



กรมควบคุมโรค
DEPARTMENT OF DISEASE CONTROL

แนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลสำหรับการจัดการ

กำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยองค์การบริหารส่วนตำบลนาคา

และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา

Strategic Approach to Nakha Model Development of
Malaria Elimination Management by Nakha Subdistrict
Administrative Organization and Partnering of Nakha
Subdistrict-level Network.

นายสุริโย ชูจันทร์

ผศ.อดิศักดิ์ ภูมิรัตน์

นายจาริก บุรีรัตน์

กันยายน ๒๕๖๑

สนับสนุนโดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

หัวข้อวิจัย แนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลสำหรับการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดย
องค์การบริหารส่วนตำบลนาคาและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา

ชื่อผู้วิจัย สุริโย ชูจันทร์*, อติศักดิ์ ภูมิรัตน์**, จารึก บุรีรัตน์***

หน่วยงาน *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช
**ศูนย์การศึกษาและวิจัยสุขภาพนิเวศ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์รังสิต ปทุมธานี
***หน่วยควบคุมติดต่อ นำโดยแมลงที่ ๑๑.๕.๔ กะเปอร์

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานาคาโมเดลสำหรับการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) นาคา ในปี ๒๕๖๑ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดบริการสาธารณะเป็นแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลซึ่งประกอบด้วยระบบ กลไก ขั้นตอนและกระบวนการต่างๆ ที่อบต.นาคาสามารถดำเนินการจัดระบบการบริการชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับตำบล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคา รพ.สต.ควนไทรงาม หน่วยควบคุมติดต่อ นำโดยแมลงที่ ๑๑.๕.๔ กะเปอร์ โรงพยาบาลสุราษฎร์และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุราษฎร์ แนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลประกอบด้วย ๔ กลยุทธ์ ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การพัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การจัดการพาหะนำโรคไข้มาลาเรียและการเฝ้าระวังและประเมินผล ซึ่งทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน คือ การสร้างระบบและกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา การจัดการองค์การที่สามารถจัดทรัพยากรที่เหมาะสมและการแปลงกลยุทธ์สู่แผนปฏิบัติการเพื่อใช้ควบคุมกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเขตอบต.นาคา ประเด็นสำคัญยิ่งคือนาคาโมเดลสามารถเพิ่มศักยภาพในการบริการค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียเชิงรุกซึ่งเป็นแผนงานบริการชุมชนที่สำคัญ สำหรับแผนปฏิบัติการงานเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔ ซึ่งมีการกำกับ ติดตามและประเมินผลโดยคณะกรรมการดำเนินการป้องกันและระงับโรคติดต่อมาลาเรีย และได้บรรจุไว้ในแผนงานสาธารณสุข แผนพัฒนาสี่ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๔) ตามรูปแบบงบประมาณของอบต.นาคา

คำสำคัญ :

นาคาโมเดล , การจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย , อบต.นาคา , การจัดบริการสาธารณะ , การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา , การบริการค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียเชิงรุก

Title : Strategic Approach to Nakha Model Development of Malaria Elimination Management by Nakha Subdistrict Administrative Organization and Partnering of Nakha Subdistrict-level Network

Researchers : Suriyo Chujun*, Adisak Bhumiratana** Jaruk Bureerat***

Institution : * Office of Disease Prevention and Control, Region ๑๑,
Nakhon Si Thammarat

**Center of EcoHealth Education and Research (CEER), Faculty of Public Health, Thammasat University, Rangsit Campus, Pathumthai

*** Vector Borne Disease Control Unit ๑๑.๕.๔ Kapoe

Fiscal Year : ๒๐๑๘

ABSTRACT

This study aimed to develop Nakha model of malaria elimination management by Nakha Subdistrict Administrative Organization (SAO) in ๒๐๑๘. Public service delivery framework was applied for strategic approach to develop Nakha model that encompassed systems, mechanisms, steps and processes by which Nakha SAO could deliver community-based service system through partnering of Nakha Subdistrict-level network including Nakha Subdistrict Health Promoting Hospital (SHPH), Khaun Sai Ngam SHPH, Vector Borne Disease Control Unit ๑๑.๕.๔ Kapoe, Suk Samran Hospital, and Suk Samran District Health Office. The strategic approach to Nakha model development encompasses ๔ strategies such as active case finding, capacity building of surveillance and rapid response team and village health volunteers, malaria vector management, and surveillance and monitoring. This Nakha model development could achieve the concrete results of Nakha model that can establish the system and mechanisms for partnering of Nakha Subdistrict-level network and organization that can manage resources suited to control and eliminate malaria in defined Nakha SAO area of responsibility. More significantly, the model could build the capacity of malaria active case finding that was the mainstay of community services in a set of workplans of the action plan of vector-borne disease control personnel for fiscal years ๒๐๑๘-๒๐๒๑, and accordingly, it was directed by a panel of disease prevention and malaria control. This action plan has been put in place to fully integrate in Nakha SAO's budget and public health plan of the local ๔-year plan (๒๐๑๘-๒๐๒๑).

Keywords :

Nakha model, malaria elimination management, Nakha SAO, public service, partnering of Nakha Subdistrict-level network, malaria active case finding

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง แนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาโมเดลสำหรับการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยองค์การบริหารส่วนตำบลนาคาและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา นี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ต้นแบบภาคใต้ตอนบน ประเทศไทย โดยได้รับทุนวิจัยจากกรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (รหัสโครงการ ๙/๖๐-๐๓๙)

ผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์หญิงศิริลักษณ์ ไทยเจริญ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครราชสีมา รศ.ดร.เพ็ญจันทร์ เศวตศรีสกุล อาจารย์ศูนย์การศึกษาและวิจัยสุขภาพนิเวศ (CEER) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานและให้คำปรึกษาโครงการวิจัยด้วยดีมาโดยตลอด รวมทั้งขอขอบคุณภาคีเครือข่ายทุกท่านเป็นอย่างสูงที่สนับสนุนการดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา ผู้ร่วมวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอก ผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง ออกแบบและพัฒนานาโมเดล ได้แก่ นายดลร้อมาเฟด นาคา นายก อบต.นาคา นายอนุวิท ชำนาญกิจ ปลัด อบต.นาคา นางสาวศิริพร อำพะสุโร นักพัฒนาชุมชน อบต.นาคา นายเถลิงศักดิ์ พิริยะพงศ์และนางสาวนัสรียา สือมะ สสอ.สุขสำราญ นางสาวโกมาซุม ภูผา ผอ.รพ.สต.นาคา นางสุภา ริเหว่า ผอ.รพ.สต.ควนไทรงาม ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคของรพ.สต.ทั้ง ๒ แห่ง ครูอนามัยโรงเรียน โต๊ะอิหม่ามและครูสอนศาสนา ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยไข้มาลาเรีย ประชาชนชาวบ้าน ตัวแทนองค์กร ARC ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อมาโดยแมลงจาก ศตม.ที่ ๑๑.๕ จังหวัดระนอง นอกจากนี้ขอขอบคุณประชาชนและผู้สนับสนุนทุกท่านที่ให้การสนับสนุนกิจกรรมวิจัยจนประสบผลสำเร็จด้วยกัน

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณกองนวัตกรรมการและวิจัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัย

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช

บทที่ ๑ บทนำ	๑-๕
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๒
๑.๓ แนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดล	๒
๑.๔ ขอบเขตของการวิจัย	๓
๑.๕ นิยามศัพท์	๓
๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๔
บทที่ ๒ วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๖-๒๗
๒.๑ ทฤษฎีที่สัมพันธ์กับเรื่องที่วิจัย	๖
๒.๒ แนวคิดที่สัมพันธ์กับเรื่องที่วิจัย	๗
๒.๓ งานวิจัยที่สัมพันธ์กับเรื่องที่วิจัย	๒๖
บทที่ ๓ ระเบียบวิธีการวิจัย	๒๘-๔๗
๓.๑ รูปแบบและขั้นตอนการวิจัย	๒๘
๓.๒ ประชากรที่ศึกษาและพื้นที่ศึกษา	๒๙
๓.๓ ขนาดตัวอย่างและวิธีสุ่มตัวอย่าง	๓๐
๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)	๓๑
๓.๕ กระบวนการวิจัยที่ใช้ในการศึกษา	๓๑
๓.๖ ระยะเวลาการวิจัย	๔๗
บทที่ ๔ ผลการวิจัย	๔๘-๕๗
๔.๑ การประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗	๔๘
๔.๒ การวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอก (PEST factor analysis) ของ อบต.นาคา	๔๙
๔.๓ การออกแบบและพัฒนารูปแบบนาคาโมเดล	๕๐
๔.๔ ผลสัมฤทธิ์ของแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดล	๕๒
บทที่ ๕ สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	๕๘-๖๒
๕.๑ สรุปผลการวิจัย	๕๘
๕.๒ อภิปรายผล	๕๙
๕.๓ ข้อเสนอแนะ	๖๑
๕.๔ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	๖๑

สารบัญ

หน้า

บรรณานุกรม	๖๓
ภาคผนวก ๑ บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ว่าด้วยความร่วมมือด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงใน ต.นาคา อ.สุขสำราญ จ.ระนอง”	๖๗
ภาคผนวก ๒ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการป้องกันและระงับโรคติดต่อมาลาเรีย	๖๙
ภาคผนวก ๓ แผนพัฒนาท้องถิ่น ๔ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๔) เพิ่มเติม ฉบับที่ ๒/๒๕๖๑	๗๐

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ ๓.๑ ประชากรและพื้นที่ศึกษาวิจัย ตำบลนาคา อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง	๒๒
ตารางที่ ๓.๒ ประเด็นระดมสมองสำหรับการระดมสมองแบบทำงานเดี่ยวและกลุ่มฯ	๔๒
ตารางที่ ๔.๑ แนวคิดที่ได้จากการระดมสมองแบบทำงานเดี่ยวฯ	๕๐
ตารางที่ ๔.๒ แนวคิดที่ได้จากการระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่มฯ	๕๒

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
ภาพที่ ๑ แนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลฯ	๒
ภาพที่ ๒.๑ กระบวนการของการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking Process)	๑๒
ภาพที่ ๒.๒ สรุปความเป็นมาของยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๙	๒๑
ภาพที่ ๒.๓ จุดเน้นการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย	๒๒
ภาพที่ ๒.๓ สรุปแผนกิจกรรมและผู้รับผิดชอบการดำเนินงานการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย	๒๓
ภาพที่ ๒.๔ สรุปมาตรการเร่งด่วน สอบสวน และตอบโต้โรคไข้มาลาเรีย	๒๕
ภาพที่ ๓.๑ แนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลฯ	๒๙
ภาพที่ ๓.๒ พื้นที่ศึกษาวิจัยตำบลนาคา อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง)	๓๐
ภาพที่ ๓.๓ แผนที่แสดงขอบเขตพื้นที่และหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา	๓๒
ภาพที่ ๓.๔ การวิเคราะห์บริบทพื้นที่	๓๓
ภาพที่ ๓.๕ การคำนวณคะแนนที่ปรับค่าถ่วงน้ำหนักที่ถูกต้อง	๔๐
ภาพที่ ๓.๖ การสะท้อนแนวคิดที่ได้จากระดมสมองตามประเด็นการระดมสมอง	๔๓
ภาพที่ ๓.๗ การระดมสมองแบบทำงานเดี่ยว (Nominal brainstorming)	๔๔
ภาพที่ ๓.๘ การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของสุขสำราญโมเดลและการรีโมเดล เป็นนาคาโมเดล	๔๖
ภาพที่ ๔.๑ จำนวนผู้ได้รับการเจาะเลือดทั้งคนไทยและคนเมียนมาร์ฯ	๔๘
ภาพที่ ๔.๒ การถ่วงน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบของปัจจัยภายนอก (PEST factors)	๔๙
ภาพที่ ๔.๓ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของการจัดการองค์การของ อบต.นาคา	๕๐
ภาพที่ ๔.๔ ผลการระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่ม	๕๔
ภาพที่ ๔.๕ นาคาโมเดล (Nakha model)	๕๕
ภาพที่ ๔.๖ การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU)	๕๖
ภาพที่ ๔.๗ วงจรขับเคลื่อนนาคาโมเดลฯ	๕๗

บทที่ ๑ บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้มาลาเรียเป็นโรคติดต่ออันตรายที่คุกคามสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรีย (malaria elimination) ภายในปี พ.ศ.๒๕๖๓^(๑) คณะกรรมการอำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติได้ตั้งเป้าหมายให้ทุกอำเภอของประเทศไทยไม่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียในพื้นที่ติดต่อกันอย่างน้อย ๓ ปี ภายในปี ๒๕๖๓ และได้ดำเนินการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยใช้ ๔ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ๑) การกำจัดการติดเชื้อและการแพร่เชื้อมาลาเรียในคน ๒) การพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการ และรูปแบบในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับพื้นที่ ๓) การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศและนานาชาติ และ ๔) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย ความสำเร็จในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียเพื่อยุติการแพร่เชื้อมาลาเรียในขอบเขตพื้นที่อำเภอนั้น ขึ้นอยู่กับผลสัมฤทธิ์ของมาตรฐานการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งระดับอำเภอและตำบล^(๒) ควบคู่กับการพัฒนารูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับพื้นที่โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับอำเภอและตำบล^(๓)

ประเด็นสำคัญประการหนึ่งในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียในระดับตำบลและอำเภอ คือ การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเขตองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยอาศัยระบบและกลไกการบริหารงานของอปท.ที่สามารถวางแผนหรือปรับแผนการพัฒนาท้องถิ่น^(๔) ให้มีแนวทางเชิงกลยุทธ์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับตำบลและอำเภอให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย^(๑,๓) ในขณะที่อปท.ยังคงสามารถพัฒนาองค์การและการให้บริการสาธารณะให้สอดคล้องกับบริบทและหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินผลการดำเนินงานโดยอาศัยเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานในภาพรวมให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจัดทำและประสานแผนพัฒนาของอปท. พ.ศ. ๒๕๔๖^(๕) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๑๖ (๑๙) ได้กำหนดให้อปท.รวมถึงองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในเขตอปท.^(๖) พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๖) พ.ศ.๒๕๕๒ มาตรา ๖๗ (๓) ได้กำหนดให้อบต. มีอำนาจและหน้าที่ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อในเขตอบต.^(๗) ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ มาตรา ๒๕

ในการศึกษานี้ ปัญหาการระบาดของโรคไข้มาลาเรียโดยมีรายงานผู้ป่วย ๒๖ รายในเขต อบต. นาคา อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๐ นั้น ได้ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการหรือมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของการจัดการองค์การและความสามารถในการตอบโต้การระบาดของโรคไข้มาลาเรียร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับอำเภอและตำบลโดยใช้มาตรการ ๑-๓-๗^(๒) (การแจ้งเตือนภายใน ๑ วัน สอบสวนโรคภายใน ๓ วัน และตอบโต้โรคไข้มาลาเรียภายใน ๗ วัน) ภัยคุกคามของโรคไข้มาลาเรียดังกล่าวจึงทำให้อบต. นาคามีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบการบริการชุมชนที่เหมาะสมให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่โรคทุกหมู่บ้านในเขตอบต. นาคา ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลในการจัดการกำจัด

๑.๔ ขอบเขตการศึกษาวิจัย

๑.๔.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา : การศึกษานี้ครอบคลุมเนื้อหา ๔ ประเด็นหลัก ได้แก่

๑) การประเมินมาตรการ ๑-๓-๗ ตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของคู่มือกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับภาคีเครือข่ายระดับตำบล

๒) การวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอกต่อการจัดการองค์กรและทรัพยากรในการตอบโต้การระบาดของโรคไข้มาลาเรีย

๓) การสร้างรูปแบบการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมโดยองค์การบริหารส่วนตำบล และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล

๔) การปรับแผนพัฒนาท้องถิ่น ๔ ปี (พ.ศ ๒๕๖๑-๒๕๖๔) แผนงานสาธารณสุข/โครงการพัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย

๑.๔.๒ ขอบเขตด้านพื้นที่ : ผู้วิจัยและคณะคัดเลือกพื้นที่วิจัยแบบเจาะจงในพื้นที่แพร่โรคสูง ได้แก่ ตำบลนาคา อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง ซึ่งมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียทั้งคนไทยและต่างด้าว และมีอุบัติการณ์ของโรคสูงในปีงบประมาณ ๒๕๖๐

๑.๔.๓ ขอบเขตด้านประชากร : การศึกษานี้ มีหน่วยการวิเคราะห์ในระดับระดับพื้นที่ในตำบลนาคา อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

๑.๔.๔ ขอบเขตด้านเวลา : ระยะเวลาในการดำเนินงานตั้งแต่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมกรมควบคุมโรค จนเสร็จสิ้นตามการศึกษา ตั้งแต่มีนาคม - กันยายน ๒๕๖๑

๑.๕ นิยามศัพท์

๑) การประเมินมาตรการ ๑-๓-๗ ตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของคู่มือกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับภาคีเครือข่ายระดับตำบล เป็นกระบวนการประเมินผลสรุป (summative evaluation) โดยอาศัยเกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพและปริมาณ เกณฑ์ให้คะแนน และตัวชี้วัดตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของมาตรการ ๑-๓-๗ ได้แก่ ตัวชี้วัดกระบวนการ (process indicators) ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (output indicator) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (outcome indicator) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิโดยการสัมภาษณ์ผู้รับการประเมินจากหน่วยงานต่างๆ (face-to-face interview) และทำการควบคุมคุณภาพข้อมูลบันทึกการปฏิบัติงานสำหรับการดำเนินการมาตรการ ๑-๓-๗ ในกลุ่มผู้ป่วยมาลาเรียทั้ง ๒๖ ราย โดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation)

๒) การวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอกต่อการจัดการองค์กรและทรัพยากรในการตอบโต้การระบาดของโรคไข้มาลาเรีย ในการศึกษา ผู้วิจัยและคณะได้สร้างและพัฒนาแบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (PEST Analysis) ซึ่งเป็นเครื่องมือวางแผนเชิงกลยุทธ์สำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ได้รับอิทธิพลจากสภาพปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการบริหารองค์กรหรือโครงการ ทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ ปัจจัยทางการเมือง (P – political factors) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (E – economical factors) ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (S – social/cultural factors) และปัจจัยทางเทคโนโลยี (T – technological factors) ในที่นี้ แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกเป็นการวิเคราะห์และทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมภายนอกโดยภาพรวมที่มีผลต่อการระบาดของโรคไข้มาลาเรียและการควบคุมการระบาดในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่โรคไข้มาลาเรียซึ่งไม่เคยมีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียมาก่อนในเขตตำบลนาคา

๓) การสร้างรูปแบบการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมโดยองค์การบริหารส่วนตำบลนาคา และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล เป็นการแปลงยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ ได้แก่ ๑) เร่งรัดจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย ๒) พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการ และรูปแบบที่เหมาะสม ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ๓) สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศ และระดับนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และ ๔) ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย มาสู่การปฏิบัติตามตามคู่มือแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ ซึ่งไม่เคยมีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาก่อน

๔) การปรับแผนพัฒนาท้องถิ่น ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๔) เป็นการแปลงนาคาโมเดลไปสู่แผนปฏิบัติการ ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๔ โดยมี อบต.นาคาเป็นเจ้าภาพหลักภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายตำบลนาคา

๕) การระดมสมองแบบทำงานเดี่ยว สมาชิกกลุ่มประกอบด้วยกลุ่มตัวแทนประชาชน ได้แก่ ประธานอสม. สมาชิกอสม. แกนนำชุมชน ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย และผู้แทนองค์กรกฤษระ (American Refugee Committee: ARC) และผู้ดำเนินการประชุมระดมสมอง ได้แก่ คณะผู้วิจัย และที่ปรึกษาโครงการวิจัย โดยสมาชิกแต่ละคนสามารถเสนอแนวคิดของตนเองอย่างเป็นอิสระหรือต่างคนต่างคิดตามประเด็นระดมสมองที่กำหนด

๖) การระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่ม สมาชิกกลุ่มประกอบด้วยกลุ่มตัวแทนภาครัฐและประชาชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต.นาคา ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน ครูสอนศาสนา เจ้าหน้าที่ป่าไม้ และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อมาโดยแมลง และผู้ดำเนินการประชุมระดมสมอง ได้แก่ คณะผู้วิจัย และที่ปรึกษาโครงการวิจัย สมาชิกกลุ่มสามารถนำเสนอแนวคิดโดยการระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่มตามประเด็นระดมสมองที่กำหนด

๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑) นำต้นแบบการศึกษาแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลสำหรับการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยองค์การบริหารส่วนตำบลนาคาและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา ไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุข เพื่อให้เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับตำบล อำเภอ จังหวัดและประเทศนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ กำลังคน วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักและเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม

๒) ขยายผลต้นแบบการพัฒนานาคาโมเดลสำหรับการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยองค์การบริหารส่วนตำบลนาคาและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา ไปยังพื้นที่อื่นๆในภาคใต้ตอนบนตามโครงการยกระดับการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนแบบยั่งยืน สคร.๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๔ พื้นที่ ได้แก่ ตำบลเหล อำเภอกะปง จังหวัดพังงา , ตำบลเขาต่อ อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ตำบลปากหมาก อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี และตำบลปากทรง อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร รวมทั้งมีแผนขยายผลต่อเนื่องตามโครงการพัฒนาและบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเพื่อเร่งรัดกำจัดไข้มาลาเรีย สคร.๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ กิจกรรมที่ ๑๐ การส่งเสริมพัฒนาพื้นที่ตำบลต้นแบบในการ

ควบคุมโรคไข้มาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายในชุมชน จำนวน ๕ พื้นที่

๓) ขยายผลให้เป็นผลิตภัณฑ์หลักของกรมควบคุมโรค ตามโครงการสร้างคู่มือบูรณาการงานกำจัดโรคมาลาเรียสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในประเทศไทย สคร.ที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เพื่อเป็นแนวทางดำเนินงานกำจัดโรคมาลาเรียโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักและเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม

บทที่ ๒ วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ ทฤษฎีที่สัมพันธ์กับเรื่องที่วิจัย

๒.๑.๑ ทฤษฎีการระดมสมอง (Brainstorming)

เมื่อใดก็ตามที่เรา กำลังเผชิญสภาพการทำงานที่ยากลำบาก มีปัญหาอุปสรรค และยังไม่สามารถหาทางออกที่ชัดเจน ในทำนองเดียวกันเมื่อใดก็ตามที่เรา กำลังค้นหาแนวคิดใหม่ วิธีการใหม่ มาตรการใหม่ รูปแบบใหม่ หรือวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ๆ ที่เหมาะสม Alexander F Osborn^(๔) บิดาแห่งการระดมสมอง ได้เสนอแนะให้พวกเราคิดถึงความคิดที่แตกต่างให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยไม่ต้องคิดเลยว่า ความคิดที่แตกต่างเหล่านั้น มันไร้สาระเพียงใดเมื่อได้ยินได้ฟังในครั้งแรก การระดมสมอง เป็นเทคนิคกระบวนการสร้างความคิดเชิงสร้างสรรค์ เพื่อก่อให้เกิดความคิดหลากหลายอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ เทคนิคการระดมสมอง มีศักยภาพที่จะสามารถกระตุ้นให้เกิดการคิดแนวข้าง (lateral thinking)^(๔-๑๐) กล่าวคือ คิดแบบนอกกรอบ โดยกระตุ้นให้เราเกิดความคิดใหม่ หลุดพ้นไปจากกรอบความคิดเดิมที่คนส่วนใหญ่เข้าใจแล้ว หรือคุ้นชินกับแนวทางและวิธีการเดิม ๆ นอกจากนี้ ยังสามารถกระตุ้นให้เกิดการจัดกลุ่มของความคิดต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ

เทคนิคกระบวนการระดมสมอง มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญของผู้จัดการประชุมระดมสมอง ทั้งในด้านทักษะและประสบการณ์ในการจัดการประชุมระดมสมอง ได้แก่ ผู้อำนวยการจัดการประชุม ผู้ดำเนินการที่เป็นพี่เลี้ยงการประชุมระดมสมอง (facilitators) และทีมสนับสนุน ผู้จัดการประชุมต้องคำนึงอยู่เสมอว่า ผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง จะสามารถเข้าใจประเด็นหรือปัญหาร่วมกันหรือไม่ หรือจะสามารถเสนอแนวคิดสร้างสรรค์ โดยที่เขาเหล่านั้นต้องการให้เกิดเป็นรูปธรรมหรือไม่ หรือจะสามารถเสนอแนวคิดแก้ไขปัญหาในขณะที่เขาเหล่านั้นเผชิญอยู่หรือไม่ การจัดการประชุมระดมสมองจึงไม่ใช่เป็นเวที หรือหนทางเดียวที่จะให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอแนวคิดต่าง ๆ เทคนิคกระบวนการระดมสมองเองก็ยังมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ แต่ถ้าผู้จัดประชุมระดมสมอง จัดกระบวนการประชุมระดมสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ผู้เขียนมีความเชื่อมั่นว่า เทคนิคกระบวนการระดมสมองสามารถก่อให้เกิดผลอันเป็นประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญ (สุริโย ชูจันทร์ ,๒๕๖๑)

๒.๑.๒ ทฤษฎีการสร้างผู้นำ (Leadership)

การสร้างผู้นำจะช่วยจูงใจให้ประชาชนทำงานด้วยความเต็มใจเพื่อบรรลุ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ร่วมกัน ทั้งนี้เพราะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญของการรวมกลุ่มคน จูงใจไปยังเป้าประสงค์โดยทั่วไปแล้วผู้นำอาจจะมีทั้งผู้นำที่ดีเรียกว่า ผู้นำปฏิฐาน (positive leader) ผู้นำพลวัต คือ เคลื่อนไหวทำงานอยู่เสมอ (dynamic leader) และผู้นำไม่มีกิจ ไม่มีผลงานสร้างสรรค์ ที่เรียกว่า ผู้นำนิเสธ (negative leader) ผลของการให้ทฤษฎีการสร้างผู้นำ จึงทำให้เกิดการระดมความร่วมมือปฏิบัติงานอย่างมีขวัญกำลังใจ งานมีคุณภาพ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และร่วมรับผิดชอบ ดังนั้น การสร้างผู้นำที่ดี ย่อมจะนำไปสู่ การมีส่วนร่วมใน กิจกรรมต่าง ๆ ด้วยดีนั่นเอง (ยุพาพร รูปงาม, ๒๕๔๕, หน้า ๘)

๒.๑.๓ ทฤษฎีการใช้วิธีและระบบทางการบริหาร (Administration and Method)

การใช้ระบบบริหารในการระดมความร่วมมือเป็นวิธีหนึ่งที่ยั่งยืนเพราะใช้กฎหมาย ระเบียบ แบบแผน เป็นเครื่องมือในการดำเนินการ แต่อย่างไรก็ตามผลของความร่วมมือยังไม่มีระบบใดที่ดีที่สุดในเรื่องการ

ใช้บริหาร เพราะธรรมชาติของคน ถ้าทำงานตามความสมัครใจอย่างตั้งใจไม่มีใครบังคับก็จะทำงานด้วยความรัก แต่ถ้าไม่ควบคุมเลยก็ไม่เป็นไปตามนโยบายและความจำเป็นของรัฐ เพราะการใช้ระบบบริหารเป็นการให้ปฏิบัติตามนโยบายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเพิ่มความคาดหวังผลประโยชน์ (ยุพาพร รูปงาม, ๒๕๔๕, หน้า ๘-๙)

๒.๒ แนวคิดที่สัมพันธ์กับเรื่องที่วิจัย

๒.๒.๑ ที่มาของเครื่องมือวางแผนยุทธศาสตร์

การวางแผนยุทธศาสตร์หรือการวางแผนกลยุทธ์ (strategic planning)^(๑๑-๑๒) เป็นกระบวนการตัดสินใจเพื่อกำหนดทิศทางในอนาคตขององค์กร โดยกำหนดสภาพการณ์ในอนาคตและแนวทางที่จะทำให้องค์กรบรรลุเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์และเป้าหมายของยุทธศาสตร์โดยอาศัยการประมวลข้อมูลที่รอบด้านอย่างเป็นระบบ การวางแผนยุทธศาสตร์จึงตรงกันข้ามกับการวางแผนระยะยาว (long-term planning) โดยเริ่มจากจุดมุ่งหมายที่ต้องการบรรลุและสิ่งที่กำลังทำอยู่ซึ่งสะท้อนสภาพการณ์ปัจจุบัน นักยุทธศาสตร์หรือนักวางแผนกลยุทธ์ (Strategist) จึงเป็นบุคคลสำคัญขององค์กรที่มีหน้าที่และรับผิดชอบในการกำหนดวางแผน และดำเนินการยุทธศาสตร์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตั้งเป้าหมาย การกำหนดสิ่งที่ต้องทำให้บรรลุเป้าหมาย รวมถึงการระดมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อทำสิ่งที่ต้องทำ นักยุทธศาสตร์ที่ดีจึงเป็นนักชำนาญยุทธวิธีและนักวางแผนเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์และกำหนดแผนการทั้งหมดให้แก่องค์กร โดยจะบอกทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายว่า องค์กรควรวางแผนการดำเนินการยุทธศาสตร์อะไร ควรนำยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์อะไรไปใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารองค์กร ควรทำอะไรก่อนหลัง และควรเดินไปในทิศทางไหน นักยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่จะต้องทำการวิเคราะห์ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก เพื่อเลือกยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ต่าง ๆ ให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมขององค์กร ซึ่งจะต้องคำนึงถึงทั้งสภาพการณ์ในอนาคตที่ต้องการให้เกิดขึ้น ศักยภาพหรือขีดความสามารถขององค์กร และการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม แต่ปัญหาใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารองค์กรทั้งในเชิงบวกและเชิงลบคือ ปัจจัยภายนอก สภาพแวดล้อมของการบริหารองค์กรอาจมีความเปลี่ยนแปลงจนไม่สามารถใช้ยุทธศาสตร์การบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อมีปัจจัยภายนอกเกิดขึ้นแล้ว

ในช่วงปี ค.ศ. ๑๙๖๐-๑๙๗๐ Albert S. Humphrey^(๑๓) ที่ปรึกษาด้านการจัดการและธุรกิจ ได้พัฒนา เครื่องมือวางแผนยุทธศาสตร์ อย่างเครื่องมือการวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันขององค์กร หรือที่เรียกกันว่า SWOT analysis และได้กลายเป็นเครื่องมือวางแผนยุทธศาสตร์ที่ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในการวิเคราะห์สภาวะแวดล้อม และการประเมินสถานการณ์หรือศักยภาพขององค์กรหรือโครงการ เครื่องมือ SWOT นี้สามารถกำหนดจุดแข็ง (strengths) และจุดอ่อน (weaknesses/limitations) จากสภาพแวดล้อมภายใน โอกาส (opportunities) และอุปสรรค (threats) จากสภาพแวดล้อมภายนอก ตลอดจนสามารถกำหนดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากปัจจัยเหล่านี้ ซึ่งจะมีผลต่อการบริหาร หรือการทำงานขององค์กรหรือโครงการ

ในปี ค.ศ. ๑๙๖๗ Francis J. Aguilar^(๑๔) ได้เสนอทฤษฎีวิเคราะห์สภาพพื้นที่หรือปัจจัยภายนอกเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้และมีผลต่อการบริหารองค์กร โดยให้คำย่อว่า "ETPS" ซึ่งหมายถึง ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (economic factors) ปัจจัยทางเทคนิค (technical factors) ปัจจัยทางการเมือง (political factors) ปัจจัยทางสังคม (social factors) แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก "ETPS" เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างแบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกแบบอื่น ซึ่งถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการวางแผนยุทธศาสตร์

ในช่วงต้นของทศวรรษปี ค.ศ. ๑๙๗๐ Arnold Brown^(๑๕) ได้เสนอกรอบกระบวนการประเมินแนวโน้มเชิงกลยุทธ์ (strategic trend evaluation process) และได้จัดแบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกใหม่ให้เหมาะกับสภาพแวดล้อมระดับมหภาค หรือที่เรียกว่า “STEPE” ซึ่งหมายถึง ปัจจัยทางสังคม (social factors) ปัจจัยทางเทคนิค (technical factors) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (economic factors) ปัจจัยทางการเมือง (political factors) และปัจจัยสภาวะแวดล้อม (ecological factors) หลังจากปี ค.ศ. ๑๙๘๐ เป็นต้นมา แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก “STEPE” (Brown's STEPE analysis) ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวาง และทำให้เกิดแบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกแบบอื่น ๆ ตามมาภายหลัง แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่ได้รับความนิยมและถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในการบริหารองค์กร หรือบริหารธุรกิจ หรือบริหารโครงการ มี ๓ แบบ ดังนี้

PEST^(๑๔-๑๕) หมายถึง ปัจจัยทางการเมือง (political factors) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (economic factors) ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม (social/cultural factors) ปัจจัยทางเทคโนโลยี (technological factors) แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก PEST นี้ ได้ปรับเปลี่ยนจากแบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก “ETPS” โดย Francis J. Aguilar นั่นเอง

PESTLE/PESTEL^(๑๕-๑๗) หมายถึง ปัจจัยทางการเมือง (political factors) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (economic factors) ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม (social/cultural factors) ปัจจัยทางเทคโนโลยี (technological factors) ปัจจัยทางกฎหมาย (legal factors) และปัจจัยสภาวะแวดล้อม (environmental factors)

STEEPLE^(๑๕) หมายถึง ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม (social/cultural factors) ปัจจัยทางเทคโนโลยี (technological factors) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (economic factors) ปัจจัยสภาวะแวดล้อม (ecological factors) ปัจจัยทางการเมือง (political factors) ปัจจัยทางกฎหมาย (legal factors) และปัจจัยทางจริยธรรม (ethical factors)

แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกทั้งสามแบบดังกล่าว ล้วนเป็นเครื่องมือหนึ่งในการบริหารที่เหมาะสมกับการวิเคราะห์สถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมในภาพรวมที่องค์กรกำลังจะเข้าไปดำเนินการ หรือที่โครงการกำลังจะถูกนำไปปฏิบัติ การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่เกิดขึ้นแล้ว หรือที่กำลังจะเกิดขึ้น จะช่วยให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจ หาแนวทางปรับปรุง หรือปรับเปลี่ยน หรือนำวิกฤตมาเป็นโอกาส หรือระดมความคิดในการหาแนวทางแก้ไข ทั้งนี้ก็เพื่อลดผลกระทบจากผลที่เกิดขึ้นของปัจจัยภายนอกเหล่านั้นให้น้อยที่สุด ในขณะที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรหรือโครงการมากที่สุด

๒.๒.๒ แนวคิดของการประยุกต์ใช้แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล

ในที่นี้ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ทั่วประเทศ เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่บริหารราชการส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๔๖ อบต. มีอำนาจหน้าที่และรับผิดชอบในการบริหารจัดการบริการสาธารณะตามกฎหมาย (มาตรา ๖๗) ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งรวมถึงการดำเนินงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เช่น ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ^(๑๘) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้งเป้าหมายว่า โรคไข้มาลาเรียเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่นที่สามารถกำจัดให้หมดไปจากประเทศไทยภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ตามแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้

มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙ แม้ว่า อบต. ไม่ใช่เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียก็ตาม แต่ อบต. ก็เป็นหน่วยบริหารราชการส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาโรคไข้มาลาเรียในระดับท้องถิ่น และมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย^(๑) เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ดังกล่าว ประเด็นท้าทายที่สำคัญคือ อบต. จำเป็นต้องทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมโดยรวม และศักยภาพขององค์กรในการแก้ไขปัญหาโรคไข้มาลาเรียท้องถิ่น และการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เช่น อบต. จะสามารถวางแผนการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างไร ซึ่งครอบคลุมการจัดทำแผนงบประมาณ แผนงาน/โครงการต่าง ๆ ที่สามารถให้เกิดการสนับสนุนการดำเนินการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย การระดมและการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม และสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม หรือจะสามารถพัฒนารูปแบบและแนวทางการดำเนินการกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างไรให้เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยอาศัยการเสริมสร้างศักยภาพขององค์กร และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ องค์กรอิสระ ภาคประชาชนและชุมชน

๒.๒.๓ แนวทางการวิเคราะห์สถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในเขต อบต.

