานความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องโดยประสานกับ อสม. จำนวน 22 แห่ง ประสานกับ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 13 แห่ง ประสานกับเจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต. จำนวน 21 แห่ง และประสานกับสมาชิกเทศบาล/อบต. จำนวน 14 แห่ง

3. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จากการติดตามพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ พบปัญหาอุปสรรค ดังนี้

3.1.1 การสำรวจลูกน้ำยุงลาย เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า บางบ้านไม่ยอมให้เข้า/ไม่มีคนอยู่ มากที่สุด จำนวน 10 รพ.สต. รองลงมา การสำรวจไม่ครอบคลุมพื้นที่/ไม่ต่อเนื่อง จำนวน 8 รพ.สต. ไม่มีแผนกำหนดการสำรวจที่แน่นอนชัดเจน จำนวน 3 รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ไม่ได้สำรวจเอง น้อยที่สุด จำนวน 1 รพ.สต.

3.1.2 การรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันโรค เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า ขาดความร่วมมือจากประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง มากที่สุด จำนวน 13 รพ.สต. รองลงมา การรณรงค์ไม่ครอบคลุมพื้นที่และไม่ต่อเนื่อง จำนวน 6 รพ.สต. สื่อวัสดุในการรณรงค์ไม่น่าสนใจ/ไม่เพียงพอ จำนวน 2 รพ.สต. และรณรงค์ไม่ตรงกับช่วงเวลาที่เหมาะสม/เลื่อนวัน น้อยที่สุด จำนวน 1 รพ.สต.

3.1.3 การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า ขาดความร่วมมือจากประชาชน/ไม่สนใจ มากที่สุด จำนวน 12 รพ.สต. รองลงมา บางบ้านไม่มีคนอยู่/ไม่ให้เข้า จำนวน 6 รพ.สต. และการดำเนินงานไม่ครอบคลุมพื้นที่และไม่ต่อเนื่อง น้อยที่สุด จำนวน 4 รพ.สต.

3.1.4 การให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า ประชาชนไม่สนใจ/เป็นเรื่องเดิมๆ มากที่สุด จำนวน 14 รพ.สต. รองลงมา เสียงตามสายได้ยินไม่ทั่วถึง/เสียบ่อย จำนวน 4 รพ.สต. สื่ออุปกรณ์ไม่น่าสนใจ/ไม่ทันสมัย จำนวน 3 รพ.สต. และให้ความรู้ไม่ตรงกับที่ประชาชนต้องการ น้อยที่สุด จำนวน 1 รพ.สต.

3.1.5 การแจกทรายอะเบท เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า ประชาชนขาดความใส่ใจ/ไม่ให้ความร่วมมือ มากที่สุด จำนวน 19 รพ.สต. รองลงมา การดำเนินการไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง จำนวน 2 รพ.สต. และ อสม.บางคนไม่รับผิดชอบ/ไม่ให้ความร่วมมือ น้อยที่สุด จำนวน 1 รพ.สต.

3.1.6 การส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า ปลามีไม่เพียงพอ/ไม่มีแหล่งที่เป็นศูนย์รวม มากที่สุด จำนวน 9 รพ.สต. รองลงมา ประชาชนขาดความใส่ใจ/ไม่ให้ความร่วมมือ จำนวน 6 รพ.สต. การดำเนินการไม่ครอบคลุม/ไม่ต่อเนื่อง จำนวน 4 รพ.สต. และการเลี้ยงปลาไม่ช่วยแก้ปัญหาได้ดีเท่าที่ควร น้อยที่สุด จำนวน 3 รพ.สต.

3.1.7 การพ่นหมอกควัน เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า บางบ้านไม่ให้พ่น/ไม่ให้ความร่วมมือ มากที่สุด จำนวน 11 รพ.สต. รองลงมาประชาชนร้องขอมากเกินไป/ไม่จำเป็นต้องพ่น จำนวน 5 รพ.สต. เครื่องพ่นเสียบ่อย/ไม่เพียงพอ/พ่นไม่ครอบคลุม จำนวน 4 รพ.สต. และ คนพ่นขาดความชำนาญ/เปลี่ยนคนพ่นบ่อย น้อยที่สุด จำนวน 2 รพ.สต.

3.1.8 การสอบสวนโรคไข้เลือดออก เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า ระบบการแจ้งผู้ป่วยล่าช้า/บางรายไม่ได้รับแจ้ง มากที่สุด จำนวน 14 รพ.สต. รองลงมา ที่อยู่ของผู้ป่วยไม่ชัดเจน/ติดตามยาก จำนวน 4 รพ.สต. ทีม SRRT ไม่มีความพร้อม/ไม่เข้มแข็ง จำนวน 3 รพ.สต. และถ้าพบผู้ป่วยในวันหยุดจะไม่มีคนร่วมดำเนินงาน น้อยที่สุด จำนวน 1 รพ.สต.

3.2 เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จากการติดตามประเมินผลปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ไม่มีคนอยู่บ้าน/บ้านปิด มากที่สุด ร้อยละ 51.4 รองลงมา ประชาชนคิดว่าไม่หน้าที่ของตน ร้อยละ 47.3 ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 39.2 และวัสดุต่าง ๆ/ทรายะเบทไม่เพียงพอ น้อยที่สุด ร้อยละ 5.4

4. ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จากการติดตามประเมินผล พบว่า ปี 2559 มีผู้ป่วย จำนวน 111 คน คิดเป็นอัตราป่วย 95.29 ต่อแสนประชากร โดยลดลงร้อยละ 18.6 จากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง และไม่พบผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก

5. แรงจูงใจในการป้องกันโรคของประชาชน จากการติดตามประเมิน พบว่า ประชาชนมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 78.6 และมีความคาดหวังต่อประสิทธิผลมากที่สุด รองลงมา ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงน้อยที่สุด ร้อยละ 84.6, 80.7, 77.2 และร้อยละ 71.7 ตามลำดับ และเมื่อให้คะแนน พบว่า ประชาชนมีแรงจูงใจเฉลี่ยยังไม่ถึง ร้อยละ 80 ในด้านแรงจูงใจโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง และมีแรงจูงใจเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80.0 ในด้านความคาดหวังต่อประสิทธิผล และความคาดหวังในความสามารถตนเอง

6. การมีส่วนร่วมของประชาชน จากการติดตามประเมิน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 78.7 โดยมีส่วนร่วมตัดสินใจมากที่สุด รองลงมา ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับประโยชน์ และร่วมประเมินผลน้อยที่สุดร้อยละ 79.4, 79.4, 78.7 และร้อยละ 76.8 ตามลำดับ และเมื่อให้คะแนน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมยังไม่ถึงร้อยละ 80.0 ในด้านการมีส่วนร่วมโดยรวม และร่วมประเมินผล และมีส่วนร่วมเท่ากับ ร้อยละ 80.0 ในด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และร่วมรับประโยชน์

