

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร

ปริญญาานิพนธ์

ของ

กฤษฎ์ตีวัฒน์ นั้ตรทอง

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

กันยายน 2553

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร

ปริญญาานิพนธ์
ของ
กฤษฎ์วัฒน์ นั้ตรทอง

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
กันยายน 2553

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร

ปริญญาานิพนธ์

ของ

กฤตย์วัฒน์ นั้ตรทอง

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

กันยายน 2553

กฤตย์ตีวัฒน์ ฉัตรทอง. (2553). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร*. ปรินญาณิพนธ์ วท.ด.(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชุชม, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันทนา ภาคบงกช, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อ้อมเดือน สดมณี.

วิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาบริบทของปัญหาการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน และ 2) เพื่อแสวงหาและพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่สอดคล้องกับสภาพการณ์และสาเหตุที่แท้จริง ในพื้นที่หมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอังซึ่งมีกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จำนวน 20 คน ได้รับการพัฒนาโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การฝึกอบรม การระดมความคิด การอภิปรายกลุ่ม กรณีศึกษา และการบรรยาย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการประเมินดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลาย

ผลการวิจัยพบว่า

การพัฒนา รูปแบบการป้องกัน โรคไข้เลือดออกในชุมชนมีกระบวนการปฏิบัติงาน 9 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมการก่อนการวิจัยโดยการเตรียมผู้ช่วยวิจัย การคัดเลือกชุมชนและเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและการศึกษาบริบทของชุมชน 2) การศึกษาดูงานในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานป้องกัน ไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้เรื่อง ไข้เลือดออกกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน การวิเคราะห์สวอท และการพัฒนา รูปแบบ เพื่อให้เกิดแผนงาน โครงการด้วยเทคนิคเอไอซี 4) การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ด้านมนุษยสัมพันธ์และการสร้างเจตคติในการทำงาน 5) การจัดกิจกรรมโครงการสร้างกระแส เผยแพร่ความรู้การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และโครงการณรงค์กำจัดต้นเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก 6) การประเมินผลโครงการ 7) การปรับปรุงแผนและกำหนดกิจกรรมการประกวดบ้าน 8) การจัดกิจกรรมการประกวดบ้าน และ 9) การประเมินผลการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมและการประสานการทำงานของผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ในการร่วมกันวางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ส่งผลให้เกิดพลังในชุมชนที่สามารถร่วมกันป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ต่อไป

THE DEVELOPMENT OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - PREVENTION MODEL
IN NACHA-UNG COMMUNITY, CHUMPHON PROVINCE

AN ABSTRACT

BY

KRITTIWAT CHADTHONG

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Doctor of Philosophy Degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University

September 2010

Krittiwat Chadthong. (2010). *The Development of Dengue Hemorrhagic Fever - Prevention Model in Nacha-ung Community, Chumphon Province*. Dissertation, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Graduate school, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Dr. Oraphin ChooChom, Asst. Prof. Dr. Chantana Pakbongkoch . Asst. Prof. Dr. Omduean Soadmanee.

The aims of this participatory action research were to 1) investigate the problem of prevention of Dengue Hemorrhagic Fever epidemic in community, 2) explore the strategies and develop a model for anti-Dengue Hemorrhagic Fever in accordance with actual circumstances and cause. The method was employed observation, In-depth interview, focus group and evaluation index of mosquito larvae. 20 participations of the health network group in Nacha-ung community were undertook workshops, training, brainstorming, group discussion, case study, and description techniques.

The results were as follows :

The model for anti-Dengue Hemorrhagic Fever required nine procedures. There are included 1) preparation research assistant, selection of the study site and connection network in the community, and investigation of the geographical context of the study community; 2) visiting the communication where they have operated an efficient and sustainable anti-Dengue Hemorrhagic Fever model; 3) setting up a workshop to develop knowledge about Dengue Hemorrhagic Fever for the health network group in the community, conducting SWOT analysis, and model development to plan and activities by AIC technique approach; 4) developing a health network in the community to build strong teamwork relating to development model; 5) organizing health education program with regard to Dengue Hemorrhagic Fever which includes root causes of the problem; 6) project evaluation and plan and activities revisions; 7) activities to motivate the community to practice what they learn by scheduling and award program for health homes; 8) conducting the healthy homes award; and 9) final evaluation and development of Dengue Hemorrhagic Fever - prevention model

The result of this study could lead the development of a potential health network group at the community level and formation of a co-operation between community leaders, health care providers, and health network groups. Thus, they can work hand in hand in order to effective plan and solve problems of the community.

ปริญญาานิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร
ของ
กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒน์กุล)

วันที่ เดือนกันยายน พ.ศ.2553

คณะกรรมการควบคุมปริญญาานิพนธ์

.....ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพินทร์ ชูชม)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ฉันทนา ภาคบงกช)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อ้อมเดือน สดมณี)

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา ผลประเสริฐ)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพินทร์ ชูชม)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ฉันทนา ภาคบงกช)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อ้อมเดือน สดมณี)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สก)

ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยครั้งนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีเพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันทนา ภาคบงกช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อ้อมเดือน สดมณี และ อาจารย์ ดร.นริศรา พิงโพธิ์ศก ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ามาให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วางคนา ผลประเสริฐ ที่กรุณาเป็นประธานกรรมการสอบปากเปล่า และให้คำแนะนำในการแก้ไขให้รายงานการวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ และ เจ้าหน้าที่ทุกท่าน ในสถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ โดยเฉพาะ ดร.ฐาสุภกร จันประเสริฐ ที่ได้ให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษาเล่าเรียนและทำวิจัย

ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาชะอัง ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยนาชะอัง เจ้าหน้าที่งานควบคุมป้องกันโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร เจ้าหน้าที่ศูนย์ควบคุมโรคนำโดยแมลงที่ 41 จังหวัดชุมพร เจ้าหน้าที่กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ คุณจิตภา ทับเวช คุณอรัญญา อินทรเสณิ ทีมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งประกอบด้วย คุณสุภาภรณ์ ไชยววรรณ คุณจริยา พิชญ์ชยะนนท์ คุณอดิสร วิชาล คุณนราวดี สันสยะ คุณสุดารัตน์ วงศ์นัญจวิรา คุณจิตติภัก อินทเสมอ และคุณกฤษณี วิชิตกุล และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในทุกกระบวนการของการวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงยิ่งสำหรับนายพิทักษ์ ฉัตรทอง นางสุนันทา ฉัตรทอง และนางสมศรี มีสุข บุพการี ที่อบรมเลี้ยงดูให้ข้าพเจ้าดำเนินชีวิตและทำงานอย่างมีความสุขตลอดมา และขอขอบใจ นายพิรภัทร ฉัตรทอง บุตรชายที่เป็นกำลังใจให้การทำวิจัยฉบับนี้สำเร็จทุกประการ

กฤตย์วัฒน์ ฉัตรทอง

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
โรคไข้เลือดออก และสถานการณ์โรคไข้เลือดออก.....	7
เครือข่ายสุขภาพในชุมชนและแนวทางในการพัฒนาเครือข่าย.....	18
เทคนิคเอไอซี	45
การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	50
แนวคิดในการวิจัย.....	68
3 วิธีดำเนินการวิจัย	70
การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง.....	70
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	73
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	76
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	76

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
ขั้นตอนก่อนดำเนินการวิจัย.....	77
การประชุมชี้แจงและการอบรมผู้ช่วยวิจัย.....	71
การคัดเลือกชุมชน.....	78
การศึกษาบริบทของชุมชน ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการป้องกัน โรคไข้เลือดออกในชุมชน สภาพที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน และการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน.....	78
ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรค ไข้เลือดออกในชุมชน.....	86
สรุปผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน.....	117
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	119
สรุปผลการวิจัย.....	119
อภิปรายผลการวิจัย.....	127
ข้อเสนอแนะการวิจัย.....	132
บรรณานุกรม.....	134
ภาคผนวก.....	153
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	172

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	80
2 สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการในขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพการณ์ และการกำหนดอนาคต.....	92
3 สรุปผลโครงการที่เกิดจากกระบวนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I).....	94
4 จำนวนและร้อยละการสำรวจดัชนีความชุกของน้ำยางลายจำแนกตาม ภาษา.....	102
5 จำนวนและร้อยละการสำรวจดัชนีความชุกของน้ำยางลายจำแนกตาม ภาษาทั้งก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม.....	105
6 กำหนดการกิจกรรม “บ้านสะอาด ปราศจากไข้เลือดออก”	108
7 จำนวนและร้อยละการสำรวจดัชนีความชุกของน้ำยางลายจำแนกตาม ภาษาหลังดำเนินกิจกรรมวงจรที่ 1 และวงจรที่ 2.....	112

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ		หน้า
1	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกที่รักษาในสถานบริการสาธารณสุข ของประเทศไทย ภาคใต้ และ จังหวัดชุมพร ปี พ.ศ.2540-2551.....	17
2	ความต้องการทางทักษะที่เปลี่ยนไปตามระดับในการปฏิบัติงาน.....	37
3	วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	52
4	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	69
5	รูปแบบการพัฒนาการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน.....	118

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever - DHF) เป็นโรคติดเชื้อที่พบเมื่อ 45 ปีที่ผ่านมา โดยระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อ ปี พ.ศ.2497 และเริ่มระบาดในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อ ปี พ.ศ.2501 ในกรุงเทพมหานคร และระบาดเพิ่มมากขึ้นทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทยจนกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน รัฐบาลได้พยายามหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2510 - 2514) โดยกำหนดนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายร่วมกับโครงการกำจัดและกวาดล้างโรคไข้มาลาเรีย และ ในปี พ.ศ. 2511 ได้ร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก เพื่อค้นคว้าทดลองเกี่ยวกับวิธีการควบคุมยุงลายและการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยนำทรายที่เคลือบสารเคมีที่มีฟอส (Temephos) ไล่ลงในภาชนะเก็บน้ำชนิดต่าง ๆ ผลการทดลองพบว่าทรายดังกล่าวมีฤทธิ์ทำลายลูกน้ำยุงลายได้ ต่อมาจึงได้ใช้ทรายที่เคลือบสารเคมีที่มีฟอสเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการกำจัดลูกน้ำยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกร่วมกับการป้องกันไม่ให้ยุงตัวเต็มวัยกัด และ การกำจัดยุงตัวเต็มวัย อย่างไรก็ตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระยะแรก ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ต่างๆ เป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งผลการดำเนินงานก็ยังไม่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างยั่งยืน แต่แนวโน้มของสถานการณ์ของโรคกลับเพิ่มมากขึ้น พิจารณาได้จากสถิติผู้ป่วยไข้เลือดออกของประเทศไทย เพิ่มขึ้นจาก 37,316 ราย (อัตราป่วย 59.1 ต่อประชากรแสนคน) ในปี พ.ศ.2547 เป็น 87,494 ราย (อัตราป่วย 138.8 ต่อประชากรแสนคน) ในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 49 ราย ในปี พ.ศ.2547 เป็น 101 ราย ในปี พ.ศ. 2551 คน โดยพบผู้ป่วยในเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 5-9 ปี (ร้อยละ 38.1) รองลงมาเป็นกลุ่ม 10-14 ปี (ร้อยละ 28.2) (สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. 2552)

โรคไข้เลือดออก สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue Virus) มียุงลายบ้าน (Aedes Aegypti) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ ซึ่งพบลูกน้ำยุงลายได้ตามภาชนะเก็บกักน้ำที่เป็นน้ำนิ่ง ดังนั้นการควบคุมและการป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่ จึงมุ่งไปที่การควบคุมยุงลายทั้งตัวแก่และลูกน้ำของยุงลาย ซึ่งวิธีการที่ได้ผลในการควบคุมยุงลาย คือการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จากข้อมูลของกองโรคติดต่อทั่วไปได้ดำเนินการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในจังหวัดต่าง ๆ ทั่วทุกภาคของประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2549 พบว่าแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบ้าน ภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายบ้านทั้งภายในบ้านและนอกบ้านมากที่สุด คือ โอ่งน้ำดื่ม และภาชนะบรรจุน้ำใช้ รองลงมาพบในจานรองขาตู้กันมด

นอกจากนั้นเป็นลักษณะอื่น ๆ เช่น ไห ถังน้ำมัน แจกัน ขากรถยนต์เก่า จากการศึกษาธรรมชาติการวางไข่ของยุงลายยังพบว่า ยุงลายสามารถวางไข่ได้ในท่อระบายน้ำโสโครกที่ภายในท่อน้ำนั้นมีเศษขยะและดินอยู่เป็นจำนวนมาก และมีการเจริญเติบโตอย่างปกติเหมือนในน้ำสะอาด (องอาจ เจริญสุข; และคณะ. 2542)

การเกิดโรคไข้เลือดออกของประเทศไทยนั้นมีความสัมพันธ์กับฤดูกาล ผู้ป่วยไข้เลือดออกพบได้ตลอดทั้งปีแต่จะพบมากขึ้นในช่วงฤดูฝน ลักษณะการระบาดของโรคในอดีตมีทั้งแบบปีเว้นปีและปีเว้นสองปี แต่ปัจจุบันพบผู้ป่วยได้ทุก ๆ ปีอย่างต่อเนื่อง เขตเมืองและเขตชุมชนที่แออัดพบผู้ป่วยสม่ำเสมอตลอดปี เนื่องจากมียุงลายชุกชุมมาก ส่วนเขตชนบทพบผู้ป่วยตลอดทั้งปีเช่นกันแต่จะพบในปริมาณมากในฤดูฝน (อำพล จินดาวัฒนะ. 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมของประชาชนก็เป็นสาเหตุของการเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น การใช้ภาชนะเก็บกักน้ำที่ไม่ปิดฝาให้มิดชิด เป็นต้น (สุพร ชูณหวิทยานนท์. 2542: 17) ในขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมในชุมชนยังเอื้อต่อการแพร่พันธุ์ยุงลายที่เป็นสาเหตุของการระบาดของโรคไข้เลือดออก การวิเคราะห์ความเสี่ยงของการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนนั้นสามารถวิเคราะห์ได้จากค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย กล่าวคือชุมชนที่พบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงแสดงถึงความเสี่ยงของประชาชนในการมีโอกาสการรับเชื้อไข้เลือดออกและความเสี่ยงในการแพร่กระจายของโรคอยู่ในระดับสูง ทำให้ชุมชนนั้นมีแนวโน้มของการเกิดโรคและการระบาดของโรคสูง (กระทรวงสาธารณสุข. 2544) การเกิดโรคไข้เลือดออกนอกจากจะส่งผลต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชาชนแล้ว ยังส่งต่อครอบครัวในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งเป็นภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรค เช่น ค่าเคมีภัณฑ์ต่างๆ และ ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน เป็นต้น

ในปัจจุบันระบบบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขมีองค์ความรู้ ด้านการวินิจฉัยการรักษาโรคและวิธีการในการป้องกันและควบคุมโรคด้วยเทคโนโลยีใหม่ แต่ก็ยังไม่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ลดลงได้ การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกนั้นจะต้องดำเนินงานร่วมกันทั้งภาครัฐและภาคประชาชน ซึ่งที่ผ่านมาได้มีความพยายามที่จะสร้างความร่วมมือของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคด้วยวิธีการต่าง ๆ แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่ประสบปัญหาในทางปฏิบัติ (Operation problem) มากกว่าจะเป็นปัญหาในทางวิชาการ (Technical problem) เนื่องจากที่ผ่านมาการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขแต่เพียงลำพัง ซึ่งสามารถลดระดับความชุกชุมของยุงลายได้เพียงระยะเวลาดสั้น ๆ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนโดยการทำให้ประชาชนชนได้ตระหนักถึงการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ถูกวิธีและถูกหลักการของการป้องกันโรค ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชน ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทุกครัวเรือน เพื่อกำจัดยุงพาหะให้เหลือน้อยที่สุด หรืออยู่ในระดับที่ไม่สามารถก่อให้เกิดการระบาดได้ ทั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขจะต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจ

และความตระหนักถึงปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ประชาชนมองเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น และให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาโดยชุมชนเอง กระตุ้นและส่งเสริมให้ประชาชนทราบว่า หน้าที่การควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นหน้าที่ของตนเอง และต้องทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของปัญหา และแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง โดยเน้นความครอบคลุมและความต่อเนื่องในการดำเนินการเป็นหลักสำคัญ รวมทั้งต้องประสานงานกับทุกภาคส่วนในชุมชนในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันทุกกิจกรรม จึงจะสามารถแก้ปัญหาการเกิดโรคไข้เลือดออก

จังหวัดชุมพร เป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูงสุดอยู่ในลำดับหนึ่งในสิบของระดับประเทศ และหนึ่งในห้าของภาคใต้ รวมทั้งพบอัตราป่วยไข้เลือดออกสูงสุดของประเทศเมื่อปี พ.ศ. 2550 (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) อีกทั้งยังเป็นจังหวัดที่ประสบปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกมาเป็นระยะเวลาหลายปีติดต่อกัน แนวโน้มในการเกิดไข้เลือดออกสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มสูงขึ้นจาก 359 ราย (อัตราป่วย 45.2 ต่อประชากรแสนคน) ในปี พ.ศ.2549 เป็น 771 ราย (อัตราป่วย 160.19 ต่อแสนประชากร) ในปี พ.ศ.2551 โดยในปี พ.ศ.2550 มีผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าว ปีงบประมาณ 2552 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร จึงได้กำหนดให้หน่วยบริการสาธารณสุขดำเนินโครงการควบคุมโรคไข้เลือดออกครอบคลุมทุกพื้นที่ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต ประเด็นการที่ประชาชนมีสุขภาพดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ อัตราป่วยไข้เลือดออกทุกพื้นที่ลดลงร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานของอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี และอัตราผู้ป่วยตายไม่เกินร้อยละ 0.13 ดังนั้นหน่วยบริการสาธารณสุขจึงต้องดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอย่างเข้มข้นทั้งด้านการรักษาพยาบาลในสถานบริการ และด้านการดำเนินงานในชุมชน สำหรับในหมู่บ้านหนองจร๊ะเข้ หมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร เป็นหมู่บ้านที่พบการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ระหว่างปี พ.ศ.2547 - 2551 โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 1 รองลงมาคือ โรควัณโรค และไข้มาลาเรีย อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกอยู่ระหว่าง 131.57 - 696.37 ต่อแสนประชากร และจากการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (House Index : HI) ปีละ 4 ครั้ง ห่างกัน 3 เดือน พบว่า ปี พ.ศ.2551 - 2552 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายระหว่างร้อยละ 24.29 - 34.76 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือ ร้อยละ 10 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร, 2552)

การป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนให้มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ เกิดเจตคติที่ดี มีความตระหนักและเห็นความสำคัญจนเกิดพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน ผู้วิจัยเห็นว่า ในชุมชนมีกลุ่มคนที่ทำงานทางด้านสุขภาพทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ หรือเรียกว่า เครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชน อันประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน (อสม.) ชมรมทางด้านสุขภาพต่างๆ ในชุมชน ตลอดจนสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลที่มาจากการเลือกตั้งเป็นตัวแทนของแต่ละหมู่บ้าน ดังนั้น

การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ให้สามารถทำงานในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างเหมาะสม จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่กลุ่มบุคคลเหล่านี้ได้รับทราบปัญหาและแก้ไขปัญหของชุมชนด้วยชุมชนเอง จึงได้ดำเนินการวิจัยการพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนด้วยวิธีการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) และใช้เทคนิคเอไอซี (Appreciation Influence Control หรือ AIC) ในการสร้างรูปแบบกิจกรรม ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีศักยภาพในการสร้างพลัง การประชุมระดมความคิดในการพัฒนาชุมชน และกระตุ้นการยอมรับของประชาชนให้ร่วมพัฒนาชุมชนและมีศักยภาพที่จะขยายผลรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

- 1.บริบทของปัญหาการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนเป็นอย่างไร
- 2.ทำอย่างไรจึงจะสามารถพัฒนากลวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่สอดคล้องกับสภาพการณ์และสาเหตุที่แท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.เพื่อศึกษาบริบทของปัญหาการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน
- 2.เพื่อแสวงหาและพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่สอดคล้องกับสภาพการณ์และสาเหตุที่แท้จริง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1. ประชากรผู้ร่วมวิจัย คือ เครือข่ายสุขภาพในชุมชนหมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร จำนวน 20 คน
2. ประชาชนในชุมชนหมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร

พื้นที่การวิจัย

พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย คือ พื้นที่ หมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ในเชิงปฏิบัติ ได้รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่เหมาะสมกับชุมชน ซึ่งเป็นความร่วมมือของบุคคลทุกภาคส่วนในชุมชน
2. ในเชิงทฤษฎี เกิดองค์ความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ภายใต้อสภาพแวดล้อมและบริบทที่ใกล้เคียงกัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

การพัฒนา รูปแบบ หมายถึง การปรับปรุง และ เปลี่ยนแปลง วิธีการในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงในพื้นที่ที่ศึกษา

การป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน หมายถึง การกระทำหรือปฏิบัติของประชาชนในชุมชนในพื้นที่ที่ศึกษา เพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ด้วยมาตรการการป้องกันไม่ให้ยุงกัด การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การกำจัดยุงตัวเต็มวัย และการจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการอยู่อาศัยของยุงตัวเต็มวัย

รูปแบบการจัดการป้องกันโรคไข้เลือดออก หมายถึง วิธีการที่ได้รับการพัฒนาตามหลักวิชาการด้วยวิธีการที่มีระบบ เพื่อให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชน เกิดการเรียนรู้ มีความสามารถ และมีศักยภาพในการดำเนินงานการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

เจตคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก หมายถึง การที่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นประโยชน์ และคุณค่า ของการกระทำในที่นี้คือการป้องกันโรคไข้เลือดออก และมีความรู้สึกพึงพอใจในการกระทำ ตลอดจนมีความมุ่งมั่นกระทำหรือพร้อมที่จะปฏิบัติงานในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

เครือข่ายสุขภาพในชุมชน หมายถึง การติดต่อ สื่อสารและเชื่อมโยงกันของบุคคลหรือองค์กรที่รู้จักกันในชุมชน ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีความไว้วางใจกัน มีความร่วมมือปฏิบัติงานร่วมกัน ให้ความช่วยเหลือกัน และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพซึ่งกันและกัน พร้อมที่จะปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง รูปแบบของการวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทเป็นผู้ร่วมวิจัยตลอดกระบวนการวิจัย นับตั้งแต่การประมวลเหตุการณ์ หลักฐานและข้อมูลเพื่อกำหนดปัญหาวิจัย การเลือกกระบวนการประเด็นปัญหา การสร้างเครื่องมือ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์และการเสนอลี้กค้นพบ จนกระทั่งการนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปสู่การปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน

การวิเคราะห์สวอท (SWOT analysis) หมายถึง การวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ถูกควบคุมภายในองค์กรที่ทำให้เกิดจุดแข็ง และจุดอ่อนในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การวิเคราะห์จุดแข็ง (Strength : S) และจุดอ่อน(Weakness : W) ส่วนปัจจัยภายนอกที่มีส่วนสนับสนุนหรือมีผลกระทบต่องานป้องกันโรคไข้เลือดออกให้ประสบความสำเร็จ คือ โอกาส (Opportunity : O) และอุปสรรค (T : Treat) ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

เทคนิคเอไอซี (A – I – C) หมายถึง วิธีการที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล กลุ่มคน องค์กรชุมชน และสังคม มาใช้เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน อันได้แก่ พลังความรักและความซาบซึ้งใจ (Appreciation : A) พลังความคิดและการมีปฏิสัมพันธ์ผสมผสาน (Influence : I) และ พลังความพยายามและการควบคุมจัดการ (Control : C)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคไข้เลือดออก และสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทย
2. เครื่องข่ายสุขภาพในชุมชนและแนวทางในการพัฒนาเครือข่าย
3. เทคนิคเอไอซี (AIC)
4. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)

1. โรคไข้เลือดออก และสถานการณ์โรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกที่พบในประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ในทวีปเอเชียอาคเนย์เกิดจากเชื้อไวรัสที่ชื่อ เคนกี่ไวรัส จึงใช้ชื่อเรียกว่า Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)

1.1 สาเหตุของการเกิดโรค

เกิดจากเชื้อ ไวรัสเคนกี่ เชื้อไวรัสเคนกี่เป็น RNA virus จัดอยู่ใน Family Flaviviridae (เดิมเรียกว่า group Barbovirus) มี 4 serotypes ถ้ามีการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วจะมีภูมิคุ้มกันต่อชนิดนั้นไปตลอดชีวิต (permanent immunity) แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเคนกี่ชนิดอื่นๆ อีก 3 ชนิดได้ในช่วงสั้นๆ (partial immunity) ประมาณ 6-12 เดือน หลังจากนั้นจะมีการติดเชื้อไวรัสเคนกี่ชนิดอื่นๆ ที่ต่างจากครั้งแรกได้ เป็นการติดเชื้อซ้ำ (secondary dengue infection) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกเคนกี่ จากการศึกษาที่โรงพยาบาลเด็กร่วมกับแผนกไวรัสของสถาบันวิจัยแพทย์ทหาร (AFRIMS) พบว่าร้อยละ 85-95 ของผู้ป่วยที่เป็นไข้เลือดออก มีการติดเชื้อซ้ำ โดยผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อครั้งแรก (primary dengue infection) นั้นมักเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และทุกรายจะมีภูมิคุ้มกันจากมารดาเมื่อแรกคลอด (passive dengue antibody) ที่ผ่านจากแม่ จากการศึกษาทางด้านไวรัสและระบาดวิทยา ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก คือ มีไวรัสเคนกี่ชุกชุมมากกว่า 1 ชนิด (simultaneously endemic of multiple serotype) หรือมีการระบาดของต่างชนิดเป็นระยะๆ (sequential epidemic) ซึ่งในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่นทำให้มีการติดเชื้อซ้ำได้บ่อยและมากขึ้น

1.2 การติดต่อของโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้โดยมียุงลายบ้าน (Aedes aegypti) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ โดยยุงตัวเมียซึ่งกัดเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะกัดดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งอยู่ในระยะมีไข้สูงซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง เข้าไปอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะอาหาร

เพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วออกมาจากเซลล์ผนังกระเพาะอาหาร เดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป ระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ 8-12 วัน เมื่อยุงไปกัดคนอื่นก็จะปล่อยเชื้อไวรัสไปยังผู้ที่ถูกกัดได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่านระยะฟักตัวนานประมาณ 5-8 วัน (สั้นที่สุด 3 วัน และ นานที่สุด 15 วัน) ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้

1.3 อาการและอาการแสดง

เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ตั้งแต่มีอาการเล็กน้อยไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนถึงช็อกและถึงเสียชีวิตได้ โรคไข้เลือดออกมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลังดังนี้ คือ 1) มีไข้สูงลอย 2-7 วัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ซึ่งบางรายอาจมีชักเกิดขึ้นโดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อน หรือในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน 2) มีอาการเลือดออก โดยจะตรวจพบว่าเส้นเลือดเปราะ แดงง่าย เมื่อใช้เครื่องวัดความดันวัดไว้ที่บริเวณแขน (tourniquet test) จะพบจุดแดงๆ เล็กในขนาดเท่าเหรียญบาทเล็กมากกว่า 20 จุด พบได้ตั้งแต่ 2-3 วันแรกของโรค ร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็กๆกระจายอยู่ตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ซึ่งมักจะเป็นสีดำ (melena) อาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนใหญ่มักจะพบร่วมกับภาวะช็อก 3) ตับโต ส่วนใหญ่จะคลำพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3-4 นับแต่เริ่มป่วย ตับจะนุ่มและกดเจ็บ และ 4) มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลว หรือภาวะช็อกประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออก จะมีอาการรุนแรง มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้น เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องปอดหรือช่องท้องมาก ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อมกับที่มีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาที่เกิดช็อกจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้ อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค (ถ้ามีไข้ 2 วัน) หรือเกิดวันที่ 8 ของโรค (ถ้ามีไข้ 7 วัน) ผู้ป่วยจะมีอาการแยกลง เริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกตัว ฟูรู้เรื่อง อาจบ่นกระหายน้ำ บางรายอาจมีอาการปวดท้องเกิดขึ้นอย่างกะทันหันก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก รอบปากเขียว ผิวสีม่วงๆ ตัวเย็นซีด จับชีพจรและวัดความดันไม่ได้ (profound shock) ความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป และจะเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังเริ่มมีภาวะช็อก

1.4 การรักษาพยาบาล

โรคไข้เลือดออกในขณะนี้ยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับเชื้อไข้เลือดออก การรักษาโรคนี้เป็นการรักษาตามอาการและประคับประคอง ดังนี้

1. ในระยะไข้สูง บางรายอาจมีการชักได้ถ้าไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีประวัติเคยชัก หรือในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน จำเป็นต้องให้ยาลดไข้ ควรใช้ยาพาราเซตามอล ห้ามใช้ยาพวกแอสไพริน เพราะจะทำให้เกร็ดเลือดเสียการทำงาน จะระคายกระเพาะทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้น ควรให้

ยาลดไข้เป็นครั้งคราวเวลาที่ไข้สูงเท่านั้น (เพื่อให้ไข้ที่สูงมากลดลงเหลือน้อยกว่า 39 องศาเซลเซียส) การใช้ยาลดไข้มากเกินไปจะมีภาวะเป็นพิษต่อตับได้ ควรจะใช้การเช็ดตัวช่วยลดไข้ร่วมด้วย

2. การให้ผู้ป่วยได้น้ำชดเชย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีไข้สูง เบื่ออาหาร และอาเจียน ทำให้ขาดน้ำและเกลือโซเดียมด้วย ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้หรือ สารละลายผงน้ำตาลเกลือแร่ (โอ อาร์ เอส) ในรายที่อาเจียนควรให้ดื่มครั้งละน้อยๆ และดื่มน้อยๆ

3. การติดตามเฝ้าดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ช็อกมักจะเกิดพร้อมกับไข้ลดลง ประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วยเป็นต้นไป ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาที่เป็นไข้ ถ้าไข้ 7 วันก็อาจช็อกวันที่ 8 ได้ แนะนำให้พ่อแม่ทราบอาการนำของช็อก ซึ่งอาจจะมีอาการเบื่ออาหารมากขึ้น ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเลย หรือมีอาการถ่ายปัสสาวะน้อยลง มีอาการปวดท้องอย่างกะทันหัน กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ควรแนะนำให้รีบนำส่งโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเหล่านี้

4. เมื่อผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษาได้ แพทย์จะตรวจเลือดเลือด เป็นระยะๆ เพื่อประกอบการวินิจฉัยและดูแลรักษาพยาบาล

5. โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบะแรกที่ยังมีไข้ สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยให้ยาไปรับประทาน และแนะนำให้ผู้ป่วยครองเฝ้าสังเกตอาการตามข้อ 3 หรือแพทย์นัดให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลเป็นระยะๆ โดยตรวจดูการเปลี่ยนแปลงตามข้อ 4 ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงอาการช็อก ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกราย และถือเป็นเรื่องรีบด่วนในการรักษา

1.5 ยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก

ยุงลายเป็นแมลงจำพวกหนึ่ง ในประเทศไทยมียุงลายมากกว่า 100 ชนิด แต่ที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกมีอยู่ 2 ชนิด คือ ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะหลัก และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะรอง ในวงจรชีวิตของยุงลายประกอบด้วยระยะต่างๆ 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะไข่ 2) ระยะตัวอ่อน (ลูกน้ำ) 3) ระยะดักแด้หรือตัวกลางวัย (ตัวโม่ง) และ 4) ระยะตัวเต็มวัย (ตัวยุง) ทั้ง 4 ระยะมีความแตกต่างกันทั้งรูปร่างลักษณะและการดำรงชีวิต ดังนี้

1. ระยะไข่ ไข่ขุ่นลายมีลักษณะรีคล้ายกระสวย เมื่อวางออกมาใหม่ๆจะมีสีขาวนวล ต่อมาจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลและดำสนิทภายใน 24 ชั่วโมง

2. ระยะตัวเต็มวัย (ตัวขุ่น) ร่างกายอ่อนนุ่ม เปราะบาง แบ่งเป็น 3 ส่วนแยกออกจากกันเห็นได้ชัดเจนคือ ส่วนหัว ส่วนอกและส่วนท้อง ลำตัวยาวประมาณ 4-6 มม. มีเกล็ดสีดำสลับขาวตามลำตัว รวมทั้งส่วนหัวและ ส่วนอกด้วย มีขา 3 คู่ (6 ขา) อยู่ที่ส่วนอก ขามีสีดำสลับขาวเป็นปล้องๆ ที่ขาหลังบริเวณปลายปล้องสุดท้ายมีสีขาวตลอด มีปีกที่เห็นได้ชัดเจน 1 คู่อยู่บริเวณส่วนอก ลักษณะของปีกบางใส มีเกล็ดเล็ก ๆ บนเส้นปีก ลักษณะของเกล็ดแคบและยาว บนขอบหลังของปีกมีเกล็ดเล็กๆเป็นชายครุย นอกจากนี้ยังมีอวัยวะที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัว (เรียกว่า halteres) 1 คู่อยู่ใกล้กับปีก มีปากยาวมาก ลักษณะปากเป็นแบบแทงดูด เส้นหมวดประกอบด้วยปล้องสั้นๆ 14-15 ปล้อง ที่รอยต่อระหว่างปล้องมีขนขึ้นอยู่โดยรอบ ในยุงตัวผู้เส้นขนเหล่านี้ยาวมาก (ใช้รับคลื่นเสียงที่เกิดจากการขยับปีกของยุงตัวเมีย) มองดูคล้ายพู่ขนนก ส่วนในยุงตัวเมียเส้นขนที่รอยต่อระหว่างปล้องจะสั้นกว่าและมีจำนวนน้อยกว่า เรียกว่าหมวดแบบเส้นด้าย ลักษณะของหมวดยุงจึงใช้ในการจำแนกเพศของยุงได้ง่าย

3. ระยะลูกน้ำ เป็นระยะที่ไม่มีขา ส่วนอกมีขนาดใหญ่กว่าส่วนหัว ส่วนท้องยาวเรียว ประกอบด้วยปล้อง 10 ปล้อง มีท่อหายใจ บนปล้องที่ 8 ใช้ในการหายใจท่อหายใจของยุงลายสั้นกว่าท่อหายใจของยุงรำคาญ และมีกลุ่มขน 1 กลุ่มอยู่บนท่อหายใจนั้น

4. ระยะตัวโม่่งไม่มีขา รูปร่างคล้ายเครื่องหมายจุลภาค (,) มีอวัยวะใช้ในการหายใจ 1 คู่อยู่บนส่วน cephalothorax (ส่วนหัวรวมกับส่วนอก) ยุงลายบ้านและยุงลายสวนมีลักษณะต่างๆไปที่คล้ายคลึงกัน แต่มีความแตกต่างที่สำคัญคือยุงลายบ้าน ตัวเต็มวัย บริเวณระยางค์ปากปกคลุมด้วยเกล็ดสีขาว ที่ส่วนอกบริเวณกึ่งกลางหลังจะมีขนแข็ง และมีเกล็ดสีขาวเรียงตัวกันเห็นเป็นลวดลายคล้ายพิมพ์รีด ลูกน้ำ บริเวณปล้องที่แปดจะมีเกล็ดอยู่หนึ่งแถวประมาณ 8-12 อัน บริเวณขอบตรงส่วนปลายของเกล็ดจะแยกเป็นแฉก และที่บริเวณอกจะมีหนามแหลม ส่วนยุงลายสวน ตัวเต็มวัย มีเกล็ดสีดำที่ระยางค์ปาก ด้านหลังของส่วนอกมีแถบสีขาวพาดอยู่ตรงกลาง และลูกน้ำ บริเวณปล้องที่แปดมีเกล็ดอยู่หนึ่งแถวประมาณ 8-12 อัน ส่วนปลายของเกล็ดที่บริเวณขอบไม่แยกเป็นแฉก ส่วนอกไม่มีหนามแหลม

1.6 แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย

ยุงลายวางไข่ตามภาชนะขังน้ำที่มีน้ำนิ่งและใส น้ำนั้นอาจจะสะอาดหรือไม่ก็ได้ น้ำฝนมักเป็นน้ำที่ยุงลายชอบวางไข่มากที่สุด ดังนั้น แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้านจึงมักอยู่ตาม โถงน้ำดื่มและน้ำใช้ที่ไม่ปิดฝาทั้งภายในและภายนอกบ้าน จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายชนิดนี้พบว่าร้อยละ 64.52 เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่ภายในบ้านและร้อยละ 35.53 เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่นอกบ้าน นอกจากโถงน้ำแล้วยังมีภาชนะอื่นๆ เช่น บ่อซีเมนต์ในห้องน้ำ จานรองขาตู้กันมด จานรองกระถางต้นไม้ แจกัน อ่างล้างเท้า ยางรถยนต์ ไห ภาชนะใส่น้ำเลี้ยงสัตว์ เศษภาชนะ เช่น โถง

แตก เศษกระป๋อง กะลา เป็นต้น ในขณะที่ยุงลายสวนชอบวางไข่ในบ้านตามกาบใบของพืชจำพวก มะพร้าว กล้วย พลับพลึง ต้นบอน ถ้วยรองน้ำยาง โพรงไม้ กะลา กระบอกลไม้ไผ่ที่มีน้ำขัง เป็นต้น

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อดำเนินการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายใน จังหวัดต่าง ๆ ทั่วทุกภาคของประเทศไทยเมื่อพ.ศ. 2548 พบว่าแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้าน คือ โอ่ง น้ำดื่มและน้ำใช้ (ร้อยละ 70.82) จานรองขาตู้กันมด (ร้อยละ 15.68) ภาชนะอื่นๆ เช่น ไห ถังน้ำมัน แจกัน ขางรถยนต์เก่า (ร้อยละ 13.49) ส่วนยุงลายสวนจะพบในแหล่งที่มีน้ำขังตามธรรมชาติ เช่น โพรง ไม้ กาบใบของพืชหลายชนิด (กล้วย พลับพลึง บอน ฯลฯ) กระบอกลไม้ไผ่ที่มีน้ำขัง รวมทั้ง กะลามะพร้าว ถ้วยรองน้ำยางพารา เป็นต้น

1.7 การแพร่กระจายของยุงลายในประเทศไทย

ความเป็นมาของยุงลายมีความเชื่อกันว่ายุงลายบ้านเป็นยุงที่มีแหล่งกำเนิดเดิมอยู่ในทวีปแอฟริกา ต่อมายุงนี้ได้แพร่ไปยังประเทศต่างๆ ระหว่างเส้นรุ้ง ที่ 40 องศาเหนือและใต้ โดยติดไปกับพาหนะที่ใช้ในการคมนาคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางเรือ สำหรับประเทศไทยไม่มีใครทราบแน่นอนว่ายุงลายได้เข้ามาแพร่พันธุ์ตั้งแต่เมื่อใด แต่มีรายงานปรากฏในวารสารวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการพบยุงลายในประเทศไทยเป็นครั้งแรกเมื่อปีพ.ศ. 2450 เข้าใจว่าในระยะต้นๆ ยุงลายจะแพร่พันธุ์อยู่เฉพาะเมืองใหญ่ ต่อมาพบอยู่ทั่วไปทุกเมืองรวมทั้งในชนบทตามภาคต่างๆของประเทศไทย การแพร่กระจายของยุงลายจะถูกจำกัดโดยความสูงของพื้นที่คือจะไม่พบยุงลายบ้านที่ระดับความสูง 1,000 ฟุตจากระดับน้ำทะเล ต่างจากยุงลายสวนซึ่งสามารถพบได้ทุกระดับความสูง แม้กระทั่งบนยอดเขาสูง 6,000 ฟุต และสามารถบินได้ไกลถึง 100 เมตร

1.8 การป้องกันโรคไข้เลือดออก

การป้องกันโรคไข้เลือดออก มีหลักการในการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. การกำจัด หรือลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้แก่

- 1.1 การปกปิดภาชนะเก็บน้ำด้วยฝาปิด 2 ชั้น โดยเสริมด้วยผ้ามุ้ง ผ้ายาง ผ้าพลาสติก
- 1.2 การคว่ำภาชนะที่ไม่ใช้ประโยชน์เพื่อมิให้รองรับน้ำได้
- 1.3 การเผา ฟัง ทำลาย หรือกลบทิ้งเศษวัสดุที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้
- 1.4 การใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ (ทรายเคลือบสารที่มีฟอส) ในภาชนะน้ำใช้
- 1.5 การใช้น้ำส้มสายชู ผงซักฟอก ใส่ภาชนะประเภทจานรองขาตู้กับข้าว เป็นต้น

2. การกำจัดยุงตัวเต็มวัย เช่น การฉีดพ่นด้วยสเปรย์ฆ่ายุง การพ่นหมอกควันกำจัดยุง

3. การจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการอยู่อาศัยของยุงตัวเต็มวัย เช่น ความสะอาด ความเป็น

ระเบียบภายในบ้านควรเก็บสิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ เสื้อผ้าที่สวมใส่แล้วควรเก็บซักทันทีหรือนำไปผึ่งแดดหรือผึ่งลมภายนอกบ้าน เพราะหากมียุงลายเล็ดลอดเข้ามาอยู่ในบ้าน บริเวณที่จะเป็นแหล่งเกาะพักของยุงลายส่วนมาก คือ ราวพาดผ้า กองเสื้อผ้าที่มีกลิ่นเหม็น ใหล มุ้ง สายไฟ ตาม

มมมมมมของห้องและเครื่องเรือนต่างๆ แต่ถึงแม้ว่าบ้านทั้งหลังจะถูกกรูด้วยมุ้งลวดแล้วก็ตาม

4. การป้องกันไม่ให้ยุงลายกัด โดยการกรูหน้าต่างประตูและช่องลมด้วยมุ้งลวด ตรวจตราซ่อมแซมฝาบ้าน ฝาเพดาน อย่าให้มีร่อง ช่องโหว่หรือรอยแตก เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ยุงลายเข้ามาอยู่และหลบซ่อนในบ้าน เวลาเข้า-ออกต้องใช้ผ้าปิดประตูมุ้งลวดก่อนเพื่อไล่ยุงลายที่อาจมาบินวนเวียนหาทางเข้ามาในบ้าน นอกจากนี้ หากจะนอนพักผ่อนในเวลากลางวันก็ควรนอนในมุ้งตลอดเวลา การนั่งทำงาน นั่งเล่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์อยู่ในบ้านก็ควรอยู่ในบริเวณที่มีลมพัดผ่านและมีแสงสว่างพอเพียง สวมใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว และควรใช้สิ้อ่อนๆ อาจใช้ยากันยุงหรือทาสารที่มีคุณสมบัติไล่ยุงซึ่งในปัจจุบันมีจำหน่ายตามร้านค้ามากมายหลายยี่ห้อด้วยกัน จำเป็นต้องเลือกซื้อและเลือกใช้ให้เหมาะสม ควรทาสารไล่ยุง

5. การร่วมกับชุมชนประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย คือ การสำรวจลูกน้ำหรือตัวโม่ง จุดประสงค์เพื่อสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงของยุงลาย เพื่อทราบผลการเปลี่ยนแปลงของประชากรยุงลาย ซึ่งมีผลจากการควบคุมลูกน้ำและตัวยุงลูกน้ำยุงลายสามารถพบได้โดยทั่วไปในแหล่งเพาะพันธุ์ชนิดต่าง ๆ หรือภาชนะขังน้ำทุกชนิดซึ่งมีอยู่มากมายภายในบริเวณบ้าน ข้อมูลที่ต้องการจากการสำรวจ คือ จำนวนภาชนะเก็บกักน้ำทุกชนิดภายในบริเวณบ้าน ทั้งที่ใช้ประโยชน์และไม่ได้ใช้ประโยชน์ จำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย สิ่งที่ต้องการคือการคำนวณหาค่าดัชนีต่าง ๆ ดังนี้

5.1 Container index : CI คือจำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายภายใน 100 ภาชนะ

5.2 Housing index : HI คือจำนวนบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายใน 100 บ้าน

5.3 Breteau index : BI คือจำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายภายในบ้านจำนวน 100 บ้าน

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น มีมาตรการหลักเน้นไปที่การควบคุมยุงลายที่เป็นพาหะนำโรค การป้องกันโรคจะไม่สามารถประสบผลสำเร็จได้ถ้าหากขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้น ความร่วมมือของประชาชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้หมดไปจากชุมชนนั้น นอกจากความร่วมมือของภาคประชาชนแล้วความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ในภาครัฐก็มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น เพื่อร่วมประสานนโยบายและแผนปฏิบัติงานกันอย่างใกล้ชิด อีกทั้งความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ไม่ว่าในระดับส่วนกลางหรือส่วนท้องถิ่นก็ตาม เพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในด้านทรัพยากร กำลังคน และเงินงบประมาณ ตลอดจนเพื่อสนับสนุน เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้มีการดำเนินการรณรงค์ในชุมชนอย่างต่อเนื่องตลอดไป

1.9 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

จากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาพบว่า การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดำเนินการโดยหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับเพียงอย่างเดียว จึงทำให้ไม่สามารถบรรลุหรือประสบผลสำเร็จได้ผลที่ได้ก็เป็นผลระยะเวลาดสั้น ๆ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายให้แต่ละจังหวัดพยายามหารูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนตามบริบทของพื้นที่นั้น ๆ เช่น

1. การรณรงค์ โดยการระดมความร่วมมือของผู้นำชุมชน นักเรียน กลุ่มกิจกรรม และประชาชน เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายในชุมชนเป็นครั้งคราวหรือในเทศกาลต่าง ๆ
2. การร่วมมือกับโรงเรียน ในการสอนนักเรียนให้มีความรู้เรื่องการควบคุมยุงลาย และมอบหมายกิจกรรมให้นักเรียนกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน อาจดำเนินการอย่างสม่ำเสมอตลอดทั้งปี หรือเป็นครั้งคราวร่วมกับการรณรงค์
3. การจัดหาทรายกำจัดลูกน้ำมาจำหน่ายในกองทุนพัฒนาหมู่บ้านในราคาถูก บางแห่งอาจจัดอาสาสมัครไปสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตามบ้านเรือน และใส่ทรายกำจัดลูกน้ำให้เป็นประจำโดยคิดค่าบริการราคาถูก

การดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของปัญหาและแก้ปัญหาด้วยตนเอง ควรจะได้รับการส่งเสริมและปฏิบัติให้แพร่หลายมากที่สุด โดยเน้นปัจจัยสำคัญคือ ความครอบคลุม ความสม่ำเสมอ และความต่อเนื่อง โครงการทดลองควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหลายโครงการประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในระยะเวลาการดำเนินงานของโครงการ แต่ไม่สามารถดำเนินการให้ต่อเนื่องในระยะยาวได้ ความร่วมมือของชุมชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องเป็นแบบผสมผสาน ประกอบด้วยส่วนร่วมจากหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านสาธารณสุข โดยการให้สุขศึกษา สนับสนุนเคมีภัณฑ์และการควบคุมโรค ด้านการศึกษาโดยการสอนการควบคุมโรคแก่นักเรียน และกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้านการปกครองโดยการให้การสนับสนุนการควบคุมโรคผ่านทางขบวนการปกครองท้องถิ่น ด้านประชาสัมพันธ์ โดยการ เผยแพร่ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค และการกระตุ้นเตือนให้ประชาชนตื่นตัวในการควบคุมโรค ด้านเอกชน โดยการ ให้การสนับสนุนทรัพยากร หรือเข้าร่วมกิจกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งแต่ละจังหวัดมีแหล่งทรัพยากร องค์กร บุคลากร และความคล่องตัวที่จะจัดหารูปแบบความร่วมมือภายในท้องถิ่น จุดเริ่มต้นที่สำคัญคือ การจัดการให้ฝ่ายต่าง ๆ ได้มาร่วมกันมองปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยกัน การผสมผสานความร่วมมือจะต้องทำทั้งระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ในภาครัฐก็ต้องผสมผสานระหว่างหน่วยราชการต่างวิชาชีพ ต่างสังกัด และต่างระดับเพื่อสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคโดยประชาชนในท้องถิ่นอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

1.10 สารเคมีกำจัดยุง

ประเทศไทยมีโรคติดต่อที่นำโดยแมลงอยู่หลายโรคด้วยกัน ยุงเป็นแมลงชนิดหนึ่งที่เป็นพาหะนำโรคติดต่อที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ ได้แก่ โรคมาลาเรีย โรคไข้เลือดออก โรคไข้สมองอักเสบ และโรคเท้าช้าง การกำจัดหรือควบคุมยุงพาหะนำโรคเป็นมาตรการหนึ่งที่ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งจะให้ผลได้ผลโดยสมบูรณ์ต้องดำเนินการทั้งในระยะที่เป็นลูกน้ำ และระยะที่เป็นตัวเต็มวัย วิธีการกำจัดหรือควบคุมยุงพาหะนำโรคแบ่งเป็น 3 วิธี ดังนี้

1. วิธีทางกายภาพ (Physical control) เป็นการควบคุมกำจัดยุงพาหะนำโรคแบบง่ายๆ เช่น การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การใช้ฝาปิดโอ่งน้ำ การใช้กับดักลูกน้ำ การตบยุง เป็นต้น
2. วิธีทางชีวภาพ (Biological control) เป็นการควบคุมกำจัดยุงพาหะนำโรคโดยใช้สิ่งมีชีวิตมาช่วยในการดำเนินการ เช่น การปล่อยปลากินลูกน้ำในแหล่งเพาะพันธุ์ของยุง การใช้ลูกน้ำยุงยักษ์ (กินลูกน้ำยุงอื่นเป็นอาหาร) การใช้แบคทีเรีย, เชื้อรา, พยาธิที่เป็นปรสิต ไปทำให้ลูกน้ำยุงป่วยตาย เป็นต้น
3. วิธีทางเคมีภาพ (Chemical control) เป็นการนำสารเคมีรูปแบบต่างๆ ในการควบคุมยุงพาหะนำโรค สารเคมีที่นำมาใช้เป็นสารเคมีกำจัดแมลง (Insecticides) ในปัจจุบันมีการใช้กันเป็นจำนวนมากและถูกจัดให้เป็น "วัตถุพิษ" ตามพระราชบัญญัติวัตถุพิษ พ.ศ. 2510 ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงต่าง ๆ 3 กระทรวง คือ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงสาธารณสุข

1.11 กลุ่มของสารเคมีกำจัดแมลง

สารเคมีกำจัดแมลงที่แพร่หลายและใช้กันมากในขณะนี้แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆตามโครงสร้างและปฏิกิริยาเคมีออกเป็น 4 กลุ่มคือ

1. Chlorinated hydrocarbon compounds หรือ Organo-chlorine เป็นกลุ่มที่ประกอบด้วยธาตุไฮโดรเจน (H), คาร์บอน (C), และคลอรีน (Cl) สารเคมีกลุ่มนี้มีการสลายตัวช้าและพบว่ามีสารสะสมอยู่ตามดิน น้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายของมนุษย์และสัตว์เลี้ยง สารเคมีที่รู้จักกันดีและใช้กันมากได้แก่ ดีดีที (DDT), ดีลด์ริน (dieldrin), ออลดริน (aldrin), ท็อกซาฟีน (toxaphene), คลอเดน (chlordane), ลินเดน (lindane), และแกมมา เอชซีเอช (gamma HCH) เป็นต้น
2. Organo-phosphorus compounds หลังจากที่พบว่า Organo-chlorine มีการสะสมและมีพิษตกค้างในสิ่งแวดล้อมเป็นเวลานาน ทำให้เกิดมลภาวะแก่ดินและน้ำ การใช้สารเคมีกำจัดแมลงจึงได้เปลี่ยนไปใช้พวกสารประกอบที่มีฟอสฟอรัสเป็นตัวหลักมากขึ้น และในขณะนี้ เป็นยุคที่มีการใช้สารเคมีกลุ่มนี้มากทั้งในด้านการเกษตรและในวงการสาธารณสุข แต่การเป็นพิษเกิดขึ้นได้เร็วกว่า Organo-chlorine และสลายตัวก็เร็วกว่า สารเคมีในกลุ่มนี้ที่ใช้กันมาก ได้แก่ มาลาไธออน (malathion), เฟนิโตรไธออน (fenitrothion), ไพริมิฟอสเมทิล (pirimiphos methyl), และไดคลอวอส (dichlorvos หรือ DDVP) เป็นต้น

3. Carbamate compounds เป็นสารประกอบอีกกลุ่มหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการกำจัดแมลง อากาศเป็นพิษเกิดขึ้นได้เร็วและสลายตัวเร็ว สารเคมีกลุ่มนี้มีคาร์บาริลกรุปเป็นตัวหลักที่สำคัญ ที่รู้จักกัน มาก คือ โพรพ็อกเซอร์ (propoxur), เบนไดโอบคาร์บ (bendiocarb), และแลนดริน (landrin) เป็นต้น

4. Synthetic pyrethroids เป็นสารเคมีกลุ่มที่สังเคราะห์ขึ้นโดยมีความสัมพันธ์ตาม โครงสร้างของ pyrethrins ซึ่งสกัดได้จาก pyrethrum (ดอกเบญจมาศ) เป็นสารเคมีที่มีความเป็นพิษต่อ แมลงสูง แต่มีความเป็นพิษต่อสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมต่ำ อย่างไรก็ตาม สารเคมีกลุ่มนี้มีราคาแพงมากเมื่อเทียบกับ สารเคมีกลุ่มอื่นๆ ที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันมากในขณะนี้ ได้แก่ เดลตาเมทริน (deltamethrin), เพอร์เมทริน (permethrin), เรสเมทริน (resmethrin), และไบโอเรสเมทริน (bioresmethrin) เป็นต้น

นอกจากสารเคมีทั้ง 4 กลุ่มที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีสารเคมีกลุ่มย่อยๆที่ใช้ในการกำจัด ตัวอ่อนของแมลง ได้แก่

1. สารยับยั้งการเจริญเติบโต (insect development inhibitor) เป็นพวก juvenoids หรือ juvenile hormones ได้แก่ methoprene (Altosid) และ diflubenzuron สารพวกนี้จะออกฤทธิ์ทำให้ตัว อ่อนของแมลงตายหรือมีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติไปจากปกติ

2. สารพิษจากจุลชีพ (Microbial insecticides) ความจริงแล้วสารกำจัดแมลงในกลุ่มนี้ไม่ใช่ สารเคมี แต่เป็นสารพิษของจุลชีพ (เช่น แบคทีเรีย) ที่สามารถก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอ่อนของแมลง โดยเฉพาะลูกน้ำยุง ขณะนี้กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ได้ร่วมกับ ทบวงมหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าทดลองสารพิษจากแบคทีเรีย ตัวแบคทีเรียที่สำคัญที่ควร รู้จักไว้ก็คือ *Bacillus thuringiensis* และ *Bacillus sphaericus*

1.12 หลักในการพิจารณาเลือกใช้สารเคมีกำจัดแมลง

ในการใช้สารเคมีกำจัดแมลงหรือยุงมีหลักในการพิจารณาดังนี้

1. มีประสิทธิภาพในการกำจัดแมลงสูง
2. มีความเป็นพิษต่อคนและสัตว์เลี้ยงต่ำ
3. มีผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมต่ำ คือ ต้องสลายตัวเร็วและมีการสะสมในดินและน้ำน้อย
4. มีผลกระทบต่อแมลงที่มีประโยชน์ เช่น ผึ้ง และต่อสิ่งมีชีวิตอื่นๆ
5. ราคาไม่แพงและหาซื้อได้สะดวก
6. ไม่ทำให้เกิดรอยเปื้อนหรือเป็นคราบสกปรกติดกับฝาผนังและเครื่องเรือน
7. สามารถใช้ได้กับเครื่องพ่นที่มีอยู่และไม่ทำให้เครื่องพ่นผุกร่อนสึกหรองง่าย

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทย

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่ (emerging disease) เมื่อประมาณ 40 ปีมานี้ โดยเริ่มมีรายงานประปรายมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 แต่เกิดระบาดใหญ่เป็นครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ในปี พ.ศ. 2497 และยังคงเป็นปัญหาเรื้อรังของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ตลอดมา เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ยังคงเพิ่มสูงขึ้นเป็นระยะๆ ทุก 3-5 ปี แม้ว่าอัตราป่วยตายของโรคนี้จะลดลงอย่างมาก จากร้อยละ 5 เหลือประมาณร้อยละ 2 ก็ตาม ในจำนวน 10 ประเทศที่อยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นั้น ประเทศไทย อินโดนีเซีย และเมียนมามีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูงมาก ในประเทศไทยนั้นเกิดโรคไข้เลือดออกระบาดใหญ่ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพมหานคร ในระยะ 5 ปีต่อจากนั้นมาก็มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครและและกรุงเทพมหานคร การระบาดเป็นแบบปีหนึ่งสูงและปีถัดมาลดต่ำลง หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ โดยเฉพาะที่เป็นหัวเมืองใหญ่ มีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวก โรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็วจนในที่สุดก็พบว่ามีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้จากทุกจังหวัดของประเทศไทย และรูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกก็ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นแบบปีเว้นปีมาเป็นแบบพบผู้ป่วยต่อเนื่องทุก ๆ ปี สำนักโรคติดต่อวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ได้รวบรวมสถิติของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2501 จนถึง พ.ศ. 2544 และแบ่งช่วงเวลาการเกิดโรคออกเป็นทศวรรษ ดังนี้

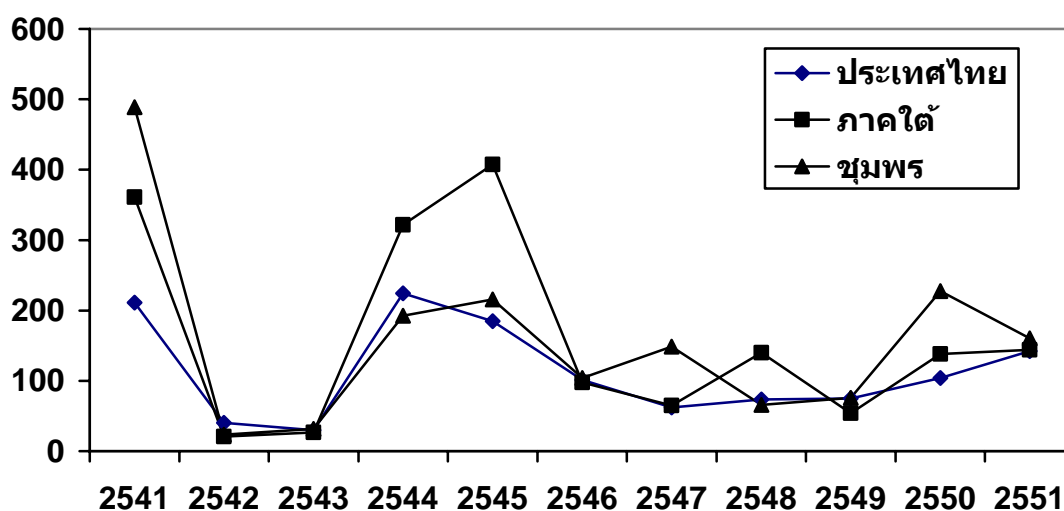
1. ทศวรรษที่ 1 (พ.ศ. 2501-2510) เป็นช่วงที่มีรายงานผู้ป่วยไม่มากนัก มีผู้ป่วยเฉลี่ย 3,114 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 10.77 ต่อประชากรแสนคน โดยในปี พ.ศ. 2508 มีรายงานผู้ป่วยมากที่สุด คือ 7,663 ราย (อัตราป่วย 25.06 ต่อประชากรแสนคน) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดใหญ่ๆ ที่เป็นศูนย์กลางการคมนาคม

2. ทศวรรษที่ 2 (พ.ศ. 2511-2520) เป็นช่วงที่มีรายงานผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เฉลี่ย 13,313 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 33.45 ต่อประชากรแสนคน ในช่วงทศวรรษที่สองนี้ปี พ.ศ. 2520 มีรายงานผู้ป่วยมากที่สุด คือ 38,768 ราย (อัตราป่วย 89.24 ต่อประชากรแสนคน) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงพบตามเมืองใหญ่ๆ ที่มีประชากรหนาแน่นหรือเขตชุมชนเมือง

3. ทศวรรษที่ 3 (พ.ศ. 2521-2530) ในช่วงต้นทศวรรษมีรายงานผู้ป่วยใกล้เคียงกับทศวรรษที่ผ่านมา แต่ในปี พ.ศ. 2530 เกิดการระบาดครั้งใหญ่ที่สุดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย คือ มีผู้ป่วยถึง 174,285 ราย (อัตราป่วย 325.13 ต่อประชากรแสนคน) ทำให้ทศวรรษที่สามนี้มีรายงานผู้ป่วยเฉลี่ยแล้ว 49,665 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 97.39 ต่อประชากรแสนคน เป็นช่วงที่โรคนี้ได้แพร่กระจายไปทั่วประเทศ จากเขตชุมชนเมืองสู่เขตชนบท

4. ทศวรรษที่ 4 (พ.ศ. 2531-2540) แม้ว่าในช่วงครึ่งแรกของทศวรรษ สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มว่าจะลดต่ำลง เนื่องจากเกิดความตื่นตัวในการร่วมกันแก้ไขปัญหา (เช่น โครงการร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในสถานศึกษาสำหรับเด็กกลุ่มอายุ 5-14 ปีทั่วประเทศ การเน้นกลวิธีให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค เป็นต้น) แต่มีรายงานผู้ป่วยมากเกินกว่า 35,000 รายเกือบทุกปี โดยในทศวรรษนี้เกิดการระบาดของโรคสูงมาก 2 ครั้ง คือ ในปี พ.ศ. 2533 มีผู้ป่วย 92,005 ราย (อัตราป่วย 163.43 ต่อประชากรแสนคน) และในปี พ.ศ. 2540 มีผู้ป่วย 101,689 ราย (อัตราป่วย 167.21 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งทำให้ในภาพรวมของทศวรรษนี้มีผู้ป่วยเฉลี่ยจำนวนมากถึง 59,661 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 103.1 ต่อประชากรแสนคน

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2545 เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก 2 ครั้ง คือ ในปี พ.ศ. 2541 และ 2544 โดยในปี พ.ศ. 2541 มีจำนวนผู้ป่วย 129,954 ราย (อัตราป่วย 211.42 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 424 ราย ในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนผู้ป่วย 139,732 ราย (อัตราป่วย 225.82 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 244 ราย หลังจากนั้นจนถึงปัจจุบันรูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกนั้นได้เปลี่ยนแปลงจากการระบาดไปจากการระบาดทุก 2 ปีหรือพบอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่ม-ลดในแต่ละปี มาเป็นเป็นโรคที่พบได้ทั่วไปทุกๆ ปี ดังรายงานทางด้านระบาดวิทยา ของกระทรวงสาธารณสุข อัตราป่วยต่อแสนประชากร ของประเทศไทย ภาคใต้ และจังหวัดชุมพร ตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกที่รักษาในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ภาคใต้ และ จังหวัดชุมพร ปี พ.ศ.2540-2551

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2552). การสาธารณสุขไทย. 193.