ในปัจจุบันโรคไข้มาลาเรียยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับท้องถิ่นในเขต อบต. โรคไข้มาลาเรียเป็นโรคติดต่อนำโดยยุงก้นปล่องที่มีเชื้อมาลาเรีย ทั้งในพื้นที่แพร่โรค (transmission area) และพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่โรค (transmission-risk area) พื้นที่แพร่โรค คือ พื้นที่ที่มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการแพร่ของโรคไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่องจนเป็นโรคประจำถิ่น (endemic malaria) โดยผู้ติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ส่วนใหญ่อาศัยหรือทำงานในสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้มีการสัมผัสกับยุงก้นปล่องพาหะนำโรคที่แพร่เชื้อมาลาเรีย รูปแบบการแพร่ของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่แพร่โรคจึงเป็นการแพร่เชื้อตามฤดูกาล (seasonal malaria transmission) ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียที่ติดเชื้อในพื้นที่แพร่โรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในช่วงฤดูฝน และลดลงในช่วงฤดูหนาวและช่วงฤดูร้อน พื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่โรค คือ พื้นที่ที่ยังไม่พบว่ามีโรคหรือพื้นที่ที่เคยพบว่ามีโรคแพร่ในอดีตแต่ยังคงมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการระบาดของโรคไข้มาลาเรียได้ตลอดเวลา (malaria outbreak)^(๑๙-๒๑) ซึ่งมักจะเกิดจากพลวัตการแพร่โรคมาลาเรียจากผู้ติดเชื้อมาลาเรียนอกพื้นที่ย้ายเข้ามาอยู่อาศัย หรือทำงาน หรือพักค้างแรมในพื้นที่เสี่ยง ซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้มีการสัมผัสกับยุงก้นปล่องพาหะนำโรค และทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อมาลาเรียไปสู่คนอื่น รูปแบบการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่โรคจึงเป็นการระบาดที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียที่ติดเชื้อเพิ่มขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นและไม่เป็นไปตามฤดูกาล ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงนี้มักจะเป็นผู้ใหญ่ที่มีอาชีพเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการถูกยุงก้นปล่องกัดนอกบ้านมากกว่าในบ้านในเวลากลางคืน

การแพร่เชื้อและการระบาดของโรคไข้มาลาเรียที่เกิดขึ้นทั้งในพื้นที่แพร่โรค และพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่โรคนั้น จึงเป็นแบบแหล่งโรคแพร่กระจาย (propagated source outbreak) โดยมีผู้ป่วยปฐมภูมิ (primary case) เป็นผู้แพร่เชื้อมาลาเรียมายังคนอื่นที่เป็นผู้ป่วยทุติยภูมิ (secondary case) ซึ่งอาจเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน หรือครัวเรือนเดียวกัน หรือต่างครัวเรือน หรือกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยการติดต่อหรือการสัมผัสกับยุงก้นปล่องพาหะนำโรค ผู้ป่วยปฐมภูมิอาจจะไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยมาลาเรียรายแรกที่เข้ารับการรักษาวินิจฉัยการติดเชื้อมาลาเรีย ในขณะที่ผู้ป่วยดัชนี (index case) เป็นผู้ป่วยมาลาเรียรายแรกในครอบครัว หรือครัวเรือน หรือกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่เข้ารับการรักษาวินิจฉัยยืนยันการติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ การดำเนินการควบคุมโรคไข้มาลาเรียจึงอาศัยการจัดแบ่งท้องที่ควบคุมโรคมาลาเรีย (malaria

control stratification) ตามระดับการแพร่ของโรคไข้มาลาเรีย ซึ่งมีความซับซ้อนทางนิเวศวิทยา ระบาดวิทยาที่แตกต่างกัน และการวิเคราะห์ประเมินเส้นโค้งการระบาด (epidemic curve) ซึ่งเป็นฮิสโตแกรมหรือกราฟแท่ง ที่แสดงช่วงระยะเวลาของการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย โดยใช้ข้อมูลวันเริ่มป่วยด้วยโรคมาลาเรีย (date of malaria onset) ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยโรคทุกรายในสถานพยาบาล เส้นโค้งการระบาดนี้ช่วยให้เราสามารถระบุจำแนกรูปแบบของการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในทั้งพื้นที่แพร่โรคและพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่โรคว่า เป็นแหล่งโรคแพร่กระจายหรือไม่ และยังช่วยให้เราวางแผนการดำเนินการควบคุมการระบาดของโรคไข้มาลาเรียระหว่างพื้นที่แพร่โรคและพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่โรค โดยอาศัยความแตกต่างกัน ทั้งในด้านขนาดของปัญหา แนวโน้มของอุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรีย และช่วงระยะเวลาที่มีการสัมผัสโรคที่เกิดการระบาด นิเวศวิทยาและระบาดวิทยาของโรคไข้มาลาเรียนั้นมักจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น การติดเชื้อมาลาเรียส่วนใหญ่ขึ้นเป็นการติดเชื้อในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีอาชีพและพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่ากลุ่มเด็ก ความชุกของประชากรยุงก้นปล่องพาหะนำโรค ทั้งชนิดและจำนวนที่เพิ่มขึ้นตามปริมาณน้ำฝน การเคลื่อนย้ายและการตั้งถิ่นฐานของคนกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เข้าถึงมาตรการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

โดยทั่วไปแล้ว อบต. มักจะเข้าใจสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในเขต อบต. โดยอาศัยข้อมูลระบาดวิทยาที่ได้จากรายงานสถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย รายงานการสอบสวนการระบาด และสรุปผลการดำเนินการควบคุมการระบาด โดยหน่วยงานสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นที่มีหน้าที่และรับผิดชอบในการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ซึ่งเป็นหน่วยงานหลัก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยงานรอง แต่ความเป็นจริงแล้ว ความเข้าใจสภาพการณ์ปัญหาโรคไข้มาลาเรียที่มีความซับซ้อน และมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของการบริหารองค์กรของ อบต. นั้น ไม่ได้อาศัยข้อมูลระบาดวิทยาเพียงอย่างเดียว อบต. ควรต้องมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์โรคไข้มาลาเรียที่ช่วยให้สามารถทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมโดยรวมที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน เช่น ถ้าเราใช้การวิเคราะห์ SWOT เราก็ต้องพิจารณาสภาพแวดล้อมภายนอกหรือปัจจัยภายนอกที่เป็นทั้งโอกาสและสิ่งคุกคาม แต่ในที่นี้ ถ้าเราใช้การวิเคราะห์ PEST เราก็ต้องพิจารณาบริบทพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่โรคไข้มาลาเรีย โดยเป็นผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพการเมือง เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และเทคโนโลยี ปัจจัยภายนอกเหล่านี้ ล้วนเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้เกิดพลวัตการแพร่โรคไข้มาลาเรียในเขต อบต.

๒.๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล

ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การจัดโรคไข้มาลาเรียในระดับตำบลและอำเภออย่างเป็นรูปธรรม จำเป็นต้องพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเขตองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยอาศัยระบบและกลไกการบริหารงานของอปท. ที่สามารถวางแผนหรือปรับแผนการพัฒนาท้องถิ่น^(๔) ให้มีแนวทางเชิงกลยุทธ์การจัดโรคไข้มาลาเรียร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับตำบลและอำเภอให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย^(๑,๓) ในขณะที่อปท. ยังคงสามารถพัฒนาองค์การและการให้บริการสาธารณะให้สอดคล้องกับบริบทและหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินผลการดำเนินงานโดยอาศัยเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานในภาพรวมให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจัดทำและประสานแผนพัฒนาของอปท. พ.ศ. ๒๕๔๖^(๕) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๑๖ (๑๙) ได้กำหนดให้อปท. รวมถึงองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการ

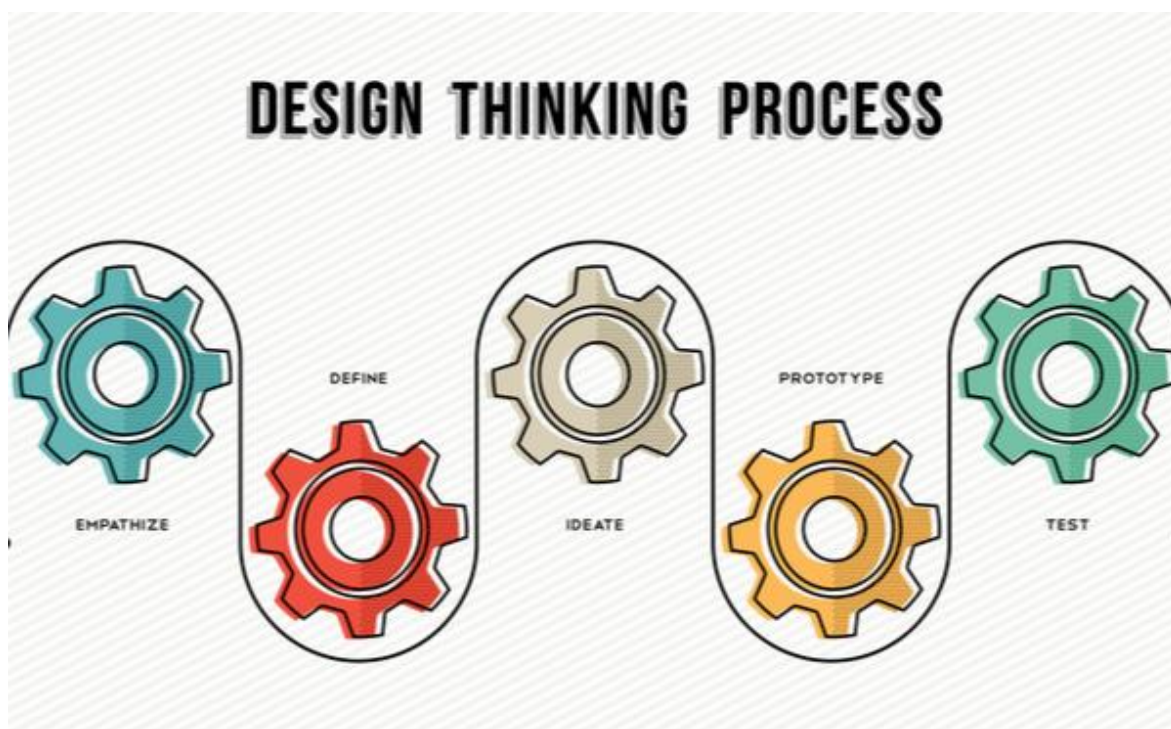
บริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในเขตอปท.^(๖) พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๖) พ.ศ.๒๕๕๒ มาตรา ๖๗ (๓) ได้กำหนดให้อปท. มีอำนาจและหน้าที่ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อในเขตอปท.^(๗) ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ มาตรา ๒๕

๒.๒.๕ แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรมเชิงรูปแบบบริการประชาชน

๒.๒.๕.๑ แนวคิดด้านนวัตกรรมสุขภาพด้านรูปแบบบริการ^(๒๒) (Service Model Innovation) หมายถึง ความคิดสร้างสรรค์ในการสร้างจุดเชื่อมระหว่างระบบบริการสาธารณสุขด้านแรกกับระบบสาธารณสุขชุมชน เพื่อแสดงสัญลักษณ์หรือสัญญาข้อตกลงทางสังคมที่สามารถสื่อให้เห็นว่าการพัฒนาสุขภาพเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของทุกคน และส่งผลให้เกิดผลผลิตในงานบริการสุขภาพที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจร่วมกัน ฉะนั้น การเกิดขึ้นของแผนงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นจุดตั้งต้นของนวัตกรรมรูปแบบบริการหลายประการ เช่นการครอบคลุมประชากรไทยทุกคน การกำหนดสิทธิประโยชน์การสร้างเครือข่ายบริการ การส่งต่อรวมทั้งการบริหารจัดการทางการเงินเป็นต้น นอกจากนั้น ก็ยังมีจุดสำคัญที่ต้องมีนวัตกรรมรูปแบบบริการใหม่คือจุดที่เป็นรอยต่อระหว่างระบบบริการที่ระดับปฐมภูมิของรัฐกับระบบสุขภาพภาคประชาชน ความสัมพันธ์ของสถานีนามัยกับระบบสุขภาพภาคประชาชนถือว่าเป็นจุดที่จะเป็นคอขวดอีกจุดหนึ่ง เนื่องจากจะมีการถ่ายโอนบทบาทการพัฒนาสุขภาพสู่ท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบบริการของสถานีนามัยเป็นงานที่มีการดำเนินการอยู่แล้วโดยโครงการต่างๆที่มีวัตถุประสงค์ต่างกัน จึงสมควรตรวจสอบวัตถุประสงค์ว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการทางนวัตกรรมใดเพียงใด มีสิ่งใดที่ควรดำเนินการเพิ่มเติมหรือไม่

๒.๒.๕.๒ แนวคิดด้านการคิดเชิงออกแบบ^(๒๓) (design thinking) เป็นกระบวนการคิดเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาแนวคิดใหม่ ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายคือการหาแนวทางการแก้ปัญหาที่เน้นมุมมองของผู้ใช้ (user-centered) และมีเจตนาในการสร้างผลลัพธ์ในอนาคตที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้ได้แนวทางหรือนวัตกรรมที่ตอบโจทย์กับผู้ใช้และสถานการณ์ กระบวนการคิดเชิงออกแบบมี ๓ ขั้นตอนหลัก คือ ๑) การเข้าใจปัญหา เป็นขั้นตอนการทำความเข้าใจและตีความปัญหาอย่างลึกซึ้ง ที่ต้องเน้นการทำความเข้าใจต่อผู้ใช้กลุ่มเป้าหมาย (insight) เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตั้งคำถามปลายเปิดหรือสมมติฐานที่ผลักดันให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ และการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาให้ชัดเจน โดยการเลือกและสรุปกรอบแนวทางความเป็นไปได้ ๒) การสร้างสรรค์ความคิด การระดมความคิดใหม่ (ideate) อย่างไม่มีขีดจำกัด ให้มากที่สุด หลากหลายที่สุด ในรูปแบบการระดมสมอง (brainstorm) และนำไปสู่การประเมิน (idea evaluation) เลือกความคิดที่อยู่ภายใต้กรอบแนวทางความเป็นไปได้ ซึ่งอาจมีการซ้ำหลายรอบ ความคิดแปลกใหม่ที่อยู่นอกกรอบแนวทางความเป็นไปได้ อาจถูกบันทึกและนำไปใช้ในการพัฒนาโครงการอื่นๆได้ ๓) การสร้างแบบจำลองเพื่อการทดสอบพัฒนา การสร้างแบบจำลอง (prototype) ที่สื่อสารแนวคิดที่ดีที่สุดออกมาเป็นสิ่งที่จับต้องได้เพื่อใช้ในการพิสูจน์แนวคิด และนำไปทดสอบกับผู้ใช้กลุ่มเป้าหมายเพื่อสังเกตประสิทธิภาพและความคิดเห็นจากการใช้งาน โดยการรวบรวมผลตอบรับข้อเสนอแนะต่างๆ ตลอดจนคำแนะนำมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงต่อไป ซึ่งอาจผ่านการทดสอบซ้ำหลายครั้ง ขึ้นกับความซับซ้อนของโซลูชัน แบบจำลองช่วยในการรวบรวมความคิดเห็นและปรับปรุงแนวคิด ช่วยให้เข้าใจถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของโซลูชันใหม่

๒.๒.๕.๓ แนวคิดกระบวนการของการคิดเชิงออกแบบ^(๒๔) (Design Thinking Process) การทำความเข้าใจในขั้นตอนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking Process) จะสามารถทำให้เราลำดับการปฏิบัติการ ตลอดจนรู้วิธีคิดและกระบวนการในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ไปจนถึงสามารถสร้างนวัตกรรมหรือผลลัพธ์เพื่อมาตอบโจทย์ที่ต้องการได้ ซึ่งกระบวนการของการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking Process) ในรูปแบบสากลนั้นมีการสร้างสรรค์ขึ้นมาได้อย่างน่าสนใจและเป็นขั้นตอน ดังนี้



ภาพที่ ๒.๑ กระบวนการของการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking Process) ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน คือ ๑.Empathize – เข้าใจปัญหา ๒.Define – กำหนดปัญหาให้ชัดเจน ๓.Ideate – ระดมความคิด ๔.Prototype – สร้างต้นแบบที่เลือก และ ๕.Test – ทดสอบ

๑.Empathize – เข้าใจปัญหา

ขั้นแรกต้องทำความเข้าใจกับปัญหาให้ถ่องแท้ในทุกมุมมองเสียก่อน ตลอดจนเข้าใจผู้ใช้กลุ่มเป้าหมาย หรือเข้าใจในสิ่งที่เราต้องการแก้ไขนี้เพื่อหาหนทางที่เหมาะสมและดีที่สุดให้ได้ การเข้าใจคำถามอาจเริ่มตั้งด้วยการตั้งคำถาม สร้างสมมติฐาน กระตุ้นให้เกิดการใช้ความคิดที่นำไปสู่ความคิดสร้างสรรค์ที่ดีได้ ตลอดจนวิเคราะห์ปัญหาให้ถ่องแท้ เพื่อหาแนวทางที่ชัดเจนให้ได้ การเข้าใจในปัญหาอย่างลึกซึ้งถูกต้องนั้นจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงประเด็นและได้ผลลัพธ์ที่ยอดเยี่ยม

๒.Define – กำหนดปัญหาให้ชัดเจน

เมื่อเรารู้ถึงข้อมูลปัญหาที่ชัดเจน ตลอดจนวิเคราะห์อย่างรอบด้านแล้ว ให้นำเอาข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เพื่อที่จะคัดกรองให้เป็นปัญหาที่แท้จริง กำหนดหรือบ่งชี้ปัญหาอย่างชัดเจน เพื่อที่จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติการต่อไป รวมถึงมีแก่นยึดในการแก้ไขปัญหาอย่างมีทิศทาง

๓.Ideate – ระดมความคิด

การระดมความคิดคือการนำเสนอแนวความคิดตลอดจนแนวทางการแก้ไขปัญหาในรูปแบบต่างๆ อย่างไม่มีกรอบจำกัด ควรระดมความคิดในหลากหลายมุมมอง หลากหลายวิธีการ ออกมาให้มากที่สุด เพื่อที่จะเป็นฐานข้อมูลในการที่เราจะนำไปประเมินผลเพื่อสรุปเป็นความคิดที่ดีที่สุดสำหรับการแก้ไขปัญหา นั้นๆ ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องเกิดจากความคิดเดียว หรือเลือกความคิดเดียว แต่เป็นการผสมผสานหลากหลาย ความคิดให้ออกมาเป็นแนวทางสุดท้ายที่ชัดเจนก็ได้ การระดมความคิดนี้ยังช่วยให้เรามองปัญหาได้อย่าง รอบด้านและละเอียดขึ้นด้วย รวมถึงหาวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างรอบคอบได้ด้วยเช่นกัน

๔.Prototype – สร้างต้นแบบที่เลือก

หากเป็นเรื่องการออกแบบผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมขั้น Prototype นี่ก็คือการสร้างต้นแบบเพื่อ ทดสอบจริงก่อนที่จะนำไปผลิตจริง สำหรับในด้านอื่นๆ ขั้นนี้ก็คือการลงมือปฏิบัติหรือทดลองทำจริงตาม แนวทางที่ได้เลือกแล้ว ตลอดจนสร้างต้นแบบของปฏิบัติการที่เราต้องการจะนำไปใช้จริง

๕.Test – ทดสอบ

ทดลองนำต้นแบบหรือข้อสรุปที่จะนำไปใช้จริงมาปฏิบัติก่อน เพื่อทดสอบประสิทธิภาพ ตลอดจน ประเมินผล เสร็จแล้วก็นำเอาปัญหาหรือข้อดีข้อเสียที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้จริงอีก ครั้งนั่นเอง

๒.๒.๕.๔ แนวคิดวงจรการพัฒนาระบบ^(๒๕) (System Development life Cycle : SDLC)

การพัฒนากระบวนกรทางความคิดในการสร้างระบบสารสนเทศขึ้นมา เพื่อใช้แก้ปัญหา หรือสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับหน่วยงาน การพัฒนาระบบสารสนเทศรวมถึงการปรับเปลี่ยนระบบงานเดิมที่มีอยู่ แล้ว ให้สามารถทำงานแก้ปัญหาการดำเนินงานตามความต้องการของผู้ใช้งาน โดยอาจนำเอาระบบ คอมพิวเตอร์เข้ามา ช่วยประมวลผล เรียบเรียง เปลี่ยนแปลงและจัดเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้สารสนเทศที่ ถูกต้อง และเป็นการเพิ่ม ประสิทธิภาพในการทำงานขององค์กรอีกด้วย ทั้งนี้งานพัฒนาระบบสารสนเทศจะ มีกิจกรรมและขั้นตอนต่างๆ มากมาย รวมถึงความซับซ้อนของระบบงาน ดังนั้น การมีแนวทางที่เป็นลำดับ ขั้นตอนที่ส่งผลต่อมาตรฐาน ของระบบงาน จึงเป็นสิ่งที่ในการวิเคราะห์ระบบต้องการ ก็เพื่อให้งานพัฒนา ระบบเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีขั้นตอนลำดับกิจกรรมที่ต้องทำอย่างชัดเจนในแต่ละขั้นตอน จึงเกิด “วงจรการพัฒนากระบวนกรทางความคิด” ขึ้นมา วงจรการพัฒนากระบวนกรทางความคิด (System Development life Cycle : SDLC) คือ กระบวนกรทางความคิด ในการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ โดยภายในวงจรการพัฒนา นั้นจะแบ่งกระบวนกรการพัฒนาเป็นลำดับขั้น ประกอบด้วย ๗ ขั้นตอน ดังนี้

๑) การกำหนดความต้องการของระบบ (Requirement Definition) ในขั้นตอนนี้ผู้พัฒนาระบบ จะต้องค้นหาปัญหาและศึกษาทำความเข้าใจปัญหาข้อเท็จจริงต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำงานในระบบงาน เดิม โดยผู้พัฒนาระบบจะต้องทำความเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้คิดหา แนวทางและวัตถุประสงค์ในการ แก้ปัญหา ศึกษาความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา รวบรวมความต้องการและ สรุปข้อกำหนดต่าง ๆ ให้ชัดเจน ถูกต้องและเป็นที่ยอมรับทั้งสองฝ่าย พร้อมทั้งกำหนดแผนการดำเนินกิจกรรม ซึ่งแบ่งออกเป็น ๓ ขั้นตอน ย่อย คือ

๑.๑) การกำหนดปัญหา (Problem Definition) เป็นขั้นตอนที่ผู้พัฒนาระบบเข้าไปทำความเข้าใจปัญหา คือการทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถ่องแท้ว่าปัญหาที่แท้จริงคืออะไร พร้อมทั้งคิด หา แนวทางหรือสถานการณ์ที่ผู้พัฒนาระบบเชื่อว่าสามารถปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น และผู้พัฒนาระบบต้อง ค้นหาว่า การดำเนินงานนั้นต้องการอะไร เพื่อให้เป้าหมายบรรลุวัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ผู้พัฒนาระบบ

จะทำการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ใช้ระบบ โดยการตรวจสอบเอกสาร การสัมภาษณ์การออกแบบสอบถาม หรือสังเกต พฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของการดำเนินงาน

๑.๒) การศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility Study) เป็นขั้นตอนที่ผู้พัฒนาระบบ ทำการศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินการปรับปรุงระบบ พิจารณาถึงความพร้อมในด้านต่าง ๆ รวมถึง ความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อความล้มเหลวในการปรับปรุงระบบ โดยทำการศึกษาความเป็นไปได้ ในแง่มุมต่าง ๆ เช่น ๑.๒.๑) ความเป็นไปได้ทางเทคนิค คือความเป็นไปได้ของการปรับปรุงระบบหรือ พัฒนาระบบใหม่ โดยนำเทคโนโลยีปัจจุบันมาใช้งานหรือการยกระดับเครื่องคอมพิวเตอร์หรือตัดสินใจใช้ เทคโนโลยีใหม่ทั้งหมด ๑.๒.๒) ความเป็นไปได้ทางเศรษฐศาสตร์คือความเป็นไปได้ในเชิงเศรษฐศาสตร์ด้วย การคำนึงถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายในการพัฒนาระบบงาน ความคุ้มค่าของระบบด้วยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้ จากระบบกับค่าใช้จ่ายที่ต้องลงทุน ๑.๒.๓) ความเป็นไปได้ด้านการปฏิบัติงาน คือความเป็นไปได้ของระบบใหม่ที่จะให้สารสนเทศที่ถูกต้องตรงความต้องการของผู้ใช้งาน ทศนคติทักษะกับระบบงานใหม่ที่มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงานใหม่ว่าเป็นที่ยอมรับหรือไม่ ๑.๒.๔) ความเป็นไปได้ทางด้านเวลาในการดำเนินการคือ ความเป็นไปได้ของระยะเวลา ในการดำเนินงานในการพัฒนาระบบใหม่

๑.๓) การกำหนดความต้องการของระบบ (System Requirements) เป็นขั้นตอนที่ผู้พัฒนาระบบ ทำการวิเคราะห์การทำงานระบบเดิม เพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นและรวบรวมรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อกำหนดจุดประสงค์ในการหาข้อสรุปในด้านของความต้องการระหว่างผู้พัฒนากับผู้ใช้งาน เรียกว่าข้อกำหนดความต้องการ (Requirement Specification) เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบ โดยผู้พัฒนาระบบจะต้องนำข้อกำหนด ความต้องการเสนอต่อผู้บริหาร เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในการดำเนินการพัฒนาระบบหรือ ล้มเลิกการพัฒนา ระบบ ดังที่ นาฏวราพร สิมทอง (๒๕๕๒ : ๙) กล่าวว่า เป็นการศึกษาถึงขั้นตอนการดำเนินงานของระบบเดิม หรือระบบปัจจุบันว่าเป็นอย่างไรบ้าง ปัญหาที่เกิดขึ้นคืออะไร หลังจากนั้นจึง รวบรวมความต้องการในระบบใหม่ จากผู้ใช้ระบบ โดยอาจจะมีการใช้เทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การออกแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ จากนั้น นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาเข้าสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ระบบต่อไป

๒) การวิเคราะห์ระบบ (System Analysis) เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ระบบงานปัจจุบันในลักษณะของการพัฒนาแนวคิดสำหรับระบบ ใหม่ วัตถุประสงค์หลักในการวิเคราะห์ระบบ คือ ต้องศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการต่าง ๆ ตามที่ได้รวบรวมจากขั้นตอนการกำหนดความต้องการของระบบ แล้วทำการวิเคราะห์เพื่อประเมินว่าระบบ ใหม่ควรมีหน้าที่อะไรบ้างที่ต้องดำเนินการ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการนำความต้องการของผู้ใช้ที่ได้มาจาก ขั้นตอนแรกมาวิเคราะห์ในรายละเอียด เพื่อทำการพัฒนาเป็นแบบจำลองลอจิกัล (Logical Model) ประกอบด้วยแบบจำลองขั้นตอนการทำงานของระบบ (Process Model) แบบจำลองข้อมูล (Data Model) โดยใช้เครื่องมือในการจำลองแบบชนิดต่าง ๆ ได้แก่ แผนภาพกระแสข้อมูล (Data Flow Diagram) ซึ่งเป็น แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทำงานและข้อมูลที่เข้าออกจากกระบวนการทำงาน โดยแบ่ง ๑๙ ออกเป็นระดับ เริ่มจากแผนภาพกระแสข้อมูลระดับสูงสุดเรียกว่า Context Diagram ซึ่งจะบอกให้ทราบถึง ความสัมพันธ์ของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบภายนอก และผลลัพธ์ที่ออกจากระบบ เป็นต้น