7. ความพึงพอใจ

7.1 ประชาชน จากการติดตามประเมินความพึงพอใจ พบว่า ประชาชนพึงพอใจการดำเนินงานโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 76.7 โดยมีความพึงพอใจด้านบุคลากรมากสุด รองลงมา ด้านเวลาการดำเนินงาน ด้านการดำเนินงาน และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกน้อยที่สุด ร้อยละ 77.9, 77.4, 75.9 และร้อยละ 75.3 ตามลำดับ และเมื่อให้คะแนน พบว่า ประชาชนมีแรงจูงใจยังไม่ถึงร้อยละ 80.0 แต่เกือบถึงอยู่ระหว่าง ร้อยละ 71.0-79.0 ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และแรงจูงใจโดยรวม และมีคะแนนถึงร้อยละ 80.0 ในด้านความคาดหวังต่อประสิทธิผล และความคาดหวังในความสามารถตนเอง

7.2 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จากการติดตามประเมินความพึงพอใจ พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ มีความพึงพอใจในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 59.1 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 27.3 และระดับน้อย น้อยที่สุด ร้อยละ 13.6 และเมื่อให้คะแนน พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานยังไม่ถึง ร้อยละ 80.0 โดยมีความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 68.3

7.3 เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จากการติดตามประเมินความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง พบว่า เจ้าหน้าที่เทศบาลพึงพอใจในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 83.3 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 16.7 เจ้าหน้าที่ อบต. พึงพอใจในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง

มากที่สุด ร้อยละ 66.7 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 33.3 สมาชิกเทศบาลพึงพอใจในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 66.7 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 33.3 สมาชิก อบต. พึงพอใจในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ77.8 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 22.2 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านพึงพอใจในการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก และระดับปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 50.0 อสม. พึงพอใจในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 59.1 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 40.9 และเมื่อให้คะแนน พบว่า เจ้าหน้าที่เทศบาล เจ้าหน้าที่ อบต. สมาชิกเทศบาล และ อสม. มีความพึงพอใจเท่ากับร้อยละ 80.0 ยกเว้น สมาชิก อบต. และกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ที่มีความพึงพอใจยังไม่ถึงร้อยละ 80.0

อภิปรายผล

จากการติดตามประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559 แยกอภิปรายผลดังนี้

1. ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จากสถิติโรคไข้เลือดออก ปี 2559 มีผู้ป่วย 111 คน คิดเป็นอัตรา 95.29 /แสนประชากร ซึ่งลดลงร้อยละ 18.6 จากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง และไม่มีผู้เสียชีวิต แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานในปีงบประมาณ 2559 ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร อาจเป็นเพราะตั้งเป้าหมายสูงเกินไป แต่จำเป็นต้องมีการดำเนินโครงการต่อไปเพื่อให้สำเร็จมากขึ้น และควรหาวิธีการ หรือมาตรการใหม่ ๆ ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้น่าสนใจ และมีประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไป

2. แรงจูงใจในการป้องกันโรค ประชาชนมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีคะแนนโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 78.56 ซึ่งสอดคล้องกับ หยกมณี สมนึก (2558) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเชิงการป้องกันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-5 ในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี พบว่า นักเรียนมีแรงจูงใจเชิงป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับพอรับรู้ ได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 79.8 ประชาชนเกือบครึ่ง ร้อยละ 14.0-49.0 ไม่ค่อยมีแรงจูงใจ และเมื่อให้คะแนน พบว่า ประชาชนมีแรงจูงใจยังไม่ถึงร้อยละ 80.0 แต่เกือบถึงอยู่ระหว่าง ร้อยละ 71.0-79.0 ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และแรงจูงใจโดยรวม และมีคะแนนถึงร้อยละ 80.0 ในด้านความคาดหวังต่อประสิทธิผล และความคาดหวังในความสามารถตนเอง แสดงให้เห็นว่า ประชาชนยังขาดแรงจูงใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงควรมีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคของประชาชนให้มากขึ้น

3. การมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับดีเพียง ร้อยละ 48.9 ซึ่งสอดคล้องกับ พูนสุข ช่วยทอง, บรรเทิง สุพรรณ์ และเปรมวดี คฤหเดช (2556) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 46.2 ประชาชนเกือบครึ่ง ร้อยละ 28.0-43.0 ไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เมื่อให้คะแนน ยังไม่ถึง ร้อยละ 80.0 ในด้านการมีส่วนร่วมโดยรวม และร่วมประเมินผล และมีคะแนนถึง ร้อยละ 80.0 ในด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติการ และร่วมรับประโยชน์ แสดงให้เห็นว่า ประชาชนยังขาดการมีส่วนในด้านต่าง ๆ จึงควรมีการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มากขึ้น

4. ความพึงพอใจ พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และประชาชนมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับปานกลาง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละยังไม่ถึง 80.0 โดยที่ประชาชนเกือบครึ่ง ร้อยละ 45.0-61.0 ไม่ค่อยพึงพอใจต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559 และเมื่อให้คะแนน พบว่า ยังไม่ถึง ร้อยละ 80.0 แต่เกือบถึงอยู่ระหว่าง 75.0-78.0 และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเกือบครึ่ง ร้อยละ 40.0 ไม่ค่อยพึงพอใจ เมื่อให้คะแนน พบว่า ยังไม่ถึง ร้อยละ 80.0 โดยมีความพึงพอใจเพียง ร้อยละ 68.3 และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 62.0 ไม่ค่อยพึงพอใจในการดำเนินงาน และเมื่อให้คะแนน พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานยังไม่ถึง ร้อยละ 80.0 แต่เกือบถึง โดยพึงพอใจเพียง ร้อยละ 75.4 ทั้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และประชาชนมีความพึงพอใจโดยรวมยังไม่ถึงร้อยละ 80.0 ซึ่งสอดคล้องกับ จักรพงษ์ เรืองเจริญ (2555) ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2554 พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ผู้เกี่ยวข้อง และประชาชน มีความพึงพอใจไม่ถึงร้อยละ 80 แสดงให้เห็นว่า ทั้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และประชาชน มองว่าการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2559 ยังมีปัญหาในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านบุคลากร ด้านงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด รวมถึงแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของประชาชน จึงทำให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ยังไม่เป็นที่พึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และประชาชน ดังนั้น จึงควรมีการสร้างขวัญและกำลังใจในการดำเนินงานให้กับของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1.1 หน่วยงานแต่ละแห่งควรมีการดำเนินกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแต่ละกิจกรรมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของตนเองอย่างต่อเนื่อง

1.2 หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรมีการสร้างเครือข่ายกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น และมีการระบุบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน

1.3 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ควรมีการหาวิธีในการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับประชาชนให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดความตระหนักในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกัน

1.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรเป็นแกนนำหลักในการสร้างความตระหนัก และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมสิ่งแวดล้อม กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนของตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลกระทบที่มีต่อหน่วยงานสาธารณสุข และชุมชน ที่เกิดจากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

2.2 ควรมีการศึกษาหารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ และสภาพปัญหา เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2.3 ควรมีการศึกษานวัตกรรมใหม่ ๆ ในแต่ละพื้นที่ เพื่อใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีผลสำเร็จของนวัตกรรมที่ใช้ดำเนินงาน และศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จของดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

บรรณานุกรม

กรมควบคุมโรค. (2545). *โรคไข้เลือดออก ฉบับประเกียรณก*. กรุงเทพฯ: สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค. (2559). *สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2550). *โครงการศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานภารกิจกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*. (สืบค้นวันที่ 10 มกราคม 2560) เข้าถึงได้จาก https://psdg.anamal.moph.gh.th/.

จักรพงษ์ เรืองเจริญ. (2555). *การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2554*. งานนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

จันทิมา วิชกุล. (2551) *ผลของการสร้างพลังแกนนำครอบครัวโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

จุฑามาศ เถาว์ชาลี. (2554). *ปัจจัยการจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในจังหวัดเขตการสาธารณสุข 3*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

จุฬาภรณ์ โสตะ. (2543). กลยุทธ์เพื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. *วารสารศูนย์บริการวิชาการ,* มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 8(1), 18-22.

ชิต นิลพานิช และกุลธน ธนาพงศธร. (2532). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ชนบท. ในเอกสารการสอนชุดวิชาความรู้ทั่วไปสำหรับการพัฒนาระดับตำบล หมู่บ้าน*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน่วยที่ 8). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ตุลา มหาผสุธานนท์ (2545). *หลักการจัดการ หลักการบริหาร*. กรุงเทพฯ: ธนธัชการพิมพ์.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2527). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณการพิมพ์.

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2527). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2543). *รวมบทความการวิจัย การวัดและประเมินผล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศรีอนันต์.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย* ก. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย* ข. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์* ค. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). *การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.

ปุระชัย เปี่ยมสมบูรณ์. (2529). *การวิจัยประเมินผล: หลักการและกระบวนการ*. กรุงเทพฯ: การพิมพ์พระนคร.

พชร หาสุข. (2549). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสถานีอนามัยเครือข่ายหนองแวงใต้-กู่ปอ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพฤติกรรมศาสตรและการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสารคาม.

พัชรี พงษ์ศิริ. (2541). *การมีส่วนร่วมทางการเมืองของข้าราชการ:ศึกษาเฉพาะกรณีข้าราชการการจัดหางาน*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

พัสกร สงวนชาติ. (2552). *การจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

พิชิต ฤทธิ์จรูญ. (2557). *เทคนิคการประเมินโครงการ*. กรุงเทพฯ: บริษัท เฮ้าส์ออฟเคอร์มิสท์

พิสณุ ฟองศรี. (2549). *เทคนิควิธีประเมินโครงการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดพิมพ์งาม.

พูนสุข ช่วยทอง, บรรเทิง สุพรรณ์ และเปรมวดี คฤหเดช. (2556). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 20(2), 55-69.

ยุพาพร รูปงาม. (2545). *การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงบประมาณ ในการปฏิรูประบบราชการ*. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ยุวดี รอดจากภัย. (2555). *แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: บริษัท โฮ่โกะ เพรส จำกัด.

เยาวดี รางชัยกุล วิบูลย์ศรี. (2556). *การประเมินโครงการ แนวคิดและแนวปฏิบัติ.* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542*. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.

วรภัทร์ ภู่เจริญ. (2554). HRD 3.0 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ยุคใหม่. กรุงเทพฯ: หจก.สามลดา

วันรักษ์ มิ่งมณีนาคิน. (2531). *การพัฒนาชนบทไทย.* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศันสนีย์ นิจพานิช. (2542). *การมีส่วนร่วมในการบริหารการพัฒนาของคณะกรรมการบริหารกิจการประปาหมู่บ้าน กรมอนามัย : กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์*, ปริญญานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริการการพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2552). *ทฤษฎีการประเมิน.* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริชัย ใจศิริ. (2543). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานสาธารณสุขในเขตชนบท จังหวัดกาฬสินธุ์.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศิริวรรณ เสรีรัตน์, ศุภร เสรีย์รัตน์, องอาจ ปทะวานิช และปริญ ลักษิตานนท์. (2546). *การบริหารการตลาดยุคใหม่.* กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธีระฟิล์ม และไซเท็กซ์ จำกัด.

ศุภามณ จันทร์สกุล. (2557). ยุคสมัยของการประเมินผลและแนวคิดทฤษฎีของนักประเมิน: *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 8(1).*

สถาบันพระปกเกล้า. (2545). *การศึกษาเพื่อพัฒนาดัชนีวัดผลการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่ดี รายงานการวิจัย เสนอ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.* กรุงเทพฯ.

สมคิด พรมจุ้ย. (2542). *เทคนิคการประเมินโครงการ*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สานิตย์ บุญชุ. (2527). *การพัฒนาชุมชน: การส่วนร่วมของประชาชน.* กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. (2558). *การวิจัยทางสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

สุวิมล ว่องวาณิช. (2550). *การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559.*วันที่ค้นข้อมูล 10 พฤศจิกายน 2559, เข้าถึงได้จาก http://www.nesdb.go.th.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2558.*

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2559.*

สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2559). *คู่มือวิชาการ โรคติดเชื้อเดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สำเนาว์ แวงวรรณ. (2540). *การควบคุมลูกน้ำยุงลายโดยชุมชนมีส่วนร่วม* : กรณีศึกษาอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด ปริญญานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริการการพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำรอง คุณวุฒิ. (2540). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายเพื่อ ป้องกันโรคไข้เลือดออกในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

หยกมณี สมนึก. (2558). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเชิงการป้องกันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-5 ในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

อรทัย ก๊กผล. (2546). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิปริญญาโทสำหรับนักบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อคิน รพีพัฒน์. (2527). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคม และวัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภาการพิมพ์.

อัญชลี ชัยมงคล. (2550). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลพรหมมณี อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัญชลี ธรรมะวิธีกุล. (2558). *เทคนิคการนิเทศ: ระบบพี่เลี้ยงและการให้คำปรึกษาเป็นวิทยากร* วันที่ค้นข้อมูล 10 พฤศจิกายน 2559, เข้าถึงได้จาก https://panchalee.wordpress.

Adam Oliver, Elias Mossialos. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology Community Health*.