2. เครือข่ายสุขภาพในชุมชนและแนวทางในการพัฒนาเครือข่าย

2.1 เครือข่ายสุขภาพในชุมชน

2.1.1 ความหมายของเครือข่าย

นักวิชาการได้ให้ความหมายของเครือข่ายไว้ ดังนี้

เครือข่าย (Networking) หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่มีความไว้วางใจกัน เพื่อปฏิบัติการช่วยเหลือกันทางสังคม (Hibbard, 1985) ต่อมาริชาร์ดสัน (Richardson, 1944: 14) กล่าวถึงเครือข่ายว่าเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความรู้จักกัน หรือสามารถทำความรู้จักกัน เพื่อเป้าหมายในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสถานภาพและบทบาทของบุคคลนั้น ตลอดจนความแตกต่างของพื้นที่ และเป็นความสัมพันธ์ของกลุ่มบุคคล องค์กร ที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันตามวัตถุประสงค์ มีการติดต่อสื่อสารทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีความร่วมมือและปฏิบัติงานร่วมกันให้ความช่วยเหลือกัน อันเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ต่อการพัฒนาสังคม และต่อวิชาชีพ (Kemmm; & Close . 1995: 15; Scriven; & Orme. 1996: 27 – 28) เครือข่ายอันดับแรกที่เราสังกัดตั้งแต่เกิดคือครอบครัว และเราได้กลายเป็นสมาชิกของเครือข่ายนั้น เพื่อนบ้าน โรงเรียน เพื่อนของพ่อแม่ และผู้ร่วมงาน เครือข่ายจึงเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารแห่งแรก ในการเตรียมบุคคลให้เป็นแหล่งของมิตรภาพที่มีความสำคัญ (Popenoe. 1986: 113 – 114)

ที่กล่าวมาสรุปได้ว่าเครือข่ายหมายถึงระบบการติดต่อสื่อสารและเชื่อมโยงกันของกลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่รู้จักกันมีความไว้วางใจกัน เพื่อเป้าหมายในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความรู้ซึ่งกันและกัน ตามวัตถุประสงค์ มีการติดต่อสื่อสารกันทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีความร่วมมือและปฏิบัติงานร่วมกันให้ความช่วยเหลือกัน อันเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ต่อการพัฒนาสังคมและต่อวิชาชีพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สถานภาพและบทบาทของบุคคลนั้น ตลอดจนความแตกต่างของพื้นที่

2.1.2 ประเภทของเครือข่าย

ริชาร์ดสัน (Richardson, 1994: 13 -19) ได้จำแนกเครือข่ายไว้ 4 ประเภท ได้แก่

1. เครือข่ายบุคคล (Personal network) เครือข่ายบุคคล รวมถึงบุคคลที่ไม่เคยพบกันมาก่อนเมื่อพบกันก็จะมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันได้ การสร้างความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้นับว่าเป็นสิ่งสำคัญเพราะถ้าใช้การสร้างเครือข่ายในการพัฒนาอาชีพ จะช่วยให้งานสำเร็จตามความมุ่งหมายได้ เครือข่ายส่งบุคคลได้ ครอบครัว บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทั้งใกล้และไกล เพื่อสนิท เพื่อนบ้าน เพื่อนที่อยู่ห่างไกลเพื่อร่วมห้วงที่เคยเรียนด้วยกัน บุคคลที่รู้จักกัน โดยบังเอิญ แพทย์ประจำตัว ทันตแพทย์ นักกฎหมายตัวแทนบริษัทประกัน ช่างตัดผม ช่างเสริมสวย สมาคมผู้ปกครอง ผู้ให้คำปรึกษา ฯลฯ

2. เครือข่ายวิชาชีพ (Professional network) เครือข่ายวิชาชีพจะมีโครงสร้างมากกว่าเครือข่ายบุคคล โดยมุ่งเน้นลักษณะการทำงานมากกว่าจะสนใจในบุคคล องค์กรส่วนใหญ่จะมีเครือข่าย

ย่อยเป็นจำนวนมาก ทำหน้าที่ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ไม่เป็นทางการและรักษาอำนาจไว้ เครือข่ายวิชาชีพได้แก่

2.1 ผู้ร่วมงานในองค์กร : ผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อร่วมงาน

2.2 ผู้ร่วมงานในองค์กรอื่น : ลูกค้า ผู้รับบริการ ผู้ให้ความร่วมมือ นักกฎหมาย ผู้ให้เช่า ผู้เช่า ผู้รับเหมา นักบัญชี ฯลฯ

3. เครือข่ายระดับองค์กรและชุมชน (Organizational network) เครือข่ายระดับองค์กรและชุมชน จะมีความร่วมกันกับเครือข่ายวิชาชีพ ได้แก่ คณะผู้บริหาร คณะผู้ให้คำปรึกษา ชุมชนอาสาสมัครในองค์กรต่าง ๆ หอการค้า ฯลฯ

4. เครือข่ายที่เกิดขึ้นในโอกาสต่าง ๆ (Opportunistic network) เครือข่ายที่เกิดขึ้นในโอกาสต่าง ๆ ได้แก่ เพื่อนร่วมเดินทาง ผู้เข้าร่วมสัมมนา ฯลฯ

เครือข่ายระหว่างบุคคลควรได้รับการพัฒนา ทั้งช่องทางที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยพัฒนาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งจะมีความสำคัญต่อผลผลิตขององค์กร โดยปกติช่องทางทางสื่อสารในองค์กรอย่างไม่เป็นทางการ จะมีการส่งข่าวสารด้วยคำพูด โดยเฉพาะในกลุ่มเพื่อนและคนรู้จักกัน เป็นการเล่าลือ การสื่อสารลักษณะนี้จะมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ แต่มีผลกระทบมากกว่าช่องทางที่เป็นทางการ ถ้ามองในด้านลบ การส่งข่าวสารด้วยคำพูดสามารถเกิดความผิดพลาดหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริงได้ ซึ่งจะเป็นอันตรายทั้งต่อองค์กรและบุคคล (Schermerhorn , Hunt; & Osborn . 1988: 232)

2.1.3 ความสำคัญของเครือข่าย

สังคมไทยในชนบทจะมีลักษณะระบบเครือญาติสูง มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความเมตตา กรุณา มุทิตา และช่วยเหลือกัน ความสัมพันธ์เชิงสังคมดังกล่าวนี้จะเป็นปัจจัยก่อให้เกิดพลังของความร่วมมือร่วมใจกัน ส่งผลให้ผู้นำชุมชนแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างราบรื่น แต่ถ้าสังคมนี้ขาดอุเบกขา ความเมตตา กรุณา มุทิตา ก็จะกลายเป็นการช่วยเหลือกันส่วนตัว จนละเลยกฎกติกาของสังคม สังคมนี้ก็จะไม่เข้มแข็ง (พระโรรมปิฎก. 2545: 52 – 53) หากชุมชนใดมีโครงสร้างแนวตั้งใช้อำนาจบังคับไม่เปิดให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิดตามศักยภาพความรู้ความสามารถของตน จะเป็นปัจจัยกำหนดให้ชุมชนเกิดความอ่อนแอ (อุทัย คุลเกษม และ อรศรี งามวิทย์พงษ์. 2540: 21 – 36) การพบปะกันของสมาชิกในชุมชน มีการติดต่อสื่อสารกันอยู่ตลอดเวลา เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความรู้ เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน มีการติดต่อสื่อสารกันอยู่ตลอดเวลา เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความรู้ เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน สร้างความเป็นปึกแผ่นและจิตวิญญาณของชุมชน ร่วมคิดร่วมแก้ไขปัญหาตามความต้องการของตน ชุมชนที่มีความเข้มแข็งจะสามารถแก้ปัญหาได้ทุกชนิด และพัฒนาทุกอย่างพร้อมกันไปอย่างบูรณาการ (ประเวศ ะเสี. 2538: 20 – 22) เมื่อบุคคลมีความคาดหวังในการแลกเปลี่ยนของเครือข่ายจะสร้างความไว้วางใจเกิดขึ้นในบุคคล สร้างบรรยากาศของความร่วมมือ

และการมีส่วนร่วม ทำให้โครงสร้างทางสังคมมีความหนาแน่นและนำไปสู่ความถี่ในการแลกเปลี่ยน ส่งผลให้บุคคลมีประสบการณ์ทางอารมณ์ในแง่บวก มีความยินดี ฟังพอใจ ก็จะสามารถใช้ภาษาและคิดอย่างมีเหตุผล ตลอดจนแสดงบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Turners. 1998: 439) เมื่อต้องทำงานประสานสัมพันธ์กันกับคนอื่น มีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ก็จะทำให้เกิดความเป็นชุมชนที่มีศักยภาพในการแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชนร่วมกัน ดังนั้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จึงเป็นหัวใจสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ(ประเวศ วะสี. 2539: 1 -28)

2.1.4 ลักษณะเครือข่าย (Network Characteristics)

ลักษณะสำคัญของเครือข่ายประกอบด้วย 1.) กระบวนการความผูกพันในเครือข่าย 2.) ศูนย์กลางของเครือข่ายและการแพร่กระจายอำนาจ 3.) ความเสมอภาคและยุติธรรม 4.) การแผ่ขยายของเครือข่ายการแลกเปลี่ยน 5.) ความหนาแน่นภายในเครือข่าย 6.) ความหลากหลายในการเชื่อมโยงกับคนอื่น ๆ และ 7.) เครื่องผูกมัดทางสังคม มีรายละเอียดดังนี้ (Turner. 1998: 425 – 451; Popenoe. 1986: 114 – 115)

1. กระบวนการความผูกพันในเครือข่าย (Commitment process in networks) บุคคลที่ร่วมอยู่ในเครือข่ายจะมีความผูกพันกับบุคคลอื่นไม่สามารถปฏิบัติภารกิจได้อย่างอิสระ ความผูกพันที่จะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนได้นั้นต้องมีทางเลือกที่มีศักยภาพ ซึ่งความผูกพันดังกล่าวนี้จะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ (emotions) ความถี่ในการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ปฏิบัติกับเพื่อร่วมงาน ความถี่ในการแลกเปลี่ยนดังกล่าวจะก่อให้เกิดความผูกพันในเครือข่าย

อารมณ์ (emotions) จากการประเมินของลอว์เลอร์และยูน (Lawler; & Yoon citing Turner. 1998: 439 – 446) พบว่า อารมณ์มีความสัมพันธ์ต่อความผูกพันทั้งทางบวกและทางลบ อารมณ์ทางบวกมีผลต่อความผูกพัน โดยจะมีความสนใจตื่นเต้น ยินดีและมีความพึงพอใจก่อให้เกิดความถี่ในการแลกเปลี่ยนซึ่งอารมณ์จะช่วยเพิ่มแรงยึดเหนี่ยว (cohesion) อารมณ์ทางบวก เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์และจะเป็นศูนย์กลางของความเป็นปึกแผ่นทางสังคม (Solidarity) เนื่องจากอารมณ์ คือกาว (glue) ที่ยึดผูกโครงสร้างทางสังคมเข้าด้วยกัน ช่วยส่งเสริมให้ความเกี่ยวพันมีความมั่นคงและผูกพันเกิดเป็นเครือข่ายถ้าบุคคลมีความคาดหวังที่จะได้ประสบการณ์อารมณ์ทางบวก แล้วได้รับอารมณ์ทางบวกเขาก็จะสนับสนุนคนอื่นเพิ่มขึ้น ความเกี่ยวพันของบุคคลกับคนอื่นก็จะเข้มแข็ง ดังนั้นการสนับสนุนให้บุคคลพัฒนาความสัมพันธ์ ควรจะเพิ่มประสบการณ์อารมณ์ทางบวกแก่บุคคลอื่นในเครือข่าย ซึ่งจะทำให้มีความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งระหว่างบุคคลภายในกลุ่มเพิ่มขึ้น ความรู้สึกทางบวกจะก่อให้เกิดเครือข่ายทางสังคมขนาดใหญ่ แต่ละบุคคลก็จะมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในทางบวกและเข้มแข็ง ถ้าบุคคลเห็นความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างคนอื่น ๆ ในเครือข่าย บุคคลนั้นก็จะมีประสบการณ์ทางบวกด้วย นั่นคือ การสร้างความผูกพันทางอารมณ์ในเครือข่ายทั้งหมดเพิ่มขึ้น

ในการทำงานเดียวกันถ้าบุคคลรู้สึกว่าคุณสูญเสียความสามารถที่จะสร้างอารมณ์ทางบวก ที่จะเป็นแรงยึดเหนี่ยวในสังคมเกิดความรู้สึกสูญเสียในตนเองเพิ่มขึ้น บุคคลนั้นก็จะมีการลดความสนใจทางลบ และแสดงอารมณ์ทางลบออกมา ผู้หนึ่งก็จะทำลายความผูกพันในเครือข่าย นั่นคือการลดความเป็นปึกแผ่นลง

2. ศูนย์กลางของเครือข่ายและการแพร่กระจายอำนาจ (Centrality in networks and the Distribution of Power) โดยการกำหนดให้ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งเป็นศูนย์กลางของเครือข่ายที่จะให้ทรัพยากรไหลผ่านจุดศูนย์กลาง และแต่ละเครือข่ายจะมีการกระจายอำนาจไปสู่ผู้ปฏิบัติให้ได้เข้าถึงทรัพยากรโดยตรง

3. ความเสมอภาคและยุติธรรม (Equity and justice in Exchange networks) นับว่าเป็นสิ่งสำคัญและมีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อผู้อื่น

4. การแผ่ขยายของเครือข่ายการแลกเปลี่ยน (Generalized Exchange networks) ผู้ปฏิบัติให้ทรัพยากรแก่บุคคลอื่นแต่ไม่ได้รับทรัพยากรกลับคืนมาโดยตรงต่อเมื่อเข้าต้องการทรัพยากรนั้น ผู้ปฏิบัติคนอื่นก็จะให้ความช่วยเหลือแก่เขา

5. ความหนาแน่นในเครือข่าย (Density) เป็นความเกี่ยวพัน (connectedness) ของบุคคลในเครือข่ายคือทุกคนจะรู้จักกันทั้งหมด ความสัมพันธ์ของเครือข่ายดังกล่าวจะมีความหนาแน่นเป็นหนึ่งเดียวแต่ถ้ามีบางคนไม่รู้จักกัน จะเรียกว่าเครือข่ายความสัมพันธ์หลวม ซึ่งพบมากในชุมชนเมือง

6. ความหลากหลายในการเชื่อมโยงกับคนอื่น ๆ (Mutistanded) เป็นความหลากหลายในวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตามบทบาทที่กำหนด

7. เครื่องผูกมัดทางสังคม (Social ties) เป็นการวิเคราะห์ความเหนียวแน่น (Strength tie) และความอ่อนแอ (Weakness tie) ตัวอย่างของ “Strength tie” อาทิ ความเชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับเพื่อนสนิท ส่วน “Weakness tie” อาทิความเชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับคนรู้จักกันเท่านั้น บุคคลที่มีความเหนียวแน่น จะมีการจูงใจที่สูงมากในการช่วยผู้อื่น

ลักษณะของเครือข่ายดังกล่าว ก่อให้เกิดความร่วมมือของเครือข่ายใน 3 ลักษณะ (สัมพันธ์ เศรษฐกิจ; ปรีชา อุยตระกูล; และชื่น ศรีสวัสดิ์. 2537: 89 – 101) ได้แก่

7.1 เครือข่ายความคิด เป็นเครือข่ายที่เน้นการทำงานร่วมกันด้วยความคิด ความรู้ หรือเทคนิคต่าง ๆ ผู้หนึ่งมีโอกาสเผยแพร่แนวความคิดของตน และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนกับคนอื่น ๆ ทำให้เกิดความคิดที่ชัดเจนขึ้น ก่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาในชุมชน เครือข่ายความคิดมักเน้นเครือข่ายของกลุ่มคนที่มีสถานภาพคล้ายคลึงกัน สนใจในสิ่งเดียวกัน หรืออาจอยู่ต่างถิ่นกัน ได้รวมตัวกันสร้างเครือข่ายขึ้น เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

7.2 เครือข่ายกิจกรรม เป็นเครือข่ายที่เน้นการช่วยเหลือ ร่วมมกันในการทำกิจกรรม ส่วนมากมักเป็นเครือข่ายภายในชุมชนที่สมาชิกของเครือข่าย อาจเป็นเครือญาติกัน มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน อยู่ในกลุ่มกิจกรรมเดียวกัน สมาชิกของเครือข่ายจะคอยช่วยเหลือและร่วมมือกัน

7.3 เครือข่ายสนับสนุนทุน ทุนในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนา อาจได้มาจากภายในหมู่บ้านหรือทุนจากภายนอก

2.1.5 ความสัมพันธ์ของเครือข่ายในชุมชน

เมื่อมีกิจกรรมของเครือข่ายเกิดขึ้นสนชุมชน ย่อมมีความสัมพันธ์ของเครือข่ายใน 3 ลักษณะ ได้แก่

1. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกับชาวบ้าน จากการศึกษาความสัมพันธ์พบว่ามีพัฒนาการของความสัมพันธ์ดังนี้

1.1 ในชุมชนที่มีความขัดแย้ง เมื่อผู้นำเสนอกทางออกที่ช่วยแก้ปัญหาของชุมชนได้ ชาวบ้านส่วนอื่น ๆ จึงเข้ามาร่วมมือกับผู้นำมากขึ้น (ขัดแย้ง – สำเร็จ - ร่วม)

1.2 เมื่อผู้นำเริ่มกิจกรรมในระยะแรกชาวบ้านรอดูท่าที พอประสบความสำเร็จจึงเข้ามาร่วม (รอดูท่าที – สำเร็จ – ร่วม)

1.3 ชาวบ้านร่วมมือกับผู้นำอยู่ก่อนแล้วเมื่อผู้นำพาชาวบ้านทำกิจกรรมประสบผลสำเร็จชาวบ้านยังร่วมต่อไป (ร่วม – สำเร็จ – ร่วม)

1.4 ชาวบ้านร่วมมือกับผู้นำ ต่อมากิจกรรมประสบความล้มเหลว จึงเกิดความขัดแย้ง (ร่วม – ล้มเหลว – ขัดแย้ง)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกับผู้นำอื่น เป็นลักษณะของการแลกเปลี่ยนและสนับสนุนซึ่งกันและกัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกับเจ้าหน้าที่รัฐ เป็นความร่วมมือในการสนับสนุนโดยเจ้าหน้าที่รัฐเข้าไปร่วมกระบวนการพัฒนาของชุมชนและให้การสนับสนุนตามโอกาสอันควร

ที่กล่าวมาสรุปได้ผู้นำมีความสำคัญต่อการสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นในชุมชน ผู้นำที่มีความรู้ความสามารถในการจัดกิจกรรมหรือสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนได้เป็นอย่างดี ชาวบ้านก็จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นมาก ถ้าหากผู้นำไม่มีความสามารถจัดกิจกรรมหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนได้ก็จะไม่ได้รับความร่วมมือจากชาวบ้าน ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้นำ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่รัฐอย่างสม่ำเสมอ

2.1.6 มิติความสัมพันธ์ของเครือข่าย

ถ้าพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของเครือข่าย อาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ แบบแนวตั้ง ที่มีลักษณะการสั่งการจากผู้นำสู่เครือข่ายก่อนซึ่งควบคุมและกุมอำนาจอยู่ที่คนใดคนหนึ่ง เครือข่ายลักษณะนี้จะไม่มีความยั่งยืนหากมีการเปลี่ยนแปลงผู้นำที่เป็นศรัทธาของชุมชน กับอีกลักษณะหนึ่งคือ

เครือข่ายที่มีมิติความสัมพันธ์ในแนวราบ ที่ค่อนข้างเท่าเทียมกันระหว่างผู้นำกับเครือข่าย เป็นลักษณะปรึกษาหารือกันมากกว่าสั่งการ มีการกระจายอำนาจและให้อิสระแก่เครือข่าย เครือข่ายลักษณะนี้เปิดโอกาสให้ทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทุกคนมีความภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในโครงการดังกล่าว จะมีความยั่งยืนมากกว่าเครือข่ายที่มีการรวมอำนาจ

2.1.7 ศักยภาพเครือข่าย

ศักยภาพเครือข่าย หัวใจสำคัญอยู่ที่การมีส่วนร่วมของสมาชิก หรือคนร่วมกิจกรรมซึ่งมีระดับของการมีส่วนร่วม 5 ระดับ คือ

1. ร่วมคิดและวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุแห่งปัญหาและทางเลือกในการแก้ปัญหาของชุมชน
2. การตัดสินใจ การที่ให้คนส่วนใหญ่ในชุมชนได้ใช้อำนาจของตนเองตัดสินใจว่าควรจะทำหรือไม่ควรจะทำอะไร นับว่าเป็นหัวใจสำคัญของการมีส่วนร่วม
3. การวางแผน เมื่อมีการตัดสินใจเป็นที่แน่นอนแล้ว ควรจะมีการวางแผนเป็นระบบว่าควรทำอะไรก่อน - หลัง
4. การปฏิบัติ ร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้
5. ร่วมติดตามและประเมินผล เพื่อแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น

ศักยภาพเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จึงเป็นความสามารถของทีมเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชนนั้นๆ ในการประสานงานและเชื่อมโยงกับบุคคลอื่น ๆ มีการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ปฏิบัติการ และประเมินผลร่วมกัน โดยการมีส่วนร่วมของทุกระดับทั้งภาครัฐและประชาชน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เอื้อต่อการมีสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ด้วยการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและการคุ้มครองสุขภาพ โดยการสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ อันเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ต่อการพัฒนาชุมชนสังคมและสังคม

ดังนั้น เครือข่ายสุขภาพในชุมชน หมายถึง การติดต่อ สื่อสารและเชื่อมโยงกันของบุคคลหรือองค์กรที่รู้จักกันในชุมชน ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีความไว้วางใจกัน มีความร่วมมือปฏิบัติงานร่วมกัน ให้ความช่วยเหลือกัน และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งในวิจัยนี้ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประธานหรือตัวแทนชมรมทางด้านสุขภาพในชุมชน และตัวแทนประชาชนในการทำงานด้านสุขภาพ คือ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลที่เป็นตัวแทนจากหมู่บ้านที่ทำการวิจัยนี้

ในระดับพื้นที่ในชุมชน สถานีอนามัยตำบลเป็นหน่วยงานสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ระดับตำบลมากที่สุด และมีหน้าที่ในการดูแลรักษาพยาบาลขั้นต้นแก่บุคคลและครอบครัวโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ช่วยในการดูแลประชาชน 8 – 10

หลังคาเรือนต่อ อสม. 1 คน ซึ่ง อสม. จะได้รับการฝึกอบรมการปฏิบัติงานและการติดตามนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล ยังมีหน้าที่ในการประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย เช่น ชมรมต่างๆ ที่มีในชุมชน เพื่อการพัฒนาการทำงานต่างๆในชุมชน เครือข่ายสุขภาพในชุมชนต้องได้รับการพัฒนา และเป็นบทบาทที่เด่นชัดในอนาคต เนื่องจากการปฏิรูประบบสุขภาพมีความซับซ้อนและเป็นงานที่ยากที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลสามารถทำงานให้ประสบความสำเร็จได้โดยลำพัง จึงต้องสร้างเครือข่ายในการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการพัฒนาการติดต่อสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความรู้กับบุคคลอื่น มีการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งเฮเตอร์ริก (McBeth; & Schweer. 2000: 93 – 94 citing Heterick. 1997) กล่าวถึง ทฤษฎีการบริหารจัดการว่าส่วนมากประสบความสำเร็จล้มเหลว เพราะไม่เข้าใจและไม่ได้เรียนรู้วิธีการสร้างเครือข่ายอย่างกว้างขวางตลอดจนไม่เห็นความสำคัญของคณะกรรมการที่จะดำเนินการสร้างเครือข่าย แต่มีการแพร่กระจายของข้อมูลด้วยตนเอง แต่ในองค์กรที่ให้การดูแลสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล ผู้ให้บริการอื่น ๆ ผู้รับบริการ ฯลฯ จะมุ่งเน้นการทำงานเป็นทีมสุขภาพ และประชาชนจะเป็นผู้ได้รับการดูแลสุขภาพ ซ่งกอร์ดอน (Gordon. 1997) กล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยว่าจะเป็นพลังในการสร้างชุมชนไม่เพียงแต่ช่วยในด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้นแต่จะเป็นพลังนำไปสู่การดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืนตลอดไป

ศักยภาพเครือข่ายจึงมีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งภาครัฐ-เอกชนและประชาชน ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและร่วมมือกันปฏิบัติงานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพะของบุคคลรอบครัว อย่างต่อเนื่องด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และการคุ้มครองสุขภาพ โดยการสร้างสถานะแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (McBeth; & Schweer. 2000: 3 – 42; Adam; & Lin. 1998; Richardson. 1994: 2; ประเวศ วะสี. 2543)

จากการประมวลเอกสารการสร้างเครือข่ายที่ผ่านมามีพบว่าเป็นการร่วมกิจกรรมเพียงอย่างเดียวหนึ่ง แต่มีลักษณะเด่นคือมีการอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน การสร้างความร่วมมือกับชุมชน เช่นการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller. 1998) พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรคแก่มารดาที่ที่พาเด็กมารับภูมิคุ้มกันโรค และให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับเหตุผลของการพาเด็กไปรับภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการพาเด็กไปรับภูมิคุ้มกันโรค อัตราการให้ภูมิคุ้มกันโรคในชุมชนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของโลว์และคณะ (Lowe; et. Al. 1999) ที่พบว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้และเจตคติต่อการห้อยกันภัยจากแสงแดดในโรงเรียนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กนักเรียนได้ แต่พบว่าครอบครัว เพื่อนและชุมชนมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็ก ดังนั้น โรงเรียนจึงควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริม

และสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันภัยจากแสงแดด ต่อมาการศึกษาพบว่าพ่อแม่และผู้นำชุมชนมีความสำคัญในการให้คำแนะนำแก่เด็ก ๆ อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันมะเร็งผิวหนัง (Glanz; Carbone; & Song. 1999) เช่นเดียวกับคุษฎี รุจนเวท (2540) ที่พบว่าครอบครัวเป็นเครือข่ายแรกของผู้ที่มีการสัมผัสกับเอชไอวีในชุมชนชนบท ที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน การให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ รองลงมาได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน ผู้นำ ตลอดจนองค์กรทั้งภายในและภายนอกชุมชน นอกจากนี้มีการประเมินโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพด้วยเครือข่ายการทำงาน พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณสุขและสื่อที่ใช้สำหรับโรงเรียนที่ประสบความสำเร็จตามโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยมีเครือข่ายการทำงานทั้งภายในโรงเรียนระหว่างโรงเรียนและผู้นำในท้องถิ่น (Tossavainen; et al. 1996) การศึกษาต่อมาพบว่า การสร้างความร่วมมือระหว่างทีมสาธารณสุขกับการศึกษา และการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน จะนำไปสู่การพัฒนางานอนามัยโรงเรียน การที่โรงเรียนร่วมมือกับชุมชนเพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน จะช่วยทำให้ครูเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นงานหลัก (Leger. 1998) ต่อมาแฟร์แฟลคและคณะ (Fairfax; et al. 1998) ได้ฝึกอบรมครู เพื่อและผู้แทนชุมชนให้เป็นผู้ถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารในการป้องกันโรคเอดส์ โดยสร้างเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงระหว่างโรงเรียนกับชุมชน พบว่า ความสำเร็จเป็นอย่างดี

นิภาพรรณ สฤกษ์คือภิกษุ (2533) ศึกษาพฤติกรรมการที่เหมาะสมกับชุมชน ในการกระตุ้นให้มารดาหรือผู้ปกครองนำเด็กมารับวัคซีนหัดได้ครบถ้วน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการแนะนำกระตุ้นโดย อสม. และกลุ่มแม่บ้าน มีความครอบคลุมวัคซีนมากกว่าการกระตุ้นโดยกลุ่มแม่ตัวอย่างมีอัตราเพิ่มร้อยละ 26.37 ต่อมาการศึกษาสร้างเครือข่ายให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ (อรัญญา อัจฉริยะ และ สมศักดิ์ นัคคณาจารย์. 2540) เป็นการวิจัยปฏิบัติการสามารถสร้างเครือข่ายเผยแพร่แนวคิดสู่ประชากรกลุ่มต่าง ๆ จำนวนมากถึง 40,000 คน ทั้งที่เป็นเครือข่ายหลักและเครือข่ายรอง และประสาน วงศ์วัฒนดิถ (2540) ได้ทำการศึกษาเชิงทดลองโดยคัดเลือกสตรีที่แต่งงานแล้ว เพื่อให้ทำหน้าที่ถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารเรื่องมะเร็งปากมดลูกให้สมาชิกในกลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ก่อน – หลังการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่า สัดส่วนการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 แนวทางในการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

การพัฒนาสุขภาพเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เป็นการเสริมสร้างความสามารถของเครือข่ายในการสร้างความร่วมมือกับประชาชนในชุมชนและองค์กรต่าง ๆ ให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญก็คือ การพัฒนาคนให้มีจิตวิญญาณของการทำงานเป็นทีม มีทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น ได้เป็นอย่างดี ได้แก่ 1) การพัฒนาทักษะมนุษยสัมพันธ์ในการ

ทำงาน และ 2) การพัฒนาเจตคติต่อการปฏิบัติงานป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก มีรายละเอียด ดังนี้

1. การพัฒนาทักษะมนุษยสัมพันธ์ในการทำงาน

1.1 ความหมายของมนุษยสัมพันธ์

พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2525 (ราชบัณฑิตยสถาน. 2538: 629) ได้กล่าวถึงมนุษยสัมพันธ์ว่าเป็นความสัมพันธ์ในทางสังคมระหว่างมนุษย์ ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของมนุษยสัมพันธ์ไว้หลายประการ เช่น กล่าวว่ามนุษยสัมพันธ์หมายถึงศาสตร์และศิลปะของการสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่น เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติงาน อยู่ร่วมกันด้วยดีและมีความสุข ซึ่งเป็นผลให้เกิดการยอมรับนับถือ ความร่วมมือร่วมใจในการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ผลงานตามที่คาดหวังไว้ (อารี เพชรสุต. ม.ป.ป.: 25; จรูญ ทองถาวร. 2533: 2) หรือเป็นการเข้ากับผู้อื่นได้ (โยธิน ศันสนยุทธ. 2535 : 1) นอกจากนี้ นักวิชาการต่างประเทศ อาทิ รีซและบรานด์ (Reece; & Brandt.1997: 3) กล่าวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ครอบคลุมถึงความขัดแย้ง ความร่วมมือ ความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อ เจตคติและพฤติกรรม ตลอดจนสาเหตุของความขัดแย้งระหว่างบุคคลทั้งในชีวิตประจำวันและที่ทำงาน การศึกษาดังกล่าวมีความสำคัญ ต่อการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลทั้งในชีวิตประจำวันและที่ทำงาน การศึกษาดังกล่าวมีความสำคัญ ต่อการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลกลยุทธ์ในการป้องกันและการแก้ปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ฮอดเจตส์ (Hodgetts. 1992: 6) กล่าวถึงมนุษยสัมพันธ์ว่าเป็นกระบวนการจัดการอันนำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์กันของบุคคลในองค์กร เพื่อให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ โดยที่องค์กรตั้งวัตถุประสงค์ไว้ว่าจะต้องเจริญเติบโต มีความมั่นคงและมีกำไร ในขณะที่พนักงานมีวัตถุประสงค์คือได้รับค่าจ้างที่ดีมีเงื่อนไขในการทำงานที่เหมาะสม การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมีโอกาสได้ทำงานตามที่ตนสนใจ เห็นว่างานนั้นมีคุณค่า มนุษยสัมพันธ์จึงเกี่ยวข้องกับบุคคลในองค์กร กลุ่มสภาพแวดล้อมในการทำงาน และผู้นำ ส่วนบริน (Dubrin. 1992: 2) กล่าวว่า มนุษยสัมพันธ์เป็นศิลปะและการปฏิบัติ โดยใช้องค์ความรู้ที่เป็นระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กรและบุคคล ตลอดจนช่วยให้การปฏิบัติงานดำเนินไปด้วยดี และฟิลิปโป (Fippo. 1966: 15) กล่าวว่า เป็นการรวมคนให้ทำงานร่วมกัน โดยมุ่งให้เกิดความร่วมมือ มีการประสานงานกัน เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมาย ซึ่งเดวิส (Davis. 1957: 74) เห็นว่า เป็นวิธีการก่อให้เกิดวัตถุประสงค์และแรงกระตุ้นให้กลุ่มมีความปรารถนาที่จะทำงานร่วมกันให้ได้ผล โดยการนำเอาบุคคลเหล่านั้นมาทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามัคคี ร่วมมือกัน ได้รับความพึงพอใจทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ

สรุปได้ว่า มนุษยสัมพันธ์เป็นศาสตร์และศิลปะในการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลทั้งภายในองค์กรและนอกองค์กร สร้างความร่วมมือร่วมใจเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในการอยู่ร่วมกันด้วยดีและมีความสุข มีการประสานงานเพื่อให้ได้ผลงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ คอยมีการติดต่อสื่อสารที่ดี มีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน การให้และรับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น มีความไว้วางใจต่อกัน การป้องกันความขัดแย้งและสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับมนุษยสัมพันธ์

พื้นฐานในการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของบุคคลที่มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างราบรื่น เพื่อให้ได้มาซึ่งความรักใคร่ นับถือ ความศรัทธา ความชื่นชอบและความร่วมมือ มีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของมนุษย์จำเป็นต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตลอดจนมีความเข้าใจความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ (human needs) อย่างแท้จริง และต้องทำความเข้าใจในความแตกต่างของบุคคลแต่ละบุคคลด้วย เอาใจเขามาใส่ใจเราโดยยึดหลักการที่ว่า “เราจะต้องให้ในสิ่งที่เขาต้องการก่อน แล้วเราจึงจะได้รับสิ่งที่เราต้องการ” ธรรมชาติของมนุษย์ย่อมมีความต้องการพื้นฐาน ดังนี้

1.2.1 ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ (human needs) ตามแนวคิดของ Abraham Maslow มี 5 ลำดับชั้น ได้แก่ 1) ความต้องการทางกายภาพ 2) ความต้องการทางด้านความปลอดภัย 3) ความต้องการทางด้านสังคม 4) ความต้องการที่จะได้รับการยกย่อง และ 5) ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จในชีวิต (Hodgetts. 1992: 44 – 47; citing Maslow. 1970)

1.2.1.1 ความต้องการทางร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ที่มีอำนาจสูงสุด เป็นความต้องการที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการอาหารและน้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค สำหรับในสถานที่ทำงานบุคคลจะมีความต้องการให้มีร้านอาหาร การขายเครื่องจักร มีการระบายอากาศ แสงสว่าง ความร้อนและความสะดวกสบายทางกายภาพอื่น ๆ อย่างเพียงพอ รวมทั้งการจ่ายเงินเดือนให้พนักงานนำไปจัดซื้ออาหารและเครื่องนุ่งห่มสำหรับครอบครัวได้

1.2.1.2 ความต้องการทางด้านความปลอดภัย (Safety needs) ที่สำคัญมี 2 ประการ ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต และ ความมั่นคงปลอดภัยในสถานภาพความเป็นอยู่และการทำงาน โดยการป้องกันอุบัติเหตุ การดูแลสุขภาพและประกันชีวิต จะช่วยให้รู้สึกปลอดภัย บุคคลที่ปฏิบัติงานราชการเห็นพ้องกับลักษณะดังกล่าว เขาต้องการให้ประกันเงินเดือน ซึ่งจ่ายให้ไม่สูงมาก แต่เขาก็ทำงานได้เรียบร้อย ซึ่งทุกคนพบว่าเป็นการทำงานที่ปลอดภัย เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองในขั้นนี้จะนำไปสู่ความต้องการขั้นสูงต่อไป

1.2.1.3 ความต้องการทางด้านสังคม (Social needs) ความต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในการทำงาน การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดขณะทำงาน การสร้างความเป็นมิตรตลอดเวลา โดยการมีปฏิสัมพันธ์สำหรับคนบ้านที่อาศัยอยู่บุคคลจะมีเพื่อนบ้าน โดยการถ่ายทอดทางสังคมมาแต่กำเนิด ในทางธุรกิจบุคคลต้องมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับบุคคลอื่น และบุคคลจะรู้ว่าเขาควรทำหน้าที่ใดเป็นประจำและทำเวลาเดียวกัน จึงพบว่าการทำงานประจำเป็นสิ่งที่น่าเบื่อ ความผูกพันทางสังคมช่วยให้ทนทำงานได้มากเมื่อมีปฏิสัมพันธ์เกิดขึ้น ขวัญก็สูงขึ้น และผลผลิตก็มีแนวโน้มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคมถูกล้อม พนักงานก็จะร่วมมือกันหยุดงานหรือเป็นการทำงานตามที่กำหนดไว้ เมื่อบุคคลเป็นที่ต้องการของสังคม งานก็จะช่วยป้องกันพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองในขั้นนี้ จะนำไปสู่ความต้องการขั้นสูงต่อไป

1.2.1.4 ความต้องการที่จะได้รับการยกย่อง (Esteem needs) บุคคลต้องการรู้สึกว่าเป็นบุคคลสำคัญ ต้องการยอมรับนับถือ เช่น บุคคลได้รับคำชมเชยจากหัวหน้าของเขาว่าทำงานได้ดีเยี่ยม เขาจะมีความภาคภูมิใจ ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่ดีถ้าบุคคลยอมรับคำสรรเสริญดังกล่าว ถ้าบุคคลเชื่อว่าผู้จัดการชมว่าทำงานครบตามกำหนดทั้ง ๆ ที่ไม่ได้เป็นเช่นนั้น ความภาคภูมิใจก็จะไม่เป็นแรงจูงใจ ซึ่งความภาคภูมิใจประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่ ด้านชื่อเสียงและอำนาจ

1.2.1.5 ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization needs) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของชีวิต ความต้องการดังกล่าวนี้จะมีแตกต่างกันไปในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับขีดความสามารถของบุคคลนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่ามีความแรงจูงใจ 2 ประการที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในชีวิตของบุคคล ได้แก่ การมีความสามารถ (Competence) บุคคลมีความสามารถที่จะควบคุมปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ในชีวิตการทำงาน ลักษณะงานที่มีเกียรติและมีความเจริญก้าวหน้าในวิชาชีพ และอีกประการหนึ่งคือความสำเร็จ (Achievement) หนึ่งในผู้ทำการวิจัยเมื่อประมาณ 30 ปีที่ผ่านมาคือ David C. McClelland พบว่าลักษณะบุคคลที่ประสบความสำเร็จสูงคือบุคคลที่มีความเสี่ยงในระดับปานกลางและชอบการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลงานของเขา ถ้างานนั้นประสบความสำเร็จ เขาก็จะเสริมแรงให้ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น และใช้เป็นแบบอย่างสำหรับบุคคลอื่น ๆ

1.2.2 ทฤษฎีจิตบำบัดเกสโตลท์

ทฤษฎีจิตบำบัดเกสโตลท์ กล่าวถึงการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นว่า บุคคลนั้นจะต้องฝึกให้รู้จักตนเองหรือบังคับตนเองได้ คือมีความเข้าใจตนเองก่อนแล้วจะทำใ้หมองผู้อื่นในแง่ดี มีการสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่นและในสังคมได้ (ธีระ ประพฤติกิจ, 2531: 530)

นอกจากนั้น แฮร์ริส (ซูซี่ สมิทธิ์กร; และสมชาย เตียวกุล, 2530: 7 – 8; อ้างอิงจาก Harris, 1967) ได้จำแนกทัศนคติต่อมนุษย์ไว้ 4 แบบ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงระดับการยอมรับในตนเองและผู้อื่น ดังนี้

1.2.2.1 ฉันไม่ดี คุณดี (I'm not O.K. , You're O.K.) หมายความว่า บุคคลผู้นี้จะรู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น ซึ่งจะทำให้เขาารู้สึกซึมเศร้า ท้อแท้ พยายามเก็บตัวอยู่อย่างโดดเดี่ยว และอาจนำไปสู่การทำอัตวินิบาตกรรมได้

1.2.2.2 ฉันไม่ดี คุณก็ไม่ได้ (I'm not O.K. , You're not O.K.) หมายถึงผู้ที่หมดกำลังใจอยากในการดำเนินชีวิต รู้สึกว่าทั้งตนและผู้อื่นไม่มีคุณค่า บุคคลที่มีทัศนคติแบบนี้จะแยกตัวออกจากความสัมพันธ์ทุกชนิด แม้ว่าจะมีผู้อื่นต้องการให้ความยอมรับสนับสนุนเขา แต่เขาก็ปฏิเสธ

1.2.2.3 ฉันดี คุณไม่ดี (I'm O.K. , You're not O.K.) หมายถึงบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนมีความดี ความสามารถ คุณค่าเหนือกว่าคนอื่น บุคคลพวกนี้มักจะชอบยกตนข่มท่าน ตำหนิ ประณาม หรือวิพากษ์วิจารณ์ผู้อื่นเสมอ

1.2.2.4 ฉันดี คุณก็ดี (I'm O.K. , You're O.K.) หมายถึงบุคคลที่มีทัศนคติที่หมายสมทั้งต่อตนและผู้อื่น บุคคลเหล่านี้จะมองเห็นคุณค่าและความสามารถทั้งของตนเองและของผู้อื่น เขามีความยอมรับตนเองและในขณะเดียวกันเขาก็ให้การยอมรับผู้อื่นด้วย ในการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นเขา รู้จักการให้และรับความรัก สามารถที่จะสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นใกล้ชิดกับผู้อื่น นับว่าเป็นทัศนคติที่จะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในห้วงอวกาศ

1.2.3 มนุษย์สัมพันธ์ตามแนวพระพุทธศาสนา

หลักธรรมของพระพุทธศาสนา สอนให้คนทำความดี ละเว้นการทำชั่ว และทำจิตใจให้ผ่องใส เมื่อใจสะอาดบริสุทธิ์แล้วสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลก็ย่อมจะบริสุทธิ์ไปด้วย ทุกคนสามารถทำความดีได้ตลอดเวลา เริ่มจากการคิดดี พูดดี และทำดี ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น บุคคลจะเพียรทำความดีได้ต้องมีศีล 5 เป็นพื้นฐานสำคัญของใจ ดังภาษิตที่ว่า “ใจเป็นนาย กายเป็นบ่าว” นั่นคือเป็นพื้นฐานของการมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี ดังนี้

1.2.3.1 เบญจศีล หมายถึง สิ่งที่ควรละเว้น 5 ข้อ ได้แก่

ข้อ 1. เว้นจากการฆ่าสัตว์ คือ ไม่เบียดเบียน ไม่ประทุษร้ายต่อร่างกายและชีวิตของผู้อื่นให้ได้รับความทุกข์

ข้อ 2. เว้นจากการลักทรัพย์ คือ ไม่ล่วงละเมิดสิทธิในทรัพย์สินของผู้อื่น ไม่ขโมย ไม่ทำลายทรัพย์สินของผู้อื่นรวมถึงการใส่อุบายหลอกลวงหรือเล่ห์กล โกงไม่หยิบฉวยของผู้อื่นก่อนได้รับอนุญาต

ข้อ 3. เว้นจากการประพาศิณิณิกาม คือไม่ล่วงละเมิดกามประเวณีในบุคคลอื่นอันเป็นที่รักที่หวงแหนของผู้อื่น

ข้อ 4. เว้นจากการพูดเท็จ คือไม่พูดโกหก หลอกลวงผู้อื่น รวมถึงการพูดหยาบคาย ส่อเสียด ยุยงให้แตกกัน กล่าวนินทาว่าร้าย และใช้คำคำให้ผู้อื่นเจ็บช้ำน้ำใจ

ข้อ 5. เว้นจากการดื่มสุรา เครื่องดองของเมา คือไม่เสพสุราเมรัยและยาเสพติดให้โทษทุกชนิด อันเป็นเครื่องนำตนสู่ความประมาทขาดสติ

หากบุคคลใดไม่สามารถดำรงสติไว้ให้มั่นคง ก็จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมน่ารังเกียจ กระทำผิดศีลเบื้องต้นทั้ง 5 ข้อนี้ได้ แต่ถ้าสามารถละเว้นข้อห้ามทั้ง 5 นี้ได้ในเบื้องต้น ก็จะเป็นบุคคลที่ผู้อื่นรักและไว้วางใจ อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีนั่นเอง

1.2.3.2 ธรรมที่สร้างความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น เพื่อเป็นการสร้างความรัก ความเข้าใจอันดีต่อกัน ได้แก่

ข้อ 1. พรหมวิหาร 4 เป็นธรรมของพระพรหม มี 4 ประการ ได้แก่

1) เมตตา คือการปรารถนาให้ผู้อื่นเป็นสุข 2) กรุณา คือความสงสารและปรารถนาให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ 3) มุทิตา คือความรู้สึกพลอยยินดี เมื่อผู้อื่นได้ดี ประสบความสุข ความสำเร็จในกิจการ และ 4) อุเบกขา คือความวางเฉย ไม่ยินดียินร้าย หรือกล่าวซ้ำเติมเมื่อเห็นผู้อื่นถึงความวิบัติ

ข้อ 2. สังคหวัตถุ 4 หมายถึงธรรมอันเป็นเครื่องผูกมิตร มี 4 ประการ คือ

1) ทาน คือการให้ปันสิ่งของของตนแก่คนที่ควรให้ 2) ปิยวาจา การเจรจาด้วยถ้อยคำที่อ่อนหวาน อ่อนโยนเป็นความจริง มีประโยชน์ เหมาะสมกับกาลเทศะด้วย 3) อัตถจริยา คือทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น และ 4) สมานัตตตา คือเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย ต่อหน้าอย่างไร ลับหลังก็อย่างนั้น วางตนให้สมฐานะ

ข้อ 3. อิทธิบาท 4 เป็นธรรมที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง หรือธรรมที่เป็นเหตุให้บรรลุผลสำเร็จ ก็จะเป็นที่สรรเสริญแก่ผู้บังคับบัญชาต่อไป อิทธิบาทธรรมมี 4 ประการ คือ 1) ฉันทะ ความพึงพอใจในการทำนั้นให้สำเร็จ 2) วิริยะ ใช้ความเพียรพยายามทำให้สำเร็จ ไม่เกียจคร้าน ไม่ผลัดวันประกันพรุ่ง 3) จิตตะเอาใจจดจ่อในสิ่งที่ทำอย่างไม่ลดละ และ 4) วิมังสา พิจารณาไตร่ตรองด้วยสติปัญญาอย่างรอบคอบ ให้ทราบถึงรายละเอียดถึงเหตุและผล ที่ได้จากการกระทำนั้น

นอกจากหลักธรรมบางประการที่ยกตัวอย่างพอสังเขปข้างต้นนั้น ยังมีหลักธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าที่เป็นการสร้างมนุษยสัมพันธ์อีกจำนวนมาก กล่าวโดยสรุปก็คือ การเอาใจเขามาใส่ใจเราบุคคลจะมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี จะต้องมีความเข้าใจตนเอง รู้จักตนเอง เข้าใจความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เป็นอย่างดี จะทำให้รู้จักผู้อื่นเข้าใจบุคคลอื่นมากขึ้น คำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์รวมทั้งไม่ละเมิดสิทธิมนุษยชน จะนำไปสู่การสร้างมนุษยสัมพันธ์ต่อไป

1.3 องค์ประกอบของมนุษยสัมพันธ์

มนุษยสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ จะแสดงลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ 1) ยิ้มแย้มแจ่มใสอยู่เสมอ 2) ใช้วาจาที่ไพเราะ หลีกเลี่ยงการนิทาว่าร้าย วิพากษ์วิจารณ์ หรือพรับพ่นผู้อื่น อันมีลักษณะเป็นการมองโลกในแง่ร้าย เป็นการกระทำที่แสดงถึงความไม่หวังดี เป็นการสร้างความเกลียดชังและความไม่ไว้วางใจต่อกันทำให้เข้ากับคนอื่นไม่ได้ 3) ยกย่องชมเชยผู้อื่นอย่างสุจริตใจ ควรชมเชยผู้อื่นตามความเหมาะสมอย่างจริงใจมิใช่กระทำด้วยการแสเสร้าง หรือกระทำอย่างพรับเพ้อเกินไป 4) เป็นนักฟังที่ดี ขณะสนทนากับผู้อื่นต้องแสดงความสนใจในขณะที่เขาพูด ไม่ควรแย่งเขาพูดหรือคอยขัดคอ และ 5) ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นอย่างจริงใจ (อัมพิกา ไกรฤทธิ. 2521: 22 – 24) ซึ่งรีซและบรานท์ (Reece; & Brandt. 1997: 14 – 21, 28 – 46) ได้กล่าวถึงมนุษยสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 7 ประการ (Major Themes in Human Relations) ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร (Communication) ความตระหนักรู้ในตนเอง (Self – awareness) การยอมรับนับถือตนเอง (Self – Acceptance) แรงจูงใจ (Motivation) ความไว้วางใจ (Trust) การเปิดเผยตนเอง (Self – disclosure) และการจัดการความขัดแย้ง (Conflict management) มีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึงกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และความเชื่อมโยงระหว่างมนุษย์ ประกอบด้วยผู้ส่งสาร สาร และผู้รับสาร การติดต่อสื่อสารที่ดีจะมีการเคลื่อนไหวแบบสองทาง ซึ่งผู้รับสารมีความเข้าใจในข่าวสารนั้น ตรงกับความตั้งใจของผู้ส่งสาร การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้นั้น ประกอบด้วย การสร้างบรรยากาศของการติดต่อสื่อสารให้ทั้งสองฝ่ายรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน และมีความสามารถหรือทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล ได้แก่ ทักษะการฟังและทักษะในการตอบสนอง นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นทั้ง “หัวใจและวิญญาณ” หรือ “Heart and Soul” ของการมีมนุษยสัมพันธ์ การสื่อสารที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้หน้าที่ต่าง ๆ ในองค์กรราบรื่น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้เกิดความคิดและความเข้าใจร่วมกัน จึงต้องตระหนักถึงทักษะในการฟังเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการสื่อสารควรฟังด้วยความเอาใจใส่และต้องปรับปรุงทักษะการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง เพราะสิ่งแวดล้อมที่ต่างกันจะทำให้วิธีการที่ใช้สื่อสาร แตกต่างกันไปด้วย (Harrie E.K. 1996: 60 -61) ผู้บริหารจำเป็นต้องมีแนวทางชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร เพื่อถ่ายทอดคำสั่งและนโยบายต่าง ๆ ตลอดจนสร้างความร่วมมือ และการสร้างทีมงาน การสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างเพื่อนร่วมงานแสดงถึงประสิทธิผลขององค์กร มีทีมงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการติดต่อสื่อสารมีความสำคัญมากกว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูล เป้าหมายหนึ่งของการ สื่อสารก็คือ การสร้างความเข้มแข็งกว่า มีความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจได้ในการติดต่อสื่อสารมีสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารก็คือ ภาษา อารมณ์ เจตคติ บทบาทที่คาดหวัง อดติ และสารที่ปราศจากคำพูด หรือสัญญาณ เป็นลักษณะที่แสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียง การแสดงท่าทางขี้มือ ยักคิ้ว ลักษณะต่าง ๆ ที่ปรากฏ ซึ่งท่าทางมีผลกระทบมากกว่าคำพูดถึง 5 เท่า

กระบวนการติดต่อสื่อสาร (The Communication Process) ในความเป็นจริงคาดว่าข่าวสารถูกบิดเบือน ไม่สมบูรณ์ หรือสูญหายระหว่างทางจากคนหนึ่งไปยังคนอื่น ๆ ประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเข้าใจกระบวนการสื่อสาร ได้แก่ การสื่อสารทางเดียว (Impersonal communication) เพื่อให้รู้ข้อมูลพื้นฐาน เช่นนโยบายขององค์กร การให้ความรู้ดังกล่าวนี้อาจเป็นจดหมาย บันทึกรหัสข้อความ E-mail Faxes ใช้วิธีที่ง่ายและรวดเร็ว แต่มีข้อจำกัดคือผู้รับสารไม่มีโอกาสได้ถามผู้ส่งเกี่ยวกับคำถามต่าง ๆ ที่สงสัย และการสื่อสารสองทาง (Interpersonal communication) คุณภาพของการสื่อสารที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลพูดและฟัง สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ จะสร้างความเข้มแข็งและความไว้วางใจระหว่างบุคคลอื่น ๆ หรือภายในกลุ่ม กระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารต้องเข้าใจตรงกัน จะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และจะเป็นพื้นฐานของความสำเร็จในองค์กร กระบวนการสื่อสาร ประกอบด้วย ผู้ส่งสาร(sender) สาร (messages) และผู้รับสาร (receiver) กระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคลจะถูกกรอง (Filters) ผ่านความหมายของคำ (Semantics) อารมณ์ (Emotions) เจตคติ (Attitudes) บทบาทที่คาดหวัง (Role Expectation) อคติเรื่องเพศ (Gender bias) สารที่ไม่ใช่คำพูด (Non-verbal messages) ทั้งผู้ส่งสาร (Sender) และผู้รับสาร (Receiver) และการสะท้อนกลับ (Feedback) เมื่อผู้ส่งสารได้รับอิทธิพลจาก Filters ข่าวสารที่ออกมาอาจจะบิดเบือนได้ในทำนองเดียวกันผู้รับสารอาจจะมีการบิดเบือนของสารได้เช่นเดียวกัน มีรายละเอียดดังนี้

1. ความหมายของคำ (Semantics) หมายถึง คำพูดที่ใช้เป็นความหมายแทนสิ่งต่าง ๆ ที่เหมือนกัน แต่ก็อาจสร้างปัญหาเกิดขึ้นได้ เจตคติของบุคคล ภูมิหลัง ประสบการณ์ วัฒนธรรม มีผลกระทบต่อคำพูดและวลีที่แสดงออกมา

2. อารมณ์ (Emotions) เป็น Filters ที่มีอำนาจในการสื่อสารมากที่สุด ในกระบวนการสื่อสารเกิดจากทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร ซึ่งอารมณ์จะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้อื่น และอารมณ์อาจเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อสาร เช่น ผู้บริหารที่มีอารมณ์ร้อนก็จะมีเสียงดัง แสดงถึงความเร่งรีบในการทำงาน พนักงานจะรีบตามไปอย่างรวดเร็ว ในทำนองเดียวกัน แม้ว่าผู้บริหารจะมีเรื่องด่วนแต่มีเสียงปกติ พนักงานก็จะไม่รีบร้อนอารมณ์ที่รุนแรงมากสามารถป้องกันบุคคลไม่ได้ได้ยินสิ่งที่ผู้ส่งสารพูดออกไป (Moorhead; & Griffin. 1998: 264)

3. เจตคติ (Attitudes) คือ ความเชื่อที่อยู่เบื้องหลังของอารมณ์เป็นปัจจัยแรกที่ส่งผลกระทบต่อติดต่อสื่อสาร เจตคติลบเป็นปัญหาต่อสื่อสารได้ในขณะที่อารมณ์ เจตคติลบจะสร้างแรงต่อต้านข่าวสารและสามารถนำไปสู่ความล้มเหลวของการสื่อสารด้วยเช่นกัน ซึ่งเจตคติได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรม การแสดงออกทางสีหน้า ภาษากาย และน้ำเสียง (Gardenswartz; & Rowe. 1998: 101 – 136)

4. บทบาทที่คาดหวัง (Role expectation) มีผลกระทบต่อสื่อสารที่ดี และความคาดหวังดังกล่าวจะบิดเบือนการสื่อสารได้

5. อคติเรื่องเพศ (Gender bias) ความแตกต่างระหว่างเพศ ก็จะมีประเด็นและความในใจในการสื่อสารแตกต่างกัน เนื้อหาที่จะพูดมีความสนใจแตกต่างกัน และในการให้บริการสุขภาพผู้รับบริการจะมีความสุขสบายเพิ่มขึ้น เมื่อได้ติดต่อกับแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้บริการที่เป็นเพศเดียวกับตน

6. สารที่ไม่ใช่คำพูด (Non-verbal messages) ในการสื่อสารกับบุคคลอื่น ผู้ส่งสารจะใช้ทั้งคำพูด (verbal) และสารที่ปราศจากคำหรือสัญญาณ (nonverbal) ภาษาท่าทาง เช่น สีหน้า น้ำเสียงท่าทางอื่นๆ มีงานวิจัยพบว่า nonverbal communication (Body language) มีผลต่อผู้รับสารมากกว่า verbal communication ถึง 5 เท่า

7. การสะท้อนกลับ (Feedback) ช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ส่งสารและผู้รับสารมีความเข้าใจตรงกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรเมื่อได้รับสาร ผู้รับสารจะสะท้อนข่าวสารไปยังแหล่งที่มีการสื่อสารแต่ละองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญ ถ้ามีส่วนใดส่วนหนึ่งเกิดความผิดพลาด ข่าวสารนั้นจะไม่สามารถได้รับการสื่อสารตามจุดมุ่งหมายได้ การสะท้อนกลับจึงมีความสำคัญเช่นเดียวกัน (Moorhead; & Griffin. 1998: 161)

1.3.2 ความตระหนักรู้ในตนเอง (Self – awareness) หมายถึง การที่บุคคลมีความตระหนักรู้ถึงความรู้สึกนึกคิดและความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง ได้แก่ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทและความรับผิดชอบของตนเองในองค์กร การตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ตนเองปฏิบัติจริงและปรัชญาที่ยึดถือ การเข้าใจถึงทัศนคติที่ผู้อื่นมีต่อตนเอง การเรียนรู้การกระทำของตนมีผลกระทบต่อผู้อื่นอย่างไรเป็นต้น การเพิ่มความตระหนักรู้ในตนเองจะช่วยให้บุคคล พัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทางบวก มีความเข้าใจตนเองและบุคคลอื่นมากขึ้น

1.3.3 การยอมรับนับถือตนเอง (Self – acceptance) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีความรู้สึกชอบและยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งมีความสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการยอมรับคนอื่น บุคคลที่มีการยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งมีความสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการยอมรับคนอื่น บุคคลที่มีการยอมรับนับถือตนเองมากเท่าไร ก็จะมีการยอมรับผู้อื่นมากขึ้นเท่านั้น มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน บุคคลที่มีการยอมรับตนเองในทางบวก จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี การทำงานเป็นทีมดีกว่าบุคคลที่ยอมรับนับถือตนเองในทางลบ นอกจากนั้นการยอมรับนับถือตนเองของบุคคลยังมีความสำคัญต่อการตั้งเป้าหมายและความสำเร็จตามเป้าหมายด้วย บุคคลที่มีการยอมรับนับถือตนเองมาก ๆ จะมีผลต่อความภาคภูมิใจในตนเอง (Self – esteem) ดังนี้

ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self – esteem) หมายถึง บุคคลจะมองตนเองว่ามีคุณค่าละมีเกียรติบุคคลที่มีความภาคภูมิใจตนเองจะมีลักษณะมุ่งอนาคต (Future oriented) มีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์มีการควบคุมอารมณ์ตนเอง ให้การช่วยเหลือ - รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ให้

การยอมรับผู้อื่นเป็นอย่างดี (Reece; & Brandt, 1997: 101) ผู้ที่มีความภาคภูมิใจตนเองสูง จะมีแรงจูงใจมากกว่าผู้ที่มีความภาคภูมิใจตนเองต่ำ ซึ่งความภาคภูมิใจตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานของบุคคล หมายความว่า ถ้าบุคคลมีความภาคภูมิใจตนเองสูง ก็จะมีผลการปฏิบัติงานสูงด้วย (Amodt; & Raynes, 2001: 370) ดังนั้นผู้บริหารจึงต้องพัฒนาความภาคภูมิใจตนเองของบุคคล โดยการฝึกให้บุคคลในองค์กรมีความคิดในเชิงบวก (positive thinking) มีการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ เพื่อให้องค์กรมีผลผลิตเพิ่มขึ้น

1.3.4 แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง แรงผลักดันจากภายในของบุคคลทำให้เกิดพฤติกรรมที่มีเป้าหมายและมีความต่อเนื่อง แรงจูงใจประกอบด้วยแรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอก บุคคลจะมีความพึงพอใจและมีความสุขเมื่อประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนแรงจูงใจภายนอกเป็นความพึงพอใจของบุคคลเมื่อปฏิบัติงานแล้วได้รับรางวัลเป็นสิ่งตอบแทน เป็นกระบวนการทางจิตใจซึ่งทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้นและมีความมุ่งมั่นในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เป็นที่ไปตามจุดมุ่งหมาย แรงจูงใจจะช่วยเพิ่มพลังของบุคคล กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจสูงจะทำให้ผู้นั้นยังทำงานหนักและยาวนานมากขึ้นกว่าเดิม นับว่ามีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของบุคคล เนื่องจากแรงจูงใจไม่ได้หมายถึงเฉพาะการให้รางวัล หรือการลงโทษเท่านั้น แต่รวมถึงความพึงพอใจในสิ่งที่ต้องการ แรงจูงใจจะมีอิทธิพลต่อบุคคลอื่นในทางบวกด้วย ซึ่งแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับค่าจ้างและเงินเดือนเป็นปัจจัยสำคัญแต่เพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม/องค์กร ก็มีความสำคัญต่อผลการปฏิบัติงานของบุคคลด้วย หากบุคคลขาดแรงจูงใจในการทำงานแล้ว บุคคลนั้นก็อาจไม่ได้ใช้ความรู้ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ และผลงานก็ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (ชูชัย สมิทธิไกร, 2540: 6, 93 – 94)