๓) การออกแบบระบบ (System Design) ในขั้นตอนนี้ผู้พัฒนาระบบจะออกแบบระบบสารสนเทศที่สอดคล้องกับความต้องการที่ได้ ระบุไว้ในเอกสารขั้นตอนของการวิเคราะห์ระบบซึ่งเป็นแบบจำลองเชิงตรรกะ มาพัฒนาเป็นแบบจำลองเชิงกายภาพ โดยแบบจำลองเชิงตรรกะจะมุ่งเน้นว่ามีอะไรบ้างที่ต้องทำในระบบ ในขณะที่แบบจำลองเชิงกายภาพจะนำ แบบจำลองเชิงตรรกะมาพัฒนาต่อด้วยการมุ่งเน้นว่าระบบ

จะดำเนินงานอย่างไร เพื่อให้เกิดผลตามความต้องการ โดยระบุถึงคุณลักษณะของอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้โปรแกรมภาษาที่จะนำมาพัฒนา การออกแบบ รายงาน การออกแบบหน้าจอในการติดต่อกับผู้ใช้ระบบ การออกแบบรูปแบบข้อมูลที่นำเข้าและรูปแบบ การรับข้อมูล การออกแบบผังระบบงาน การออกแบบฐานข้อมูล สิ่งที่ได้จากการออกแบบเชิงกายภาพนี้ จะเป็นข้อมูลเฉพาะของการออกแบบ (System Design Specification) เพื่อส่งมอบให้กับโปรแกรมเมอร์เพื่อใช้ เขียนโปรแกรมตามลักษณะการทำงานของระบบที่ได้ออกแบบและกำหนดไว้ทั้งนี้ในการออกแบบที่ นอกเหนือจากที่กล่าวมานี้ขึ้นอยู่กับระบบขององค์กรว่าจะต้องมีการเพิ่มเติมรายละเอียดส่วนใดบ้าง แต่ควรมี การออกแบบระบบความปลอดภัยในการใช้ระบบด้วย โดยกำหนดสิทธิในการใช้งานข้อมูลที่อยู่ในระบบของ ผู้ใช้ตามลำดับความสำคัญ เพื่อป้องกันการนำเอาข้อมูลไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้นักวิเคราะห์ระบบ อาจจะมีการตรวจสอบความพึงพอใจในรูปแบบและลักษณะการทำงานที่ออกแบบไว้โดยอาจจะมีการสร้างตัว ต้นแบบ (Prototype) เพื่อให้ผู้ใช้ได้ทดลองใช้งาน

๔) การพัฒนาระบบ (System Development) เป็นขั้นตอนที่นำเอาระบบที่ได้ออกแบบไว้มา ทบทวนเพื่อพัฒนาโปรแกรม และการทดสอบ โปรแกรม ในกระบวนการนี้โปรแกรมเมอร์จะต้องพัฒนา โปรแกรมให้เป็นไปตามคุณลักษณะและรูปแบบตามที่ นักวิเคราะห์ระบบได้กำหนดไว้การเขียนชุดคำสั่งเพื่อ สร้างระบบงานทางคอมพิวเตอร์โดยโปรแกรมเมอร์สามารถ นำเครื่องมือเข้ามาช่วยในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อช่วยให้ระบบงานสามารถพัฒนาได้เร็วขึ้นและมีคุณภาพ และในกระบวนการนี้จะต้องจัดทำเอกสาร โปรแกรมควบคู่ไปกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้ง่ายต่อการ ตรวจสอบและแก้ไข ข้อกำหนดเกี่ยวกับการ พัฒนาโปรแกรม ผู้บริหารขององค์กรจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการ พัฒนาโปรแกรม บางองค์กรอาจมี ทีมงานพัฒนาโปรแกรมในองค์กร หรือจัดซื้อซอฟต์แวร์สำเร็จรูปมาใช้หรือจ้าง บริษัทที่รับพัฒนาระบบ โดยเฉพาะ

๕) การทดสอบระบบ (System Testing) เมื่อได้พัฒนาโปรแกรมแล้ว ยังไม่สามารถนำระบบไปใช้ งานได้ทันทีจำเป็นต้องดำเนินการ ทดสอบระบบก่อนที่จะนำระบบไปใช้งานจริงการทดสอบเบื้องต้นด้วยการ สร้างข้อมูลจำลองขึ้นมาเพื่อตรวจสอบการ ทำงานของระบบงาน หากพบข้อผิดพลาดจึงทำการปรับปรุง แก้ไขให้ถูกต้อง โดยการทดสอบระบบนี้จะมีการ ตรวจสอบอยู่ ๒ ส่วน คือ การตรวจสอบรูปแบบภาษา เขียน (Syntax) และการตรวจสอบการทำงานของระบบว่า ตรงกับความต้องการของผู้ใช้หรือไม่

๖) การติดตั้งระบบ (System Implement) เมื่อทำการทดสอบระบบจนมั่นใจว่าระบบสามารถ ทำงานได้จริงและตรงตามความต้องการของ ผู้ใช้ระบบ ตลอดจนพร้อมที่จะนำไปติดตั้งเพื่อใช้งานใน สถานการณ์จริง จึงนำระบบไปติดตั้ง การติดตั้งระบบคือ การเปลี่ยนการทำงานจากระบบงานเดิมไปเป็น ระบบงานใหม่แต่การเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งใหม่ย่อมมีผลกระทบ ต่อผู้ใช้งานบางกลุ่มที่ยังคงมีความคุ้นเคยกับ วิธีการดำเนินงานแบบเก่า รวมทั้งข้อจำกัดในเรื่องของความพร้อม ในการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น จึงควรเลือก แนวทางที่เหมาะสมในการติดตั้งด้วย

๗) การบำรุงรักษาระบบ (System Maintenance) หลังจากทีระบบงานที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ได้ถูก นำไปใช้งานเป็นที่เรียบร้อยแล้ว หากพบ ข้อผิดพลาดหรือข้อบกพร่องจากการทำงานของระบบงานใหม่ ผู้พัฒนาระบบจึงจำเป็นต้องดำเนินการติดตามและ แก้ไขให้ถูกต้อง รวมถึงกรณีข้อมูลที่จัดเก็บมีปริมาณมาก ขึ้น การขยายระบบเครือข่ายเพื่อรองรับเครื่องลูกข่ายที่มี จำนวนมากขึ้น บางกรณีอาจจำเป็นต้องเขียน โปรแกรมเพิ่มเติม หากผู้ใช้มีความต้องการเพิ่มขึ้น ดังนั้นใน ขั้นตอนของการกำหนดความต้องการ ผู้พัฒนาระบบจึงจำเป็นต้องมีการจัดทำเอกสารข้อตกลงร่วมกันทั้งสอง ฝ่ายถึงขอบเขตในการพัฒนาระบบงาน และ กรณีที่มีการแก้ไขหรือพัฒนาระบบงานเพิ่ม

อาจสรุปได้ว่า วงจรการพัฒนาระบบ ประกอบด้วย (๑) ความหมาย (๒) กระบวนการและขั้นตอน ในการพัฒนาระบบสารสนเทศ ได้แก่ ๑) การกำหนดความต้องการของระบบ (Requirement Definition) ๒) การวิเคราะห์ระบบ (System Analysis) ๓) การออกแบบระบบ (System Design) ๔) การพัฒนาระบบ (System Development) ๕) การทดสอบระบบ (System Testing) ๖) การติดตั้งระบบ (System Implement) และ ๗) การบำรุงรักษาระบบ (System Maintenance)

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยและคณะได้ประยุกต์แนวคิดด้านนวัตกรรมสุขภาพด้านรูปแบบบริการ (Service Model Innovation) การคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) กระบวนการของการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking Process) และวงจรการพัฒนาระบบ (System Development life Cycle : SDLC) มาประยุกต์เป็นแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลฯ แบ่งออกเป็น ๕ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การวิเคราะห์สภาพปัจจัยพื้นฐาน (requirement analysis) ๒) การออกแบบ (design) ๓) การพัฒนา (development) ๔) การทดสอบ (test) และ ๕) การบำรุงรักษาระบบการบริการชุมชน (service delivery maintenance) รายละเอียดในบทที่ ๓

๒.๒.๖ แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

การสร้างการมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคม ได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐราชการ

ระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น ๕ ระดับ ดังนี้

๑) การให้ข้อมูลข่าวสาร ถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุดเพราะเป็นก้าวแรกของการที่หน่วยงานภาครัฐจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่าง ๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าว การติดประกาศ และการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

๒) การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริง และความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

๓) การเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย เป็นต้น

๔) ความร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วม โดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

๕) การเสริมอำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่าง ๆ โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด เป็นต้น

การมีส่วนร่วมของประชาชนนับว่าเป็นส่วนที่มีความสำคัญยิ่ง เพราะประชาชนเป็นผู้ได้รับประโยชน์ และโทษโดยตรงจากการบริหารงานของหน่วยงานภาครัฐ ความร่วมมือของประชาชนเริ่มตั้งแต่ “ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ (ร่วมรับผิดชอบ) ร่วมตรวจสอบ และร่วมรับประโยชน์” ถ้าประชาชนให้ความร่วมมือ ถือได้ว่างานนั้น ๆ สำเร็จไปแล้วครึ่งหนึ่ง ดังนั้น การทำงานใด ๆ ถ้าให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมจะทำให้ งานนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนจะเกิดความภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมใน กิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

กล่าวโดยสรุป นักบริหารงานทั่วไปจะต้องสร้างให้บุคลากรในสังกัดและในองค์กรเป็นผู้ที่มีจิตใจ ให้บริการ (Service Mind) ตามหลักการที่ว่า “ยิ้มแย้มแจ่มใส ตั้งใจสนทนา วาจาไพเราะ สงเคราะห์ เกื้อกูล” เพื่อประชาชนผู้รับบริการเกิดความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง และเป็นธรรม ในขณะเดียวกันก็ไม่ ควรละเลยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้วยการ “ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ (ร่วม รับผิดชอบ) ร่วมตรวจสอบ และร่วมรับประโยชน์” เพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ประชาชน และเมื่อ ประชาชนเกิดความพึงพอใจก็จะเกิดการยอมรับ “องค์กร ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน”

ความหมายของการมีส่วนร่วม

ศักดิ์สิทธิ์ แยมศรี (๒๕๔๓) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า “การมีส่วนร่วม ของประชาชน คือ การที่ประชาชนที่อยู่ร่วมกันในชุมชน แสดงออกถึงความประสงค์ที่จะมีส่วนร่วมในการให้ ความร่วมมือเพื่อให้กิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสังคมได้รับการแก้ไขหรือปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพ ชุมชนที่ต้องดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันต่อไปโดยปกติสุข” ปัจจุบันวิถีชีวิตของประชาชนถูกระทบจากสิ่งต่างๆ เพิ่มขึ้นไม่ว่าจะเป็นสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรม ทำให้เกิดสภาพการต่างคน ต่างอยู่มุ่งหวังที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองให้อยู่รอดไปในแต่ละวันไม่มีความสนใจต่อสังคมรอบข้าง ทำให้ ปัญหาตามมามากมายด้านที่นับวันจะเพิ่มมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมซึ่ง กันและกัน ช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้ตรงกับความต้องการของทุกคน

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (๒๕๒๗) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำ การส่งเสริมชักนำ และสร้างโอกาสให้กับประชาชนในชุมชนทั้งส่วนบุคคล กลุ่มชุมชน สมาคม มูลนิธิ และ องค์กรอาสาสมัคร ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องรวมกัน

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (๒๕๒๖) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาส ให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบในเรื่อง ต่างๆ อันมีผลกระทบต่อตัวประชาชนเอง

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (๒๕๓๗) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเกี่ยวข้องทางจิตและอารมณ์ ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์ ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าให้กระทำการให้บรรลุจุดมุ่งหมาย ของกลุ่มนั้นกับทั้งทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย

สุจินต์ ดาววิระกุล (๒๕๒๗) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการกระทำ ที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนในการกำหนดการเปลี่ยนแปลง เพื่อตัวประชาชนเอง โดยให้ ประชาชนได้มีส่วนในการตัดสินใจเพื่อตนเองและมีส่วนดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ปรารถนา ทั้งนี้ ต้องมิใช่เป็นการกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก

อาภรณ์พันธ์ จันทร์สว่าง (๒๕๒๒) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นผลมาจากการ เห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลง และความเห็นพ้องต้องกันนั้น จะต้องมามากพอจนเกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการนั้นๆ เหตุผลเบื้องต้นแรกของการที่คนเราสามารถ รวมกันได้ ควรจะต้องมีความตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมดที่ทำโดยหรือทำในนาม

กลุ่มนั้นกระทำผ่านองค์กร (Organization) ดังนั้น องค์กรจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการได้

กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วม หมายถึง ความร่วมมือของประชาชนไม่ว่าจะเป็นปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนที่เห็นพ้องกันโดยใช้ความรู้ความสามารถ วัสดุอุปกรณ์เข้าร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดำเนินการเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

รูปแบบและขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชน

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (๒๕๒๗) ได้กล่าวถึง ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายการพัฒนา คือ

๑. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวมถึงความต้องการของชุมชน
๒. ร่วมค้นหาและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชนหรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสนองความต้องการของชุมชน
๓. ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม เพื่อจัดและแก้ไขตลอดจนสนองความต้องการของชุมชน
๔. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
๕. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
๖. ร่วมการลงทุนในกิจกรรมโครงการชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองและของหน่วยงาน
๗. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้
๘. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ทั้งภาคเอกชนและภาครัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (๒๕๒๕) ได้แบ่งขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ ๔ ขั้นตอน คือ

๑. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
๒. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม
๓. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน
๔. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน

พัฒน์ บุญยรัตน์พันธ์ (๒๕๒๗) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนจะต้องมีขึ้นตลอดตั้งแต่การวางแผนโครงการ การเสียสละกำลังแรงงาน วัสดุ กำลังเงิน หรือทรัพยากรใดๆ ที่มีอยู่ในชุมชน กรณีการ์ ชมดี (๒๕๒๔) ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมออกเป็น ๑๐ รูปแบบ คือ

๑. การมีส่วนร่วมประชุม (Attendance at meetings)
๒. การมีส่วนร่วมออกเงิน (Financial contribution)
๓. การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ (Membership on committees)
๔. การมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ (Position of leadership)
๕. การมีส่วนร่วมสัมภาษณ์ (Interviewer)
๖. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ชักชวน (Solicitor)
๗. การมีส่วนร่วมเป็นผู้บริโภค (Customers)
๘. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่ม (Entrepreneur)
๙. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ใช้แรงงานหรือเป็นลูกจ้าง (Employee)
๑๐. การมีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์ (Material contribution)

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

นรินทร์ จงวุฒิเวศย์ (๒๕๓๗) ได้กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่

๑. ความศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือบุคคลสำคัญและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การลงแขก การบำเพ็ญประโยชน์ การสร้างโบสถ์วิหาร เป็นต้น

๒. ความเกรงใจที่มีต่อบุคคลที่เคารพนับถือ หรือมีเกียรติยศ ตำแหน่ง ทำให้ประชาชนเกิดความเกรงใจที่จะมีส่วนร่วมด้วยทั้ง ๆ ยังไม่มีความศรัทธาหรือความเต็มใจอย่างเต็มที่ที่จะกระทำ เช่น ผู้ใหญ่ออกปากขอแรงผู้น้อยก็ช่วย เป็นต้น

๓. อำนาจบังคับที่เกิดจากบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่าทำให้ประชาชนถูกบีบบังคับให้มีส่วนร่วมในการกระทำต่าง ๆ เช่น บังคับให้ทำงานเยี่ยงทาส เป็นต้น

จากแนวคิดเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนข้างต้น สรุปได้ว่า ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม คือ ความศรัทธา ความเกรงใจต่อสิ่งที่เคารพนับถือ หรือผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า รวมทั้งปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง คือ สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางอาชีพและที่อยู่อาศัย โดยบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจสูง จะเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนมากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ

๒.๒.๗ แนวคิดตำบลจัดการสุขภาพตนเองแบบบูรณาการ : ตจบ.

ก. นิยามตำบลจัดการสุขภาพตนเองแบบบูรณาการ

คำว่า “ตำบลจัดการสุขภาพตนเองแบบบูรณาการ” หรือเรียกย่อๆ ว่า “ตจบ.” หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนในท้องถิ่นที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา หรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะโดยเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน มีการส่งเสริมกิจกรรมวิสาหกิจชุมชน โดยการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ เพื่อการพึ่งพาตนเองและรักษาสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน หรือพูดง่ายๆ คือในพื้นที่ระดับตำบล มีความร่วมมือกันทุกภาคส่วน คือ บวร.สอ. (บ้าน วัด โรงเรียน สวนราชการต่างๆ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)) เพื่อค้นหาปัญหาด้านสุขภาพ และร่วมกันวางแผนแก้ไขสุขภาพพัฒนาปรับปรุงทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้ดีขึ้น โดยบูรณาการกันทั้งร่างกาย แรงใจ งบประมาณและด้านอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนและสิ่งแวดล้อมในตำบลของตนเอง มีสุขภาพดีและยั่งยืนตลอดไป

ข. ทำมตองยึดพื้นที่ตำบลเป็นภาพลักษณ์ของการพัฒนา

เหตุที่กำหนดพื้นที่ระดับตำบลเป็นเป้าหมาย หรือเป็นภาพลักษณ์ (Scenario) ในการทำงาน เพราะพื้นที่ตำบลเป็นพื้นที่เชื่อมต่อระหว่างสวนราชการและประชาชนที่สำคัญที่สุด หน่วยงานการปกครองของรัฐจะสิ้นสุดที่ตำบล เช่น รพ.สต., เกษตรตำบล, พัฒนาการตำบล, ที่สำคัญที่สุดมีหน่วย อปท. อยู่ทีตำบล คือ อบต. หรือเทศบาล ดังนั้น ถ้าสามารถทำให้ตำบลเข้มแข็ง สามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเองแบบบูรณาการทุกภาคส่วน จะทำให้หมู่บ้านต่างๆในตำบลนั้นเข้มแข็ง ได้รับการพัฒนาไปโดยปริยายและจะเป็นการพิสูจน์ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ด้วย เพราะ ถ้า DHS เข้มแข็ง ระดับตำบลจะต้องเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ คุณภาพด้วย ดังนั้น ตำบลจึงเป็นรูปธรรมของการพัฒนาที่สำคัญของความร่วมมือบูรณาการกันทำงานของ บวร.สอ. (บ้าน วัด โรงเรียน หน่วยงานราชการ และ อปท.)

ค. วิวัฒนาการของการมาเปน ตจบ.

งานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC) ได้กำหนดการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและส่วนอื่นๆ ตั้งแต่ระดับครัวเรือน หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และระดับประเทศ และมีการพัฒนาเรื่อยมา จนกระทั่งในปี พ.ศ.๒๕๕๗ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการ “ตำบลจัดการสุขภาพดี” โดยเป็นการต่อยอดงานสาธารณสุขมูลฐานที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในลักษณะใหม่ “New Social Movement: NSM”

๒.๒.๘ ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๐ -๒๕๖๙ ^(๑)

การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

กำจัดโรคไข้มาลาเรีย (Malaria Elimination) หมายถึง การดำเนินงานจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียไม่ให้เกิดขึ้นในท้องที่ใดๆ ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่า ไม่ให้มีผู้ป่วยมาลาเรีย หรือต้องกำจัดยุงพาหะนำเชื้อมาลาเรียให้หมดไปจากท้องที่นั้น แต่เป็นการดำเนินงานให้ท้องที่ปลอดโรคไข้มาลาเรียโดยไม่มีผู้มีเชื้อมาลาเรียในกระแสเลือดที่ได้รับเชื้อมาลาเรียจากในพื้นที่นั้นๆ (Indigenous case) แต่ถ้ามีผู้ป่วยมาลาเรียเข้ามา (Imported case) จะต้องมีมาตรการค้นหา สกัดกั้นและป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่เชื้ออย่างต่อเนื่อง

ทำไมประเทศไทยจะต้องกำจัดโรคไข้มาลาเรีย?

- ปัญหาเชื้อมาลาเรียดื้อยารักษาในประเทศกลุ่มแม่น้ำโขง (Epicenter of multi-drug resistant malaria)
- ประเทศไทยมีอัตราอุบัติการณ์โรคน้อยกว่า ๑ ต่อประชากรพันคน ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนและส่งเสริมให้ประเทศนั้นดำเนินนโยบายการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย
- มีความร่วมมือของประเทศในภูมิภาคอาเซียนและประเทศเพื่อนบ้านตามแนวชายแดนที่ร่วมแสดงจุดยืนที่ชัดเจน
- ประเทศไทยมีศักยภาพที่จะดำเนินการกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้ ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีในการควบคุมป้องกันโรคที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

ความเป็นมาของยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย เป็นกรดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการอำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ ตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี เลขที่ ๙๓/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๕๘

ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย ได้รับการพัฒนาผ่านกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์โรคการวิเคราะห์องค์กร จากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยบูรณาการแนวคิดและทิศทางในการจัดทำแผนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และ ๑๓ ด้านสังคม (การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนตามแนวทางขององค์การสหประชาชาติ

คณะรัฐมนตรีเห็นชอบในหลักการของยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๙ และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๙ หน่วยงานและภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงานและความเหมาะสมทางวิชาการเพื่อมุ่งสู่การกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างยั่งยืน

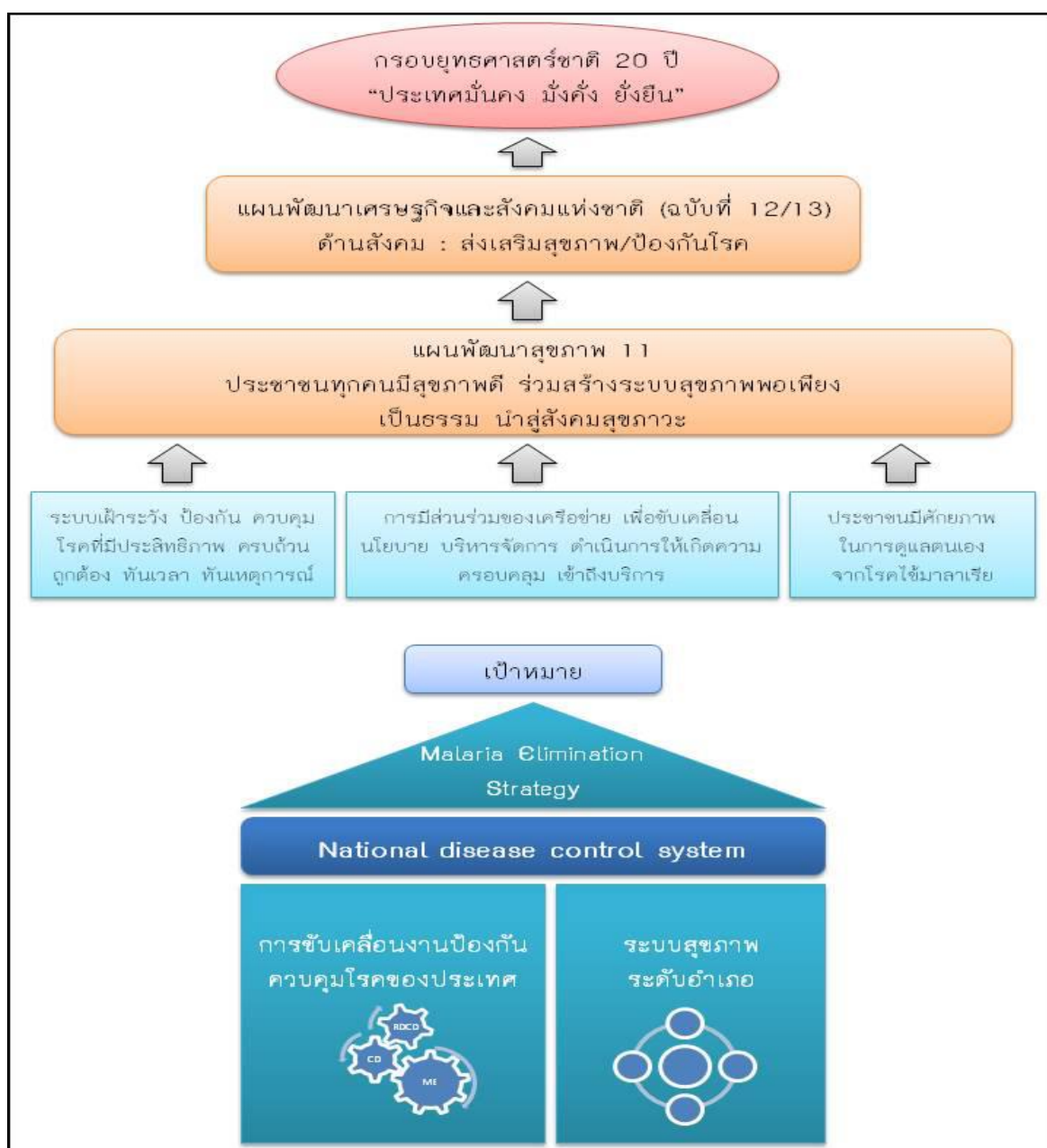
วิสัยทัศน์

ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรีย (Malaria elimination) ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ (ค.ศ. ๒๐๒๔)

เป้าหมาย

ระยะกลาง : ประเทศไทยมีอำเภอ/เขตที่ไม่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ ของอำเภอ/เขตทั้งหมดภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ (ค.ศ. ๒๐๒๑)

ระยะยาว : ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรีย (Malaria Elimination) ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ (ค.ศ. ๒๐๒๔)

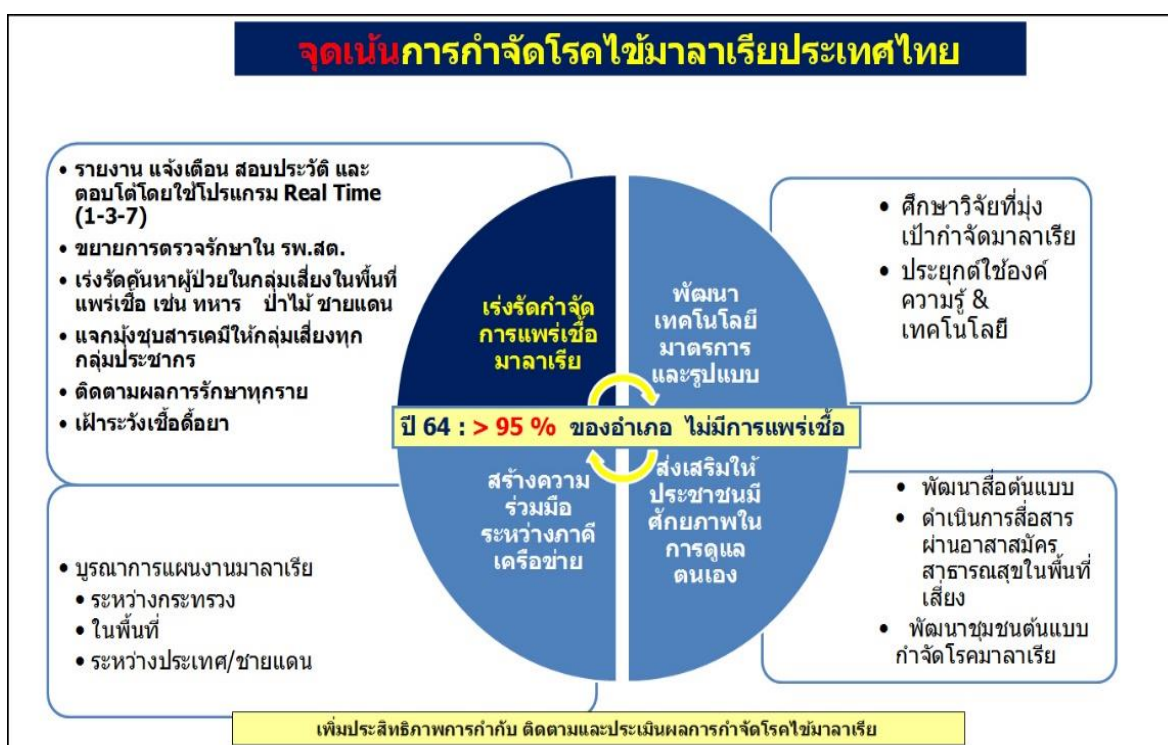


ภาพที่ ๒.๒ สรุปความเป็นมาของยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙

วัตถุประสงค์ทั่วไป ในระยะปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๔

๑. เพื่อลดอัตราการป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียให้เหลือไม่เกิน ๐.๒๐ ต่อประชากรพันคนในปี พ.ศ.๒๕๖๔
๒. เพื่อลดอัตราการตายด้วยโรคไข้มาลาเรียให้ไม่เกิน ๐.๐๑ ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.๒๕๖๔
๓. เพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๕ ของอำเภอ/เขตทั้งประเทศในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ (๘๘๒ อำเภอ/เขต จาก ๙๒๘ อำเภอ/เขต)
๔. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกลับมาแพร่เชื้อใหม่ในพื้นที่ที่ปลอดโรคไข้มาลาเรีย

ยุทธศาสตร์ฯ แบ่งเป็น ๔ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เร่งรัดการจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการและรูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ยุทธศาสตร์ที่ ๓ สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศและระดับนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และยุทธศาสตร์ที่ ๔ ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรียดังรูปที่ ๒.๓



ภาพที่ ๒.๓ จุดเน้นการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย

ตาม ๔ ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔

๒.๒.๙ แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔^(๑)

แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ ได้ใช้กรอบยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ เป็นกรอบหลักในการกำหนดเป้าหมาย กิจกรรม และวิธีการดำเนินการโดยครอบคลุมเป้าหมาย การดำเนินงาน คือกำจัดเชื้อมาลาเรียที่ต่อต่อยารักษา เร่งรัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยใช้มาตรการที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ พัฒนาการมีส่วนร่วมทั้งในและต่างประเทศและเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากรเสี่ยง ซึ่งแผนกิจกรรมและผู้รับผิดชอบกิจกรรมการดำเนินงานการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยสรุป ดังรูปภาพที่ ๒.๓

3.7 แผนกิจกรรมและผู้รับผิดชอบกิจกรรมการดำเนินงานการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย		
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
ยุทธศาสตร์ที่ 1	เร่งรัดกำจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย	
มาตรการที่ 1.1	พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคให้เป็นมาตรฐานเดียวกันสามารถตอบโต้สถานการณ์ได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ	กรมควบคุมโรค
มาตรการที่ 1.2	เพิ่มศักยภาพและความครอบคลุมของการให้บริการตรวจรักษาในทุกกระดับ ทุกภาคส่วน ในทุกกลุ่มประชากร อย่างเท่าเทียมกัน	กรมควบคุมโรค/กระทรวงกลาโหม
มาตรการที่ 1.3	เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการ ตลอดจนผู้ที่ตรวจหาเชื้อไม่พบด้วยกล้องจุลทรรศน์	กรมควบคุมโรค/กระทรวงกลาโหม
มาตรการที่ 1.4	เพิ่มการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมาลาเรีย โดยการเฝ้าระวังควบคุมยุงพาหะและการป้องกันตนเองในกลุ่มประชากรเป้าหมาย	กรมควบคุมโรค/กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
มาตรการที่ 1.5	สร้างระบบเร่งรัดกำจัดเชื้อมาลาเรียต่อต่อยารักษา	กรมควบคุมโรค
ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการและรูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย	
มาตรการที่ 2.1	ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม แนวทาง มาตรการ รูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียของแต่ละพื้นที่	สภาวิจัยแห่งชาติ/กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี : สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
มาตรการที่ 2.2	ถ่ายทอดองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และส่งเสริมการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม แนวทาง มาตรการ รูปแบบ เป็น	กรมควบคุมโรค
มาตรการที่ 2.3	จัดตั้งและรวบรวมฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญด้านมาลาเรียในสาขาต่างๆ (Malaria technical advisory group) ในระดับประเทศ	กรมควบคุมโรค
มาตรการที่ 2.4	เพิ่มประสิทธิภาพ การนิเทศ การกำกับ ติดตามและประเมินผลการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย	กรมควบคุมโรค/สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ยุทธศาสตร์ที่ 3	สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศและระดับนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย	
มาตรการที่ 3.1	ผลักดันนโยบายและกลไกระดับประเทศ ระหว่างประเทศ และแนวชายแดน ให้เกิดแนวทางการทำงานร่วมกัน	กรมควบคุมโรค/สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
มาตรการที่ 3.2	ผลักดัน/สนับสนุนเครือข่ายให้ลงทุนและแบ่งปันการใช้ทรัพยากรร่วมกัน	กรมควบคุมโรค/สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ยุทธศาสตร์ที่ 4	ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย	
มาตรการที่ 4.1	พัฒนาพฤติกรรม การป้องกันควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่แพร่เชื้อทั้งไทยและต่างชาติ	กรมควบคุมโรค/สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/กระทรวงศึกษาธิการ
มาตรการที่ 4.2	สื่อสารความเสี่ยงโรคไข้มาลาเรียสำหรับภาวะเหตุการณ์ไม่ปกติ และกลุ่มประชากรต่างๆ	กรมควบคุมโรค/ภาคประชาสังคม
มาตรการที่ 4.3	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน ควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย	กรมควบคุมโรค/ภาคประชาสังคม