Aday, L.N., & Andersen, R. (1978). Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science and Medicine, 12*, p 28.

Daniel, W.W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. 6th ed., New York: John Wiley & Sons.

Mackay, B.C.(1992). *The Atlas of heart disease and stroke***.** World health organization center for disease control and prevention.

Rogers, R.W. & Steven, P.D (1986). Protection motivation theory and preventive health: beyond the health belief model. *Health Education Research 1*(30), 153-161.

Rogers, R.W.A .(1975). Protection motivation theory of fear appeals and attitude change, *The Journal of Psychology*. 91.

Stake, R.E. (1967). *The Countenance of Educational Evaluation*. Teacher College Record. 68 (April 1967): 523-540.

WHO. (2013). *Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020*.Geneva: Switzerland.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม
(สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ)
การติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

คำชี้แจง

กระผม นายสุนทร หงษ์ทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาง ซึ่งกำลังศึกษาในระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เนื่องจากกระผมกำลังศึกษาการติดตามประเมินผลความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559 ซึ่งข้อมูลเหล่านี้นอกจากจะส่งผลให้กระผมประสบผลสำเร็จในการศึกษาแล้ว ยังเป็นประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไป ฉะนั้น จึงขอความร่วมมือท่านช่วยตอบคำถามให้ครบทุกข้อเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ต่อไป

สุนทร หงษ์ทอง
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาง
นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่อง ❑ และเติมคำลงในช่องว่างให้ครบทุกข้อ

ผู้ให้ข้อมูล

1. เพศ ❑ 1) ชาย ❑ 2) หญิง

2. อายุ ..... ปี

3. การศึกษาสูงสุด

❑ 1) ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ❑ 2) ปริญญาตรี

❑ 3) ปริญญาโท ❑ 4) ปริญญาเอก

4. ตำแหน่ง

❑ 1) ผู้อำนวยการ ❑ 2) นักวิชาการสาธารณสุข

❑ 3) พยาบาลวิชาชีพ ❑ 4) เจ้าพนักงานสาธารณสุข

❑ 5) สหวิชาชีพอื่น (ทันต/เภสัช/แพทย์แผนไทย/กายภาพ/อื่นๆ)

5. หน้าที่ความรับผิดชอบในงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

❑ 1) ผู้รับผิดชอบงานโดยตรง ❑ 2) ผู้เกี่ยวข้อง/ช่วยดำเนินการ

6. ประสบการณ์ในการทำงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ..... ปี

ส่วนที่ 2 การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ❑ และเติมคำลงในช่องว่างให้ครบทุกข้อ

1. รพ.สต.ที่ท่านอยู่มีการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI/CI/BI) กี่ครั้ง/ปี

❑ 1) 1-3 ครั้ง/ปี ❑ 2) 4-6 ครั้ง/ปี

❑ 3) 7-9 ครั้ง/ปี ❑ 4) 10-12 ครั้ง/ปี

2. รพ.สต.ที่ท่านอยู่มีการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI/CI/BI) อย่างไร

❑ 1) เจ้าหน้าที่ออกสำรวจด้วยตนเอง ❑ 2) เจ้าหน้าที่สำรวจร่วมกับ อสม.

❑ 3) ให้ อสม.สำรวจเอง ❑ 4) มีหน่วยงานภายนอกมาสำรวจ

3. ผลการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI/CI/BI) ผ่านเกณฑ์หรือไม่

❑ 0) ไม่ผ่านเกณฑ์ ❑ 1) ผ่านเกณฑ์

4. รพ.สต.ที่ท่านอยู่มีการรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก กี่ครั้ง/ปี

❑ 1) 1-2 ครั้ง/ปี ❑ 2) 3-4 ครั้ง/ปี

❑ 3) 5-6 ครั้ง/ปี ❑ 4) มากกว่า 6 ครั้ง/ปี

5. รพ.สต.ที่ท่านอยู่มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย กี่ครั้ง/ปี

❑ 1) 1-2 ครั้ง/ปี ❑ 2) 3-4 ครั้ง/ปี

❑ 3) 5-6 ครั้ง/ปี ❑ 4) มากกว่า 6 ครั้ง/ปี

6. รพ.สต.ที่ท่านอยู่มีวิธีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย อย่างไร

❑ 1) ให้แต่ละครัวเรือนทำเอง ❑ 2) อสม.เป็นผู้ดูแลในละแวก

❑ 3) เจ้าหน้าที่/เทศบาลทำให้ ❑ 4) ทุกหน่วยงานทำร่วมกัน

7. รพ.สต.ที่ท่านอยู่มีการให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกผ่านสื่อต่างๆ กี่ครั้ง/ปี

❑ 1) 1-2 ครั้ง/ปี ❑ 2) 3-4 ครั้ง/ปี

❑ 3) 5-6 ครั้ง/ปี ❑ 4) มากกว่า 6 ครั้ง/ปี

8. รพ.สต.ที่ท่านอยู่มีรูปแบบในการให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างไร

❑ 1) แจกเอกสาร/แผ่นพับ ❑ 2) ให้ความรู้ผ่านเสียงตามสาย

❑ 3) ให้ความรู้รายบุคคล/รายกลุ่ม ❑ 4) ทำไวนิลรณรงค์ประชาสัมพันธ์

9. รพ.สต.ที่ท่านอยู่มีการแจกทรายอะเบท เมื่อใด

❑ 1) เมื่อมีผู้ป่วย/มีการระบาด ❑ 2) แจกตามแผนการรณรงค์

❑ 3) แจกตามแผนรณรงค์/เมื่อมีผู้ป่วย ❑ 4) แจกเมื่อประชาชนร้องขอ

10. รพ.สต.ที่ท่านอยู่มีวิธีการแจกทรายอะเบทอย่างไร

❑ 1) ให้ประชาชนชนมารับที่ รพ.สต. ❑ 2) เจ้าหน้าที่ไปแจกร่วมกับ อสม.