1.3.5 ความไว้วางใจ (Trust) หมายถึง ความเชื่อมั่นว่าอีกฝ่ายหนึ่งจะกระทำไปในทางที่ก่อให้เกิดผลดี แต่ละฝ่ายให้การยอมรับ ความอบอุ่นใจซึ่งกันและกัน ความไว้วางใจจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการมีมนุษยสัมพันธ์ความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นอยู่กับพื้นฐานของความไว้วางใจ หากปราศจากความไว้วางใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งหลายจะกลายเป็นความขัดแย้ง ส่งผลกระทบต่อการแลกเปลี่ยนความคิดและข้อมูลข่าวสาร ความไว้วางใจนี้เกิดขึ้นจากการยอมรับบุคคลอื่นมีการติดต่อกันอย่างเปิดเผย ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเท่าที่จะทำได้ ในเรื่องนี้แอมนาส (Amnas, 2001: 157 – 165) ได้กล่าวว่า ผู้ให้บริการสุขภาพต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างควมไว้วางใจให้เกิดขึ้น เพราะความไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การวางแผน การวินิจฉัย การตรวจรักษา ตลอดจนมีสิทธิที่จะปฏิเสธความร่วมมือในการรักษาด้วย ที่สำคัญคือผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของทีมงานบริการสุขภาพ มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพของบุคคลและชุมชน ถ้าผู้ให้บริการสร้างความไว้วางใจ มีการสื่อสารอย่าง

เปิดเผยตั้งแต่แรกที่พบกัน จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ความสัมพันธ์และความร่วมมือที่เกิดขึ้นจะมีความมั่นคง และยั่งยืนตลอดไป (Wagner; & Hollenbeck. 1998: 354 – 355) หากปราศจากความไว้วางใจซึ่งกันและกันแล้ว ความสัมพันธ์ก็ไม่อาจดำเนินต่อไปได้

1.3.6 การเปิดเผยตนเอง (Self disclosure) หมายถึง การที่บุคคลเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบว่าเขามีความรู้สึกอย่างไรต่อสิ่งที่เขาได้กระทำลงไป การเปิดเผยตนเองทำให้บุคคลสองคนเกิดความสนิทสนมใกล้ชิดกัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการติดต่อสื่อสารที่ดี และจะนำไปสู่ความไว้วางใจ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการอภิปรายแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันมากขึ้น

1.3.7 การจัดการความขัดแย้ง (Conflict management) หมายถึง ความขัดแย้งระหว่างบุคคลในองค์กร เมื่อบุคคลทำงานร่วมกันมักจะเกิดความขัดแย้งขึ้น ความขัดแย้งดังกล่าวอาจเป็นความขัดแย้งในด้านเป้าหมาย วิธีการ ความต้องการ หรือความคาดหวังก็ได้ บางครั้งเกิดความขัดแย้ง เช่น การต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ไม่เต็มใจแลกเปลี่ยนข้อมูล ไม่ไว้วางใจ ไม่มีความปลอดภัย ฯลฯ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดความแตกแยกในองค์กร และมีประสิทธิผลในงานลดลง เนื่องจากความขัดแย้งจะไปขัดขวางความร่วมมือ สร้างความสงสัยและความไม่ไว้วางใจเกิดขึ้นในหมู่คณะ การแก้ไขปัญหาอุปสรรคเป็นสิ่งจำเป็น ต้องพัฒนาความสัมพันธ์ภายในกลุ่มโดยการทำงานเป็นทีม มีการสื่อสารแบบเปิด ความไว้วางใจ การจงใจให้ปรับความคิดเป็นบวก (positive thinking) ทักษะในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง เพื่อลดความแตกต่างและความขัดแย้ง ควรจัดให้มีการประชุมร่วมกันเพื่อให้มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มและมีความสนใจร่วมกัน การสร้างแรงจูงใจระหว่างสมาชิกในทีมทุกคน หากมีการแก้ไขความขัดแย้งที่ดีจะนำไปสู่การมีสัมพันธภาพที่แนบแน่นสนิทสนมกัน และนำไปสู่ทีมงานที่มีศักยภาพ ตลอดจนประสบความสำเร็จ (Wagner; & Hollenbeck. 1998: Woolf; Lawrence; & Jonas. 1996: 12 – 13; Chang. 1995: 6 - 9, 90)

1.4 ความสำคัญของมนุษยสัมพันธ์

มนุษยสัมพันธ์ในการทำงานจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของบุคคลและองค์กร ในปัจจุบันการพัฒนาที่สำคัญที่สุดเกือบทุกวงการ ก็คือการเพิ่มทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะพื้นฐานที่สำคัญ ความรู้และความสามารถด้านเทคนิคเพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในหน้าที่ได้ เพราะขาดความสามารถที่จะเชื่อมความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ ผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี จะสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ ได้อย่างเปิดเผยและจริงใจ ตลอดจนมีการควบคุมอารมณ์ของตนได้เป็นอย่างดี เพราะอารมณ์จะมีผลต่อความรู้สึกของผู้อื่น เข้ากับคนอื่นได้ง่าย เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีความพอใจรักใคร่ ให้ความเกรงใจ อยู่ที่ไหนก็มีแต่ผู้นิยมชมชอบ เป็นที่ไว้วางใจของผู้ใกล้ชิด ตลอดจนได้รับความสนิทสนมชื่นชอบจากเพื่อนร่วมงาน หากต้องทำงานติดต่อกับบุคคลภายนอก เช่น ผู้มาขอรับบริการ ประชาชน หรือลูกค้า รวมทั้ง

การติดต่อประสานงานกับชุมชน ก็ย่อมได้รับคำชมเชยยกย่องจากบุคคลเหล่านั้น จะเห็นได้ว่า มนุษย์สัมพันธ์มีส่วนสนับสนุนที่สำคัญในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ ทั้งส่วนบุคคลและองค์กร เริ่มจากการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับตนเอง (one relationship ourselves) กล่าวคือ คิดดีต่อตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่ดูถูกหรือลงโทษตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น (one – to – one relationships) อาทิ ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วย ลูกค้า ฯลฯ การมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่ม (relationships with members of a group) ตลอดจนการป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น การมีมนุษยสัมพันธ์ของบุคคลไม่ใช่เพียงแต่เป็นปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเท่านั้น ที่มากกว่านั้นก็คือการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ต้องมีความไว้วางใจต่อกันทั้งต่อหน้าและลับหลัง ตลอดจนมีการควบคุมอารมณ์ตนเองเป็นอย่างดีอีกด้วย เพราะอารมณ์จะมีผลต่อความรู้สึกของผู้อื่น ดังนั้นมนุษยสัมพันธ์จึงก่อให้เกิดความร่วมมือและความสัมพันธ์ในกลุ่ม การสร้างทีมงานที่มีคุณภาพในการให้บริการสุขภาพ ตลอดจนความสำเร็จตามเป้าหมายของบุคคลและขององค์กร (Reece; & Brandt. 1997: 1 – 25 , ชูพงศ์ ปัญงะวัตติ. 2541: 3 – 4; อัมพิกา ไกรฤทธิ. 2521: 18 – 19) ดังนี้

1.4.1 ทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน ขวัญและกำลังใจในการทำงาน ความพึงพอใจในงานและมีการพัฒนาคุณภาพอย่างเต็มศักยภาพ พนักงานจะมีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต ส่งผลให้หน่วยงานมีผลผลิตเพิ่มขึ้น

1.4.2 ผู้นำที่มีมนุษยสัมพันธ์ดีกับพนักงานทุกคน มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความรู้ในงานนั้นๆ รู้จักการปกครองงาน รู้จักใช้คน จะทำให้พนักงานเชื่อถือและไว้วางใจ ส่งผลให้มีการทำงานเป็นทีมและองค์กรมีผลผลิตมากขึ้น

1.4.3 การฝึกสร้างมนุษยสัมพันธ์ ทำให้เป็นบุคคลที่ไวต่อการรับรู้ถึงความต้องการของผู้อื่น ความรู้สึกของผู้ร่วมงาน เป็นช่องทางในการปรับปรุง การปฏิบัติงานกับผู้อื่นให้ดีขึ้น

1.4.4 บุคคลที่มีมนุษยสัมพันธ์ในการทำงาน ช่วยให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งส่วนบุคคลและองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในศตวรรษที่ 21 มีการแข่งขันด้านคุณภาพในธุรกิจด้านบริการจะให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพมากกว่าลักษณะของสินค้า

จะเห็นได้ว่ามนุษยสัมพันธ์มีความสำคัญมากทั้งในชีวิตประจำวันของบุคคล ตลอดจนการปฏิบัติงาน ทั้งด้านบริการและด้านการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ อาทิ คุณภาพของการบริการภายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานที่ทำงานต่างๆ ทั้งผู้บริหารและพนักงานล้วนต้องมียุทธศาสตร์ (Dubrin. 1992: 2 – 3) เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล ที่มีการปฏิบัติงานต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนประชาชน เพื่อให้การประสานงานและการปฏิบัติงานในชุมชนได้ผลดี จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างมนุษยสัมพันธ์ให้เป็นเครื่องมือช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นหมู่คณะ มีความสามัคคีเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีการสร้างความเข้าใจอันดี เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี มีความพึงพอใจ เห็นอกเห็นใจกัน สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเป็นพื้นฐานสำคัญของ

การทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม เมื่อทุกคนมีความรักความเข้าใจอันดีต่อกัน จะเกิดความรู้สึกรักอยากช่วยเหลือให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจและจริงใจ (จรูญ ทองถาวร. 2533: 4-6) ในกระบวนการปฏิบัติงานของบุคคลจำเป็นต้องอาศัยทักษะ 3 ประการ ได้แก่ ทักษะทางเทคนิค ทักษะมนุษยสัมพันธ์ และทักษะทางโน้ทศน์ ซึ่งทักษะทั้ง 3 ประการนี้จะแปรเปลี่ยนไปตามตำแหน่งของผู้ปฏิบัติงานตั้งแต่ระดับนโยบาย ระดับการจัดการ และระดับปฏิบัติการ ทักษะมนุษยสัมพันธ์ เป็น 1 ใน 3 ทักษะ ดังภาพประกอบ 2

ระดับการจัดการ

ความต้องการของทักษะ

การจัดการระดับสูง (นโยบาย)	ทักษะทางมนคติ (conceptual skill)
การจัดการระดับกลาง (จัดการ)	ทักษะทางมนุษยสัมพันธ์ (human relations skill)
การจัดการระดับต่ำ (ปฏิบัติการ)	ทักษะทางเทคนิค (technical skill)

ภาพประกอบ 2 ความต้องการทางทักษะที่เปลี่ยนไปตามระดับในการปฏิบัติงาน

ที่มา : Rogers. 1994 Occupational Health Nursing: Concepts and Practice: 350

จากภาพประกอบ 2 จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติงานจากระดับต่ำไปถึงระดับสูงนั้นมีความต้องการทักษะต่างๆ ในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน กล่าวคือ ระดับปฏิบัติการจะมีความต้องการทักษะทางเทคนิคมาก ระดับนโยบายจะมีความต้องการทักษะทางเทคนิคน้อย แต่ตรงข้ามกับทักษะทางมนคติซึ่งระดับปฏิบัติจะมีความต้องการมากขึ้นตามลำดับและมากที่สุดในระดับนโยบาย ขณะเดียวกันจะเห็นว่าตัวกลางอันเป็นแกนสัมพันธ์ที่สำคัญในทุกระดับงาน คือ ทักษะมนุษยสัมพันธ์ ดังนั้น ทั้งผู้บริหารและผู้ร่วมงานควรตระหนักถึงการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เพื่อประโยชน์สูงสุดทั้งของบุคคลและองค์กร

จากการประมวลผลงานวิจัยพบว่าการติดต่อสื่อสาร ความไว้วางใจ สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tones; & Tilford. 1994; omaswa; et al. 1997 ; Putland; Baum; & Macdougall. 1997; Hobbs; et al. 1998; CDC. 1998; Clark; & Maben. 1999; Mac Donald. 1999; Stahl D.A. 1999;

วันทีย์ วัฒนะ. 2537; นุชราพร แสนบล. 2537; นรินทร์ สังข์รักษา. 2537; ภาศิญา อ่อนดี. 2539; กมลวรรณ หวังสุข. 2541; พฤษ พรวงค์เลิศ. 2541; อัจฉา แขวงม่วงชุม. 2539; มะลิ วิมาโน. 2544)

จะเห็นได้ว่าทักษะมนุษยสัมพันธ์มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และในการปฏิบัติงานของบุคคลและองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติงานเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งในศตวรรษที่ 21 นี้ มีการแข่งขันที่มุ่งเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพ สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้บริการ ดังนั้นการเตรียมบุคลากรสาธารณสุข ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขแนวใหม่ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาทักษะการมีมนุษยสัมพันธ์ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในสถานบริการและในชุมชน

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างทักษะมนุษยสัมพันธ์ (Human Relations Training) พบว่ามีความหลากหลาย เช่น ลาวัณย์ มหาทุมะรัตน์ (2529) ศึกษาผลการใช้กิจกรรมกลุ่มในการพัฒนามนุษยสัมพันธ์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน ได้รับการฝึกกิจกรรมกลุ่ม และกลุ่มควบคุม 12 คน ได้รับข้อเสนอแนะ สำหรับกิจกรรมที่ใช้ในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ ประกอบด้วย ยิ้มแย้มแจ่มใสด้วยความจริงใจ การรู้จักกล่าวทักทายผู้อื่นก่อน พุดจาสุภาพ เหมาะสมกับเรื่องบุคคล เวลาและสถานที่ การให้ การรับ ยกย่องชมเชยผู้อื่น เป็นผู้ฟังที่ดี ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม 8 ครั้งๆ ละ 2 โปรแกรมๆ ละ 30-45 นาที การประเมินผล ใช้แบบสอบถามวัดทักษะมนุษยสัมพันธ์ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีมนุษยสัมพันธ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีมนุษยสัมพันธ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ .01

ต่อมาการศึกษาของ พวงทิพย์ ศิริเจริญ (2532) ได้ศึกษาผลของการแสดงบทบาทสมมุติที่มีต่อมนุษยสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน เข้าร่วมกิจกรรมการแสดงบทบาทสมมุติ และกลุ่มควบคุม 12 คน ได้รับข้อเสนอแนะ สำหรับกิจกรรมที่ใช้ในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย การปฐมนิเทศให้ทุกคนแนะนำตนเอง การสร้างความคุ้นเคยให้ทุกคนถามข้อมูลเกี่ยวกับเพื่อนๆ การสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนใหม่ การรู้จักทำงานร่วมกับผู้อื่น การรักษามิตรภาพให้ยืนนาน การแสดงน้ำใจต่อกันในโอกาสที่เหมาะสม การรู้จักแก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง การสร้างบุคลิกภาพให้เป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ ส่วนในกลุ่มควบคุม ใช้ข้อเสนอแนะตามหัวข้อดังกล่าว ใช้เวลาจัดกิจกรรม ครั้งละ 40-45 นาที ผู้วิจัยมีการประเมินผล โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นและวิธีปฏิบัติในสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจพบได้ในชีวิตประจำวัน โดยแต่ละข้อจะมีสถานการณ์กำหนดขึ้น ผลการวิจัยพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีมนุษยสัมพันธ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีมนุษยสัมพันธ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ .01 และ ชูชัย สมิตทไกรและสมชาย เตียวกุล (2530) ได้ศึกษาผลของประสบการณ์กลุ่มฝึกมนุษยสัมพันธ์ที่มีต่อทัศนคติส่วนบุคคลตามการรับรู้ของผู้รับการฝึก กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2528 จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกมนุษยสัมพันธ์เป็นเวลา 20 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย การเข้าใจและยอมรับตนเอง การเข้าใจและยอมรับผู้อื่น การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล การแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล ผู้วิจัยประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามผลการวิจัยพบว่าผู้รับการฝึกมนุษยสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ยของคะแนนจากการทำแบบสำรวจทัศนคติส่วนบุคคลเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกมนุษยสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

การวิจัยต่อมาเป็นการศึกษาผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของวิมล หนองพงษ์ (2538) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กลุ่มควบคุมได้รับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สำหรับกิจกรรมที่ใช้ประกอบด้วย การเข้าใจตนเอง การเข้าใจเพื่อน ความเป็นตัวของตัวเอง การยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล การให้อภัยเมื่อเพื่อนทำผิด ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การให้และการรับ และการให้ความช่วยเหลือเพื่อน ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม ครั้งละ 50 นาที ผู้วิจัยประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามวัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนสัมพันธภาพดีขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีสัมพันธภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ .01 นอกจากนี้ การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวข้องกับการฝึก มนุษยสัมพันธ์ที่มีต่อความภาคภูมิใจตนเอง (self esteem) และทักษะการติดต่อสื่อสารของนักเรียนชั้นเกรด 4 ในรัฐฟลอริดา จำนวน 120 คน (Parker, 1983) เป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มๆ ละ 30 คน และกลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการฝึกมนุษยสัมพันธ์สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ติดต่อกัน กิจกรรมทั้งหมดที่ใช้ 16 กิจกรรม เพื่อให้ผู้รับการฝึกมีความรู้เท่าทันตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ทักษะในการติดต่อสื่อสารดีขึ้น ผู้วิจัยมีการประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่าการฝึกมนุษยสัมพันธ์มีผลต่อบุคคลคือทำให้เกิดความภาคภูมิใจตนเองและมีทักษะการติดต่อสื่อสารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และผู้รับการฝึกมีความรู้ลึกต่อตนเองและผู้อื่นดีขึ้น

นอกจากในกลุ่มนักเรียนแล้วในกลุ่มพนักงานในองค์กรต่างๆ ก็มีการศึกษากันอย่างต่อเนื่อง เช่น การศึกษาของผดุง พรหมมูล (2537) ทำการสร้างชุดพัฒนาตนเอง เรื่องมนุษยสัมพันธ์สำหรับหัวหน้าภาควิชา ในสถาบันราชภัฏ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน วัตถุประสงค์เพื่อสร้างชุดพัฒนาตนเองเรื่องมนุษยสัมพันธ์สำหรับหัวหน้าภาควิชา ประกอบด้วยสาระ 4 ชุด ได้แก่ หลักมนุษยสัมพันธ์กับการบริหารแนวคิดด้านการบริหารแบบมนุษยสัมพันธ์ แนวคิดทางพุทธศาสนาที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างมนุษยสัมพันธ์ และมนุษยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารของหัวหน้าภาควิชา เอกสารประกอบด้วย คำชี้แจงในการศึกษาแนวคิด วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหา การประเมินผลตนเอง แบบทดสอบประจำชุด และชุดพัฒนาเพื่อซ่อมเสริม แบบทดสอบชุดพัฒนาด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ชุดพัฒนาตนเองมีประสิทธิภาพ ได้ค่า 86.75 / 90.17 โดยหาประสิทธิภาพจากเกณฑ์ 90 / 90 สามารถนำไปให้

หัวหน้าภาควิชาในสถาบันราชภัฏศึกษาด้วยตนเองเกี่ยวกับมนุษยสัมพันธ์ในการบริหารงานของตนได้ เนื้อหาสาระในแต่ละประเด็นมีความชัดเจนดี ส่วนการเสนอเนื้อหาข้างขาดเนื้อหาที่เป็นกรณีศึกษา ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความคิดเชิงวิเคราะห์ ต่อมาเป็นงานวิจัยที่มีการสร้างหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะมนุษยสัมพันธ์ของผู้บริหาร ระยะเวลาฝึก 28 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 90 นาที แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1) การอภิปรายทั่วๆ ไปเกี่ยวกับการบริหารจัดการผู้นำ ผู้ตาม แบบภาวะผู้นำใช้เวลา 9 ชั่วโมง ระยะที่ 2) เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เช่น การฟัง การปรับตัว การทบทวนกิจกรรม ใช้เวลา 30 ชั่วโมง ระยะที่ 3) เป็นกิจกรรมเน้นการจูงใจตามทฤษฎีของ Herzberg Maslow Porter and McGreger ใช้เวลา 42 ชั่วโมง การประเมินผลทั้งก่อนและหลังการอบรมวัดการตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) ความไวต่อความต้องการของบุคคลอื่น และแบบภาวะผู้นำ มีการประเมินพฤติกรรมโดยผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา มีการประเมินผลหลังฝึกอบรม 90 วัน และ 18 เดือน หลังจากโครงการสิ้นสุดลง ผลการอบรมพบว่า เจตคติมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการบริหารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) มีความไวต่อความต้องการของบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นที่ไว้วางใจของผู้ใต้บังคับบัญชา การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้บริหารที่ผ่านการอบรม กับผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นการสื่อสารสองทาง พนักงานมีความสามัคคีกันและผลการปฏิบัติงานขององค์กรเพิ่มขึ้น การประเมินผลทั้ง 2 ช่วงเวลาไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมมีผลงานลดลงในเวลาต่อมา (Web Master Rob Emmerling. 2001)

การศึกษาผลการฝึกทักษะมนุษยสัมพันธ์ที่มีต่อการสื่อสารของพนักงานในโรงพยาบาลของลูตซ์ (Lutz. 1984) กลุ่มตัวอย่างคือพนักงานของโรงพยาบาลมิสซูรี – โคลัมเบีย กลุ่มทดลองมี 181 คน และกลุ่มควบคุมมี 34 คน ผู้วิจัยมีการประเมินผลหลังจากการฝึกอบรมเป็นเวลา 6 ชั่วโมง โดยใช้แบบสอบถามวัดทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้นกว่าเดิม แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยก็ได้สรุปว่าการฝึกมนุษยสัมพันธ์สามารถเปลี่ยนแปลงแบบแผนการติดต่อสื่อสารของพนักงานในโรงพยาบาลได้

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่าการพัฒนาทักษะมนุษยสัมพันธ์นั้นมีประเด็นที่สำคัญ 2 ประการ กล่าวคือ ลักษณะส่วนบุคคลที่จะต้องพัฒนา เช่น การยอมรับนับถือตนเอง การเปิดเผยตนเอง ความตระหนักรู้ในตนเอง และทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น การติดต่อสื่อสาร การสร้างความไว้วางใจ การจูงใจและการจัดการความขัดแย้ง สิ่งต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นนี้มีความเกี่ยวข้องสนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่สามารถเลือกพัฒนาเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งจำเป็นต้องพัฒนาทั้งสองส่วนพร้อมกัน นอกจากนั้นยังเห็นว่าการพัฒนาทักษะมนุษยสัมพันธ์ต้องให้โอกาสแก่ผู้เข้ารับการอบรม ได้แสดงบทบาทสมมุติ จัดกิจกรรมกลุ่ม และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน จะได้ผลดีว่าการได้รับข้อสนเทศต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือการเรียนรู้ด้วยตนเอง

2. การพัฒนาเจตคติต่อการปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออก

2.1 ความหมายของเจตคติต่อการปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออก

จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่องาน นักวิชาการได้ให้ความหมายของเจตคติต่องานไว้ เช่น กรีนเบิร์ก (Greenberg. 1996: 94) กล่าวว่า เจตคติต่องานหมายถึง ความสัมพันธ์ของความรู้สึก ความเชื่อ และพฤติกรรม มีการมุ่งหมายโดยเฉพาะ ซึ่งเจตคติมีความสำคัญต่อองค์กรมาก ไม่เพียงแต่เป็นความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับงานที่ทำเท่านั้น ยังเกี่ยวข้องกับวิธีการทำงานและหน้าที่ในองค์กรอีกด้วย แกร์ริสัน และบลาย (Garrison; & Bly. 1997: 137) ได้ให้ความหมายของเจตคติต่องานว่าเป็นความรู้สึกของบุคคล ความคิด และความพร้อมที่จะกระทำในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับบุคคล สิ่งของหรือสถานการณ์ในที่ทำงาน การประเมินเจตคติต่องานของบุคคล ก็คือความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับองค์กรที่ทำงานซึ่งสมาชิกทุกคนจะมีเจตคติร่วมกันในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย มีการติดต่อสื่อสารปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม ก่อให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรซึ่งเจตคติมีผลต่อมนุษยสัมพันธ์ของบุคคล

สรุปได้ว่า เจตคติต่อการปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออก หมายถึง การที่เครือข่ายสุขภาพในชุมชนมองเห็นประโยชน์ และคุณค่า ของการการป้องกันโรคไข้เลือดออก และมีความรู้สึกพึงพอใจในการกระทำตลอดจนมีความมุ่งกระทำหรือพร้อมที่จะปฏิบัติงานในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนให้เกิดประสิทธิผล

2.2 องค์ประกอบของเจตคติ

เจตคติประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ ความรู้เชิงประเมินค่า ความรู้สึกทางอารมณ์ และความพร้อมที่จะกระทำ ในแต่ละองค์ประกอบจะมีความเกี่ยวข้องไปยังองค์ประกอบอื่นๆ ด้วย ที่จะทำให้นุคคลคล้อยตามและนำไปปฏิบัติ ในการพัฒนาเจตคติของบุคคลจึงต้องพัฒนาทั้ง 3 องค์ประกอบไปพร้อมๆ กัน (Zanden. 1987: 173-205; Hodgetts. 1993: 91-93; Moorhead; & Griffin. 1995: 50-64; Greenberg. 1996: 94-109; Garrison; & Bly. 1997: 137-147; ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2539: 127) ดังนี้

2.2.1 องค์ประกอบด้านความรู้หรือการประเมินค่า (Cognitive component or Evaluative component) เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นเป็นอันดับแรก กล่าวคือบุคคลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นก่อนเสมอซึ่งการที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับวัตถุสิ่งของ หรือ เหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งเหล่านี้ว่าดีหรือเลว มีประโยชน์หรือโทษอย่างไร นอกจากนี้การได้รับความรู้ที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนในสิ่งใด ก็จะทำให้บุคคลมีเจตคติที่ไม่เหมาะสมต่อสิ่งนั้นๆ ได้ ความรู้เชิงประเมินค่าจึงเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ

2.2.2 องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลทั้งในทางบวกและในทางลบ (อคติ) จะเป็นความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อ

ดังนั้น การที่บุคคลรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์ บุคคลจะรู้สึกชอบหรือรู้สึกทางบวกต่อสิ่งนั้น แต่ถ้ารู้ว่าสิ่งใดมีโทษ บุคคลจะรู้สึกไม่ชอบต่อสิ่งนั้นซึ่งความรู้สึกนี้จะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติเมื่อบุคคลรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษของสิ่งนั้นแล้ว และองค์ประกอบนี้จะสอดคล้องกับองค์ประกอบด้านการรับรู้เสมอ

2.2.3 องค์ประกอบด้านการมุ่งกระทำ (Behavioral component) เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่บุคคลมีความรู้เชิงประเมินค่าเกี่ยวกับประโยชน์หรือโทษของสิ่งต่างๆ และเกิดความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้นแล้ว ความโน้มเอียงหรือความพร้อมที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับความรู้สึกของตนซึ่งความโน้มเอียงจะเกิดขึ้นโดยอาศัยจิตลักษณะอื่นๆ ของบุคคลและลักษณะสถานการณ์ประกอบด้วย

2.2.3.1 แหล่งทางสังคม (Social sources) กล่าวคือ องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component) มีผลต่อความรู้สึกทางกายภาพ (physical feelings) เช่น moods & emotion ส่วนองค์ประกอบด้านความคิดเชิงประเมินค่า (Cognitive component) ก็คือ กระบวนการคิด (thinking processes) การถ่ายทอดทางสังคม (values) และเจตคติของเด็ก (Child's attitude) รูปแบบในการติดต่อสื่อสารเป็นส่วนหนึ่งของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันนั่นก็คือการถ่ายทอดทางสังคมในที่ทำงาน (socialization in the workplace) การมีเจตคติร่วมกันจะสร้างบรรยากาศในการประสานงานและความร่วมมือเกิดขึ้นในกลุ่ม ทุกคนจะเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีความเท่าเทียมกันนับว่าเป็นสิ่งสำคัญมาก

2.2.3.2 แหล่งทางวัฒนธรรม (Cultural sources) เจตคติมีรากฐานมาจากวัฒนธรรมและจริยธรรมที่สืบทอดต่อกันมา ในแต่ละสังคมก็จะมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน สิ่งที่เหมือนกันก็คือสมาชิกต้องการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มั่นคงและปลอดภัย การถ่ายทอดทางสังคมเป็นกระบวนการหนึ่ง ที่ส่งผลให้เกิดเจตคติ และการกระทำของบุคคล

2.2.3.3 ประสบการณ์ (Experience) การกระทำของบุคคลเป็นผลมาจากเจตคติซึ่งเจตคติมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจ

2.2.3.4 บุคคลพิเศษ (Special Individuals) สิ่งที่มีอิทธิพลต่อเจตคติของบุคคล ได้แก่ ครอบครัว สังคม เพื่อน งาน ประเพณี และวัฒนธรรม บางครั้งจะเลือกเป็นตัวแทน (significant role model) ซึ่ง role model เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการทำงานของบุคคล เช่น พนักงานที่เข้าทำงานใหม่จะดูบุคคลที่เขาชื่นชมพฤติกรรมและมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นวิทยากรหรือผู้นำการอบรมอาจให้พนักงานที่ประสบความสำเร็จ ช่วยเป็น role model ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อเจตคติและพฤติกรรมที่มีความสำคัญมาก

2.2.3.5 ประสบการณ์ในงาน (Work experience) ผู้เชี่ยวชาญด้านมนุษยสัมพันธ์กล่าวถึงความร่วมมือและวัฒนธรรมองค์กร การติดต่อสื่อสาร การร่วมกันกำหนดเป้าหมายล้วนมีอิทธิพลต่อสมาชิกขององค์กร บุคคลจะยึดถือเอาเจตคติของเพื่อนร่วมงานและขององค์กรเป็นหลัก ถ้า

มีความสอดคล้องกัน โอกาสที่จะย้ายงานก็น้อยลง พนักงานที่ได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาจะคงอยู่ได้นาน

2.3 ความสำคัญของเจตคติต่องาน

เจตคติต่องานเป็นลักษณะทางจิตซึ่งนับว่าเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่งในการเพิ่มผลผลิตเพราะความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อองค์กรจะมีผลกระทบต่อผลผลิต เจตคติมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน (Job involvement) การทุ่มเทกับงาน (Job involvement) และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (Organizational commitment) มีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 ความพึงพอใจในงาน (Job involvement) เมื่อบุคคลมีเจตคติต่องาน เช่น สนุกกับงานเป็นที่ยอมรับของหัวหน้างาน ได้รับการประเมินผลการทำงานในทางบวก บุคคลนั้นก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่องาน มีความพึงพอใจในงานสูงทำให้เขามีความพร้อมที่จะทำงานได้เป็นอย่างดี ประเด็นสำคัญของมนุษย์สัมพันธ์ก็คือถ้าสิ่งแวดล้อมเป็นไปในทางบวก ระดับความพึงพอใจก็จะเป็นบวกด้วย ความพึงพอใจของบุคคลจะเป็นภาพสะท้อนว่าเขาทำงานอย่างไร ทำงานมานานเท่าใดและจะเจริญก้าวหน้าอย่างไร การเรียนรู้จากสิ่งท้าทายที่ประสบความสำเร็จจะก่อให้เกิดความไว้วางใจ (Trust)

2.3.2 การทุ่มเทกับงาน (Job involvement) คือ ความรู้สึกของบุคคลว่างานของตนเองมีคุณค่าและมีความสำคัญ การทุ่มเทกับงานแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นมีแรงจูงใจในงานสูงและมุ่งมั่นที่จะทำงานนั้นให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย บุคคลส่วนใหญ่เมื่อเข้าร่วมงานกับใคร เขาก็มีความภาคภูมิใจในสิ่งที่เขาเป็น การมีเจตคติที่ดีต่องาน ความรู้สึกดังกล่าวนี้จะทำให้เขาประเมินผลการปฏิบัติงานและพิจารณางานที่ทำอยู่ตลอดจนแสวงหาวิธีการพัฒนางานนั้น และทุ่มเทกับบทบาทนั้นอย่างเต็มที่ บุคคลพวกนี้จะมี Job involvement สูง และมีความภาคภูมิใจตนเอง (self-esteem) สิ่งเหล่านี้คือการยอมรับนับถือตนเอง (self-acceptance) ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีมนุษยสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นอย่างดี แต่บางคนทีละเล็กละน้อยการทำงานและรู้สึกว่างงานของตนเองไม่มีคุณค่า จะเป็นผู้ที่มี Job involvement ต่ำ

2.3.3 ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (Organizational commitment) การที่บุคคลเข้าร่วมงานกับองค์กร ด้วยความเชื่อมั่นในองค์กร และทำงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร บุคคลนี้จะมี ความยึดมั่นผูกพันกับองค์กรสูง มีงานวิจัยพบว่าสมาคมที่ประสบความสำเร็จ พนักงานจะมีความยึดมั่นผูกพันกับองค์กร และมีความสำคัญต่อการลาออกจากงาน หรือเปลี่ยนงานใหม่

ตัวอย่างการศึกษาของ ซีลิกแมน (Seligman) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาในมหาวิทยาลัย พบว่าบุคคลที่เจตคติบวกมีแนวโน้มว่างานจะดีกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม แสดงว่าบุคคลที่คิดบวก จะนำไปสู่การมีผลผลิตที่มากกว่าบุคคลอื่น ในการทำงานของบริษัทประกันชีวิต ซีลิกแมนใช้เวลา 20 นาที ให้พนักงานชายคนใหม่ทำแบบทดสอบเจตคติของเขาเหล่านั้น ภายใน 1 เดือน พนักงานใหม่ที่มีเจตคติบวก มียอดขายได้มากกว่าพนักงานใหม่ที่ไม่มีเจตคติบวก บริษัทจึงนำแบบทดสอบนี้มาวัดสมาชิกขององค์กร

ในปีแรกผลการขายเพิ่มเป็น 10 ล้าน การศึกษาของซีลิกแมน แสดงให้เห็นพลังของการคิดบวกว่าคนที่มีความสำเร็จจะมีความคิดบวกมากกว่าผู้ที่ไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้นเจตคติต่องานจึงมีอิทธิพลต่อผลผลิตของบุคคลทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ (Hodgetts. 1992 : 447)

จากการประมวลผลงานวิจัยพบว่าเจตคติต่อการปฏิบัติงานของบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงาน อย่างเด่นชัด (Htwe; & Jost. 1997; Orpen. 1998; Richard; Potvin; & Mansi. 1998; Weiss; Nicholas; & Daus. 1999; Kopacz; Grossman; & Klaman.1999; สมพร อธิติเดช พงศ์. 2530; นุชราพร แสนบล. 2537; เกษมธิดา สพสมัย. 2537; อัจฉา แขวงม่วงชุม. 2539; กัลยาณี สุเวทเวทิน. 2540; แสงจันทร์ ศรีทะวงษ์. 2540; วิรัตน์ ปานศิลา. 2542; มะลิ วิมาโน. 2544) จะเห็นได้ว่าเจตคติต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและงานป้องกันโรค เป็นงานที่ต้องการความร่วมมือจากประชาชนสูง เพราะเป็นการปฏิบัติงานในเชิงรุกที่ต้องการข้อมูลพื้นฐานของแต่ละชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพตลอดจนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของชุมชนนั้น ๆ และจะต้องปฏิบัติงานให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มในชุมชนอย่างทั่วถึง การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเจตคติ มีการศึกษาวิจัยที่พบ เช่น สุปรียา อันทิวโรทัย (2529) ศึกษาผลการใช้แม่แบบในการพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้และทัศนคติในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 6 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน ทั้งสอง กลุ่มจะได้ทำแบบทดสอบทั้งก่อนและหลังการทดลอง กิจกรรมที่ใช้ในกลุ่มทดลองโดยการให้แม่แบบ “วีดีโอเทป” ในแต่ละครั้งที่ให้ประกอบด้วยการเสนอกแม่แบบ และสรุปอภิปราย สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 1 ชั่วโมงรวม 15 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินการโดยให้ “ข้อเสนเทศ” ด้วยการบรรยายและแจกเอกสาร ในเวลาและจำนวนครั้งเท่ากับกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้และทัศนคติในการเรียนสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้และทัศนคติในการเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างเชื่อมั่นได้

ต่อมารวพรรณ ศรีอุบล (2535) ศึกษาผลการจัดกิจกรรมแนะแนวโดยใช้สไลด์เทปเป็นเทคนิค “แม่แบบ” ที่มีต่อเจตคติเชิงจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กิจกรรมที่ใช้ประกอบด้วยเกม เพลง นิทาน บทบาท สมมุติ บุคคลตัวอย่าง และในกลุ่มทดลองใช้แม่แบบเสนอสไลด์เทปจำนวน 8 เรื่อง ซึ่งแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ของตัวแบบและพฤติกรรมสุดท้ายของตัวแบบที่ได้รับรางวัล ลงโทษหรือผลกรรมที่พึงพอใจ ไม่พึงพอใจ จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ผู้วิจัยมีการประเมินผลโดยใช้แบบสอบถาม ถามเกี่ยวกับความรู้สึกและการกระทำบางอย่างที่ผู้ตอบประพฤติกปฏิบัติพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติเชิงจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างเชื่อมั่นได้ การศึกษาของธานี กลิ่นเกษร (2537) ศึกษาผลของการฝึกอบรมทางพุทธศาสนา เพื่อพัฒนาhiri-โอดดับปะ และทัศนคติต่อพุทธศาสนา ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคพัทลุง กลุ่มตัวอย่าง 100 คน แบ่งเป็นกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 50 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับฟังการบรรยาย อธิบายพระธรรมคำสอนของสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าและการฝึกสมาธิจากพระสงฆ์ทำให้พระสงฆ์ที่มีความรู้ความชำนาญในด้านการอบรมธรรมะและการฝึกสมาธิมาเป็นผู้ฝึกอบรม การเลียนแบบความเชื่อ ทักษะคิดและการปฏิบัติจากผู้ที่ตนเลื่อมใสศรัทธา และการเข้าร่วมกลุ่มได้ร่วมกันฟังธรรมะฝึกสมาธิรวมถึงการปฏิบัติปฏิบัติชอบตามหลักทางศาสนาซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อพุทธศาสนาในทางที่สูงขึ้นอย่างเชื่อมั่นได้

นอกจากนี้ทัศนีย์ เจริญเลิศ (2538) ได้ศึกษาผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อทัศนคติต่อการเรียนวิชาภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 วัดอุประสงค์เพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการเรียนวิชาภาษาอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาอังกฤษต่ำ คือได้เกรด 0 และมีทัศนคติต่อการเรียนวิชาภาษาอังกฤษอยู่ในระดับสูง กลาง ต่ำ ระดับละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นจากประชากรแล้วสุ่มมาอย่างง่ายอีกครั้ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม เป็นเวลา 12 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที ในวันจันทร์และวันพุธ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ เวลา 16.00 - 16.50 น. ส่วนในกลุ่มควบคุมให้ข้อสนเทศในช่วงเวลาเดียวกัน การประเมินผลโดยใช้คะแนนจากการตอบแบบสอบถาม ทัศนคติ ๑ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีทัศนคติต่อการเรียนวิชาภาษาอังกฤษดีขึ้นอย่างเชื่อมั่นได้ทั้งสองกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่ากลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อการเรียนวิชาภาษาอังกฤษดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างเชื่อมั่นได้ทั้งสองกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่ากลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อการเรียนวิชาภาษาอังกฤษดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างเชื่อมั่นได้

จากผลวิจัยดังกล่าวข้างต้นพบว่า การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาเจตคติในกลุ่มตัวอย่างเป็นการทดลองโดยใช้แม่แบบในการฝึกอบรม การสาธิตและการจัดกิจกรรมกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีเจตคติดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างเชื่อมั่นได้ และสามารถใช้อบรมเป็นการพัฒนาเจตคติโดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม การระดมความคิดและการใช้ตัวแบบเป็นแนวทางการพัฒนาต่อไปได้

3. เทคนิคเอไอซี (AIC)

เทคนิคเอไอซี (AIC หรือ Appreciation Influence Control) เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิดของสถาบันเอกซัน ซึ่งตั้งขึ้นโดย ทูริด ซาโต และวิลเลียม สมิธ (Turid Sato; & Dr. William E. Smith) กระบวนการนี้ได้นำมาทดลองและเผยแพร่ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 โดยจากการศึกษาพบว่า กระบวนการเทคนิคเอไอซี เป็นกระบวนการที่มีศักยภาพในการสร้างพลังและกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้านให้ร่วมพัฒนาชุมชนและยังมีศักยภาพที่จะขยายผลได้ เทคนิคนี้ได้ถูกนำมาประยุกต์สำหรับการประชุมระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน ที่ให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานแห่งความเสมอภาค นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการที่ให้

ความสำคัญกับคนในการเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา และมีการนำมาใช้ในสาขาต่างๆ อย่างกว้างขวาง ในปัจจุบัน โดยเฉพาะการนำไปใช้ในการดำเนินการประชุมต่างๆ (สุภัทร ชูประดิษฐ์. 2550: ออนไลน์; อ้างอิงจาก อรพินท์ สฟโชคชัย. 2537); (Smith. 1991: online)

3.1 ความหมายของเทคนิคเอไอซี

ประหยัด จตุพรพิทักษ์ ได้ให้ความหมายของ เทคนิคเอไอซี (AIC) ว่าเป็นพลังปัญญาที่สร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล กลุ่มคน องค์กรชุมชน และสังคม และเป็นพลังทางการพัฒนา ได้แก่ (สุภัทร ชูประดิษฐ์. 2550: ออนไลน์; อ้างอิงจาก ประหยัด จตุพรพิทักษ์. 2540)

1. พลังความรักและความซาบซึ้งใจ (Appreciation หรือ A) คือ การมีความรัก ความเมตตา ปรารถนาดี เป็นมิตร ซาบซึ้งคุณค่า รับรู้ เข้าใจ ใฝ่ใจ ต่อสรรพสิ่งที่อยู่รอบตัวเรา ไม่ว่าจะเป็นบุคคล กลุ่มคน องค์กร ชุมชน สังคม ธรรมชาติ ทรัพยากร วัสดุ สิ่งของ ปรัชญาการณื เหตุการณื สถานการณื และอื่น ๆ

2. พลังความคิดและการมีปฏิสัมพันธ์ผสมผสาน (Influence หรือ C) คือ การใช้ความคิดริเริ่ม ความคิดสร้างสรรค์ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ การใช้ปัญญา การใช้ปรัชญาณื ทั้งนี้ โดยการเน้นความคิดร่วมกัน แลกเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์กัน ผสมผสานกันด้วยความเป็นมิตร ความปรารถนาดี พร้อมทั้งให้เกิดริและความสำเร็จซึ่งกันและกัน

3. พลังความพยายามและการควบคุมจัดการ (Control หรือ C) คือ การมีความมุ่งมั่น ผูกพันและรับผิดชอบที่จะปฏิบัติภารกิจซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของตนให้ดำเนินไปด้วยดี จนกระทั่งผลสำเร็จ รวมถึงการรู้จักวางแผน จัดระบบ จัดคน จัดทรัพยากร สร้างความเข้าใจ สร้างกำลังใจ สร้างความร่วมมือ ประสานงาน ควบคุม ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานและการปรับปรุง

3.2 แนวคิดพื้นฐานของเทคนิคเอไอซี

แนวคิดพื้นฐานของเทคนิคเอไอซี มีความคิดว่าบุคคล กลุ่มบุคคลในชุมชนองค์กรและสังคมมีพลังงานและพลังปัญญาในการที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรค และสร้างสรรค์ชีวิตให้ดีกว่าได้ แต่พลังงานที่ยังอยู่อย่างโดดเดี่ยว อาจถูกนำมาใช้ในเชิงลบกลายเป็นพลังงานที่ใช้ทำลายเอารัดเอาเปรียบและมุ่งเอาชนะ แต่เป็นพลังงานในเชิงบวกก็เป็นความรัก การพัฒนาจำเป็นต้องมีการจัดการและระดมพลังงานให้กลายเป็นพลังสร้างสรรค์ ในการวางแผนใดๆ ก็ตามถ้าเปิดโอกาสให้ผู้มีผลประโยชน์เกี่ยวข้อง (Stakeholder) มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนและตัดสินใจจะเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่เหมาะสมและยั่งยืน (Sustainable Development) เพราะเป็นการสร้างความเข้าใจ สร้างการยอมรับ สร้างความเป็นเจ้าของความรับผิดชอบร่วมกัน การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าประชุมปรึกษาหารือกันอย่างเปิดเผย ผู้เข้าประชุมกล้าแสดงความคิดเห็นอย่างมีวิจารณญาณ โดยผู้อื่นยอมรับฟังหรือตกลงร่วมกัน เป็นการกระทำที่ทำให้คนเหล่านั้นได้เรียนรู้ ได้รับประสบการณ์ ได้รับข้อมูลใหม่

และนำความรู้ประสบการณ์และข้อมูลไปกำหนดแผนและวัตถุประสงค์ของแต่ละงาน เป็นเทคนิคที่ใช้ได้ดีกับการวางแผนพัฒนาทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นแผนพัฒนาระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับท้องถิ่นหรือแม้แต่การวางแผนพัฒนาหน่วยงานองค์กรหรือกลุ่ม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้นำการประชุมเป็นสำคัญ ผู้นำการประชุมดังกล่าวต้องมีความสามารถในการใช้เทคนิคที่จะกระตุ้นให้เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง สร้างบรรยากาศการประชุมให้เป็นเวทีของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและหาข้อสรุปร่วมกันที่ทุกคนพึงพอใจ และมองเห็นผลประโยชน์ร่วมกัน (สุภัทร ชูประดิษฐ์. 2550: ออนไลน์; อ้างอิงจาก อรพินท์ สพโชคชัย. 2537)

3.3 ขั้นตอนของเทคนิคเอไอซี

เนื่องจากกระบวนการเอไอซี เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาส ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน ความรู้ ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจ ถึงสภาพปัญหา ความต้องการข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลัง สมอบในการศึกษา วิเคราะห์พัฒนาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น เพราะกระบวนการเอไอซี มีขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ (สุภัทร ชูประดิษฐ์. 2550: ออนไลน์)

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้หรือความพึงพอใจ (Appreciation หรือ A) คือขั้นตอนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน แสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตย ยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิกโดยใช้การวาดภาพเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

A1 : การวิเคราะห์สภาพการของหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ในปัจจุบัน

A2 : การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการอย่างไร

โดยทั้งสองส่วนนี้จะทำการเน้นการวาดภาพซึ่งมีความสำคัญคือ 1) ช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถสร้างจินตนาการ คิด วิเคราะห์ จนสรุปมาเป็นภาพ และช่วยให้ผู้ไม่ถนัด ในการเขียนสามารถสื่อสารได้ 2) ช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดและพูด เพื่ออธิบายภาพซึ่งตนเองวาด นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุม อื่นๆ ได้ซักถามข้อมูลจากภาพ เป็นการเปิดโอกาสให้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยน และกระตุ้นให้คนที่ไม่ค่อยกล้าพูด ให้มีโอกาสนำเสนอ 3)การรวมภาพของแต่ละบุคคล เพื่อเป็นภาพรวมของกลุ่ม จะช่วยให้มีความง่าย ต่อการรวบรวมแนวคิดของผู้เข้าร่วม ประชุม และสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของภาพ(ความคิด) และส่วนร่วมในการสร้างภาพพึงประสงค์ของกลุ่ม และ 4) ช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการประชุมให้มีความสุข และเป็นกันเอง ในบางครั้งผู้เข้าร่วมประชุม

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) คือขั้นตอนการหาวิธีการ

และเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์ หรือที่ได้ช่วยกันกำหนด วิสัยทัศน์ไว้ เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

I1 : การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมหรือโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

I2 : การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ โดยเป็นกิจกรรมหรือโครงการที่หมู่บ้าน ชุมชน ท้องถิ่นทำเองได้เลย หรือเป็นกิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ เป็นต้น

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control หรือ C) คือยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการโดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย

C1 : การแบ่งความรับผิดชอบ

C2 : การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ

ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุมคือรายชื่อกิจกรรม หรือโครงการที่กลุ่ม องค์กรชุมชน ดำเนินการได้เอง ภายใต้ความรับผิดชอบ และเป็นแผนปฏิบัติการ ของหมู่บ้าน ชุมชน หรือโครงการที่เสนอขอรับการส่งเสริม สนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐที่ทำงาน หรือสนับสนุนชุมชน

3.4 หลักการสำคัญของเทคนิคเอไอซี

หลักการสำคัญของเทคนิคเอไอซี ที่ผู้นำไปปฏิบัติควรคำนึงถึงเพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จนั้น มีหลักการ 5 ประการ ดังนี้ (สุภัทร ชูประดิษฐ์. 2550: ออนไลน์)

1. การเข้าใจสถานการณ์ และการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การจัดให้ “ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง” หรือ “ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย” (Stakeholder) มาทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นจริงร่วมกัน ด้วยความเป็นมิตร ความปรารถนาดี พร้อมทั้งให้เกียรติและให้ความเคารพซึ่งกันและกันแล้วร่วมกันกำหนด “เป้าหมาย” หรือสิ่งที่มุ่งหวังในอนาคต ซึ่งจะทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดมีความพอใจ

2. การคิดค้นวิธีการสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้น ได้แก่ การร่วมกันใช้ความริเริ่ม ความคิดสร้างสรรค์ การวิเคราะห์ (แยกแยะ) การสังเคราะห์ (รวบรวม) การใช้ปัญญา การใช้ปรัชญาในลักษณะปฏิสัมพันธ์ (แลกเปลี่ยน) และผสมผสานโดยไม่ยึดติดอยู่กับฐานความคิด กรอบความคิด แนวทางหรือวิธีการที่คุ้นเคยอยู่ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ “วิธีการสำคัญ” ที่จะทรงพลังและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการบรรลุเป้าหมายซึ่งได้ร่วมกันกำหนดขึ้น

3. การกำหนดแผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบคือ การนำ “วิธีการที่สำคัญ” ที่คิดค้นและตกลงร่วมกันได้แล้วมากำหนดเป็น “แผนปฏิบัติการ” ซึ่งระบุชัดเจนว่าจะทำอะไร เพื่อให้ได้ผลอะไร มีหลักการและเหตุผลอย่างไร มีรายละเอียดการดำเนินงานอย่างไร มีกำหนดเวลาอย่างไร ต้องใช้ทรัพยากรอย่างไร ปัจจัยแห่งความสำเร็จคืออะไร อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นและวิธีป้องกันแก้ไขเป็นอย่างไร

4. การนำ “แผนปฏิบัติการ” ไปปฏิบัติจริงคือ การปฏิบัติตามรายละเอียดต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ใน “แผนปฏิบัติการ” นั้นเอง โดยอาจยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ตามควรแก่สถานการณ์ ซึ่งย่อมผันแปรได้และอาจไม่ตรงกับที่คาดคะเนไว้ในขณะที่ทำแผน

5. การศึกษาเรียนรู้และการปฏิบัติจริง แล้วนำมาประกอบการพิจารณา เพื่อปรับปรุงงานหรือภารกิจให้บรรลุผลดียิ่งขึ้น ซึ่งเท่ากับเป็นการ “ทำความเข้าใจสถานการณ์” จากประสบการณ์จริง เพื่อนำมาประกอบการพิจารณากำหนด “เป้าหมาย” การคิดค้น “วิธีการสำคัญ” ทำเป็น “แผนปฏิบัติการ” แล้วนำไปปฏิบัติจริงต่อไป

3.5 ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของเทคนิคเอไอซี

การนำเทคนิคเอไอซีไปใช้เพื่อให้ประสบผลสำเร็จในการดำเนินการด้านต่างๆ มีข้อคำนึงดังนี้ (ฟิรลิตซ์ คำานวนศิลป์. 2541; อ้างอิงจาก ประเวศ วะสี. 2539); (Smith. 1991: online)

1. การจัดประชุมด้วยการใช้เทคนิคเอไอซีเน้นความเป็นกระบวนการ ซึ่งจะดำเนินการข้ามขั้นตอนหรือสลับขั้นตอน ไม่ได้เน้นการระดมความคิด และสร้างการยอมรับซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจ การกำหนดอนาคตร่วมกัน และเน้นการสร้างพลังความคิด วิเคราะห์และเสนอทางเลือก ในการพัฒนาและพลังความรัก ความเอื้ออาทร การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อันเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนา

2. การศึกษาและเตรียมชุมชน เพื่อให้เข้าใจสภาพของหมู่บ้าน ชุมชน หรือตำบล ความสัมพันธ์ของกลุ่มต่างๆ การทราบความสามารถ ศักยภาพของกลุ่ม สภาพการพึ่งตนเอง เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอ เป็นข้อเท็จจริง ในการกำหนดอนาคตทางเลือก รวมทั้งกลวิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และการประสานความร่วมมือ อีกทั้งทำให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชน ประชาชนเข้าใจ และส่งผู้แทนที่มีอำนาจในการตัดสินใจของกลุ่ม เข้าร่วมประชุม รวมทั้งมีการพิจารณาเพื่อกระจายโอกาสให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม เช่น กลุ่มสตรี เด็ก คนจน ผู้ประสบปัญหาต่างๆ เป็นต้น วิทยากรกระบวนการที่เข้าใจขั้นตอนของการใช้เทคนิคเอไอซี มีประสบการณ์ ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องในการประชุม นอกจากนี้ยังมีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์เฉพาะหน้า สามารถใกล้ชิดหรือมีวิธีการในการจัดการกับความขัดแย้ง ที่เหมาะสมในกรณีที่จะเกิดขึ้น โดยสามารถทำหน้าที่เตรียมชุมชน เตรียมการประชุม ดำเนินการประชุม สรุปผล สร้างบรรยากาศในการประชุม ควบคุมขั้นตอนและเวลาในการดำเนินการประชุมให้เป็นไปตามกระบวนการ สรุปความเห็นที่แท้จริงของ

ผู้เข้าร่วมประชุม โดยไม่สอดแทรกความเห็นหรือทัศนคติของตนเอง

จากแนวคิดของเทคนิคเอไอซีพอสรู๊ปได้ว่าเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลหรือผู้เกี่ยวข้องได้เห็นความสำคัญในประเด็นปัญหาด้วยตนเอง โดยการเปิดโอกาสให้ได้แสดงความคิดเห็นและวางอนาคตร่วมกัน อีกทั้งยังมีอิสระในความคิดเพื่อสร้างแนวทางในการพัฒนา ลงมือปฏิบัติ ประเมินผลและปรับปรุงแผนด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจและเล็งเห็นความสำคัญ ทำให้การแก้ปัญหาเป็นไปตามสภาพการณ์จริง และเกิดขึ้นอย่างถาวร ซึ่งเทคนิคดังกล่าวผู้วิจัยนำไปใช้ในขั้นตอนของการการวางแผนตามหลักการของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

4. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

4.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นวิธีการค้นหาคำตอบที่เสนอในวิชาจิตวิทยาสังคม โดยเคอร์ทเลวิน ในระหว่างช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 แนวคิดหลักของเขาคือ ทฤษฎีและการปฏิบัติ สามารถจะดำเนินควบคู่กันไปอย่างอาศัยประโยชน์ซึ่งกันและกันได้ ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการทัศนใหม่ของการวิจัยและการปฏิบัติ คือการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีความนิยมขึ้นเรื่อยๆ ตลอดมา นอกจากนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เป็นการนำวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ในการพัฒนากิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหารูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ การวิจัยเชิงปฏิบัติการต่างจากการวิจัยเชิงคุณภาพโดยทั่วไปตรงที่จะต้องมีการลงมือปฏิบัติกิจกรรมและปรับปรุงการปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลตามต้องการ (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. 2534)

4.1.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

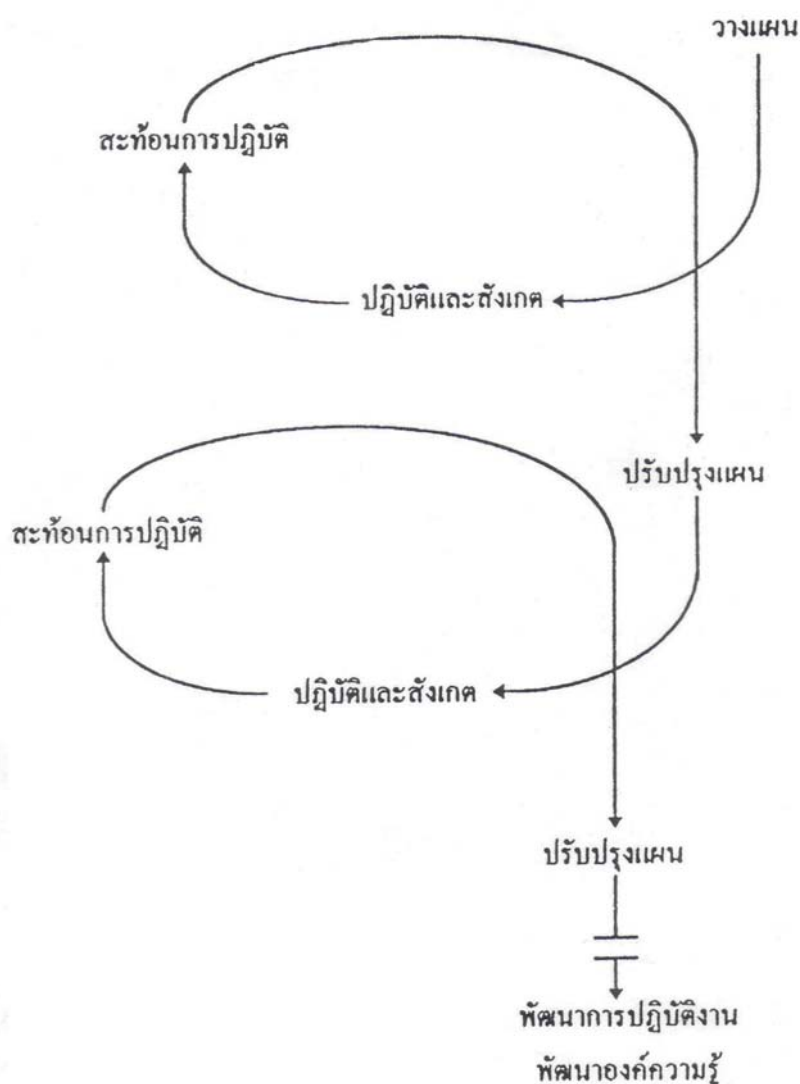
เคอร์ท เลวิน ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าเป็นกระบวนการวิจัยที่ค้นหาคำตอบบนเงื่อนไข และผลของการกระทำหรือการปฏิบัติในรูปแบบต่างๆ กันและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ส่วนเคมมิสและแมคแทกกาท (Kemmis; & McTaggart. 1988) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าเป็นกระบวนการร่วมมือกันของผู้ร่วมวิจัยเพื่อการเรียนรู้ พัฒนา ปรับปรุง และแก้ไขปัญหาร่วมกัน ประกอบด้วยกระบวนการรวบรวมปัญหาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตและสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผนการปฏิบัติ นอกจากนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการยังเป็นวิธีการศึกษาที่ช่วยยืนยันความรู้ทฤษฎีว่าจะใช้ได้กับการปฏิบัติได้มากน้อยแค่ไหน หรือมีข้อจำกัดอะไรบ้าง เป็นวิธีการที่เหมาะสมกับการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติ (พิบูล นันทชัยพันธ์. 2539; อ้างอิงจาก Holter; & Schartz-Barcott. 1993)

4.1.2 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถอธิบายได้ในรูปของกระบวนการที่เป็นวงจร (Cyclical process) ที่มีหลายขั้นตอน (พิกุล นันทชัยพันธ์. 2539; อ้างอิงจาก Coate; & Chambers. 1990; Kemmis; & McTaggart. 1988) ได้แก่ การวินิจฉัยปัญหา วางแผนการกระทำเพื่อแก้ไขปัญหา หรือเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติ การนำแผนไปปฏิบัติ การประเมินผล และการปรับปรุงแผนใหม่ ทั้งนี้ โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้ร่วมวิจัยทุกฝ่าย กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความแตกต่างจาก กระบวนการแก้ไขปัญหามารูปแบบเดิม (Systemic problem-solving) ซึ่งยึดถือว่าปัญหาต่างๆ ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วและวิธีการตลอดจนผลที่จะได้รับก็มักจะกำหนดตายตัว (The ends are fixed) (Greenwood. 1993) แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นจะอาศัยการปฏิบัติโดยการสะท้อนคิด (Reflexive practice) ซึ่งเน้นการสะท้อนคิดในตนเอง (Self-reflection) ของผู้ปฏิบัติ แนวทางการพัฒนาความรู้จึงขึ้นอยู่กับทำให้ความหมายและการแปลความหมาย โดยการดำเนินการของผู้ปฏิบัติเป็นกระบวนการของประชาธิปไตยและไม่มีการควบคุมเน้นที่การให้อำนาจแก่บุคคลเพื่อให้แก้ไขปัญหาคได้ (Empowerment) (พิกุล นันทชัยพันธ์. 2539; อ้างอิงจาก Meyer. 1993)

เคอร์ท เลวิน กล่าวว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะการทำงานเป็นวงจรหรือเกลียว (Spiral) ที่ต่อเนื่อง ในแต่ละวงจรประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การลงมือปฏิบัติ (Action) และ 3) การค้นหาสภาพการณ์ที่เป็นจริงหรือสะท้อนเหตุการณ์ โดยเลวินได้กล่าวถึงขั้นตอนแรกๆ ที่เริ่มต้นด้วยการค้นหาสภาพการณ์ที่เป็นจริง หรือค้นหาข้อเท็จจริงของสถานการณ์ให้มากที่สุด ถ้าขั้นตอนนี้ประสบความสำเร็จจะนำไปสู่ขั้นตอนที่สอง ที่ได้ภาพรวมของแผนทั้งหมดและวิธีการที่จะบรรลุตามวัตถุประสงค์ และการตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติ นำไปสู่ขั้นตอนที่สามคือการลงมือปฏิบัติ และสะท้อนผลที่ได้จากการปฏิบัติ นำไปปรับปรุงแผน และปฏิบัติใหม่เป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไป ซึ่งนำไปสู่กระบวนการแก้ไขปัญหามารูปแบบเดิม หรือองค์การ โดยได้แสดงวงจรของการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนหรือค้นหาข้อเท็จจริง และมีการปรับปรุงแผนเพื่อนำไปปฏิบัติในลักษณะเป็นวงจรไปเรื่อยๆ จนเกิดการพัฒนาการปฏิบัติงานและการพัฒนาองค์ความรู้ (Kemmis; & McTaggart. 1988)

การที่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคอร์ท เลวิน มีลักษณะเป็นเกลียววงจรหลายวงจร เนื่องจากตระหนักถึงความจำเป็นที่แผนการปฏิบัติ (Action plans) จะต้องมีความยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ เพราะสภาพความเป็นจริงของสังคมมีความซับซ้อน ไม่อาจคาดคะเนการปฏิบัติที่จำเป็นได้ล่วงหน้าทุกอย่าง การปฏิบัติและการสะท้อนการปฏิบัติจึงเป็นการกระทำที่คาบเกี่ยวกัน เพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม รายละเอียดแสดงตามภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ที่มา : อารมณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2534). การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพพยาบาล. จดหมายข่าวสมาคมวิจัยเชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย. 5: 3-10.