ภาพที่ ๒.๓ สรุปแผนกิจกรรมและผู้รับผิดชอบกิจกรรมการดำเนินงานการกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔

จากการทบทวนทฤษฎีและแนวคิดที่สัมพันธ์กับเรื่องที่วิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยและคณะได้จัดการแปลงยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ มาสู่การปฏิบัติตามตามคู่มือแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ โดยการการสร้างรูปแบบการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมโดยองค์การบริหารส่วนตำบลนาคาและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล ซึ่งเป็นหน่วยย่อยที่สุดที่สามารถบูรณาการความร่วมมือจากภาครัฐ องค์กรอิสระ และภาคประชาชน

มุ่งสู่ผลสัมฤทธิ์ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ ซึ่งไม่เคยมีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาก่อน

๒.๒.๑๐ มาตรการแจ้งเตือน สอบสวน และตอบโต้โรคไข้มาลาเรีย (มาตรการ ๑-๓-๗) ^(๑๒)

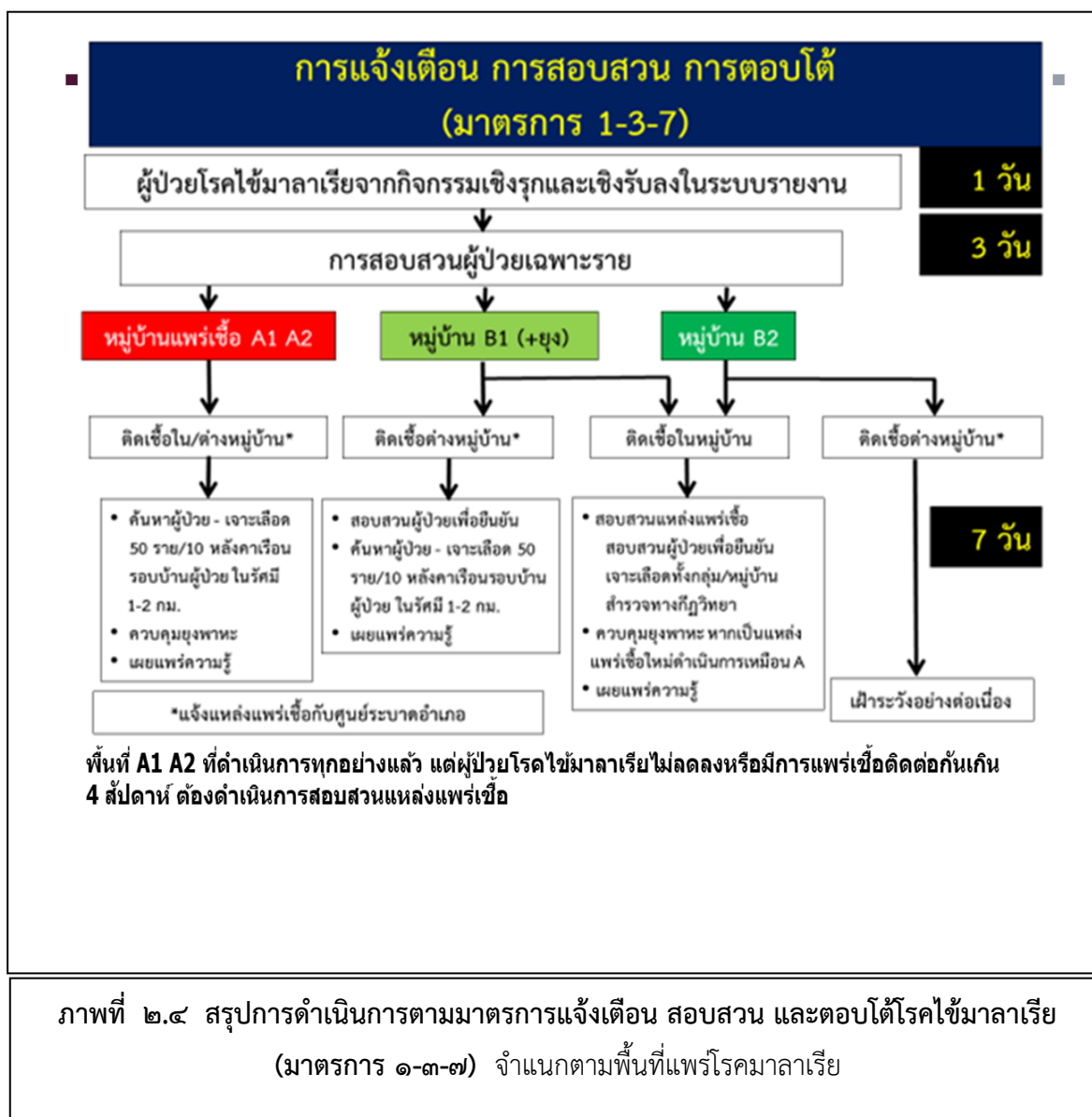
ระบบเฝ้าระวังโรคเป็นมาตรการหลักที่ใช้สำหรับการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ระบบเฝ้าระวัง โรคที่ดีจะต้องทำให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา ดังนั้นจึงมีการกำหนดมาตรการ เฝ้าระวัง และตอบโต้ต่อโรคไข้มาลาเรีย หรือ “มาตรการ ๑-๓-๗” เพื่อให้ดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพดังนี้ (รูปที่ ๒.๔)

มาตรการ ๑ วัน: การแจ้งเตือนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ต้องดำเนินการภายใน ๑ วัน เมื่อตรวจพบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียทั้งจากการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกและเชิงรับเจ้าหน้าที่ของสถานบริการตรวจรักษานั้นๆจะต้องลงข้อมูลรายละเอียดของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียทุกรายลงในระบบรายงานมาลาเรียออนไลน์หรือระบบรายงานปกติของสถานบริการนั้นๆ ภายใน ๑ วันนับ ตั้งแต่วันที่ตรวจพบผู้ป่วยและจะต้องแจ้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance Rapid Response Team: SRRT) หรือหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Unit: CDCU) เพื่อดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายให้เร็วที่สุด แบบรายงานที่ใช้: รายงานร. ๑ ของสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลงหรือแบบรายงานผู้ป่วย ของสำนักระบาดวิทยา (รง. ๕๐๖)

มาตรการ ๓ วัน: การสอบสวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียเฉพาะรายต้องดำเนินการภายใน ๓ วัน เมื่อได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการสอบสวน (ทีม CDCU/SRRT) จะต้องสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย (CI) ภายใน ๓ วันนับตั้งแต่วันที่ตรวจพบผู้ป่วยเพื่อตัดสิน ชนิดของการติดเชื้อว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อในกลุ่ม/หมู่บ้าน (Indigenous cases) หรือติดเชื้อจาก กลุ่ม/หมู่บ้านอื่น (Imported cases) และติดเชื้อมาจากที่ไหน และให้ระบุสถานที่/แหล่งติดเชื้อในเบื้องต้นเพื่อสามารถดำเนินการควบคุม/กำจัดโรคได้ กรณีพบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียที่หน่วยบริการเชิงรับ ให้ผู้รับผิดชอบของหน่วยบริการนั้นๆ ดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายทันที หรือหากไม่สามารถดำเนินการได้ให้แจ้งทีม CDCU/ SRRT ในพื้นที่นั้นๆ โดยเร็วที่สุดเพื่อดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย สำหรับผู้ป่วยที่ตรวจ พบโดยหน่วยงานอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น ทหาร ตำรวจ ตระเวนชายแดน เจ้าหน้าที่ ป่าไม้หรืออุทยาน ภาคประชาสังคม (Civil Society Organization: CSO) ภาคเอกชน ค่ายอพยพ เป็นต้น ให้ดำเนินการเช่นเดียวกัน แบบรายงานที่ใช้: แบบรายงานร. ๓ ของสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลงหรือแบบรายงาน สอบสวนโรคของสำนักระบาดวิทยา การรายงาน: เมื่อเจ้าหน้าที่ดำเนินการสอบสวนเฉพาะรายเรียบร้อยแล้ว ให้ส่งสำเนา รายงานการสอบสวนเฉพาะรายให้ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่รับผิดชอบพื้นที่นั้นๆ เพื่อบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (ระบบรายงานมาลาเรียออนไลน์) กรณีที่พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อจากพื้นที่อื่นๆนอกเหนือจากพื้นที่รับผิดชอบให้แจ้งหน่วยงานในพื้นที่ติดเชื่อนั้นโดยวิธีการที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว เพื่อให้หน่วยงานนั้นได้ดำเนินการตามมาตรการที่เหมาะสมต่อไป

มาตรการ ๗ วัน: การสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อและตอบโต้เพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียต้องดำเนินการ ภายใน ๗ วัน เมื่อดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียเฉพาะรายและตัดสินชนิดของการติดเชื้อว่า เป็นผู้ป่วยติดเชื้อในกลุ่ม/หมู่บ้าน (Indigenous case: A) หรือ ติดเชื้อจากกลุ่ม/หมู่บ้านอื่น (Imported case: B) และทราบแหล่งติดเชื้อ (กรณีตัดสินชนิดการติดเชื้อเป็น C D F ไม่ต้องดำเนินการ หรือกรณีตัดสินเป็น E ให้ดำเนินการเหมือน A) ทีม CDCU/SRRT จะต้องดำเนินการ ควบคุมโรคภายใน ๗ วันนับจากวันที่ตรวจพบผู้ป่วย โดยดำเนินการตามลักษณะพื้นที่และกิจกรรม (รูปที่ ๒.๔) โดยรายงานผลการเจาะเลือดเพื่อค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในหมู่บ้านนั้นๆ ตามแบบรายงานที่ใช้ แบบรายงานร. ๑ ของสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลงหรือแบบ

รายงาน การเจาะเลือดของทีม CDCU/SRRT และรายงานผลการควบคุมยุงพาหะ ตามแบบรายงานคม. ๔ ของสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง



ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยและคณะได้ทำการประเมินมาตรการ ๑-๓-๗ ตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของคู่มือกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา เป็นกระบวนการประเมินผลสรุป (summative evaluation) โดยอาศัยเกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพและปริมาณ เกณฑ์ให้คะแนน และตัวชี้วัดตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของมาตรการ ๑-๓-๗ ได้แก่ ตัวชี้วัดกระบวนการ (process indicators) ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (output indicator) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (outcome indicator) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิโดยการสัมภาษณ์ผู้รับการประเมินจากหน่วยงานต่างๆ (face-to-face interview) และทำการควบคุมคุณภาพข้อมูลบันทึกการปฏิบัติงานสำหรับการดำเนินการมาตรการ ๑-๓-๗ ในกลุ่มผู้ป่วยมาลาเรียทั้ง ๒๖ ราย โดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) โดยเป็นการประเมินเชิงคุณภาพและปริมาณจากข้อเท็จจริงในพื้นที่รวมทั้งการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของภาคีเครือข่ายซึ่งไม่เคยมี

การดำเนินการมาก่อน ทั้งนี้ โดยปกติการประเมินมาตรการ ๑-๓-๗ จะเป็นเมนูหนึ่งในระบบมาลาเรียออนไลน์ซึ่งระบบจะทำการประมวลผลอัตโนมัติภายหลังจากการได้รับการบันทึกข้อมูลดำเนินการงานการแจ้งเตือนสอบสวน และตอบโต้โรคไข้มาลาเรียจากหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง CDCU/SRRT ในพื้นที่ ซึ่งเป็นการประเมินผลในเชิงปริมาณและไม่มีเมนูการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของภาคีเครือข่าย

๒.๓ งานวิจัยที่สัมพันธ์กับเรื่องที่วิจัย

๒.๓.๑ สุริโย ชูจันทร์และคณะ (สุริโย ชูจันทร์, ๒๕๕๔) ศึกษาแนวทางที่เหมาะสมต่อการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในกลุ่มแรงงานต่างด้าวในพื้นที่อุบัตินิคมสูง จังหวัดระนอง สรุปสาระสำคัญได้ว่า ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแรงงานต่างด้าว พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ ๘๐) อายุ ๓๑-๔๐ ปี (ร้อยละ ๔๐) อาชีพรับจ้างภาคเกษตร (ร้อยละ ๘๐) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ ๗๐) โดยผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ ๘๐) อายุ ๒๕-๔๔ ปี (ร้อยละ ๓๗) อาชีพรับจ้างภาคเกษตร (ร้อยละ ๖๓) สัดส่วนผู้ชายสูงกว่าหญิง ๓ เท่า ในขณะที่อัตราการติดเชื้อ *Plasmodium falciparum* ต่อ *Plasmodium vivax* ใกล้เคียงกัน ซึ่งในภาพรวมอัตราป่วยในแรงงานต่างด้าวสูงกว่าคนไทย ในส่วนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเกี่ยวกับรูปแบบบริการชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเดินทางออกนอกบริเวณที่พักและค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขเป็นอันดับต้นๆ อีกทั้งยังต้องการให้ “จุดบริการ” อยู่ใกล้ที่พัก และมีการให้บริการเชิงรุก รวมถึงการสื่อสารที่เข้าใจและการใช้สื่อที่เหมาะสม สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง ๒๐-๖๐ ปี เพศชายและหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน และจบการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาจนถึงปริญญาตรี การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาพบว่า แนวทางการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียที่เหมาะสมคือการจัดทำโครงการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียที่จำเพาะในกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยการขับเคลื่อนของชุมชนผ่านการเสนอโครงการต่อสภาองค์กรบริการส่วนตำบล เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในขณะที่หน่วยงานสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนทางวิชาการด้านการเขียนโครงการ กำกับ ติดตาม ส่วนองค์กรเอกชนในพื้นที่เป็นผู้สนับสนุนด้านการพัฒนาทักษะการสื่อสารภาษาพม่าที่ใช้ในการบริการ รวมทั้งเป็นผู้ผลิตและสนับสนุนสื่อที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องตามวัตถุประสงค์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้แก้ปัญหาโรคมาลาเรียในแรงงานต่างด้าวทั้งในจังหวัดระนองและพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายกัน โดยเฉพาะพื้นที่ตะเข็บชายแดน และแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างภาคเกษตรกรรม

๒.๓.๒ มาธูพร พลพงษ์และคณะ (มาธูพร พลพงษ์, ๒๕๕๔) ศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต.โคกสัก อ.บางแก้ว จ.พัทลุง สรุปสาระสำคัญได้ว่า จากการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโคกสัก อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง และใช้กระบวนการ A-I-C รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ตัวแทนผู้นำชุมชน อสม. และประชาชน ในตำบลโคกสัก หมู่บ้านละ ๔ คน จำนวน ๑๓ หมู่บ้าน รวม ๕๒ คน และประเมินผลจากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบที่ได้ความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่นี้มีกิจกรรม ๖ ด้าน คือ ๑) การมีส่วนร่วมของประชาชน ๒) การมีผู้นำที่เข้มแข็งและกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน ๓) การออกกฎเกณฑ์ของชุมชน ๔) ชุมชนมีความตระหนัก ๕) การสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายในชุมชน ๖) การประชาสัมพันธ์ ส่วนการประเมินผลการนำรูปแบบไปปฏิบัติ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ร้อยละ ๙๕.๗ การประเมิน

ความรู้ก่อนและหลังการดำเนินการไม่มีความแตกต่าง ส่วนการปฏิบัติก่อนและหลังใช้รูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น ควรนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่น ๆ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยประยุกต์ให้เหมาะสมบริบทของพื้นที่นั้นๆ

๒.๓.๓ จรวย สุวรรณบำรุงและคณะ (จรวย สุวรรณบำรุง, ๒๕๕๖) ศึกษากระบวนการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยงต่ำและเสี่ยงสูงของจังหวัดนครศรีธรรมราช สรุปสาระได้ว่า จากการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคโดยอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน และการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในระดับครัวเรือน พบว่า ไม่พบอัตราการตายและอัตราการป่วยลดลงในปี ๒๕๕๗ รวมทั้งค้นพบว่า เราได้รู้ว่าแต่ละหมู่บ้านมีความเสี่ยงอยู่ในระดับใด โดยการสร้างนวัตกรรมในการประเมินพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำระดับหมู่บ้านเพื่อให้เกิดรูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างเป็นระบบตั้งแต่ครัวเรือนถึงภาพรวมของอำเภอ โดยมี อสม.เก็บข้อมูลดัชนีลูกน้ำยุงลายทุกๆวันที่ ๒๕ ของเดือนในทุกครัวเรือนเพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปคำนวณ ประชุมวางแผนการทำงาน

๒.๓.๔ บุซบง เจาตานนท์และคณะ (บุซบง เจาตานนท์, ๒๕๕๒) การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา : ตำบลน้ำดิบ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน สรุปสาระสำคัญได้ว่า จากการวิจัยพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบชุมชนมีส่วนร่วม มีการประเมินปัญหาและความต้องการของชุมชน โดยมีกิจกรรมการศึกษาดูงาน การจัดเวทีการเรียนรู้ผ่านข้อมูล กิจกรรมจิตปัญญา และการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานักกักตักวิทยาชวบ้าน และมีทีมนักวิชาการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอป่าซาง นักวิชาการสาธารณสุขจากจังหวัดลำพูน และนักวิชาการสาธารณสุขจากสำนักโรคติดต่อมาโดยแมลง ซึ่งนักวิจัยจากภายนอกเป็นเครือข่ายการทำงาน ทำการศึกษาในหมู่บ้านของตำบลน้ำดิบ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ซึ่งมีสถิติการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง ในระยะเวลา ๓ ปี ผลการศึกษาพบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในชุมชน เช่น มีการรวมพลังจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ เกิดโครงการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายด้วยวิธีพื้นบ้าน การจัดการขยะและความสะอาด (โครงการบ้าน น้อย) ชาวบ้านมีความกล้าที่จะแสดงออก และการเรียนรู้ที่จะสอบสวนโรคโดยนักวิจัยชุมชนในกรณีมีอุบัติการณ์ระบาดของโรคเกิดขึ้น มีการขยายการดูแลสุขภาพจาก อสม. สู่ชาวบ้าน อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แม่บ้าน เกิดเครือข่ายที่จะจัดการเรื่องสุขภาพ จากการศึกษานี้มีบทสรุปว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพของ ชุมชนทั้งเทคนิควิชาการและจิตใจ โดยการลงมือปฏิบัติการและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิจัย และการมีภาคีการเรียนรู้ ช่วยเหลือกันระหว่างชุมชนกับนักวิชาการภายนอก เป็นกลไกสำคัญ นอกจากพบความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมแล้ว ยังมีการขยายตัวของจิตอาสา การพัฒนาการเรียนรู้ของนักวิจัยภายนอก แต่ยังรวมถึงการมีความสุขในการทำงานร่วมกันทุกฝ่าย เป็นทางเลือกในการการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่มีรายงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายโดยตรง แต่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและใกล้เคียง นับว่ายังเป็นข้อมูลส่วนขาดที่จำเป็นต้องศึกษาวิจัยในประเด็นนี้ เพื่อแปลงยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙ มาสู่การปฏิบัติตามตามคู่มือแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ โดยการสร้างรูปแบบการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมโดยองค์การบริหารส่วนตำบลนาคาและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลอย่างเป็นรูปธรรม

บทที่ ๓ ระเบียบวิธีการวิจัย

๓.๑ รูปแบบและขั้นตอนการวิจัย

การศึกษานี้งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลสำหรับการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ตำบลนาคา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดระยอง มีเป้าประสงค์เพื่อยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียในพื้นที่ (Interruption of indigenous malaria transmission) และกำจัดการติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ (Elimination of indigenous infections) โดยการศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการให้บริการสาธารณะ (public service delivery framework)^(๒๖-๒๘) ซึ่งถูกนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลในการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียซึ่งประกอบด้วยระบบ กลไก ขั้นตอนและกระบวนการต่างๆ ที่อบต.นาคาสามารถดำเนินการจัดระบบการบริการชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับตำบล (รูปภาพที่ ๓.๑)

แนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลฯ แบ่งออกเป็น ๕ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การวิเคราะห์สภาพปัจจัยพื้นฐาน (requirement analysis) ๒) การออกแบบ (design) ๓) การพัฒนา (development) ๔) การทดสอบ (test) และ ๕) การบำรุงรักษาระบบการบริการชุมชน (service delivery maintenance) ในที่นี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนานาคาโมเดลฯ ในปี ๒๕๖๑ สำหรับขั้นตอนที่ ๑-๓ เพื่อให้ได้นาคาโมเดลต้นแบบ โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์สภาพปัจจัยพื้นฐานซึ่งประกอบด้วย ๒ กระบวนการสำคัญ คือ ๑) การตรวจประเมินเบื้องต้นของภาคีเครือข่ายระดับตำบลโดยทำการประเมินมาตรการ ๑-๓-๗^(๒) เพื่อวิเคราะห์หาช่องว่างหรือข้อแตกต่างระหว่างมาตรฐานแนวปฏิบัติของคู่มือกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคาและการปฏิบัติงานควบคุมการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในช่วงปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ โดยหน่วยงานต่างๆ ที่เป็นภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา และ ๒) การตรวจประเมินเบื้องต้นของอบต.นาคา โดยทำการวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการจัดการองค์กรและทรัพยากรในการตอบโต้การระบาดของโรคไข้มาลาเรีย

ผลสัมฤทธิ์จากขั้นตอนที่ ๑ ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลซึ่งเป็นสิ่งที่ยังขาด (gaps) หรือข้อแตกต่างที่ได้จากการประเมินดังกล่าวได้ถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับขั้นตอนที่ ๒ การออกแบบ และขั้นตอนที่ ๓ การพัฒนารูปแบบการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมโดยอบต.นาคา โดยทำการกำหนดประเด็นระดมสมองและการประชุมระดมสมองโดยผู้แทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภาคส่วนต่างๆ การสร้างนาคาโมเดลต้นแบบ และการปรับโมเดลให้เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จนสามารถนำไปสู่การปรับแผนพัฒนาท้องถิ่นสี่ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๔) แผนงานสาธารณสุข และแผนปฏิบัติการเจ้าหน้าที่แผนปฏิบัติการงานเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ส่วนการพัฒนานาคาโมเดลฯ ในขั้นตอนที่ ๔ และ ๕ จะดำเนินการในช่วงระหว่างปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

๓.๒.๑ ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ประชากรในพื้นที่ตำบลนาครวมจำนวน ๕,๙๖๕ คน แยกเป็นชาย ๒,๙๙๓ คน และหญิง ๒,๙๗๒ คน มีความหนาแน่นเฉลี่ย ๓.๙๑ ไร่ / คน โดยเทียบกับที่ดินที่ข้าราชการบำรุงท้องที่ ส่วนประชากรต่างด้าว (พม่า) จำนวน ๖๘ คน และชนกลุ่มน้อย (พลัดถิ่น) ๗๐ คน

ตารางที่ ๓.๑ ประชากรและพื้นที่ที่ศึกษาวิจัย ตำบลนาครา อำเภอสขสภาราย จังหวัดระนอง

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวน ครัวเรือน	จำนวนราษฎร		รวม
			ชาย	หญิง	
๑	บ้านบางมัน	๓๓๓	๗๘๕	๗๗๗	๑๕๖๒
๒	บ้านนาพรุ	๓๒๙	๕๘๖	๖๑๖	๑๒๐๒
๓	บ้านบางกล้วยนอก	๒๔๙	๕๔๔	๕๒๔	๑๐๖๘
๔	บ้านควนไทรงาม	๑๒๑	๒๓๑	๒๔๐	๔๗๑
๕	บ้านฝายท่า	๑๙๖	๓๔๑	๓๑๐	๖๕๑
๖	บ้านแหลมนาว	๓๕	๑๐๓	๘๑	๑๘๔
๗	บ้านไร่ใน	๑๒๔	๒๑๕	๒๑๗	๔๓๒
๘	บ้านทุ่งถั่ว	๙๙	๑๘๘	๒๐๗	๓๙๖
รวม		๑,๔๘๖	๒,๙๙๓	๒,๙๗๒	๕,๙๖๕

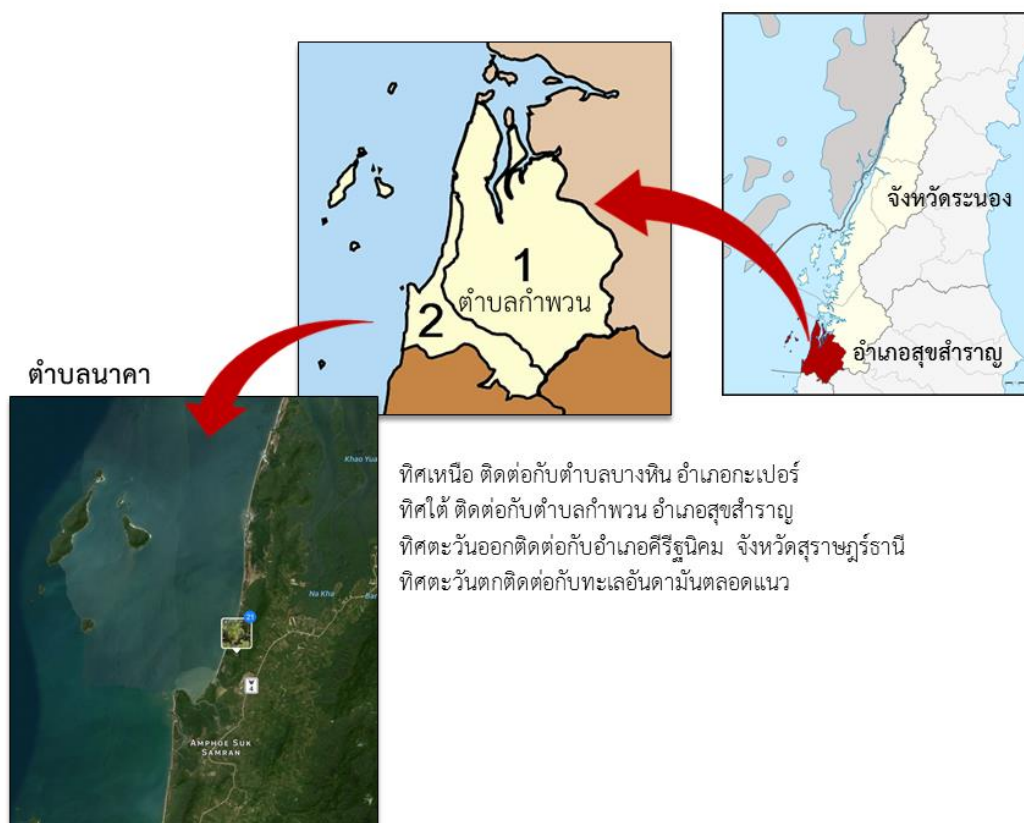
ที่มา: ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียนอำเภอสุโขทัย จังหวัดระนอง

<http://www.naka.go.th/general๑.php>

๓.๒.๒ พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ตำบลนาคา อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง มีพื้นที่รับผิดชอบประมาณ ๒๘๕ ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ ๑๗๘,๑๒๕ ไร่ (ภาพที่ ๓.๒) โดยเป็นพื้นที่ทางการเกษตร และพื้นที่ ส.ป.ก. เพื่อการทำกิน และส่วนที่เหลือเป็นพื้นที่ป่า คือ เขตอนุรักษ์พันธุ์สัตว์ป่าคลองนาคา และเขตห้ามล่าสัตว์ป่าป่าเลนคลองม่วงกลวง โดยมีที่ดินที่ทำการชำระภาษีบำรุงท้องที่ จำนวน ๒๔,๔๒๙ ไร่ สภาพโดยทั่วไป พื้นที่เป็นภูเขาประมาณ ๗๐% เป็นภูเขาสูงชันและป่าไม้ และเป็นพื้นที่ราบชายฝั่ง ประมาณ ๓๐% มี ๒ ฤดู คือ ฤดูฝน และฤดูร้อน มีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่ต่างๆ ดังนี้

- ทิศเหนือ ติดต่อกับตำบลบางหิน อำเภอกะเปอร์
- ทิศใต้ ติดต่อกับตำบลกำพวน อำเภอสุขสำราญ
- ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ทิศตะวันตกติดต่อกับทะเลอันดามันตลอดแนว



ภาพที่ ๓.๒ พื้นที่ศึกษาวิจัยตำบลนาคา อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

๓.๓ ขนาดตัวอย่างและวิธีสุ่มตัวอย่าง

ในขั้นตอนแรกการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ การระดมสมอง การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติเพื่อให้ได้นาคาโมเดลต้นแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ตำบลนาคา อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นผู้แทนจากภาครัฐ ภาคองค์กรอิสระ และภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ในพื้นที่ตำบลนาคา ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่การศึกษาโดยใช้การเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling)

๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

๓.๔.๑ การเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ

ข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการสำรวจบ้านผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียและแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงก้นปล่อง ได้แก่ พิกัดทางภูมิศาสตร์ของบ้านผู้ป่วย

ข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ผู้แทนภาครัฐ และภาคประชาชน ข้อมูลแนวปฏิบัติหรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียในช่วงก่อนการระบาดปี ๒๕๖๐ และในช่วงการระบาดปี ๒๕๖๐

ข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการระดมสมอง ได้แก่ แนวคิดต่างๆ ที่ได้จากการนำเสนอแนวคิดตาม ประเด็นระดมสมองของผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง

๓.๔.๒ การเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ

ข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอบต.นาคา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ศึกษา ข้อมูลสภาพเศรษฐกิจ สังคมและการบริการพื้นฐาน ข้อมูลแผนพัฒนาท้องถิ่น ปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๑ ข้อมูล แผนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสังคมและคุณภาพชีวิต แผนงานสาธารณสุข และแผนอัตรากำลัง ๓ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๕๘-๒๕๖๐ เป็นต้น

ส่วนข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการ ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ตำบลนาคา ได้แก่ แฟ้มข้อมูลสุขภาพ ข้อมูล ประชากร ข้อมูลระบาดวิทยาของโรคไข้มาลาเรีย รายงานประจำปี ระบบมาลาเรียออนไลน์ ระบบรายงาน การเฝ้าระวังโรค (รง ๕๐๖) เป็นต้น

๓.๕ กระบวนการวิจัยที่ใช้ในการศึกษา

กระบวนการวิจัยที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ ได้แสดงไว้ในภาพที่ ๓.๑ แล้ว มีดังต่อไปนี้

๓.๕.๑ การประเมินมาตรการ ๑-๓-๗ ตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของคู่มือกำจัดโรคไข้มาลาเรีย สำหรับภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา

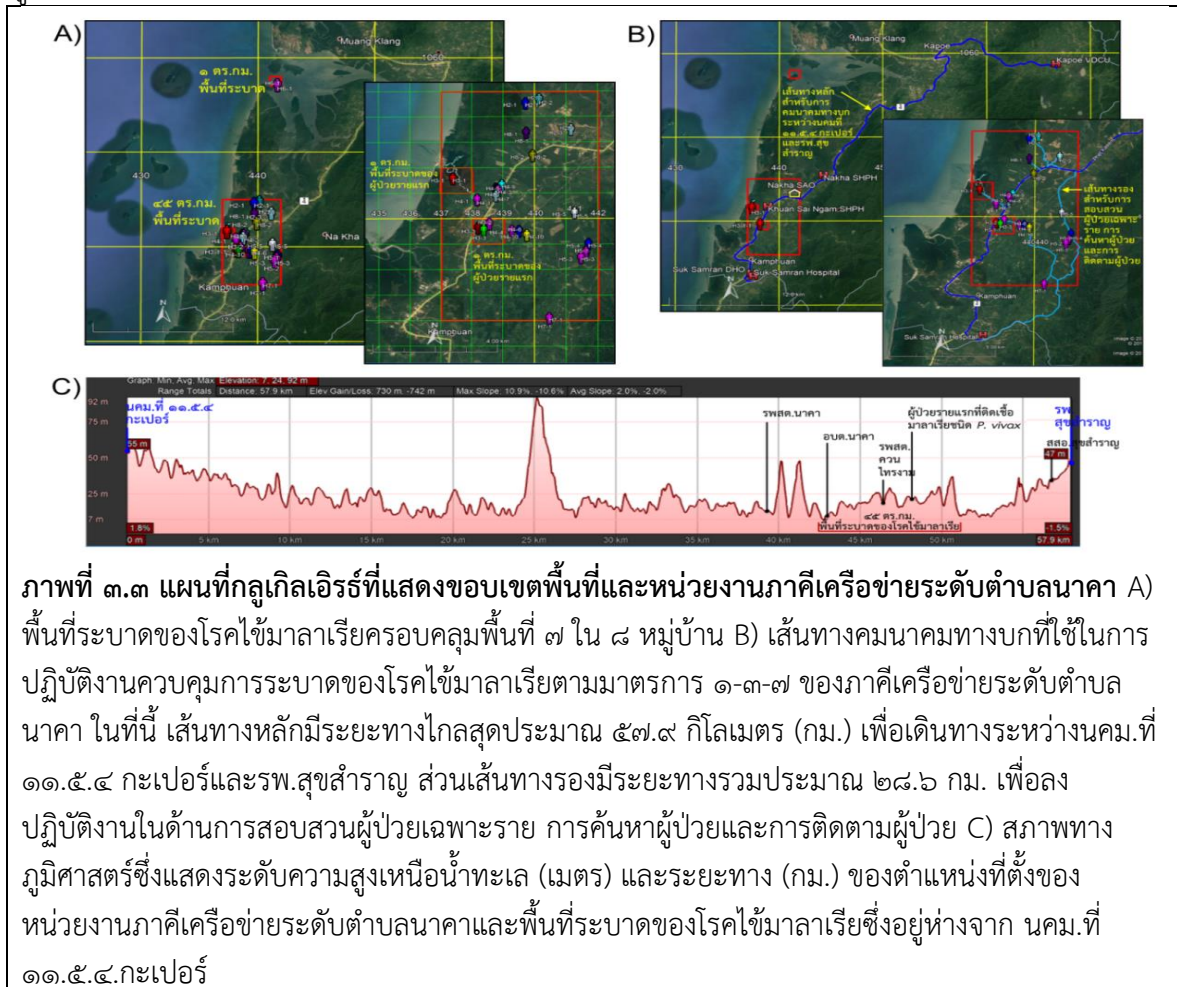
ในที่นี้ การประเมินมาตรการ ๑-๓-๗ ตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของคู่มือกำจัดโรคไข้มาลาเรีย สำหรับภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา แบ่งออกเป็น ๒ ขั้นตอนย่อย คือ การวิเคราะห์สถานการณ์โรคไข้ มาลาเรียในพื้นที่ตำบลนาคา อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง ในช่วงก่อนการระบาดปี ๒๕๖๐ และในช่วง ระหว่างการระบาดปี ๒๕๖๐ และการประเมินมาตรการ ๑-๓-๗ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๓.๕.๑.๑ การระบาดของโรคไข้มาลาเรียในเชิงเวลาและพื้นที่

ผู้วิจัยและคณะได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ตำบลนาคา อำเภอสุข สำราญ จังหวัดระนอง ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่โรคไข้มาลาเรีย โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ข้อมูล ระบาดวิทยาของโรคไข้มาลาเรียซึ่งได้รวบรวมจากฐานข้อมูลในระบบมาลาเรียออนไลน์และระบบรายงาน เฝ้าระวังโรค (รง.๕๐๖) และฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลสุขสำราญ ในช่วงก่อนการระบาดปี ๒๕๖๐ และในช่วงระหว่างการระบาดปี ๒๕๖๐

การระบาดของโรคไข้มาลาเรียที่เกิดจากการติดเชื้อมาลาเรียชนิด *Plasmodium vivax* (PV) และ *Plasmodium malariae* (PM) ในเขตอบต.นาคา ครอบคลุมพื้นที่ ๗ หมู่บ้าน จากจำนวนทั้งหมด ๘ หมู่บ้านของตำบลนาคา (รูปภาพที่ ๓.๓) รูปแบบการระบาดของโรคไข้มาลาเรียเป็นชนิดแหล่งโรค แพร่กระจาย (propagated source of outbreak) นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาลาเรียรายแรก (Index case) ซึ่ง

ได้รับการวินิจฉัยยืนยันการติดเชื้อมาลาเรียชนิด *P. vivax* ในพื้นที่หมู่ที่ ๓ ในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๙ ในเดือนธันวาคม ๒๕๕๙ มีการติดเชื้อมาลาเรียชนิด *P. malariae* จำนวน ๑ คนในพื้นที่หมู่ที่ ๘ ในเดือนมกราคม ๒๕๖๐ มีจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาลาเรียทั้งชนิด *P. vivax* และ *P. malariae* เพิ่มจำนวนมากถึง ๑๗ คนในพื้นที่หมู่ที่ ๖ (๑ PV), ๗ (๑ PV), ๕ (๓ PV และ ๑ PM), ๔ (๕ PV และ ๒ PM), ๓ (๑ PV) และ ๒ (๓ PV) หลังจากนั้นในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ มีจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาลาเรียทั้งสองชนิดเริ่มลดลง มีจำนวนผู้ป่วย ๓ คนในพื้นที่หมู่ที่ ๔ (๑ PV และ ๑ PM) และ ๓ (๑ PV) ในเดือนมีนาคม ๒๕๖๐ มีจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาลาเรียชนิด *P. vivax* จำนวน ๑ คนในพื้นที่หมู่ที่ ๘ ในระหว่างเดือนพฤษภาคมและมิถุนายน ๒๕๖๐ มีจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาลาเรียชนิด *P. vivax* จำนวน ๒ คนในพื้นที่หมู่ที่ ๔ และ ๕ และในเดือนกันยายน ๒๕๖๐ มีจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาลาเรียชนิด *P. malariae* จำนวน ๑ คนในพื้นที่หมู่ที่ ๓ รวมผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียชนิด *P. vivax* มีจำนวน ๑๘ คน และ *P. malariae* มีจำนวน ๘ คน ซึ่งผู้ป่วยมาลาเรียเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่ในพื้นที่ระบาคครอบคลุมพื้นที่ประมาณ ๔๕ ตารางกิโลเมตร (ตร.กม.) (รูปภาพที่ ๓.๓A-B) ดังนั้น ช่วงระยะเวลาของการระบาดในระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๙ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๐ จึงใช้เป็นกรอบเวลาของการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗ (รูปภาพที่ ๓.๓)



ACD) หน่วยมาลาเรียคลินิกทำหน้าที่ PCD โดยบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคไข้มาลาเรียโดยไม่มีค่าใช้จ่ายให้แก่คนไทยและคนต่างด้าวในพื้นที่ตำบลนาคา ในขณะที่หน่วยมาลาเรียคลินิกเคลื่อนที่ทำหน้าที่ ACD นอกจากนี้วิธีการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกยังสามารถใช้วิธีการค้นหาผู้ป่วยพิเศษ หรือวิธีการเจาะโลหิตขณะไปสอบประวัติผู้ป่วยหรือวิธีการเจาะโลหิตหุ้ม ผู้ป่วยมาลาเรียที่ได้จากวิธี PCD หรือ ACD เป็นผู้ป่วยยืนยันทุกราย ในที่นี้ นคท.ที่ ๑๑.๕.๔ กะเปอร์ เป็นหน่วยปฏิบัติการที่ต้องทำการแจ้งเตือน สอบสวนโรค และควบคุมโรคไข้มาลาเรียร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับตำบลตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของมาตรการ ๑-๓-๗ ผู้รับการประเมิน ได้แก่ หัวหน้านคท. และหัวหน้างานควบคุมโรค

๒) โรงพยาบาล (รพ.) สุขสำราญ

เป็นหน่วยบริการทางการแพทย์ระดับทุติยภูมิทำหน้าที่บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคไข้มาลาเรียโดยมีค่าใช้จ่ายให้แก่คนไทยและคนต่างด้าวในพื้นที่ตำบลนาคา ผู้ป่วยมาลาเรียทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นผู้ป่วยยืนยันทุกราย ในที่นี้ รพ.สุขสำราญเป็นหน่วยปฏิบัติการที่ต้องทำการแจ้งเตือนและ/หรือสอบสวนโรคผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของมาตรการ ๑-๓-๗ ผู้รับการประเมิน ได้แก่ ผู้รับการประเมิน ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายเวชศาสตร์และครอบครัวและผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังโรค

๓) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สุขสำราญ

เป็นศูนย์ระดับอำเภอสุขสำราญ ในที่นี้ สสอ.สุขสำราญเป็นหน่วยปฏิบัติการที่ต้องทำการแจ้งเตือน สอบสวนโรคและ/หรือควบคุมโรคไข้มาลาเรียตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของมาตรการ ๑-๓-๗ โดยแจ้งผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อมาลาเรียจากรพ.สุขสำราญเข้าสู่ระบบรายงานของสำนักกระบาดวิทยา (รง. ๕๐๖) เพื่อให้ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (surveillance rapid response team - SRRT) ทั้งระดับอำเภอและตำบลได้รับแจ้งเตือนทันเวลา รวมทั้งสามารถทำการสอบสวนโรคและควบคุมโรคร่วมกับรพ.สต.และภาคีเครือข่าย ผู้รับการประเมิน ได้แก่ หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังโรค

๔) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นาคา

เป็นหน่วยบริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิให้แก่คนไทยและคนต่างด้าวในพื้นที่หมู่ที่ ๑, ๕ และ ๖ ในที่นี้ รพ.สต.นาคาเป็นหน่วยปฏิบัติการที่ต้องทำการสอบสวนโรคและควบคุมโรคไข้มาลาเรียร่วมกับทีม SRRT ต.นาคา ตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของมาตรการ ๑-๓-๗ ผู้รับการประเมิน ได้แก่ ผู้อำนวยการรพ.สต. และผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค

๕) รพ.สต.ควนไทรงาม

เป็นหน่วยบริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิให้แก่คนไทยและคนต่างด้าวในพื้นที่หมู่ที่ ๒, ๓, ๔, ๗ และ ๘ ในที่นี้ รพ.สต.ควนไทรงามเป็นหน่วยปฏิบัติการที่ต้องทำการสอบสวนโรคและควบคุมโรคไข้มาลาเรียร่วมกับทีม SRRT ต.นาคา ตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของมาตรการ ๑-๓-๗ ผู้รับการประเมิน ได้แก่ ผู้อำนวยการรพ.สต. และผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค

๖) อบต.นาคา

เป็นหน่วยสนับสนุนปฏิบัติการตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของมาตรการ ๑-๓-๗ ซึ่งสนับสนุนทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิบัติงานควบคุมกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ผู้รับการประเมิน ได้แก่ ปลัดอบต.นาคาและหัวหน้างานพัฒนาชุมชน

๓.๕.๑.๒ การเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗

ในที่นี่ การประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗ โดยอาศัยเครือข่ายระดับตำบลนาคาเป็นกระบวนการประเมินผลสรุป (summative evaluation) โดยอาศัยเกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพและปริมาณ เกณฑ์ให้คะแนน และตัวชี้วัดตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของมาตรการ ๑-๓-๗ ได้แก่ ตัวชี้วัดกระบวนการ (process indicators) ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (output indicator) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (outcome indicator) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิโดยการสัมภาษณ์ผู้รับการประเมินจากหน่วยงานต่างๆ (face-to-face interview) และทำการควบคุมคุณภาพข้อมูลบันทึกการปฏิบัติงานสำหรับการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗ ในกลุ่มผู้ป่วยมาลาเรียทั้ง ๒๖ ราย โดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation)

เกณฑ์การประเมินและเกณฑ์ให้คะแนน

มาตรการ ๑ ประเมินจากการแจ้งเตือนผู้ป่วยมาลาเรียภายใน ๑ วัน โดยให้คะแนน ๑ = ทันทิ ๐ = ไม่ทันทิ มาตรการ ๓ ประเมินจากการสอบสวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียภายใน ๓ วัน โดยให้คะแนน ๑ = ทันทิ ๐ = ไม่ทันทิ มาตรการ ๗ ประเมินจากการตอบโต้เพื่อควบคุมกำจัดโรคภายใน ๗ วัน โดยให้คะแนน ๑ = ทันทิ ๐ = ไม่ทันทิ ดังนั้นประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ ๑ หรือ ๓ หรือ ๗ โดยหน่วยงานภาคีเครือข่ายใช้เกณฑ์การตัดสินคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ ๘๐ = ผ่าน น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ ๘๐ = ไม่ผ่าน ส่วนประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗ ในภาพรวมโดยของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา ใช้เกณฑ์การตัดสินคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ ๕๐ = ผ่าน น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ ๕๐ = ไม่ผ่าน

๓.๕.๒ การวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอก (PEST factor analysis) ต่อการจัดการองค์กรและทรัพยากรในการตอบโต้การระบาดของโรคไข้มาลาเรียของ อบต.นาคา

ผู้วิจัยและคณะได้สร้างและพัฒนาแบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (PEST Analysis) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกหรือปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการบริหารองค์กรหรือโครงการ ในที่นี่แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกเป็นการวิเคราะห์และทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมภายนอกโดยภาพรวมที่มีผลต่อการระบาดของโรคไข้มาลาเรียและการควบคุมการระบาดในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่โรคไข้มาลาเรียซึ่งไม่เคยมีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียมาก่อนในเขตอบต.นาคา ทีมวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกนั้นประกอบด้วยเจ้าหน้าที่หรือผู้ชำนาญการทั้งภายในและภายนอกอบต. จำนวน ๖ คน ได้แก่ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนจาก อบต.นาคา หัวหน้าหน่วยควบคุมโรคติดต่ออำเภอแมลง (นคม.) ที่ ๑๑.๕.๔ กะเปอร์ หัวหน้าทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคา และ รพ.สต.ควนไทรงาม ผู้จัดการแผนงานโรคไข้มาลาเรียจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่ออำเภอแมลง (ศตม.) ที่ ๑๑.๕ ระนอง และจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช

สมาชิกทีมวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกเหล่านี้เข้าใจสภาพปัญหาโรคไข้มาลาเรียซึ่งมีการระบาดในช่วงปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ ในเขต อบต.นาคา อ.สุขสำราญ จ.ระนอง กล่าวคือ พื้นที่ทั้ง ๘ หมู่บ้านของตำบลนาคาเป็นท้องที่ควบคุมโรคไข้มาลาเรียที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่โรค ปัญหาการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในเขตอบต.นาคาในช่วงปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ จึงกลายเป็นภัยคุกคามที่กลับมาระบาดซ้ำ ในที่นี่ การวิเคราะห์

ปัจจัยภายนอก (PEST factor analysis) เป็นเครื่องมือวางแผนเชิงกลยุทธ์สำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ได้รับอิทธิพลจากสภาพปัจจัยภายนอกทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ ปัจจัยทางการเมือง (P – political factors) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (E – economical factors) ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (S – social/cultural factors) และปัจจัยทางเทคโนโลยี (T – technological factors) ซึ่งทุกปัจจัยดังกล่าวเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ล้วนส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของการทำงานของ อบต. นาคา ที่จะตอบสนองหรือตอบโต้ต่อการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย และการควบคุมการระบาดในกลุ่มประชากรเสี่ยง หรือที่จะให้บริการด้านสาธารณสุขแก่กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ กลุ่มประชากรเสี่ยง ได้แก่ คนไทยท้องถิ่น แรงงานไทย ผู้อพยพข้ามชาติ แรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสัมผัสโรค หรือสิ่งอันตราย

สมาชิกที่วิเคราะห์ปัจจัยภายนอกดังกล่าวทำหน้าที่ดำเนินการระดมสมอง^(๒๙) เพื่อลดความโน้มเอียง ในกำหนดกรอบการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกซึ่งมีองค์ประกอบทั้ง ๔ ด้านดังกล่าว รวมถึงการกลั่นกรอง ปัจจัยภายนอกเหล่านี้ (Influence of factors) ว่ามีอิทธิพลหรือมีผลต่อการระบาดของโรคไข้มาลาเรียใน เขตอบต. มากน้อยเพียงใด โดยอาศัยเกณฑ์การบ่งชี้ความแรง (Strengths) และค่าการถ่วงน้ำหนักในระดับ ความแรงตั้งแต่ ๑ ถึง ๓ คือ ระดับต่ำ (หรือ ๑) ระดับปานกลาง (หรือ ๒) และระดับสูง (หรือ ๓) โดยมี รายละเอียดดังนี้

๓.๕.๒.๑ ปัจจัยทางการเมือง (Political factors)

ปัจจัยทางการเมือง อาจรวมปัจจัยต่างๆ ที่ขับเคลื่อนโดยอาศัยระบบ กลไก กระบวนการทางการเมือง ปัจจัยทางการเมืองที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วล้วนส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเปลี่ยนแปลง สภาพแวดล้อมของการทำงานของอบต. ที่จะตอบสนองหรือตอบโต้ต่อการระบาดของโรคไข้มาลาเรียและการควบคุมการระบาด ปัจจัยทางการเมืองที่มีค่าถ่วงน้ำหนักหรือบ่งชี้ความแรงจากมากไปน้อย มีดังนี้

- **การขึ้นทะเบียนและการตรวจสุขภาพ** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๓) เช่น การบริหารจัดการด้านการขึ้นทะเบียนและการตรวจสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ โดยหน่วยงานในกำกับของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข

- **มาตรการป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๓) เช่น การออกข้อบัญญัติ และการบังคับใช้ในการป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อโดยอบต. (ตามมาตรา ๖๗ พรบ.สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗) การสื่อสารความเสี่ยง เป็นต้น

- **การมีส่วนร่วมของชุมชน** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๓) เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ (มาตรา ๖๗) การบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมในเขตอบต. (มาตรา ๖๙) เป็นต้น

- **เสถียรภาพและภาวะผู้นำของอบต.** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๓) เช่น เสถียรภาพและภาวะผู้นำด้านการบริหารองค์กรของอบต. เสถียรภาพทางการเมืองของผู้บริหารและสภาอบต. เป็นต้น

- **ความสัมพันธ์ระหว่างอบต.และชุมชน** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๒) เช่น ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างผู้บริหารและสภาอบต.ที่มีอำนาจหน้าที่บริหารจัดการบริการสาธารณะตามกฎหมายและประชาชน ชุมชนที่มีความต้องการและการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณะ

- **นโยบายการบริการสาธารณะ** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๒) เช่น การปรับเปลี่ยนนโยบายและทิศทางการบริการสาธารณะแก่แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามโดยหน่วยงานในกำกับของกระทรวงมหาดไทย

- **การเข้าถึงบริการสุขภาพ** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๒) เช่น การบริหารจัดการด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามในระดับท้องถิ่น โดยหน่วยบริการสุขภาพระดับท้องถิ่นในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข

- **มาตรการบริการสุขภาพ** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น การออกข้อบัญญัติและการบังคับใช้ในการบริการสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม และผู้อพยพข้ามชาติ (ตามมาตรา ๖๙ พรบ.สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗) โดยอบต.และอบจ.

- **นโยบายรัฐบาลไทย** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น การปรับเปลี่ยนนโยบายและทิศทางการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติของรัฐบาลไทย

- **นโยบายสาธารณสุข** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น การปรับเปลี่ยนนโยบายและทิศทางการบริการสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามโดยหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข

- **มาตรการป้องกันควบคุมการเข้าเมืองผิดกฎหมาย** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น การบังคับใช้กฎหมายสำหรับการเข้าเมืองผิดกฎหมายของแรงงานข้ามชาติและผู้อพยพข้ามชาติโดยฝ่ายปกครองในระดับท้องถิ่น การสื่อสารความเสี่ยง เป็นต้น

- **ธรรมาภิบาลและความโปร่งใส** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น ธรรมาภิบาลและความโปร่งใสของฝ่ายปกครองในระดับท้องถิ่น การสื่อสารในองค์กร การสื่อสารความเสี่ยง เป็นต้น

- **การจัดการภาวะและความเสี่ยง** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น การจัดการภาวะและความเสี่ยงของการว่าจ้างแรงงานข้ามชาติในภาคการเกษตรโดยหน่วยงานในกำกับของกระทรวงมหาดไทย

- **นโยบาย ILO** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น การปรับเปลี่ยนนโยบายและทิศทางการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานองค์การแรงงานข้ามชาติระหว่างประเทศ (ILO) ประจำอนุภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

- **นโยบาย IOM** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น การปรับเปลี่ยนนโยบายและทิศทางการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติและผู้อพยพข้ามชาติภายใต้การสนับสนุนขององค์การระหว่างประเทศเพื่อการย้ายถิ่นฐาน (IOM)

๓.๕.๒.๒ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (Economic factors)

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ อาจรวมปัจจัยต่างๆ ที่ขับเคลื่อนโดยอาศัยระบบ กลไก กระบวนการทางเศรษฐกิจทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วล้วนส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของการทำงานของอบต.ที่จะตอบสนองหรือตอบโต้ต่อการระบาดของโรคไข้มาลาเรียและการควบคุมการระบาด ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีค่าถ่วงน้ำหนักหรือบ่งชี้ความแรง มีดังนี้

- **แนวโน้มการจ้างงาน** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น แนวโน้มและความต้องการของนายจ้างท้องถิ่นคนไทยในการว่าจ้างแรงงานข้ามชาติในภาคการเกษตร การจ้างงานตามฤดูกาล อัตราค่าจ้างแรงงานข้ามชาติ และค่าใช้จ่ายในการขึ้นทะเบียนแรงงานและการตรวจสุขภาพ การดูแลรักษาการเจ็บป่วย เป็นต้น

- **แนวโน้มราคายาง** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น แนวโน้มความต้องการซื้อขายในประเทศและต่างประเทศ ปริมาณผลผลิตยางออกสู่ตลาดตามฤดูกาล สถานการณ์ราคายางในตลาดท้องถิ่นทั้งยางแผ่นดิบ น้ำยางสดคละ ยางก้อนคละและเศษยางคละ สถานการณ์ราคาปุ๋ย และต้นทุนค่าใช้จ่ายในการทำสวนยางในช่วงยางให้ผลผลิต ได้แก่ ค่าปุ๋ยบำรุงและค่าแรงงานใส่ปุ๋ย ค่าสารเคมีกำจัดวัชพืชและค่าแรงกำจัดวัชพืช ค่าภาษีบำรุงท้องที่ ค่าใช้จ่ายในการเก็บน้ำยางและการทำยางแผ่นดิบ เป็นต้น

- **แนวโน้มราคาสินค้าประมง** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น มาตรฐานการคุ้มครองแรงงาน ประมงทั้งการดูแลแรงงาน สภาพการจ้างและคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ การผลิตสินค้าประมงที่มีจริยธรรมและมีธรรมาภิบาล การบังคับใช้กฎหมาย เป็นต้น

- **แนวโน้มค่าเงินบาท** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น แนวโน้มการแข็งค่าของเงินบาท อัตราการแลกเปลี่ยนเงินไทยเมื่อเทียบกับการแข็งค่าของค่าเงินเมียนมาร์ เป็นต้น

- **นโยบายและมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจของภาครัฐ** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น การส่งเสริมการลงทุน การรับซื้ออุดหนุนพืชผลทางเกษตร การพัฒนาสินค้าทางการเกษตร การควบคุมราคาสินค้า การผูกขาดทางการค้า การค้าขายอย่างเสรี การลดอัตราภาษี การสนับสนุนธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม การลดค่าครองชีพ เป็นต้น

๓.๕.๒.๓ ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (Social/cultural factors)

ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม อาจรวมปัจจัยต่างๆ ที่ขับเคลื่อนโดยอาศัยระบบ กลไก กระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วล้วนส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของการทำงานของอบต.ที่จะตอบสนองหรือตอบโต้ต่อการระบาดของโรคไข้มาลาเรียและการควบคุมการระบาดในกลุ่มประชากรเสี่ยงหรือที่จะให้บริการด้านสาธารณสุขแก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ กลุ่มประชากรเสี่ยง ได้แก่ คนไทยท้องถิ่น แรงงานไทย ผู้อพยพข้ามชาติ แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสัมผัสโรคหรือสิ่งอันตราย ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่มีค่าถ่วงน้ำหนักหรือบ่งชี้ความแรงจากมากไปน้อย มีดังนี้

- **การเคลื่อนย้ายของประชากรกลุ่มเสี่ยง** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๓) เช่น ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีการเคลื่อนย้ายหรือมีการตั้งถิ่นฐานหรือมีการประกอบอาชีพทำงานหรืออยู่อาศัยในพื้นที่แพร่โรคหรือพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่โรคไข้มาลาเรีย เป็นต้น

- **พฤติกรรมเสี่ยงของประชากรกลุ่มเสี่ยง** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๓) เช่น ประชากรกลุ่มเสี่ยงไม่มีหรือไม่ใช่หรือใช้มาตรการป้องกันตนเองอย่างไม่เหมาะสมในการลดการสัมผัสหรือการถูกยุงกัดในบ้าน นอกบ้านในเวลากลางคืน รวมถึงมีความลังเลใจหรือมีความล่าช้าที่จะเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเลือดในระหว่างที่มีไข้ในช่วงฤดูฝน ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐในท้องที่ เป็นต้น

- **สุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๒) เช่น ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ หรือการสัมผัสสิ่งอันตรายในสภาพแวดล้อมของการทำงานหรือที่อยู่อาศัย

- **ทัศนคติและความเชื่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๒) เช่น ประชากรกลุ่มเสี่ยงยังไม่เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของรัฐ หรือมีแนวทาง/วิธีการดูแลรักษาการเจ็บป่วยด้วยวิถีพื้นบ้านหรือภูมิปัญญาพื้นบ้าน เป็นต้น

- **ทัศนคติและความเชื่อของคนท้องถิ่นต่ออบต.** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๒) เช่น ประชาชนมีความพึงพอใจหรือมีการยอมรับหรือมีความเชื่อมั่นไว้วางใจในเรื่องธรรมาภิบาลและความโปร่งใสของการบริหารองค์กรและการบริการสาธารณะ รวมถึงการบริการด้านสาธารณสุข ประชาชนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างเสรีในเวทีสาธารณะที่อบต.จัดขึ้น เป็นต้น

- **วิถีชีวิตของประชากรกลุ่มเสี่ยง** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ประเพณี วัฒนธรรมการกิน การอยู่อาศัย ที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคหรือสิ่งอันตราย เป็นต้น

- **การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น โครงสร้างประชากรในเขตออบต.มีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนกลุ่มอายุโดยเฉพาะกลุ่มอายุ ๑๕-๖๐ ปี และมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป มีแนวโน้มของอัตราการเกิดลดลงในขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุต่อวัยทำงานเพิ่มสูงขึ้น มีจำนวนประชากรแฝงทั้งที่เป็นคนไทย ผู้อพยพข้ามชาติ แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม เป็นต้น

- **การเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๑) เช่น ประชาชนมีความแตกต่างอย่างมากทั้งด้านการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม เป็นต้น

๓.๕.๒.๔ ปัจจัยทางเทคโนโลยี (Technological factors)

ปัจจัยทางเทคโนโลยี อาจรวมปัจจัยต่างๆ ที่ขับเคลื่อนโดยอาศัยระบบ กลไก กระบวนการทางเทคโนโลยี ปัจจัยทางเทคโนโลยีที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วล้วนส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของการทำงานของอบต.ที่จะตอบสนองหรือตอบโต้ต่อการระบาดของโรคไข้มาลาเรียและการควบคุมการระบาดในประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือที่จะให้บริการด้านสาธารณสุขแก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ปัจจัยทางเทคโนโลยีที่มีค่าถ่วงน้ำหนักหรือบ่งชี้ความแรงจากมากไปน้อย มีดังนี้

- **การติดต่อสื่อสาร** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๓) เช่น อบต.มีการใช้ระบบติดต่อสื่อสารทั้งแบบไร้สาย และมีสายในการแจ้งข่าวสาร การรายงานข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคไข้มาลาเรีย มีการใช้เครือข่ายสุขภาพในการแจ้งข่าวสารหรือการตรวจจับความผิดปกติของผู้ป่วยในพื้นที่แพร่โรคหรือพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่โรคไข้มาลาเรีย รวมถึงการประสานงานในการดำเนินการควบคุมการระบาดของโรคไข้มาลาเรียด้วยมาตรการ ๑-๓-๗ เป็นต้น

- **การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสื่อสาร** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๒) เช่น อบต.มีการพัฒนาบุคลากรด้านเทคโนโลยีสื่อสารอย่างต่อเนื่อง มีการประยุกต์ใช้ระบบอินเทอร์เน็ต เครื่องมือสื่อสารที่ทันสมัย เป็นต้น

- **การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ** (ค่าถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ ๒) เช่น อบต.มีการพัฒนาบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงสารสนเทศภูมิศาสตร์อย่างต่อเนื่อง มีการประยุกต์ใช้ระบบอินเทอร์เน็ต ซอฟต์แวร์สำหรับงานสารสนเทศภูมิศาสตร์ งานระบาดวิทยา งานประชากรศาสตร์ เป็นต้น

ภายหลังจากการระดมสมองและการกลั่นกรองปัจจัยภายนอกต่าง ๆ ที่สามารถบ่งชี้ถึงความแรง (strengths) โดยทีมวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกเสร็จสิ้นแล้ว ปัจจัยภายนอกต่าง ๆ ที่มีอิทธิพล ซึ่งได้ผ่านการพิจารณากลั่นกรองและเห็นพ้องตรงกัน โดยการกำหนดค่าการถ่วงน้ำหนักแล้ว ก็พร้อมที่จะนำข้อมูลเหล่านี้เข้าสู่ขั้นตอนและกระบวนการที่สำคัญต่อไปคือ การคำนวณคะแนนที่ปรับค่าถ่วงน้ำหนักที่ถูกต้อง (weight scores corrected หรือ WSc) ของปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลในแต่ละองค์ประกอบของปัจจัยภายนอกทั้ง ๔ ด้าน การคำนวณค่า WSc สำหรับแต่ละปัจจัยภายนอกนั้น ใช้การประเมินอย่างเป็นอิสระของผู้เชี่ยวชาญ (expert review) ๕ คน ได้แก่ ผู้จัดการแผนงานโรคมมาลาเรียจากกองโรคติดต่อฯ โดยแมลง อาจารย์จากสถาบันการศึกษาที่เป็นที่ยอมรับ ปลัด อบต.นาคา ที่ปรึกษาโครงการวิจัย และผู้วิจัยหลักซึ่งทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก โดยหัวหน้าทีมวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกจะเป็นผู้จัดทำเอกสารชี้แจงกรอบการประเมินปัจจัยภายนอก ซึ่งมีการกำหนดนิยามหรือขอบเขตของปัจจัยภายนอก ที่สามารถบ่งชี้ความแรงในรูปภาพที่ ๑ และกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ๑ ถึง ๕ ซึ่งบ่งชี้ถึงระดับของปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพล หรือส่งผลต่อการบริหารองค์กรของ อบต. และการตอบสนองต่อการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย และ/หรือการควบคุมการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย ทั้งนี้คณะผู้เชี่ยวชาญต้องพิจารณาว่า ปัจจัยภายนอกที่

มีอิทธิพลหรือมีผลนั้น ควรอยู่ในระดับใด ดังตัวอย่างการคำนวณค่า WSc สำหรับแต่ละปัจจัยภายนอกใน (รูปภาพที่ ๓.๕) ผลลัพธ์ที่ได้จากวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกนี้ จะสามารถช่วยให้ อบต.นาคา พิจารณาเลือก ประเด็นปัญหาที่สำคัญก่อนหลัง หรือกำหนดประเด็นระดับรองที่ จะนำไปสู่การหาแนวทาง/วิธีการ รูปแบบใหม่ ๆ ในการดำเนินการควบคุมการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย หรือการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในเขต อบต.นาคาต่อไป