❑ 3) ให้ อสม. ไปแจกเอง ❑ 4) เทศบาล/อบต. เป็นผู้แจก

10. รพ.สต.ที่ท่านอยู่ได้รับการสนับสนุนทรายอะเบทเพียงพอหรือไม่

❑ 1) เพียงพอ ❑ 2) ไม่เพียงพอ

12. ช่วงเวลาที่ได้รับการสนับสนุนทรายอะเบทเป็นอย่างไร

❑ 1) ทันตามเวลาที่ต้องการใช้ ❑ 2) ช้ากว่าเวลาที่ต้องการใช้

13. รพ.สต.ที่ท่านอยู่มีการส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำอย่างต่อเนื่องหรือไม่

❑ 1) ต่อเนื่อง ❑ 2) ไม่ต่อเนื่อง

14. รพ.สต.ที่ท่านอยู่มีแนวทางในการพ่นหมอกควันในหมู่บ้านอย่างไร

❑ 1) พ่นเมื่อมีผู้ป่วย/มีการระบาด ❑ 2) พ่นตามแผนการรณรงค์

❑ 3) พ่นตามแผนรณรงค์/เมื่อมีผู้ป่วย ❑ 4) พ่นตามที่ประชาชนร้องขอ

15. รพ.สต.ที่ท่านอยู่มีการเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังสอบสวนโรคไข้เลือดออกหรือไม่ (ความพร้อมในด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ วิชาการ และเวลาในการสอบสวน)

❑ 0) ไม่มีความพร้อม ❑ 1) พร้อมเพียงบางส่วน ❑ 2) พร้อมทุกด้าน

16. การสอบสวนโรคไข้เลือดออก มีใครที่ร่วมออกสอบสวนโรคบ้าง

❑ 1) เจ้าหน้าที่สอบสวนเอง ❑ 2) เจ้าหน้าที่ออกร่วมกับ อสม.

❑ 3) ทีม SRRT ตำบลออกสอบสวน ❑ 4) ทีม SRRT อำเภอออกสอบสวน

17. รพ.สต.ที่ท่านอยู่ได้รับแจ้งข้อมูลข่าวสารเมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เป็นอย่างไร

❑ 1) ได้รับแจ้งวันเดียวกับที่พบผู้ป่วย ❑ 2) ได้รับแจ้งหลังพบผู้ป่วย 1-3 วัน

❑ 3) ได้รับแจ้งหลังจากพบผู้ป่วย 4-7 วัน ❑ 4) ได้รับแจ้งเกิน 7 วัน/ไม่ได้รับแจ้ง

18. เมื่อมีผู้ป่วยในพื้นที่ รพ.สต.ที่ท่านอยู่มีการประสานความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องหรือไม่

18.1 อสม.	❑ 0) ไม่ได้ประสาน	❑ 1) ประสาน
18.2 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	❑ 0) ไม่ได้ประสาน	❑ 1) ประสาน
18.3 เจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต.	❑ 0) ไม่ได้ประสาน	❑ 1) ประสาน
18.4 สมาชิกเทศบาล/อบต.	❑ 0) ไม่ได้ประสาน	❑ 1) ประสาน

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ❑ และเติมคำลงในช่องว่างให้ครบทุกข้อ

1. ปัญหาอุปสรรคในการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI/CI/BI) เป็นอย่างไร

❑ 0) ไม่มี ❑ 1) มี

- ❑ 1) การสำรวจไม่ครอบคลุมพื้นที่และไม่ต่อเนื่อง
- ❑ 2) ไม่มีแผนกำหนดการสำรวจที่แน่นอนชัดเจน
- ❑ 3) เจ้าหน้าที่ไม่ได้สำรวจเอง/ขาดความร่วมมือ
- ❑ 4) บางบ้านเข้าไม่ได้/ไม่ยอมให้เข้า/ไม่มีคนอยู่

2. ปัญหาอุปสรรคในการรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นอย่างไร

❑ 0) ไม่มี ❑ 1) มี

- ❑ 1) การรณรงค์ไม่ครอบคลุมพื้นที่และไม่ต่อเนื่อง
- ❑ 2) รณรงค์ไม่ตรงกับช่วงเวลาที่เหมาะสม/เลื่อนวัน
- ❑ 3) สื่อวัสดุอุปกรณ์ไม่น่าสนใจ/ไม่เพียงพอ
- ❑ 4) ขาดความร่วมมือจากประชาชนและทุกภาคส่วน

3. ปัญหาอุปสรรคในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นอย่างไร

❑ 0) ไม่มี ❑ 1) มี

- ❑ 1) การดำเนินงานไม่ครอบคลุมพื้นที่และไม่ต่อเนื่อง
- ❑ 2) ขาดความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ❑ 3) บางบ้านไม่มีคนอยู่/บางบ้านไม่ให้เข้า
- ❑ 4) ขาดความร่วมมือจากประชาชน/ไม่สนใจ

4. ปัญหาอุปสรรคในการให้ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ เป็นอย่างไร

❑ 0) ไม่มี ❑ 1) มี

- ❑ 1) การให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายได้ยินไม่ทั่วถึง
- ❑ 2) สื่อ/อุปกรณ์ไม่น่าสนใจ/ไม่ทันสมัย
- ❑ 3) ประชาชนไม่สนใจที่จะรับความรู้/เป็นเรื่องเดิมๆ
- ❑ 4) ช่วงเวลาที่ให้ความรู้ไม่ตรงกับความต้องการ

5. ปัญหาอุปสรรคในการแจกทรายอะเบท เป็นอย่างไร

❑ 0) ไม่มี ❑ 1) มี

❑ 1) ประชาชนขาดความใส่ใจ/ไม่ให้ความร่วมมือ

❑ 2) ทรายอะเบทมีไม่เพียงพอ/ของขาดไม่ทันใช้

❑ 3) อสม.ไม่รับผิดชอบ/ไม่ให้ความร่วมมือ

❑ 4) การดำเนินการไม่ครอบคลุม/ไม่ต่อเนื่อง

6. ปัญหาอุปสรรคในการส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ เป็นอย่างไร

❑ 0) ไม่มี ❑ 1) มี

❑ 1) ประชาชนขาดความใส่ใจ/ไม่ให้ความร่วมมือ

❑ 2) ปลามีไม่เพียงพอ/ไม่มีแหล่งที่เป็นศูนย์รวม

❑ 3) การเลี้ยงปลาไม่ช่วยแก้ปัญหาได้ดีเท่าที่ควร

❑ 4) การดำเนินการไม่ครอบคลุม/ไม่ต่อเนื่อง

7. ปัญหาอุปสรรคในการพ่นหมอกควัน เป็นอย่างไร

❑ 0) ไม่มี ❑ 1) มี

❑ 1) คนพ่นขาดความรู้และทักษะในการพ่นที่ถูกต้อง

❑ 2) บางบ้านไม่ให้พ่น/ไม่ให้ความร่วมมือ

❑ 3) เครื่องเสียบ่อย/มีไม่เพียงพอ/พ่นได้ไม่ครอบคลุม

❑ 4) ประชาชนร้องขอมากเกินไป/ไม่จำเป็นต้องพ่น

8. ปัญหาอุปสรรคในการสอบสวนโรคไข้เลือดออก เป็นอย่างไร

❑ 0) ไม่มี ❑ 1) มี

❑ 1) ระบบการแจ้งผู้ป่วยล่าช้า/ไม่ได้รับแจ้ง

❑ 2) ตรงวันหยุดไม่มีคนร่วมดำเนินการ

❑ 3) ที่อยู่ของผู้ป่วยไม่ชัดเจน/ติดตามไม่ได้

❑ 4) ทีม SRRT ไม่มีความพร้อม/ไม่เข้มแข็ง

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านให้ครบทุกข้อ

ข้อคำถาม	พึงพอใจมากที่สุด	พึงพอใจมาก	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจน้อย	พึงพอใจน้อยที่สุด
1.ความพึงพอใจในการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI/CI/BI)					
2.ความพึงพอใจในการรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก					
3.ความพึงพอใจในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย					
4.ความพึงพอใจในการให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านสื่อต่างๆ					
5.ความพึงพอใจในการแจกทรายอะเบท เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก					
6.ความพึงพอใจในการส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก					
7.ความพึงพอใจในการพ่นหมอกควัน เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก					
8.ความพึงพอใจในการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไข้เลือดออก					
9.ท่านมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวมเพียงใด					

แบบสอบถาม

(สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่เทศบาล, เจ้าหน้าที่ อบต., สมาชิกเทศบาล, สมาชิก อบต., กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน, อสม.)

การติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

คำชี้แจง

กระผม นายสุนทร หงษ์ทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาง ซึ่งกำลังศึกษาในระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เนื่องจากกระผมกำลังศึกษาการติดตามประเมินผลความสำเร็จในการดำเนินงานตามโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559 ซึ่งข้อมูลเหล่านี้นอกจากจะส่งผลให้กระผมประสบผลสำเร็จในการศึกษาแล้ว ยังเป็นประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไป ฉะนั้น จึงขอความร่วมมือท่านช่วยตอบคำถามให้ครบทุกข้อเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ต่อไป

สุนทร หงษ์ทอง
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาง
นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่อง ❑ และเติมคำลงในช่องว่างให้ครบทุกข้อ

1. เพศ ❑ 1) ชาย ❑ 2) หญิง

2. อายุ ..... ปี

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

❑ 1) ประถมศึกษา ❑ 2) มัธยมศึกษาตอนต้น

❑ 3) มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ❑ 4) อนุปริญญา/เทียบเท่า

❑ 5) ปริญญาตรี ❑ 6) สูงกว่าปริญญาตรี

4. ตำแหน่งหน้าที่

❑ 1) เจ้าหน้าที่เทศบาล ❑ 2) เจ้าหน้าที่ อบต.

❑ 3) สมาชิกเทศบาล ❑ 4) สมาชิก อบต.

❑ 5) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ❑ 6) อสม.

5. ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งหน้าที่นี้ .....ปี

6. ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ..... ปี

ส่วนที่ 2 หน้าที่รับผิดชอบและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ❑ และเติมคำลงในช่องว่างให้ครบทุกข้อ

1. ท่านมีหน้าที่เกี่ยวข้องด้านใดเป็นส่วนใหญ่ ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

❑ 1) การจัดทำโครงการ/วางแผน ❑ 2) การเสนอขอ/อนุมัติงบประมาณ

❑ 3) การสนับสนุน/จัดหาวัสดุอุปกรณ์ ❑ 4) การติดต่อประสานงาน

❑ 5) การประชุม/แนะนำให้ความรู้ ❑ 6) พ่นหมอกควัน/แจกทรายอะเบท

❑ 7) การสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย ❑ 8) การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง

❑ 9) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ❑ 10) การสอบสวนโรค

2. ปัญหาอุปสรรคที่ท่านพบส่วนใหญ่เป็นเรื่องอะไร ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

❑ 1) งบประมาณไม่เพียงพอ/ล่าช้า ❑ 2) วัสดุ/ทรายอะเบทไม่เพียงพอ

❑ 3) ไม่มีคนอยู่บ้าน/บ้านปิด ❑ 4) ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ

❑ 5) ขาดการประสานงานจากเจ้าหน้าที่ ❑ 6) ไม่ได้พ่นทุกครั้งที่ร้องขอ

❑ 7) การดำเนินกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง ❑ 8) ประชาชนคิดว่าไม่ใช่หน้าที่ของ

❑ 9) การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ❑ 10) พื้นที่กว้าง/เจ้าหน้าที่น้อย

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านให้ครบทุกข้อ

ข้อคำถาม	พึงพอใจมากที่สุด	พึงพอใจมาก	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจน้อย	พึงพอใจน้อยที่สุด
1.ท่านพึงพอใจต่อการสำรวจลูกน้ำเพียงใด					
2.ท่านพึงพอใจต่อการรณรงค์สร้างกระแสในการป้องกันโรคเพียงใด					
3.ท่านพึงพอใจต่อการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธ์เพียงใด					
4.ท่านพึงพอใจต่อการให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เพียงใด					
5.ท่านพึงพอใจต่อการแจกทรายอะเบทเพียงใด					
6.ท่านพึงพอใจต่อการส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำเพียงใด					
7.ท่านพึงพอใจต่อการพ่นหมอกควันเพียงใด					
8.ท่านพึงพอใจต่อการสอบสวนโรค และควบคุมการระบาด ของโรคเพียงใด					
9.ท่านพึงพอใจต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวมเพียงใด					

แบบสอบถาม

(สำหรับประชาชน)

การติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

คำชี้แจง

กระผม นายสุนทร หงษ์ทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาง ซึ่งกำลังศึกษาในระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เนื่องจากกระผมกำลังศึกษาการติดตามประเมินผลความสำเร็จในการดำเนินงานตามโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2559 ซึ่งข้อมูลเหล่านี้นอกจากจะส่งผลให้กระผมประสบผลสำเร็จในการศึกษาแล้ว ยังเป็นประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไป ฉะนั้น จึงขอความร่วมมือท่านช่วยตอบคำถามให้ครบทุกข้อเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ต่อไป

สุนทร หงษ์ทอง
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาง
นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบสอบถามสำหรับประชาชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่อง ❑ และเติมคำลงในช่องว่างให้ครบทุกข้อ

ผู้ให้ข้อมูล

1. เพศ ❑ ชาย ❑ หญิง

2. อายุ ..... ปี

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

❑ 1) ประถมศึกษา ❑ 2) มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย

❑ 3) ปวส./เทียบเท่า ❑ 4) ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี

4. ท่านเป็นใครในครอบครัว

❑ 1) หัวหน้าครอบครัว ❑ 2) ภรรยา/แม่บ้าน

❑ 3) ปู่/ย่า/ตา/ยาย ❑ 4) บุตร/หลาน

❑ 5) ญาติ/ผู้อาศัย ❑ 6) อื่นๆ (ระบุ) .....

5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว ..... คน

6. ลักษณะความเป็นครอบครัว

❑ 1) ครอบครัวเดี่ยว ❑ 2) ครอบครัวขยาย

7. อาชีพหลักของครอบครัว

❑ 1) ค้าขาย ❑ 2) รับจ้าง

❑ 3) เกษตรกรรม ❑ 4) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

❑ 5) ธุรกิจส่วนตัว ❑ 6) อื่นๆ (ระบุ).....