4.1.3 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แม้ว่าในปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการไปใช้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยด้านต่างๆ เช่น ด้านสังคมศาสตร์ การศึกษา การพยาบาล เป็นต้น แต่พบว่ายังมีความสับสนเกี่ยวกับวิธีการ (Approaches) การนิยาม และการใช้ประโยชน์จากการวิจัยนี้ เนื่องจากหลักการแนวคิดทฤษฎีที่เป็นรากฐาน (Theoretical foundation) ของการพัฒนาการวิจัยแตกต่างกัน นอกจากนี้ในการวิจัยแต่ละโครงการ นักวิจัยก็มีการสร้างปรัชญา (Philosophical orientations) ของตนเองด้วย

ทำให้จุดสนใจ และวิธีการให้ได้มาซึ่งความรู้มีหลากหลายโดยฮอลเตอร์และชวอร์ท-บาร์คอต แม้จะมีบางประเด็นที่แตกต่างแต่ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้งหลาย มีลักษณะที่สำคัญที่เหมือนกันอยู่ 4 ประการ (พิบูล นันทชัยพันธ์. 2539; อ้างอิงจาก Holter; & Schartz-Barcott. 1993) ประกอบด้วย

1. ความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Collaboration) หมายถึงความร่วมมือกันระหว่างนักวิจัยและผู้ปฏิบัติ (Practitioners) ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์หรือสถานการณ์ มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นแบบคนใน (Insider) นักวิจัยเชิงปฏิบัติการถือเป็นคนนอก (Outsider) นำมาซึ่งความรู้ทางทฤษฎีและวิธีการวิจัยแต่ละขณะเดียวกันก็จะเป็นผู้เรียนรู้ในสถานการณ์ของผู้ปฏิบัติด้วย โดยการรวบรวมข้อมูลทั้งจากการสังเกต สัมภาษณ์ และมีส่วนร่วมในสถานการณ์ ซึ่ง เว็บบ์ (Webb. 1989) เรียกว่าการเข้าใจอย่างมีส่วนร่วม (Participant comprehension) ความแตกต่างของนักวิจัยกับผู้ปฏิบัติก็คือ นักวิจัยไม่ได้อยู่ในพื้นที่หรือสถานการณ์นั้นตลอดเวลา จะมีเวลาสิ้นสุดของบทบาทและกลับไปสู่สถานที่และงานในหน้าที่ของตนต่อไปเมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุดลง กระบวนการของความร่วมมือกันจะเกี่ยวกับการวินิจฉัยปัญหา การออกแบบแผนการ กระทำและการลงมือกระทำการแก้ปัญหา

2. มุ่งเน้นที่การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ (Focus on a practical problems or solution of practical problems) ปัญหาในการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะถูกกำหนดขึ้นโดยความเห็นชอบของผู้ร่วมวิจัย จะเกี่ยวข้องกับสถานการณ์และสถานที่ที่เฉพาะเจาะจง เป็นการศึกษาในสภาพการณ์ตามธรรมชาติ ระดับของการมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาจะมีความสำคัญต่อผลของกระบวนการเปลี่ยนแปลงมาก

3. มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ (Changes in practice) เป็นเป้าหมายหลักของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นจะขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหาและความร่วมมือกันรวมทั้งวิธีการ (Interventions) ที่ริเริ่มโดยนักวิจัยและผู้ปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงนั้นควรจะมีทั้งด้านความเชื่อ ค่านิยมส่วนบุคคล และวิธีการปฏิบัติ (ทั้งของนักวิจัยและผู้ปฏิบัติ)

4. มีการพัฒนาความรู้หรือทฤษฎี (Theory development) ถือเป็นเป้าหมายขั้นปลายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นักวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มาจากศาสตร์สาขาต่างๆ นอกจากจะยึดแนวคิดในการวิจัยแล้ว ยังมีการประยุกต์ใช้และพัฒนาความรู้ตามปรัชญาความเชื่อทางวิชาชีพหรือในศาสตร์สาขาของตนเองด้วย นักวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถค้นพบความรู้ใหม่ ทดสอบหรือขยายความรู้ที่มีอยู่โดยการทดลองใช้กับปัญหาหรือสถานการณ์จริงตลอดจนผสมผสานกับความรู้ในท้องถิ่น (Local knowledge) ที่เกี่ยวข้องด้วย ทฤษฎีที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการถือเป็นทฤษฎีของการปฏิบัติ (Practice theory)

4.1.4 รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ฮอลเตอร์และชวอร์ตท-บาร์คอต ได้แบ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการเท่าที่มีปรากฏและใช้กันอยู่ ตามลักษณะการดำเนินการวิจัยได้เป็น 3 แบบ (พิกุล นันทชัยพันธ์. 2539; อ้างอิงจาก Holter; & Schartz-Barcott. 1993) คือ

1. ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical collaborative approach) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหา (Intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ มักมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อนรวมทั้งระบุการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ ตลอดจนแผนการปฏิบัติ (Action plan) ที่นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงนั้น ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างนักวิจัยและผู้ปฏิบัติ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสนใจการวิจัยและยินยอม ที่จะอำนวยความสะดวกและช่วยเหลือต่อการใช้แบบแผนการแก้ปัญหานั้น โดยทั่วไปการวิจัยแบบนี้ทำให้การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว อย่างไรก็ตามจึงมีข้อจำกัดในการหวังผลระยะยาว ความรู้ที่ได้จากการวิจัยวิธีนี้เป็นความรู้เชิงทำนาย (Predictive knowledge) ซึ่งช่วยตรวจสอบความตรง (Validation) และการปรับแต่งทฤษฎีที่ใช้ให้มีความชัดเจนขึ้น (วัลลา ตันตโยทัย. 2540; อ้างอิงจาก Holter; & Schartz-Barcott. 1993)

2. ดำเนินการโดยการที่อาศัยความร่วมมือและการมีเป้าหมายร่วมกัน (Mutual collaboration approach) เป็นการที่นักวิจัยและผู้ปฏิบัติร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุ และวิธีการแก้ไขที่เป็นไปได้ในสถานการณ์ที่ศึกษา จนเกิดความเข้าใจใหม่ร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุเรียกว่าทฤษฎีเฉพาะ (Local theory) ตลอดจนแผนสำหรับกระบวนการเปลี่ยนแปลง การวิจัยช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดความเข้าใจใหม่ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติของตนเองเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงมีความคงทน แต่จะเกิดขึ้นเฉพาะในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น แบบแผนการแก้ปัญห (Intervention) ที่ใช้จึงมักไม่สามารถดำรงอยู่ได้ เมื่อบุคคลที่เกี่ยวข้องออกจากระบบไป หรือมีบุคคลใหม่หลายคนเข้ามาในระบบ ความรู้ที่ได้จากการวิจัยวิธีนี้เป็นความรู้เชิงบรรยาย (Descriptive knowledge) ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาทฤษฎีใหม่ โดยในขั้นต้นผู้วิจัยอาจมีแนวคิดหรือมีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อนอย่างกว้างๆ และในขั้นตอนการวิจัยนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย (อาจเป็นผู้ป่วยหรือผู้ปฏิบัติ) จะร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือ ที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในสถานการณ์จริงๆ รวมทั้งสาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขที่อาจจะเป็นไปได้ (Possible interventions) มักเป็นการใช้วิธีการอุปมาน (Inductive approach) เป็นส่วนใหญ่ ผลที่ได้รับคือทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหา และนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่

3. คำเนินการโดยการส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อนคิดถึงปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง (Enhancement approach) มีเป้าหมาย 2 ประการ ประการที่ 1 เหมือนกับการวิจัยสองวิธีแรกที่ได้กล่าวไปแล้วคือ การลดช่องว่างระหว่างปัญหาที่ผู้ปฏิบัติประสบอยู่จริงในสถานการณ์เฉพาะ และทฤษฎีที่ใช้เพื่ออธิบายและแก้ปัญหานั้น ประการที่ 2 เป็นเป้าหมายที่สูงกว่า คือการช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติมีความสามารถในการค้นหาปัญหาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นรากฐาน (Foundamental problems) โดยปลูกกระตุนการรู้สติ (Consciousness) ของกลุ่ม นักวิจัยช่วยผู้ปฏิบัติให้สะท้อนการปฏิบัติของตนเองอย่างลึกซึ้ง จนเกิดการเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงความแตกต่างระหว่างข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ของการปฏิบัติที่มีกำหนดไว้ และหลักเกณฑ์ที่ไม่ได้มีการกำหนดไว้ แต่เป็นสิ่งที่กำกับการปฏิบัติที่เป็นอยู่ สนับสนุนและเอื้ออำนวยต่อการร่วมกันอภิปราย ถกเถียง ของกลุ่มผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหา ข้อตกลงเบื้องต้นทั้งในระดับเฉพาะตัวบุคคล และระดับวัฒนธรรมองค์กร ตลอดจนข้อขัดแย้งที่สามารถเกิดขึ้นได้ ทำให้รู้ถึงระบบค่านิยม รวมถึงบรรทัดฐาน และข้อขัดแย้งซึ่งอาจมีอยู่ในแก่นของปัญหา ความร่วมมือระหว่างนักวิจัยและผู้ปฏิบัติดังกล่าว ช่วยให้ได้ทฤษฎีเฉพาะ (Local theory) และมีการสร้างวัฒนธรรมการปฏิบัติใหม่ ซึ่งมีแบบแผนการปฏิบัติและความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเชิงทฤษฎีที่เป็นสิ่งใหม่ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความถาวร ความรู้ที่ได้จากการวิจัยวิธีนี้ มีทั้งความรู้เชิงบรรยายและความรู้เชิงทำนาย (Descriptive and predictive knowledge) (วัลลา ตันตโยทัย. 2540; อ้างอิงจาก Holter; & Schartz-Barcott. 1993)

4.1.5 ข้อคำนึงของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยองค์ประกอบที่มีความสำคัญพอสรุปได้เป็นส่วนต่างๆ ดังนี้ (วัลลา ตันตโยทัย. 2540)

1. หน่วยที่ถูกรู้จัก (Object) ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือการปฏิบัติ (Practice) ซึ่งในทัศนะของนักวิจัยเชิงปฏิบัติการ การปฏิบัติคือการกระทำอย่างรอบรู้และมีข้อผูกมัด (Informed committed action) เรียกว่า “แพรกซิส” (Praxis) แพรกซิสเกิดขึ้นจากพันธะของผู้ปฏิบัติในการปฏิบัติอย่างรอบคอบและชาญฉลาด ถูกกำหนดโดยทฤษฎีระดับปฏิบัติ (Practice theory) และในทางกลับกัน การปฏิบัตินั้นก็จะเป็นสิ่งกำหนดและเปลี่ยนรูป (Transform) ทฤษฎีดังกล่าวด้วยการปฏิบัติ จึงไม่ได้เป็นเพียงพฤติกรรม แต่เป็นการกระทำที่มียุทธศาสตร์ (Strategic action) เกิดขึ้นด้วยพันธะในการตอบสนองต่อบริบทของการกระทำที่เป็นปัญหาในขณะนั้นทันที ผู้ปฏิบัติจะเป็นผู้ที่เข้าใจพันธะและทฤษฎีที่กำหนด “แพรกซิส” จึงมีเพียงผู้ปฏิบัติเท่านั้นที่สามารถศึกษา “แพรกซิส” ได้ (วัลลา ตันตโยทัย. 2540; อ้างอิงจาก Kemmis. 1988) การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นการวิจัยการปฏิบัติของตนเอง

2. นักวิจัยเชิงปฏิบัติการ ลงมือปฏิบัติชุดของการกระทำอย่างจงใจ ติดตาม ตรวจสอบ (Monitor) การปฏิบัติ เหตุการณ์แวดล้อม และผลที่ตามมาจากการปฏิบัตินั้น แล้วสร้างความหมายใหม่ (Reconstruction) แก่การปฏิบัติที่ผ่านมาโดยทวนรำลึกย้อนหลัง เพื่อเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติในอนาคต วิธีการเช่นนี้ทำให้เกิดความรู้ ซึ่งความรู้นี้จะกำหนดและปรับแต่งการวางแผน การปฏิบัติและทฤษฎีระดับปฏิบัติของผู้นั้นให้ดีขึ้นได้ (วัลลา ตันตโยทัย. 2540; อ้างอิงจาก Kemmis. 1988) การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นหนทางของการพัฒนาความรู้เชิงวิชาชีพ (Professional knowledge) อย่างมีระบบ และยังเป็นหนทางของการพัฒนาการปฏิบัติโดยการวิจัย เนื่องจากในกระบวนการวิจัยจะมีการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติปรับปรุงแก้ไขจนได้แนวทางการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและนำไปใช้ได้จริง

3. ความมีระเบียบเคร่งครัด (Rigour) ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ได้เกิดจากเทคนิคที่ใช้เก็บและวิเคราะห์ข้อมูล หรือเทคนิคที่ใช้เพื่อให้การวัดตัวแปรมีความเที่ยงและความตรงหรืออำนาจการทดสอบ แต่เกิดจากการแปลความในการสร้างความหมายใหม่ ขณะสังเกตและสะท้อนการปฏิบัติ และการอ้างเหตุผลสนับสนุนการวางแผนและการปฏิบัติในกาลภายหน้าอย่างสอดคล้องเหมาะสมทั้งเหตุผลตามตรรกวิทยา ข้อเท็จจริงและการเมือง ได้ (วัลลา ตันตโยทัย. 2540; อ้างอิงจาก Kemmis. 1988) การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นการวิจัยแบบทดลอง ซึ่งนักวิจัยเฝ้าติดตามและจัดกระทำกับการปฏิบัติบางอย่างในสภาพความเป็นจริง โดยได้ตั้งสมมติฐานเพื่อตอบคำถามว่าการปฏิบัติที่คาดหวังจะบรรลุผลสำเร็จได้อย่างไร การอ้างอิงผลการวิจัยไปยังสถานการณ์ทั่วไป อาศัยความรู้ทางสังคมศาสตร์ แทนที่จะใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็นและสถิติเหมือนการวิจัยแบบทดลองหรือสำรวจที่เป็นเชิงปริมาณ ได้ (วัลลา ตันตโยทัย. 2540; อ้างอิงจาก Titchen; & Binnie. 1994)

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methods of data collection) สำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นไม่จำเป็นต้องอาศัยวิธีการใดเป็นพิเศษ แต่จะต้องใช้ทุกๆ วิธีด้วยกัน เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การบันทึกเหตุการณ์ และการทดลองปฏิบัติในสภาพการณ์จริงโดยไม่ต้องมีการควบคุมหรือจัดกระทำใดๆ (พิกุล นันทชัยพันธ์. 2539; อ้างอิงจาก Argyris; et al. 1985)

5. ความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้น กรีนวูด (พิกุล นันทชัยพันธ์. 2539; อ้างอิงจาก Greenwood. 1984) กล่าวว่า โดยวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นการรับรู้ของผู้ร่วมวิจัย (รวมทั้งผู้ถูกศึกษา) ก็ถือได้ว่ามีความตรง (Face validity) แล้ว ทั้งความตรงและความเชื่อมั่นจึงได้มาจากการตรวจสอบความหมายที่ตรงกันของผู้ร่วมวิจัยนั่นเองเนื่องจากนักวิจัยเชิงปฏิบัติการมุ่งแสวงหาผลการศึกษาที่สามารถใช้ได้ตามธรรมชาติ (Naturalistic generalization) กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบไม่จำเป็นสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แต่การเปรียบเทียบจะกระทำภายในแต่ละบุคคลหรือภายในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยการวิเคราะห์ความ

เปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม (พิบูล นันทชัยพันธ์. 2539; อ้างอิงจาก Webb. 1989)

โดยสรุปจะเห็นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ โดยการร่วมมือซึ่งกันและกัน มีการดำเนินการที่มีเป้าหมายร่วมกันและส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อนคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น สามารถกระทำได้หลายวิธีด้วย และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง จากลักษณะต่างๆ ที่กล่าวข้างต้น จึงมีความเหมาะสมที่จะนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการดำเนินการครั้งนี้ เนื่องจากเป็นวิธีการที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมดำเนินการอย่างเต็มที่โดยทำให้เกิดการประสานความร่วมมือซึ่งกันและกัน มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหที่เกิดจากการปฏิบัติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และมีการพัฒนาความรู้หรือทฤษฎี ซึ่งถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการวิจัย

4.2 การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในอีกรูปแบบที่มีจุดขึ้นในการสร้างพลังอำนาจให้แก่ประชาชน (empowerment) ด้วยกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (participatory) ผ่านวิธีการวิจัยเพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพ (transformation) ของบุคคลและสังคม เป็นการหล่อหลอมรวมแนวทางการวิจัยอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Research) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และ การวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative Research) เข้าด้วยกัน จึงสอดคล้องกับการพัฒนางานสาธารณสุข

4.2.1 ความหมายของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีผู้ให้ความหมายดังนี้

พันธุ์ทิพย์ รามสูตร (2540: 31) กล่าวว่า การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบของการวิจัยที่ประชาชนผู้เคยเป็นประชากรที่ถูกวิจัย กลับบทบาทเปลี่ยนเป็นผู้ร่วมทำการวิจัย โดยการมีส่วนร่วมนั้นต้องมีตลอดกระบวนการวิจัย นับตั้งแต่การเริ่มต้นว่าควรจะต้องมีการเริ่มศึกษาวิจัยในชุมชนนั้นๆหรือไม่ การประมวลเหตุการณ์ หลักฐาน และข้อมูลเพื่อกำหนดปัญหาวิจัย การเลือกระบุประเด็นปัญหา การสร้างเครื่องมือ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำเสนอสิ่งที่ค้นพบ จนกระทั่งการกระจายความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปสู่การลงปฏิบัติ เช่นเดียวกับ เฉิดศักดิ์ ชุมนุช (2540: 31) กล่าวว่า เป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นให้มีการปฏิบัติ การแก้ปัญหาในขณะปฏิบัติการ ที่มีการค้นหาความจำเป็นและความต้องการวิธีการตลอดจนการยอมรับในกระบวนการแก้ปัญหาจากทุกคนที่มีส่วนร่วมได้เสีย สอดคล้องกับกมล สูดประเสริฐ (2540: 8) ที่กล่าว PAR คือการวิจัยค้นคว้าแสวงหาความรู้ตามหลักการของการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์แบบเดิม ๆ ต่างกันแต่เพียงว่า PAR นั้นมีวัตถุประสงค์มุ่งไปที่การแก้ปัญหาในการพัฒนา และเป็นการวิจัยที่ดำเนินไปด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนผู้ร่วมงาน รวมทั้ง

เป็นกระบวนการวิจัยและในการมีส่วนร่วมใช้ประโยชน์ของการวิจัยซึ่ง อมรวิชช์ นาครทรรพ และ ดวงแก้ว จันทร์สระแก้ว (2541: 3) กล่าวถึง PAR ว่าเป็นกระบวนการวิจัยที่พยายามศึกษาชุมชนโดยเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาหาแนวทางในการแก้ปัญหา วางแผนดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา ปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผล ทั้งนี้ในการวิจัยทุกขั้นตอน ชาวบ้าน หรือสมาชิกของชุมชนนั้น ๆ จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

นักวิชาการต่างประเทศได้กล่าวถึงการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมว่าเป็นกระบวนการวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการวิจัยตลอดกระบวนการวิจัย เริ่มจากการประมวลเหตุการณ์ และข้อมูลเพื่อกำหนด ปัญหาวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลความหมาย การเสนอข้อมูล และสิ่งค้นพบ ตลอดจนการนำข้อค้นพบจากการวิจัยไปสู่การปฏิบัติ เทคนิคในการวิจัยนี้จะช่วยลดความห่างเหินระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และกลุ่มตัวอย่าง ก่อให้เกิดความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด (Reason, 1988: 261 – 291; Laine, 2000: 107 – 108)

กล่าวโดยสรุปการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง รูปแบบของการวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างที่ถูกวิจัยมีบทบาทเป็นผู้ร่วมในการวิจัยตลอดกระบวนการวิจัย นับตั้งแต่การประมวลเหตุการณ์ หลักฐานและข้อมูลเพื่อกำหนดปัญหาวิจัย การเลือกระบุประเด็นปัญหา การสร้างเครื่องมือการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลความหมาย ตลอดจนการเสนอสิ่งค้นพบ จนกระทั่งการนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปสู่การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชน โดยชุมชนนั้น

4.2.2 หลักการสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการสร้างความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นจากภูมิปัญญาของชุมชนเพื่อหาทางแก้ปัญหาในการดำรงชีวิต ผู้ร่วมวิจัยจึงต้องให้ความสำคัญและเคารพต่อภูมิปัญญาของชุมชน โดยยอมรับว่าชุมชนมีความรู้ และมีการสร้างความรู้ของตนเอง ไม่นำประสบการณ์จากภายนอกของตนไปชี้แนะให้กับชาวบ้านโดยตรง ควรส่งเสริมให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของเขา และแสดงความคิดเห็นอย่างเสรี ในการมองปัญหาของชุมชน การวิเคราะห์ปัญหาตลอดจนแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

4.2.3 กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กระบวนการของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

พรรณทิพย์ รามสูตร (2540: 42 – 43) ได้กล่าวถึงกระบวนการของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่

1. เตรียมชุมชน เพื่อที่จะให้ชุมชนมีความพร้อมในการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย เช่น การส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจร่วมกันของชุมชน ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

2. อบรมผู้วิจัยร่วมจากชุมชน ในฐานะผู้วิจัยท้องถิ่นให้มีความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ในท้องถิ่น การสนับสนุนและมนุษยสัมพันธ์

3. กำหนดรูปแบบวิจัย ผู้วิจัยท้องถิ่นจะร่วมกันกำหนดรูปแบบการวิจัย เช่น การแตกปัญหาทั่วไปที่ชุมชนเลือกแล้วลงเป็นปัญหาย่อย ๆ ที่สามารถจะทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาได้ทีละส่วน

4. ลงมือเก็บข้อมูล โดยผู้ที่ได้รับการอบรมวิธีการเก็บข้อมูลมาแล้ว

5. ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ทีมผู้วิจัยท้องถิ่นจะร่วมกันประมวลผลข้อมูลและสรุปข้อมูลวิเคราะห์ว่าเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น

6. หาหรือผลการค้นพบกับชุมชน เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา สอนให้ชุมชนได้ตรวจสอบและแก้ไขความถูกต้อง ตลอดจนทำการวิเคราะห์สรุปประเด็น และตัดสินใจร่วมกัน

7. วางแผนชุมชน โครงการที่ทีมวางแผน จะต้องนำมาปรึกษากับชุมชนก่อน เพื่อให้ชุมชนตรวจสอบก่อนนำไปเสนอต่อองค์กรที่เกี่ยวข้อง

8. นำแผนไปปฏิบัติ โดยการระดมทรัพยากร ทั้งบุคคลและงบประมาณ ตลอดจนองค์กรประชาชนในชุมชนมาร่วมในการปฏิบัติตามแผน

9. ติดตามกำกับและประเมินผลในชุมชน โดยผู้ร่วมวิจัยและชุมชนร่วมกัน

นอกจากนี้ นอมริช นาคทรพ และดวงแก้ว จันทรสระแก้ว (2541: 8 – 11) ได้กล่าวถึงขั้นตอนในการทำวิจัยแบบ PAR ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ “ประสานพื้นที่” ในขั้นตอนนี้มีงานต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยต้องทำ ดังนี้

1.1 เริ่มจากการคัดเลือกชุมชน โดยผู้วิจัยต้องสำรวจและศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของชุมชนทุกด้านควรรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ต่อจากนั้นจึงตัดสินใจเลือกชุมชนที่มีความเหมาะสม และมีปัญหาที่สามารถดำเนินการวิจัยได้

1.2 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน เพื่อสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องสร้างความไว้วางใจและเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน

2. ขั้นตอนลงมือวิจัย “ใส่ใจกระบวนการชุมชน” ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชน ตลอดจนการประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนนั้น ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชน เกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นับตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา การประเมินความต้องการของชุมชน ฯลฯ

2.2 การกำหนดปัญหา ในเบื้องต้นอาจพบว่าชุมชนมีปัญหาและมีความต้องการที่หลากหลาย แต่เมื่อถึงขั้นดำเนินการเพื่อแก้ปัญหา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเลือกและกำหนดปัญหา มีการลำดับความสำคัญของปัญหา ในขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการอภิปรายแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจในการเลือกและกำหนดปัญหา

2.3 การร่วมกันออกแบบการวิจัย เริ่มจากการกำหนดวัตถุประสงค์ การกำหนดวิธีการติดตามประเมินผล โดยการสังเกต สัมภาษณ์ หรือใช้การอภิปรายกลุ่ม ใครจะรับผิดชอบเก็บข้อมูลในเรื่องอะไร ฯลฯ

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ในขั้นตอนนี้ควรจะเป็นผู้ที่อ่านออกเขียนได้ เมื่อมีการวิเคราะห์ข้อมูลจะทำให้สมาชิกของชุมชนทราบสถานการณ์ของปัญหา ว่ามีขนาดและความรุนแรงมากน้อยเพียงใด อะไรคือสาเหตุของปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นมีอะไรบ้าง ใครได้รับผลกระทบหรือได้รับความเดือนร้อนจากปัญหานั้น

2.5 การนำเสนอข้อมูลต่อที่ประชุมของชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้ทราบและเป็นการตรวจสอบร่วมกันดูความถูกต้องของข้อมูล และเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมอันจะเป็นประโยชน์ต่อการนำผลวิจัยไปใช้ในการจัดทำแผนงานหรือโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา

3. ขั้นพัฒนา “มุ่งแก้ปัญหาชุมชน” ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

3.1 กำหนดโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา

3.1.1 กำหนดโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา

3.1.2 กำหนดโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา

3.2 การติดตามและประเมินผล ถือว่าเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อดูปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ว่ามีอะไรบ้างที่ต้องแก้ไข โครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินไปตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ ในขั้นตอนนี้สมาชิกของชุมชนยังมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลโครงการ

กล่าวโดยสรุป ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีรายละเอียดที่ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงค่อนข้างมาก และการทำงานแต่ละขั้นจะเป็นวงจรที่มีความต่อเนื่อง ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการต่อเนื่องเริ่มจากการศึกษาถึงเครือข่ายทางด้านสุขภาพในชุมชนในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ SWOT analysis เพื่อประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ตลอดจนหาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลให้ประสบความสำเร็จ เริ่มจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเจตคติต่อเครือข่ายในการปฏิบัติงานเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ (การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ) และมนุษยสัมพันธ์ในการทำงาน มีการวางแผนปฏิบัติงานร่วมกัน โดยการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือกันปฏิบัติงานในชุมชน เริ่มจากการศึกษาสภาพปัญหาในชุมชน โดยการสำรวจข้อมูลสุขภาพประจำครอบครัว การวิเคราะห์ปัญหา การจัดกิจกรรมร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหา การประเมินผล นำไปสู่การรายงานสิ่งที่เกิดขึ้นแก่ชุมชนอันเป็นขั้นตอนแรก เพื่อแสวงหาแนวทางร่วมกันในการพัฒนางานนั้น ๆ โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนก่อน

ดำเนินการวิจัย 2) ขั้นตอนดำเนินการวิจัย จากการวิเคราะห์ปัญหาในชุมชน นำไปสู่กระบวนการแก้ไข ปัญหาอย่างต่อเนื่อง การวิจัยดังกล่าวจึงต้องอาศัยเทคนิคต่าง ๆ ที่สำคัญในการวิจัยดังนี้

4.2.4 เทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เป็นการวิจัยที่มากกว่าวิจัยคุณภาพ เพราะมีการจัดกิจกรรมร่วมด้วย ส่วนเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยปฏิบัติการแบบมีกว่าการวิจัยคุณภาพ เพราะมีการจัดกิจกรรมร่วมด้วย ส่วนเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่สำคัญประกอบด้วย การศึกษาสภาพของชุมชน การสัมภาษณ์ระดับลึก (In – depth interview) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสังเกต (Observation) มีรายละเอียดดังนี้

1. การศึกษาสภาพปัญหาในการปฏิบัติงาน ด้วยการวิเคราะห์สวอท (SWOT analysis) ได้แก่การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ในการปฏิบัติงาน ซึ่งเดวิส (Davis. 1997 : 9 – 10) กล่าวถึง SWOT analysis ว่าเป็นเทคนิคที่ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อการปฏิบัติงานเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ ปัจจัยที่ถูกควบคุมภายในองค์กรทำให้เกิดจุดแข็ง และจุดอ่อนในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การวิเคราะห์จุดแข็ง (Strength : S) และจุดอ่อน (Weakness : W) ส่วนปัจจัยภายนอกที่มีส่วนสนับสนุนให้งานประสบความสำเร็จหรือส่งผลกระทบ ก็คือ โอกาส (Opportunity : O) และอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน (Threat : T)

2. การสัมภาษณ์ระดับลึก (In – depth interview) เป็นการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ และตั้งแนวคำถามกว้าง ๆ เตรียมไว้ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการ พยายามโยนเข้าหาประเด็นที่ สนใจและต้องการ ในลักษณะที่จะถามหลายคำถามในเรื่องเดียวกัน (probe) เพื่อเอาข้อเท็จจริงออกมาเฉพาะเรื่องนั้น ๆ แต่ต้องระวังไม่ให้เป็นการก้าวร้าวเกินไป เช่น ถามว่าเรื่องนี้นี้อะไร เป็นอย่างไร ท่านเข้าใจว่าอย่างไร โดยกำหนดตัวผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) ไว้เป็นการเจาะจงก่อน โดยที่ผู้วิจัยต้องมีความรู้ว่าเป็นใครคือผู้ที่สมควรไปสัมภาษณ์และมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการเป็นอย่างดี มีรายละเอียดลึกซึ้งเพียงพอ ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลนั้น ไม่ได้ดูพื้นฐานจากอายุ เพศ และผู้อาศัยอยู่ประจำในท้องถิ่น แต่ดูว่ามีความรู้เกี่ยวกับชุมชนที่หลากหลายและสามารถถ่ายทอดได้อย่างถูกต้อง ในขั้นแรกควรหาจากผู้ที่มิพบทาทที่เป็นทางการในชุมชนก่อน (Burgess. 1982: 98 – 103)

การสัมภาษณ์ สิ่งสำคัญที่ผู้สัมภาษณ์จะสามารถทำงานได้ดีคือการมีทักษะการฟังที่ดี และไม่ควรแสดงท่าทางตอบสนองหรือวิพากษ์วิจารณ์ต่อคำพูดนั้น อาจใช้สายตาแสดงความคิดเห็นได้ และควรตระหนักถึงความสำคัญในการสัมภาษณ์ 10 ประการ (Burg. 2001: 99 – 106) ได้แก่ 1) สร้างบรรยากาศด้วยไมตรีจิตที่เป็นกันเอง โดยการพูดให้น้อยที่สุด 2) จดจำเป้าหมายที่จะถามให้ดี ควรถามให้ได้ข้อมูลที่ตรงเป้าหมาย 3) ควรถามคำถามทีละประเด็นสร้างบรรยากาศของการผ่อนคลายและเป็น

ธรรมชาติ 4) แสดงความตระหนักในการฟัง 5) สถานที่ในการสัมภาษณ์ เป็นที่ ๆ ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึก สะดวกสบาย 6) พยายามคิดต่อสิ่งที่ปรากฏขึ้นในระหว่างสัมภาษณ์ว่าเกี่ยวข้องกับอย่างไร 7) ไม่พึงพอใจกับคำตอบว่าใช่ หรือไม่ใช่ ควรถามเพิ่มเติมว่าเกิดอะไรขึ้น 8) ให้ความเคารพและยอมรับว่าผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย 9) พยายามสัมภาษณ์ให้มาก และ 10) ขอบขอบคุณผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกครั้ง ที่เสร็จสิ้นการสัมภาษณ์

3. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

การสนทนากลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งในการเก็บข้อมูลคุณภาพจะมีค่าใช้จ่ายถูกกว่าการสัมภาษณ์รายบุคคลเนื่องจากใช้เวลาน้อยกว่าส่วนข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม จะมีความสอดคล้องกับการสัมภาษณ์รายบุคคลประมาณ 70% การสนทนากลุ่มเป็นการสัมภาษณ์กลุ่มเล็ก ๆ โดยให้กลุ่มมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ภายใต้การสนับสนุนของผู้ดำเนินการกลุ่ม (moderators) มีลักษณะของการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระและกว้างขวางในกลุ่มคนที่ร่วมวงกันสนทนา ซึ่งจะเลือกโดยผู้วิจัยและจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเนื้อหาสาระของเรื่องที่สนทนาอย่างดีพอ กลุ่มหนึ่ง ๆ และไม่ควรเกิน 10 คน เป็นอย่างมาก การสนทนากลุ่มจะทำให้ได้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม เจตคติ และกระบวนการคิดของบุคคลเกี่ยวกับประเด็นที่เราศึกษา ซึ่งเป็นเป้าหมายของการสนทนากลุ่ม ที่ให้ทุกคนคิดและตัดสินใจ จะได้มีความหลากหลายในการแก้ปัญหาที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งอาจจะไม่ได้คิด (Burg . 2001: 111 – 115)

4. การสังเกต (Observation)

การสังเกตเป็นวิธีนิยมใช้กันมากที่สุดและเป็นธรรมชาติมากที่สุด ในกระบวนการสังเกตจะต้องประกอบด้วยการสอบถาม (สัมภาษณ์) และบันทึกพร้อมไปด้วย การบันทึกอาจใช้เทคนิคอื่นประกอบนอกเหนือจากการจดบันทึก เช่น การบันทึกเสียง บันทึกภาพด้วยการถ่ายรูป เพื่อเสริมให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ในการวิจัยนี้ใช้การสังเกตโดยตรง (Direct observation) เป็นการสังเกตที่ผู้วิจัยเข้าไปสังเกตการณ์ระหว่างจัดกิจกรรมในชุมชน สิ่งที่ต้องสังเกตที่สำคัญ มี 6 ประการ (May. 1993: 123 – 126) ดังนี้

4.1 เวลาสังเกตการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

4.2 สถานที่ ควรบันทึกสภาพแวดล้อมคือสถานการณ์ในที่นั้น ๆ ที่ผู้วิจัยเข้าไปศึกษา

4.3 ความสัมพันธ์ของการทำงานในกลุ่มต่าง ๆ ตลอดจนดูความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและสภาพแวดล้อมทางสังคม กิจกรรม (activities) คือ เหตุการณ์ หรือกิจกรรมที่กระทำในลักษณะต่อเนื่องเป็นแบบแผนปฏิบัติอย่างเป็นกระบวนการมีขั้นตอน ซึ่งการสังเกตกิจกรรมเหล่านี้จะบ่งชี้ให้เห็นหน้าที่ สถานภาพบทบาท และความสัมพันธ์ของสมาชิกในสังคม

4.4 ภาษานอกจากผู้วิจัยจะสังเกตคำพูดและความหมายต่าง ๆ แล้ว ยังต้องสังเกตการแสดงออกทางสีหน้า ภาษากาย ความหมาย (meaning) คือการที่บุคคลให้ความหมายเกี่ยวกับการกระทำ หรือกิจกรรมซึ่งอาจเป็นความคิด ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ การรับรู้ โลกทัศน์ เกี่ยวกับกิจกรรมนั้น ๆ

4.5 สังเกตความสัมพันธ์ ความผูกพันกันของบุคคลและกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกันความสัมพันธ์ (relationship) คือ ความเกี่ยวข้องระหว่าง บุคคลต่าง ๆ ในสังคมที่ศึกษาว่ามีลักษณะเชื่อมโยงกันอย่างไร มีแบบแผนอย่างไร ในทางขัดแย้งกันหรือลงรอยกัน ซึ่งจะทำให้สามารถวิเคราะห์โครงสร้างทางสังคม และเครือข่ายทางสังคมได้

4.6 ความเป็นเอกฉันท์ในสังคม และลักษณะทางวัฒนธรรมที่บุคคลแสดงต่อกัน

4.7 วิธีการบันทึก ใช้การบันทึกทันทีที่เห็นเหตุการณ์ โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำแผนผังประกอบให้เห็นภาพพอสังเขป เพื่อช่วยในการระลึก โดยการจดสั้น ๆ ก่อน แล้วขยายความเพิ่มเติมเมื่อมีเวลาในภายหลัง พร้อมทั้งสังเกตบรรยากาศของเหตุการณ์ให้เหมาะสมกับการจดบันทึก และระมัดระวังสิ่งทีบันทึกไม่ให้เป็นที่สงสัยหรือก่ออันตราย

5. การตรวจสอบ ประมวลผล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในกระบวนการเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูล ประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล จะกระทำไปพร้อม ๆ กัน โดยไม่ต้องรอให้ขั้นตอนใดเสร็จก่อนแล้วจึงทำอีกขั้นตอนหนึ่งแต่จะทำควบคู่กันไป ดังนี้

5.1 ทำควบคู่กับการเก็บข้อมูล (ทำได้ตลอดเวลา) ในแต่ละวิธีที่ได้ข้อมูลมา เอาชุดข้อมูลมาตรวจสอบว่ามีอะไรจับคู่กันได้บ้าง เราสามารถซ่อมข้อมูลได้ ถ้าพบว่ามีข้อมูลโหว่

5.2 การสร้างข้อสมมุติฐานขณะเก็บข้อมูล เมื่อสร้างข้อสมมุติฐานต้องหาข้อมูลสนับสนุน

5.3 ผู้เก็บข้อมูล เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูล เพราะเราได้เห็นสายตารอยยิ้ม และบรรยากาศสภาพสังคมที่เกิดขึ้นเนื่องจากข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพ มักจะถูกสงสัยในประเด็นของความแม่นยำ (validity) และความเชื่อถือได้ของข้อมูล ดังนั้นจึงมีการเปรียบเทียบข้อมูล จากการสัมภาษณ์ การสังเกต จากหลักฐานการสำรวจเหตุการณ์ต่าง ๆ คือการเปรียบเทียบภายใน และการเปรียบเทียบภายนอก (Triangulations) ด้วยวิธีการ 4 ประการ (Burg, 2001: 5; citing Denzin, 1978: 295) ดังนี้

5.3.1 ข้อมูล (Data Triangulations) เพื่อดูความถูกต้องของข้อมูล จากแหล่งที่ได้มาของข้อมูลเวลา สถานที่ และบุคคล ว่าถ้าต่างสถานที่ และต่างบุคคลที่ให้ข้อมูล ข้อมูลจะแตกต่างกันหรือไม่

5.3.2 ผู้วิจัย (Investigator Triangulations) เป็นการตรวจว่าระหว่างผู้วิจัย หรือผู้ทำการเก็บข้อมูลแต่ละคน จะมีความแตกต่างในข้อมูลที่ได้มาอย่างไร

5.3.3 ทฤษฎี (Theory Triangulations) ในการตีความข้อมูล ถ้าผู้วิจัยนำหลายทฤษฎีมาอธิบายวัตถุประสงค์เดียวกัน จะทำให้ข้อสรุปจากเหตุการณ์มีความแตกต่างไปอย่างไร

5.3.4 วิธีการ (Methodology Triangulations) ถ้าใช้การสนทนากลุ่มหรือสังเกตการณ์อย่างใดอย่างเดียว จะแตกต่างจากการใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกันหรือไม่ ส่วนมากจะใช้การสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์ และใช้การวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับเชิงปริมาณในการศึกษาสำหรับงานวิจัยนี้ ใช้การเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้วิจัยที่เก็บข้อมูลในเรื่องเดียวกันและวิธีการที่ได้มาของข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยคุณภาพ ใช้วิธีการสร้างข้อสรุปจากการศึกษารูปแบบหรือข้อมูลจำนวนหนึ่งเป็นหลักไม่ใช่สถิติ แต่จะอาศัยทฤษฎีเป็นกรอบในการสรุป ผู้วิจัยจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดทฤษฎีอย่างกว้างขวางเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางที่จะตีความข้อมูลได้หลาย ๆ แบบในการวิเคราะห์แบบสร้างข้อสรุป มี 3 วิธีคือ

6.1 วิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic induction) คือวิธีตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากปรากฏการณ์รูปธรรมที่มองเห็น

6.2 วิเคราะห์โดยจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) คือการจำแนกข้อมูลเป็นชนิด ตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ที่เกิดต่อเนื่องกันไป ซึ่งอาจทำแบบที่ใช้ทฤษฎี หรือไม่ใช้ทฤษฎีก็ได้

6.3 การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant comparison) คือนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเป็นปรากฏการณ์ โดยทำเป็นตารางหาความสัมพันธ์โดยแยกแยะปรากฏการณ์ออกเป็นส่วน ๆ 6 ส่วน แล้วพิจารณาเหตุการณ์ต่าง ๆ ดังตัวอย่าง (สุภางค์ จันทวานิช, 2539 : 138) ดังนี้

เหตุการณ์/ สถานการณ์	พฤติกรรม /การ กระทำ	กิจกรรม	ความหมาย	การมี ส่วนร่วม	ความสัมพันธ์ความ เชื่อมโยง	สภาพ สังคม
1. การศึกษา สภาพปัญหา ในชุมชน	การสำรวจ ข้อมูล สุขภาพ ประจำ ครอบครัว	เจ้าหน้าที่ ร่วมกับผู้นำ ชุมชนใช้ แบบสอบถาม สัมภาษณ์ ข้อมูลสุขภาพ ประจำ ครอบครัวทุก หลังคาเรือน	เพื่อสร้างการ มีส่วนร่วม ของเจ้าหน้าที่ ทั้ง 4 สถานี อนามัย -การมีส่วน ร่วมของ เจ้าหน้าที่กับ ผู้นำชุมชน	เจ้าหน้าที่ ผู้นำ ชุมชน ประชา ชน	-กิจกรรมดังกล่าวเป็นการ กระตุ้นให้เกิดการมีส่วน ร่วมของเจ้าหน้าที่ทั้ง 4 สถานีอนามัย -ผู้นำชุมชนและประชาชน ร่วมรับรู้ข้อมูลในหมู่บ้าน เข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง รู้สึกเป็นเจ้าของร่วมแก้ไข -เข้าใจสภาพแวดล้อมและ ปฏิสัมพันธ์ของคนใน ชุมชน	ในหมู่ บ้าน ทั้ง 4 แห่ง
2.การจัด ตลาดนัด สุขภาพ	การจัด กิจกรรม ส่งเสริม การเรียนรู้ แบบมีส่วน ร่วมในการ ดูแล สุขภาพ ของ ประชาชน	การตรวจ สุขภาพของ ทุกคนที่เข้า ร่วมกิจกรรม -การเรียนรู้ จาก ฐานความรู้ เรื่องการดูแล สุขภาพ	การตรวจและ การประเมิน สุขภาพ ตนเอง -การพัฒนา เจตคติต่อการ ดูแลสุขภาพ ของ ประชาชน	เจ้าหน้าที่ ผู้นำ ชุมชน ประชา ชน	-ประชาชนมีเจตคติที่ดีต่อ การดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน -มีกลุ่มสนทนาเรื่อง สุขภาพในชุมชน และมี ความสนใจ เรื่องการกิน อยู่ของคนในชุมชน เพิ่มขึ้นจากเดิมต่างคนต่าง อยู่ -ประชาชนมีส่วนร่วมใน การแก้ไขปัญหาสุขภาพ	ใน หมู่บ้าน ทั้ง 4 แห่ง

จากตัวอย่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การศึกษาสภาพปัญหาในชุมชนเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอันดับแรก โดยการสำรวจข้อมูลสุขภาพประจำครอบครัว เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลจากสถานีอนามัยทั้ง 4 แห่ง มีการวางแผนและจัดกิจกรรมร่วมกัน การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลกับผู้นำชุมชน เกิดการกระตุ้นให้ประชาชนตื่นตัวพร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ผู้นำชุมชนและประชาชน มีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลของหมู่บ้าน ร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เข้าใจปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง ตลอดจนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าว การสำรวจข้อมูลทำให้เห็นสภาพแวดล้อมและปฏิสัมพันธ์ของคนในชุมชน

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ผ่านมา มักเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบหรือการปฏิบัติการทางการพยาบาล ผู้ปฏิบัติ (Practitioner) ในสถานการณ์ที่ศึกษาจึงมักเป็นพยาบาลหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ระดับต่างๆ มีผู้จำแนกงานวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าโดยทั่วไปมีอยู่ 2 แบบ คือ นักวิจัยอยู่ในสถานการณ์ที่ศึกษา (Insider model) และนักวิจัยอยู่นอกสถานการณ์ที่ศึกษา (Outsider model) (วัลลา ตันตโยทัย, 2540; อ้างอิงจาก Titchen; & Binnie, 1993) ซึ่งทั้งสองรูปแบบต่างก็มีข้อดีและข้อเสีย กล่าวคือในรูปแบบงานวิจัยที่นักวิจัยอยู่ในสถานการณ์ที่ศึกษา นักวิจัยต้องทำหน้าที่เป็นผู้ลงมือปฏิบัติ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงและนักวิจัยในขณะเดียวกัน แม้ว่าจะมีข้อดีในแง่ของการยื่นหยัดในการเปลี่ยนแปลงและการได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นอย่างดี แต่อาจมีปัญหาในการสะท้อนการปฏิบัติเนื่องจากนักวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของสถานการณ์ที่ศึกษา นอกจากนี้ยังต้องทำงานหนัก สำหรับรูปแบบที่นักวิจัยอยู่ภายนอก นักวิจัยไม่มีอำนาจในสถานการณ์ที่ศึกษา ไม่ได้เป็นผู้ริเริ่มหรือดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้วยตัวเอง แต่ทำหน้าที่วินิจฉัยและป้อนกลับข้อสังเกตแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย สนับสนุนผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในสถานการณ์ที่ศึกษาเท่านั้น ปัญหาสำคัญของรูปแบบนี้คือมักทำการเปลี่ยนแปลงไม่ค่อยสำเร็จหรือเปลี่ยนแปลงได้แต่ไม่ถาวร นอกจากนี้อาจมีความตึงเครียด (Tension) ระหว่างนักวิจัยและผู้ลงมือปฏิบัติเกิดขึ้นได้ เช่น เมื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยต่อต้านการเปลี่ยนแปลงที่เสนอ หรือไม่นำสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปปฏิบัติ เป็นต้น ดังนั้นทิทเชนและบินนี (วัลลา ตันตโยทัย, 2540; อ้างอิงจาก Titchen; & Binnie, 1993) จึงได้เสนอรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งผนวกข้อดีของรูปแบบที่นักวิจัยอยู่ภายในและภายนอกสถานการณ์ที่ศึกษาเข้าด้วยกัน โดยมีผู้ปฏิบัติที่เรียกว่าผู้ลงมือปฏิบัติ (Actor) ทำบทบาทของผู้นำหรือสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง (Change agent / Facilitator role) ร่วมมือกับนักวิจัยในลักษณะของพันธมิตร (Partnership) พบว่าสามารถแก้ปัญหาของรูปแบบเดิมได้ และช่วยให้การวิจัยประสบความสำเร็จ คือรูปแบบการเสริมบทบาทซึ่งกันและกัน (Double-act model) และรูปแบบการร่วมมือกันเป็นกลุ่ม (Collaborative group model) ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามรูปแบบดังกล่าว

ตามที่กล่าวข้างต้นจะพบว่า งานวิจัยเป็นจำนวนมากที่นำการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ดำเนินการในลักษณะใกล้เคียงกัน และโดยส่วนใหญ่เน้นในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน และเพื่อให้เห็นลักษณะงานวิจัยอย่างเด่นชัด จึงขอยกตัวอย่างโดยละเอียด เช่น งานวิจัยของอุทัยทิพย์ เครือละม้าย และณัชฎา ตาลกิจกุล (2542: 67-71) ได้ศึกษาและพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุข โดยองค์การชุมชนในเขตเมือง เพื่อพัฒนากระบวนการและส่งเสริมให้เกิดรูปแบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุขโดยองค์การชุมชนในเขตเมือง โดยเลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเจาะจงใน 2 ชุมชน คือ ชุมชนโชคดี เทศบาลตำบลแสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี และชุมชนวัดจันทร์ เทศบาลตำบลบางกรวย อ.บางกรวย จ.นนทบุรี แบ่งขั้นตอนการศึกษาและดำเนินการในโครงการ

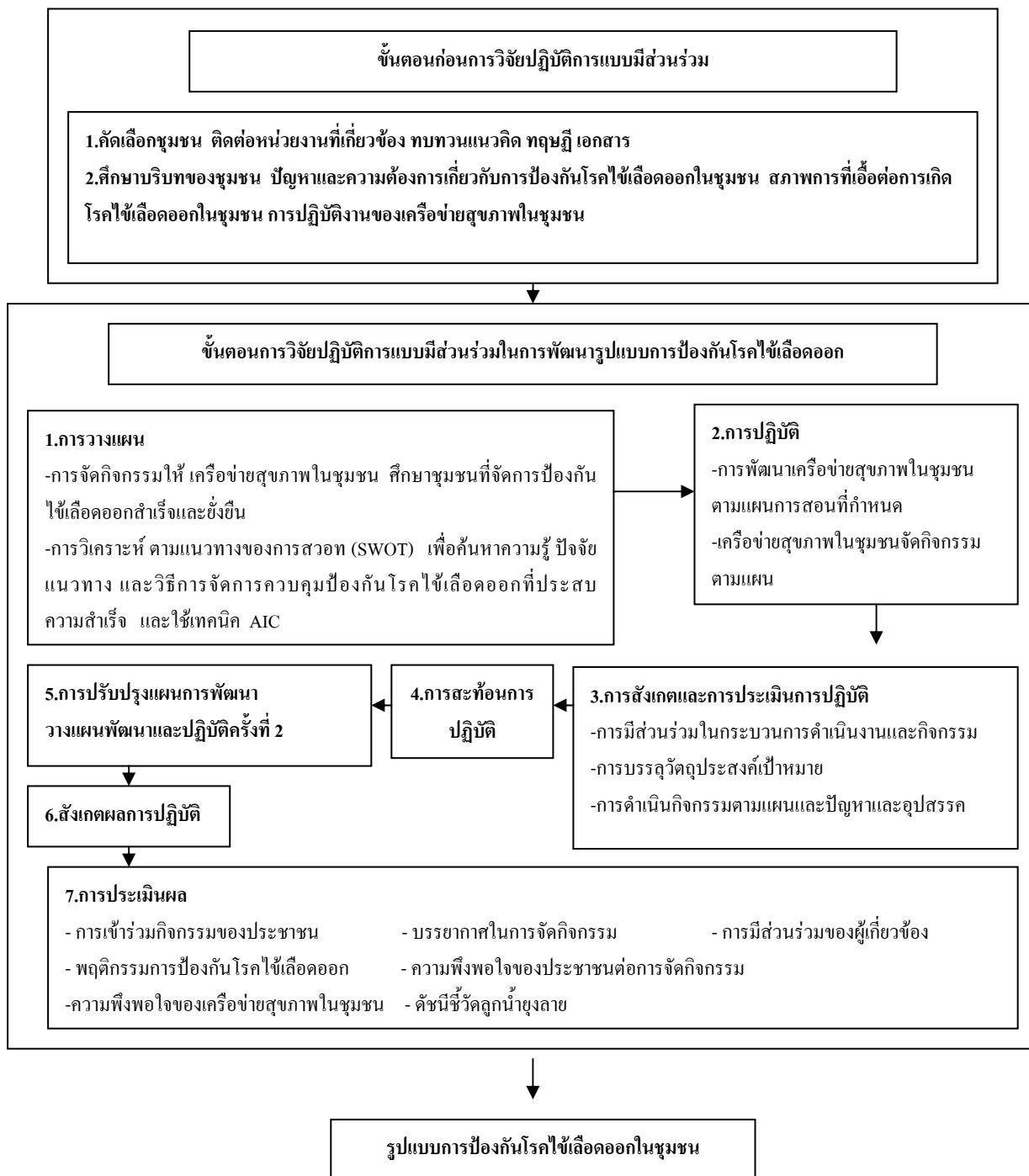
เลือกใช้กระบวนการสร้างเป็น 3 ขั้นตอน คือ การศึกษาสถานการณ์และเตรียมชุมชน สร้างกระบวนการเรียนรู้และแนวคิด การปฏิบัติตามแผน และประเมินผล ผู้ศึกษาใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ การประเมินผลของโครงการฯ มุ่งประเมินใน 3 ประเด็น คือ 1) จิตสำนึกรับผิชอบในระดับบุคคล องค์กร และชุมชน จากการศึกษาพบว่าในระดับบุคคลนั้น ความภาคภูมิใจในตนเองของกลุ่มแกนนำการพัฒนามีค่าสูงขึ้น ส่วนระดับองค์กร/กลุ่ม ชุมชน โชคดีกลุ่มแกนนำการพัฒนาพร้อมตัวเพื่อดำเนินกิจกรรมตามแผนได้ไม่เต็มที่ ผลการเปลี่ยนแปลงระดับชุมชนในชุมชน โชคดีจึงเห็นผลค่อนข้างน้อย ในขณะที่ชุมชนวัดจันทร์ การรวมตัวของกลุ่มแกนนำการพัฒนาค่อนข้างเข้มแข็งและขยายวงกว้างขึ้นอีกระดับในชุมชนคือสามารถหาแนวร่วมการพัฒนาเพิ่มขึ้นได้อีก ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น 2) ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ชุมชนได้วางไว้ ชุมชน โชคดีสามารถดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ได้ในเรื่องการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยส่งเสริมการเล่นกีฬาโดยทำเรื่องขอสนับสนุนสนามกีฬาจากทางเทศบาล สำหรับชุมชนวัดจันทร์สามารถดำเนินการคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการชุมชนได้เป็นที่เรียบร้อย คณะกรรมการชุมชนมีการดำเนินการร่วมกับแกนนำการพัฒนาในการพัฒนาชุมชนได้เป็นอย่างดี จนเกิดผลการพัฒนาที่เห็นเป็นรูปธรรมคือ ร่วมกับชุมชนจัดสร้างที่อ่านหนังสือสำหรับชุมชนด้วยทรัพยากรของชุมชนเอง ร่วมกันรณรงค์ความสะอาดกำจัดขยะซึ่งสะสมมานาน มีการร่วมมือกับเทศบาลในการรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออก รณรงค์ให้เยาวชนเล่นกีฬาต่าง ๆ 3) ผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินโครงการ จากการดำเนินโครงการนี้ก่อให้เกิดผลกระทบ คือ เกิดแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยเฉพาะในชุมชนวัดจันทร์ นอกจากนี้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มแกนนำการพัฒนาบนพื้นฐานประสบการณ์จริงของชุมชน และที่สำคัญเกิดภาวะผู้นำรวมทั้งเกิดผู้นำทั้งโดยการแต่งตั้งและผู้นำทางธรรมชาติที่ร่วมกันพัฒนาชุมชน จะเห็นว่าการใช้งานวิจัยเชิงปฏิบัติการในการดำเนินการวิจัยสามารถนำมาแก้ไขปัญหายาในชุมชนได้เป็นอย่างดี และยังทำให้เกิดภาวะผู้นำขึ้นอีกด้วย งานวิจัยดังกล่าวนับว่าเป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินการวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

นอกจากนี้การศึกษาของพรทิพย์ ทยานันท์ (2544) ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการงานส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการประเภทเสื้อผ้าและเครื่องนุ่งห่มในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยทำการสำรวจข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบสาธารณสุข ในสถานประกอบการสิ่งทอ 30 แห่ง พบว่าพนักงานมีความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพน้อยและยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องอันนำมาสู่ความเจ็บป่วย ส่วนสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการยังมีสภาพที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี เขาได้ทำการวิจัยพัฒนาระบบการบริหารจัดการโดยใช้รูปแบบการบริหารเชิงระบบ (System approach) ภายใต้งานมีส่วนร่วมของพนักงานทุกระดับ ตั้งแต่การวิเคราะห์

สถานการณ์ การตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินการ การประเมินผล และการให้ข้อมูลป้อนกลับ โดยใช้กระบวนการเอไอซี (Appreciation Influence Control หรือ AIC) ผลการวิจัยพบว่าพนักงานมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ จัดทรัพยากร จัดองค์กร จัดสรรงบประมาณ และจัดบริการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในการดำเนินงานของพนักงานและสามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยกระบวนการวิจัยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ติดเชื้อในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การประเมินความต้องการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความบกพร่องในการดูแลตนเอง การค้นหาปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การค้นหาวิธีและการลงมือกระทำเพื่อจัดการกับปัจจัยเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน และใช้ระบบการจัดการเป็นรายกรณี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบมี 6 หมวดที่เป็นบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ และพบพฤติกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง และผลการประเมินโครงการพบว่าเป็นที่น่าพอใจ โดยภายหลังโครงการพบว่าผู้ติดเชื้อมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น มีอาการเจ็บป่วยน้อยลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

แนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) 5 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกตและประเมินการปฏิบัติ 4) การสะท้อนการปฏิบัติ และ 5) การปรับปรุงแผนพัฒนา โดยการคัดเลือกพื้นที่และศึกษาริบทของชุมชนร่วมกับชุมชน ใช้เทคนิคการวิเคราะห์สวอต (SWOT) และเทคนิคเอไอซี (AIC) เป็นรูปแบบดำเนินการสร้างกิจกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ให้เกิดการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อหาแนวทางในการการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร โดยมีการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง
2. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ คือ เครือข่ายสุขภาพในชุมชน จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จาก 16 ชุมชน จำนวน 16 คน
2. กลุ่มชมรมทางด้านสุขภาพต่างๆในชุมชน จำนวน 4 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนก่อนการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และขั้นตอนดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้ ดังนี้

1. ขั้นตอนก่อนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมก่อนการวิจัย ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลนาชะอังและสถานีอนามัยตำบลนาชะอัง จังหวัดชุมพรคัดเลือกชุมชนที่จะทำวิจัยเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกติดต่อกัน 3 ปีซ้อนหลัง มีดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลายมากกว่า ร้อยละ 10 และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครบทุกชุมชน รวมทั้งมีชมรมทางด้านสุขภาพ

1.2 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสถานีอนามัยตำบลนาชะอัง และ องค์การบริหารส่วนตำบลนาชะอัง เพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลายของพื้นที่ ชมรมทางด้านสุขภาพในชุมชน ขอรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง รายชื่อประธานชมรมทางด้านสุขภาพ ของ หมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง และขอสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับผู้ให้ข้อมูลหลักในประเด็นเกี่ยวกับบริบทของชุมชน ปัญหา ความต้องการในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สภาพการที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประธานชมรมด้านสุขภาพ และดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลาย ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

1.3 ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดทฤษฎี เอกสาร และรายงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

1.4 ผู้วิจัยลงสำรวจพื้นที่และแนะนำตนเองกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง ประธานชมรมทางด้านสุขภาพ คือ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมรักษ์สุขภาพ ชมรมแอร์โรบิก และชมรมผู้สูงอายุ และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลของ หมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมทั้งสร้างความสัมพันธ์และขอสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ

1.5 ผู้วิจัยจัดประชุมให้กับผู้ร่วมวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประธานชมรมผู้นำสุขภาพ ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมรักษ์สุขภาพ ชมรมแอร์โรบิก และชมรมผู้สูงอายุ และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลของ หมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และสอบถามข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

2. ขั้นตอนดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยดำเนินกิจกรรมการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

2.1 การวางแผน ผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย วางแผนดำเนินการพัฒนาการป้องกันโรคไข้เลือดออก คือ

2.1.1 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้ร่วมวิจัยศึกษาชุมชนอื่นที่ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพื่อเทียบเคียง และค้นหาเทคนิควิธีการจัดการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้มีความดีเนื่องและยั่งยืน

2.1.2 การพัฒนาองค์ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไข้เลือด คือ พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าศึกษารวมประจำโรงพยาบาลชุมพร ร่วมกับนักวิชาการสาธารณสุข ประจำศูนย์ควบคุมโรคนำโดยแมลงที่ 11.4 จังหวัดชุมพร

2.1.3 ศึกษาศักยภาพในการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชนด้วยเทคนิคการจัดสนทนากลุ่ม และเทคนิคการวิเคราะห์สวอต (SWOT) โดยการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม เพื่อค้นหาความรู้ ปัจจัย แนวทาง และวิธีการจัดการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ

2.1.4 การใช้เทคนิค เอไอซี เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยมีความรู้และเข้าใจต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนอันจะนำไปสู่การสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการทำงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1.4.1 การวิเคราะห์สภาพการณ์และการกำหนดอนาคต (Appreciation : A) แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนย่อย คือ

A1 คือ การวิเคราะห์สภาพปัจจุบันของปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยการวาดภาพและการสนทนากลุ่ม ร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม

A2 คือ การกำหนดอนาคตหรือภาพที่พึงประสงค์ในการพัฒนา ว่าต้องการให้ปัญหาการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร โดยให้ผู้ร่วมวิจัยจินตนาการอย่างเสรี โดยการวาดภาพ และการสนทนากลุ่มร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม

2.1.4.2 การกำหนดแนวทางและการวางแผนแก้ไขปัญหา หรือ การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนย่อย คือ

I1 คือ การคิดค้นกิจกรรมและแผนงาน โครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามภาพที่พึงประสงค์ โดยผู้วิจัยกำหนดประเด็นคำถาม แล้วให้กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนได้นำเสนอโดยการเขียนใส่กระดาษ และรวบรวมเป็นของกลุ่ม หลังจากนั้น นำเสนอในภาพรวม และให้กลุ่มอภิปรายและนำเสนอเพิ่มเติม และกำหนดเป็นโครงการและกิจกรรมย่อย

I2 คือ การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมและแผนงาน โครงการ โดยกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ร่วมกันอภิปรายและนำเสนอตามหลักของความรุนแรง สภาพปัญหาที่เป็นอยู่ และโอกาสการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้

2.1.4.3 การสร้างแนวทางปฏิบัติหรือการปฏิบัติตามแผน (Control: C) แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนย่อย คือ

C1 คือ การแบ่งความรับผิดชอบตามแผนงานโครงการที่ได้ร่วมกันสร้างขึ้นมา กลุ่มเครือข่ายแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม และมอบหมายกิจกรรมให้ระดมความคิดถึงวิธีการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ ให้ประสบผลสำเร็จ แล้วแต่ละกลุ่มนำเสนอเพื่อให้กลุ่มใหญ่ทั้งหมดได้อภิปรายและระดมความคิด นำเสนอเพิ่มเติมเพื่อให้กิจกรรมเหล่านั้นสมบูรณ์ขึ้น

C2 คือ การตกลงรายละเอียดของการดำเนินงาน โดยกลุ่มเครือข่ายกำหนดบทบาทหน้าความรับผิดชอบจากกิจกรรมที่ได้จากขั้นตอน C1 เพื่อเตรียมการดำเนินการปฏิบัติจริง

2.1.5 กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน นำเสนอแผนงาน โครงการแก่ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยชายะอั้ง เพื่อได้รับทราบรายละเอียดของแผนงาน โครงการ และเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยชายะอั้ง ได้นำเสนอ ข้อเสนอแนะ รวมทั้งการสนับสนุนกิจกรรมโครงการดังกล่าว

2.1.6 การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยมุ่งเน้นให้กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนได้มีความมั่นใจในตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีบุคลิกภาพที่ดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี กล้าแสดงออกและติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น รวมทั้งการจัดการเรื่อง ความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งในชุมชน และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยเชิญวิทยากรที่มีความรู้ ความสามารถและเชี่ยวชาญโดยเฉพาะมาจำนวน 3 คน ซึ่งผู้วิจัยก็เป็นวิทยากรในกิจกรรมครั้งนี้ด้วย

2.2 การปฏิบัติการ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย พัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชนตามแผนการ สอนที่กำหนดจากขั้นตอนการวางแผนและดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกตามแผน

2.3 การสังเกต ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยสังเกตและประเมินการดำเนินงาน การบรรลุ วัตถุประสงค์ของโครงการต่างๆ และ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยการสังเกต ติดตาม บรรยายภาพของการจัดกิจกรรม การพูดคุย สัมภาษณ์กลุ่มเครือข่าย ประชาชนในชุมชน หมู่ที่ 8 ตำบล นาชะอั้ง และผู้นำชุมชน การรวมทั้งการสำรวจดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายในชุมชนทั้งก่อน ดำเนินการและหลังดำเนินการแผนงานโครงการแล้ว

2.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีอนามัยชายะอั้ง ร่วมกันวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนิน กิจกรรมที่ผ่านมา โดยการประชุมกลุ่ม ระดมความคิด การอภิปราย ถึงการทำงานการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของแต่ละกิจกรรม แผนงาน โครงการได้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่กำหนดขึ้น ร่วมกับ ผลจากการสัมภาษณ์ประชาชนในชุมชน ผลการสังเกตการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง และผลการ สัมภาษณ์ความชุกของลูกน้ำยุงลายในชุมชน นำผลทั้งหมดมาสรุปผลการดำเนินงานป้องกัน โรค ไข้เลือดออกในชุมชน และกำหนดแนวทางหรือวิธีการเพื่อดำเนินกิจกรรม และพัฒนาวิธีการการทำงาน การป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อไปในวงจรที่ 2 ของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจและสัมภาษณ์ชุมชน เป็นแนวคำถามกว้าง ๆ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อศึกษา สภาพทั่วไปของชุมชน เช่น ลักษณะทางภูมิศาสตร์ สภาพดินฟ้าอากาศ และอาชีพของคนชุมชน เป็นต้น รวมทั้งทรัพยากรด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านสาธารณสุข สภาพปัญหา และความต้องการต่างๆ ที่ เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

2. แบบบันทึกการศึกษาสภาพของการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ด้วยแนวทางการวิเคราะห์สวอต (SWOT analysis) เพื่อประเมินวิสัยทัศน์ต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตลอดจนจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และปัญหาเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น

- การป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่ผ่านมา มีกิจกรรมได้บ้างที่ไม่ประสบผลสำเร็จ
- กิจกรรมที่ไม่ประสบผลสำเร็จ หรือ ดำเนินไปได้อย่างยากลำบากเกิดจากปัจจัยใดบ้าง

3. แบบสัมภาษณ์ประชาชนในชุมชน เรื่อง ความพึงพอใจ ในการจัดกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น

- ภายหลังจากการดำเนินการกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ท่านมีความพึงพอใจในด้านต่างๆอย่างไรบ้าง เช่น ด้านการจัดการ ด้านบุคลากร ด้านการดำเนินกิจกรรม เป็นต้น
- ผลที่เกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเป็นอย่างไรบ้าง

4. แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อประเมินความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

การประเมินความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการดำเนินการในกิจกรรมทั้งหมดทุกๆด้านมากน้อยเพียงใด โดยจะเน้นถึงความรู้สึกถึงความพึงพอใจ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการจัดการ ด้านการดำเนินการ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ

ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น

- ภายหลังจากการดำเนินการทั้งหมดที่ผ่านมา กลุ่มของท่านมีความพึงพอใจด้านต่างๆอย่างไรบ้าง และมีปัญหาอุปสรรคอย่างไรบ้าง (ด้านกระบวนการจัดการ ด้านการดำเนินกิจกรรม ผลที่เกิดขึ้นกับชุมชน)

- การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน

5. แบบบันทึกการสังเกตการร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างและผลการดำเนินโครงการที่เกิดขึ้นในชุมชน

เป็นแนวทางการสังเกตการร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ทั้งในระหว่างการประชุมเชิงปฏิบัติการตามแนวทางของเทคนิคเอไอซี และการปฏิบัติตามแผน โดยการดำเนินกิจกรรมในโครงการต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างร่วมกันสร้างขึ้น ตามแนวทางการสังเกตดังกล่าว ผู้วิจัยได้สร้างตารางบันทึกการสังเกตเพื่อให้ง่ายต่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งในส่วนเนื้อหาของเนื้อหาที่ได้จากการร่วมกิจกรรม และการประเมินผลสำเร็จการดำเนินโครงการต่างๆ ดังนี้

1. เนื้อหาที่ได้จากขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพการณ์และการกำหนดอนาคต
2. แผนงานหรือโครงการที่ได้จากขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ

3.การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน

4.ระดับความสำเร็จของแผนงานหรือโครงการ ปัญหา อุปสรรค และการปรับปรุงโครงการในขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงแผน

6. แบบบันทึกตัวชี้วัดเพื่อประเมินคุณภาพการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

แบบบันทึกตัวชี้วัดเป็นการประเมินคุณภาพด้านต่างๆ ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการสังเกตและจดบันทึก คือ การสำรวจความชุกของลูกน้ำลาย และ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น โดยแบบสังเกตดังกล่าว ผู้วิจัยจะเป็นผู้สังเกตและประเมินคุณภาพด้วยตนเอง โดยจะทำการเดินสำรวจชุมชนที่ศึกษาทั่วทั้งชุมชน ทำการบันทึกสิ่งที่สังเกตเห็นได้ด้านต่างๆ ชำ้ต้น โดยทำการสังเกตก่อนระยะดำเนินการ และหลังระยะดำเนินการทำการบันทึกลักษณะที่สังเกตเห็นได้ และเปรียบเทียบโดยการอธิบายให้เห็นถึงความแตกต่างในคุณภาพที่เปลี่ยนแปลงระหว่างก่อนและหลังระยะดำเนินการวิจัย

การบันทึกข้อมูล

การบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพ ในระยะดำเนินการใช้การบันทึกข้อมูลในรูปแบบของการบันทึกภาคสนาม (Field notes) การบันทึกเสียง (Tape records) และการถ่ายภาพ (Photograph) ตามการศึกษาเชิงคุณภาพ ดังนี้

การบันทึกภาคสนาม เป็นการจดบันทึกรายวันเกี่ยวกับข้อมูลที่สังเกตเห็นได้ ทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดประเด็นในการตั้งคำถาม และการสังเกตเพื่อการตั้งคำถามในครั้งต่อไปอีก ทั้งนี้ในการทำวิจัยแบ่งการบันทึกออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) เล่าสิ่งที่เห็น (Observation notes) ว่าเห็นอะไรบ้าง จาก เหตุการณ์ บุคคล คำพูด การกระทำ 2) บันทึกการตีความเบื้องต้น (Theoretical notes) ซึ่งผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่สะท้อนคิด มุมมองที่มีต่อเรื่องที่พบนั้นๆ และ 3) เป็นการบันทึกเชิงเทคนิควิธีที่ผู้วิจัยบันทึกถึงความสำเร็จ หรือล้มเหลวของการดำเนินการนั้นๆ รวมถึงข้อมูลที่คิดว่ายังไม่สมบูรณ์ที่จะต้องสังเกตในครั้งต่อไป

การบันทึกเสียง การบันทึกเสียงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมากสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากในการสนทนากลุ่มจะมีการพูดคุยและแสดงความคิดเห็นกันอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการฟังแถบบันทึกเสียง ร่วมกับการอ่านเนื้อหาที่ถอดแถบบันทึกเสียง จึงมีความจำเป็นในการวิเคราะห์ ให้คำแนะนำและแก้ไข อีกทั้งยังช่วยผู้วิจัยในการวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้บรรยากาศ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลด้วย

การถ่ายภาพ เป็นการบันทึกภาพขณะเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งมีความจำเป็นและควรกระทำตลอดการวิจัย ทั้งนี้เพราะการถ่ายภาพที่ปรากฏสามารถบรรยายความเป็นไปของบุคคลและเหตุการณ์ได้ดีกว่าการเขียนคำบรรยายที่ยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาพกิจกรรมในการดำเนินกิจกรรมและภาพถ่ายลักษณะสิ่งแวดล้อมต่างๆ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการทำงานการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพื่อกำหนดเป็นกรอบในแบบการสำรวจและสัมภาษณ์ชุมชน แบบบันทึกการศึกษาสภาพของสภาพการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน แบบสัมภาษณ์ประชาชนในชุมชน เรื่อง ความพึงพอใจ ในการจัดกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อประเมินความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน แบบบันทึกการสังเกตการร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างและผลการดำเนินโครงการที่เกิดขึ้นในชุมชนและแบบบันทึกตัวชี้วัดเพื่อประเมินคุณภาพการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาความถูกต้องเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยนำคำถามมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วจัดพิมพ์ และดำเนินการจัดเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลหลายวิธี ๆ ช่วง ซึ่งข้อมูลที่ได้ในแต่ละส่วนจะนำมาเชื่อมโยงและปรับใช้ในการพัฒนากิจกรรมที่เหมาะสมกับพัฒนากลุ่มตัวอย่างให้สามารถดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้จริง การเก็บรวบรวมข้อมูลจึงต้องทำอย่างเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับองค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. จัดการอบรม และให้ความรู้กับทีมผู้ช่วยวิจัยก่อนลงเก็บข้อมูล
3. รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้

1. ประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กันเมื่อสัมภาษณ์ข้อมูลทุกครั้ง หลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยนำข้อมูลไปถอดเทป รวบรวม เรียบเรียงความ และตรวจสอบความหมายกับผู้ให้ข้อมูลที่ เป็นบุคคลสำคัญในแต่ละกลุ่ม พร้อมทำการแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องเพื่อจัดประเภทและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล สังเคราะห์ แปลความหมายและตีความข้อมูลที่ได้รวบรวมมา

2. รวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือต่างๆ เพื่อเปรียบเทียบข้อมูล (Constant comparison) และตรวจสอบความสอดคล้องและความถูกต้องของข้อมูล เช่น ความเกี่ยวข้องระหว่างบุคคล เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนมาจากสาเหตุใด ผลเป็นอย่างไร เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ประเมินผลการปฏิบัติงาน และปรับปรุงจนสามารถพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ได้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาและพัฒนาตามกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ผลวิจัยทำให้ได้รูปแบบการพัฒนาการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ผ่านการทดลองใช้ในสถานการณ์จริงในพื้นที่ ม. 8 ตำบลนาชะอัง จังหวัดชุมพร และได้รับการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมจากผู้วิจัยแล้ว จำนวน 7 คน และกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นผู้วิจัยท้องถิ่นจำนวน 20 คน โดยสามารถนำเสนอผลการวิจัยได้ 2 ขั้นตอนตามลำดับ คือ ขั้นตอนก่อนการดำเนินการวิจัย และขั้นตอนดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนก่อนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการก่อนการวิจัย ประกอบด้วย 1) การประชุมชี้แจงและอบรมผู้ช่วยวิจัย 2) การคัดเลือกชุมชน 3) การศึกษาบริบทของชุมชน ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน สภาพการที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน การปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยนำเสนอตามลำดับดังนี้

1.การประชุมชี้แจงและการอบรมผู้ช่วยวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีความสามารถเป็นผู้ช่วยวิจัย จำนวน 7 คน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท และมีตำแหน่งทางวิชาการ ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 5 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2 คน ซึ่งทุกคนได้ผ่านการประชุม ชี้แจง อบรมและฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์ ในการทำวิจัยในครั้งนี้ ในวันที่ 4 ธันวาคม 2552 ณ ห้องประชุมกลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เวลา 13.30 - 16.30 น. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงและอบรมด้วยวิธีการบรรยายโดยมีเอกสาร โครงร่างวิจัยที่ผ่านการคณะกรรมการตรวจสอบและปรับแก้แล้ว ซึ่งเนื้อหาการประชุมที่สำคัญ เช่น ความสำคัญของการทำวิจัย วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการวิจัย เป็นต้น ซึ่งได้รับความสนใจและความร่วมมือจากผู้ช่วยวิจัยเป็นอย่างดี ทุกคนแสดงออกของถึงความตั้งใจ และสอบถามข้อสงสัย รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการประสานชุมชนหรือพื้นที่วิจัย ดังคำกล่าวของผู้ช่วยวิจัย จำนวน 4 คน กล่าวไว้ตามลำดับว่า

“ยินดีเต็มทีเลย ที่ผ่านมาก็ได้ช่วยเราไว้เยอะ ถ้ามีอะไรให้บอกได้เลยไม่ต้องเกรงใจ”

“ดีจังเลยจะได้เข้าใจวิจัยเชิงคุณภาพมากขึ้น ที่ผ่านมามีแต่เชิงปริมาณ”

“พวกเราต้องเข้าร่วมทุกขั้นตอนเลยใช่ป่าว ถ้ามันได้ก็ต้องกำหนดวันล่วงหน้ามาเลยนะ จะได้ไปจดไว้ในปฏิทินงานจะได้ไม่ช้อนกับงานอื่นๆ”

“กล้องถ่ายรูปผมมี ใครมี เอาไปช่วยนะ เพราะว่าเกิดมีปัญหาได้ช่วยถ่ายกันหลายๆกล้องเพื่อพลาด”

เมื่อขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ลำดับถัดไป คือ การคัดเลือกชุมชนที่ใช้เป็นพื้นที่ในการวิจัย

2.การคัดเลือกชุมชน

ในวันที่ 11 ธันวาคม 2552 เวลา 10.00 น. ผู้วิจัยเดินทางไปพบนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาชะอัง ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลนาชะอัง เพื่อแนะนำนำตัวพูดคุยและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยในครั้งนี้ หลังจากนั้นเวลา 14.00 น. เข้าพบหัวหน้าสถานีอนามัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนาชะอัง เพื่อแนะนำตัว พูดคุยและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยในครั้งนี้เช่นกัน ทั้งนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาชะอังและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ให้ความสนใจและแสดงออกถึงความเต็มใจและยินดีให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกล่าวว่า

“ยินดีมากครับที่มาทำการวิจัยในพื้นที่นี้ ผมมารับตำแหน่งนายกสมัยแรกก็ไม่ว่าจะทำอะไรบ้างเกี่ยวกับการสาธารณสุข ได้พวกท่านมาช่วยยินดีจริงๆ เท่าที่ผมได้เริ่มศึกษางาน ในงานควบคุมโรคไข้เลือดออกมีงบประมาณอยู่บางส่วน ถ้าจะให้ช่วยอะไรบอกนะครับ”

หัวหน้าสถานีอนามัยนาชะอังได้กล่าวแสดงถึงความเต็มใจและดีใจที่มีคนมาช่วยงานป้องกันโรคไข้เลือดออก เพราะที่ผ่านมา ด้วยจำนวนบุคลากรน้อยทำให้ทำงานควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ทันและเกิดการระบาดทุกๆปี

“ผมขอบคุณที่ไถ่ นะครับที่เลือกพื้นที่ของผมทำงานวิจัย ที่ผ่านมากควบคุมโรคไม่เคยทัน บางวันเกิด 2-3 ราย คนพ่นยุงก็ไม่ไหว หากคนพ่นไม่ได้ น้ยากับทรายมีพร้อม ต้องไปทำให้เขา เขาคิดว่าเป็นหน้าที่เราได้ช่วยแก้ปัญหาให้ผมด้วยนะ ถ้าได้ผลผมจะได้ไปทำกับหมู่อื่นด้วย จะให้ช่วยประสานงานอะไรในชุมชนให้บอกนะ ยินดีครับ”

บรรยากาศการพูดคุยเป็นไปอย่างมีมิตรภาพ ก่อนกลับได้มีข้อตกลงกันกับหัวหน้าสถานีอนามัยนาชะอังว่า ขณะที่ยังไม่ได้เริ่มการวิจัยกิจกรรมใดที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ดำเนินการตามปกติ แต่เมื่อเริ่มการวิจัยแล้วกิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้น ทางทีมวิจัยจะดำเนินการตามขั้นตอนทั้งหมดเพื่อช่วยในการสนับสนุนผลการวิจัยที่จะเกิดขึ้นในอนาคตว่าผลที่ได้เกิดจากการพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนจริงๆไม่ได้เกิดจากกระบวนการอื่นใด

ในวันที่ 18 ธันวาคม 2552 เวลา 10.00 น. ผู้วิจัยและทีมวิจัยจำนวน 7 คน ร่วมกับนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาชะอังและสมาชิก จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลนาชะอัง จำนวน 3 คน ผู้วิจัยแนะนำตัวผู้วิจัยและทีมวิจัย และร่วมประชุมกัน ณ ห้องประชุมของสถานีอนามัยนาชะอัง เพื่อร่วมกันคัดเลือกชุมชนที่ผ่านการประเมินว่าสามารถดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยการคัดเลือกจากพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกติดต่อกัน 3 ปีซ้อนหลัง มีดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลายมากกว่า ร้อยละ 10 และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครบทุกชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านั้นรับผิดชอบบ้านครอบคลุมทุกหลังคาเรือนในพื้นที่นั้น รวมทั้งมีชมรมทางด้านสุขภาพต่างๆในชุมชนด้วย ผลสรุปจากการประชุมเลือกหมู่บ้านที่ใช้ทำการวิจัยตามเกณฑ์ดังกล่าว คือ หมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร

สำหรับกลุ่มตัวอย่าง หรือกลุ่มนักวิจัยท้องถิ่นที่เป็นเครือข่ายสุขภาพในชุมชนนั้นได้ทำการปรึกษากับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนาชะอังถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกบุคคลที่มีส่วนในการเป็นตัวแทนชุมชนหรือทำงานด้านสุขภาพในชุมชนหรือเป็นสมาชิกชมรมหรือการรวมกลุ่มในชุมชนโดยทางเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนาชะอังได้ร่วมกันพูดคุยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวได้จำนวน 20 คน และนัดหมายมาพร้อมกันในวันที่ 22 ธันวาคม 2553 ที่สถานีอนามัยนาชะอังต่อไป

3.การศึกษาบริบทของชุมชน ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน สภาพการที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน การปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

ในขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินกิจกรรม ในวันที่ 22 ธันวาคม 2552 เริ่มเวลา 10.00 น. โดยดำเนินกิจกรรมที่สถานีอนามัยนาชะอัง มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 32 คน ประกอบด้วยผู้วิจัย ทีมผู้ช่วยวิจัย 7 คน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนาชะอัง 2 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จำนวน 20 คน

เครือข่ายสุขภาพในชุมชนได้ถือว่าเป็นผู้วิจัยท้องถิ่น หรือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกมาจากการพูดคุยกันระหว่างผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนาชะอัง ซึ่งเครือข่ายสุขภาพในชุมชนทั้งสิ้น จำนวน 20 คน มีลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตาราง 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	5
หญิง	19	95
อาชีพหลัก		
ทำสวน	16	80
รับจ้าง	2	10
ธุรกิจส่วนตัว	1	5
ประมง	1	5
การศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่ 4	7	35
ประถมศึกษาปีที่ 6	3	15
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	35
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	10
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	1	5
สถานภาพสมรส		
โสด	2	10
สมรส	18	90
การเป็นสมาชิกชมรมหรือการรวมกลุ่มในชุมชน		
ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข (n = 20)	20	100
กลุ่มแม่บ้าน (n = 20)	10	50
ชมรมรักษ์สุขภาพ (n = 20)	9	45
ชมรมแอร์โรบิก (n = 20)	9	45
ชมรมอนุรักษ์ป่าเขาหลาด (n = 20)	5	25
ชมรมกลองยาว (n = 20)	4	20
กลุ่มออมทรัพย์ (n = 20)	2	10
ชมรมผู้สูงอายุ (n = 20)	1	5

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	
อายุ (ปี) เฉลี่ย 47.8 ปี	อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 67 ปี
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 14,029.4 บาท	ต่ำสุด 4,500 บาท สูงสุด 50,000 บาท
ระยะเวลาการปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพในชุมชน เฉลี่ย 7.5 ปี	ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 21 ปี
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนในปัจจุบัน เฉลี่ย 28.3 ปี	ต่ำสุด 12 ปี สูงสุด 63 ปี

จากตารางที่ 1 กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน หรือกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95) อายุเฉลี่ย 47.8 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี และสูงสุด 67 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 35) มีอาชีพทำสวน (ร้อยละ 80) สมรสแล้ว (ร้อยละ 90) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 14,029.40 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ม.8 เฉลี่ย 28.3 ปี และปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพในชุมชนมาแล้ว เฉลี่ย 7.5 ปี ในส่วนของการเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ ในชุมชน หรือการรวมกลุ่มทางสังคม พบว่า ทุกคนเป็นสมาชิกชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รองลง คือกลุ่มแม่บ้าน ชมรมรักษาสภาพ และชมรมแอร์โรบิก

สำหรับกิจกรรมในวันที่ 22 ธันวาคม 2552 นั้นเป็นกิจกรรมการแนะนำตัวซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะระหว่างผู้วิจัยและทีมวิจัย กับ ทีมเครือข่ายสุขภาพ มีกิจกรรมละลายพฤติกรรม และกลุ่มสัมพันธ์ หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 5 กลุ่ม เพื่อให้ผู้วิจัยร่วมกันพูดคุยเชิงลึกกับทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชนในประเด็นด้านบริบทต่างๆของหมู่บ้าน ซึ่งเป็นลักษณะข้อมูลทั่วไป รวมทั้งลักษณะโดยทั่วไปทางด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน ปัญหาทางสุขภาพของชุมชน ปัญหาเรื่องโรคไข้เลือดออกของชุมชน การจัดการเมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่ผ่านมา หรือจัดกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกทั้งก่อนการระบาดของโรคและเมื่อมีการระบาดของโรคในอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการทำงานต่างๆ นำเสนอข้อมูลตามลำดับดังต่อไปนี้

บริบทของชุมชน

ประวัติหมู่บ้าน

หมู่บ้านหมู่ที่ 8 ต.นาชะอัง อ.เมือง จ.ชุมพร มีชื่อว่า หมู่บ้าน “หนองจระเข้” เนื่องจากว่า ในสมัยก่อนหมู่ที่ 8 เป็นพื้นที่เดียวกับหมู่ที่ 5 ซึ่งมีอาณาเขตที่กว้างขวาง และ ประกอบด้วยชุมชนต่าง ๆ เป็นกลุ่ม ๆ และมีชื่อแตกต่างกันออกไป ดังเช่น ชุมชนบ้านหนองจระเข้ ในปี พ.ศ. 2536 ได้แยกตัวหรือปรับเปลี่ยนการปกครองส่วนท้องถิ่นของตำบลนาชะอังขึ้นใหม่โดยแยกพื้นที่หมู่บ้านในพื้นที่หมู่ที่ 5 ออกมาอีก 1 หมู่ คือ หมู่ที่ 8 เนื่องจากมีประชากรมากขึ้น การดูแลของผู้ใหญ่บ้านดูแลไม่ทั่วถึง และยังคงใช้ชื่อชุมชนเดิม คือ หนองจระเข้ เป็นชื่อกลุ่มของหมู่บ้าน ซึ่งจากชื่อหมู่บ้าน สันนิษฐานว่าชื่อนี้ น่าจะมาจาก

จาก บริเวณหมู่บ้านมีหนองน้ำขนาดใหญ่ และในอดีตมีจระเข้ชุกชุมมาก จึงใช้ชื่อหมู่บ้านหนองจระเข้ เป็นชื่อหมู่บ้านมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งปัจจุบันมี นายสุนีย์ หงส์สะท้อน เป็นผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง

ลักษณะภูมิประเทศ และ ภูมิอากาศของพื้นที่

หมู่ที่ 8 มีลักษณะพื้นที่สูงลาดลงต่ำ พื้นที่ลาดลักษณะยาว ครอบคลุมพื้นที่ตั้งแต่ริมทะเล และพื้นที่ลาดชัน โดยอาณาเขตทิศเหนือติดหมู่ที่ 2 ตำบลสะพลี อำเภอปะทิว ทิศใต้ติดหมู่ที่ 3 และ 4 ตำบลนาซัง ทิศตะวันออกติดหมู่ที่ 5 ตำบลนาชะอัง และทิศตะวันตกติดหมู่ที่ 6 ตำบลนาชะอัง มีลักษณะภูมิอากาศที่เป็นฤดูฝนซึ่งจะมีฝนตกชุกประมาณ 8 เดือน อีก 4 เดือนจะเป็นฤดูแล้ง

ลักษณะอาชีพของประชาชนในชุมชน

อาชีพส่วนใหญ่ของประชาชนหมู่ที่ 8 คือ อาชีพเกษตรกรรม ประกอบด้วยการทำสวนยางพารา และสวนปาล์มน้ำมันในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน ในอดีตนั้นก็เคยปลูกกาแฟซึ่งเป็นพืชเศรษฐกิจของชาวชุมพร แต่ผลผลิตไม่ค่อยดี จึงเปลี่ยนมาปลูกยางพาราและต้นปาล์มน้ำมันแทน นอกจากนั้นก็มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ประมง และรับราชการในอัตราส่วนที่น้อยกว่าอาชีพเกษตรกรรมมาก โดยภาพรวมประชาชนหมู่ที่ 8 ฐานะเศรษฐกิจปานกลางก่อนไปทางฐานะดี

ประเพณีวัฒนธรรมชุมชน

งานประเพณีต่าง ๆ ในหมู่บ้านหมู่ที่ 8 ส่วนใหญ่จะเป็นพิธีทางศาสนา ซึ่งหมู่ที่ 8 ไม่มีวัดประจำหมู่บ้าน แต่จะไปประกอบพิธีที่ วัดหนองจระเข้หรือวัดกาลพัฒนารามซึ่งตั้งอยู่ในหมู่ที่ 5 ซึ่งเป็นวัดเดิมที่ชาวหมู่ที่ 8 ไปร่วมกิจกรรมตั้งแต่ยังไม่แยกจากหมู่ที่ 5 โดยประเพณีหลักๆ ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนาเช่น การไปทำบุญตักบาตรในวันพระ วันมาฆบูชา วันอาสาฬหบูชา แห่เทียนพรรษาช่วงวันเข้าพรรษา ตักบาตรเทโวช่วงวันออกพรรษา พิธีกรรมรับ-ส่ง ตา ยาย ในวันสารทไทย และงานทักษิณานุประทาน หลวงปู่พรายแห่งวัดหนองจระเข้ ซึ่งเป็นพระที่เคารพนับถือของชุมชนและท่านได้มณภาพไปแล้ว โดยจะจัดงานทุกเดือนกุมภาพันธ์ ของทุก ๆ ปี

นอกจากพิธีทางศาสนาแล้ว ยังมีงานประเพณีวันสงกรานต์ ซึ่งจะมีกิจกรรมทำบุญตักบาตร แข่งขันกีฬาพื้นบ้าน รดน้ำขอพรผู้สูงอายุ ผู้เฒ่าผู้แก่ และ การแข่งขันการกวนกาละแม ในการแข่งขันการกวนกาละแมนั้น เป็นกิจกรรมที่ชาวบ้านประทับใจและชื่นชอบกันมากเนื่องจากทำให้เกิดการมีส่วนร่วมทั้งผู้แข่งขันและกองเชียร์ของแต่ละหมู่บ้าน สำหรับกติกากำหนดการจัดทีม ๆ ละ 3 คน เริ่มการแข่งขันตั้งแต่การชูดมะพร้าว คั้นน้ำกะทิ และกวนกาละแม ในอดีตนั้นการจัดงานจะจัดในวันที่ 13 เมษายน ของทุก ๆ ปี แต่เมื่อ 2 ปีที่ผ่านมาได้เปลี่ยนมาเป็นวันที่ 12 เมษายน เนื่องจากวันที่ 13 เมษายน มีกิจกรรมอื่นที่ซ้อนกันมาก ไม่สะดวกในการจัดงานดังกล่าว สำหรับสถานที่จัดงานนั้นจะจัดกันที่ศาลาหมู่บ้าน บริเวณเขื่อนพรุ้งา โดยงานประเพณีสงกรานต์ถือเป็นงานของตำบลเลยก็ว่าได้ เพราะเกือบทุกหมู่บ้านในตำบลนาชะอังจะมาร่วมงานกัน และ หมู่ 8 มีหน้าที่เป็นเจ้าภาพจัดงานตลอดมาทุก ๆ ปี

นอกจากงานประเพณีสงกรานต์แล้ว มีอีก 2 งานประเพณีที่ชาวหมู่ที่ 8 ไม่เคยขาดการร่วมกิจกรรมคือ งานลอยกระทง ที่ทำเทียบเรือสามเสียม ซึ่งเป็นพื้นที่ของหมู่ที่ 5 ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติกันมาช้านานและงานประเพณีแข่งเรือพั้งตัก ณ คลองพั้งตักซึ่งเป็นคลองที่เกิดจากโครงการพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งเรียกกันจนติดปากว่า “โครงการแก้มลิง” ซึ่งจะมีการจัดกิจกรรมทุก ๆ ปี นอกจากชาวหมู่ที่ 8 แล้ว ชาวบ้านหมู่อื่น ๆ ในตำบลนาชะอัง และตำบลใกล้เคียง หรือต่างอำเภอต่างจังหวัด ก็มาร่วมงานกันอย่างคับคั่ง ถือเป็นกิจกรรมที่สร้างชื่อเสียงให้กับชาวตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร กิจกรรมหนึ่ง

การคมนาคมของประชาชนในชุมชน

หมู่ที่ 8 มีเส้นทางสายหลักตัดผ่านเป็นถนนลาดยางเข้าสู่ตัวเมือง จังหวัดชุมพร มีรถประจำทางเป็นรถ 2 แถวจาก ตำบลสะพลี อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร มุ่งสู่ตัวอำเภอเมืองจังหวัดชุมพร แต่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่นิยมนั่งรถประจำทางมากนัก ส่วนใหญ่ใช้รถส่วนตัว เช่น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ เป็นพาหนะ ในการสัญจรไปมา ประกอบกับพื้นที่หมู่ที่ 8 มีระยะทางไม่ห่างไกลจากตัวเมืองมากนักเฉลี่ยแล้วประมาณ 15 กิโลเมตร เท่านั้นเอง

ระบบการสาธารณูปโภคของชุมชน

ประชาชนหมู่ที่ 8 มีระบบไฟฟ้าของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ทุกหลังคาเรือนมีไฟฟ้าใช้ ส่วนระบบการประปา เป็นประปาหมู่บ้าน ซึ่งแต่ละหลังคาเรือนจะมีการขุดบ่อน้ำประจำบ้านไว้ใช้ด้วยเพื่อสำรองไว้ใช้ในหน้าแล้ง หรือ น้ำประปามีไม่เพียงพอ ซึ่งจะมีเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง แต่ระบบประปาไม่ได้มีทุกบ้าน โดยเฉพาะทางโซนใต้ของชุมชน ยังมีใช้ไม่ทั่วถึง ยังมีบางหลังคาเรือนที่ใช้น้ำบ่อที่ขุดไว้เองประจำบ้าน สำหรับน้ำดื่มส่วนใหญ่ซื้อน้ำถังไว้ดื่ม นอกจากนั้น จากสภาพภูมิอากาศของหมู่ 8 ซึ่งมีฝนตกชุก ชาวบ้านก็จะมีภาชนะกักเก็บน้ำฝนไว้ใช้เกือบทุกหลังคาเรือน

ลักษณะทางสังคมและการรวมกลุ่มของบุคคลในชุมชน

ประชาชนในหมู่ที่ 8 มีการรวมกลุ่มกันเป็นชมรม หรือ กองทุนต่าง ๆ มากมาย เช่น ชมรมพริกานำสุขภาพ มีสมาชิกประมาณ 30 คน ร่วมกันออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิค การเดินสูดอากาศ โดยมีนางยีน แพงนวล ซึ่งเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประธานชมรม ชมรมกลองยาว มีสมาชิกอายุตั้งแต่ 4-5 ขวบ จนถึง ผู้สูงอายุ สมาชิกประมาณ 50 คน มีนายวิสูตร กภาพพัฒน์ เป็นประธานชมรม โดยมีกิจกรรมเข้าร่วมงานประเพณีต่างๆ หรืองานต่างๆที่เจ้าภาพหรือคนในชุมชนและนอกชุมชนต้องการใช้บริการ ชมรมอนุรักษ์ป่าเขาหลาด มีสมาชิกประมาณ 30 - 40 คน มีนายธัญญา สุตราม เป็นประธานชมรม มีกิจกรรมร่วมปลูกป่า ต้นไม้โดยเฉพาะในวันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันเฉลิมพระชนมพรรษา เป็นต้น ชมรมแม่บ้านสามัคคี มีสมาชิกประมาณ 50 คน มีนางบุญสร้าง หงส์สะพาน เป็นประธานชมรม มีการเก็บเงินออมสะสมร่วมกัน ดำเนินการในรูปแบบสหกรณ์ มีการให้กู้และปันผลรายปี กลุ่มเกษตรอินทรีย์ มีสมาชิกประมาณ 10-20 คนร่วมกันผลิตปุ๋ยชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรในชุมชน

ชมรมผู้สูงอายุ มีสมาชิกประมาณ 100 คน มีนางปราณี เพชรวงศ์ เป็นประธานชมรม โดยมีกิจกรรมประชุม ตรวจสอบสุขภาพและกิจกรรมเพื่อสังคมต่าง ๆ ของหมู่บ้าน นอกจากนั้นยังมีชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ที่ปัจจุบันกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลงบ้าง เนื่องจากขาดการกระตุ้นติดตาม เมื่อมีการกระตุ้นจากภาครัฐก็จะมีกิจกรรมอีกครั้งหนึ่ง

ชมรมที่สำคัญอีกชมรมหนึ่ง คือ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ 8 ซึ่งมีสมาชิก 20 คน มีนางยีน แพงนวล เป็นประธานชมรม นางประไพ สุคราม เป็นรองประธานชมรม มีหน้าที่ในด้านการช่วยเหลือกิจกรรมงานสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งสมาชิกทุกคนเป็นสมาชิกของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดด้วย โดยทุกวันที่ 20 มีนาคม ของทุกปี ซึ่งเป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ จะมีการจัดงานในระดับจังหวัดโดยชมรมร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกันจัดงาน ในงานมีกิจกรรมพบปะสังสรรค์ แข่งขันกีฬา และประกวดอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น จำนวน 11 สาขา คือ สาขาการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อสาขาสุขภาพจิตในชุมชน สาขาพยาบาลจิตในชุมชน สาขาการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สาขาการคุ้มครองผู้บริโภค สาขาการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่น สาขาเอกสัในชุมชน สาขาการส่งเสริมสุขภาพ สาขาการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ สาขาการจัดการสุขภาพในชุมชน และ สาขานามัยแม่และเด็ก (สายใยรักแห่งครอบครัว) นอกจากนั้นก่อนวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติของทุกปี แต่ละอำเภอทุกอำเภอโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับสถานีอนามัยในอำเภอนั้นๆ ก็ได้จัดกิจกรรมดังกล่าวขึ้นด้วย

สถาบันทางศาสนาในชุมชน

ในหมู่ที่ 8 ไม่มีวัดที่ตั้งอยู่ในหมู่นี้ สำหรับกิจกรรมในพิธีการทางศาสนาต่าง ๆ ก็จะไปร่วมกันที่วัดกาลพัฒนาราม ซึ่งตั้งอยู่หมู่ที่ 5 ซึ่งเป็นพื้นที่เดิมก่อนที่หมู่ที่ 8 จะแยกออกมา

สถาบันการศึกษาในชุมชน

สำหรับสถาบันทางด้านการศึกษา ในเด็กเล็กจะมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสามเสียมซึ่งตั้งอยู่ในหมู่ที่ 5 เช่นกัน ดูแลเด็กเล็กและจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในเบื้องต้นบ้าง ส่วนระดับประถมศึกษาเด็ก ๆ จะเข้ารับการศึกษที่โรงเรียนบ้านสามเสียมและโรงเรียนบ้านหุรอ ซึ่งตั้งอยู่ในตำบลนาชะอัง อีกส่วนหนึ่งจะเข้ามาศึกษาในโรงเรียนในตัวอำเภอเมือง เช่น โรงเรียนอนุบาลชุมพร โรงเรียนสหศึกษา โรงเรียนนิรมลชุมพร และโรงเรียนเทศบาล 1 (บ้านท่าตะเภา) เป็นต้น ส่วนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับมัธยมศึกษาปลาย ในสายสามัญ คือ โรงเรียน สอาดเผดิมวิทยา โรงเรียนศรีวิทย และ โรงเรียนนิรมลชุมพร มีบางส่วนที่เข้าศึกษาโรงเรียนท้องถิ่นคือ โรงเรียนเมืองชุมพรวิทยา ซึ่งตั้งอยู่ในเขตตำบลนาชะอังในสายอาชีวศึกษาส่วนใหญ่เข้ารับการศึกษที่วิทยาลัยเทคนิคชุมพรวิทยาเขต 2 ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลนาชะอังเช่นกัน

สถานะสุขภาพ โดยทั่วไปของประชาชนในชุมชน

คนในชุมชนหมู่ที่ 8 ส่วนใหญ่โรคที่พบปริมาณมากกว่าโรคอื่น ๆ เป็นโรคไม่ติดต่อ คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ มีโรคหัวใจและหลอดเลือดประปราย รวมทั้งโรคที่เกิดจากภาวะความอ้วน จากการสำรวจวัดรอบเอวในประชาชนในชุมชน ที่ผ่านมาในผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่มีขนาดรอบเอวที่สูงกว่ามาตรฐาน ในส่วนของโรคติดต่อที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ โรคไข้เลือดออก ซึ่งพบผู้ป่วยทุกๆปี บางครอบครัวมีผู้ป่วยมากกว่า 1 รายในปีเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีเยาวชนในชุมชนจำนวนหนึ่งซึ่งไม่มากนักใช้สารเสพติดชนิดยาบ้า แต่ยังไม่ได้รับการบำบัดรักษา

สถานการณ์ กิจกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนและปัญหาอุปสรรค

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาที่สำคัญ สำหรับชุมชนหมู่ที่ 8 ตลอดมา โดยทุก ๆ ปีมีผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้ง ๆ ที่มีกิจกรรมการณรงค์ให้ความรู้ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และการกำจัดยุงตัวเต็มวัย ก็ไม่สามารถลดปริมาณการเกิดโรคในหมู่ที่ 8 ลงได้ นอกจากนั้นจากการสำรวจดัชนีชี้วัดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในภาชนะน้ำดื่ม น้ำใช้ และขยะต่างๆทั้งในบ้านและนอกบ้านที่มีน้ำขังได้ พบดัชนีลูกน้ำยุงลายที่สูงกว่าค่ามาตรฐาน คือ มากกว่าร้อยละ 10 ซึ่งถือว่าเป็นพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก

ในอดีตที่ผ่านมาหากมีผู้ป่วยไข้เลือดออกซึ่งเป็นสมาชิกหมู่ที่ 8 ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์ หรือ ของเอกชน เช่น โรงพยาบาลวิรัชศิลป์ เป็นต้น ทางหน่วยบริการเหล่านั้นจะแจ้งข้อมูลแก่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แล้วแจ้งต่อสถานีอนามัยนาชะอัง จากนั้นทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีอนามัยนาชะอังเป็นผู้แจ้งให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน นั้น ๆ ทราบ แล้วเจ้าหน้าที่ออกพร้อมกันพ่นสารกำจัดยุงตัวเต็มวัย พร้อมทั้งแจ้งประชาชนในหมู่บ้านและรอบ ๆ บริเวณบ้านผู้ป่วยทราบ รวมทั้งมีการณรงค์ให้ความรู้ แจกทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย ร่วมกันทำลายแหล่งลูกน้ำยุงลาย ในชุมชนหมู่ที่ 8 โดยอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน จะดูแลประชาชนประมาณ 10-15 หลังคาเรือน หมู่ที่ 8 มีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 20 คน มีจำนวนบ้าน 226 หลังคาเรือน และแบ่งพื้นที่กันในการควบคุมโรคตามพื้นที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละคน สำหรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจากคลินิกเอกชน หรือ ไม่ได้รับรายงานจากหน่วยบริการสาธารณสุข ทางอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งสนิทสนมกับประชาชนในชุมชนก็จะทราบและแจ้งทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีอนามัยตำบลนาชะอัง ดำเนินการเช่นเดียวกัน

สำหรับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่ผ่านมาพบในหลายรูปแบบ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีภาระงานมากทำการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนไม่ทันตามห้วงเวลาการควบคุมโรคที่กำหนด การได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วยที่ล่าช้าจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ประชาชนยังไม่ตระหนักในการป้องกันโรค โดยเฉพาะการ

ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ของบ้านตนเอง หอกระจายข่าวไม่สามารถเปิดใช้งานได้เนื่องจากความขัดแย้งภายในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าใจหรือรับรู้กระบวนการ การควบคุมโรค ไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ทำให้การปฏิบัติงานยังไม่ถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วนกระบวนการ อัตรากำลังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมี 3 คน ซึ่งมีจำนวนน้อยไม่สามารถออกไปพบสารเคมี กำจัดขยะและร่วมกิจกรรมควบคุมโรคได้ทันทั่วถึง โดยเฉพาะกรณีที่มีผู้ป่วยหลายรายภายในวันเดียวกัน ประชาชนรับรู้ว่าการคุ้มครองป้องกันโรค ไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีนามมายาเซอ้ง องค์การบริหารส่วนตำบลไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมกับการควบคุมเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นรอบ ๆ บริเวณบ้านประชาชนมีความสับสน มีขยะที่สามารถเก็บกักขังน้ำซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ประชาชนไม่ตื่นตัวในการรณรงค์ป้องกันโรคในชุมชนเท่าที่ควร

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรค ไข้เลือดออกในชุมชน

การนำเสนอผลการวิจัยในขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรค ไข้เลือดออกในชุมชนแต่ละขั้นในแต่ละวงจรของการวิจัยครั้งนี้ มี 2 วงจร โดยรายละเอียดในแต่ละวงจรมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

วงจรที่ 1

1.1 ขั้นการวางแผน

การดำเนินกิจกรรมหลังจากกิจกรรมการศึกษาบริบทของชุมชน ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการป้องกันโรค ไข้เลือดออกในชุมชน สภาพการที่เอื้อต่อการเกิดโรค ไข้เลือดออกในชุมชน การปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้างานควบคุมโรค และเจ้าหน้าที่งานควบคุมโรค ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ในวันที่ 24 ธันวาคม 2553 เพื่อปรึกษาหารือถึงข้อมูลของพื้นที่ต่างๆ ในจังหวัดชุมพร ที่มีกิจกรรมควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ เข้มแข็ง และยั่งยืน สามารถเป็นแบบอย่างในการทำงานได้ รวมทั้งเป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมที่จะต้อนรับการศึกษาดูงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออกในชุมชนในครั้งนี้ได้ เมื่อเจ้าหน้าที่งานควบคุมโรคได้ร่วมกันวิเคราะห์ และค้นคว้าข้อมูลและประสานแต่ละพื้นที่แล้ว สรุปได้ว่า พื้นที่สำหรับการศึกษาดูงานประกอบด้วย 2 พื้นที่ คือ พื้นที่ตำบลครน อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และพื้นที่ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร โดยในวันเดียวกันนั้นช่วงบ่ายได้ประสานงานสถานีนามมายาเซอ้ง 2 สถานีนามมาย เพื่อกำหนดวัน เวลา ของการศึกษาดูงาน สรุปได้ว่าการศึกษาดูงานสถานีนามมายาเซอ้งตำบลครน อำเภอสวี จังหวัดชุมพร ในวันที่ 14 มกราคม 2553 เวลา 13.00 น. เป็นต้นไป และสถานีนามมายาเซอ้งตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ในวันที่ 15 มกราคม 2553 เวลา 10.00 น. เป็นต้นไป

เมื่อได้พื้นที่สำหรับศึกษาดูงาน จึงได้นัดประชุมร่วมกันเพื่อบริหารจัดการการไปศึกษา
ดูงาน โดยประชุมร่วมกันที่ สถานีอนามัยนาชะอัง ในวันที่ 28 ธันวาคม 2552 มีผู้เข้าร่วมประชุม
จำนวน 25 คน ประกอบด้วยเครือข่ายสุขภาพในชุมชน 20 คน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนาชะอัง 2 คน
ทีมวิจัย 3 คน โดยร่วมกันวางแผนการศึกษาดูงาน โดยการแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน สำหรับ
การดูงานทั้ง 2 สถานที่ และกำหนดวันที่ศึกษาดูงาน ขอบเขตการศึกษาดูงาน หน้าที่ของกลุ่มเมื่อ
กลับมาจากการศึกษาดูงาน และการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป

การศึกษาดูงานทั้ง 2 ครั้ง ไปไม่พร้อมกัน เนื่องจากข้อจำกัดในด้านการใช้พาหนะไม่
เพียงพอ รวมทั้งทีมวิจัยจะต้องไปด้วยทั้ง 2 ที่ และสถานที่ที่ไปศึกษาดูงานก็กำหนดวันที่จะไปไม่
ตรงกันด้วย ดังนั้นกลุ่มที่ไปดูงานเป็นกลุ่มแรก ในวันที่ 14 มกราคม 2553 ไปพื้นที่ตำบลครน อำเภอสวี
จังหวัดชุมพร ซึ่งเป็นพื้นที่ห่างจากตำบลนาชะอัง ประมาณ 35 กิโลเมตร ในวันที่ 15 มกราคม 2553 กลุ่ม
ที่ 2 คือ พื้นที่ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ห่างจากตำบลนาชะอัง ประมาณ 80
กิโลเมตร ในขั้นตอนการศึกษาดูงานทั้ง 2 พื้นที่มีรูปแบบที่เหมือนกันคือ การนัดพบพูดคุยกับเจ้าหน้าที่
สถานีอนามัยและแกนนำสุขภาพของพื้นที่นั้นที่สถานีอนามัย และการลงไปดูพื้นที่ในชุมชน มีการ
นำเสนอผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ครอบคลุมทุกด้าน การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อ
ซักถามซึ่งกันและกัน และการได้พูดคุยกับชาวบ้านในพื้นที่ที่ไปศึกษา รวมทั้งการมอบของที่ระลึกให้กับ
พื้นที่ที่ศึกษาดูงาน ซึ่งสิ่งที่สังเกตได้ คือ ทีมงานหรือแกนนำสุขภาพของพื้นที่ที่ไปดูงานนั้นแสดงออกถึง
ความภาคภูมิใจที่พื้นที่ของตนเองมีผู้มาศึกษาดูงาน และได้มีโอกาสเล่าถึงประสบการณ์ วิธีการทำงาน
ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ประสบความสำเร็จในชุมชนตนเอง เช่น เครือข่ายสุขภาพในชุมชนคน
หนึ่งกล่าว

“เราต้องช่วยกัน ถ้าไม่ช่วยกันพอมมีคนป่วยก็ต้องลำบาก”

เครือข่ายสุขภาพในชุมชนอีก 2 คน กล่าวว่า

“บางคนเป็นลูกหลานเราเองถ้าป่วยก็ต้องเสียเวลาทำมาหากิน”

“ถ้าทำบ้านเรือนให้สะอาดไม่ว่าจะเป็น โรคไข้เลือดออกหรือ โรคอะไร ก็ช่วยป้องกันได้
ทั้งนั้น”

และเครือข่ายสุขภาพในชุมชนบางคน ได้กล่าวว่า

“ตั้งแต่เราทำสำเร็จ มีคนมีดูงานเยอะ ดีใจ”

“ยุ่งมันอยู่ในน้ำ ถ้าไม่มีน้ำก็ไม่ยุ่ง ทำแค่นี้ก็ไม่มีใครเป็นไข้เลือดออกแล้ว”

และทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน หมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง ก็ให้ความสนใจในการศึกษา
ดูงานในครั้งนี้น่าสังเกตได้จากการซักถาม เช่น เครือข่ายสุขภาพในชุมชน ทามว่า

“ชาวบ้านที่นี่เขาทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเองหรือว่าไปทำให้”

“ทรายใส่ลูกน้ำยุงลายพอใช้หรือเปล่า”

“คนที่บ้านว่าไร่ข้างที่มาช่วยงานสาธารณสุข”

“แล้วที่สาธารณะต่างๆ เช่น ศาลากลางบ้าน วัด ใครทำ”

นอกจากการซักถามแล้วยังมีการจดบันทึก รวมทั้งลักษณะท่าทางที่สื่อสารออกมาต่อผู้ นำเสนอผลงานทั้ง 2 พื้นที่ สำหรับการดูงานทั้ง 2 สถานที่ เมื่อเสร็จสิ้นการดูงานในเส้นทางการกลับมาสู่ สถานีอนามัยนาชะอัง ได้มีการนัดประชุมกันในครั้งต่อไปในวันที่ 21 – 22 มกราคม 2553 เวลา 9.00- 16.00 น. ณ ห้องประชุมสถานีอนามัยนาชะอัง

กิจกรรมวันที่ 21 – 22 มกราคม 2553 เริ่มต้นทุกวันที่เวลา 09.00 น. ณ ห้องประชุมสถานี อนามัยนาชะอัง โดยมีเครือข่ายสุขภาพชุมชน 20 คน ทีมผู้วิจัย และผู้ช่วย 7 คน ซึ่งการประชุมครั้งนี้ เป็น การประชุมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออก และวิธีการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ กิจกรรมที่ 2 การศึกษาศักยภาพในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างด้วยเทคนิคการจัดสนทนากลุ่ม และเทคนิคการ วิเคราะห์ สวอต (SWOT) เพื่อค้นหาความรู้ ปัจจัย แนวทาง และวิธีการจัดการควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ ในวันที่ 21 มกราคม 2553 ช่วงครึ่งวันเช้า และ กิจกรรมที่ 3 การ พัฒนารูปแบบเพื่อให้เกิดแผนงาน โครงการ กิจกรรม ตามขั้นตอนแนวทางของเทคนิคเอไอซี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สภาพการและกำหนดอนาคต 2) การสร้างแนวทางการพัฒนา 3) การสร้าง แนวทางปฏิบัติ 4) การปฏิบัติตามแผน และ 5) การประเมินผลและปรับปรุงแผน โดยในขั้นตอนที่ 1 – 3 เริ่มตั้งแต่ช่วงครึ่งวันบ่ายของวันที่ 21 มกราคม 2553 และ วันที่ 22 มกราคม 2553 ทั้งวัน สำหรับ ขั้นตอนี่ 4 ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 3 เดือน และ ขั้นตอนี่ 5 จัดประชุมจำนวน 1 วัน หลังจาก เสร็จสิ้นขั้นตอนที่ 4 แล้ว การดำเนินงานแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนการให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและวิธีการควบคุมป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกนั้น จากการได้พูดคุยกับเครือข่ายสุขภาพชุมชนของหมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออกพอสมควร แต่ยังไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการมากนัก เช่น การสังเกตอาการของผู้ป่วย ไข้เลือดออก วิธีการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำต่างๆ หรือ ชนิดของแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย เป็นต้น ดังนั้นกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกจึงเป็นกิจกรรมแรกของการ ประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ โดยเริ่มกิจกรรมในวันที่ 21 มกราคม 2553 เวลา 09.00 น. โดยการเชิญ วิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไข้เลือดออกมาโดยเฉพาะ คือ 1) พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ หัวหน้า หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรค ไข้เลือดออก การสังเกตอาการ อาการของโรค การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น 2) หัวหน้าศูนย์ควบคุม โรคที่นำโดยแมลงที่ 41 ประจำจังหวัดชุมพร ซึ่งมีความชำนาญในด้านวงจรชีวิตของยุง กำจัดยุงลาย การ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยจัดกิจกรรมร่วมกับผู้วิจัย ซึ่ง

กิจกรรมประกอบด้วยการสอนวิชาการง่ายๆ และการได้พูดคุย ซักถาม กันระหว่างวิทยากรและผู้เข้าประชุม โดยมีสื่อการสอนเป็นการฉายวีดิทัศน์ แผ่นพับ และมีแบบสอบถามให้ผู้เข้าอบรมได้ทำทั้งก่อนและหลังการอบรม จากการสังเกตพบว่า ผู้เข้าประชุมมีความสนใจเป็นอย่างมาก มีการซักถามและแสดงความรู้สึกรู้สึกให้กับวิทยากรและผู้วิจัยได้รับทราบ ดังเช่นคำกล่าวของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน 3 คนกล่าวว่า

“ดีจังเลยวันนี้ ที่คุณหมอมารให้ความรู้ ที่ผ่านมารู้ไม่ละเอียด ชาวบ้านถามบางทีก็ตอบไม่ได้”

“ลืมเกือบหมดแล้วพอมารับฟังวันนี้ จำได้ขึ้นอีก”

“ว่ากันว่าถ้ามีการฟื้นฟูความรู้บ่อยๆแบบนี้ก็ดีสินะจะได้ไม่ลืม”

ในตอนสุดท้ายได้ทดลองสอบถามถึงความรู้และวิธีการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้อบรมมา พบว่ากลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนสามารถตอบได้อย่างจะฉาน ถูกต้องทั้งหมด นอกจากนั้นเมื่อนำแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกมาตรวจสอบพบว่าแกนนำสุขภาพชุมชนทุกคนมีความรู้เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการอบรมที่ตอบถูกบ้างผิดบ้าง โดยทุกคนทำแบบสอบถามถูกหมดทุกข้อ

เมื่อเสร็จสิ้นขั้นตอนการให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแล้ว ลำดับถัดไป คือ ขั้นตอนการศึกษาศักยภาพในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ สวอท (SWOT) โดยการสนทนากลุ่ม และการแสดงความคิดเห็นส่วนบุคคล เพื่อค้นหาความรู้ ปัจจัย แนวทาง และวิธีการจัดการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนจะได้นำประสบการณ์ ความรู้ที่ได้รับมาจากการศึกษาดูงาน การได้รับความรู้เรื่องไข้เลือดออก และประสบการณ์เดิมที่เคยทำงานทางด้านสุขภาพในชุมชนมาก่อนมาประกอบการวิเคราะห์ในครั้งต่อไป

2. ขั้นตอนการวิเคราะห์สวอท

การวิเคราะห์สวอท ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ถูกควบคุมภายในองค์กรที่ทำให้เกิดจุดแข็ง และ จุดอ่อนในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย การวิเคราะห์จุดแข็ง (Strength : S) และจุดอ่อน(Weakness : W) ส่วนปัจจัยภายนอกที่มีส่วนสนับสนุนหรือมีผลกระทบต่องานป้องกันโรคไข้เลือดออกให้ประสบความสำเร็จ คือ โอกาส (Opportunity : O) และอุปสรรค (T : Treat) ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ในชุมชน โดยดำเนินการประชุมวิเคราะห์ในวันที่ 21 มกราคม 2553 เวลา 10.00 - 12.00 น. ต่อจากการให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ขั้นตอนนี้เป็นกรวิเคราะห์สวอทโดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมาร่วมรับฟังการวิเคราะห์ด้วยกัน โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในรูปแบบ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบแรกให้เขียนใส่กระดาษแล้วนำมาจำแนก

ประเภท รูปแบบที่สองโดยการนำเสนอปากเปล่า นำทั้ง 2 รูปแบบมาสรุปผลการวิเคราะห์ สรุปผลได้ ดังนี้

จุดแข็ง (Strength : S) ของการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

1. นายกองค้การบริหารส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนการดำเนินงานและให้ความสำคัญโดยการนำปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในระดับแรกของปัญหาสุขภาพ

2. ทีมแกนนำทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามัคคีและทำงานอย่างเข้มแข็ง

3. การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย

จุดอ่อน (Weakness : W) ของการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

1. ช่องทางการสื่อสารให้กับประชาชนในชุมชนได้รับทราบทั่วถึงและรวดเร็วยังมีน้อยมาก

2. ประชาชนยังไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนมากนัก ยังมองว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากกว่า

3. ประชาชนส่วนหนึ่งเข้ามาปฏิบัติงาน หรือทำงานทำในเขตเมือง ไม่ได้อยู่ที่บ้านในเวลากลางวัน กว่าที่จะกลับมาเกือบมืด ทำให้การดำเนินงานที่มุ่งเป้าหมายที่ประชาชนในชุมชนยังไม่ครอบคลุม

โอกาส (Opportunity : O) ของการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

1. กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจ่ายเงินค่าตอบแทนให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เดือนละ 600 บาท เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการทำงาน

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) มีนโยบายการจัดสรรเงินงบประมาณให้กับพื้นที่โดยตรง โดยไม่ได้ผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร หรือ สาธารณสุขอำเภอเหมือนสมัยก่อนทำให้สะดวกและคล่องตัวในการดำเนินงาน

อุปสรรค (T : Treat) ของการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

1. ฤดูกาลของพื้นที่ที่มีฝนตกชุกทำให้เป็นปัญหาในการควบคุมป้องกันโรคและการทำงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

2. อาชีพทำเกษตรกรรมที่เอื้อต่อการเกิดขยะที่ทำให้เป็นแหล่งน้ำขังกลายเป็นที่เพาะพันธุ์ยุงลาย

จากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว กลุ่มเครือข่ายสุขภาพมีความสนใจในกิจกรรมนี้เป็นอย่างมาก สังเกตได้จากการนำเสนอทั้งปากเปล่า และการเขียนใส่กระดาษ กลุ่มเครือข่ายสุขภาพมีการนำเสนอทุกประเด็นและทุกคนมีส่วนร่วมในการนำเสนอ บรรยากาศเป็นไปอย่างสนุกสนาน ไม่เครียด

แต่แฝงด้วยสาระวิชาการ และเมื่อได้สอบถาม พูดคุยกับกลุ่มแกนนำในขณะที่รับประทานอาหารร่วมกัน แกนนำแสดงความรู้สึกถึงความภาคภูมิใจในตัวเองและความสามารถของตนเองที่ได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในกิจกรรมครั้งนี้ ตลอดจนการนำความรู้ที่ศึกษาคูณมาเทียบเคียงในการดำเนินกิจกรรมด้วย ดังเช่นคำกล่าวของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ทั้ง 4 กล่าวไว้ ตามลำดับว่า

“ทำแบบนี้ดีนะ เราได้แสดงความรู้สึกเราเองได้คิดเอง”

“ดีจังนะ นี่สามารถนำไปทำกับกิจกรรมโรคอื่นๆก็ได้”

“ฉันเอาวิธีการทำงานของ อสม. ครน มาตอบกันนะ ทำตามกันได้ บางอันเหมือนกัน”

“เมื่อก่อนทำไมไม่ทำแบบนี้บ้าง ทำแบบนี้ดี รู้ไหมเราได้มีส่วนร่วมในการคิดและแก้ปัญหาบ้านเราเอง” เป็นต้น

หลังจากกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนได้รับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการวิเคราะห์สวท จากนั้นสิ่งที่กลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชนได้รับจากกิจกรรมที่ผ่านมานำไปสู่กิจกรรมการพัฒนาารูปแบบเพื่อให้เกิดแผนงาน โครงการ กิจกรรม ตามขั้นตอนแนวทางของเทคนิคเอไอซีต่อไป

3. ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบเพื่อให้เกิดแผนงาน โครงการ กิจกรรม ตามขั้นตอนแนวทางของเทคนิคเอไอซี

ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบเพื่อให้เกิดแผนงาน โครงการ กิจกรรม ตามขั้นตอนแนวทางของเทคนิคเอไอซี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรม การวิเคราะห์สภาพการและกำหนดอนาคต การสร้างแนวทางการพัฒนา การสร้างแนวทางปฏิบัติ การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลและปรับปรุงแผน ดังนี้

ขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพการณ์และการกำหนดอนาคต (Appreciation หรือ A)

ขั้นตอนนี้เริ่มต้นบ่ายของวันที่ 21 มกราคม 2553 เป็นขั้นตอนที่สืบเนื่องมาจากการวิเคราะห์สวทในช่วงเช้าวันเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างและทีมวิจัยยังคงจำนวนเดิม กิจกรรมต่างๆดำเนินไปตามวิธีที่กำหนดไว้ ลำดับแรก นายกองค้การบริหารส่วนตำบลได้ให้ข้อคิดเห็นที่เอื้อต่อการดำเนินกิจกรรมมาก

“ผมเพิ่งเข้ามาทำงาน เพิ่งมาเป็นนายกสมัยแรก รู้สึกยินดีและดีใจมากที่เห็นทีมสุขภาพของบ้านเราเข้มแข็ง และยินดีสนับสนุนช่วยเหลือให้บ้านเราปลอดภัยจากโรคทุกโรค โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออกที่กำลังระบาดอยู่ทุกๆปี.....มีอะไรให้ช่วยเหลือ ยินดี ขอให้บอก ไม่ต้องเกรงใจนะ”

จากนั้นในการดำเนินกิจกรรมซึ่งเน้นการวาดภาพและแสดงความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุม พบว่าได้รับความสนใจจากกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างมาก มีความสนุกสนาน ไม่เบื่อหน่าย และกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม ดังเช่นเครือข่ายสุขภาพชุมชน ทั้งสาม กล่าวว่า

“อบรมแบบนี้ดีนะ ไม่น่าเบื่อ”

“ไม่่วงนอนด้วย”

“นานแล้วนะที่ไม่ได้วาดรูป สนุกคีนะ”

นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างยังได้แสดงออกถึงความคิดเห็นได้เป็นอย่างดี ซึ่งผลของการดำเนินกิจกรรมจากขั้นตอนนี้รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการในขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพการณ์และการกำหนดอนาคต

การวิเคราะห์สภาพการณ์	การกำหนดอนาคต
1. ลักษณะสภาพทั่วไปในชุมชนไม่สะอาด โดยเฉพาะรอบๆบ้านมีขยะประเภทเปลือกผลไม้ เปลือกปาล์ม น้ำมันจำนวนมาก	ต้องการให้เจ้าของบ้านร่วมกันรณรงค์จัดการขยะรอบบ้านตัวเองโดยพร้อมเพรียงกันสัปดาห์ 1 วัน
2. บริเวณรอบๆบ้านมีภาชนะมีมีน้ำขังที่เก็บไว้ใช้ในยามขาดแคลนจำนวนมาก	ต้องการให้เจ้าของบ้านมีฝาปิดหรือปิดฝาภาชนะน้ำนั้นๆทั้งหมด
3. รอบๆบริเวณบ้านมีขยะที่สามารถเป็นที่ขังน้ำ โดยเฉพาะเมื่อมีฝนตก	ต้องการให้เจ้าของบ้านร่วมกันรณรงค์จัดการขยะรอบบ้านตัวเองโดยพร้อมเพรียงกันสัปดาห์ 1 วัน
4. บ้านที่ทำสวนซึ่งเป็นส่วนที่อยู่ติดกับบ้านมีขยะภายในสวนที่ทิ้งไว้ไม่กำจัดและอาจจะมีน้ำขังเป็นที่เพาะพันธุ์ยุงได้	ต้องการให้เจ้าของบ้านร่วมกันรณรงค์จัดการขยะรอบบ้านตัวเองโดยพร้อมเพรียงกันสัปดาห์ 1 วัน
5. ประชาชนส่วนใหญ่ที่นอนพักผ่อนในเวลากลางวัน ไม่นิยมนอนกางมุ้ง	ต้องการให้ทุกคนที่นอนพักผ่อนในเวลา กลางวันให้กางมุ้งนอน
6. บ้านส่วนใหญ่ไม่มีมุ้งลวด มีแต่มุ้งผ้าไว้กางนอนเมื่อนอนในเวลากลางคืน	ต้องการให้มุ้งผ้ากางนอนทุกครั้งที่เข้านอน
7. ประชาชนได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรค ไข้เลือดออกไม่ทั่วถึง เนื่องจากส่วนหนึ่งไม่ได้อยู่บ้าน ไปทำงานนอกบ้าน กลับมามีมือค้ำ	ต้องการให้ประชาชนทุกคนในชุมชนรับทราบถึงอันตรายจากการเกิดโรคไข้เลือดออก และวิธีการป้องกันไม่ให้ตนเองและบุคคลในชุมชนป่วยเป็น ไข้เลือดออก

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การวิเคราะห์สภาพการณ์	การกำหนดอนาคต
8.จากการสำรวจภาษาขณะบรรจุน้ำภายในบ้านพบว่าภาษาที่มีน้ำขังมีลูกน้ำยุงลายจำนวนมากและเกือบทุกบ้าน	ต้องการให้เจ้าของบ้านทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่ถูกวิธีทุกสัปดาห์
9.ในสถานที่สาธารณะ เช่น ศาลากลางบ้านยังไม่มีผู้รับผิดชอบดูแลความสะอาดที่ชัดเจน	ต้องการให้มีผู้รับผิดชอบดูแลรักษาความสะอาดศาลากลางบ้านที่ชัดเจน
10.เมื่อจัดกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกประชาชนในชุมชนจะเฉยๆ ไม่ต่อต้านแต่ก็ไม่ได้ให้ความร่วมด้วยเสียทีเดียว	ต้องการให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน
11.หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านไม่สามารถใช้งานได้เนื่องจากความขัดแย้งกันระหว่างชาวบ้านในชุมชน	ต้องการให้หอกระจายข่าวสามารถใช้ได้และมีการกำหนดเวลาเผยแพร่ข่าวสารชัดเจน

ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I)

ในขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา ได้ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการในวันที่ 22 มกราคม 2553 เริ่มเวลา 09.00 น. โดยกลุ่มเป้าหมายมาทันพร้อมเพรียงครบทุกคน ไม่มีใครมาสาย ส่วนใหญ่มาทันตั้งแต่ 08.00 น. คนสุดท้ายที่มา มาเวลา 08.45 น. แสดงให้เห็นถึงความใส่ใจของกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างมาก ในกิจกรรมครั้งนี้ได้นำผลสรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการในขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพการณ์และการกำหนดอนาคต จำนวน 11 ข้อ มาแบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 – 3 กลุ่มละ 3 ข้อ ส่วนกลุ่มที่ 4 มี 2 ข้อ โดยแต่ละกลุ่มมีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 คน และมีผู้ช่วยวิจัยประจำกลุ่มละ 1-2 คน โดยให้แต่ละกลุ่มคิดโครงการ วิธีการ หรือ แนวทาง เพื่อที่จะให้เกิดผลเป็นไปตามการกำหนดอนาคต ซึ่งให้ใช้ภาษาและลักษณะการเขียนตามแบบภาษาพื้นบ้านได้ตามความพอใจ โดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ช่วยปรับรูปแบบการเขียน และภาษาที่เป็นทางการต่อไปอีกคราวหนึ่ง เมื่อผ่านกระบวนการคิดและเขียนเสร็จสิ้นแล้ว ให้ทุกคนในกลุ่มได้ออกมานำเสนอโครงการที่กลุ่มคิดขึ้นให้กับสมาชิกทุกคนทราบ ซึ่งบรรยากาศเป็นไปอย่างสนุกสนานเฮฮา ที่แฝงไปด้วยสาระมากมาย ดังเช่น คำกล่าวของสมาชิกบางคน

“สนุกจังเลย ได้คิดเองบ้างไม่ต้องให้ใครมาใช้”

“ฉันทว่าแล้ววันนี้ต้องสนุก ก็สนุกจริงๆ”

“โรคไข้เลือดออกความจริงป้องกันง่ายจะตายถ้าทุกบ้านทำตามทีบอก”

“บางคนเขาไม่รู้เรื่อง ทำแต่งงานเราต้องเข้าไปช่วยเขา”

“ฉันทใช้ภาษาแบบหลวง (ราชการ)ไม่เป็นนะ ใช้ภาษาใน(ภาษาใต้)ได้ไหม”

“ภาษาในไม่ถนัดเท่าไร แต่อยากพูดได้ไหม”

“ความจริงเราน่าจะมีประชุมแบบนี้ทุกโรคนะ เบาหวานความดันก็น่าทำ”

“ใช่แล้วได้ประโยชน์มากๆ คราวต่อไปหมอมาร่วมเรื่องอื่นๆด้วยนะ”

กิจกรรมดำเนินไปทั้งหมด 3 ชั่วโมง เสร็จสิ้นตอนเที่ยงกว่าๆ ได้มีการร่วมกันรับประทานอาหารและได้พูดคุยกัน ในหมู่ทีมวิจัย และทีมกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสังเกตได้ถึงความเป็นกันเอง ความสนุกสนาน รอยยิ้ม การแตะสัมผัส หรือหยอกล้อ ที่ทั้งสองกลุ่มมีต่อกัน หลังจากนั้นเวลา 13.30 น. ได้เริ่มนำโครงการที่ทั้ง 4 กลุ่ม นำเสนอมารวบรวมหรือจัดกลุ่มในกิจกรรมหรือโครงการที่คล้ายๆกัน และกำหนดขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของโครงการ จำนวนทั้งสิ้น 2 โครงการดังตารางที่ 3

ตาราง 3 สรุปผลโครงการที่เกิดจากกระบวนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I)

ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/วิธีการ
1. โครงการสร้างกระแสเผยแพร่ความรู้การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	1. เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง 2. เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายของโรคไข้เลือดออกโดยให้ความร่วมมือกันกับการจัดกิจกรรมป้องกันโรคในชุมชน	1. การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน 2. การจัดทำจดหมายถึงเจ้าของบ้านทุกหลัง 3. การให้รถจักรยานรอบในหมู่บ้านเพื่อเผยแพร่ความรู้และกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักในการป้องกันโรค 4. การสอดแทรกในการประชุมต่างๆของชุมชนทุกการประชุม

ตาราง 3 (ต่อ)

ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/วิธีการ
2. โครงการ รณรงค์กำจัด ต้นเหตุของ การเกิดโรค ไข้เลือดออก ในบ้าน ตนเอง	1. เพื่อให้ทุกหลังคาเรือนมีการจัดบริเวณภายใน บ้านและรอบๆบ้าน ไม่ให้เอื้อต่อการเพาะพันธุ์ยุง หรือเป็นแหล่งอาศัยของยุงทั้งลูกน้ำและยุงตัวเต็ม วัย 2. เพื่อให้ทุกหลังคาเรือนมีการสำรวจแหล่งเพาะ พันธุ์ยุงลายในบ้านของตนเองทั้งในและนอก บริเวณบ้านทุกสัปดาห์ 3. เพื่อให้ทุกหลังคาเรือนร่วมกันทำลายแหล่งเพาะ พันธุ์ยุงลายอย่างถูกหลักวิธีการ 4. เพื่อให้ประชาชนมีวิธีการป้องกันไม่ให้เกิด แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่ถูกวิธี	1. การออกสำรวจความชุกของ ลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำ ขังทั้งในและนอกบ้าน โดย เครือข่ายสุขภาพในชุมชน 2. การกำหนดวันรณรงค์ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Big Cleaning day) และ ทำลายยุงตัวเต็มวัย

ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control หรือ C)

ในขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ ได้จัดขึ้นในช่วงบ่ายของการประชุมเชิงปฏิบัติการในวันที่ 22 มกราคม 2553 เริ่มเวลาประมาณ 13.30 น. จนถึงเวลา 17.00 น. ใช้เวลาไปประมาณ 3 ชั่วโมงครึ่ง โดยกิจกรรมเป็นการกำหนดรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมหรือวิธีการดำเนินกิจกรรมในแต่ละกิจกรรม รวมทั้งการแบ่งความรับผิดชอบของกิจกรรมต่างๆ ผลการดำเนินกิจกรรมพบว่าในเบื้องต้นได้กำหนดจำนวนบ้านที่ให้แกนนำดูแลโดยได้แบ่งบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหมู่บ้านที่ 8 โดยแกนนำ 1 คน ดูแล 10-15 หลังคาเรือน และหลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรมคือ 1) การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน 2) การจัดทำจดหมายถึงเจ้าของบ้านทุกหลัง 3) การขับรถวนรอบในหมู่บ้านเพื่อเผยแพร่ความรู้และกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักในการป้องกันโรค 4) การสอดแทรกความรู้เรื่องไข้เลือดออกในการประชุมต่างๆของชุมชนทุกการประชุม 5) การออกสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขังทั้งในและนอกบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 6) การกำหนดวันรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Big Cleaning day) และทำลายยุงตัวเต็มวัย ซึ่งทั้ง 6 กิจกรรมได้แบ่งกลุ่มรับผิดชอบเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 จำนวน 6 คน รับผิดชอบกิจกรรมที่ 1-2 กลุ่มที่ 2 จำนวน 7 คน รับผิดชอบกิจกรรมที่ 3-4 และกลุ่มที่ 3 จำนวน 7 คน รับผิดชอบกิจกรรมที่ 5-6 และได้มีการสร้างพันธะสัญญากันไว้ว่า ในทุกกิจกรรมทั้ง 20 คน จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อกำหนดหน้าที่ ของแต่ละกิจกรรมเรียบร้อยแล้ว จึงนำกิจกรรมต่างๆเข้ามาประกาศกิจกรรมในการประชุมก่อนปิดการประชุม ซึ่งมีผู้ที่เกี่ยวข้องของชุมชนอยู่ครบทุกคน เช่น

นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยตำบลนาชะอัง เป็นต้น ในการประกาศกิจกรรมและผู้รับผิดชอบนั้น แกนนำแต่ละกลุ่มได้ออกไปบอกว่าจะทำอะไรบ้าง ผู้รับผิดชอบหลัก คือใคร ซึ่งทุกกลุ่มที่ออกไปพูดมีสีหน้าท่าทีที่ขี้มึนแหม่มและแสดงออกถึงความมั่นใจในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง เมื่อกล่าวจบก็ได้รับเสียงปรบมือจากผู้เข้าร่วมประชุมอย่างกึกก้อง ซึ่งถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะทำให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปอย่างราบรื่นและประสบผลสำเร็จ ก่อนจะปิดการประชุม ผู้วิจัยได้ให้ทุกคนได้แสดงความรู้สึกของการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ โดยเริ่มต้นจาก ผู้ใหญ่บ้าน กล่าวว่า

“ก่อนอื่นขอขอบคุณทีมงานวิจัยที่ให้ความสำคัญกับหมู่ 8 ขอขอบคุณแกนนำสุขภาพทั้งทุกคน ที่ช่วยให้บ้านเราไม่มีไข้เลือดออก ผมยินดีสนับสนุนและช่วยเหลือเต็มที่ มีอะไรขอให้บอกนะ ขอขอบคุณครับ”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีอนามัยนาชะอัง กล่าวว่า

“ผมในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีอนามัยนาชะอัง ซึ่งต้องดูแลทั้งตำบล ไม่เฉพาะหมู่ที่ 8 หมู่เดียวนี้ ขอขอบคุณทุกคน ขอขอบคุณมาก และหวังว่างานคงสำเร็จ เมื่อสำเร็จจะได้นำไปทำกับหมู่อื่นบ้าง จะได้ปลอดไข้เลือดออกทั้งตำบล ขอขอบคุณครับ”

ตัวแทนแกนนำสุขภาพได้กล่าวว่า

“เราสัญญากันแล้วนะเมื่อไหร่เราจะทำให้หมู่ที่ 8 ปลอดจากไข้เลือดออก เราสัญญาว่าเราทำได้ ขอให้ทุกคนได้ช่วยกันด้วยนะค่ะ”

และให้นายองค์การบริหารส่วนตำบลกล่าวแสดงความรู้สึกเป็นคนสุดท้ายเพื่อเป็นการกล่าวปิดการประชุมด้วย

“ผมรู้สึกปลาบปลื้มใจมาก ๆ ครับ ผมมารับตำแหน่งนายกปีนี้แรกได้ไม่ถึงสองเดือนแล้วเจอพวกเราที่มีความสามารถ เป็นทีมงานที่เข้มแข็ง ผมดีใจแทนชาวนาชะอังจริงๆ ในฐานะที่ผมเพิ่งเข้ามา มีอะไรให้ชี้แนะด้วยนะครับ และจะให้ช่วยอะไรให้บอกเลยครับผมยินดีมากๆ เพื่อให้หมู่บ้านของเราบรรลุสิ่งที่หมอดำ(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลนาชะอัง)พูดไว้ว่า พวกเราชาวนาชะอังจะได้ปลอดจากโรคไข้เลือดออกซะที ขอขอบคุณผู้วิจัยและทีม และทุกๆคนนะครับ.....ผมจึงขอปิดการประชุมใน ครั้งนี้”

เมื่อปิดการประชุมสิ่งที่สังเกตได้คือ กลุ่มแกนนำได้จับกลุ่มพูดคุย และนัดแนะการจัดกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมที่จะเกิดขึ้นในลำดับต่อไป

1.2 ขั้นตอนปฏิบัติ

ขั้นการปฏิบัติเป็นขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และการนำกิจกรรมที่กำหนดขึ้นไปปฏิบัติในชุมชน

การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ในขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนาศักยภาพให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนทั้ง 20 คน ให้มีจิตวิญญาณของการทำงานเป็นทีม มีทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่นได้เป็นอย่างดี โดยกิจกรรมเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการครอบคลุมในกิจกรรมการพัฒนาทักษะมนุษยสัมพันธ์และการสร้างเจตคติต่อมนุษยสัมพันธ์ในการทำงาน ได้แก่ 1) การติดต่อสื่อสาร การตระหนักรู้ในตนเอง การยอมรับนับถือตนเองหรือความภาคภูมิใจในตนเอง ความไว้วางใจ การจงใจ การจัดการความขัดแย้ง 2) การพัฒนาเจตคติต่อการปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยกิจกรรมที่ใช้คือ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติและกรณีศึกษา การอบรมเชิงปฏิบัติการ ใช้เวลาในการอบรม 2 วัน คือวันที่ 4 – 5 กุมภาพันธ์ 2553 จัดการอบรม ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และเมื่อเสร็จสิ้นการอบรม กลุ่มเครือข่ายสุขภาพทุกคนได้รับเกียรติบัตรแสดงถึงการได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนมีความพึงพอใจมาก โดยสังเกตได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่กำหนดให้ผู้เข้าอบรมทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรมที่กำหนดให้ปฏิบัติด้วยสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส และกล้าแสดงออกในด้านต่างๆอย่างเห็นได้ชัด ทั้งการแสดงความคิดเห็น ทักษะและบุคลิกภาพในการสื่อสารต่างๆ นอกจากนั้นได้ให้ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนได้เขียนบรรยาย แสดงความรู้สึกใส่กระดาษรูปหัวใจ โดยไม่ต้องลงชื่อไปติดไว้ในบอร์ดที่จัดไว้ให้ โดยให้เขียน 4 ครั้ง คือ วันละ 2 ครั้ง คือก่อนรับประทานอาหารเที่ยง และก่อนกลับบ้าน พบว่าขอความที่เขียนนั้นเป็นไปในลักษณะของความพึงพอใจในวิทยากรทุกคน กิจกรรมต่างๆไม่น่าเบื่อ มีความสนุกสนาน และเขียนแสดงความขอบคุณที่ให้โอกาสได้เข้าร่วมการอบรมในครั้งนี้ และก่อนกลับให้ทุกคนแสดงความรู้สึกสิ่งที่คิดว่าการอบรมในครั้งนี้ทำให้ตัวเองเปลี่ยนแปลงไปบ้าง ซึ่งส่วนใหญ่จะบอกถึงความมั่นใจในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง และความกล้าแสดงออกมากขึ้น รวมทั้งการมีพลังในการทำงานเพื่อชุมชน หรือเพื่อส่วนรวมมากขึ้น ดังเช่นคำบอกเล่าของคุณป้าคนหนึ่ง บอกว่า

“สุขยอดมากเลย วิทยากรเก่งมากๆ ป้ามั่นใจในตัวเองขึ้นเยอะเลย”

คุณลุงคนหนึ่งซึ่งเป็นผู้ชายคนเดียวในกลุ่มกล่าวว่า

“ภูมิใจในตัวเองมากๆ ไม่นึกเลยว่าตัวเองจบแค่ ป.4 แล้วได้รับโอกาสแบบนี้จากหมอทั้งหลาย เป็นแบบนี้ใช้อะไรมาทำเต็มที่”

สำหรับเครือข่ายสุขภาพชุมชน ส. ได้กล่าวถึงเกียรติบัตรที่ได้รับว่า

“ขอบคุณมากๆนะคะที่ทำให้ฉันรู้สึกมีความสุขในการทำงาน โดยเฉพาะเกียรติบัตรนี้ จะให้หลานพาไปใส่กรอบให้”

เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชนแล้ว ได้ใช้เวลาจำนวน 1 ชั่วโมง คือช่วงเวลา 15.30-16.30 น. เพื่อทบทวนกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมที่จะดำเนินการในชุมชน ตลอดเวลา 3 เดือน โดยกำหนดวันเริ่มกิจกรรมทั้งหมดพร้อมกัน คือ วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2553 และ กำชับแต่ละกลุ่มถึงเรื่องการประสานงานกันทั้งกับเครือข่ายสุขภาพชุมชนด้วยตนเองหรือกับผู้วิจัย เพื่อให้งานเป็นไปอย่างราบรื่น จากนั้นได้ร่วมกันทำกิจกรรมที่กลุ่มเสนอชื่อกิจกรรมขึ้น คือ กิจกรรมใจประสานใจ คือ การประสานมือ ปฏิญาณตน แสดงพลังและการสัญญาว่าจะดำเนินกิจกรรมด้วยใจและจริงจังเพื่อให้ ชุมชน ม. 8 ปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออกตลอดไป

การนำกิจกรรมที่กำหนดขึ้นไปปฏิบัติในชุมชน

ในขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผนนั้น ใช้เวลาระยะดำเนินการประมาณ 3 เดือน โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ ถึง 15 พฤษภาคม 2553 ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่จะดำเนินในวันหยุดนักขัตฤกษ์ วันเสาร์ อาทิตย์ และ ตอนเย็นของวันราชการ กลุ่มที่รับผิดชอบกิจกรรมเป็นผู้ดำเนินการหลัก และ สมาชิกกลุ่มอื่นๆจะช่วยเหลือในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น กิจกรรมนั้นดำเนินในหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบของใคร ผู้นั้นก็จะรับไปดำเนินการให้ ในกิจกรรมที่จะต้องใช้งบประมาณ ผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณส่วนตัวไปให้ ส่วนวัสดุ อุปกรณ์อื่นๆที่จำเป็นต้องใช้ก็ได้รับสนับสนุนจากหน่วยงานในท้องถิ่นต่างๆ และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยกิจกรรมของแต่ละกิจกรรมดังรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมในความรับผิดชอบของกลุ่มที่ 1 เป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้งบประมาณใดๆ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารทางด้านวิชาการที่เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และทางด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น แผ่นพับ จุลสาร แผ่นเพลงวีซีดี และบทความต่างๆ ซึ่งได้รับการสนับสนุนมาจากกลุ่มงาน สุขศึกษา โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ งานสุขศึกษาและงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร โดยการกำหนดเวลาของการเปิดเสียงตามสายนั้น ทางผู้รับผิดชอบกลุ่มที่ 1 ได้ออกสำรวจความคิดเห็น สอบถาม พุดคุย ชาวบ้านในชุมชน รวมทั้งขอความคิดเห็นจากประชาชน จากการประชุมต่างๆ ในชุมชน เนื่องจากว่าในอดีตการเปิดหอกระจายข่าวในชุมชนเคยมีความคิดเห็นที่ขัดแย้งกัน ในด้านการสร้างความรำคาญให้กับชุมชนหรือบ้านที่อยู่ใกล้หอกระจายข่าวมากๆ รวมทั้งการเปิดหอกระจายข่าวที่ผ่านมามีเปิดไม่เป็นเวลาที่ไม่แน่นอน ซึ่งจากการได้พุดคุย ปรึกษาหารือกัน สรุปได้ว่า กำหนดให้เปิดเสียงตามสายทุกวัน ๆ ละ 2 เวลา คือ ตอนเช้า เวลา 06.00 - 08.00 น. เมื่อเคารพธงชาติเสร็จก็ถือว่าหมดกำหนดเวลาเปิดในช่วงเช้า สำหรับในช่วงเวลาเย็น กำหนดเปิดเวลา 17.00 - 19.00 น. โดยลำดับของการออกอากาศทั้ง 2 เวลา คือ 1) เริ่มเปิดรายการด้วยเพลงประจำจังหวัดชุมพร 2) เปิดเพลงบรรณรค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก 3) เปิดบทความเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 4) เปิดบทความเกี่ยวกับทางด้านสุขภาพอื่นๆ 5) การประกาศข่าวฝากประกาศเพื่อประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชน

รับทราบกิจกรรมต่างๆของชุมชน และ 6) เปิดเพลงรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกอีกครั้ง ซึ่งรายการที่ 1-3 และ 6 ต้องเปิดทุกครั้งที่มีการเปิดหอกระจายข่าว ส่วนรายการที่ 5 และ 6 อาจเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เหมาะสม โดยเริ่มดำเนินการวันแรกในวันจันทร์ที่ 15 กุมภาพันธ์ 2553 สำหรับผู้รับผิดชอบดูแลการเปิดหอกระจายข่าวนั้นตลอดการดำเนินงานอยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มที่ 1 ในส่วนของค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าไฟฟ้า แผ่นซีดี ทางองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้สนับสนุนดูแล ซึ่งจากการจัดกิจกรรมที่ ผ่านมา จำนวนทั้งสิ้น 152 ครั้ง พบว่าประชาชนให้ความสนใจมาก เพราะนอกจากจะมีการรณรงค์เรื่องโรคไข้เลือดออกแล้ว เรื่องอื่นๆทางด้านสุขภาพก็ได้นำมาเปิดให้คนในชุมชนได้รับทราบ ซึ่งประกอบด้วยเรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคฉี่หนู โรคหัวใจ การเลือกใช้ยาที่ถูกต้อง โรคมalariaเรีย โรคไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ เป็นต้น นอกจากนี้ข่าวประชาสัมพันธ์ต่างๆที่บุคคลในชุมชนฝากประกาศมีมากมายทั้งงานราษฎร์และงานหลวง เช่น ข่าวประกาศเกี่ยวกับงานบุญต่างๆในชุมชน ข่าวแจ้งเชิญประชุมประจำหมู่บ้าน ข่าวการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในหมู่บ้าน เป็นต้น สำหรับปัญหาอุปสรรคที่พบในกิจกรรมนี้คือ ไฟฟ้าดับ ไม่สามารถเปิดหอกระจายข่าวได้ทุกวันหรือตามเวลาที่กำหนด วันหยุดนักขัตฤกษ์บางวันที่ต้องหยุดเปิด เช่น วันสงกรานต์ เนื่องจากภารกิจงานบุญต่างๆ ทำให้ผู้รับผิดชอบไม่ว่างที่จะมาปฏิบัติกิจกรรมได้ และผู้ประกาศข่าวที่ประกาศข่าวมีฐานะจำเป็น ไม่สามารถมาประกาศเสียงผ่านหอกระจายข่าวได้ ทำให้บางครั้งข่าวประกาศต้องเลื่อนไปประกาศในเวลาต่อไป ทำให้ผู้ฝากข่าวประกาศรู้สึกไม่ค่อยพอใจมากนัก แต่ก็สามารถอธิบายให้สามารถเข้าใจกันได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการจัดทำจดหมายถึงเจ้าของบ้านทุกหลัง กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมของกลุ่มที่ 1 เช่นกัน เป็นกิจกรรมที่ทางกลุ่มต้องการทำเป็นจดหมายถึงเจ้าของบ้านทุกบ้านในหมู่ที่ 8 โดยกลุ่มได้ปรึกษากับผู้วิจัยถึงเนื้อหาที่จะเขียนในจดหมาย และจะออกจากหน่วยงานใด ทางผู้วิจัยจึงได้ประชุมร่วมกับกลุ่ม หัวหน้าสถานีอนามัยน่านชะอัง และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลน่านชะอัง สรุปว่า คำขึ้นต้นจดหมาย ใช้คำว่า “จดหมายกระจายข่าวชาวหนองเข้” โดยเรียนเจ้าของบ้านทุกหลังคาเรือนๆละ 1 ฉบับ เนื้อหาในจดหมายประกอบด้วยสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกในปัจจุบัน ความรุนแรงของโรค การสังเกตอาการของโรคเบื้องต้น และวิธีการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งทางผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยค้นหาข้อมูลและเรียบเรียงเนื้อหา คำลงท้ายด้วยประโยค “ด้วยความหวังใจจากใจจริงฯ” และลงชื่อ 3 คน คือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลน่านชะอัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเขตอุดมศักดิ์ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร โดยจดหมายจะส่งไปคู่กับทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายบ้านละ 3 ชอง พร้อมวิธีการใช้ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายที่ถูกวิธี ซึ่งทรายนั้นได้รับสนับสนุนจากสถานีอนามัยน่านชะอังและสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร สำหรับวิธีการจัดส่งโดยประชุมทีมแกนนำสุขภาพพร้อมกันทุกคน พร้อมทั้งทบทวนวิธีการอธิบายวิธีการใช้ทรายกำจัดลูกน้ำที่ถูกวิธี ตรวจสอบความถูกต้องโดยให้ทุกคนได้สาธิตวิธีการใช้ หลังจากนั้นจึงมอบจดหมายถึงกับทุกคนไป

แจกให้กับหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบของตนเองตามที่ได้แบ่งพื้นที่รับผิดชอบไว้ โดยเริ่มดำเนินการแจกจดหมายพร้อมกันในวันเดียวกัน เดือนละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้นดำเนินการ 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ดำเนินการวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2553 ครั้งที่ 2 ดำเนินการวันที่ 15 มีนาคม 2553 และครั้งที่ 3 ดำเนินการวันที่ 20 เมษายน 2553 ทุกครั้งที่ดำเนินการเสร็จทางกลุ่มแกนนำได้มาประชุมพูดคุยกันที่สถานีอนามัย นားชะอ้งร่วมกับผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพื่อทบทวนวิธีการ ปัญหา อุปสรรค หรือนำเหตุการณ์ที่ได้ออกไปดำเนินกิจกรรมมาแล้วสู่กันฟัง ซึ่งจากการสังเกตและซักถามกลุ่มแกนนำพบว่าทุกคนมีลักษณะหน้าตาที่ยิ้มแย้ม แจ่มใส ดีใจ แสดงออกถึงความตั้งใจและภาคภูมิใจในการทำกิจกรรมดังกล่าว พร้อมแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นต่างๆ เช่น

“ออกไปแจกจดหมายและทรายหนนี้ดีจัง มันใจ รู้สึกว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นด้วย” “เขาชอบใจกันยกใหญ่เลย บอกว่าทีหลังมาอีกนะ”

“วันนั้นตอนไปแจกจดหมาย พอตีมีคนหมู่บ้านอื่นมาที่บ้านที่ไปแจกด้วย เขาบอกว่าทำไมที่หมู่บ้านเขาไม่ทำแบบนี้บ้าง”

“ยายมีแกอยู่คนเดียว แกชอบใจและให้พรฉัน ฟังแล้วน้ำตาซึมเลย แกบอกว่าลูกหลานแกยังไม่มาทำแบบนี้ให้เลย” เป็นต้น

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการขับรถประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านเพื่อเผยแพร่ความรู้และกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักในการป้องกันโรค กิจกรรมนี้ก็อยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มที่ 2 ทางกลุ่มได้ร่วมกันคิดวิธีการและเสนอแนวทางการได้มาซึ่งรถประชาสัมพันธ์ ซึ่งมีทางเลือกที่กำหนดไว้คือการจ้างรถประชาสัมพันธ์สินค้าในตลาดตัวเมืองชุมพร หรือ การนำรถสถานีอนามัยหรือ อบต.ไปติดตั้งเครื่องขยายเสียง หรือ การยืมรถประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หรือของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง สรุปลงได้ว่าเลือกวิธีการสุดท้าย โดยทางผู้วิจัยจะเป็นผู้ไปประสานทางโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพื่อขอยืมรถดังกล่าว แต่ทางกลุ่มจะต้องกำหนดวันที่จะใช้รถ ทางกลุ่มเสนอขอประสานกับกลุ่มที่ 3 ที่รับผิดชอบกิจกรรมณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมสอดคล้องกัน สรุปลงได้ว่าจะใช้รถประชาสัมพันธ์ทุกวันศุกร์ ซึ่งตรงกับวันณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่กลุ่มที่ 3 กำหนดไว้ โดยขอให้พนักงานขับรถของทางโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเป็นผู้ขับ และทางกลุ่มแกนนำเป็นผู้นำเส้นทางในหมู่บ้าน และใช้สื่อเป็นแผ่นพับและแผ่นวีซีดีที่ได้รับสนับสนุนจากกลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ในการออกดำเนินกิจกรรมทุกครั้งได้นำทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายติดรถไปด้วยเนื่องจากอาจจะมีประชาชนขอสนับสนุนทรายดังกล่าว โดยกิจกรรมครั้งแรกเริ่มในวันศุกร์ที่ 19 กุมภาพันธ์ 2553 จำนวนทั้งสิ้น 12 ครั้ง จากการสอบถามกลุ่มแกนนำที่นำทางและพนักงานขับรถพบว่าได้รับความสนใจจากประชาชนเป็นอย่างมาก ซึ่งเห็นได้จากการที่

ประชาชนมาขอรับแผ่นพับความรู้เรื่อง โรคไข้เลือดออกและทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย ทั่วๆที่ได้รับไปแล้ว จากการแนบไปกับจดหมายที่แจกไปที่กลุ่มที่ 1 ได้ดำเนินการไปก่อนหน้านี้อแล้ว พนักงานขับรถกล่าวว่า

“ดีนะครับหมอบ ทำแบบนี้ ชาวบ้านรักตายเลย.....เขาสนใจดีนะ แผ่นพับที่เอามาเกือบไม่พอ อ้อ ทรายด้วย ครั้งแรกไม่เหลือ ครั้งหลังเลยต้องเตรียมไปมากกว่าปกติกันพลาคอีก”

เครือข่ายสุขภาพในชุมชนคนหนึ่งกล่าวว่า

“ดีใจนะที่เขาสนใจกันดี นี่เพราะว่ากลุ่มโน้นเขาได้ออกกระจายเสียงผ่านหอกระจายข่าวและส่งจดหมายไปให้ก่อนแล้ว รู้สึกว่าเขาให้ความร่วมมือดีมาก ๆเลย”

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการสอดแทรกความรู้เรื่องไข้เลือดออกในการประชุมต่างๆของชุมชนทุกการประชุม กิจกรรมนี้เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของกลุ่มที่ 2 ซึ่งทางกลุ่ม ได้ประชุมกันว่าในหมู่บ้านมีการประชุมอะไรบ้างที่ประชุมทั้งเป็นประจำและเป็นครั้งคราว เพื่อได้กำหนดกิจกรรมได้ถูกต้อง สรุปได้ว่าการประชุมที่ดำเนินการประจำทุกเดือน คือ การประชุมชาวบ้านซึ่งประชุมทุกวันจันทร์แรกของทุก ๆ เดือน โดยผู้ใหญ่บ้านเป็นประธานในการประชุม การประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลนาชะอังซึ่งประชุมทุกวันที 8 ของเดือน และในพิธีการทางศาสนา คือในวันพระ ที่วัดหนองจรเข้ ถึงแม้ว่าวัดนี้จะไม่ได้อยู่ที่หมู่ที่ 8ก็ตาม แต่ชาวบ้านหมู่ที่ 8 ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่วัดหนองจรเข้ตั้งแต่อดีต จนถึง ปัจจุบัน สำหรับในการประชุมชาวบ้านนั้น ทางแกนนำได้ประสานผู้ใหญ่บ้านขอกำหนดเป็นวาระการประชุมวาระหนึ่ง ใช้ชื่อว่าวาระว่า สถานการณ์และการป้องกันโรคไข้เลือดออกในปัจจุบัน โดยได้ดำเนินการ 3 ครั้ง คือ วันจันทร์ที่ 1 มีนาคม 2553 วันจันทร์ที่ 5 เมษายน 2553 และวันจันทร์ที่ 3 พฤษภาคม 2553 ซึ่งทุกครั้งที่ได้ดำเนินการ ทางแกนนำได้ร้องขอให้ทางผู้วิจัยเป็นผู้พูด ซึ่งจําแนเสนอสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกทั้งระดับประเทศ ระดับภาคได้ระดับจังหวัดชุมพร ระดับอำเภอเมือง และตำบลนาชะอัง รวมทั้งสอดแทรกเนื้อหาวิชาการที่เข้าใจง่ายเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การตระหนักถึงพิษภัยของโรค และการควบคุมป้องกันโรคในชุมชนได้ด้วยตนเองและครอบครัว นอกจากนั้นได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบถึงการดำเนินกิจกรรมที่ทางกลุ่มแกนนำทางด้านสุขภาพดำเนินการอยู่ สำหรับในกิจกรรมวันพระนั้นทางกลุ่มแกนนำเป็นผู้พูดเอง ดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้ง เนื่องจากเวลาที่มีค่อนข้างจำกัด แต่ในบางครั้งงานบุญใหญ่ทางกลุ่มแกนนำได้เชิญผู้วิจัยเป็นผู้ไปพูดให้ความรู้ด้วย สำหรับในการประชุมอาสาสมัครประจำหมู่บ้านประจำเดือนนั้น ประชุม 3 ครั้ง ทางเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยซึ่งเป็นประธานการประชุมได้กำหนดเรื่องโรคไข้เลือดออกเป็นวาระการประชุมวาระหนึ่งในทุกครั้งที่มีการประชุม จากการสังเกตที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวเกือบทุกครั้ง พบว่าประชาชนให้ความสำคัญและสนใจเป็นอย่างมาก ประชาชนนั่งฟังการบรรยายด้วยความตั้งใจ และเมื่อเปิดโอกาสให้ซักถามและข้อเสนอแนะต่างๆ ก็ได้มีการซักถามปัญหาที่เกี่ยวข้องด้วยความใส่ใจ และมีการเสนอแนะแนวทางในการร่วมกันป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของตนเองอย่างจริงจังด้วย เช่น

“ถ้าไม่มีลูกน้ำในน้ำก็ไม่มียุง ถ้าทุกบ้านปิดฝาที่ใส่น้ำให้มีคิซคักก็ไม่มียุงก็ไม่มีไข่เลือดออก”

“เวลาใครในบ้าน ข้างบ้านไม่สบาย ถ้าปากจะตาย กลัวยาย กลัวยึดต่อ แค่ว่าบ้านใครบ้านมันไม่ให้มีลูกน้ำก็ไม่ไข่แล้ว” เป็นต้น

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการออกสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขังทั้งในและนอกบ้านโดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชน กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมในความรับผิดชอบของกลุ่มที่ 3 ในขั้นแรกทางกลุ่มได้แบ่งพื้นที่ออกสำรวจลูกน้ำยุงลายในภาชนะน้ำขังทั้งหมดทุกหลังคาเรือน ในหมู่ที่ 8 จำนวนทั้งสิ้น 205 หลังคาเรือน โดยดำเนินการในวันศุกร์ที่ 12 กุมภาพันธ์ 2553 ซึ่งเป็นกิจกรรมแรกที่เริ่มดำเนินการก่อนการดำเนินกิจกรรมอื่นๆ โดยเมื่อออกสำรวจแล้วพบว่าภาชนะใดที่มีลูกน้ำยุงลายอยู่ก็จะขออนุญาตเจ้าของบ้านและเชิญชวนเจ้าของบ้านร่วมกันกำจัดลูกน้ำยุงลายในทันทีตามหลักการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น ในภาชนะน้ำใช้ใดที่ไม่มีฝาปิดให้ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ ในส่วนที่มีฝาปิดได้กำชับให้เจ้าของบ้านปิดฝาให้มีคิซคัก จานรองขาตู้ให้ใส่น้ำมันเครื่อง หรือเปลี่ยนน้ำตามแต่เจ้าของบ้านจะเห็นชอบ จานรองกระถางต้นไม้ใส่ทรายให้เต็มจาน หรือเทน้ำออก ภาชนะอื่นๆที่มีน้ำแต่ไม่ได้ใช้ให้ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ ส่วนขยะรอบๆบ้านทำลายโดยการฝังกลบ หรือเผาทำลาย ซึ่งจากการสำรวจทั้ง 205 หลังคาเรือน พบบ้านที่พบภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลาย จำนวน 85 หลังคาเรือน คิดเป็นค่าดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลาย (Housing Index ; HI) เท่ากับ ร้อยละ 39.53 ภาชนะสำรวจทั้งสิ้น 2,067 ชิ้น พบลูกน้ำยุงลาย จำนวน 410 ชิ้น คิดเป็นค่าดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลาย (Container Index ; CI) เท่ากับ ร้อยละ 19.83 โดยมีรายละเอียดของดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลายจำแนกตามภาชนะดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละการสำรวจดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายจำแนกตามภาชนะ

ชนิดของภาชนะ	จำนวนภาชนะ		ร้อยละ
	สำรวจ(ชิ้น)	พบลูกน้ำยุงลาย(ชิ้น)	
คุ่มใส่น้ำ	449	65	14.47
โอ่งใส่น้ำ	405	83	20.49
ถังพลาสติกใส่น้ำ	313	34	10.86
ภาชนะใส่น้ำอื่นๆ	368	86	23.36
จานรองตู้กับข้าว	258	25	9.68
จานรองกระถางต้นไม้	92	12	13.04
ภาชนะอื่นๆที่ไม่ใช้มีน้ำขัง	96	45	46.87
ขยะที่มีน้ำขัง	86	60	69.76
รวม	2,067	410	19.83

กิจกรรมการออกสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขังทั้งในและนอกบ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนี้จากการที่ผู้วิจัยไปร่วมกิจกรรมด้วยส่วนหนึ่ง และจากการสอบถามกลุ่มเครือข่ายสุขภาพพบว่าประชาชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รวมทั้งร่วมกันสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงด้วย นอกจากนี้ เจ้าของบ้านยังได้นำอาหาร เครื่องดื่มต่างๆมาต้อนรับและกล่าวขอบคุณเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมดังกล่าว ดังเช่น คุณป้าท่านหนึ่งกล่าวว่า

“ขอบใจทุกคนนะที่ช่วยให้ยายไม่เป็นไข้เลือดออก คนแก่เดี๋ยวนี้ก็เป็นกันไข้ไหม”

คุณลุงท่านหนึ่งนำน้ำและผลไม้มาต้อนรับ

“ไม่มีอะไรจะเลี้ยง กินน้ำกับมังคุดไปก่อนนะ หรือว่ากินข้าวเที่ยงที่นี่ เอาป่าว หุงแป๊ปเดียวเอง”

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการกำหนดวันรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Big Cleaning day) และทำลายยุงตัวเต็มวัย กิจกรรมนี้เป็นของกลุ่มที่ 3 ซึ่งทางกลุ่มได้กำหนดให้มี 2 กิจกรรม คือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง กับ การทำลายยุงตัวเต็มวัย โดยกิจกรรมทั้งสองกิจกรรมจะทำพร้อมกันทั้งหมู่บ้าน ทุกวันศุกร์ของสัปดาห์ โดยทำพร้อมกับกิจกรรมที่ 3 คือ กิจกรรมการขับรดประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านเพื่อเผยแพร่ความรู้และกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักในการป้องกันโรค ซึ่งเป็นกิจกรรมของกลุ่มที่ 2 รับผิดชอบ และทุกวันศุกร์แรก คือวันศุกร์ที่ 19 กุมภาพันธ์ 2553 และศุกร์ที่สอง คือ วันศุกร์ที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 ของการดำเนินกิจกรรมที่ 5 ต้องทำพร้อมกันทั้งการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง กับ การทำลายยุงตัวเต็มวัย เนื่องจากตามหลักวิชาการแล้วหากมีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ต้องมีการกำจัดยุงตัวเต็มวัยร่วมกันด้วย จะทำให้กำจัดได้ทั้งลูกน้ำและยุงตัวแก่ไปพร้อมๆกัน และต้องดำเนินการสองครั้งติดต่อกันห่างกัน 7 วัน เพื่อกำจัดลูกน้ำที่เป็นตัวโม่่ง และยุงตัวแก่ที่ยังไม่สามารถทำลายได้ในครั้งแรกหรือยังหลงเหลืออยู่ จากนั้นทุกวันศุกร์ที่เหลืออีกจำนวน 11 ครั้ง รณรงค์เฉพาะการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงอย่างเดียว ซึ่งทุกครั้งก่อนที่จะถึงวันศุกร์ทางกลุ่มได้ประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวในวันพฤหัสบดีก่อนถึงวันรณรงค์ และในวันรณรงค์คือเช้าวันศุกร์ รวมทั้งการขับรดประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านอย่างทั่วถึง สำหรับการทำลายยุงตัวเต็มวัยได้รับความร่วมมือจากองค์การบริหารส่วนตำบล สาธารณสุขอำเภอเมือง สนับสนุนเครื่องพ่นยุงละอองฝอยชนิด สะพายหลัง และ คนพ่น เพื่อเข้าพ่นในชุมชนที่รถยนต์เข้าไม่ถึง ในส่วนรถยนต์เข้าถึงได้รับการสนับสนุนเครื่องพ่นยุงละอองฝอยชนิดติดรถจากหน่วยควบคุมโรคนำโดยแมลงที่ 41 จังหวัดชุมพร สำหรับกลุ่มแกนนำทั้งหมดก็ออกมาร่วมรณรงค์บ้านตนเองและออกไปช่วยติดตาม แนะนำกระตุ้นเตือนบ้านที่ตนเองรับผิดชอบด้วย กิจกรรมนี้ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยฯ ยังได้ออกร่วมกิจกรรมเกือบทุกครั้งหรือทุกวันศุกร์ จากการสอบถามบุคคลดังกล่าวทำให้ทราบว่าชาวบ้านพึงพอใจกิจกรรมนี้มาก บางคนบอกว่ายุงที่บ้านน้อยลงมาก และขณะนี้กิจกรรมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงกลายเป็นกิจวัตรประจำวันศุกร์ของชุมชนไปแล้ว หลังจากครบกำหนดการดำเนินกิจกรรม

ได้มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้านทั้ง 205 หลังอีกครั้ง โดยทางกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนได้มีการ สลับบ้านในเขตรับผิดชอบตนเองในการสำรวจ เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

1.3 ขั้นตอนการสังเกตและการประเมินผลการปฏิบัติ

แนวทางในการประเมินการปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานแบบมี ส่วนร่วม โดยการสังเกต สัมภาษณ์ กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนหรือแกนนำสุขภาพในชุมชน ประชาชนในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยนาชะอัง นายกองค้การบริหารส่วน ตำบลนาชะอัง ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง ดังนี้

เครือข่ายสุขภาพในชุมชน ได้มีการวางแผนการจัดกิจกรรมร่วมกันทุกกิจกรรม ทำให้ การดำเนินแต่ละขั้นตอนในวงจรที่ 1 ได้ผลการปฏิบัติงานที่ดี มีการประสานงานกันทุกระดับ ทั้งกลุ่ม ผู้นำชุมชน กับ เครือข่ายสุขภาพในชุมชน ผู้นำชุมชนให้ความสนใจและความตื่นตัวในการร่วม กิจกรรม กิจกรรมบางกิจกรรมประชาชนยังคงดำเนินกิจกรรมเหล่านั้นอย่างต่อเนื่อง เช่น การ ร่วมกันสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านตนเอง เป็นต้น ประชาชนที่มีโอกาสได้เจอกัน ในงานบุญต่างๆในหมู่บ้านต่างได้พูดถึงกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ได้จัดกิจกรรมขึ้นในชุมชน อย่างสนุกสนาน และประทับใจ นอกจากนี้ผู้ปกครองหรือพ่อแม่ที่เรียนในชุมชนที่เรียนอยู่ใน โรงเรียนในตัวอำเภอเมือง ได้บอกกล่าวว่าบุตรหลานของตนได้นำประสบการณ์ไปใช้ประโยชน์ในการ เรียงความ หรือเล่าประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในวิชาสุ ขศึกษาด้วย

ตลอดระยะเวลา 3-4 เดือนของกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของวงจรที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรมและเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมต่างๆก็ได้ออกไป พูดคุย สัมภาษณ์ประชาชนในหมู่บ้าน รวมทั้งสังเกตอาการปฏิกิริยาอาการต่างๆของประชาชน ประชาชน ในชุมชนต่างแสดงความรู้สึกรู้สึกชื่นชอบกิจกรรมนี้ และอยากให้ดำเนินกิจกรรมนี้อย่างต่อเนื่อง และอยาก ให้อำเภอจัดกิจกรรมแบบนี้กับปัญหาสุขภาพอื่นๆในชุมชนด้วย นอกจากนี้ประชาชนรู้สึกชอบคุณที่ได้ นำกิจกรรมที่มีประโยชน์และมีคุณค่าให้กับชุมชนหมู่ 8

กลุ่มผู้นำชุมชน กล่าวว่า

“กิจกรรมดีจังเลย ที่ถามๆชาวบ้าน เขาชอบกันนะ เขาบอกให้ทำเรื่อยๆ ตลอดไป ผู้ใหญ่บ้านและชาวบ้านหมู่อื่นเขาก็ถามกันนะ และถามว่าทำไมไม่ทำหมู่อื่นบ้าง ทำแต่หมู่ที่ 8 ผมก็ถามว่ารู้ได้อย่างไรว่าที่ ม.8 เขาทำกัน เขาบอกว่าเพื่อนๆหมู่ 8 เล่าให้ฟัง”

นอกจากนั้นได้มีโอกาสสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านหนึ่งซึ่งอดีตเคยปฏิบัติงาน ที่สถานีอนามัยนาชะอัง และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนาชะอัง แต่ไม่ใช่หมู่ 8 เล่าว่า

“ได้ข่าวว่าไปทำกิจกรรมหมู่ 8 เหมอ ชาวบ้านเขาชอบกันนะ เขาเล่าให้ฟัง ไปวัดพบพวก ม.8 ไม่งั้นใหญ่เลยว่าทำอะไรกันบ้าง เสียคนนะที่ไม่ได้ทำงานที่นี่แล้ว ไม่งั้นได้ช่วยด้วย แล้วเสร็จนี้แล้วทำของหมู่อื่นป่าว มาทำที่หมู่ที่ที่อยู่ก็ได้เนาะ ช่วยเต็มที่”

ในการออกตรวจตรวจสอบ ติดตาม และพูดคุยกับชาวบ้าน สิ่งที่สังเกตได้คือ ขยะหรือภาชนะที่ไม่ใช้รอบๆบ้านแทบจะไม่มีให้เห็นเหมือนตอนที่แรกเริ่มของการเข้ามาดำเนินกิจกรรม นอกจากนั้นจากการสำรวจดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลายหลังจากดำเนินกิจกรรมไปแล้ว โดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชนนั้น ครั้งนี้สำรวจโดยใช้วิธีการสลับพื้นที่กันสำรวจ ซึ่งจากการสำรวจบ้านทั้งหมด จำนวน 205 หลังคาเรือน พบบ้านที่พบภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลาย จำนวน 45 หลังคาเรือน คิดเป็นค่าดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลาย (Housing Index ; HI) เท่ากับ ร้อยละ 21.95 ภาชนะสำรวจทั้งสิ้น 1,955 ชิ้น พบลูกน้ำยุงลายจำนวน 175 ชิ้น คิดเป็นค่าดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลาย (Container Index ; CI) เท่ากับ ร้อยละ 8.95 ซึ่งค่าดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลายต่างๆ ลดลงจากการสำรวจครั้งที่ผ่านมา โดยรายละเอียดในตารางที่ 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละการสำรวจดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายจำแนกตามภาชนะทั้งก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

ชนิดของภาชนะ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
	สำรวจ (ชิ้น)	พบลูกน้ำยุงลาย (ชิ้น)	ร้อยละ	สำรวจ (ชิ้น)	พบลูกน้ำยุงลาย (ชิ้น)	ร้อยละ
ตุ่มใส่น้ำ	449	65	14.47	452	32	7.08
โอ่งใส่น้ำ	405	83	20.49	401	53	13.22
ถังพลาสติกใส่น้ำ	313	34	10.86	325	18	5.54
ภาชนะใส่น้ำอื่นๆ	368	86	23.36	378	45	11.90
ขารองตู้กับข้าว	258	25	9.68	258	12	4.65
จานรองกระถางต้นไม้	92	12	13.04	115	10	8.69
ภาชนะอื่นๆที่ไม่ใช้น้ำขัง	96	45	46.87	15	2	13.33
ขยะที่มีน้ำขัง	86	60	69.76	11	3	27.27
รวม	2,067	410	19.83	1,955	175	8.95

จากตาราง 5 พบว่า จำนวนภาษาชะโดยรวมได้ลดลง ในส่วนที่ลดลงไปนั้น คือ ภาษาอื่นๆที่ไม่ใช่แล้วมีน้ำขังอยู่ ลดลงจาก 96 ภาษา เป็น 15 ภาษา และชะรอบๆบริเวณบ้านที่มีน้ำขังก็ลดลงจาก 60 ภาษา เป็น 11 ภาษา รวมทั้งร้อยละของการพบลูกน้ำยุงลายทั้งโดยรวมและจำแนกตามภาษาชะทุกชนิดก็ลดลงด้วย แต่ยังไม่หมดเลยทีเดียว จึงมีโอกาที่ทำให้พื้นที่ หมู่ที่ 8 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ ดังนั้นกิจกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดำเนินการที่ผ่านมายังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้ จึงจำเป็นต้องดำเนินการในวงจรที่ 2 ต่อไป

วงจรที่ 2

2.1 ขั้นการปรับปรุงแผนและการวางแผน

ขั้นตอนการปรับปรุงแผนเกิดขึ้นหลังจากสังเกตและการประเมินผลการปฏิบัติ ถึงแม้ว่ากลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และประชาชนในชุมชนมีความยินดี ฟังพอใจและชื่นชอบในกิจกรรมที่ผ่านมา รวมทั้งประชาชนให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมเป็นอย่างดี ทำให้สภาพแวดล้อมต่างๆบริเวณมีความเป็นระเบียบเรียบร้อยขึ้น แต่ดัชนีชี้วัดของลูกน้ำยุงลาย ยังมีพบในภาษาชะต่างๆที่มีน้ำขังอยู่ ซึ่งถือว่ายังไม่บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ หรือตัวชี้วัดเท่าที่ควร ดังนั้น ผู้วิจัยได้เชิญ นายกองค้ำการบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพ ประชุมขึ้นในวันที่ 21 พฤษภาคม 2553 ณ สถานีอนามัยตำบลนาชะอัง เพื่อสรุปผลการดำเนินงานในเบื้องต้นให้ทราบ และกำหนดแนวทางการดำเนินกิจกรรมโดยได้มีข้อตกลงกันว่าต้องให้ดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลายเท่ากับศูนย์ หรือ ไม่มีการพบลูกน้ำยุงลายในภาษาชะบรรจุน้ำทั้งในและนอกบ้านเลย ดังนั้นจึงร่วมกันปรึกษาหารือเพื่อปรับปรุงแผนหรือกำหนดกิจกรรมขึ้นใหม่และให้คงกิจกรรมทั้ง 6 ที่ทำไปแล้วนั้นคงเดิม ซึ่งทุกคนต่างแสดงออกถึงความภาคภูมิใจในกิจกรรมที่ผ่านมา และร่วมกันคิดหากิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไป

ผู้ใหญ่บ้านกล่าวว่า

“ผลออกมาแค่นี้ก็เก่งแล้วละ แต่สังเกตตอนนี้ชาวบ้านจะกระตือรือร้นในการจัดการบ้านตนเองนะ”

ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนกล่าวว่า

“อยากให้ไม่มีบ้านไหนมีลูกน้ำยุงลายเลย ไม่พบเลยจะดีมาก”

นายกองค้ำการบริหารส่วนตำบลกล่าวว่า

“ยังมีงบประมาณเหลืออยู่นะ ไม่ได้ใช้ จะทำอะไรให้บอก จะช่วยจัดการงบประมาณให้ ถ้าไม่พอ ลองหาจากหมวดอื่นให้ได้”

เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยกล่าวว่า

“งบกองทุนหมู่บ้านก็พอมีอยู่นะ เอามาใช้ได้ ของหมู่ 8 ยังไม่ได้ใช้เลย ที่ทำทั้งหมดก็เป็นงบที่พี่ไก่อามาให้ทั้งนั้นเลย”

เครือข่ายสุขภาพในชุมชนท่านหนึ่ง ได้แสดงความคิดเห็นที่ทำให้ทุกคนคล้อยตามในสิ่งที่เสนอว่า

“วันก่อนที่ไปดูงานที่ครนนั้นเขามีประกวดบ้านกันนะ เอามาทำที่เราก็ได้ล่ะ หารางวัลให้ดีกว่าไหม”

หลังจากได้มีการปรึกษาหารือ เสนอแนวคิดวิธีการกันแล้ว สรุปได้ว่าจะจัดกิจกรรมประกวดบ้านสะอาด โดยใช้ชื่อว่า “บ้านสะอาด ปราศจากไขเถื่อนคอก” โดยใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนของสถานีอนามัยครน อำเภอสวี ที่ได้ไปดูงานมาเป็นตัวอย่างแล้วนำมาปรับใช้ให้เหมาะสม โดยผู้วิจัยได้เป็นผู้ประสานกับทางหัวหน้าสถานีอนามัยครนทางโทรศัพท์สอบถามและประสานเพื่อขอเกณฑ์การประเมินดังกล่าวมาใช้เป็นตัวอย่างขั้นต้น และนำเกณฑ์ที่ได้มาให้กลุ่มเครือข่ายพิจารณา และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป จากนั้นจึงได้ร่วมกันกำหนดกิจกรรมโดยใช้เวลาในการดำเนินการ 1 เดือน คือเดือนมิถุนายน 2553

แผนการจัดกิจกรรม “บ้านสะอาด ปราศจากไขเถื่อนคอก” กำหนดกิจกรรม ดังนี้

1. ด้านการประชาสัมพันธ์

ด้านการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ทุกบ้านในหมู่ที่ 8 ทราบถึง จัดประกวดกิจกรรม “บ้านสะอาด ปราศจากไขเถื่อนคอก” ขึ้นนั้นยังคงดำเนินการเหมือนเดิม คือ การประกาศผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การประชุมในกิจกรรมต่างๆของหมู่บ้าน รถประชาสัมพันธ์ทุกวันศุกร์ และจดหมายแจ้งข่าวถึงเจ้าของบ้าน โดยให้กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเป็นผู้นำไปแจกให้กับบ้านที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง

2. ด้านงบประมาณและรางวัล

ด้านงบประมาณที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นงบประมาณสำหรับให้รางวัล ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาชะอัง โดยจะทำการเกียรติบัตรมอบให้กับบ้านที่เข้ารอบและได้รับรางวัลชนะเลิศ รองชนะเลิศอันดับที่ 1 รองชนะเลิศอันดับที่ 2 และรางวัลชมเชย สำหรับค่าใช้จ่ายในด้านอื่น ๆ นั้น ไม่ได้ใช้งบมากนักซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ขอสนับสนุนเอง

3. ด้านกรรมการและเกณฑ์การให้คะแนน

สำหรับกรรมการให้คะแนนนั้น ได้ให้ผู้ช่วยวิจัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนาชะอังเป็นผู้ให้คะแนน และมีกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเป็นผู้ช่วยเหลือตามพื้นที่ที่เข้าตรวจเยี่ยม โดยจะเข้าตรวจเยี่ยม 2 ครั้ง คือ กลางเดือนมิถุนายน และปลายเดือน มิถุนายน 2553 และ เมื่อสิ้นสุดโครงการกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนก็จะสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายต่อไป

ในด้านเกณฑ์การให้คะแนนทั้งสิ้นคะแนนเต็ม 200 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1) ความสะอาดเรียบร้อยภายในบ้าน 50 คะแนน 2) ความสะอาดเรียบร้อยภายนอกบ้าน 50 คะแนน และ 3) ความชุกของลูกน้ำยุงลาย 100 คะแนน โดยในขั้นแรกเปิดรับสมัครบ้านที่จะเข้าร่วมโครงการ

ด้วยความสมัครใจ รวมทั้งให้กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนได้ร่วมกันพิจารณาคัดเลือกบ้านในเขตที่ตนรับผิดชอบ หลังจากนั้นกรรมการการชุดผู้ช่วยวิจัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมาชะงัดเป็นผู้ให้คะแนนตัดสินขั้นสุดท้าย

4. ด้านการคัดเลือกบ้านเข้าร่วมกิจกรรม

การคัดเลือกบ้านเข้าร่วมกิจกรรมมีวิธีการสรรหาหลายวิธีร่วมกัน คือ เครือข่ายสุขภาพในชุมชนพิจารณาคัดเลือกบ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของตนเอง ร่วมกับการประชาสัมพันธ์เพื่อเปิดรับสมัครบ้านที่อยากเข้าร่วมกิจกรรม เมื่อได้บ้านเป้าหมาย จากนั้นกลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชนไปชักชวนและจูงใจให้เข้าร่วมกิจกรรมต่อไป