PEST Factor Analysis_Exp

File Home Insert Page Layout Formulas Data Review View Acrobat

TH Sarabun New 16 A

Clipboard Font Alignment Number

Formula Bar: $=\text{AVERAGE}(D4:H4)*C4/39$

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
			ค่าถ่วงน้ำหนัก (Influence of factors) (W)	Expert Review (Weigh score - WS)					คะแนนที่ปรับค่าความถูกต้องของการถ่วงน้ำหนัก (Weigh scores corrected) (WSC)
				1	2	3	4	5	
1									
2	ปัจจัยภายนอก								
3	ปัจจัยทางการเมือง	การขึ้นทะเบียนและการตรวจสุขภาพ	3	2	4	3	5	5	0.29
4		มาตรการป้องกันโรคและเฝ้าระวังโรคติดต่อ	3	5	5	4	5	5	0.37
5		การมีส่วนร่วมของชุมชน	3	5	5	4	5	4	0.35
6		เสถียรภาพและการใช้พื้นที่ของอบต.	3	3	3	3	4	4	0.26
7		ความสัมพันธ์ระหว่างอบต. และชุมชน	2	4	3	3	3	3	0.16
8		นโยบายการบริหารสาธารณะ	2	4	4	2	3	3	0.16
9		การเข้าถึงบริการสุขภาพ	2	3	5	3	3	3	0.17
10	ปัจจัยทางเศรษฐกิจ	แนวโน้มการจ้างงาน	1	2	3	2	2	2	0.06
11		แนวโน้มรายจ่าย	1	2	3	2	1	1	0.05
12	ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม	การเคลื่อนย้ายของประชากรกลุ่มเสี่ยง	3	4	4	3	4	4	0.29
13		พฤติกรรมเสี่ยงของประชากรกลุ่มเสี่ยง	3	5	4	3	5	5	0.34
14		สุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง	2	2	5	3	3	3	0.16
15		ทัศนคติและความเชื่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง	2	3	5	4	3	3	0.18
16		ทัศนคติและความเชื่อของคณาจารย์ในตำบล	2	3	5	3	3	3	0.17
17	ปัจจัยทางเทคโนโลยี	การติดต่อสื่อสาร	3	2	5	3	3	4	0.26
18		การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสื่อสาร	2	3	4	3	3	3	0.16
19		การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	2	3	4	3	3	3	0.16
20		รวม (ΣW)	39						
21	เกณฑ์ให้คะแนน 1-5 โดยพิจารณาว่าปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการบริหารองค์การของอบต. และการตอบสนองต่อการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย								
22	และการควบคุมการระบาด								

ตัวอย่างฟังก์ชันของค่า WSc สำหรับปัจจัยมาตรการป้องกันและระงับโรคติดต่อ = (ค่าเฉลี่ยของคะแนน WS X W) / ผลรวมของค่าถ่วงน้ำหนักของปัจจัยภายนอกทั้งหมด (ΣW)

Strengths

Strengths

ภาพที่ ๓.๕ การคำนวณคะแนนที่ปรับค่าถ่วงน้ำหนักที่ถูกต้อง (Weight scores corrected หรือ WSc) ของปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพล การประเมินของผู้เชี่ยวชาญ (expert review) อาศัยเกณฑ์การให้คะแนน สำหรับแต่ละปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพล : ๑ คะแนน = ระดับต่ำสุด, ๒ คะแนน = ระดับต่ำ, ๓ คะแนน = ระดับปานกลาง, ๔ คะแนน = ระดับสูง และ ๕ คะแนน = ระดับสูงสุด รูปภาพนี้ได้แสดงวิธีการป้อนข้อมูลในโปรแกรมการคำนวณแบบสเปรดชีตของโปรแกรม Microsoft Excel เพื่อสร้างไฟล์รูปแบบการคำนวณค่า WSc สำหรับแต่ละปัจจัยภายนอก ตามสูตรการคำนวณดังนี้

$$WSc = (\text{ค่าเฉลี่ยของคะแนน } WS \times W) / \text{ผลรวมของค่าถ่วงน้ำหนักของปัจจัยภายนอกทั้งหมด } (\Sigma W)$$

กล่าวโดยสรุป กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก ครอบคลุมขั้นตอน กระบวนการและวิธีต่างๆ เพื่อกลั่นกรองอิทธิพลของปัจจัยภายนอกต่างๆ โดยทีมวิเคราะห์และทีมผู้เชี่ยวชาญ (expert review) ในขั้นตอนแรก ผู้วิจัยได้ออกแบบแบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกโดยอาศัยเกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพและเกณฑ์ให้คะแนน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและควบคุมคุณภาพข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า และได้พิจารณาร่วมกับทีมวิเคราะห์โดยใช้เกณฑ์พิจารณาองค์ประกอบปัจจัยภายนอกและเกณฑ์การถ่วงน้ำหนักที่บ่งชี้ความแรง (influence of PEST factors หรือ W) ทีมวิเคราะห์พิจารณาค่าการถ่วงน้ำหนัก (W) ขององค์ประกอบปัจจัยภายนอกในแต่ละด้าน โดยมี ๓ ระดับความแรงตั้งแต่ ๑ ถึง ๓ คือ ระดับต่ำ (หรือ ๑) ระดับปานกลาง (หรือ ๒) และระดับสูง (หรือ ๓) องค์ประกอบปัจจัยภายนอก หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ที่ขับเคลื่อนโดยอาศัยระบบ กลไก กระบวนการทางการเมือง (P factors ซึ่งมี ๑๕ ปัจจัย) เศรษฐกิจ (E factors ซึ่งมี ๕ ปัจจัย) สังคมวัฒนธรรม (S factors ซึ่งมี ๘ ปัจจัย) และเทคโนโลยี (T factors ซึ่งมี ๓

ปัจจัย) ดังรายละเอียดข้างต้น ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของการจัดการองค์การของอบต.นาคา รวมถึงทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการควบคุมกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเขตอบต.นาคา ในขั้นตอนที่สอง ปัจจัยต่างๆ ในแต่ละด้านของปัจจัยภายนอกซึ่งบ่งชี้ความแรง (strengths) ได้ถูกนำเข้าสู่ขั้นตอนการคำนวณคะแนนที่ปรับค่าถ่วงน้ำหนักที่ถูกต้อง (weigh scores corrected หรือ WSc) โดยอาศัยเกณฑ์การประเมินและเกณฑ์ให้คะแนน (weigh scores หรือ WS) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ เกณฑ์ให้คะแนน ๑ ถึง ๕ บ่งชี้ถึงระดับความแรงจากต่ำสุดไปสูงสุด โปรแกรมการคำนวณแบบสเปรดชีทของโปรแกรมไมโครซอฟท์เอ็กเซลได้ถูกนำมาใช้เพื่อคำนวณค่า WSc ของแต่ละปัจจัยที่ได้จากขั้นตอนแรกโดยใช้สูตรการคำนวณดังนี้ $WSc = (\text{ค่าเฉลี่ยของคะแนน } WS \times W) / \text{ผลรวมของค่าถ่วงน้ำหนักของปัจจัยภายนอกทั้งหมด } (\Sigma W)$ ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงหรือมีค่า WSc สูง ได้ถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในกระบวนการพิจารณากำหนดประเด็นระดมสมองโดยอาจพิจารณาร่วมกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ำ

๓.๕.๔ การออกแบบและการพัฒนารูปแบบการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมโดยอบต.นาคา

๓.๕.๔.๑ การประชุมระดมสมองและประเด็นระดมสมอง

๑) การระดมสมอง (Brainstorming)

การศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยและคณะได้ประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการระดมสมองซึ่งได้ตีพิมพ์ก่อนหน้านี้ (สุริโย ชูจันทร์, ๒๕๖๑) เทคนิคการการระดมสมองมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมแนวคิดต่างๆ ที่ได้จากผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง (Participants) ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดที่ผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองจะสามารถเข้าใจประเด็นหรือปัญหาร่วมกันหรือไม่ หรือจะสามารถเสนอแนวคิดสร้างสรรค์ที่ต้องการให้เกิดเป็นรูปธรรมหรือไม่ หรือจะสามารถเสนอแนวคิดแก้ไขปัญหที่กำลังเผชิญอยู่หรือไม่ แนวคิดต่างๆ ตามประเด็นระดมสมอง การระดมสมอง (Brainstorming) จัดเป็นเทคนิคกระบวนการสร้างความคิดเชิงสร้างสรรค์ (Creative thinking) มีศักยภาพที่จะสามารถกระตุ้นให้เกิดการคิดแนวข้าง (Lateral thinking) (De Bono, ๑๙๙๒; ๒๐๑๕) เพื่อก่อให้เกิดแนวคิดมากมายอันที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ อันจะนำไปสู่การนำผลไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผนงาน โครงการ รวมถึงการกำหนดโครงสร้าง ระบบ รูปแบบ แนวทาง ขั้นตอน กระบวนการ วิธีการ มาตรการ หรือเครื่องมือที่เหมาะสมต่างๆ ซึ่งจะนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาที่ชัดเจนและเหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย ในที่นี้ การดำเนินการประชุมระดมสมองสามารถแบ่งออกเป็น ๓ ขั้นตอน ได้แก่ ก่อน ระหว่าง และหลังการประชุมระดมสมอง ดังนี้

ขั้นตอนที่หนึ่ง การดำเนินการก่อนการประชุมระดมสมอง

ผู้ดำเนินการที่เป็นพี่เลี้ยงการประชุมระดมสมอง (Facilitator) ที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย มีความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และมีทักษะในการระดมสมองตามประเด็นระดมสมอง ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น หรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้ดำเนินการประชุมระดมสมองและทีมสนับสนุน (Supporters) เป็นผู้ดำเนินการประชุมระดมสมอง จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง ประมาณ ๘-๑๐ คน ในแต่ละกลุ่มย่อย ซึ่งเป็นตัวแทนจากภาครัฐ ภาคองค์กรอิสระ และภาคประชาชน ความหลากหลายระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง (Brown, ๑๙๙๖) ผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองได้รับหนังสือเชิญเป็นลายลักษณ์อักษรถึงผู้เข้าร่วมประชุมโดยตรง หรือผู้บังคับบัญชาของผู้เข้าร่วมประชุม ทราบกำหนดการประชุมล่วงหน้า ถึงประเด็น หรือเรื่องที่ต้องการระดมสมอง และความสำคัญของผู้เข้าร่วมประชุมว่าทำไมจึงเป็นส่วนสำคัญหนึ่งของการประชุมระดมสมอง

ขั้นตอนที่สอง การดำเนินการระหว่างการประชุมระดมสมอง

ผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองกลุ่มใหญ่ ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับประเด็น ปัญหา หรือเรื่องที่ต้องการระดมสมอง ทราบเงื่อนไขต่างๆ รูปแบบ และวิธีการในการจัดประชุมระดมสมองก่อนที่การประชุมระดมสมองจะเริ่มขึ้น (Putman, ๒๐๐๙) ในที่นี้ รูปแบบการระดมสมอง แบ่งออกเป็น ๒ รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่หนึ่ง การระดมสมองแบบทำงานเดี่ยว (Rietzschel et al., ๒๐๐๖; Henningsen et al., ๒๐๑๓) ประกอบด้วยกลุ่มตัวแทนประชาชน ได้แก่ ประธานอสม. สมาชิกอสม. แกนนำชุมชน ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย และผู้แทน ARC และผู้ดำเนินการประชุมระดมสมอง ได้แก่ คณะผู้วิจัย และที่ปรึกษาโครงการวิจัย สมาชิกกลุ่มนำเสนอแนวคิดโดยการระดมสมองแบบทำงานอิสระตามประเด็นระดมสมองทั้ง ๗ ประเด็น (ตารางที่ ๓.๒)

รูปแบบที่สอง การระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่ม (Rietzschel et al., ๒๐๐๖; Henningsen et al., ๒๐๑๓) ประกอบด้วยกลุ่มตัวแทนภาครัฐและประชาชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. นาคา ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน ครูสอนศาสนา เจ้าหน้าที่ป่าไม้ และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อมาโดยแมลง และผู้ดำเนินการประชุมระดมสมอง ได้แก่ คณะผู้วิจัย และที่ปรึกษาโครงการวิจัย สมาชิกกลุ่มนำเสนอแนวคิดโดยการระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่มตามประเด็นระดมสมองทั้ง ๙ ประเด็น (ตารางที่ ๓.๒)

ตารางที่ ๓.๒ ประเด็นระดมสมองสำหรับการระดมสมองแบบทำงานเดี่ยว (Nominal brainstorming) และการระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่ม (Interactive brainstorming)

การระดมสมองแบบทำงานเดี่ยว*	การระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่ม **
๑. รู้ได้อย่างไรว่าเป็นไข้มาลาเรีย	๑. การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง
๒. เมื่อสงสัยว่าป่วยเป็นไข้มาลาเรีย บอกใครก่อน	๒. การขยายหน่วยบริการตรวจเลือดในชุมชน
๓. ไปเจาะเลือดที่ไหน เดินทางอย่างไร	๓. การเพิ่มช่องทางการแจ้งเตือนผู้ป่วย
๔. นัดเจาะเลือดตามนัดอย่างไร	๔. การติดตามการรักษาผู้ป่วยเชิงรุก
๕. นัดกินยารักษามาลาเรียให้ครบ ทำอย่างไร	๕. การเข้าถึงมาตรการควบคุมพาหะนำโรคในชุมชน
๖. ป้องกันยุงกัดอย่างไร ตอนกลางคืนทำอย่างไร	๖. การเพิ่มศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในแต่ละรพ.สต.
๗. ทำอย่างไรจึงจะไม่เป็นมาลาเรียในปี	๗. ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ควบคุมพาหะนำโรค
	๘. รูปแบบของการสื่อสารความเสี่ยงโรคมาลาเรีย ก่อน ระหว่าง และหลังการระบาด
	๙. ทำอย่างไรจึงจะปลอดมาลาเรียในพื้นที่รับผิดชอบในปี

*สำหรับกลุ่มตัวแทนประชาชน

**สำหรับกลุ่มตัวแทนภาครัฐและประชาชน

ผู้จัดการประชุมระดมสมอง ชี้แจงเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและตรงประเด็นเพื่อให้มั่นใจว่า ผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองสามารถเสนอแนวคิดต่างๆ ตรงตามประเด็น ปัญหา หรือเรื่อง

ต้องการระดมสมอง ตรงตามวัตถุประสงค์ของการประชุมระดมสมองโดยมีเป้าหมายเดียวกัน ผู้จัดการประชุมพยายามลดบรรยากาศที่เลื่อมล้ำทางสังคม เช่น ยศ ตำแหน่งทางหน้าที่การงาน ในขณะที่สร้างบรรยากาศให้ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันมากที่สุดในการมีส่วนร่วมเสนอแนวคิดต่างๆ ในระหว่างการประชุมระดมสมองนั้น มีการใช้กระบวนการสร้างแนวคิด (Idea generation) (Rietzschel et al., ๒๐๐๖; ๒๐๑๐; Henningsen et al., ๒๐๑๓) คือ การประชุมระดมสมองโดยสมาชิกกลุ่มแต่ละรายเสนอแนวคิดของตนเองอย่างเป็นอิสระ สามารถสร้างแนวคิดที่แตกต่างอย่างมากมาย รวมถึงแนวคิดใหม่ๆ ด้วย ผู้จัดการประชุมระดมสมอง ใช้เทคนิคแผนภูมิกลุ่มความคิด (Affinity diagram) (Scupin, ๑๙๙๗; Kunifujii, ๒๐๑๓) ที่ช่วยให้กระบวนการประชุมระดมสมองเกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อจับประเด็นแนวคิดและจัดกลุ่มแนวคิดต่างๆ ที่ได้จากผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง หรือใช้กระบวนการคัดเลือกแนวคิด (Idea selection) (Rietzschel et al., ๒๐๐๖; ๒๐๑๐; Henningsen et al., ๒๐๑๓) เพื่อให้ได้แนวคิดที่ตรงตามประเด็น ปัญหา หรือเรื่องที่ต้องการระดมสมอง

ขั้นตอนที่สาม การดำเนินการหลังการประชุมระดมสมอง

เมื่อสิ้นสุดกระบวนการประชุมระดมสมองในการประชุมกลุ่มย่อยหรือกลุ่มใหญ่แล้ว ผู้จัดการประชุมเชิญสมาชิกกลุ่มเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มนำเสนอแนวคิดต่างๆ ที่ได้จากสมาชิกของกลุ่ม หรือเชิญสมาชิกกลุ่มอื่นมาเข้าร่วมสังเกตการณ์ ให้มุมมองสะท้อนแนวคิดเพื่อประกอบการจัดกลุ่ม จัดลำดับ และประเมินแนวคิดที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป (ภาพที่ ๓.๖) และเพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของการดำเนินกิจกรรมของโครงการต่างๆ ภายใต้การศึกษาวิจัยนี้ ผู้จัดการประชุมระดมสมองสะท้อนแนวคิดของผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองให้เห็นเป็นรูปธรรม หรือสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการประชุมระดมสมองนั้น สามารถใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดแผนงาน โครงการในอนาคตที่จำเป็นและสอดคล้องกับประเด็นปัญหา

แนวคิดที่ได้จากการระดมสมองแบบทำงานเดี่ยว



แนวคิดที่ได้จากการระดมสมองแบบการทำงานเป็นกลุ่ม



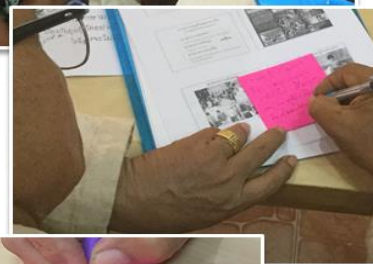
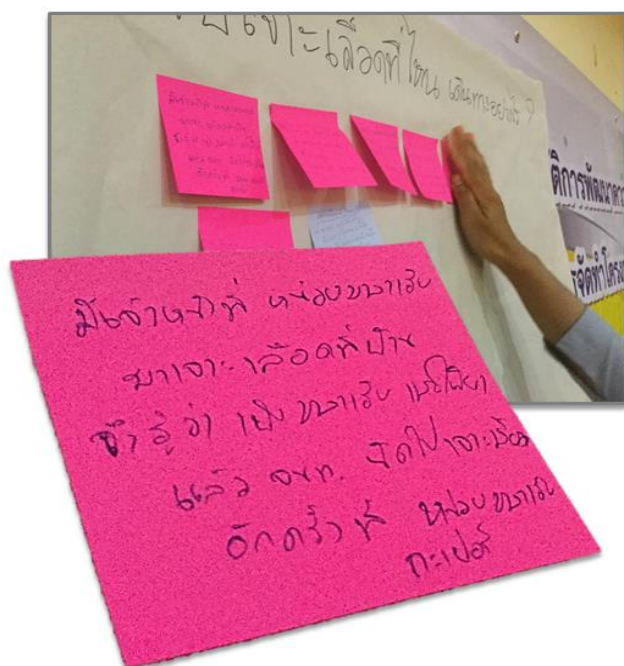
ภาพที่ ๓.๖ การสะท้อนแนวคิดที่ได้จากการระดมสมองตามประเด็นการระดมสมอง

การระดมสมองแบบทำงานเดี่ยว (Nominal Brainstorming)

การระดมสมองแบบทำงานเดี่ยว ประกอบด้วยกลุ่มตัวแทนประชาชน ได้แก่ ประธานอสม. สมาชิกอสม. แกนนำชุมชน ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย และผู้แทน ARC และผู้ดำเนินการประชุมระดมสมอง ได้แก่ คณะผู้วิจัย และที่ปรึกษาโครงการวิจัย (ภาพที่ ๓.๗)

ประเด็นระดมสมอง :

ไปเจาะเลือดที่ไหน เดินทางอย่างไร



ภาพที่ ๓.๗ การระดมสมองแบบทำงานเดี่ยว (Nominal brainstorming) การระดมสมองแบบทำงานเดี่ยวของกลุ่มตัวแทนประชาชนในประเด็นระดมสมอง “ไปเจาะเลือดที่ไหน เดินทางอย่างไร”

การประชุมระดมสมองซึ่งทำให้เกิดแนวคิดต่างๆ ที่ใช้ในการออกแบบและการพัฒนารูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียใน เขตออบต.นาคำนั้นขึ้นอยู่กับการกำหนดประเด็นระดมสมองและการระดมสมองของตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การระดมสมองใช้ทั้ง ๒ รูปแบบตามที่อธิบายไว้ก่อนหน้านี้โดยสุริโย ชูจันทร์^(๒๔) การประชุมระดมสมองตามประเด็นระดมสมอง (brainstorming issues) ซึ่งทำให้เกิดแนวคิดต่างๆ ที่สะท้อนความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ ๑) การประชุมระดมโดยใช้การระดมสมองแบบทำงานเดี่ยว (nominal brainstorming) ตามประเด็นระดมสมองสำหรับกลุ่มตัวแทนประชาชนซึ่งประกอบด้วยกลุ่มตัวแทนประชาชน ได้แก่ ประธานอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) สมาชิกอสม. แกนนำชุมชน ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย และผู้แทนองค์การอเมริกัน เรฟฟูลิจคอมมิตตี จังหวัดระนอง และผู้ดำเนินการประชุมระดมสมอง ประเด็นระดมสมองมี ๗ ประเด็นได้จากการสรุปประเด็นการจัดการองค์การและทรัพยากรที่ใช้ในการควบคุมกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยอบต.นาคา ประเด็นดังกล่าวได้จากการวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอกโดยพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงเป็นหลักร่วมกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ำหรือหรือข้อมูล gaps และ ๒) การประชุมระดมโดยใช้การระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่ม (interactive brainstorming) ตามประเด็นระดมสมองสำหรับกลุ่มตัวแทนเจ้าหน้าที่ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มตัวแทนภาครัฐและประชาชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต.นาคา ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน

ครูสอนศาสนา เจ้าหน้าที่ป่าไม้ และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อ นำโดยแมลง และผู้ดำเนินการประชุมระดับ
 สมอ ประเด็นระดับสมอมี ๙ ประเด็นได้จากการวิเคราะห์ gaps ที่ได้จากการประเมินประสิทธิภาพของการ
 ดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗ โดยภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับ ระบบ กลไก กระบวนการ
 วิธี มาตรการ หรือกิจกรรม

๓.๕.๕ การสร้างรูปแบบการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมโดยองค์การบริหารส่วน ตำบลนาคาและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล

จากการประชุมระดับสมอทั้งแบบการทำงานเดี่ยวโดยกลุ่มผู้แทนภาคประชาชน องค์การอิสระ และ
 แบบทำงานเป็นกลุ่มโดยกลุ่มผู้แทนภาครัฐ ทำให้ได้แนวคิดหลักหรือเนื้อหาสำคัญที่นำไปสร้างโมเดล
 ต้นแบบ “นาคาโมเดล (Nakha model)” โดยอาศัยแนวทางเชิงกลยุทธ์ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำไปสู่
 การพัฒนารูปแบบการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนในเขตอบต.นาคา ในที่นี้ กลยุทธ์
 หลักทั้ง ๔ กลยุทธ์ ได้แก่ กลยุทธ์ที่ ๑ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก กลยุทธ์ที่ ๒ การพัฒนาศักยภาพทีม SRRT
 และอสม. ตำบลนาคา กลยุทธ์ที่ ๓ การจัดการพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย และกลยุทธ์ที่ ๔ การเฝ้าระวังและ
 ประเมินผล

กล่าวโดยสรุป เป็นการนำเสนอรูปแบบการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสม คือ “สุขสำราญ
 โมเดล” ซึ่งเป็นโมเดลภาพรวมในระดับอำเภอสุขสำราญ โดยอาศัยข้อมูลหรือความรู้ที่ยังขาดซึ่งได้จาก
 แนวคิดต่างๆ ในระหว่างการประชุมระดับสมอ (ภาพที่ ๓.๘ A) และเป็นข้อมูลนำเข้าสู่กระบวนการ
 วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของ “นาคาโมเดล”



ภาพที่ ๓.๘ การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของสุขสำราญโมเดลและการริโมเดลเป็นนาคาโมเดล

(A) การขับเคลื่อนสุขสำราญโมเดลสู่การปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายนั้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากกลุ่มตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาชน ร่วมกันอภิปรายความเป็นไปได้ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ของกลยุทธ์

(B) การริโมเดลโดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนหรือผู้มีอำนาจหน้าที่จาก อบต.นาตา รพ.สต.นาตา รพ.สต.ควนไทรงาม นคม.ที่ ๑๑.๕.๔ อ.กะเปอร์ ประธานอสม.นาตา คณะผู้วิจัย และที่ปรึกษาโครงการ ร่วมกันอภิปรายความเป็นไปได้ของนาคาโมเดล

๓.๕.๖ การปรับแผนพัฒนาท้องถิ่นสี่ปี (พ.ศ ๒๕๖๑-๒๕๖๔) แผนงานสาธารณสุข/โครงการพัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย

หลังจากนั้นการปรับนาโมเดล เป็นกระบวนการพิจารณากลับกรองเพื่อให้เกิดการตัดสินใจโดยทีมผู้บริหารอบต.นาคา (decision-makers) โดยอาศัยกระบวนการตัดสินใจ (decision-making process) ซึ่งขึ้นอยู่กับวิเคราะห้ความเป็นไปได้ในการขับเคลื่อนนาโมเดลสู่การปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคาอย่างเป็นรูปธรรม ทำการอภิปรายกลุ่มแบบโต๊ะกลม (roundtable discussion) ของผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ที่มีบทบาทสำคัญเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานขับเคลื่อนแนวทางเชิงกลยุทธ์หลักทั้ง ๔ กลยุทธ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วยผู้แทนหรือผู้มีอำนาจหน้าที่จากอบต.นาคา รพ.สต.นาคา รพ.สต.ควนไทรงาม นคม.ที่ ๑๑.๕.๔ กะเปอร์ ประธาน อสม.นาคา คณะผู้วิจัย และที่ปรึกษาโครงการ โดยมีข้อตกลงร่วมกันในการตั้งประเด็นคำถามว่า “นาโมเดลทำได้จริงหรือไม่” และมีสิทธิ์เสมอภาคกันในการถกประเด็นและโต้แย้ง (ภาพที่ ๓.๘ B) ในการวิเคราะห้ความเป็นไปได้ของนาโมเดลนั้น ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในสถานการณ์สมมติ (scenarios) ทำให้ข้อสรุปที่เห็นพ้องตรงกันและนำไปสู่จึงนำไปสู่การกำหนดวัตถุประสงค์ กิจกรรม ตัวชี้วัดกระบวนการ และตัวชี้วัดผลผลิต รวมถึงการสร้างและพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ตำบลนาคา อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง ผลที่ได้จากกระบวนการตัดสินใจนี้ นำไปสู่กระบวนการนำไปใช้ (decision-making implementation) คือ การปรับแผนพัฒนาท้องถิ่นสี่ปี (พ.ศ ๒๕๖๑-๒๕๖๔) แผนงานสาธารณสุข/โครงการพัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายซึ่งเป็นการนโยบายนไปสู่การปฏิบัติ

๓.๖ ระยะเวลาการวิจัย

ระยะเวลาการวิจัย ตั้งแต่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค เมื่อวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

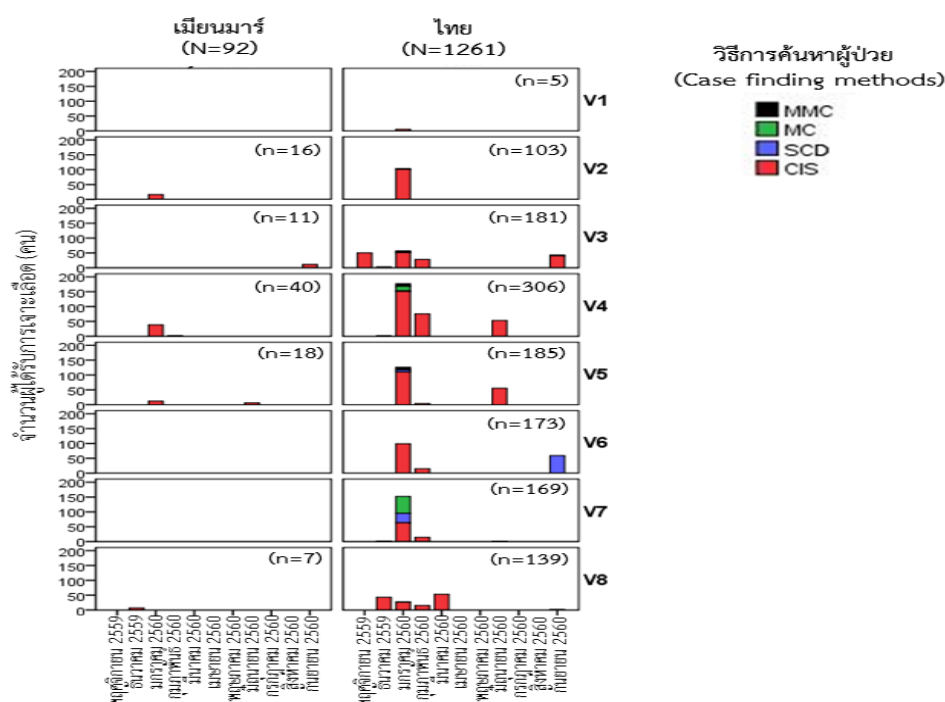
บทที่ ๔

ผลการวิจัย

การศึกษาแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลสำหรับการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของตำบลนาคา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดระนอง ผลการศึกษาสรุปเนื้อหาสำคัญตามประเด็นศึกษา ดังนี้

๔.๑ การประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗

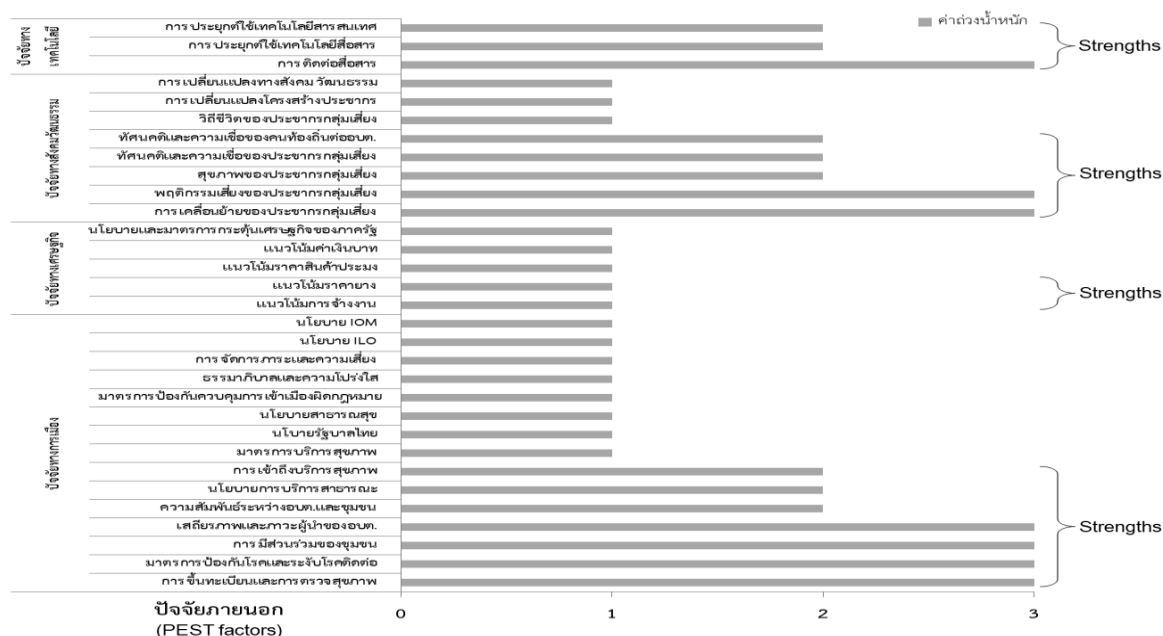
จากการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗ โดยหน่วยงานภาคีเครือข่าย พบว่า ประสิทธิภาพของการดำเนินมาตรการ ๓ ในด้านกระบวนการและผลผลิตนั้น ผ่านเกณฑ์การประเมินหรือมีประสิทธิผลร้อยละ ๘๐.๘ ในขณะที่การดำเนินมาตรการ ๗ และ ๑ ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินหรือมีประสิทธิผลร้อยละ ๖๕.๔ และ ๒๓.๑ ตามลำดับ ส่วนประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗ ในภาพรวมโดยภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินหรือมีประสิทธิผลร้อยละ ๓๖.๑ อย่างไรก็ตาม นคท.ที่ ๑๑.๕.๔ กะเปอร์ เป็นหน่วยงานหลักซึ่งดำเนินมาตรการ ๗ เพื่อค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียในกลุ่มเป้าหมายชาวไทย จำนวน ๑,๒๖๑ คน พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๐ และชาวเมียนมาร์จำนวน ๙๒ คน ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ชาวเมียนมาร์เลย ครอบคลุมทั้ง ๘ หมู่บ้านของตำบลนาคา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดระนอง ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๐ (รูปภาพที่ ๔.๑)