8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว

❑ 1) น้อยกว่า 10,000 ❑ 2) 10,001 – 20,000

❑ 3) 20,001 – 30,000 ❑ 4) มากกว่า 30,000

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดแรงจูใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

แรงจูงใจในการป้องกันโรค	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การรับรู้ความรุนแรง					
1.1 โรคไข้เลือดออกถ้าเป็นแล้วอาจทำให้เกิดความพิการได้					
1.2 โรคไข้เลือดออกมีขั้นตอนการดูแลรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน วินิจฉัยโรคยาก					
1.3 โรคไข้เลือดออกเมื่อเป็นแล้วต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน					
1.4 ยังไม่มีวัคซีนหรือยาที่รักษาโรคไข้เลือดออกให้หายขาดได้					
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
2.1 ท่านคิดว่าเสี่ยงต่อการติดโรคเพราะไม่ได้นอนกางมุ้งทุกครั้ง					
2.2 ท่านคิดว่าเสี่ยงต่อการติดโรคไข้เลือดออกเพราะในบ้านของท่านมีลูกน้ำและมียุงจำนวนมาก					
2.3 ท่านคิดว่าเสี่ยงต่อการติดโรคไข้เลือดออกเพราะในชุมชนของท่านมีผู้ป่วย หรือผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก					
2.4 ท่านคิดว่าเสี่ยงต่อการติดโรคไข้เลือดออกเพราะในชุมชนมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก					

แรงจูงใจในการป้องกันโรค	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3. ความคาดหวังต่อประสิทธิผล					
3.1 การใส่ทรายอะเบทในภาชนะที่ใส่น้ำ สามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้					
3.2 การพ่นหมอกควันสามารถเพื่อฆ่ายุงตัวแก่ สามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้					
3.3 การเทภาชนะที่มีน้ำขัง และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย สามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้					
3.4 การนอนกางมุ้ง/การป้องกันไม่ให้ยุงกัดช่วยป้องกันโรคไข้เลือดออกได้					
4. ความคาดหวังในความสามารถตนเอง					
4.1 ท่านสามารถหาทรายอะเบทมาใส่ในภาชนะเก็บน้ำที่บ้านเองได้					
4.2 ถ้ามีเจ้าหน้าที่มาพ่นหมอกควันท่านอนุญาตให้พ่นหมอกควันได้					
4.3 ท่านสามารถเทภาชนะที่มีน้ำขังทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายภายในบ้านและบริเวณบ้านของท่านทุก 7 วันได้					
4.4 ทุกครั้งที่ท่านนอน ท่านสามารถนอนกางมุ้ง/สวมเสื้อผ้าแขนยาวป้องกันไม่ให้ยุงลายกัดได้ตลอดทุกครั้ง					

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การมีส่วนร่วม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.ร่วมตัดสินใจ					
1.1 คนในครอบครัวท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก					
1.2 คนในครอบครัวท่านมีส่วนร่วมในการคิดหาวิธีป้องกันโรคไข้เลือดออก					
1.3 คนในครอบครัวท่านมีการเชิญชวนคนในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก					
2.ร่วมปฏิบัติ					
2.1 คนในครอบครัวท่านมีส่วนร่วมในการหาทรายอะเบทมาใส่ในภาชนะที่มีน้ำเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก					
2.2 คนในครอบครัวท่านมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำเพื่อนบ้านในการป้องกันโรคไข้เลือดออก					
2.3 ครอบครัวท่านมีส่วนร่วมในการชวนคนอื่นให้มามีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก					
2.4 คนในครอบครัวท่านให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนทุกครั้ง					
2.5 ช่วงฤดูฝน คนในครอบครัวท่านมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างสม่ำเสมอ					

การมีส่วนร่วม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3. ร่วมรับประโยชน์					
3.1 คนในครอบครัวท่านมีการใช้วิธีภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น มะกรูด ปูนแดง ฯลฯ แทนการใช้ทรายอะเบทกำจัดลูกน้ำยุงลาย					
3.2 คนในครอบครัวท่านมีส่วนช่วยทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง					
3.3 คนในครอบครัวท่านมีความภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก					
4. ร่วมประเมินผล					
4.1 คนในครอบครัวท่านมีส่วนร่วมในการสอบถามเจ้าหน้าที่ถึงผลของการป้องกันโรคไข้เลือดออกว่าเป็นอย่างไร					
4.2 คนในครอบครัวท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาข้อดี/ข้อบกพร่องในกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน					
4.3 คนในครอบครัวท่านเคยเสนอแนะหาวิธีการหรือแนวทางในการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพ					

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านให้ครบทุกข้อ

ความพึงพอใจ	พึงพอใจมากที่สุด	พึงพอใจมาก	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจน้อย	พึงพอใจน้อยที่สุด
1. ด้านเวลา					
1.1 เจ้าหน้าที่มีการแจกทรายอะเบทในช่วงเวลาที่เหมาะสม ก่อนที่จะมีผู้ป่วยและเมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก					
1.2 เจ้าหน้าที่มีการพ่นหมอกควันได้ทัน เวลาก่อนที่จะมีผู้ป่วยหรือมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก					
1.3 เจ้าหน้าที่มีการแจ้งข่าวสารให้ประชาชนทราบถึงสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกได้เป็นปัจจุบัน					
1.4 เจ้าหน้าที่มีการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าก่อนที่จะมีผู้ป่วยหรือเมื่อมีการระบาดของโรค					
1.5 เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เจ้าหน้าที่ดำเนินการสวบสวน/ควบคุมป้องกันโรคได้อย่างรวดเร็ว					
2. ด้านการดำเนินงาน					
2.1 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสุ่มสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย					
2.2 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการรณรงค์ประชาสัมพันธ์สร้างกระแสในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก					

ความพึงพอใจ	พึงพอใจมากที่สุด	พึงพอใจมาก	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจน้อย	พึงพอใจน้อยที่สุด
2.3 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/ทำลายแหล่งเพาะพันธ์ลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน					
2.4 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการให้ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านสื่อและช่องทางต่างๆ					
5.ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการแจกทรายอะเบทกำจัดลูกน้ำยุงลายให้ประชาชน					
2.6 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงปลากินลูกน้ำ					
2.7 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการพ่นหมอกควันช่วงรณรงค์ก่อนเกิดโรคหรือเมื่อมีโรคเกิดขึ้น					
2.8 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสอบสวนโรค และควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก					
3. ด้านบุคลากร					
3.1 เจ้าหน้าที่มีการใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันตนเองเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม					
3.2 เจ้าหน้าที่มีความเต็มใจและมีความพร้อม ไม่ย่อท้อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก					
3.3 เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพ					