สำหรับกำหนดการดำเนินกิจกรรมการปฏิบัติงาน กิจกรรม “บ้านสะอาด ปราศจากไข้เลือดออก” มีรายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 6 กำหนดการกิจกรรม “บ้านสะอาด ปราศจากไข้เลือดออก”

กิจกรรม	วัน-เวลา	ผู้รับผิดชอบ
1.ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว	1-7 มิถุนายน 2553 เวลา 06.00-08.00 น. และ 16.30-18.30 น.	เครือข่ายสุขภาพใน ชุมชนกลุ่มที่ 1
2.ประชาสัมพันธ์ผ่านจดหมายถึงเจ้าของบ้านทุกหลังคาเรือน	1-7 มิถุนายน 2553	เครือข่ายสุขภาพใน ชุมชนทุกคน
3.ประชาสัมพันธ์ผ่านรถประชาสัมพันธ์ควบคู่การณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านตนเอง	ศุกร์ที่ 4 11 18 และ 25 มิถุนายน 2553 เวลา 11.00 – 13.00 น.	เครือข่ายสุขภาพใน ชุมชนทุกคน
4.การรับสมัครและพิจารณาคัดเลือกบ้านเข้าร่วมกิจกรรม	วันที่ 1-15 มิถุนายน 2553 เวลา 09.00-16.00 น.	เครือข่ายสุขภาพใน ชุมชนทุกคน
5.การประชุมชี้แจงบ้านที่ร่วมกิจกรรม	วันศุกร์ที่ 18 มิถุนายน 2553 เวลา 13.00-16.00 น.	เครือข่ายสุขภาพใน ชุมชนทุกคน

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัน-เวลา	ผู้รับผิดชอบ
6.กลุ่มผู้ช่วยวิจัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนาชะอังประเมินให้คะแนนบ้านกลุ่มเครือข่ายสุขภาพได้คัดเลือกเข้าประกวด	ศุกร์ที่ 25 มิถุนายน 2553 เวลา 09.00-16.00 น.	เครือข่ายสุขภาพในชุมชนทุกคนร่วมกับกลุ่มผู้ช่วยวิจัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนาชะอัง
7.ประกาศผลบ้านที่ได้รับรางวัลผ่านหอกระจายข่าว รถประชาสัมพันธ์	วันอังคารที่ 29 มิถุนายน 2553 เวลา 06.00 -12.00 น. และ 16.30-18.30 น.	เครือข่ายสุขภาพในชุมชนกลุ่มที่ 1
8.สำรวจความซุกของลูกน้ำยุงลาย	วันพฤหัสบดีที่ 1 มิถุนายน 2553 เวลา 09.00-16.00 น.	เครือข่ายสุขภาพในชุมชนทุกคน
9.พิธีมอบรางวัลในการประชุมชาวบ้านของผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 8	วันศุกร์ที่ 2 กรกฎาคม 2553 เวลา 09.00 น.	เครือข่ายสุขภาพในชุมชนทุกคน

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ

หลังจากได้ปรับปรุงแผนและวางแผนการดำเนินกิจกรรม “บ้านสะอาด ปราศจากไข่เลือดออก” แล้ว ทางกลุ่มเครือข่ายก็ดำเนินการตามแผนตามขั้นตอนที่วางไว้ตามตารางที่ 7 จำนวน 8 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว

กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนกลุ่มที่ 1 ยังคงรับผิดชอบเช่นเดิม เนื่องจากมีความชำนาญในกิจกรรมนี้ ยังคงใช้เวลาเดิมในการประชาสัมพันธ์ คือ เวลา 06.00-08.00 น. และ 16.30-18.30 น. โดยจะเน้นเรื่องการรับสมัครบ้านเข้าประกวด เกณฑ์และขั้นตอนการให้คะแนนและรางวัลที่ได้รับจากการประกวด ในวันที่ 1-7 มิถุนายน 2553 เท่านั้น สำหรับวันอื่นๆ ก็ดำเนินการกิจกรรมตามปกติต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การประชาสัมพันธ์ผ่านจดหมายถึงเจ้าของบ้านทุกหลังคาเรือน

ในการประชาสัมพันธ์ผ่านจดหมายถึงเจ้าของบ้านนั้น เนื้อหาที่เขียนนอกจากที่เคยกล่าวเน้นไปทางการป้องกันโรคไข่เลือดออกแล้ว ยังประกอบด้วยรายละเอียดของกิจกรรม การประกวดบ้าน การรับสมัครบ้านเข้าร่วมประกวด เกณฑ์และขั้นตอนการให้คะแนนและรางวัลที่ได้รับจากการ

ประกวดด้วย ซึ่งทางผู้วิจัยเป็นผู้จัดทำหนังสือฉบับนี้ให้ ลงชื่อโดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาชะอังและผู้ใหญ่บ้าน ม.8 ตำบลนาชะอัง ร่วมกัน แล้วให้กลุ่มเครือข่ายทุกคนนำไปแจกจ่ายให้กับทุกบ้านที่ตนเองรับผิดชอบในช่วงที่กำหนดไว้ คือ วันที่ 1-7 มิถุนายน 2553 แต่ในความเป็นจริงนั้นพบว่าได้ดำเนินการเสร็จสิ้นตั้งแต่วันที่ 4 มิถุนายน 2553 แล้ว

ขั้นที่ 3 การประชาสัมพันธ์ผ่านรถประชาสัมพันธ์ ควบคุมการณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านตนเอง

กิจกรรมการประชาสัมพันธ์ผ่านรถประชาสัมพันธ์ ควบคุมการณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านตนเองนั้นในกิจกรรมในวงจรที่ 1 นั้น ดำเนินการในทุกวันศุกร์ เช่นเดียวกันในวงจรที่ 2 ก็ดำเนินการในวันศุกร์เช่นกัน กิจกรรมครั้งนี้ใช้แผ่นซีดีประชาสัมพันธ์ ซึ่งทางกลุ่มงานสุขศึกษาโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เป็นผู้ที่ยื่นที่บันทึกเสียงและมอบให้พนักงานขับรถได้ออกไปประชาสัมพันธ์โดยไม่ต้องมีกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนออกไปด้วยดังเช่นกิจกรรมในวงจรที่ 1 เนื่องจากพนักงานขับรถมีความชำนาญพื้นที่แล้ว ในรายละเอียดการประชาสัมพันธ์นั้นนอกจากจะเน้นการประชาสัมพันธ์เรื่องการณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านตนเองทุกวันศุกร์แล้ว ในศุกร์ที่ 4 และ 11 มิถุนายน 2553 ได้เน้นถึงเรื่องกิจกรรมการประกวดบ้าน เกณฑ์และขั้นตอนการให้คะแนนและรางวัลที่ได้รับจากการประกวดด้วย ส่วนศุกร์ที่ 18 มิถุนายน 2553 ประชาสัมพันธ์ถึงการคัดเลือกบ้านในเขตรับผิดชอบของเครือข่ายสุขภาพในชุมชนคนละ 2 หลังคาเรือน และศุกร์ที่ 25 มิถุนายน 2553 เน้นในเรื่องของการออกตรวจให้คะแนนของทีมผู้ช่วยวิจัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนาชะอัง ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการได้มาซึ่งบ้านที่จะได้รับรางวัลต่อไป

ขั้นที่ 4 การรับสมัครและพิจารณาคัดเลือกบ้านเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ร่วมกับชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบร่วมกันพิจารณาหาบ้านเข้าร่วมกิจกรรมแล้วร่วมกันจูงใจให้บ้านดังกล่าวเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ ร่วมกับการเปิดรับสมัครทั่วไป จากการดำเนินกิจกรรมพบว่ามีบ้านที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 34 หลังคาเรือน โดยเป็นบ้านที่สมัครเข้าร่วมกิจกรรม 12 หลังคาเรือน ทั้งหมดเป็นบ้านที่เครือข่ายได้พิจารณาคัดเลือกไว้แล้วด้วย ส่วนอีก 22 หลังคาเรือนไม่ได้สมัครเข้าร่วม แต่เป็นบ้านที่เครือข่ายพิจารณาคัดเลือกไว้และจูงใจให้เข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรมครั้งนี้เป็นไปด้วยความราบรื่นเนื่องจากกลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชนนั้นต่างก็คุ้นเคยกับบ้านต่างๆในเขตรับผิดชอบตนเองอยู่แล้ว เมื่อได้บ้านที่เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวแล้วเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและบ้านในเขตรับผิดชอบของตนได้ไปช่วยกันปรับปรุงดูแลบ้านที่ตนเองและสมาชิกส่งเข้าประกวดเพื่อให้มีความเป็นสะอาด ระเบียบเรียบร้อย แสดงให้เห็นถึงพลังสามัคคีที่เกิดขึ้นในชุมชน ถึงแม้จะเป็นกลุ่มบ้านเล็กๆก็ตาม

ขั้นที่ 5 การประชุมชี้แจงบ้านที่ร่วมกิจกรรม

เมื่อได้บ้านที่เข้าร่วมกิจกรรมแล้วจำนวน 34 หลังคาเรือน จึงได้เชิญเจ้าของบ้าน หรือตัวแทนบ้านที่เข้าร่วมประกวดมาประชุมอย่างน้อยบ้านละ 1 คน แต่ในบางบ้านก็มา 2 คน โดยประชุมในวันศุกร์ที่ 18 มิถุนายน 2553 เวลา 13.00-16.00 น. ณ สถานีอนามัยนาชะอัง เพื่อชี้แจงกิจกรรมวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ขั้นตอนและเกณฑ์การให้คะแนน รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องไข้เลือดออก การป้องกันโรคในชุมชน โดยผู้วิจัยเป็นวิทยากรในกิจกรรมการประชุมครั้งนี้ บรรยายการประชุมนั้นเป็นไปอย่างสนุกสนาน ผู้เข้าร่วมประชุมมีความสนใจและซักถามเป็นอย่างดี มีการหยอกล้อและพูดคุยแซวกันในกลุ่มบ้านที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีความสุข สนุกสนาน

ขั้นที่ 6 กลุ่มผู้ช่วยวิจัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนาชะอังเข้าประเมินให้คะแนนบ้านที่กลุ่มเครือข่ายสุขภาพได้คัดเลือกเข้าประกวดไว้แล้ว

บ้านที่กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่ได้พิจารณาคัดเลือกเข้าประกวดนั้นมีจำนวนทั้งสิ้น 34 หลังคาเรือน กลุ่มผู้ช่วยวิจัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนาชะอังเข้าดำเนินการประเมินในวันศุกร์ที่ 25 มิถุนายน 2553 เพียงวันเดียว ทั้งสิ้น 34 หลังคาเรือน โดยกรรมการตัดสินได้แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 5 คน แต่ละกลุ่มออกประเมิน 17 หลังคาเรือน เนื่องจากบ้านต่างๆ อยู่ใกล้ๆ กัน ความสะดวกเดียวกัน ทำให้กิจกรรมดังกล่าวแล้วเสร็จภายในวันเดียว ผู้วิจัยได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ด้วย ทำให้สังเกตเห็นบรรยากาศการดำเนินกิจกรรมที่เป็นไปด้วยความสนุกสนาน เป็นกันเอง ระหว่างทีมให้คะแนน เครือข่ายสุขภาพในชุมชน และ เจ้าของบ้านที่เข้าประกวด รวมทั้งมีการต้อนรับที่อบอุ่นด้วยน้ำดื่มและผลไม้จากเจ้าของบ้าน ทุกบ้านแสดงออกถึงความพึงพอใจในกิจกรรมที่เกิดขึ้น และเจ้าของบ้านต่างเสนอแนะอยากให้มีการดำเนินกิจกรรมแบบนี้ต่อไปเรื่อยๆ และเสนอแนะให้ดำเนินกิจกรรมกับหมู่บ้านอื่นๆ ด้วย เนื่องจากเกรงว่าหากหมู่บ้านอื่นๆ เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกแล้ว อาจจะลุกลามมาที่ หมู่ที่ 8 ได้เช่นกัน

ขั้นที่ 7 การประกาศผลบ้านที่ได้รับรางวัลผ่านหอกระจายข่าวและรถประชาสัมพันธ์

ในการประกาศผลบ้านที่ได้รับรางวัลนั้น หลังจากที่กลุ่มผู้ช่วยวิจัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนาชะอังเข้าประเมินให้คะแนนบ้านกลุ่มเครือข่ายสุขภาพได้คัดเลือกเข้าประกวดผลการประกวดก็เสร็จสิ้นในเย็นวันนั้นเลย และในวันที่ 28 มิถุนายน 2553 ได้นำผลการประกวดแจ้งนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาชะอังและผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 8 และลงนามในเกียรติบัตรที่เตรียมไว้ และนำผลการประกวดให้ชุมชนทราบผ่านทางหอกระจายข่าวและรถประชาสัมพันธ์ในวันที่ 29 มิถุนายน 2553

ขั้นที่ 8 การสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลาย

การสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายครั้งนี้เป็นการสำรวจครั้งที่ 3 ตั้งแต่เริ่มดำเนินกิจกรรมมา โดยครั้งนี้ทางกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนขอสำรวจบ้านในเขตรับผิดชอบตนเองด้วย

เหตุผลที่ว่อยากไปขอบุคบ้านทุกบ้านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวด้วยดีตลอดมา จนทำให้ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่มีส่วนทำประโยชน์ให้ชุมชนด้วย และสัญญาว่าจะสำรวจด้วยความซื่อสัตย์และเป็นจริง โดยดำเนินการในวันที่ 1 กรกฎาคม 2553 ซึ่งจากการสำรวจบ้านทั้งหมดจำนวน 205 หลังคาเรือน ไม่พบบ้านที่พบภาวะที่มีลูกน้ำยุงลายเลย คิดเป็นค่าดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลาย (Housing Index ; HI) เท่ากับศูนย์ ภาวะสำรวจทั้งสิ้น 1,925 ชัน ไม่พบภาวะที่มีลูกน้ำยุงลายเลย คิดเป็นค่าดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลาย (Container Index ; CI) เท่ากับศูนย์ ซึ่งค่าดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลายต่างๆ ลดลงจากการสำรวจจากครั้งแรก ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละการสำรวจดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายจำแนกตามภาวะหลังดำเนินกิจกรรมวงจรที่ 1 และวงจรที่ 2

ชนิดของภาวะ	วงจรที่ 1			วงจรที่ 2		
	สำรวจ (ชัน)	พบลูกน้ำยุงลาย (ชัน)	ร้อยละ	สำรวจ (ชัน)	พบลูกน้ำยุงลาย (ชัน)	ร้อยละ
คู่มใสน้ำ	452	32	7.08	455	0	0.00
โองใสน้ำ	401	53	13.22	398	0	0.00
ถังพลาสติกใสน้ำ	325	18	5.54	311	0	0.00
ภาวะใสน้ำอื่นๆ	378	45	11.90	377	0	0.00
ขารองตู้กับข้าว	258	12	4.65	258	0	0.00
จานรองกระถางต้นไม้	115	10	8.69	121	0	0.00
ภาวะอื่นๆที่ไม่ใช้น้ำขัง	15	2	13.33	3	0	0.00
ขยะที่มีน้ำขัง	11	3	27.27	2	0	0.00
รวม	1,955	175	8.95	1,925	0	0.00

ขันที่ 9 พิธีมอบรางวัลในการประชุมชาวบ้านของผู้ใหญ่บ้าน ม.8

ปกติทุกๆต้นเดือนหมู่ที่ 8 มีการประชุมคณะกรรมการหมู่บ้านทุกเดือน ซึ่งเดือนกรกฎาคม 2553 นี้มีการประชุมในวันที่ 2 กรกฎาคม 2553 จึงได้ทำการมอบรางวัลซึ่งเป็นเกียรติบัตรให้กับผู้ที่ได้รับรางวัลชนะเลิศ 1 รางวัล รองชนะเลิศอันดับหนึ่ง 1 รางวัล รองชนะเลิศอันดับสอง 1 รางวัล รางวัลชมเชย 31 รางวัล ซึ่งวันนี้ทางนายกองค์การบริหารส่วนตำบลติดราษการคว่น ทางผู้ใหญ่บ้านจึง

เป็นประธานมอบรางวัลให้แทน โดยมีผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีนามัยตำบลนาชะอัง คณะกรรมการหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลนาชะอัง อยู่ร่วมพิธีอย่างพร้อมเพรียง บรรยากาศกิจกรรมเป็นไปอย่างราบรื่น ทุกคนยิ้มแย้มแจ่มใส และแสดงความยินดีซึ่งกันและกันอย่างมีความสุข

2.3 ขั้นการสังเกตและการประเมินการปฏิบัติ

ในการดำเนินกิจกรรมในวงจรที่ 2 นั้น ตั้งแต่เริ่มการปรับเปลี่ยนแผน วางแผนการดำเนินกิจกรรม “บ้านสะอาด ปราศจากไข้เลือดออก” และการออกดำเนินตามกิจกรรมต่างๆ มีกลุ่มบุคคลที่มาร่วมเกี่ยวข้องกับหลายกลุ่ม เช่นกลุ่มผู้นำชุมชน (นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 8) กลุ่มผู้วิจัย (ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย) กลุ่มเจ้าหน้าที่สถานีนามัยนาชะอัง กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ทั้ง 20 คน กลุ่มเจ้าของบ้านที่ได้รับการเสนอเข้ารับการประกวดทั้ง 34 หลัง และกลุ่มประชาชนทั่วไป

การประเมินจากการสังเกต พบว่า ทุกกิจกรรมดำเนินการ ทั้ง 9 ขั้นต่อนั้น ได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย บรรยากาศเป็นอย่างราบรื่น ซึ่งโดยปกติแล้วกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนกับบ้านที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 34 หลังคาเรือนนั้นค่อนข้างจะสนิทสนมและคุ้นเคยกันมาก่อนแล้ว ก็ยังทำให้สัมพันธภาพดียิ่งขึ้น และยังให้การต้อนรับและร่วมมือเป็นอย่างดี มีสัมพันธภาพที่พัฒนามากยิ่งขึ้นมากกว่าวงจรที่ 1 มีการใช้คำพูดแสดงความเป็นกันเอง หรือบุคคลในครอบครัว เช่น เรียกกลุ่มวิจัยว่า “ลูก” จากที่เคยเรียกว่าหมอ หรือ อาจารย์ รวมทั้งมีการโอบกอด สัมผัสมือกันและหยอกล้อกันมากขึ้น มีการต้อนรับด้วยอาหารคาวหวาน และผลไม้สำหรับบางกิจกรรมที่ได้เข้าไปในในชุมชนและชุมชนนั้นกำลังรับประทานอาหารกัน สิ่งหนึ่งที่ได้รับฟังจากทุกๆ บ้าน คือ ขอบคุณในกิจกรรมดังกล่าว และอยากให้มีการประเมินแบบนี้อีกในอนาคต

ความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของบ้านที่เข้าร่วมกิจกรรม “บ้านสะอาด ปราศจากไข้เลือดออก” นั้น มีความเห็นต่อกิจกรรมนี้ว่าเป็นกิจกรรมที่ดี ให้ประโยชน์กับชุมชนมากๆ บ้านใกล้เคียงก็มาช่วยกันตอนจัดเตรียมบ้านเข้าประกวด สนุกสนานกันมากๆ เจ้าของบ้านบางหลังคาเรือนบอกว่าจะจัดเตรียมไว้ประกวดในปีถัดไปถ้าหากยังมีกิจกรรมนี้อีก คุณป้าวัย 50 ปี ที่เข้าร่วมกิจกรรมกล่าวว่า

“ชอบแบบนี้มากเลย ป้าได้จัดบ้านไปในตัวเลย ชอบจัง จัดอีกนะปีหน้า”

คุณป้าอีกท่านที่เข้าร่วมกิจกรรม กล่าวว่า

“ปีหน้าไปช่วยจัดให้บ้านยายพร้อมบ้าง แกมาช่วยจัดที่นี้ตั้งหลายหน”

ส่วนคุณลุงที่ได้รับรางวัลจากการจัดกิจกรรม กล่าวว่า

“จะเอาเกียรติบัตรไปเข้ากรอบเอาแล้วติดไว้ที่บ้าน ปีหน้าจัดอีกนะหมอ สนุกดีที่สำคัญบ้านเราจะได้ไม่มีใครเป็นไข้เลือดออกกันอีกแล้ว”

สำหรับผู้ใหญ่บ้านซึ่งที่ผ่านมาได้มีโอกาสแวะเวียนมาเยี่ยมและร่วมกิจกรรมประปรายด้วยภาระงานมาก ได้กล่าวไว้

“กิจกรรมดีมากๆเลยครับ ชาวบ้านชอบกันนะ เห็นหมู่อื่นบอกว่าจะจัดแบบนี้บ้าง นี่ก็กะว่าจะบอกหมอดำ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย) ให้ไปทำที่หมู่อื่นด้วย เห็นเขาขอกลับมา นี่ถ้าจัดทุกหมู่บ้าน ทั้งตำบล บ้านเราคงไม่มีปัญหาเรื่องไข้เลือดออกแน่ๆ”

ในส่วนของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนนั้น ต่างก็มีความภาคภูมิใจในการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ โดยเฉพาะในวันที่จัดงานมอบเกียรติบัตรได้รับคำชมเชยจากกลุ่มที่มาร่วมงาน เช่น เจ้าของบ้านที่มารับรางวัล ชาวบ้านที่มาประชุม และผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งพบแต่รอยยิ้ม เสียงหัวเราะ และ การสนทนาที่แสดงความชื่นชมต่อกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ดังเช่นคำกล่าวในงานที่ผู้ใหญ่บ้านกล่าวไว้ตอนหนึ่งว่า

“กิจกรรมครั้งนี้ที่ประสบความสำเร็จได้ด้วยดีนั้น ต้องขอขอบคุณกลุ่มป้าอินและพวกทั้ง 20 คนนะ (กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน) ที่ทำให้กิจกรรมดี ๆ แบบนี้เกิดขึ้นในชุมชนบ้านเราขอบคุณมาก ๆ นะ”

ป้า ย. ซึ่งเป็นหัวหน้ากลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนกล่าวกับผู้วิจัยว่า

“ป้าและพวกเราทุกคนชอบใจหมอก่อนที่มากมาช่วยทำงาน มาช่วยทำให้พวกเรามีความภูมิใจ มีกำลังใจทำงานให้ชุมชน ทำให้คนในชุมชนมีการยอมรับและเข้าใจการป้องกันโรคไข้เลือดออกและเขาก็จัดการบ้านตัวเองได้ด้วย ชอบใจมากนะลูกนะ”

สรุปได้ว่ากิจกรรมในวงจรที่ 2 สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้เป็นอย่างดี นำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนต่อไปได้

การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคในชุมชน

การดำเนินกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ม.8 ตำบลนาชะอัง จังหวัดชุมพร ผู้วิจัยได้ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคในชุมชนจากการสังเกตติดตามการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน การแสดงออกของประชาชนในชุมชนและประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมประกวดบ้าน รวมทั้งการสังเกตลักษณะสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปรอบๆบ้านของชุมชน การสอบถามและพูดคุยเพื่อรับฟังความคิดเห็นและการแสดงความรู้สึกของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ประชาชนทั่วไป รวมทั้งประชาชนที่เข้าร่วมการประกวดบ้าน นอกจากนั้น ประเมินผลจากการสำรวจความซุกของลูกน้ำยุงลาย ซึ่งจากการจัดกิจกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ดังนี้

ด้านการมีส่วนร่วมและการเข้าร่วมกิจกรรมของประชาชนในชุมชน

ในการดำเนินกิจกรรมวงจรที่ 1 ในระยะเริ่มดำเนินการประชาชนยังไม่ให้ความสนใจมากนัก โดยเฉพาะบ้านที่ไม่เคยมีผู้ป่วยไข้เลือดออก หลังจากดำเนินการไปได้ระยะหนึ่งและเข้าสู่วงจรที่ 2 ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมเป็นอย่างดี มีการเสนอแนะความคิดเห็นผ่านกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยถึงกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นด้วย

ด้านความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดกิจกรรม

ประชาชนในชุมชนมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนมาก ให้ความร่วมในการจัดกิจกรรมทุกกิจกรรม ประชาชนอยากให้จัดกิจกรรมเหล่านี้อย่างต่อเนื่องและจัดทุกๆ ปี และแสดงออกถึงความยินดีที่จะเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวอีก ประชาชนมีการกล่าวพูดคุยกัน เล่าสู่กันฟัง ในหมู่ประชาชนตนเองถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นและสิ่งที่ตนเองได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือ กิจกรรมที่ตนเองดำเนินการ และกล่าวชื่นชมทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน รวมทั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

ด้านการปฏิบัติงานและความพึงพอใจของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนทุกคนมีความมั่นใจและภาคภูมิใจในการดำเนินกิจกรรมกล้าแสดงออก แสดงความคิดเห็น การวิเคราะห์สถานการณ์ แสดงออกถึงความคิดสร้างสรรค์ในการจัดกิจกรรมในชุมชน จัดการจัดแบ่งการทำงานและการติดตามงานอย่างมีระบบ ซึ่งสังเกตได้จากมีการกำหนดหัวหน้าหรือประธานกลุ่ม ซึ่งประธานกลุ่มมีที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ของสมาชิกเครือข่ายทุกคน การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น มีความสนุกสนานในการทำงาน และทุกคนมีความพึงพอใจในกิจกรรมในครั้งนี้

เครือข่ายสุขภาพท่านหนึ่งกล่าวว่า

“การทำงานของพวกเขาในครั้งนี้ ทำให้พวกเขามีความมั่นใจในการทำงาน การพูดคุยกับคนในชุมชน และมีคุณค่าในชุมชนมากยิ่งขึ้น”

เครือข่ายสุขภาพอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า

“กิจกรรมครั้งนี้ดีมากเลย ขอขอบคุณหมอไก่อและคณะมาๆนะคะที่ได้นำความรู้และอบรมจนพวกเราทุกคนรู้สึกว่ามัน ใจขึ้น เก่งขึ้น และที่สำคัญคือ ต่อไปนี้บ้านเราจะไม่มีไข้เลือดออกเกิดขึ้นในชุมชนเราแน่ๆ แต่ถ้าติดตามจากอื่นเราไม่นับนะ”

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

ประชาชนในชุมชนมีการตื่นตัวในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เช่น การจัดการขยะรอบๆบ้าน การจัดบริเวณให้สะอาดน่าอยู่ โดยเฉพาะในวันศุกร์ ประชาชนจะร่วมกันสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านตนเองโดยพร้อมเพรียงกันทั้งชุมชน และหากมีผู้ป่วยมีอาการสงสัยว่าจะเป็นโรคไข้เลือดออกมีการแจ้งกลุ่มเครือข่ายสุขภาพใน

ชุมชนและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยให้ทราบ ตลอดจนมีการแนะนำบอกกล่าวให้กับบ้านใกล้เคียง หรือเพื่อนฝูงที่อยู่ต่างหมู่บ้านให้ทราบถึงวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้นำไปปฏิบัติด้วย

ด้านบรรยากาศในการจัดกิจกรรม

บรรยากาศของกิจกรรมทุกๆกิจกรรม ทั้งวงจรที่ 1 และวงจรที่ 2 เป็นไปอย่างราบรื่น กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี ผู้นำชุมชนแสดงออกถึงความพึงพอใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส ประชาชนในชุมชน แสดงออกถึงความเอื้ออาทรและตอบรับการจัดกิจกรรมเป็นอย่างดี ทุกคนมีความสุข สนุกสนาน ไม่มีความเครียด บ่งบอกถึงการมีส่วนร่วม ช่วยคิด ช่วยทำและความสามัคคีของบุคคลในชุมชน

ด้านความซุกของลูกน้ำยุงลาย

การสำรวจความซุกของลูกน้ำยุงลายดำเนินการทั้งสิ้น 3 ครั้ง คือ ก่อนการดำเนินกิจกรรมวงจรที่ 1 หลังดำเนินกิจกรรมวงจรที่ 1 และ หลังดำเนินกิจกรรมวงจรที่ 2 โดยสำรวจทั้งชุมชน คือ 205 หลังคาเรือน พบว่าค่าดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลายรายบ้าน (Housing Index ; HI) ลดลงจากร้อยละ 39.53 เป็นร้อยละ 21.95 และไม่พบบ้านที่มีลูกน้ำในภาชนะที่มีน้ำขังเลยตามลำดับ รวมทั้งค่าดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลายรายภาชนะ (Container Index ; CI) ลดลงจากร้อยละ 19.83 เป็น ร้อยละ 8.95 และไม่พบลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขังเลยตามลำดับ รวมทั้งจำนวนขยะที่มีน้ำขังรอบๆ บ้านก็ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ทำให้เห็นว่าประชาชนได้มีความตระหนักในการร่วมกันป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยการร่วมกันสำรวจ และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านตนเอง

ด้านการประสานการทำงานและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องภายในชุมชน

กิจกรรมต่างๆที่ดำเนินการในการวิจัยในครั้งนี้ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายภายในชุมชน ทั้งผู้นำชุมชน เช่น นายกองค้การบริหารส่วนตำบลนาชะอัง ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง บุคลากรสาธารณสุขประจำสถานีอนามัยนาชะอัง กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และ ประชาชนในชุมชน ทำให้กิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนมีรูปแบบที่ชัดเจนขึ้น

นายกองค้การบริหารส่วนตำบลนาชะอัง กล่าวว่า

“ต่อไปนี้การป้องกันโรคไข้เลือดออกนี้เราร่วมมือและทำกันแบบนี้แหละนะ ต่อไปเวลา มีผู้ป่วยก็ให้ทางสถานีอนามัยแจ้งไปที่ อบต.นะ ทางผมจะจัดคนไปพ่นยาให้ น้ำยาและทราย ทาง อบต. จะจัดซื้อให้ด้วย”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีอนามัยนาชะอังกล่าวว่า

“ครับ ผมก็จะแจ้ง อสม.ด้วยนะ พื้นที่ใครก็ออกไปจัดการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงตามที่เรารวมกันไปแล้วนั่นแหละ อย่าลืมละ ทำ 2 ครั้ง ห่างกัน 7 วัน”

กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนท่านหนึ่งกล่าวว่า

“เราแบ่งพื้นที่กันแล้ว ไม่ต้องห่วง แต่ถ้าเราป้องกันประจำเหมือนที่ทำกันตอนนี้ก็ไม่น่ามีคนเป็นไข้เลือดออกแล้วนะ”

นอกจากการประสานการทำงานภายในชุมชนแล้ว ได้มีการประสานภายนอกชุมชน คือ การประสานกับองค์กร หรือ หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ สาธารณสุขอำเภอเมือง และศูนย์ควบคุมโรคที่นำโดยแมลงที่ 41 จังหวัดชุมพร ซึ่งทุกหน่วยงานให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมและมีส่วนทำให้การดำเนินกิจกรรมดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ศูนย์ควบคุมโรคที่นำโดยแมลงที่ 41 จังหวัดชุมพร กล่าวว่า

“มีอะไรให้ช่วยบอกได้เลยนะ เพราะทาง ศตม.นี้มีพร้อมทั้งรถ ยา คน บอกมาเลยไม่ต้องเกรงใจ แต่ว่าบอกล่วงหน้าสักนิดนึง เพราะจะได้จัดเตรียมพร้อมเพื่อไปชนกับที่อื่นที่ขอไว้”

นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร กล่าวว่า

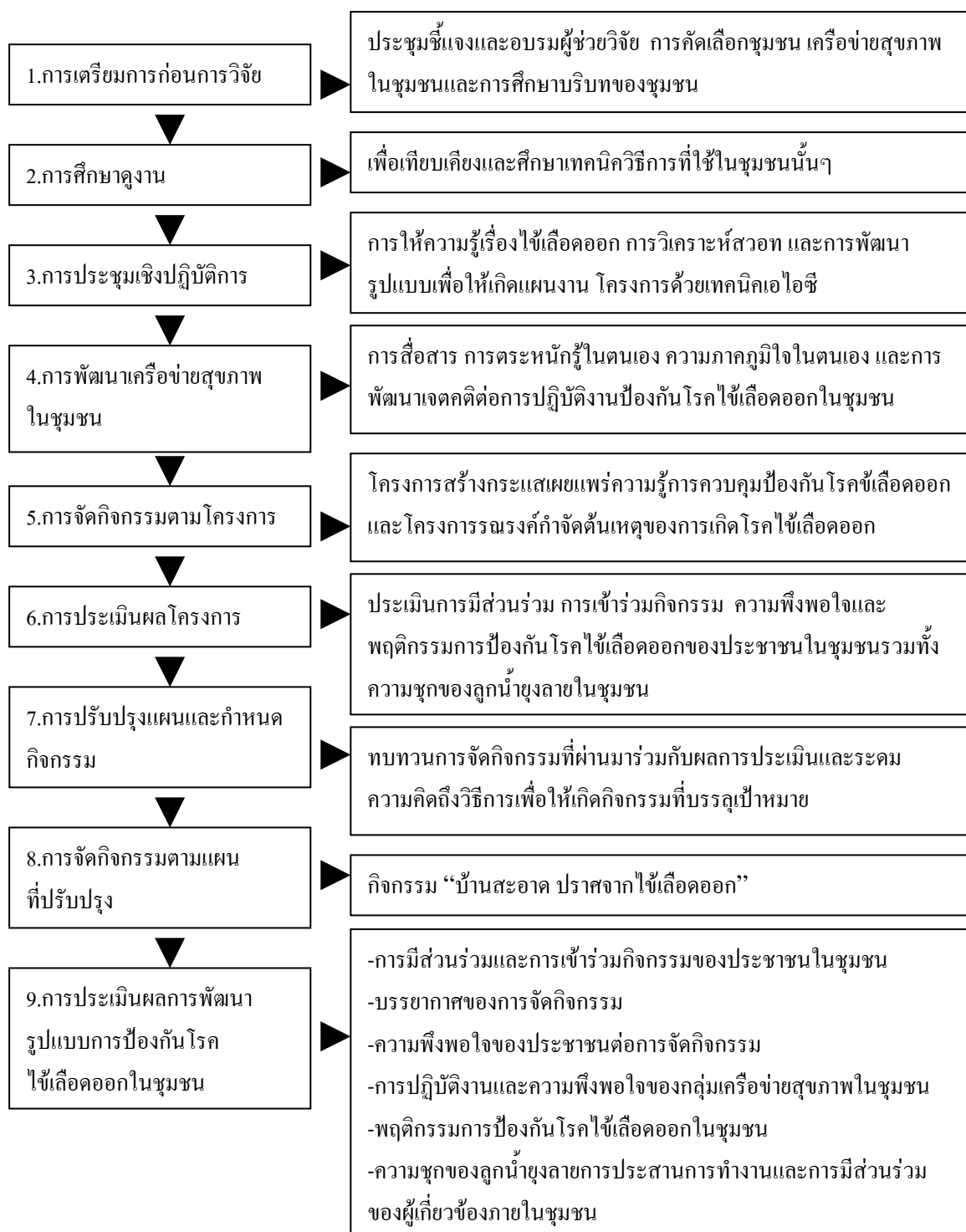
“ถ้าขาดสื่อ หรือจะให้ช่วยทำสื่อ หรือสปอร์ตโฆษณาอะไรก็บอกได้นะคะ ยินดีช่วยทำให้เต็มที่เลยคะ ขอให้บอก”

ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ช่วยวิจัย

ผู้ช่วยวิจัยพึงพอใจในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้น่ามาก ทุกคนให้ความร่วมมือและเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยในครั้งนี้อย่างเต็มที่ เข้าร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอน และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการช่วยเหลือการวิจัยในครั้งนี้อย่างเต็มที่ รวมทั้งผู้วิจัยทุกคนมีความเข้าใจในวิธีการทำวิจัยในเชิงคุณภาพและวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้นด้วย

สรุปผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนนาชะอัง

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน การวิจัยในครั้งนี้อย่างเต็มที่ เริ่มจากการศึกษาชุมชน ประชุมเชิงปฏิบัติการ และการจัดกิจกรรมในชุมชน รวมทั้งการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงของชุมชน เป็นการพัฒนาที่ต่อเนื่องและเป็นขั้นตอน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีความเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบการพัฒนาได้ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 รูปแบบการพัฒนาการป้องกัน โรคไข้เลือดออกในชุมชน

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อศึกษาบริบทของปัญหาการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน แสวงหาวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมในชุมชน และเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่สอดคล้องกับสภาพการณ์และสาเหตุที่แท้จริง ซึ่งเป็นการหาแนวทางในการการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาและพัฒนาตามกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ผลวิจัยทำให้ได้รูปแบบการพัฒนาการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ผ่านการทดลองนำไปใช้ในสถานการณ์จริงในพื้นที่ ม. 8 ตำบลนาชะอัง จังหวัดชุมพร และได้รับการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมจากผู้วิจัยแล้ว จำนวน 7 คน และกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นผู้วิจัยท้องถิ่นจำนวน 20 คน

การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการดำเนินการก่อนการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การประชุมชี้แจงและอบรมผู้ช่วยวิจัย การคัดเลือกชุมชน และ การศึกษาบริบทของชุมชน ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน สภาพการที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน การปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ประกอบด้วยวงจรการวิจัย 2 วงจร โดยวงจรที่ 1 เริ่มต้นด้วยการวางแผน ซึ่งมีการให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ก่อนการดำเนินกิจกรรม มีการศึกษาศักยภาพในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างด้วยเทคนิคการจัดสนทนากลุ่มและเทคนิคการวิเคราะห์ สวอต (SWOT) เพื่อค้นหาความรู้ ปัจจัย แนวทาง และหาวิธีการจัดการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบเพื่อให้เกิดแผนงาน โครงการ กิจกรรม ตามขั้นตอนแนวทางของเทคนิคเอไอซี ทำให้ได้โครงการ 2 โครงการ 6 กิจกรรมนำสู่การปฏิบัติในชุมชน ในขั้นตอนการปฏิบัติได้การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชนในด้านการพัฒนาทักษะมนุษยสัมพันธ์และการสร้างเจตคติต่อมนุษยสัมพันธ์ในการทำงาน คือ การติดต่อสื่อสาร การตระหนักรู้ในตนเอง การยอมรับนับถือตนเองหรือความภาคภูมิใจในตนเอง ความไว้วางใจ การจงใจ การจัดการความขัดแย้ง และการพัฒนาเจตคติต่อการปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน จากนั้นจึงนำกิจกรรมที่กำหนดขึ้นสู่การปฏิบัติในชุมชน สำหรับขั้นการสังเกตและการประเมินผลการปฏิบัตินั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้สังเกตการดำเนินงานของกลุ่มเครือข่าย ความ

ร่วมมือของประชาชนในชุมชน การประชุมร่วมกัน การสอบถาม พูดคุย สัมภาษณ์ ถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการจัดกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม และการสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายในบ้านทั้ง 205 หลังคาเรือนของชุมชน แล้วนำมาประเมินผล ช่วงจรที่ 2 ในขั้นตอนการปรับปรุงแผนและวางแผนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยจึงเกิดกิจกรรมการประกวดบ้านขึ้น นำไปสู่ขั้นตอนการปฏิบัติ สังเกตและการประเมินการปฏิบัติ เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมช่วงจรที่ 2 จึงประเมินผลการจัดกิจกรรมทั้งหมดทำให้เกิดรูปแบบการป้องกัน โรคไข้เลือดออกในชุมชนขึ้น ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยอภิปรายผลการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะการวิจัยตามลำดับดังนี้

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกัน โรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง หมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร โดยมีกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จำนวน 20 คนเป็นผู้วิจัยท้องถิ่นทำใ้ได้รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม 9 กิจกรรม คือ

1. การเตรียมการก่อนการวิจัย โดยการประชุมชี้แจงและอบรมผู้ช่วยวิจัย การคัดเลือกชุมชนเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและการศึกษาบริบทของชุมชน

2. การศึกษาดูงานในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานป้องกัน ไข้เลือดออกในชุมชนมีประสิทธิภาพและดำเนินกิจกรรมดังกล่าวอย่างยั่งยืน

3. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และการวิเคราะห์และหาแนวทางการกำหนดกิจกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยการให้ความรู้เรื่อง ไข้เลือดออก การวิเคราะห์สวนท และการพัฒนารูปแบบเพื่อให้เกิดแผนงาน โครงการด้วยเทคนิคเอไอซี

4. การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน พัฒนาให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนมีทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์และการสร้างเจตคติต่อมนุษยสัมพันธ์ในการทำงาน คือ การติดต่อสื่อสาร การตระหนักรู้ในตนเอง การยอมรับนับถือตนเองหรือความภาคภูมิใจในตนเอง ความไว้วางใจ การจงใจ การจัดการความขัดแย้ง และการพัฒนาเจตคติต่อการปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

5. การจัดกิจกรรมตามโครงการ ประกอบด้วย 2 โครงการ คือ

5.1 โครงการสร้างกระแสเผยแพร่ความรู้การควบคุมป้องกัน โรคไข้เลือดออก มีกิจกรรม 6 กิจกรรม ดังนี้

5.1.1 การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน

5.1.2 การจัดทำจดหมายถึงเจ้าของบ้านทุกหลัง

5.1.3 การให้รถขับวนรอบในหมู่บ้านเพื่อเผยแพร่ความรู้และกระตุ้นให้

ประชาชนตระหนักในการป้องกันโรค และ

5.1.4 การประชาสัมพันธ์ผ่านการประชุมต่างๆของชุมชนทุกการประชุม

5.2 โครงการรณรงค์กำจัดต้นเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก มี 2 กิจกรรม ดังนี้

5.2.1 การออกสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขังทั้งในและนอกบ้าน

5.2.2 การกำหนดวันรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Big Cleaning day) และทำลายยุงตัวเต็มวัย

6. การประเมินผลโครงการทั้ง 2 โครงการ 6 กิจกรรม

7. การปรับปรุงแผนและกำหนดกิจกรรม โดยกิจกรรมที่กำหนดขึ้นหลังจากการประเมินผลและปรับปรุงแผนแล้ว คือ การประกวดบ้าน “บ้านสะอาด ปราศจากไข้เลือดออก”

8. การจัดกิจกรรมตามแผนที่ปรับปรุง ซึ่งกิจกรรมที่ได้ คือ การประกวดบ้าน “บ้านสะอาด ปราศจากไข้เลือดออก” มีกิจกรรมทั้งสิ้น 9 กิจกรรม

8.1 ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว

8.2 ประชาสัมพันธ์ผ่านจดหมายถึงเจ้าของบ้านทุกหลังคาเรือน

8.3 ประชาสัมพันธ์ผ่านรถประชาสัมพันธ์ ควบคุมการรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านตนเอง

8.4 การรับสมัครและพิจารณาคัดเลือกบ้านเข้าร่วมกิจกรรม

8.5 การประชุมชี้แจงบ้านที่ร่วมกิจกรรม

8.6 กลุ่มผู้ช่วยวิจัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยฯ เข้าประเมินให้คะแนนบ้านกลุ่มเครือข่ายสุขภาพได้คัดเลือกเข้าประกวด

8.7 ประกาศผลบ้านที่ได้รับรางวัลผ่านหอกระจายข่าว รถประชาสัมพันธ์

8.8 สำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลาย

8.9 พิธีมอบรางวัลในการประชุมชาวบ้านของผู้ใหญ่บ้าน ม.8

9. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

ในแต่ละกิจกรรมมีความเป็นเหตุเป็นผลต่อเนื่องเชื่อมโยงเข้าสู่กิจกรรมต่อไป ทำให้การปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนมีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นระบบ และทำให้ประชาชนในชุมชนเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน และตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองในการร่วมกันป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของตนเอง

ขั้นตอนของการวิจัยการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนก่อนการดำเนินการวิจัย คือ กิจกรรมที่ 1 และขั้นตอนดำเนินการวิจัย มี 2 วงจร ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการประเมินผลวงจรที่ 1 การปรับปรุงแผน และการ

ประเมินผลวงจรที่ 2 และการประเมินผลกิจกรรมทั้งหมด ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 2 – 9 มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนก่อนดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 คือ การเตรียมการก่อนการวิจัย โดยการประชุมชี้แจงและอบรมผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการทำวิจัยทำให้การดำเนินการวิจัยมีความราบรื่นและบรรลุวัตถุประสงค์ การคัดเลือกชุมชนร่วมกับผู้นำท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล เพื่อให้ได้ชุมชนหรือพื้นที่ในการดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนดที่วางไว้ คือ เป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกติดต่อกัน 3 ปีซ้อนหลัง มีดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลายมากกว่า ร้อยละ 10 มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครบทุกชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านั้นรับผิดชอบบ้านครอบคลุมทุกหลังคาเรือนในพื้นที่นั้น รวมทั้งมีชมรมทางด้านสุขภาพต่างๆในชุมชน คือ หมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง กำหนดกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้วิจัยท้องถิ่น คือ กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จำนวน 20 คน กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน หรือกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95) อายุเฉลี่ย 47.8 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี และสูงสุด 67 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 35) มีอาชีพทำสวน (ร้อยละ 80) สมรสแล้ว (ร้อยละ 90) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 14,029.40 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ม.8 เฉลี่ย 28.3 ปี และปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพในชุมชนมาแล้ว เฉลี่ย 7.5 ปี ในส่วนของการเป็นสมาชิกชมรมต่างๆในชุมชน หรือการรวมกลุ่มทางสังคม พบว่า ทุกคนเป็นสมาชิกชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รองลง คือ กลุ่มแม่บ้าน ชมรมรักสุขภาพ และชมรมแอร์โรบิก

การศึกษาริบทของชุมชนโดยการพูดคุย ซักถามและสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนทั้ง 20 คน ถึงลักษณะของชุมชนในด้านต่างๆ คือ ประวัติหมู่บ้านลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศของพื้นที่ลักษณะอาชีพของประชาชนในชุมชน ประเพณีวัฒนธรรมชุมชนการคมนาคมของประชาชนในชุมชนระบบการสาธารณสุขปโภคของชุมชน ลักษณะทางสังคมและการรวมกลุ่มของบุคคลในชุมชน สถาบันทางศาสนาและการศึกษาในชุมชนสภาวะสุขภาพ โดยทั่วไปของประชาชนในชุมชนสถานการณ์ กิจกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนและปัญหาอุปสรรค พบว่า หมู่ที่ 8 มีชื่อว่าบ้านหนองจรเข้ เนื่องจากเดิมมีหนองน้ำขนาดใหญ่ มีจรเข้จำนวนมาก พื้นที่เป็นที่ราบสูงลาดลงต่ำ ฝนตกชุกประมาณ 8 เดือน และฤดูร้อน 4 เดือน ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม โดยการทำสวนปาล์มน้ำมันและยางพารา พื้นที่หมู่ที่ 8 ไม่มีวัด ประชาชนจะทำพิธีทางศาสนาที่วัดในหมู่ที่ 5 ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่หมู่ 8 แยกตัวออกมาจากเดิม งานประเพณีที่สำคัญ คือ งานทำบุญวันสงกรานต์ และการแข่งเรือ การคมนาคมสะดวกสบายมีรถประจำทางวิ่งผ่าน ระยะทางไม่ไกลจากตัวอำเภอเมืองมากนัก ส่วนใหญ่ประชาชนมีรถส่วนตัวใช้ในการเดินทาง มีไฟฟ้าและน้ำประปาหมู่บ้านใช้ทุกหลังคาเรือน มีชมรมต่างๆมากมายหลายชมรมทั้งชมรมด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ เช่น ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชมรมพุดำนำสุขภาพ ชมรมรักสุขภาพ และชมรมอนุรักษ์ป่า เป็นต้น

พื้นที่ ชาวหมู่ 8 นิยมนำลูกหลานมาเรียนในตัวอำเภอเมืองเนื่องจากมีโรงเรียนจำนวนมากและระยะทางไม่ไกล การเดินทางสะดวก สำหรับปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่พบ คือ โรคไข้เลือดออก โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง สำหรับโรคไข้เลือดออกมีผู้ป่วยทุกปี ยังไม่สามารถควบคุมป้องกันการระบาดของโรคได้เนื่องจากปัญหาอุปสรรค คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีภาระงานมาก ทำการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนไม่ทันตามห้วงเวลาการควบคุมโรคที่กำหนด การได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วยที่ล่าช้าจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ประชาชนยังไม่ตระหนักในการป้องกันโรค หอกระจายข่าวไม่สามารถเปิดใช้งานได้เนื่องจากความขัดแย้งภายในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าใจหรือรับรู้กระบวนการ การควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ทำให้การปฏิบัติงานยังไม่ถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วนกระบวนการ อัตรากำลังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจำนวนน้อยไม่สามารถออกไปพ่นสารเคมีกำจัดยุงและร่วมกิจกรรมควบคุมโรคได้ ทันท่วงที โดยเฉพาะกรณีที่มีผู้ป่วยหลายรายภายในวันเดียวกัน ประชาชนรับรู้ว่าการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีนามัยนาชะอัง องค์การบริหารส่วนตำบลไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมกับการควบคุมเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้น รอบ ๆ บริเวณบ้าน ประชาชนมีความสกปรก มีขยะที่สามารถเก็บกักขังน้ำซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ประชาชนไม่ตื่นตัวในการรณรงค์ป้องกันโรคในชุมชนเท่าที่ควร

2. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 วงจร โดยวงจรที่ 1 มีการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและประเมินผล วงจรที่ 2 มีการปรับปรุงแผนและวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการประเมินผล มีรายละเอียดดังนี้

2.1 วงจรที่ 1

2.1.1 การวางแผน ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 2 – 4 ดังนี้

กิจกรรมที่ 2 การนำกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนไปศึกษาดูงานในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานป้องกันไข้เลือดออกในชุมชนมีประสิทธิภาพและดำเนินกิจกรรมอย่างยั่งยืน คือ พื้นที่ตำบลกรน อำเภอสวี และ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน เพื่อให้กลุ่มเครือข่ายสุขภาพได้ศึกษา เรียนรู้ถึงกระบวนการหรือวิธีการจัดการและจัดกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของพื้นที่ดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้ ความคิดสร้างสรรค์ และเกิดทัศนคติที่ดีในการทำงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน และนำประสบการณ์ที่ได้รับมาปรับใช้หรือพัฒนาการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ของ ม.8 ตำบลนาชะอัง

กิจกรรมที่ 3 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. การเพิ่มพูนและพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก รวมทั้งวิธีการควบคุมและป้องกันโรคให้แก่กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อเพิ่มความรู้ และทักษะต่างๆ ให้กับกลุ่มเครือข่ายได้มีความมั่นใจในตนเอง สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินป้องกันโรคในชุมชนได้

2. การศึกษาศักยภาพในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างด้วยเทคนิคการจัดสนทนากลุ่ม และเทคนิคการวิเคราะห์ สวอท (SWOT) เพื่อค้นหาความรู้ ปัจจัย แนวทาง และวิธีการจัดการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ

3. การพัฒนารูปแบบเพื่อให้เกิดแผนงาน โครงการ กิจกรรม ตามขั้นตอนแนวทางของเทคนิคเอไอซี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สภาพการและกำหนดอนาคต 2) การสร้างแนวทางการพัฒนา 3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ 4) การปฏิบัติตามแผน และ 5) การประเมินผลและปรับปรุงแผน

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยการจัดอบรมเพื่อพัฒนาให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนมีทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์และการสร้างเจตคติต่อมนุษยสัมพันธ์ในการทำงาน คือ การติดต่อสื่อสาร การตระหนักรู้ในตนเอง การยอมรับนับถือตนเองหรือความภาคภูมิใจในตนเอง ความไว้วางใจ การจูงใจ การจัดการความขัดแย้ง และการพัฒนาเจตคติต่อการปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

2.1.2 การปฏิบัติ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 5

กิจกรรมที่ 5 การจัดกิจกรรมตามโครงการ ประกอบด้วย 2 โครงการ คือ

1. โครงการสร้างกระแสเผยแพร่ความรู้การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีกิจกรรม 6 กิจกรรม ดังนี้

1.1 การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน โดยการกำหนดเวลาเปิดเสียงหอกระจายข่าว 2 เวลา ช่วงละ 2 ชั่วโมง คือ ช่วงเช้า เวลา 06.00-08.00 น. และ ช่วงเย็น เวลา 17.00-19.00 น.

1.2 การจัดทำจดหมายถึงเจ้าของบ้านทุกหลัง เพื่อให้ประชาชนในชุมชนทราบสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก โดยกลุ่มเครือข่ายเป็นผู้นำส่งตามเขตพื้นที่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบ

1.3 การให้รถขับวนรอบในหมู่บ้านเพื่อเผยแพร่ความรู้และกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักในการป้องกันโรคพร้อมทั้งแจกแผ่นพับและทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยดำเนินการทุกวันศุกร์

1.4 การประชาสัมพันธ์ผ่านการประชุมต่างๆของชุมชนทุกการประชุมของชุมชน เช่น การประชุมชาวบ้านของผู้ใหญ่บ้าน งานประเพณีต่างๆ

2. โครงการรณรงค์กำจัดต้นเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก มี 2 กิจกรรม ดังนี้

2.1 การออกสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขังทั้งในและนอกบ้านทุกหลังคาเรือน จำนวน 205 หลังคาเรือน โดยกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนสำรวจในบ้านที่ตนเองรับผิดชอบ

2.2 การกำหนดวันรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Big Cleaning day) และทำลายยุงตัวเต็มวัย กำหนดทุกวันศุกร์เพื่อให้เจ้าของบ้านทุกบ้านได้ร่วมกันสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านตนเอง ร่วมกับการพ่นสารกำจัดยุงตัวเต็มวัยจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 7 วัน ทำให้พื้นที่หมู่ที่ 8 เป็นพื้นที่ที่ปลอดจากยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก

2.1.3 การสังเกตและประเมินผล ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 6

กิจกรรมที่ 6 การประเมินผลโครงการทั้ง 2 โครงการ 6 กิจกรรม โดยการประเมินผล ประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรมการดำเนินกิจกรรมของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน และการมีส่วนร่วมหรือความร่วมมือและการตอบรับต่อกิจกรรมของประชาชนในชุมชนซึ่งพบว่าทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมและสนับสนุนการทำงานกันเป็นอย่างดี บรรยากาศเป็นไปอย่างราบรื่น รวมทั้งสังเกตสภาพแวดล้อมทั่วไปของชุมชน ร่วมกับการสอบถามพูดคุย สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่ายสุขภาพในชุมชนและประชาชนทั่วไป พบว่าทุกคนพึงพอใจในกิจกรรมครั้งนี้ และรับรู้ถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง และการประเมินผลโดยการสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลาย 2 ครั้ง คือ ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมและเมื่อดำเนินกิจกรรม พบว่า ความชุกของลูกน้ำยุงลายลดลง และจำนวนภาชนะที่เป็นน้ำขังในส่วนของภาชนะที่ไม่ใช้ประโยชน์ และขยะลดลงเช่นกัน

2.2 วงจรที่ 2

2.2.1 การปรับปรุงแผนและวางแผน ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 7

กิจกรรมที่ 7 การปรับปรุงแผนและกำหนดกิจกรรม การปรับปรุงแผนโดยการนำผลการประเมินกิจกรรมในวงจรที่ 1 มาประกอบการวางแผนและกำหนดกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหา โดยความร่วมมือประสานกันทั้งผู้นำชุมชน กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกันกำหนดกิจกรรม โดยกิจกรรมที่กำหนดขึ้นหลังจากการประเมินผลและปรับปรุงแผนแล้ว คือ การประกวดบ้าน “บ้านสะอาด ปราศจากไข้เลือดออก”

2.2.2 การปฏิบัติ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 8 การจัดกิจกรรมตามแผนที่ปรับปรุง ซึ่งกิจกรรมที่ได้ คือ การประกวดบ้าน “บ้านสะอาด ปราศจากไข้เลือดออก” โดยมีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว การประชาสัมพันธ์ผ่านจดหมายถึงเจ้าของบ้านทุกหลังคาเรือน การประชาสัมพันธ์ผ่านรถประชาสัมพันธ์ ควบคู่การรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านตนเอง การรับสมัครและพิจารณาคัดเลือกบ้านเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งกลุ่มเครือข่ายร่วมกับเจ้าของในชุมชน

ร่วมกันคัดเลือกและสรรหาบ้านเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 34 หลังคาเรือน ประชุมชี้แจงบ้านที่ร่วมกิจกรรม ผ่านไป 1 เดือน กลุ่มผู้ช่วยวิจัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยน่านมาชะอังเข้าประเมินให้คะแนนประกาศผลบ้านที่ได้รับรางวัลผ่านหอกระจายข่าว รถประชาสัมพันธ์ สำนวความซุกของลูกน้ำยุงลาย ครั้งที่ 3 และมอบรางวัลในการประชุมชาวบ้านของผู้ใหญ่บ้าน ม.8

2.2.3 การสังเกตและประเมินผล ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 9

กิจกรรมที่ 9 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ในการประเมินนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยใช้วิธีการประเมินด้วยการสังเกต สัมภาษณ์ สอบถาม และผลการสำรวจความซุกของลูกน้ำยุงลาย พบว่ามีการประสานการทำงานและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องภายในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนได้มีส่วนร่วมและเข้าร่วมกิจกรรมของประชาชนในชุมชน มีความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนมีความตั้งใจ เต็มใจและมีความพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรม พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของกลุ่มเครือข่ายในชุมชนและประชาชนมีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และความซุกของลูกน้ำยุงลายลดลงโดยไม่พบบ้านที่ลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขังเลย

จากการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนทำให้เกิดความร่วมมือกัน มีการประสานงานและเกิดเครือข่ายเกิดขึ้นหลายลักษณะ เช่น เครือข่ายระหว่างกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเอง เครือข่ายของบุคคลที่เกี่ยวข้องกันในชุมชน และเครือข่ายระหว่างชุมชนหมู่ 8 กับชุมชนอื่นๆ รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆนอกชุมชน มีการประสานการทำงานเป็นทีม และกำหนดเป้าหมายชัดเจนร่วมกัน นำไปสู่การป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

อย่างไรก็ตามถึงแม้ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนทำให้การดำเนินในชุมชนมีความเข้มแข็งก็ตาม ในการดำเนินงานนั้นพบว่าปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงที่จะให้เกิดความยั่งยืนและพัฒนาต่อไปได้นั้น คือ การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น งบประมาณในการจัดซื้อเคมีภัณฑ์ต่างๆ การผลิตสื่อที่ทันสมัยเข้าสู่ทั่วทุกครัวเรือนได้ และการได้รับสนับสนุนและการประสานงานในหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องนอกองค์กร เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และนำกิจกรรมดังกล่าวดำเนินการในชุมชนหมู่อื่นๆให้ครอบคลุมทุกชุมชนเพื่อให้ชุมชนปลอดจากโรคไข้เลือดออกอย่างแท้จริง

การอภิปรายผล

รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่ได้พัฒนาในการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาของการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ ซึ่งเดิมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนั้น ทางประชาชนในชุมชนคาดหวังที่จะให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยในพื้นที่เป็นผู้ควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออก ในขณะที่ในความเป็นจริงบุคลากรสาธารณสุขมีจำนวนน้อยมาก ไม่เพียงพอต่อภาระงานของสถานีอนามัยที่มีความหลากหลายทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ปัญหาการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนยังไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ นอกจากนั้นภาระหน้าที่หรือกิจกรรมการป้องกันโรคเมื่อมีผู้ป่วยก็ต้องหากคนรับจ้างมาทำหน้าที่พ่นสารเคมีฆ่ายุงตัวแก่ ซึ่งบางคนยังขาดทักษะการพ่นที่ถูกต้อง หากมีผู้ป่วยปริมาณมากในหนึ่งวันก็ทำให้พ่นไม่ทันหรือพ่นอย่างเร่งรีบ ทำให้ด้อยประสิทธิภาพ ในส่วนของการป้องกันโรคในบ้านของประชาชนซึ่งปกติเข้าบ้านควรจะดำเนินการเองก็ต้องให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้คอยไปช่วยหรือกระตุ้นให้เข้าบ้านกระทำ หรือบางครั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็ดำเนินการเสียเอง ทำให้ประชาชนไม่มีความตระหนักและไม่ได้มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนมากนัก นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขยังขาดขวัญและกำลังใจในการช่วยเหลือชุมชนเนื่องจากเริ่มมีการเบียดเบียนหน้าที่หรือกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่เพียงลำพังตนเองรวมทั้งในส่วนของผู้นำชุมชนก็ยังขาดการสนับสนุนกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน จึงทำให้โรคไข้เลือดออกเกิดการระบาดอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ตลอดมา

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในครั้งนี้ เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดสร้างสรรค์โครงการ กิจกรรม ทุกขั้นตอนของการวิจัย โครงการและกิจกรรมที่เกิดขึ้นทั้งหมดมาจากความคิดเห็นและข้อเสนอจากกลุ่มเครือข่ายโดยทั้งสิ้น ซึ่งในกิจกรรมแต่ละกิจกรรมนั้นมีผู้นำชุมชนเข้าร่วมรับฟัง ปรึกษาหารือข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนเพื่อให้เกิดโครงการและกิจกรรมที่มีรูปธรรมเกิดขึ้นจริง สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ โดยผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมกันของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ประชาชนและผู้นำชุมชน การประสานงานซึ่งกันและกัน ประชาชนมีความตื่นตัวและตระหนักในเรื่องของอันตรายจากโรคไข้เลือดออก การระบาดของโรคและการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกมากขึ้น กิจกรรมที่เกิดขึ้นเป็นกิจกรรมที่เริ่มจากล่างขึ้นสู่บน (Bottom – up approach) โดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (people centered) ประชาชนเป็นผู้มีบทบาทหลักในการทำความเข้าใจปัญหาของตนเอง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง เป็นการสร้างพลังแก่ประชาชน (empowerment) ในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของ

การปฏิรูประบบสุขภาพ (ประเวศ วะสี. 2539: 1-28) ทำให้สามารถดบังภัยที่จะก่อให้เกิดความอ่อนแอในชุมชน (อุทัย ดุลยเกษม และ อรศรี งามวิทยาพงศ์. 2540: 21-36) จึงทำให้การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและเกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน รวมทั้งการเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของสมาชิกชุมชนนั้น สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อการผลิตที่ความต้องการ ดังเช่น สัมพันธภาพของครอบครัว เพื่อน และชุมชน มีความสำคัญในการให้คำแนะนำแก่บุคคลในชุมชน เพื่อให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคได้ผล (Miller. 1998; Lowe; et. al. 1999; Glanz; Carbone; & Song. 1999) รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนี้มี 9 ขั้นตอน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนเกิดจากกระบวนการตามหลักการของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทั้งสิ้น การกำหนดกิจกรรมโดยประชาชนมีส่วนร่วมคิด วางแผน จัดกิจกรรมและประเมินผล แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่เกิดขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเตรียมการก่อนการวิจัย โดยการประชุมชี้แจงและอบรมผู้ช่วยวิจัยถือเป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพมีความละเอียดมาก ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละกิจกรรม ต้องมีการบันทึก เก็บข้อมูลหลายๆด้านผสมผสานกัน การมีผู้ช่วยวิจัยที่เข้าใจจะทำให้ข้อมูลที่ได้อามีคุณภาพและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

การคัดเลือกชุมชนถือเป็นความสำคัญลำดับต้นๆในการเตรียมการดำเนินการวิจัย ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกของชุมชน โดยเฉพาะผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้มีส่วนร่วมในการวิจัย ตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้บุคคลดังกล่าวรู้สึกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน เต็มใจและสนับสนุนการทำงานที่จะเกิดขึ้นทั้งในรูปของงบประมาณ หรือด้านอื่นๆ ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นเป็นไปอย่างราบรื่น และบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ในการคัดเลือกชุมชนนั้น ข้อพิจารณาส่วนหนึ่งคือ การมีชมรมด้านสุขภาพในชุมชนนั้นๆ ทำให้ได้มาซึ่งเครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างหรือเป็นผู้วิจัยท้องถิ่น ซึ่งได้จากการที่ผู้นำท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกันพิจารณาคัดเลือก ส่งเสริมให้บุคคลดังกล่าวมีความเต็มใจสนับสนุน และร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นจากผลงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

การศึกษาบริบทของชุมชนถือเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสัมพันธภาพของผู้วิจัยและเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างราบรื่น นอกจากนั้นทำให้ทราบลักษณะทั่วไปของชุมชนซึ่งข้อมูลที่ได้นั้นได้จากเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเองทำให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนได้มีโอกาสในการทบทวนสภาพการณ์ของชุมชนของตนเอง รวมทั้งทบทวนบทบาทหน้าที่ หรือ กิจกรรมที่ได้ดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา มีส่วนทำให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนได้รับรู้ และรู้สึกรักชุมชนของตนเอง และมีความรู้สึกของการมีส่วนร่วมในการที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาของชุมชนตั้งแต่เริ่มแรกของการวิจัย

การศึกษาดูงานในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานป้องกันไข้เลือดออกในชุมชนมีประสิทธิภาพและดำเนินกิจกรรมดังกล่าวอย่างยั่งยืนนั้น กลุ่มเครือข่ายได้ศึกษาความสำเร็จของพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายๆกัน มีการเทียบเคียง (benchmark) เพื่อนำแนววิธีการปฏิบัติของพื้นที่ดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ในพื้นที่ตนเอง กลุ่มเครือข่ายเกิดสัมพันธภาพและการประสานงานกับสมาชิกชุมชนอื่นๆ และการรับทราบถึงวิธีการดำเนินงานและผลของการดำเนินงานของชุมชนอื่นนั้น ทำให้กลุ่มเครือข่ายมีแรงกระตุ้นสนับสนุน และแรงขับในการได้มาดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ตนเองมากยิ่งขึ้น

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องไข้เลือดออกแก่กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ทำให้กลุ่มเครือข่ายมีความรู้ความเข้าใจถึงรายละเอียดที่สำคัญของโรคไข้เลือดออกมากยิ่งขึ้น เป็นการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานทำให้การทำงานในชุมชนได้รับความร่วมมือมากยิ่งขึ้น (Miller. 1998) กลุ่มเครือข่ายเกิดความมั่นใจในการแนะนำสมาชิกในชุมชน ทำให้ประชาชนมีความเชื่อถือเกิดความศรัทธา และมีความไว้วางใจมากขึ้น ซึ่งความไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความร่วมมือในการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาสุขภาพของบุคคลและชุมชน (Amnas. 2001: 157-165) เมื่อเกิดความไว้วางใจขึ้นจะมีความมั่นคงและยั่งยืนตลอดไป (Wagner; & Hollenbeck. 1998: 354 - 355) จึงทำให้ประชาชนปฏิบัติตามข้อเสนอแนะและจัดกิจกรรม ในการวิเคราะห์และหาแนวทางการกำหนดกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน การวิเคราะห์สวอต และการพัฒนารูปแบบเพื่อให้เกิดแผนงาน โครงการด้วยเทคนิคเอไอซี กลุ่มเครือข่ายสามารถนำความรู้ที่ได้รับและจากการศึกษาดูงาน และการทบทวนบริบทชุมชนมาใช้ในการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ของชุมชนตนเอง รวมทั้งได้มีส่วนในการกำหนดโครงการกิจกรรมที่จะแก้ไขปัญหาไข้เลือดออกโดยมีผู้นำชุมชนร่วมกิจกรรมด้วยซึ่งถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี กลุ่มเครือข่ายมีความภูมิใจที่ได้นำความรู้ความสามารถทั้งทักษะการพูด การนำเสนออย่างมั่นใจ และเกิดความเชื่อมั่นถึงผลของกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นว่าประสบความสำเร็จ เนื่องจากกิจกรรมทั้งหมดเกิดจากความคิดของกลุ่มเครือข่ายเอง และคาดว่ากิจกรรมทุกกิจกรรมสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้เป็นอย่างดี

การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน พัฒนาให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนมีทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ และการสร้างเจตคติต่อมนุษยสัมพันธ์ในการทำงาน มนุษยสัมพันธ์นั้นเป็นศิลปะและการปฏิบัติโดยใช้องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กร หรือบุคคล และช่วยให้การปฏิบัติงานดำเนินไปด้วยดี (Dubrin. 1992: 2) ซึ่งประกอบด้วยการติดต่อสื่อสาร การตระหนักรู้ในตนเอง การยอมรับนับถือตนเองหรือความภาคภูมิใจในตนเอง ความไว้วางใจ การจงใจ การจัดการความขัดแย้ง และการพัฒนาเจตคติต่อการปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เป็นการสร้างความมั่นใจในตนเองให้กลุ่มเครือข่ายสามารถนำพลังความสามารถที่มีในตัวตนมาพัฒนาและดำเนินกิจกรรมในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพ

การจัดกิจกรรมตามโครงการ ประกอบด้วย 2 โครงการ คือ โครงการสร้างกระแสเผยแพร่ความรู้การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การจัดทำจดหมายถึงเจ้าของบ้านทุกหลัง การให้รถขับรอบในหมู่บ้านเพื่อเผยแพร่ความรู้และกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักในการป้องกันโรค และการประชาสัมพันธ์ผ่านการประชุมต่างๆของชุมชนทุกการประชุม ส่วนโครงการณรงค์กำจัดต้นเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก มีกิจกรรมการออกสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขังทั้งในและนอกบ้าน และการกำหนดวันณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Big Cleaning day) และทำลายยุงตัวเต็มวัย การดำเนินกิจกรรมตามโครงการทั้งหมดเป็นด้วยความราบรื่น ถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรคบ้าง แต่กลุ่มเครือข่ายก็สามารถบริหารจัดการและแก้ไขไปได้ด้วย แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการบริหารจัดการ การประสานงาน และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ารวมได้เป็นอย่างดี ประชาชนให้ความร่วมมือทุกหลังคาเรือน บ้านที่เคียดความตระหนักในกิจกรรมป้องกันโรคในชุมชนก็ร่วมกิจกรรมทำให้การประเมินผลซึ่งเกิดจากการสังเกต และสอบถาม สัมภาษณ์ทั้งเครือข่ายและประชาชนต่างรู้สึกถึงความพึงพอใจ ประชาชนมีเจตคติที่ดีต่อเครือข่ายและกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่งผลถึงการดำเนินกิจกรรมประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง และความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวยังสามารถนำไปเป็นพลังในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอื่นๆในอนาคตได้อีกด้วย

ในการประเมินผลโครงการที่ดำเนินการไปในวงจรที่ 1 นั้น เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามัคคีของสมาชิกในชุมชน และการมีเป้าหมายที่วางไว้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เกิดความร่วมมือของกลุ่มเครือข่าย ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนซึ่งถือเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของชุมชน (stakeholder) ทุกคนเข้าใจและมีความคิด ความสามารถในการปรับแผน โดยการนำประสบการณ์ที่ผ่านมาที่เกิดขึ้นมาเป็นข้อมูล สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์กิจกรรมต่างๆที่มีส่วนเด่น ส่วนด้อย และปรับเปลี่ยนแผนหรือกิจกรรมต่างๆเพิ่มขึ้น ทุกคนมีแนวคิดแห่งการเสียสละและทำประโยชน์ให้กับส่วนรวม มองเห็นประโยชน์ของส่วนรวมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและมีการวางแผนการจัดการ หรือการบริหารความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นด้วย แสดงให้เห็นว่าบุคคลเมื่อมีโอกาสก็สามารถพัฒนาศักยภาพในตัวตนให้เกิดขึ้นได้ทุกคน ซึ่งจากการปรับปรุงแผนและกำหนดกิจกรรม โดยกิจกรรมที่กำหนดขึ้นหลังจากการประเมินผลและปรับปรุงแผนแล้ว คือ การประกวดบ้าน “บ้านสะอาด ปราศจากไข้เลือดออก” โดยมีกิจกรรมเริ่มต้นที่การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว การประชาสัมพันธ์ผ่านจดหมายถึงเจ้าของบ้านทุกหลังคาเรือน ประชาสัมพันธ์ผ่านรถประชาสัมพันธ์ ควบคุมการณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านตนเอง การรับสมัครและพิจารณาคัดเลือกบ้านเข้าร่วมกิจกรรมการประชุมชี้แจงบ้านที่ร่วมกิจกรรม กลุ่มผู้ช่วยวิจัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยฯ เข้าประเมินให้คะแนนบ้านกลุ่มเครือข่ายสุขภาพได้คัดเลือกเข้าประกวด การประกาศผลบ้านที่ได้รับรางวัลผ่านหอกระจายข่าว รถประชาสัมพันธ์ การสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลาย และการทำพิธีมอบรางวัลในการ

ประชุมชาวบ้านของผู้ใหญ่บ้าน ม.8 นั้น ทุกๆกิจกรรมเกิดขึ้นแสดงถึงการจัดลำดับกิจกรรมอย่างมีขั้นตอน มีระบบ และการทำงานเป็นกลุ่ม ประชาชนโดยเฉพาะเจ้าของบ้านที่เข้าร่วมประกวดต่างกระตือรือร้นในการจัดการบ้านตนเอง ประชาชนในละแวกใกล้เคียงมาร่วมกันช่วยเหลือ ทำให้บรรยากาศการทำงานเป็นไปอย่างมีความสุข สนุกกับกิจกรรม นอกจากนั้นประชาชนได้มีการวางแผนการคัดเลือกบ้านที่เข้าร่วมประกวดในกิจกรรมในปีถัดๆไปด้วย แสดงให้เห็นถึงผลของการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ ทำให้ประชาชนในชุมชนมีความพึงพอใจ ตั้งใจในการปฏิบัติ และมีทัศนคติที่ดี ทำให้ประชาชนมีการคาดหวังมีความเป็นไปได้ของการจัดกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีความยั่งยืนในชุมชนแห่งนี้

การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน พบว่าการระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน ทำให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี นอกจากนั้นมีการประสานการทำงานและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องภายในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนได้มีส่วนร่วมและเข้าร่วมกิจกรรมของประชาชนในชุมชนต่างมีความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนมีความตั้งใจ เต็มใจ และมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุขขององค์กรชุมชนเขตเมือง (อุทัยทิพย์ เกรือละม้าย; และณชญา ตาลกิจกุล. 2542: 67-71) ที่พบว่ากลุ่มแกนนำมีความภาคภูมิใจมากขึ้น จิตสำนึกในความรับผิดชอบมากขึ้น ซึ่งความภาคภูมิใจที่มากขึ้นนั้นจะทำให้มีแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีความสำเร็จ (Amodt; & Raynes. 2001: 370) และมีความพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรม พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของกลุ่มเครือข่ายในชุมชนและประชาชนมีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และความซุกซนของลูกน้ำยุงลายลดลงโดยไม่พบบ้านที่ลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขังเลย ความสำเร็จที่เกิดขึ้นนั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายด้านประกอบกัน โดยเฉพาะการประสานงานและการประสานความสัมพันธ์ของการทำงาน การเกิดเจตคติที่ดีในงาน ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำ มีความทุ่มเทกับงาน และยึดมั่นผูกพันกับองค์กรชุมชน (Zanden. 1987: 173-205; Hodgetts. 1993: 91-93; Moorhead; & Griffin. 1995: 50-64; Greenberg. 1996: 94-109; Garrison; & Bly. 1997: 137-147; ดวงเดือน พันธุมนาวิณ. 2539: 127) รวมทั้งการบริหารและจัดการงานมุ่งสู่ผลสัมฤทธิ์ โดยมีเป้าหมายเดียวกันซึ่งเป็นเป้าหมายที่เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม เมื่อส่วนรวมเกิดประโยชน์ก็ส่งผลให้ทุกคนในชุมชนเกิดประโยชน์ต่อตนเองด้วย ประชาชนไม่เจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ชุมชนมีระบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ ผู้นำชุมชนมีความภาคภูมิใจในท้องถิ่นพื้นที่การปกครองของตนเองที่สมาชิกในชุมชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขลดคปริมาณงานด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกทำให้มีเวลาในการบริหารงานอื่นๆ และกลุ่มเครือข่ายได้มีการ

พัฒนาตนเองในทุกๆด้าน เช่น ด้านความรู้ ความสามารถ ความคิด การประสานงาน และการบริหารจัดการ เป็นต้น ประโยชน์ที่เกิดแก่ชุมชน ประชาชน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ซึ่งเป็นสมาชิกที่สำคัญของชุมชน นำไปสู่ความเข้มแข็งของการดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และสามารถขยายผลเป็นตัวอย่างให้ชุมชนอื่นๆได้ดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบจากการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายให้หน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคทุกระดับ คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และ สถานีอนามัย ได้มีการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออกและเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติงานสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

1.2 ในการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการทำงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนต้องพัฒนาแบบบูรณาการร่วมกันทั้งผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน และเครือข่ายสุขภาพในชุมชนต่างๆที่มีอยู่ โดยเน้นกระบวนการการทำงานแบบมีส่วนร่วม การสร้างเจตคติในการปฏิบัติงาน รวมทั้งกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ภายในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 ควรทบทวนบทบาทหน้าที่เครือข่ายสุขภาพในชุมชนซึ่งมีอยู่ในทุกชุมชนให้ทราบถึงบทบาทที่แท้จริง และทราบสถานการณ์การเป็นไปของโรคไข้เลือดออกในชุมชน พร้อมทั้งพัฒนาองค์ความรู้ของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนให้มีอยู่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนมีความมั่นใจในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

2.2 ควรมีการประชุม วางแผน และแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกร่วมกันทั้งผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล กลุ่มแกนนำ เครือข่ายสุขภาพในชุมชน และตัวแทนประชาชน โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมทุกขั้นตอน

2.3 ควรนำเสนอข้อมูล สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาเรื่องโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพื่อจัดทำเป็นแผนงาน โครงการประจำปีของชุมชน

2.4 ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างชัดเจน มีการจัดการแก้ไขปัญหาอย่างมีระบบ และประกาศให้ทราบโดยทั่วกันทั้งชุมชน

2.5 จากการวางแผนในวงจรที่ 2 โดยจัดกิจกรรมประกวดบ้าน และพบว่าไม่พบลูกน้ำ ยุงลายในภาชนะใดๆเลย เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้กับเครือข่ายสุขภาพในชุมชนในหมู่บ้านชุมชน นั้นๆ ควรมีการส่งเสริมการประกวดหมู่บ้านในด้านการจัดการ ไรช้เลือดออก และพิจารณาให้รางวัล ทั้งในภาพรวมของหมู่บ้าน และผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมให้สำเร็จ เช่น ผู้นำชุมชน กลุ่ม เครือข่ายสุขภาพในชุมชน รวมทั้งควรนำเครือข่ายสุขภาพชุมชนศึกษาดูงาน และทัศนศึกษาประจำปี เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานต่อไป

2.6 ควรเพิ่มจำนวนเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยการสรรหาเครือข่ายสุขภาพใน ชุมชนให้มีจำนวนมากยิ่งขึ้น และพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับการพัฒนากลุ่มเครือข่ายเดิม เพื่อ ลดภาระการทำงานที่มีปริมาณมากในชุมชน

3.ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย

3.1 ควรมีการวิจัยติดตามผลต่อเนื่องเพื่อศึกษาความยั่งยืนของการดำเนินงานป้องกัน ไรช้เลือดออกในชุมชนภายหลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบการป้องกัน ไรช้เลือดออกในชุมชนแล้ว

3.2 ควรมีการทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการป้องกัน ไรช้เลือดออกในชุมชน เช่น กลุ่มครูในโรงเรียน กลุ่มผู้นำศาสนา เป็นต้น

3.3 ควรนำรูปแบบการศึกษาในครั้งนี้ไปศึกษาเพิ่มเติมในชุมชนที่มีบริบทแตกต่างเช่น ชุมชนเมือง เพื่อหาปัจจัยด้านอื่นๆที่ส่งผลต่อความสำเร็จ หรือ ไม่สำเร็จ ของการป้องกัน ไรช้เลือดออก ในชุมชนเมือง

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ เวทศิลป์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดสกลนคร*.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- กมลวรรณ หวังสุข. (2541). *ประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2551) *การสาธารณสุขไทย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- (2545). *การสาธารณสุขไทย 2548 - 2551*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- (2545). *โรคไข้เลือดออกฉบับประเภทยก*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- (2544). *สถานการณ์สุขภาพคนไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- กริ่งแก้ว เลาบุญเสถียร. (2537). *ทัศนคติและพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนแออัดคลองเตยที่มีต่อขยะบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่ม*. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กัลยาณี สุเวทเวทิน. (2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดอำนาจเจริญ*.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
ถ่ายเอกสาร.
- กานดา ธรรมปรีชา. (2526). *ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการอยู่อาศัยในเคหะสงเคราะห์แบบแฟลต : ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้อยู่อาศัยที่เคยและไม่เคยอยู่ในชุมชนแออัดมาก่อน*.
วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สิ่งแวดล้อม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- เกษมธิดา สพสมัย. (2537). *การปฏิบัติงานตามบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน(ศสมข.) ระดับตำบล ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร

- จรัสศรี อินทรสมหวัง. (2543). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จรรยา ทองถาวร. (2533). *มนุษย์สัมพันธ์*. กรุงเทพฯ: ทิพย์วิสุทธิ์.
- จิตชนก หัสดี. (2541). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มนายทหารชั้นประทวนกรมพลธิการทหารบก จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิตต์ลัดดา สุภานันท์. (2539). *การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลผ้าทำของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์โรคเรื้อนพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชลาทิพย์ ปุณณะบุตร. (2523). *ชีวิตครอบครัวในแหล่งเสื่อมโทรม : ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวที่ได้รับการสงเคราะห์ในแหล่งเสื่อมโทรมคลองเตย กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ ศค.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ชูชัย สมितिไกร; และสมชาย เดียวกุล. (2530). *ผลของประสบการณ์กลุ่มฝึกมนุษยสัมพันธ์ที่มีต่อทัศนคติส่วนบุคคลตามการรับรู้ของผู้รับการฝึก*. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐพล หาญโสภี. (2540). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังในการส่งเสริมการป้องกันการเสพยาสูบตามมีนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดสระบุรี*.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- คารุณี จงอุดมการณ์; และคนอื่นๆ. (2546). *การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวผู้มียาได้น้อยชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ต้องจิตต์ กาญจโนมัย. (2540). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีการสร้างพลังในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ทัศนีย์ เจริญเลิศ. (2538). *ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อทัศนคติต่อการเรียนวิชาภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนขามขุขันธ์วิทยา อำเภอยะรังบุรี จังหวัดกำแพงเพชร*. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทศนา เขมมณี. (2545). *กลุ่มสัมพันธ์เพื่อการทำงานและการจัดการเรียนการสอน*. กรุงเทพฯ: นิชิน แอควอร์ไทซิ่ง กรุ๊ป.
- ธีระ ประพุดติกิจ. (2531). *ทฤษฎีบุคคลิกภาพและการทำจิตบำบัด*. ราชบุรี: วิทยาลัยหมู่บ้านจอมบึง.
- นรินทร์ สังข์รักษา. (2537). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัยในภาคกลางตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย พ.ศ.2535 - 2544*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2538). *ผลการศึกษาเพื่อสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิภาวรรณ สฤกษ์อิทธิรักษ์. (2533). *การศึกษากลวิธีเพื่อนำบุตรอายุ 9 – 12 เดือน มารับวัคซีนหัดนอกเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิพนธ์ แจ่มเยี่ยม. (2539). *จิตวิทยาชุมชน*. ภูเก็ต: ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏภูเก็ต.
- นุชราพร แสนบล. (2537). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลงานการให้บริการใส่ห่วงอนามัยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดมุกดาหาร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บรรชย์ สืบสังข์. (2535). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สังคมวิทยาการพัฒนา). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- บังอร ฉางทรัพย์. (2551). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรภษาสุขภาพิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักออาศัยในชุมชนแออัด: กรณีศึกษาชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร*. ปรินญาณิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร

- บ้งอร ประภาสสุตย์. (2541). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับชีรฉจักรยานยนต์ ของนักเรียนวิทยาลัยเทคนิคอาชีวศึกษา ชั้นปีที่ 1 จังหวัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- บ้งอร ฉางทรัพย์; และคนอื่นๆ. (2546). ความชุกของโรคพยาธิเส้นด้ายในเด็ก ในชุมชนคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 21(3): 203-208.
- บ้งอร ฉางทรัพย์; พัชรินทร์ บุญแทน; และนัยนา อาณัติ. (2548). การสำรวจความชุกการติดเชื้อพยาธิลำไส้ในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 23(4): 219-227.
- บ้งอร ฉางทรัพย์; มนัส บุญประกอบ; งามอาจ นัยพัฒน์; และปราโมทย์ ทองกระจาย. (2549ก). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 12(1): 110-128.
- (2549ข). ผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้านชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 25(2): 77-87.
- บุญเยี่ยม ตรีคุณวงศ์. (2528ก). *จิตวิทยาสังคม กับการสาธารณสุข. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.*
- (2528ข). *นวัตกรรมการให้สุศึกษา เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ, โรคพยาธิใบไม้ตับ: บริโภคนิสัยกับแนวคิด และการแก้ไขทางสังคมศาสตร์ และสุศึกษา. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- (2530). *แนวคิด และรูปแบบการสุศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต. พัทยา: รายงานการประชุมสัมมนาวิชาการศึกษาแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการดำเนินงานสุศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต.*
- บุญสม น้าเจริญ. (2532). *ความรู้ทางประชากรและความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมทางประชากร ของผู้เรียนที่มีประสบการณ์การเรียนประชากรศึกษา ในรูปแบบที่แตกต่างกัน วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- ประเจตน์ เกษน้อย. (2530). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทางด้านอนามัยของประชากรในเขตชุมชนแออัดที่ปรับปรุงแล้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญา ศศ.ม. (สังคมวิทยาและมนุษยวิทยา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.*

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และคณะ. (2540). *ประสิทธิผลขอโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในสถาบันครอบครัวโดยวิธีการสร้างพลังอำนาจในกลุ่มสตรี และการมีส่วนร่วมของชุมชน*. กรุงเทพฯ: รายงานการวิจัย.
- ปริญญา ผกานนท์. (2543). *การสร้างพลังแกนนำชุมชนเพื่อควบคุมลูกน้ำยุงลาย อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พรทิพย์ ทยานันท์. (2544). *การพัฒนาการบริหารจัดการงานส่งเสริมคุณภาพในสถานประกอบการประเภทเสื้อผ้าและเครื่องนุ่งห่มในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ค. (บริหารสาธารณสุข) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พวงพลอย ชูณหวิจิตร. (2529). *ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการสร้างสุข*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์. (2541). *การเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์ วท.ค. (สุขศึกษา). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- พัฒน์ สุจันงค์. (2527). *การสุขาภิบาลทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอ เอส พรินต์ติ้งเฮาส์จำกัด.
- พัฒนา มูลพฤษย์. (2539). *อนามัยสิ่งแวดล้อม*. กรุงเทพฯ: เอ็น.เอส.แอล พรินต์ติ้ง.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2539). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. วิทยานิพนธ์ พย.ค. (บริหารสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พิจิต สกุลพราหมณ์. (2531). *การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ธนาคารพิมพ์.
- พุดศักดิ์ ดุลยสุวรรณ. (2540). *สถานการณ์งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เขต 4 ปี 2538. อนามัยสิ่งแวดล้อม*. 1(2): 33.
- เพ็ญพิชชา สรโยธิน รัตนถวนนท์. (2541). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการเพื่อสุขภาพ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ภัตสร ลิมานนท์; และคณะ. (2538). *โครงการศึกษาครอบครัวไทย*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์. (2538). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะสาขารณสุขศาสตร์ (2538). สรุปผลการดำเนินงาน โครงการพัฒนาชุมชนเขตเมือง มหาวิทยาลัยมหิดล 2536-2537. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มะลิ วิมาโน. (2547). การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการปฏิบัติงานเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล จังหวัดสระบุรี. ปริญญาานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร
- ยิ่งศักดิ์ จิตตะโคตร. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันอันตรายจากการได้รับสารพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนา อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยุพาพร หงษ์ชูเวช. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารจานด่วน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- โยธิน ศันสนยุท. (2535). มนุษย์สัมพันธ์ : จิตวิทยาในองค์การ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- รุ่งโรจน์ พุ่มรีว; และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2538). พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร: โครงการพัฒนาชุมชนเขตเมือง มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- รุ่งโรจน์ คำขาว. (2542). การวิเคราะห์รูปแบบและแนวทางการพัฒนาการบริหารงานสุขภาพพลสิ่งแวดลอม ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขต 8. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ลาวัณย์ มหาทุมะรัตน์. (2529). ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มในการพัฒนามนุษย์สัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4. ปริญญาานิพนธ์ กศม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- ลัดดาวัลย์ อนุกุล. (2522). *ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม สงเคราะห์ของสตรีอาสาสมัคร*. วิทยานิพนธ์ ศค.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วรพรรณ ศรีอุบล. (2535). *ผลการจัดกิจกรรมแนะแนวโดยใช้สไลด์เทปเป็นเทคนิคแม่แบบที่มีต่อ เจตคติเชิงจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร. ถ่ายเอกสาร
- วรรณชนก จันทุม. (2549). *การพัฒนาทวิวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนโดยใช้ กระบวนการการมีส่วนร่วม:กรณีศึกษาโรงเรียนขยายโอกาสในจังหวัดกาฬสินธุ์*. ปริญญา นิพนธ์ วท.ค. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร
- วชิระ สิงหะเกษนทร์; สมบัติ อวยตระกูล; และวนิดา วรเกริกกุลชัย. (2542?). *การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมและสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนแออัดเขตเทศบาล*. สรุปล ผลงานวิจัยด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: กองสุขาภิบาล กรมอนามัย.
- วราภา จันท์โชติ. (2540). *ประสิทธิผลการฝึกอบรมการสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถตนเองในนักศึกษาพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วลิดา ศักดิ์บัณฑิตสกุล. (2541). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ สตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วสุธร ต้นวัฒนกุล. (2542). *สุขภาพกับคุณภาพชีวิต เส้นทางที่ต้องร่วมกันพัฒนา*. กรุงเทพฯ: พี เพรส
- วัน กุชิตา. (2529). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการเจ็บป่วยของประชากรในชุมชนแออัด เขต กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญา ศค.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- วันทนีย์ วัฒนะ. (2537). *การใช้บริการอนามัยของประชาชนในชุมชนแออัดในเขตรับผิดชอบของ ศูนย์บริการสาธารณสุข 11 กทม*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (เวชศาสตร์ชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- วัลลา ตันตโยทัย. (2540). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์ พย.ด. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิมล หนองพงษ์. (2538). *ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนนครักษ์ อำเภอนครักษ์ จังหวัดนครนายก*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิรัตน์ ปานศิลา. (2542). *การถ่ายทอดทางสังคมในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลในภาคเหนือของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล. (2528). *การสู่มตัวอย่าง: ทฤษฎีและการประยุกต์*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลลักษณ์ รัตนเพียรธัมมะ. (2527). *ความพึงพอใจของผู้อาศัยในชุมชนแออัดต่อโครงการฟื้นฟู: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนซอยสีน้ำเงิน*. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สิ่งแวดล้อม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศรัณยา อุพารศิลป์. (2534). *พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยของสตรีในชุมชนแออัด: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนแออัดสองร้อยห้อง กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สิ่งแวดล้อม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร พูนชัย. (2547). *ผู้นำและภาวะผู้นำ การพัฒนาภาวะผู้นำและบทบาทของผู้บริหาร*. (เอกสารประกอบการสอน). กรุงเทพฯ: กองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริลักษณ์ แก้วคงยศ. (2533). *ชุมชนแออัดตะกอนบางกอก*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.
- สบสุข ลีละบุตร. (2543). *การมีส่วนร่วมของประชาชนท้องถิ่นต่อการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กรณีศึกษา: เกาะเกร็ด จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (เทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมเกียรติ ศรีประสิทธิ์. (2539). *วิทยาการระบาด และการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยกรมการหมูบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ; ชาญชัย ยามะรัต; บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ ; และสุวิทย์ กาญจนานกร.
(2527). *การสำรวจสภาพและปัญหาทางประชากร สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร*. รายงานการวิจัยโครงการวางแผนครอบครัวและพัฒนาชุมชนแออัด. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิตร หนูเจริญกุล; วัลลา ตันตโยทัย; และรวมพร คงกำเนิด. (2543). *การส่งเสริมสุขภาพนครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*.
- สมบูรณ์ ขอสกุล; และสรศักดิ์ กัญจน์ ดวงคำสวัสดิ์. (2530?). *พฤติกรรมกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารของแม่บ้านจังหวัดลำปาง*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาพร แซ่บาง. (2544). *การสร้างทดลองใช้บทเรียนโปรแกรมแบบเส้นตรง เรื่อง “การสุขภาพสิ่งแวดล้อม” สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3*. ปรินญา สุข.ม. (สิ่งแวดล้อมศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สัมพันธ์ เตชะอธิก ปรีชา อุยตระกูล และชื่น ศรีสวัสดิ์. (2537). *ศักยภาพและเครือข่ายผู้นำท้องถิ่น*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สาลินี ไทยรัช. (2543). *การพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยกระบวนการสร้างพลัง ตำบลมือ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สาวิตรี เทียนชัย. (2539). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจทำแท้งของหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอดส์ครั้งแรกใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน*. วิทยานิพนธ์ มน.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- แสงจันทร์ ศรีทะวงษ์. (2540). *ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (เวชศาสตร์ชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). *สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10*. สืบค้นเมื่อ 13 มีนาคม 2550, จาก <http://www.nesdb.go.th>.
- สำนักงานนโยบายและแผนสิ่งแวดล้อม กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม. (2545). *รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2544*. กรุงเทพฯ: วิทยุการปก.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2537). *รายงานการสำรวจลักษณะทางประชากรและสังคมของชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2543). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543 ที่ว่าราชอาณาจักร*.

กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. (2552). *รายงานประจำปี*. ชุมพร: ม.ป.พ.

สำนักนโยบายและแผนกรุงเทพมหานคร. (2543). *สรุปผลการดำเนินการโครงการกรุงเทพมหานคร
เมื่อนำอยู่*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานคร.

สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สถานการณ์โรคติดต่อประเทศไทย*. กรุงเทพฯ:
ม.ป.พ.

----- (2545?) *แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2540-2544)*. กรุงเทพฯ: สำนัก
เลขานุการคณะรัฐมนตรี.

สิทธิพันธุ์ ไชยพันธ์; พิพัฒน์ ลักษมีจรัสกุล; วรรณญา แสงเพชรส่อง; และอัญชลี ตันท์ศุกศิริ.

(2531). เปรียบเทียบพฤติกรรมอนามัยของประชาชนในหมู่บ้านที่มีอัตราการป่วยด้วยโรค
อุจจาระร่วงสูงและต่ำ. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 18(1): 27.

สิริวัฒน์ ลิ้มปวิทยากุล. (2539). *เปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้สุขศึกษา โดยแม่บ้าน
ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนในชนบท
จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สุพรรณิ สฤกษ์คือภักย์. (2536). *ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในการจัด
โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ให้กับเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัด
เพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สุพร ชุมหุติยานนท์. (2542). *โรคไข้เลือดออกและปัจจัยของการควบคุมป้องกันโรค*. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุภัทร ชูประดิษฐ์. (2550). *การทำงานในชุมชน*. สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2550,
จาก <http://gotoknow.org/blog/communityblog>.

สุวัฒน์ คงแป้น. (2549). *คนจนในเมือง*. (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2549,
จาก <http://www.thaiedresearch.org/result/result.php?id>.

สุวิทย์ อมรนพรัตน์กุล. (2528). *ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าอยู่อาศัย และความพึงพอใจต่อ
สภาพแวดล้อมของผู้พักอาศัยในอาคารชุด*. วิทยานิพนธ์ ศค.ม. (สิ่งแวดล้อม).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- เสาวภา วิจิตวาที. (2534). *ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อคิน รพีพัฒน์. (2542). *ชุมชนแออัด: องค์กรความรู้กับความเป็นจริง*. กรุงเทพฯ: สายส่งศึกษิต.
- อนุพงษ์ เพียรไพรงาม. (2543). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการลดปัญหาด้าน การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม กรณีศึกษา อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สิ่งแวดล้อม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อภิสิทธิ์ รัตนสุวัจน์. (2538). *การเปรียบเทียบบริโภคนิสัย ความคาดหวังในผลของการหยุดสูบบุหรี่และความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการหยุดสูบบุหรี่ ของคนงานชายใน โรงงานเบตเตอร์แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรรวรรณ สุทธางกูร. (2540). *คุณภาพชีวิตและความมั่นคงในที่อยู่อาศัยของชุมชนแออัดใน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรทัย อาจอ่ำ; และสมศักดิ์ นัคลาจารย์. (2540). *เครือข่ายทางสังคมเพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคม เอดส์*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัทธมา แวงม่วงชุม. (2539). *ปัจจัยที่มีผลต่อการประสานงานอนามัยแม่และเด็ก ฝ่ายส่งเสริม สุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อัมพิกา ไกรฤทธิ. (2521). *มนุษย์สัมพันธ์ในโรงงาน*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- อัจฉรา พงษ์ไทย. (2538). *การพัฒนาอาสาสมัครแม่บ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ (2534). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. จดหมายข่าวสมาคมวิจัยเชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย: 5(1-2): 3-10.*
- อารี เพชรผุด. (ม.ป.ป.). *หลักการสร้างมนุษยสัมพันธ์*. ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- อารยา วัฒนกิจ. (2526). *ความพึงพอใจของผู้อาศัยในชุมชนแออัดต่อโครงการฟื้นฟูนคร: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนซอยสีน้ำเงิน*. วิทยานิพนธ์ ศก.ม. (สิ่งแวดล้อม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุทัย คุลเกษม และอรศรี งามวิทยาพงศ์. (2540). *ระบบการศึกษากับชุมชน : กรอบความคิดและการเสนอเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: แปลน พรินติ้ง.
- อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ. (2542). *ชิกุลคุณภาพไวรัสสายพันธุ์ใหม่จากยูงลาย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2543). “*ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพไทยในแผนฯ 9*”. รายงานการสัมมนา การป้องกันควบคุมโรคระดับชาติ ประจำปี 2543 กรมควบคุมโรคติดต่อยุคไร้พรมแดน 6-8 กันยายน 2543 ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ซีดี จอมเทียน จ.ชลบุรี กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: นิทรรศการพิมพ์.
- อำพล จินดาวัฒนะ; และคณะ. (2545). *การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- อำพล พรอารักษ์สกุล. (2539). *บทบาทของหน่วยงานบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ในการปฏิบัติหน้าที่ด้านสิ่งแวดล้อม ศึกษากรณี : คณะกรรมการสุขภาพในจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ ศก.ม. (สิ่งแวดล้อม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- Adam; & Lin. (1998, June). “Partnership in public health” in *World Health Forum*. 19(2): 246 - 252.
- Airhihenbuwa, C.O. (1994). Health Promotion and the discourse on Culture: Implication for Empowerment. *Health Education Quarterly*. 21(3): 345-353.
- Amnas. (2001). A national Bill of Patients Rights in *The Nation's Health*. Edited by Lee P.R., Ests C.L. & Rodriguez R.M. . London: Joes & Bartlett.
- Ammodt , Michael G; & Raynes, Bobbie L. (2001). *Human Relation in Business*. U.S.A.: Wadsworth Thomson.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The Excercise of Control*. New York: W.H. Freeman.
- Binder, D.M.; Jones, J.G.; & Strowig, R.W. (1970). Non-Intellective Self-Report. Variables As Predictors of Scholastic Achievement. *Journal of Education Research*. 63(8): 364-366.
- Brandt, P.A.; & Weinert, C. (1981). PRQ: A Social Support Measure. *Nursing Research*. 30: 277-280.

- Brandt, P.A.; & Weinert, C. (1985). *PRQ: Psychometric Update, Unpublished Manuscript*. Washington D.C.: University of Washington.
- Brown, M.A. (1986, November/December). Marital Support During Pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynecology Nursing*. 16: 475-483.
- Bruce, B. (1985). Social Support and Exploration. *Child Development*. 55: 1246-1251.
- Caplan, G. (1974). *Support System and Community Mental Health*. New York: Behavioral Publications.
- Caplan, G. (1977). *Support System and Community Mental Health Lecture on Concept Development, Behavioral Publication*. New York: Human Science Press.
- Caplan, R; et al. (1976). *Adhering to Medical Regimen: Pilot Experiment in Patient Education and Social Support*. Ann Arbor: University of Michigan.
- Cassel, J. (1974). Social Science in epidemiology : Psychosocial Processes and “Stress”, Theoretical formulation. *International Journal of Health Services*. 4: 537-549.
- Cassel, J. (1976, August). The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal Epidemiol*. 104: 107-123.
- Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). (1998). “*HIV Prevention Community Planning: Successes and Challenges*”. Retrieved November 23, 2008, from <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/cplan98.htm>
- Clark, Jill Macleod; & Maben, jill. (1999, June). “ health Promotion in primary health care nursing: the development of quality indicator” *Health Education Journal*. 58 (2): 102 - 108
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Mederate of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*. 38(5): 300-314.
- Cobb, S; & Kassel, S. (1977). Termination : The Consequences of Job Loss. Publication No. 77-224. Washington D.C.: DHEW [NIOH].
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychological testing*. 3rd ed. Edition. New York: Harper & Row.
- David , keith. (1957). *Human Relation in Business*. New York: McGraw-Hill.

- Diamond, L.A.; & Hone, S.K. (1983). *Chronic Illness across the Lifespan*. Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Dubrin, Andrew J. (1992) . *Human relations : A job oriented Approach*.5 th ed. USA: Prentice-Hall.
- Erbert, I; et al. (1976). Reduction of Post Operative Pain by Encouragement and Instrution of Patients. *England Journal of Medicine*. 270: 825-827.
- Esrey, S.A.; et al. (1991). The Effect of Improved Water Supply and Sanitation on Ascariasis, Diarrhoea, Dracunculiasis, Hook Worm Infection, Schistosomiasis, and Trachoma. *Bulletin of the World Healthe Organization* . 69(5): 609-621.
- Feirfax, Johnniel. (1998). integrating infrastructure building with peer-focused approaches to HIV Preventiong education. *J. of health education*. 28 (6) Eric no. Ej. 558987
- Fishbein, M.; & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior ; An Introduction to theory and Research*. Addison-Wesley Publishing.
- Flippo ,Edwin B. (1966). *Management : A Behavior Approach* Boston. Mass: Allyn & Bacon.
- Gardenswartz , Lee; & Rowe ,Anita. (1998) . *Managing Diversity in Health Care*.Sanfrancisco: Jossey - Bass.
- Garrison , Mark (Mark David); & Bly , Margaret Anne. (1997). *Human Relations : Productive Approaches for the workplace*. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Gibson, C.H. (1991). A Concept Analysis of Empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 16(3): 354-361.
- Glanz , Karen . Carbone , Elena & Song , Valerie. (1999, April). formative research for developing targeted Skin cancer prevention programs for children in multiethnic Hawaii. *Health Education Research*. 14(2): 155-166.
- Gore, S. (1973). The Effects of Social Support in Moderating the Health Consequences of Unemployment. *Journal Health Social Behavior*. 19: 157-165.
- Greenberg , Jerald. (1996). *Managing Behavior in organizations science in service to Practice*. U.S.A.: prentice Hall.
- Harrie, Elaine K. (1996). *Customer Service : A Practical Approach*. U.S.A.: Prentice – Hall.
- Hodgetts , Richard M . (1992) . *Modern Human relation at work*. 5 th ed. USA: the Dryden Press.

- House, J. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Htwe , Myint & Jost , Stephan P. (1997, June). Promoting the Application of Research Findings in health Development. *in Regional Health Forum*. 2 (2): 28
- Hussain, A.; Keramat, S.M.; & Kvale, G. (1999). Determinants of Mortality among Children in the Urban Slums of Dhaka City, Bangladesh. *Tropical Medicine and International Health*. 4 (11): 758-764.
- Kemm, John; & Close , Ann. (1995). *Health Promotion : Theory and Practice*. London: Macmillan.
- Kemmis, S.; & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planners*. Victoria: Deakin University Press.
- Kolsky, P.J.; & Blunmenthal, U.J. (1995). Environmental health Indicators and Sanitation Related Diseases in Developing Countries : Limitations to the Use of Routine Data Sources. *World Health Statistics Quarterly*. 48(2): 132-139.
- Kopacz , David R. , Grossman , Linda S; & Klamen , Debra L. (1999, February). Medical Students and Aids : knowledge , attitudes and implications for education. *Health Education Research*. 14(1): 1 - 6.
- Langlie, J.K. (1977). Social Networks, Health Beliefs and Preventive Behavior. *Journal of Health and Social Behavior*. 18: 244-260.
- Leger . St. L.H. (1998 . September). Australian teacher 's understandings implications for the development of school health. *Health Promotion International*. 13 (3): 223 – 235.
- Lutz.M.A. (1984, April). influence of Human Relations Training on Adult Communication in a Hospital Setting. *Dissertation Abstracts International*. 44 (10): 2955-A.
- MacDonald. (1999, May). The Cardiovascular Health Education Program: Assessing the Impact on Rural and Urban Adolescents' Health Knowledge. *Applied Nursing Research*. 12 (2): 89-90.
- Mac Elveen, P. (1979). *Social Network*. *In Clinical Practice in Psychosocial Nursing : Assessment and Intervention*. New York: Appleton-Century Crofts.
- Mackay, B.C. (1992). *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT) : Effects of Imagined Scenarios on Intent to Use Condoms*. Michigan : A Bell and Howell Information.

- March, P. (1985). Delivery of Social Support: The Social Inoculation. *American Journal of Orthopsychiatry*: 52: 20.
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and Personality*. 2nd ed. New York: Harper and Row.
- McBeth, Annette J.; & Schweer, Kathryn D. (2000). *Building Healthy Communities: The Challenge of Health Care in the Twenty – First Century*. U.S.A.: Allyn & Bacon.
- Meredith, M. (1981). Application of Social Support Theory to Health Education : Implication to Work with the Elderly. *Health Education Quarterly*. 18(2): 150.
- Minkler, M. (1990). *Improving Health through Community Organization*. In Glanz, K.; et al. (Eds.). In *Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass Press.
- Moorhead; Gregory; & Griffin, Ricky W. (1995). *Organizational Behavior: Managing People and Organizations*. New York: Houghton Mifflin.
- Morisky, D.E.; et al. (1985). Evaluation of Family Health Education to build Social Support for Long Term Control of High Blood Pressure. *Health Education Quarterly*. 12(1): 35-47.
- Omaswa, et al. (1997, Mar – Apr.). Introducing quality management into primary health Care Services in Uganda. *Bulletin of the World Health Organization*. 75 (2): 155-161.
- Orpen, Christopher. (1998, February). The Effect of Performance measurability on the Relationship Between Careerist Attitudes and Career Success;. *J. of Social Psychology*. 138 (1): 128-130.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. New York: Appleton Century-Craft.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. 3rd ed. Stamford Connecticut: Appleton & Lange.
- Pensirirapa, N. (1995). The Effectiveness of Empowerment. Education in Smoking Prevention Programme for the Junior High School Students, Supurnbuti Province. Dr.PH. Thesis in Health Education, Faculty of Graduate Studies, Bangkok: Mahidol University. Photocopied.
- Plisuk, M. (1982). Delivery of Social Support : The Social Inoculation. *American Journal of Orthopsychiatry*. 52(1): 20-31.
- Popenoe, David. (1986). *Sociology*. 6 th ed. U.S.A.: Prentice – hall.

- Putland , Christine ,Baum, Frances & Macdougall, Colin. (1997 , December). How Can health Bureaucracies consult effectively about their policies and practice?: Some Lessons from an Australian study. *Health Promotion International*. 12(4): 303 – 305.
- Rappaport, J. (1984). Student in Empowerment : Introduction to the Issue. *Prevention in Human Servivice*. 3: 1-7.
- Rappaport, J. (1987). Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention, Towards a Theory of Community Psychology. *American Journal of Psychology*. 15: 124-147.
- Reece , Barry L; & Brandt, Rhonda, (1997). *Human Relations : Principles and Practices*. New York : Houghton Mifflin.
- Richardson , Douglas B. (1994). *Networking*. New York: John Wiley & Sons.
- Richard , Lucie , Potvin, Louise; & Mansi , Omaima. (1998, June). The ecological approach in health promotion programmers : the views of health promotion workers in Canada, *Health Education Journal*. 57 (2): 160 – 173.
- Rippetoe, P; & Rogers, R.W. (1987). Effects of Componets of Protection Motivation Theory on adaptive and Maladaptive Coping with a Health Thrat. *Journal of Personality and Social Psychology*. 52: 596-604.
- Rogers , Bonnie. (1994). *Occupational Health Nursing : Concepts and Practice*. Philadelphia ; W.B. Saunders.
- Rogers, R.W. (1975). A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attiude Change. *Journal of Psychology*. 91(1): 93-114.
- , (1983). *Cognitive and Pysiological Processes in Fear Appeals and Attitude change*. *Social Psychology*. New York: Social Psychology Guiford.
- Rosenberg, M. (1979). *Conseiving the Self*. New York : Basic Books.
- Sandelowski, M. (1986). The Problem of Rigor in Qualitative Research. *Advances in Nursing Science*. 8: 27-37.
- Simons, C.; & Parson, R. (1983). Empowerment for Role Alternatives in Aldolescence. *Aldolescence*. 18(9): 193-200.
- String, A. (1990). Urbanization, Verelendung and Gesundheit in Kolumbien. *Offizielles Gesundheitswesen*. 52(3): 277.281.
- Tones , K; & Tilford , S. (1994). *Health Education : Effectiveness, efficiency and equity*, 2 nd

- ed. London: Chapman & Hall.
- Turner , Jonathan H. (1998). *The Structure of Sociological Theory*. 6 th ed. U.S.A.: Wadsworth Publishing.
- Wagner III John A; & Hollenbeck , John R. (1998). *Organizational behavior*. 3 rd ed. USA: Pentice - hall
- Wallerstein, N.; & Bernstein, E. (1988). Empowerment Education : Freier' s Ideas Adapted to Health Education. *Health Education Quarterly*. 15(4): 379-394.
- Wallerstein, N.; & Bernstein, E. (1994). Introduction of Community Empowerment, Participatory Education, and Health. *Health Education Quarterly*. 21: 140-148.
- Web Master Rob Emmerling. (2001). Human Relation Training. in The consortium for Research on Emotional Intelligent in Organizations. Retrieved November 28, 2009, from [http:// www. ifpo. Org/article/band/ role-of-hr-htm](http://www.ifpo.Org/article/band/role-of-hr-htm).
- Weiss, Nicholas; & Daus. (1999 , April.). An Examination of the joint effects of Affect Experiences and Job Beliefs on Job Satisfaction and variations in Affective Experiences over Time. *Organizational Behavior and Human Decision Process*. 78 (1): 20.
- World Health Organization. (1970). *Technical Report Series (No. 437)*. Geneva : WHO.
- World Health Organization. (1988). *Urbanization and its Implication For Child Health : Potential for Action*. Geneva : WHO.
- Zanden, James W. Vander. (1987). *Social Psychology*. 4 th ed. New York: Rondon House.
- Zimmerman, M.; et al. (1997). An HIV/Prevention Project for American Homosexual Man : An Empowerment Approach. *Health Education & Behavior*. 24(2): 177-178.

ภาคผนวก

รายนามผู้ช่วยวิจัยและวิทยากร

1. นายอดิศร วิศาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร
2. นางสุภาภรณ์ ไชยวรรณ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
3. นางจรียา พิชญ์ชยะนนท์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
4. นายสำราญ ไชยชนะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร
5. นางอรัญญา กฤษณเสรณี โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
6. นายบุญฤทธิ์ แทนบุญ ศูนย์ควบคุมโรคนำโดยแมลงที่ 11.4 จังหวัดชุมพร
7. นางสาวนราวดี สันสยะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร
8. นางสาวฐิติพร ทับเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
9. นางฐิติภัก อินทเสมอ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
10. นางกฤษณี วิชิตกุล โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
11. นางบุญญาภา เครือวรรณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร
12. นางสาวสุภารัตน์ วงศ์นัญจิรา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

จดหมายกระจายข่าวชาวหนองเข้

เนื่องจากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในขณะนี้ได้เกิดการระบาดขึ้นทั้งในประเทศไทยและ
จังหวัดชุมพร ซึ่งขณะนี้ประเทศไทยพบผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก.....ราย
เสียชีวิต.....ราย สำหรับจังหวัดชุมพร พบผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก.....ราย
เสียชีวิต.....ราย

ด้วยความรักและห่วงใยในสุขภาพของทุกคน และเพื่อการป้องกันไม่ให้อาเป็นโรค
ไข้เลือดออก ขอให้ทุกคนร่วมกันปฏิบัติดังนี้

1. ร่วมกันสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขังทุกชนิดทั้งภายในบ้าน
และภายนอกบ้านว่ามีลูกน้ำหรือไม่ ถ้ามีให้กำจัดทิ้งโดยการเทน้ำทิ้ง หรือขจัดล้าง
ภาชนะดังกล่าว หรือใส่ทรายกำจัดลูกน้ำตามที่แนบมาพร้อมหนังสือฉบับนี้
2. ขยะต่างๆรอบๆบ้านให้ขุดหลุมฝังกลบ หรือเผาทำลายทิ้งเพื่อป้องกันน้ำขัง
3. สำหรับบ้านที่ไม่มีมุ้งลวด ให้นอนกางมุ้งทั้งกลางวันและกลางคืนเพื่อป้องกันยุงกัด
4. ขาดูกับข้าวให้ใส่น้ำมันเครื่องที่ใช่แล้ว หรือ น้ำส้มสายชูทุก 7 วัน
5. งานรองกระถางต้นไม้ให้ใส่ทรายหรือดินรอบๆให้เต็มงานรอง
6. ภาชนะน้ำดื่มน้ำใช้ทุกชนิดปิดฝาให้มิดชิด
7. ภาชนะในห้องน้ำ หรือ อ่างอาบน้ำให้ขจัดล้างทำความสะอาดทุก 7 วัน
8. หากมีบุคคลในบ้านมีอาการไข้สูง ตัวร้อน อ่อนเพลีย ซึม ให้รีบมาที่สถานีอนามัย
หรือ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
9. หากมีปัญหา ต้องการคำปรึกษาสามารถโทรศัพท์สอบถามได้ที่ สถานีอนามัย
นาชะอัง โทร. 077- 642018 หรือ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โทร 077-
503672-4 แผนกฉุกเฉิน ต่อ 224 หรือ 225 และแผนกกุมารเวชกรรม ต่อ 167

.....

ร.ต.อ.ธนาพร บุญรัตน์

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาชะอัง

.....

นายแพทย์ธรรมบุญ สุขุมานันท์

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

.....

นายแพทย์ประภาส จิตตาศิรินุวัตร

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร

แบบสัมภาษณ์เครือข่ายสุขภาพในชุมชน

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุปี
3. ท่านประกอบอาชีพหลักในปัจจุบัน คือ.....
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้น/ระดับ.....
6. สถานภาพสมรสของท่าน คือ
7. รายได้ของครอบครัวของท่านเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ..... บาท
8. ท่านปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข/ประธานชมรม/สมาชิกเทศบาล เป็นเวลา.....ปี
9. ท่านเกิดที่จังหวัด.....
10. ท่านอาศัยอยู่ในหมู่ที่ 8 มาเป็นเวลาประมาณ.....ปี
11. ท่านมีปัญหาทางด้านสุขภาพหรือไม่ ถ้ามีเกี่ยวกับอะไรบ้าง.....
12. สมาชิกในบ้านของท่านเคยเป็นโรคไข้เลือดออกหรือไม่ (ถ้ามีเป็นอะไรกับท่าน).....
13. สมาชิกในเขตความรับผิดชอบของท่านเคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกหรือไม่.....
14. ท่านเป็นสมาชิกชมรม หรือ กลุ่มใดบ้างในชุมชน
 - 1.....
 - 2.....
 - 3.....
 - 4.....
 - 5.....

แบบแสดงความคิดเห็นและแนวคำถามในการประชุมวิเคราะห์สวอต (SWOT analysis)

1. ท่านมีความเห็นว่าการทำงานป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา มีกิจกรรมใด หรือเหตุการณ์ใดบ้างที่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย กรุณายกตัวอย่างด้วย
2. ท่านมีความเห็นว่าการทำงานป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา มีกิจกรรมใด หรือเหตุการณ์ใดบ้างที่ท่านประทับใจ กรุณายกตัวอย่างด้วย
3. ท่านมีความเห็นว่าการทำงานป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา มีกิจกรรมใด หรือเหตุการณ์ใดบ้างที่คิดว่าประสบความสำเร็จยากมาก กรุณายกตัวอย่างด้วย
4. ท่านมีความเห็นว่าการทำงานป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา มีกิจกรรมใด หรือเหตุการณ์ใดบ้างที่ท่านไม่ประทับใจเลย กรุณายกตัวอย่างด้วย
5. ท่านมีความเห็นว่าการทำงานป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา มีใครบ้างในชุมชนที่จะทำให้การทำงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนประสบความสำเร็จ เพราะเหตุใด
6. ท่านมีความเห็นว่าการทำงานป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา มีปัจจัยใดบ้างที่จะทำให้การทำงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนไม่ประสบความสำเร็จ เพราะเหตุใด
7. ในความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าปัจจัยที่จะทำให้การทำงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนประสบความสำเร็จได้นั้น มีอะไรบ้าง
8. ในความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าอุปสรรคที่จะทำให้การทำงานป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมาไม่ประสบความสำเร็จมีหรือไม่ มีอะไรบ้าง
9. ในความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าในอนาคตข้างหน้า ปัจจัยที่จะทำให้การทำงานป้องกันโรคไข้เลือดออกประสบความสำเร็จ คืออะไร หรือ มีอะไรบ้าง
10. ในความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าในอนาคตข้างหน้า ปัจจัยที่จะเป็นอุปสรรคต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนไม่ประสบความสำเร็จ คืออะไร หรือ มีอะไรบ้าง
11. สิ่งที่ยากบอก เกี่ยวกับการทำงานป้องกันโรคไข้เลือดออก

แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของเครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม

1. ท่านได้ประโยชน์จากการร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนครั้งนี้หรือไม่ อย่างไร
2. ท่านมีความพอใจในกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนครั้งนี้หรือไม่ อย่างไร
3. ท่านคิดว่าประชาชนในชุมชนได้ประโยชน์ในกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนครั้งนี้หรือไม่ อย่างไร
4. ท่านคิดว่าสามารถนำกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนี้ไปขยายผลหรือแนะนำให้กับหมู่บ้านอื่น ๆ ได้หรือไม่ อย่างไร
5. ท่านสามารถช่วยเหลือหรือเป็นที่เลี้ยงให้กับหมู่บ้านอื่น ๆ ดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้หรือไม่ อย่างไร
6. ท่านคิดว่าประชาชนในหมู่ที่ 8 นี้มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนครั้งนี้หรือไม่ อย่างไร
7. ท่านคิดว่าท่านสามารถประชาสัมพันธ์ แนะนำ หรือบอกกล่าวให้บ้านในหมู่บ้านอื่น ๆ ได้รับทราบถึงประโยชน์ของกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้หรือไม่ อย่างไร

แบบสำรวจลูกน้ำุงลาย

บ้านเลขที่.....หมู่ที่ 8 ต.นาชะอัง อ.เมือง จ.ชุมพร

เจ้าของบ้านชื่อ.....สำรวจครั้งที่.....วันที่.....

1.จำนวนคู่มัสึ่น้ำ

- จำนวนทั้งหมด.....ชิ้น

- พบลูกน้ำ.....ชิ้น

2.จำนวนโอ่งใส่่น้ำ

- จำนวนทั้งหมด.....ชิ้น

- พบลูกน้ำ.....ชิ้น

3.จำนวนถังพลาสติกใส่่น้ำ

- จำนวนทั้งหมด.....ชิ้น

- พบลูกน้ำ.....ชิ้น

4.จำนวนภาชนะใส่่น้ำอื่นๆ

- จำนวนทั้งหมด.....ชิ้น

- พบลูกน้ำ.....ชิ้น

5.จำนวนขารองตู้กับข้าว

- จำนวนทั้งหมด.....ชิ้น

- พบลูกน้ำ.....ชิ้น

6.จำนวนจานรองกระถางต้นไม้

- จำนวนทั้งหมด.....ชิ้น

- พบลูกน้ำ.....ชิ้น

7.ภาชนะอื่นๆที่ไม่ใช้ ที่มีน้ำขัง

- จำนวนทั้งหมด.....ชิ้น

- พบลูกน้ำ.....ชิ้น

8.ขยะรอบๆบ้านที่มีน้ำขัง

- จำนวนทั้งหมด.....ชิ้น

- พบลูกน้ำ.....ชิ้น

ลงชื่อ.....ผู้สำรวจ

แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของเจ้าของบ้านที่เข้าร่วมกิจกรรมประกวดบ้าน

1. ท่านได้ประโยชน์จากการร่วมกิจกรรมการประกวดบ้านครั้งนี้หรือไม่ อย่างไร
2. ท่านมีความพอใจในกิจกรรมการประกวดบ้านครั้งนี้หรือไม่ อย่างไร
3. ท่านคิดว่าบ้านที่เข้าร่วมกิจกรรมประกวดบ้านได้ประโยชน์ในกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนครั้งนี้หรือไม่ อย่างไร
4. ท่านคิดว่าสามารถแนะนำให้บ้านหลังอื่นๆ เข้าร่วมกิจกรรม (ถ้ามี) ได้หรือไม่ อย่างไร
5. ท่านสามารถช่วยเหลือหรือเป็นที่เลี้ยงให้กับบ้านอื่นๆ ได้จัดบ้านให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจากการเป็นแหล่งโรคไข้เลือดออกเช่นบ้านท่าน ได้หรือไม่ อย่างไร
6. ท่านคิดว่าประชาชนในหมู่ที่ 8 นี้มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการประกวดบ้านหรือไม่ อย่างไร
7. ท่านคิดว่าบ้านที่เข้าร่วมกิจกรรมประกวดบ้านมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการประกวดบ้านหรือไม่ อย่างไร
8. ท่านคิดว่าท่านสามารถประชาสัมพันธ์ แนะนำ หรือบอกกล่าวให้บ้านในหมู่ที่ 8 หรือ หมู่อื่นๆ ได้รับทราบถึงประโยชน์ของกิจกรรมประกวดบ้านได้หรือไม่ อย่างไร

ภาพกิจกรรม

การเตรียมการก่อนการวิจัย การคัดเลือกชุมชน เครื่องข่ายสุขภาพในชุมชน
และการศึกษาริบทชุมชน





การศึกษาดูงานการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพในชุมชนของ
สถานีอนามัยตำบลครน อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และ สถานีอนามัยตำบลบ้านควน
อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร





การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องไข้เลือดออกกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน
การวิเคราะห์สวท และการพัฒนารูปแบบเพื่อให้เกิดแผนงานโครงการด้วยเทคนิคไอซี



การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชนด้านมนุษยสัมพันธ์และการสร้างเจตคติในการทำงาน



การจัดกิจกรรมโครงการสร้างกระแสเผยแพร่ความรู้การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก
และโครงการณรงค์กำจัดต้นเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก





กิจกรรมการประกวดบ้าน “บ้านสะอาด ปราศจากไข่เลือดออก”





ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นายกฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง
วันเดือนปีเกิด	11 กุมภาพันธ์ 2511
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	178/64-65 ซอยสหกรณ์ 4 ถนนพิศิษฐ์พยาบาล ตำบลท่าตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร 86000
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2539	วท.ม.(เวชศาสตร์ชุมชน) จาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ.2540	วท.ม.(บริหารสาธารณสุข) จาก มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2553	วท.ค.(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