ภาพที่ ๔.๑ จำนวนผู้ได้รับการเจาะเลือดทั้งคนไทยและคนเมียนมาร์ด้วยวิธีต่างๆ ที่ใช้ในการค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียโดยนคท.ที่ ๑๑.๕.๔ กะเปอร์ การค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียถือเป็นกิจกรรมสำคัญตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของการดำเนินมาตรการ ๗ ในช่วงการระบาดของโรคไข้มาลาเรียระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๐ ในพื้นที่ตำบลนาคา อ.สหัสขันธ์ จ.ระนอง

๔.๒ การวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอก (PEST factor analysis) ของ อบต.นาคา

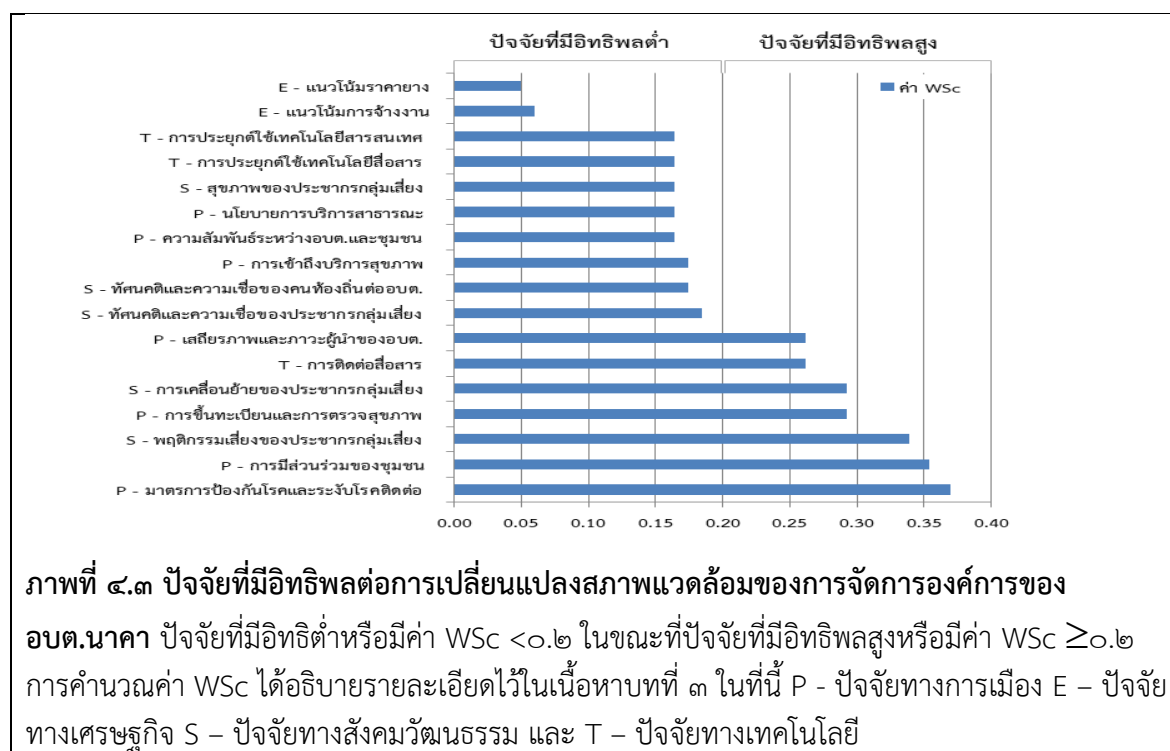
ในขั้นตอนแรก การวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพล พบว่า ปัจจัยที่บ่งชี้ความแรง มี ๑๗ ปัจจัย จำแนกเป็น P factors มี ๗ ใน ๑๕ ปัจจัย E factors มี ๒ ใน ๕ ปัจจัย S factors มี ๕ ใน ๘ ปัจจัย และ T factors ทั้ง ๓ ปัจจัย ปัจจัยที่บ่งชี้ความแรงดังกล่าว ได้นำไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อคำนวณค่า WSc P factors ที่มีค่า WSc จากมากไปน้อยตามลำดับ ได้แก่ มาตรการป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ การมีส่วนร่วมของชุมชน การขึ้นทะเบียนแรงงาน เสถียรภาพและภาวะผู้นำของอบต. การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างอบต.และชุมชน และนโยบายการบริการสาธารณะ ในทำนองเดียวกัน E factors ได้แก่ แนวโน้มการจ้างงาน และแนวโน้มราคายาง S factors ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงของประชากรกลุ่มเสี่ยง การเคลื่อนย้ายของประชากรกลุ่มเสี่ยง ทักษะคนและความเชื่อของคนท้องถิ่นต่ออบต. ทักษะคนและความเชื่อของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่ออบต. และสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง และ T factors ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสื่อสาร และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (รูปภาพที่ ๔.๒)



ภาพที่ ๔.๒ การถ่วงน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบของปัจจัยภายนอก (PEST factors) โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ค่าถ่วงน้ำหนักของปัจจัยภายนอกในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยทางการเมือง ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม และปัจจัยทางเทคโนโลยี ปัจจัยภายนอกต่าง ๆ ซึ่งบ่งชี้ความแรง (strengths) ในแต่ละองค์ประกอบ จะนำเข้าสู่ตารางการคำนวณคะแนนที่ปรับค่าถ่วงน้ำหนักที่ถูกต้อง โดยอาศัยการประเมินของผู้เชี่ยวชาญต่อไป

ในขั้นตอนสอง การวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลซึ่งได้ปรับค่า WSc พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงหรือมีค่า $WSc \geq 0.2$ มี ๗ ปัจจัย จำแนกเป็น P factors มี ๔ ใน ๗ ปัจจัย ได้แก่ มาตรการป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ การมีส่วนร่วมของชุมชน การขึ้นทะเบียนแรงงาน เสถียรภาพและภาวะผู้นำของอบต. ในขณะที่ S factors มี ๒ ใน ๕ ปัจจัย ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงของประชากรกลุ่มเสี่ยง และการ

เคลื่อนย้ายของประชากรกลุ่มเสี่ยง และ T factors มี ๑ ใน ๓ ปัจจัย ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงเหล่านี้ ได้ถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานหลักเพื่อพิจารณากำหนดประเด็นระดมสมอง ดังแสดงไว้ในตาราง ๔.๑ และ ๔.๒



๔.๓ การออกแบบและพัฒนารูปแบบนาคาโมเดล

๔.๓.๑ แนวคิดจากการระดมสมอง

ตารางที่ ๔.๑ และ ๔.๒ ได้สรุปแนวคิดหลักที่ได้จากการระดมสมองทั้งการระดมสมองแบบทำงานเดี่ยวตามประเด็นระดมสมองสำหรับกลุ่มตัวแทนประชาชน และการระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่มตามประเด็นระดมสมองสำหรับกลุ่มตัวแทนเจ้าหน้าที่ แนวคิดเหล่านี้ได้ถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในกระบวนการออกแบบและพัฒนารูปแบบนาคาโมเดลโดยใช้แนวทางเชิงกลยุทธ์ที่ขับเคลื่อนโดยอบต.นาคา

ตารางที่ ๔.๑ แนวคิดที่ได้จากการระดมสมองแบบทำงานเดี่ยวตามประเด็นระดมสมองสำหรับกลุ่มตัวแทนประชาชนเพื่อพัฒนาแนวทางเชิงกลยุทธ์สำหรับนาคาโมเดล

ประเด็นระดมสมอง*	จำนวนแนวคิด (n = ๕๑)	สรุปแนวคิดหลัก/เนื้อหาสำคัญ	แนวทางเชิงกลยุทธ์สำหรับนาคาโมเดล
๑. รู้ได้อย่างไรว่าเป็นไข้มาลาเรีย	๙	รับรู้อาการป่วย แต่ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรคไข้มาลาเรีย	กลยุทธ์ที่ ๑ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก
๒. เมื่อสงสัยว่าป่วยเป็นไข้	๘	แจ้งอาการป่วยให้คนในบ้าน/นอกบ้านทราบ เพื่อทำการตรวจรักษาพยาบาล แต่ยังคงมีการรักษาด้วยตนเองเพื่อบรรเทาอาการป่วย	

มาลาเรีย บอกใคร ก่อน			
๓. ไปเจาะเลือดที่ ไหน เดินทาง อย่างไร	๕	ตรวจเลือดที่หน่วยมาลาเรียคลินิก อ.กะเปอร์ หรือรพ. สุขสำราญ แต่อยากให้มีหน่วย บริการเจาะเลือดในพื้นที่	
๔. นัดเจาะเลือด ตามนัดอย่างไร	๕	เจาะเลือดตามนัดหมายทุกครั้ง แต่เพิ่มช่องทาง ติดต่อสื่อสาร วิธีการแจ้งเตือนและการติดตาม เจาะเลือดที่บ้าน เพื่อลดเวลาและค่าใช้จ่ายใน การเดินทาง	
๕. นัดกินยารักษา มาลาเรียให้ครบ ทำอย่างไร	๔	กินยาครบและให้ความร่วมมือในการติดตาม การรักษา แต่อยากให้เพิ่มช่องทาง วิธีการแจ้ง เตือนตารางการกินยาที่บ้าน เพื่อลดเวลาและ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	กลยุทธ์ที่ ๒ การพัฒนา ศักยภาพทีม SRRT และอสม. ตำบลนาคา
๖. ป้องกันยุงกัด อย่างไร ตอน กลางคืนทำอย่างไร	๑๐	มีการปรับใช้วิธีการ มาตรการป้องกันตนเอง ใช้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่ จำหน่ายตามท้องตลาด เพื่อลดความเสี่ยงจาก การถูกยุงกัดในบ้าน นอกบ้านขณะทำงาน หรือ พักค้างแรมนอกพื้นที่ หรือในป่า	
๗. ทำอย่างไรจึงจะ ไม่เป็นมาลาเรียใน ปีนี้	๑๐	ประสานงานนายจ้างให้นำแรงงานต่างด้าว ได้รับการตรวจเลือดวินิจฉัยโรคไข้มาลาเรียทุก รายเมื่อเข้ามาอยู่ในพื้นที่ เพิ่มช่องทาง ติดต่อสื่อสาร ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน ชุมชน เพื่อให้รับรู้ข่าวสาร ภัยอันตรายของโรค ไข้มาลาเรียอย่างทั่วถึง และเพื่อหาวิธีการ มาตรการป้องกันตนเอง เพิ่มวิธีการ มาตรการ กิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนให้อสม. นักเรียน ประชาชนทั่วไป มีความรู้ความเข้าใจโรคไข้ มาลาเรีย แห่ลงแพร่พันธุ์ยุงก้นปล่อง	กลยุทธ์ที่ ๓ การจัดการ พาหะนำโรคไข้ มาลาเรีย กลยุทธ์ที่ ๔ การเฝ้าระวัง และประเมินผล

*ประเด็นระดมสมอง ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงร่วมกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ำหรือข้อมูลจากรูปภาพที่ ๔.๓ หรือ gaps ที่ได้จากการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗

ตารางที่ ๔.๒ แนวคิดที่ได้จากการระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่มตามประเด็นระดมสมองสำหรับกลุ่มตัวแทนเจ้าหน้าที่เพื่อพัฒนาแนวทางเชิงกลยุทธ์สำหรับนาคาโมเดล

ประเด็นระดมสมอง*	จำนวนแนวคิด (n = ๖๒)	สรุปแนวคิดหลัก/เนื้อหาสำคัญ	แนวทางเชิงกลยุทธ์สำหรับนาคาโมเดล
๑. การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง	๑๒	สร้างและพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ หน่วยบริการ รูปแบบหรือวิธีการบริการคัดกรองผู้ป่วยสงสัยในชุมชน โดยผู้ให้บริการสามารถให้บริการคัดกรองคนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สามารถเจาะเลือดเพื่อตรวจวินิจฉัยโรคไข้มาลาเรียด้วยชุดทดสอบสำเร็จรูป RDT หรือฟิล์มโลหิตหนา ผู้ให้บริการที่ได้รับการว่าจ้างโดยหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ได้แก่ อาสาสมัครมาลาเรียชุมชน เจ้าพนักงาน/เจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงตำบलนาคา เพิ่มช่องวิธีการ มาตรการ กิจกรรมส่งเสริมสนับสนุน ประสานงานขอความร่วมมือจากชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน หัวหน้าครอบครัวของผู้ป่วย อสม. นักเรียน ประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้ความเข้าใจโรคไข้มาลาเรีย แหล่งแพร่พันธุ์ยุงกันปล่อง	กลยุทธ์ที่ ๑ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก
๒. การขยายหน่วยบริการตรวจเลือดในชุมชน	๒	สร้างและพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ ได้แก่ รพ.สต. อสม. และเจ้าหน้าที่ป่าไม้ ให้สามารถทำการคัดกรองเจาะเลือดตรวจวินิจฉัยโรคไข้มาลาเรียนอกเหนือจากการบริการที่รพ.สุขสำราญ	
๓. การติดตามการรักษาผู้ป่วยเชิงรุก	๖	สร้างและพัฒนาศักยภาพชุดพื้นที่เฝ้าระวัง เพื่อแจ้งข่าว ติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ และผู้ป่วยนอกพื้นที่ที่เข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลนาคา เพิ่มประสิทธิภาพการติดต่อประสานงานระหว่างรพ. รพ.สต. และอสม. ให้สามารถติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง	กลยุทธ์ที่ ๒ การพัฒนาศักยภาพทีม SRRT และอสม.
๔. การเพิ่มช่องทางการแจ้งเตือนผู้ป่วย	๑๒	เพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการ ๑ โดยเพิ่มช่องทางการแจ้งข่าวสารให้แก่ผู้ป่วย โดยผ่านทุกสื่อและช่องทางสื่อสารในชุมชน ได้แก่ แกนนำชุมชน อสม. ครู ครูสอนศาสนา โดยใช้หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย รถประชาสัมพันธ์ วิทยุชุมชน ป้ายประกาศข่าวในชุมชน ที่ประชุมหมู่บ้าน ที่ประชุมศาลาประชาคม ศาสนสถาน โรงเรียน สร้างและพัฒนาทีมประชาสัมพันธ์ท้องถิ่น	ตำบลนาคา

๕. การเพิ่มศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในแต่ละ รพ.สต.	๕	เพิ่มประสิทธิภาพโดยใช้มาตรการ ๑-๒ แทนมาตรการ ๑-๓ โดยเฉพาะมาตรการ ๓ เพิ่มทักษะและขีดความสามารถในด้านการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนโรค การวินิจฉัยโรค โดยทีม SRRT จาการพ.สต.นาคา และรพ.สต.ควนไทรงาม เพิ่มการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณในการปฏิบัติงานสอบสวนโรค	
๖. การเข้าถึงมาตรการควบคุมพาหะนำโรคในชุมชน	๘	เพิ่มประสิทธิภาพโดยใช้มาตรการ ๑-๒-๓ แทนมาตรการ ๑-๓-๗ โดยเฉพาะมาตรการ ๗ เพิ่มศักยภาพทีมควบคุมโรคในชุมชน แกนนำชุมชน ครูสอนศาสนา โดยให้ความรู้และทักษะ และมีความรู้และทักษะการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย เช่น มีความรู้และทักษะในการกำจัดลูกน้ำยุง ควบคุมการระบาด และการใช้เครื่องพ่นชนิดอัลตร้า	กลยุทธ์ที่ ๓ การจัดการพาหะนำโรค ไข้มาลาเรีย
๗. ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ควบคุมพาหะนำโรค	๘	เพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการ ๗ โดยยังขาดเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ และกำลังคนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมพาหะนำโรค เช่น ขาดเครื่องพ่นยุงแบบพ่นฝอยน้ำ และเจ้าหน้าที่ฉีดพ่นสารเคมี แจกจ่ายมุ้งชุบสารเคมียังไม่ทั่วถึง มีความพร้อมในการสนับสนุนงบประมาณจากส่วนท้องถิ่น	
๘. รูปแบบของการสื่อสารความเสี่ยงโรคมาลาเรีย ก่อนระหว่าง และหลังการระบาด	๕	เพิ่มช่องทางสื่อสารความเสี่ยงโรคไข้มาลาเรียครอบคลุมทุกครัวเรือน โดยเฉพาะผู้นำชุมชนและอส. ให้สามารถสื่อสารกับชาวบ้านเกี่ยวกับการรับรู้อาการโรค รับรู้ความเสี่ยงหากไม่รักษา รับรู้ความเสี่ยงหากไม่ป้องกัน	กลยุทธ์ที่ ๔ การเฝ้าระวังและ ประเมินผล
๙. ทำอย่างไรจึงจะปลดมาลาเรียในพื้นที่รับผิดชอบในปี	๔	สร้างเสริมความร่วมมือทุกภาคส่วน ภาครัฐ ประชาชน ให้เกิดความเข้าใจ เข้าถึงบริการ เร่งส่งเสริมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน เน้นการป้องกันตนเอง โดยใช้มาตรการป้องกันเพื่อลดการสัมผัสกับยุงพาหะนำโรคมาลาเรียขณะทำงานนอกบ้านในเวลากลางคืน หรือค้างแรมนอกพื้นที่หรือในพื้นที่เสี่ยง	

*ประเด็นระดมสมอง ขึ้นอยู่กับ gaps ที่ได้จากการประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗ ร่วมกับปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ำหรือข้อมูลจากรูปภาพที่ ๔.๓

จากตารางที่ ๔.๒ จากประเด็นระดมสมอง “การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง” สามารถจัดกลุ่มแนวคิดตามโครงสร้างเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ ระบบ กลไก และประชาชนหรือผู้รับบริการ ได้แสดงไว้ในภาพที่ ๔.๔

การระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่ม (Interactive brainstorming)

A) การสร้างแนวคิด (Idea generation)



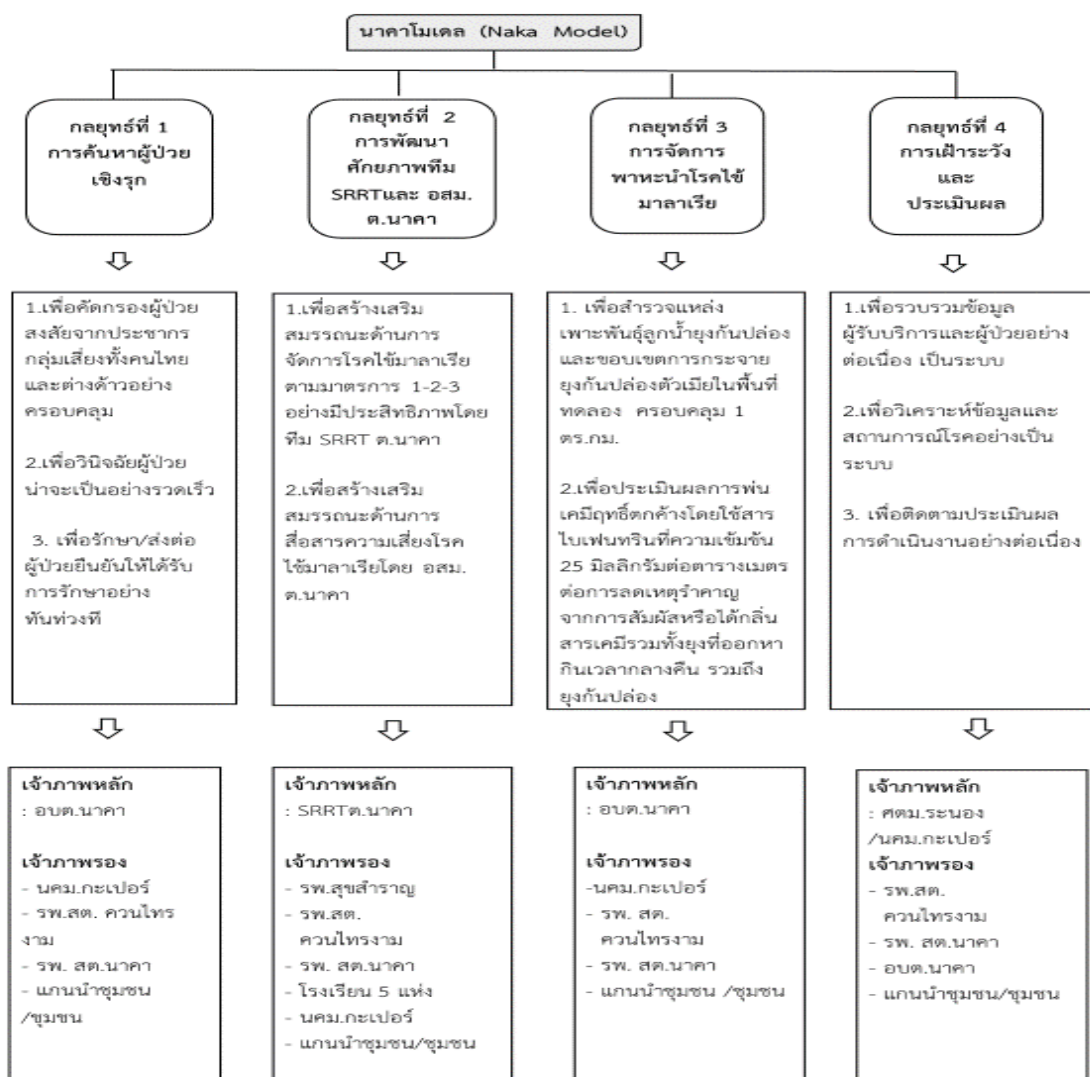
B) การจัดกลุ่มแนวคิด (Idea grouping)

ผู้ให้บริการ	ระบบ	กลไก	ประชาชน/ ผู้รับบริการ
1 สุ่มลงพื้นที่ว่ามีโรคมาลาเรียหรือไม่ ให้สม. ลงพื้นที่ ทุกๆ เดือน	3 ประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านทราบว่าพื้นที่เสี่ยงโรค	11 หน่วยงานเจ้าหน้าที่เข้าไปดูแลเจาะเลือด / ให้การช่วยเหลือชุมชน	6 ให้ความรู้เรื่องโรคมาลาเรียเพื่อให้ประชาชนรับรู้อันตรายของโรคมาลาเรีย ประชาชนต้องรับรู้ว่ามีใครคือกลุ่มเสี่ยง
2 มี CM ในพื้นที่สำรวจข้อมูลอย่างน้อย 2 คน	5 แกนนำหรือตัวแทนในการประชาสัมพันธ์หรือผู้ช่วยในการค้นหาผู้ป่วยการเจาะเลือดในกลุ่มเสี่ยง	12 ประสานผู้นำชุมชนและสม.ในพื้นที่ ออกค้นหาผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเป็นรายครัวเรือน	
4 จัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครมาลาเรียประจำชุมชน โดยเฉพาะชุมชนที่มีความเสี่ยง	8 ประชาสัมพันธ์ให้พท.ทราบถึงพื้นที่กลุ่มเสี่ยงโรคมาลาเรีย		
7 การสร้างแกนนำค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง	10 ดำเนินการสื่อสารผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เสี่ยง พัฒนาชุมชนต้นแบบกำจัดโรคมาลาเรีย		
9 พัฒนาอาสาสมัครต่างๆ ในพื้นที่ให้มีทักษะด้านมาลาเรียสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว			

ภาพที่ ๔.๔ ผลการระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่ม (Interactive brainstorming) (A) การสร้างแนวคิด (Idea generation) โดยผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ตำบลนาคา อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง ร่วมกันนำเสนอแนวคิดต่างๆ ตามประเด็นระดมสมอง “การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง” (B) การจัดกลุ่มแนวคิด (Idea grouping) โดยผู้จัดการระดมสมอง ร่วมกัน วิพากษ์ วิเคราะห์แนวคิด เพื่อจัดกลุ่มแนวคิดตามโครงสร้างเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ ระบบ กลไก และประชาชนหรือผู้รับบริการ

๔.๔ ผลสัมฤทธิ์ของแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดล

ผลสัมฤทธิ์ที่ได้จากการระดมสมอง (ตารางที่ ๔.๑ และ ๔.๒) ทำให้เกิดแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดล โดยใช้ ๔ กลยุทธ์ดังกล่าว แนวคิดนี้ทำให้เกิดกระบวนการออกแบบและพัฒนานาคาโมเดล จนสามารถปรับนาคาโมเดลให้มีรูปแบบการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมโดยอบต.นาคา และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล (ภาพที่ ๔.๕)



ภาพที่ ๔.๕ นาคาโมเดล (Nakha model) การขับเคลื่อนนาคาโมเดลสู่การปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายนั้น อาศัยการขับเคลื่อนกลยุทธ์ทั้ง ๔ กลยุทธ์ คือ กลยุทธ์ที่ ๑ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก กลยุทธ์ที่ ๒ การพัฒนาศักยภาพทีม SRRT และอสม. ตำบลนาคา กลยุทธ์ที่ ๓ การจัดการพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย และกลยุทธ์ที่ ๔ การเฝ้าระวังและประเมินผล

ผลสัมฤทธิ์ของแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลสำหรับการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย มีดังต่อไปนี้

๑) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา ผลิตและผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม คือ “บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ว่าด้วยความร่วมมือด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง ใน ต.นาคา อ.สุขสำราญ จ.ระนอง” (รูปภาพที่ ๔.๖)

การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU)



ภาพที่ ๔.๖ การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) การจัดทำบันทึกข้อตกลงและการประกาศใช้ MOU โดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาคา

นอกจากนี้ อบต.นาคา ได้แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการป้องกันและระงับโรคติดต่อมาลาเรีย ตามคำสั่งที่ ๑๑๔/๒๕๖๑ เรื่อง ป้องกันและระงับโรคติดต่อมาลาเรีย โดยอาศัยพระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๖) พ.ศ.๒๕๕๒ มาตรา ๖๗ (๓) อบต.นาคาได้ปรับแผนพัฒนาท้องถิ่น ๔ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๔) เพิ่มเติม ฉบับที่ ๒/๒๕๖๑ แผนงานสาธารณสุข โครงการพัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ วงเงิน ๖๘,๙๕๐ บาท ซึ่งได้รับอนุมัติงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ สปสช.อบต.นาคา โดยมีกิจกรรมหลัก คือ ๑) การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีม SRRT ตำบลนาคา และเครือข่าย/จิตอาสาควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง ๒) การจ้างพนักงานควบคุมโรคชุมชน ๓) การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. และแกนนำชุมชน ในการสื่อสารความเสี่ยงด้านโรคติดต่อมาโดยแมลงในชุมชน ๔) ประเมินผลการดำเนินงานโครงการ

๒) การเปลี่ยนนาคาโมเดลไปสู่แผนปฏิบัติการ ปี ๒๕๖๒ ผลิตและผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม คือ อบต.นาคา ได้เพิ่มอัตราลูกจ้างชั่วคราวตำแหน่งเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง โดยอาศัยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ มาตรา ๒๕ และจัดทำแผนปฏิบัติการงานเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และแผนปฏิบัติการต่อเนื่อง ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๔ โดยมีเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลงเป็นผู้รับผิดชอบแผนงาน ซึ่งมี

กระบวนการกำกับ ติดตามและประเมินผลโดยคณะกรรมการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย (รูปภาพที่ ๔.๗)



แผนปฏิบัติการดังกล่าว ประกอบด้วย ๔ แผนงาน คือ

๑) แผนงานการบริการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เป็นการแปลงกลยุทธ์ที่ ๑ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เพื่อคัดกรองผู้ป่วยสงสัยจากประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งคนไทยและต่างด้าวอย่างครอบคลุม วินิจฉัยผู้ป่วยน่าจะเป็นอย่างรวดเร็วและส่งต่อผู้ป่วยยืนยันให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที โดยมี อบต.นาคา เป็นเจ้าภาพหลัก

๒) แผนงานการพัฒนาทีม SRRT และอสม.ตำบลนาคา เป็นการแปลงกลยุทธ์ที่ ๒ การพัฒนาศักยภาพทีม SRRT และอสม. ตำบลนาคา เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะด้านการจัดการโรคไข้มาลาเรียตามมาตรการ ๑-๒-๓ โดยทีม SRRT ตำบลนาคาเป็นเจ้าภาพหลักรวมถึงการสื่อสารความเสี่ยงโรคไข้มาลาเรีย โดย อสม.ตำบลนาคา

๓) แผนงานการกำจัดพาหะนำโรคไข้มาลาเรียและไขเลือดออก เป็นการแปลงกลยุทธ์ที่ ๓ การจัดการพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย เน้นสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงก้นปล่อง ความชุกและการกระจายของยุงก้นปล่อง และประเมินการตอบสนองของยุงก้นปล่องตัวเมียต่อมาตรการการฉีดพ่นสารเคมีออกฤทธิ์ตกค้างในบ้าน โดยมี อบต.นาคา เป็นเจ้าภาพหลัก

๔) แผนงานการเฝ้าระวังประเมินผล เป็นการแปลงกลยุทธ์ที่ ๔ การเฝ้าระวังและประเมินผล เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ วิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์โรคอย่างเป็นระบบและติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีศตม.ที่ ๑๑.๕ ระนองและนคท.ที่ ๑๑.๕.๔ กะเปอร์ เป็นเจ้าภาพหลัก

นอกจากนี้ อบต.ได้อนุมัติแผนจัดซื้อเครื่องพ่นเคมีชนิดอัลตร้า ๒ เครื่อง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ วงเงิน ๓๒,๐๐๐ บาท และตั้งบงผูกพัน ๓ ปีงบประมาณ (พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔) รวมวงเงิน ๙๗,๖๕๐ บาท

บทที่ ๕

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

๕.๑ สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลสำหรับการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ตำบลนาคา อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง สรุปผลการศึกษาค้นคว้าตามประเด็นหัวข้อศึกษา ดังนี้

๕.๑.๑ การประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗

จากการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗ โดยหน่วยงานภาคีเครือข่าย พบว่า ประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ ๓ ในด้านกระบวนการและผลผลิตนั้น ผ่านเกณฑ์การประเมินหรือมีประสิทธิผลร้อยละ ๘๐.๘ ในขณะที่การดำเนินมาตรการ ๗ และ ๑ ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินหรือมีประสิทธิผลร้อยละ ๖๕.๔ และ ๒๓.๑ ตามลำดับ ส่วนประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗ ในภาพรวมโดยภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินหรือมีประสิทธิผลร้อยละ ๓๖.๑

๕.๑.๒ การวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอก (PEST factor analysis)

ในขั้นตอนแรก การวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพล พบว่า ปัจจัยที่บ่งชี้ความแรง มี ๑๗ ปัจจัย จำแนกเป็น P factors มี ๗ ใน ๑๕ ปัจจัย E factors มี ๒ ใน ๕ ปัจจัย S factors มี ๕ ใน ๘ ปัจจัย และ T factors ทั้ง ๓ ปัจจัย ปัจจัยที่บ่งชี้ความแรงดังกล่าว ได้นำไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อคำนวณค่า WSc P factors ที่มีค่า WSc จากมากไปน้อยตามลำดับ ได้แก่ มาตรการป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ การมีส่วนร่วมของชุมชน การขึ้นทะเบียนแรงงาน เสถียรภาพและภาวะผู้นำของอบต. การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างอบต.และชุมชน และนโยบายการบริการสาธารณะ ในทำนองเดียวกัน E factors ได้แก่ แนวโน้มการจ้างงาน และแนวโน้มราคายาง S factors ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงของประชากรกลุ่มเสี่ยง การเคลื่อนย้ายของประชากรกลุ่มเสี่ยง ทักษะคนและความเชื่อของคนที่ต้องติดต่ออบต. ทักษะคนและความเชื่อของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่ออบต. และสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง และ T factors ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสื่อสาร และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