ความพึงพอใจ	พึงพอใจมากที่สุด	พึงพอใจมาก	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจน้อย	พึงพอใจน้อยที่สุด
3.4 เจ้าหน้าที่ไม่เคยเรียกรับผลประโยชน์ หรือสิ่งตอบแทนในขณะปฏิบัติงาน					
3.5 เจ้าหน้าที่ไม่เคยให้บริการกับคนสนิทก่อนหรือใส่ใจกับคนที่มีตำแหน่งสูงกว่า และให้บริการทุกคนเท่าเทียมกัน					
4. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก					
4.1 มีป้ายรณรงค์ประชาสัมพันธ์การป้องกันโรคไข้เลือดออกมีขนาดใหญ่มองเห็นได้ชัดเจนและเพียงพอ					
4.2 มีหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ชัดเจนและติดต่อง่าย เข้าถึงได้สะดวก และรวดเร็ว					
4.3 มีทรายอะเบทหรือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการป้องกันโรคอย่างเพียงพอ ขอสนับสนุนได้ตลอดเวลา					
4.4 รพ.สต. มีความสะอาด เป็นระเบียบ ไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นตัวอย่างที่ดีในการป้องกันโรคไข้เลือดออก					
5. ความพึงพอใจในภาพรวม					
5.1 ท่านมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวมเพียงใด					

ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ

1. ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ ตำแหน่ง รองคณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2. ดร.กมลพร แพทย์ชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้างานบริหารหลักสูตร และการจัดการเรียนการสอน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

3. นางเอมอร บุตรแสงดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

4. นายวิสิทธิ์ ปิ่นประชานันท์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สาธารณสุขอำเภอบ่อพลอย
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อพลอย จ.กาญจนบุรี

5. นายสมชาย ประเสริฐผล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี จ.กาญจนบุรี

ภาคผนวก ค

ตารางที่ 33 จำนวนข้อมูลทั่วไปของหน่วยงานและปัจจัยที่ใช้ในการดำเนินงาน

รพ.สต.	หมู่บ้าน	หลังคาเรือน	ประชากร	เจ้าหน้าที่	อสม.	งบจาก รพ.สต.	งบจาก รพ.แม่ข่าย
เขาพุราง	13	13,315	22,009	11	283	50,000	124,280
ลาดหญ้า	4	6,677	12,235	11	147	40,000	38,240
บ้านยาง	5	5,774	9,212	10	179	30,000	47,800
หนองบัว	7	3,247	8,511	7	210	30,000	66,920
แก่งหลวง	9	2,646	7,090	6	140	22,000	86,040
บ้านเก่า	6	2,243	5,390	6	135	20,000	57,360
ลำทหาร	5	2,008	4,423	6	75	20,000	47,800
หนองหญ้า	6	1,843	5,949	5	123	20,000	57,360
วังเย็น	5	1,501	4,693	4	102	20,000	47,800
หนองแก	4	1,428	4,537	5	114	25,000	38,240
ท่าทุ่ม	5	1,414	3,125	3	73	12,000	47,800
แก่งเสี้ยน	5	1,407	4,973	6	112	20,000	47,800
วังปลาหมู	5	1,314	3,853	5	88	12,000	47,800
หนองสองตอน	4	1,157	5,004	5	86	10,000	38,240
ท่าทุ่งนา	4	932	2,673	3	70	15,000	38,240
ทับศิลา	3	850	1,369	3	36	15,000	28,680
วังด้ง	3	849	3,190	4	79	12,500	28,680
ห้วยน้ำขาว	2	847	2,530	3	64	0	19,120
หนองสามพราน	2	782	1,814	3	46	5,000	19,120
ท่ามะนาว	2	658	1,867	3	28	5,000	19,120
ตะเคียนงาม	1	524	1,395	3	25	0	9,560
พุน้ำร้อน	1	494	648	4	23	0	9,560
รวม	101	51,910	116,490	116	2,238	383,500	965,560

ที่มา : แบบสอบถาม และข้อมูลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี

ตารางที่ 34 ข้อมูลบุคลากร และงบประมาณของ อบต.

ลำดับ	หน่วยงาน อบต.	จำนวนเจ้าหน้าที่	จำนวนสมาชิก	งบประมาณที่ใช้
1	บ้านเก่า	2	30	150,000
2	วังด้ง	2	24	125,000
3	เกาะสำโรง	1	18	100,000
4	ช่องสะเดา	1	14	85,000
5	หนองหญ้า	1	12	75,000
6	ลาดหญ้า	2	10	50,500
7	วังเย็น	1	10	50,000
8	แก่งเสี้ยน	2	8	44,100
9	หนองบัว	2	8	30,000
	รวม	14	134	709,600

ที่มา : การสัมภาษณ์

ตารางที่ 35 ข้อมูลบุคลากร และงบประมาณของเทศบาล

ลำดับ	หน่วยงานเทศบาล	จำนวนเจ้าหน้าที่	จำนวนสมาชิก	งบประมาณที่ใช้
1	เมืองกาญจนบุรี	4	15	250,000
2	ปากแพรก	3	12	200,000
3	ท่ามะขาม	2	12	165,000
4	ลาดหญ้า	2	12	150,000
5	หนองบัว	2	12	100,560
6	แก่งเสี้ยน	2	12	85,000
	รวม	15	75	950,560

ที่มา : การสัมภาษณ์

ตารางที่ 36 จำนวน อัตราป่วย และอัตราตายด้วยโรคไข้เลือดออก ปี 2559 จำแนกตาม รพ.สต.

รพ.สต.	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	อัตรา/แสน ประชากร	จำนวนผู้เสียชีวิต (ราย)	อัตรา/แสน ประชากร
เขาพุราง	29	131.76	0	0.00
ลาดหญ้า	7	57.21	0	0.00
บ้านยาง	13	141.12	0	0.00
หนองบัว	8	94.00	0	0.00
แก่งหลวง	8	112.83	0	0.00
บ้านเก่า	5	92.76	0	0.00
ลำทหาร	4	90.44	0	0.00
หนองหญ้า	5	84.05	0	0.00
วังเย็น	6	127.85	0	0.00
หนองแก	7	154.29	0	0.00
ท่าทุ่ม	1	32.00	0	0.00
แก่งเสี้ยน	3	60.33	0	0.00
วังปลาหมู	2	51.91	0	0.00
หนองสองตอน	4	79.94	0	0.00
ท่าทุ่งนา	1	37.41	0	0.00
ทับศิลา	0	0.00	0	0.00
วังด้ง	2	62.70	0	0.00
ห้วยน้ำขาว	1	39.53	0	0.00
หนองสามพราน	1	55.13	0	0.00
ท่ามะนาว	1	53.56	0	0.00
ตะเคียนงาม	2	143.37	0	0.00
พุน้ำร้อน	1	154.32	0	0.00
รวม	111	95.29	0	0.00

ที่มา : งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี มกราคม 2560