ในขั้นตอนสอง การวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลซึ่งได้ปรับค่า WSc พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงหรือมีค่า WSc ≥ 0.2 มี ๗ ปัจจัย จำแนกเป็น P factors มี ๔ ใน ๗ ปัจจัย ได้แก่ มาตรการป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ การมีส่วนร่วมของชุมชน การขึ้นทะเบียนแรงงาน เสถียรภาพและภาวะผู้นำของอบต. ในขณะที่ S factors มี ๒ ใน ๕ ปัจจัย ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงของประชากรกลุ่มเสี่ยง และการเคลื่อนย้ายของประชากรกลุ่มเสี่ยง และ T factors มี ๑ ใน ๓ ปัจจัย ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงเหล่านี้ ได้ถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานหลักเพื่อพิจารณากำหนดประเด็นระดมสมอง

๕.๑.๓ การออกแบบและพัฒนารูปแบบนาคาโมเดล

ผลจากการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗ และการวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอก (PEST factor analysis) ทำให้ได้ประเด็นระดมสมองสำคัญๆ ในการจัดการระดมสมองแบบทำงานเดี่ยว (Nominal brainstorming) และการระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่ม (Interactive brainstorming) ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนโดยผู้วิจัยและคณะ ทำให้ได้แนวทางเชิงกลยุทธ์ที่

เหมาะสม จากนั้นทำการการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของนาคาโมเดล ซึ่งสะท้อนข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลหรือความรู้ส่วนที่ขาดที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาแนวทางเชิงกลยุทธ์ เป็น“นาคาโมเดล (Nakha model)” ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมในพื้นที่ตำบลนาคาซึ่งประกอบด้วย ๔ กลยุทธ์ ได้แก่ กลยุทธ์ที่ ๑ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก กลยุทธ์ที่ ๒ การพัฒนาศักยภาพทีม SRRT และอสม. ตำบลนาคา กลยุทธ์ที่ ๓ การจัดการพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย และกลยุทธ์ที่ ๔ การเฝ้าระวังและประเมินผล

๕.๑.๔ ผลสัมฤทธิ์ของแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดล

ผลสัมฤทธิ์ที่สำคัญคือ ๑) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา ผลผลิตและผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม คือ “บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ว่าด้วยความร่วมมือด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง ใน ต.นาคา อ.สุขสำราญ จ.ระนอง” (ภาคผนวก ๑) อบต.นาคา ได้แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการป้องกันและระงับโรคติดต่อมาลาเรีย (ภาคผนวก ๒) และอบต.นาคาได้ปรับปรุงแผนพัฒนาท้องถิ่น ๔ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๔) เพิ่มเติม แผนงานสาธารณสุข โครงการพัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ วงเงิน ๖๘,๙๕๐ บาท ซึ่งได้รับอนุมัติงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ สปสช.อบต.นาคา และ ๒) การแปลงนาคาโมเดลไปสู่แผนปฏิบัติการ ปี ๒๕๖๒ ผลผลิตและผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม คือ อบต.นาคา ได้เพิ่มอัตราลูกจ้างชั่วคราวตำแหน่งเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง และจัดทำแผนปฏิบัติการงานเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และแผนปฏิบัติการต่อเนื่อง ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๔ โดยมีเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลงเป็นผู้รับผิดชอบแผนงาน ซึ่งมีกระบวนการกำกับ ติดตามและประเมินผลโดยคณะกรรมการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย รวมวงเงิน ๓๙๒,๖๕๐ บาท (ภาคผนวก ๓)

๕.๒ อภิปรายผล

จากการประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗ โดยหน่วยงานภาคีเครือข่ายตำบลนาคา ซึ่งพบว่าประสิทธิภาพของการดำเนินมาตรการ ๗ และ ๑ ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินนั้น อาจสืบเนื่องผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสุขสำราญซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ อาจเดินทางสะดวกและประหยัดค่าใช้จ่ายกว่าเดินทางไปรับบริการที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง (นคม.) ที่ ๑๑.๕.๔ กะเปอร์ ซึ่งต้องเดินทางไปกลับระยะทางประมาณ ๑๒๐ กิโลเมตร ส่งผลให้ข้อมูลผู้ป่วยพบเชื้อจากโรงพยาบาลสุขสำราญที่ถูกส่งต่อไปยัง นคม.อาจมีความล่าช้า จน นคม. ไม่สามารถบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบมาลาเรียออนไลน์ได้ทันตามกำหนด ในส่วนขาดของการดำเนินมาตรการ ๗ ซึ่งเดิม นคม.เป็นผู้รับผิดชอบหลัก อาจสืบเนื่องมาจากขาดแคลนบุคลากรของ นคม.โดยมีเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคซึ่งเป็นลูกจ้างชั่วคราวเพียงคนเดียว รับผิดชอบภาระงานที่หนักมากทั้งในพื้นที่อำเภอสุขสำราญและอำเภอกะเปอร์ รวมทั้งข้อจำกัดด้านงบประมาณและระยะทางที่ห่างไกล ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการควบคุมโรคได้อย่างทันเวลาและไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย ขณะที่การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเดิมยังขาดการบูรณาการที่เป็นรูปธรรม ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗ ในภาพรวมโดยภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคาไม่ผ่านเกณฑ์ไปด้วย

อปท.มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเองตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ มาตรา ๑๖ และมาตรา ๑๗ แผนพัฒนาท้องถิ่น (local plans) ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาซึ่งเป็นแผนพัฒนาระยะยาว และ

แผนพัฒนาสามปี (หรือแผนพัฒนาสี่ปี) ซึ่งเป็นแผนพัฒนาแบบหมุนเวียน โดยจะต้องมีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาระดับต่างๆ เช่น แผนระดับชาติ ได้แก่ แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายของรัฐบาล แผนกระทรวง แผนกรม และรัฐวิสาหกิจต่างๆ รวมถึงแผนระดับจังหวัดและแผนระดับอำเภอ

แนวคิดการพัฒนาโมเดลในการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยอบต. นาคาที่ยึดหลักการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (result-based management)^(๓๐-๓๒) ได้ใช้แนวทางเชิงกลยุทธ์สำหรับการให้บริการสาธารณะ โดยสามารถสร้างระบบ กลไก แนวทาง กระบวนการ วิธีหรือเครื่องมือ มาตรการ และกิจกรรมต่างๆ ที่ใช้ในการควบคุมกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเขตอบต. นาคา การศึกษานี้ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าผลสัมฤทธิ์ของโมเดลที่เป็นรูปธรรมชัดเจน คือ การสร้างระบบและกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา และการจัดการองค์การและทรัพยากรที่ใช้ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยอบต. นาคา อบต. นาคาสามารถสร้างวงจรการขับเคลื่อนนาคาโมเดลตามรูปแบบงบประมาณของอบต. นาคา แผนพัฒนาท้องถิ่น ๔ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๔) แผนงานสาธารณสุข สามารถจัดทำแผนปฏิบัติการงานเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔ โดยมีการกำกับ ติดตามและประเมินผลโดยคณะกรรมการดำเนินการป้องกันและระงับโรคติดต่อมาลาเรีย สามารถจัดหน่วยบริการค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียเชิงรุก รวมถึงให้บริการค้นหาผู้ป่วยเชิงรับด้วย โดยเพิ่มอัตราลูกจ้างตำแหน่งเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง และสามารถจัดซื้อจัดจ้างครุภัณฑ์ที่ใช้ในการควบคุมพาหะนำโรคติดต่อฯ โดยแมลง ผลสัมฤทธิ์ของโมเดลชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าอบต. นาคา ได้พิจารณาถึงการจัดการองค์การที่ดีเพื่อจัดบริการสาธารณะที่ดี^(๓๒) โดยสามารถสะท้อนถึงการจัดกลุ่มงานซึ่งคำนึงถึงระบบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มงานต่างๆ และบุคคลที่ร่วมปฏิบัติงานกัน การมอบหมายงานโดยกำหนดขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของบุคคล รวมถึงการบริหารจัดการของทรัพยากรซึ่งมีสถานที่ทำงานของหน่วยปฏิบัติการควบคุมพาหะนำโรคติดต่อฯ โดยแมลง มีวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือและทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน

อีกประการหนึ่งที่สำคัญ คือ การขับเคลื่อนนาคาโมเดลนั้นเป็นการแปลงกลยุทธ์ทั้ง ๔ กลยุทธ์ของนาคาโมเดลไปสู่แผนงานทั้ง ๔ แผนงานของแผนปฏิบัติการดังกล่าว ซึ่งคาดว่าจะทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่ดีในแต่ละแผนงาน โดยสามารถกำหนดกิจกรรม วิธี มาตรการต่างๆ และผลสัมฤทธิ์ที่สอดคล้องกับแนวทางในการติดตามประเมินผลแผนพัฒนาท้องถิ่นตามเกณฑ์มาตรฐาน ๖ ใน ๗ ด้าน ได้แก่ ๑) สัมฤทธิ์ผล และการบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย ๒) ความเสมอภาคและความเป็นธรรมในสังคม ๓) ความสามารถ และคุณภาพในการให้บริการ ๔) ความรับผิดชอบต่อหน่วยงาน ๕) การตอบสนองความต้องการของประชาชน และ ๖) ความพึงพอใจของประชาชน จากข้อค้นพบดังกล่าว สามารถชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลในการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยอบต. นาคา สามารถปรับให้เข้ากับหลักการบริหารราชการของอบต. โดยการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์^(๓๐-๓๒) โดยที่อบต. นาคาสามารถอำนวยความสะดวกและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในเขตอบต. นาคา เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจภาครัฐ โดยการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ให้เกิดประสิทธิผล

นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอกชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า แนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลสะท้อนให้เห็นศักยภาพในด้านการจัดการองค์การและทรัพยากรที่ใช้ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยอบต. นาคา ซึ่งอาจเกี่ยวข้องหรือเชื่อมโยงกับ P factors และ S factors โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เสถียรภาพและภาวะผู้นำของอบต. นาคา และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็น P factors ที่มีอิทธิพลสูง แต่อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของการดำเนินมาตรการ ๑-๓-๗ ในภาพรวมโดยหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคานั้น ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในส่วนของงานเร่งด่วนและตอบโต้โรคไข้มาลาเรีย ส่งผลให้การระบาดของโรคขยายวงกว้าง ซึ่งได้ปรับแนวปฏิบัติในด้านกระบวนการและผลผลิตของการดำเนินการ

โดยร่วมกันกำหนดมาตรการ ๑-๒-๓ ทดแทน เพื่อให้ทำหายและให้เกิดประสิทธิผลสูงยิ่งขึ้น และอบต.นาคาก็ควรมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพยากรมากขึ้น

โดยสรุป การพัฒนานาคาโมเดลซึ่งประกอบด้วย ๔ กลยุทธ์ในการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยอบต.นาคา สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ของนาคาโมเดลที่เป็นรูปธรรมชัดเจน คือ การสร้างระบบและกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา และการจัดการองค์การและทรัพยากรที่ใช้ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยอบต.นาคา โดยเอื้ออำนวยให้เพิ่มศักยภาพในการจัดบริการสาธารณะโดยมุ่งเน้นการบริการค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียเชิงรุก ซึ่งเป็นแผนงานสำคัญที่บรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการงานเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔ โดยมีการกำกับ ติดตามและประเมินผลโดยคณะกรรมการดำเนินการป้องกันและระงับโรคติดต่อมาลาเรีย อย่างไรก็ตามแนวทางปฏิบัติการของแผนปฏิบัติการดังกล่าวควรต้องดำเนินการควบคู่กันไปการทดสอบและการบำรุงรักษานาคาโมเดลโดยอบต. และการขยายผลการศึกษาในอนาคต

๕.๓ ข้อเสนอแนะ

๕.๓.๑ ข้อมูลชนิด ชีวนิสัยของยุงพาหะและความไวต่อสารเคมีที่ใช้ควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่ ควรเป็นข้อมูลพื้นฐานที่งานกักตวงในแต่ละศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ควรทำการศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัดการพาหะนำโดยแบบผสมผสานอย่างเต็มรูปแบบ

๕.๓.๒ การจัดการโรคไข้มาลาเรียโดย อบต. จัดจ้าง “เจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง” ถือเป็นนวัตกรรมเชิงกระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยสามารถปฏิบัติงานเสมือนบุคลากรคนหนึ่งหน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ควรทำแผนงานส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในองค์กรเพื่อให้มีสมรรถนะที่สูงขึ้นในด้านการจัดการโรคติดต่อฯ โดยแมลง นับเป็นกรณีตัวอย่างที่ดีที่ควรขยายไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

๕.๓.๓ มาตรการ ๑-๒-๓ คือ รายงานผู้ป่วยเข้าระบบมาลาเรียออนไลน์ ภายใน ๑ วัน สอบสวนโรค ภายใน ๒ วัน ควบคุมโรค ภายใน ๓ วัน เป็นมาตรการเชิงนวัตกรรมตามหลักการ “รู้เร็ว สอบสวน และควบคุมเร็ว” ซึ่งในอนาคต หากมีการพัฒนาและจัดการให้เจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง สามารถจัดการโรคไข้มาลาเรียได้เสมือนเจ้าหน้าที่มาลาเรียคนหนึ่งอย่างเต็มรูปแบบและบันทึกข้อมูลในระบบมาลาเรียออนไลน์ได้ น่าจะส่งผลสัมฤทธิ์ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม

๕.๔ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๕.๔.๑ ควรศึกษาวิจัยปฏิบัติการขยายผลนาคาโมเดลสำหรับการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยองค์การบริหารส่วนตำบลนาคาและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา เพื่อวิเคราะห์ประเมินปัจจัยความสำเร็จและข้อจำกัดทั้งทางด้านระบบและกลไกการจัดการ งบประมาณ การสนับสนุนด้านกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ และวิชาการของ อบต.อื่นๆในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูงในเขต อบต.ทุกแห่งในภาคใต้ตอนบน

๕.๔.๒ ควรศึกษาวิจัยในประเด็นความหลากหลาย (ชนิด จำนวน และความชุกชุม) ของยุงก้นปล่องพาหะหลักและพาหะรองในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรีย (transmission area) และพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่โรค (transmission risk area) ที่เป็นพื้นที่เป้าหมายของการดำเนินโปรแกรมกำจัดโรคมาลาเรียใน

เขต อบต.และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล รวมถึงการเปลี่ยนแปลงประชากรยุงก้นปล่อง พะหวะหลักและพะหวะรองที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงการใช้ประโยชน์ที่ดิน การเปลี่ยนแปลงสภาพ ภูมิอากาศ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของยุงก้นปล่องพะหวะหลักและพะหวะรองที่ตอบสนองต่อ มาตรการควบคุมยุงพะหวะนำโรคมะลาเรีย เช่น การพ่นสารเคมีฤทธิ์ตกค้าง การชุบมุ้งฯ เพื่อเป็นข้อมูลเชิง ประจักษ์ (evidence) และเป็นข้อมูลนำเข้าที่สำคัญสำหรับกระบวนการตัดสินใจและการนํานโยบาย มาตรการไปปฏิบัติ (decision-making process and implementation) สำหรับผู้จัดการกลุ่มแผนงาน โรคมะลาเรีย ผู้จัดการแผนงานโรคมะลาเรียและผู้บริหารงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการ พะหวะนำโรคแบบผสมผสานอย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

๑. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๖๐.
๒. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล (CDCU/SRRT) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๑].
แหล่งข้อมูล: http://malaria.ddc.moph.go.th/downloadfiles/Malaria_Manual
๓. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับภาคีเครือข่ายระดับตำบลและอำเภอ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๑]. แหล่งข้อมูล: <http://๒๐๓.๑๕๗.๑๒๓.๗/diseasecontrol/wp-content/uploads/๒๐๑๘/๐๒>
๔. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. คู่มือการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา แผนพัฒนาสามปี แผนปฏิบัติการและการติดตามประเมินผล [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๑].
แหล่งข้อมูล: www.dla.go.th/work/planlocal/คู่มือ.htm
๕. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจัดทำและประสานแผนพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๖ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๑].
แหล่งข้อมูล: <http://e-plan.dla.go.th/activityImage/๔๐๓.pdf>
๖. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๑].
แหล่งข้อมูล: <http://www.dla.go.th/work/planlocal>
๗. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๕๒. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๑].
แหล่งข้อมูล: <http://web.krisdika.go.th/data/law/law๒/%CA๕๒/%CA๕๒-๒๐-๕๕๕๕-update.pdf>
๘. Osborn AF. Applied imagination: principles and procedures of creative problem solving. ๓rd ed. New York: Charles Scribner's Sons; ๑๙๖๓.
๙. De Bono E. Serious creativity: how to be creative under pressure and turn ideas into action. United Kingdom: Random House; ๒๐๑๕.
๑๐. De Bono E. Serious creativity: using the power of lateral thinking to create new ideas. New York: Harper Business; ๑๙๙๒
๑๑. Armstrong J. The value of formal planning for strategic decisions: review of empirical research. Strateg Manag J ๑๙๘๒;๓:๑๙๗-๒๑๑.
๑๒. O'Regan N, Ghobadian A. Formal strategic planning: the key to effective business process management, Bus Process Manag J ๒๐๐๒;๘:๔๑๖-๒๔.

๑๓. Humphrey AS. SWOT analysis for management consulting. SRI Alumni Association Newsletter ๒๐๐๕;๘:๗-๘.
๑๔. Aguilar FJ. Scanning the business environment. Macmillan, New York: MacMillan Company; ๑๙๖๗.
๑๕. Silinevicha V, Kalinina K. The development of the evaluation system of factors, influencing on the organization for the prevention of risks of its activity in the market in any field of activity, using PEST – analysis. Prof Stud: Theory Pract ๒๐๑๗;๓:๓๘-๔๔.
๑๖. Tacit Intellect. PESTLE analysis overview: PESTLE technique [Internet]. ๒๐๑๒ [cited ๒๐๑๙ Apr ๒๐]. Available from: <http://www.tacitintellect.co.za/wp-content>
๑๗. Yüksel İ. Developing a multi-criteria decision making model for PESTEL analysis. Int J Bus Manag ๒๐๑๒;๗:๕๒-๖๖.
๑๘. Bhumiratana A, Intarapuk A, Chujun S, Kaewwaen W, Sorosjinda-Nunthawarasilp P, Koyadun S. Thailand momentum on policy and practice in local legislation on dengue vector control. Interdiscip Perspect Infect Dis ๒๐๑๔;๒๐๑๔:๒๑๗๒๓๗.
๑๙. Satitvipawee P, Wongkhang W, Pattanasin S, Hoithong P, Bhumiratana A. Predictors for malaria-association rubber plantations in Thailand. BMC Public Health ๒๐๑๒;๑๒:๑๑๑๕.
๒๐. Bhumiratana A, Intarapuk A, Sorosjinda-Nunthawarasilp P, Maneekan P, Koyadun S. Border malaria associated with multidrug resistance on Thailand-Myanmar and Thailand-Cambodia borders: transmission dynamic, vulnerability, and surveillance. BioMed Res Int ๒๐๑๓;๒๐๑๓:๓๖๓๔๑๗.
๒๑. Pimnon S, Bhumiratana A. Adaptation of Anopheles vectors to anthropogenic malaria-associated rubber plantations and indoor residual spraying: Establishing population dynamics and insecticide susceptibility. Canadian J Infect Dis Med Microbiol ๒๐๑๘;๒๐๑๘: ๙๘๕๓๔๐๙.
๒๒. กรมสนับสนุนบริการ. นวัตกรรมสุขภาพตามรูปแบบบริการ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๑].
แหล่งข้อมูล: http://ict.hss.moph.go.th/fileupload_doc/๒๐๑๖-๐๔-๐๗-๖๓๙๔๘๘๕.pdf
๒๓. วิกีพีเดีย. การคิดเชิงออกแบบ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๑].
แหล่งข้อมูล: <https://th.wikipedia.org/wiki>
๒๔. th.hrnote.asia. กระบวนการของการคิดเชิงออกแบบ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๑].
แหล่งข้อมูล: <https://th.hrnote.asia/orgdevelopment/๑๙๐๗๐๒-design-thinking/>
๒๕. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงศึกษาธิการ. วงจรการพัฒนาระบบ รายงานการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๑].
แหล่งข้อมูล: www.bps.moe.go.th > wp-content > uploads > ๒๐๑๘/๑๑

๒๖. Slaymaker T, Christiansen K. Community-based approaches and service delivery: issues and options indifferent environments and partnerships ๒๐๐๕ Feb. [Internet]. [cited ๒๐๑๘ Mar ๒๔]. ๔๓ p.
Available from: <https://www.odl.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/๓๘๒๒.pdf>
๒๗. UNHCR. A Community-based Approach in UNHCR Operations. Geneva, Switzerland: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees ๒๐๐๘ Jan. [Internet]. [cited ๒๐๑๘ Mar ๒๔]. ๑๒๔ p.
Available from:<https://www.unhcr.org/publications/legal/๔๗ed๐e๒๑๒>
๒๘. Peters DH, El-Saharty S, Siadat B, Janovsky K, Vujicic M. Improving health service delivery in developing countries : from evidence to action. The International Bank for Reconstruction and Development : The World Bank. ๒๐๐๙. [Internet]. [cited ๒๐๑๘ Mar ๒๔]. ๓๖๖ p.
Available from:<https://openknowledge.worldbank.org/handle/๑๐๙๘๖/๑๒๓๓๕>
๒๙. สุริโย ชูจันทร์, อติศักดิ์ ภูมิรัตน์. แนวทางเชิงกลยุทธ์การระดมสมองอย่างมีประสิทธิภาพ. วารสารควบคุมโรค ๒๕๖๒;๔(๒):๑๑๕-๑๒๔.
๓๐. ทิพาวิดี เมฆสุวรรณค์. การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์. กรุงเทพมหานคร : คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ, ๒๕๔๓.
๓๑. พิฐวรณ กิติกุล. การพัฒนาระบบราชการโดยการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management : RBM). สำนักวิชาการ สำนักเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, มกราคม ๒๕๕๙. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๑].
แหล่งข้อมูล: <http://www.parliament.go.th/ebook/content-issue/๒๕๕๙/hil๒๕๕๙-๐๐๗.pdf>
๓๒. ดิเรก ปัทมสิริวัฒนา, กอบกุล รายระนาคร. การขับเคลื่อนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการจัดการบริการสาธารณะที่ดี. กรุงเทพมหานคร: ทีคิวพี; ๒๕๕๒.

ภาคผนวก ๑

บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ว่าด้วยความร่วมมือด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ใน ต.นาคา อ.สุขสำราญ จ.ระนอง

บันทึกข้อตกลง (MOU)

ว่าด้วยความร่วมมือด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ในอำเภอสุขสำราญ

ระหว่าง

หน่วยงานควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ที่ ๑๑.๕.๔ อำเภอเกาะเปอร์

กับ

องค์การบริหารส่วนตำบลนาคา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพควนไทรงาม
ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) แกนนำชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่เสี่ยงสูงต่อโรคติดต่อ นำโดยแมลง
อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

บันทึกข้อตกลงความร่วมมือฉบับนี้ จัดทำขึ้นระหว่างหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ที่ ๑๑.๕.๔ อำเภอเกาะเปอร์ กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่เสี่ยงสูงต่อโรคติดต่อ นำโดยแมลง โดยเฉพาะโรคไข้มาลาเรีย ซึ่งรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขกำหนดวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรีย (malaria elimination) ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๗” เพื่อให้เกิดกลไกการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรมในลักษณะ “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบและประสิทธิผล” ด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ในชุมชน โดยระดมสรรพกำลังในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ในชุมชนอย่างยั่งยืน ทั้งสองฝ่ายจึงตกลงความร่วมมือ ดังนี้

๑. เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง แบบมีส่วนร่วม สนับสนุนทรัพยากร ความรู้และขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

๒. การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ถือเป็นวาระสำคัญของอำเภอสุขสำราญ เพื่อยกระดับให้เป็น “อำเภอต้นแบบด้านการจัดการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง โดยเฉพาะการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย อย่างยั่งยืน” ของจังหวัดระนองและในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน

๓. แกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข รมรณรงค์ประสานความร่วมมือกับประชาชนในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ที่สำคัญในพื้นที่ โดยโรคไข้มาลาเรีย เน้น “การป้องกันตนเองจากการถูกยุงกัด เวลากางคืน” และใช้ “มาตรการ ๓ เก็บ ป้องกัน ๓ โรค” ได้แก่ ๑) เก็บบ้าน ให้ปลอดโปร่งไม่ให้ยุงลายเกาะพัก ๒) เก็บขยะ เศษภาชนะไม่ให้เป็นที่แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย และ ๓) เก็บน้ำ ปิดมิดชิดหรือเปลี่ยนถ่ายน้ำทุกสัปดาห์ ไม่ให้ยุงลายวางไข่ ซึ่งสามารถป้องกันได้ ๓ โรค คือ ใช้เสื่อออก โรคติดต่อเชื้อไวรัสชิคา และโรคไข้ปวดข้อยุงลาย

๔. สร้างและใช้มาตรการทางสังคมด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงในพื้นที่

๕. ชุมชนมีการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน โดยการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน

๖. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ดำเนินตามมาตรการ ๑-๒-๓ โรคไข้มาลาเรีย คือ รายงานผู้ป่วยเข้าระบบมาลาเรียออนไลน์ ภายใน ๑ วัน สอบสวนโรค ภายใน ๒ วัน ควบคุมโรค ภายใน ๗ วัน และมาตรการ ๓-๓-๑ โรคไข้เลือดออก คือ การรายงานโรคภายใน ๓ ชั่วโมง กำจัดยุง/แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายใน ๓ ชั่วโมง และควบคุมโรคในพื้นที่ภายใน ๑ วัน

บันทึกข้อตกลงนี้ จัดทำขึ้นเป็น ๒ ฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน ทุกฝ่ายได้อ่านทำความเข้าใจตามข้อตกลงโดยละเอียด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานและคู่สัญญาต่างยึดถือไว้ ฝ่ายละ ๑ ฉบับ

.../ลงนาม

ลงนาม ณ องค์การบริหารส่วนตำบลนาคา อำเภอสุระสำราญ จังหวัดระนอง เมื่อวันที่ ๓๗ พฤษภาคม ๒๕๖๓

(ลงนาม)

(นายจารึก บุรีรัตน์)

หัวหน้าหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ ๑๑.๕.๔ อำเภอเกาะเปอร์

กับ

(ลงนาม)

(นายศรียะมาเฟศ นาคา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาคา

(ลงนาม)

(นางสาวโสภาคุณ ภูษา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคา

(ลงนาม)

(นางสุภา รังหว่า)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพควนไทรงาม

(ลงนาม)

(๓๐ มิ.ย. ๖๓ ๐๗.๓๓๖๗)

ตัวแทนภาคีเครือข่าย

(ลงนาม)

(รศ.ดร.เพ็ญจันทร์ เสวตศรีสุกุล)

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

(ลงนาม)

(ผศ.อดิศักดิ์ ภูมิติน)

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ภาคผนวก ๒

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการป้องกันและระงับโรคติดต่อมาลาเรีย

สำนักงาน
คำถึงงาน
077-628651



คำสั่งองค์การบริหารส่วนตำบลนาคา
ที่ ๑๑๔/๒๕๖๑
เรื่อง ป้องกันและระงับโรคติดต่อมาลาเรีย

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาคา ร่วมภาคีเครือข่าย รณรงค์ร่วมมือกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ในเขตพื้นที่ตำบลนาคา อำเภอสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย พร้อมทั้งกำหนดมาตรการในการควบคุมโรค ร่วม รับผิดชอบและติดตามประเมินผล ดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาลาเรียโดยแมลงในพื้นที่ตำบลนาคา ให้เกิดผลเป็นรูปธรรมอย่างยั่งยืน นั้น

องค์การบริหารส่วนตำบลนาคา อาศัยพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วน ตำบลนาคา พ.ศ.๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ ๖ พ.ศ.๒๕๕๒ ตามมาตรา ๖๗ (๓) ป้องกันโรคและระงับ ควบคุมโรคดังกล่าว ได้ดำเนินการในรูปคณะกรรมการดำเนินการดังนี้

คณะกรรมการปรึกษา

- | | |
|---|---------------------|
| ๑.รศ.ดร.เพ็ญจันทร์ เศวตศรีสกุล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒.ผศ.อดิศักดิ์ ภูมิรัตน์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | รองประธานคณะกรรมการ |
| ๓.นายสุริโย ชูจันทร์ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อมาลาเรียที่ ๑๑.๒ นครศรีธรรมราช | กรรมการ |
| ๔.นายจารึก บุรีรัตน์ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อมาลาเรียที่ ๑๑.๕๔ อำเภอกะเปอร์ | กรรมการ |

คณะกรรมการอำนวยการ

- | | |
|--------------------------------------|---------------------|
| ๑.นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาคา | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒.ประธานสภาองค์การบริหารส่วนตำบลนาคา | รองประธานคณะกรรมการ |
| ๓.รองนายกสมชาย บัวลำเลิศ | กรรมการ |
| ๔.รองนายกชรินทร์ พรรณรังศรี | กรรมการ |
| ๕.นายแพทย์ถาวร สาสี | กรรมการ |
| ๖.ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาคา | กรรมการ/เลขานุการ |

คณะปฏิบัติการ

- | | |
|--|---------------------|
| ๑.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคา | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพควนไทรงาม | รองประธานคณะกรรมการ |
| ๓.อสม.พื้นที่ตำบลนาคา | กรรมการ |
| ๔.ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วของ รพ.สต.ตำบลนาคา (SRRT) | กรรมการ |
| ๕.ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วของ รพ.สต.ควนไทรงาม | กรรมการ |
| ๖.นางสาวศิริพร อภัยสุโร นักพัฒนาชุมชนตำบลนาคา | กรรมการ/เลขานุการ |
| | .../คณะกรรมการ |

คณะกรรมการติดตามประเมินผล

- | | |
|--|---------------------|
| ๑.ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาคา | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒.ผู้อำนวยการสำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาคา | รองประธานคณะกรรมการ |
| ๓.ผช.เลขา สปสช.ตำบลนาคา | กรรมการ |
| ๔.เจ้าหน้าที่ฝ่าย สปสช.ตำบลนาคา | กรรมการ/เลขานุการ |

ทั้งนี้ให้ดำเนินการตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๗ เดือน พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๑

(นายคนรอม้าเฟด นาคา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาคา

ภาคผนวก ๓

แผนพัฒนาท้องถิ่น ๔ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๔) เพิ่มเติม ฉบับที่ ๒/๒๕๖๑

รายละเอียดโครงการพัฒนา
แผนพัฒนาท้องถิ่นปี (พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๔) เพิ่มเติม ฉบับที่ ๒/๒๕๖๑
สำหรับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ
องค์การบริหารส่วนตำบลนาคา

แบบ ร.๐๓

๒.๓ แผนงานเกษตรชุมชน

ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย (ผลผลิตของโครงการ)	งบประมาณและที่ผ่านมา				ตัวชี้วัด (KPI)	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก
				๒๕๖๑ (บาท)	๒๕๖๒ (บาท)	๒๕๖๓ (บาท)	๒๕๖๔ (บาท)			
๒	โครงการก่อสร้างศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๖ บ้านแหลมบัว	เพื่ออำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมต่างๆ	ก่อสร้างศาลาอเนกประสงค์ กว้าง ๘ เมตร ยาว ๑๒ เมตร	-	๒๐๐,๐๐๐	-	-	ร้อยละที่ประชาชนพึงพอใจ	ประชาชนมีสถานที่สำหรับจัดกิจกรรมร่วมกัน	กองช่าง
รวม ๒ โครงการ				-	๒๐๐,๐๐๐	-	-			

๒.๔ แผนงานสาธารณสุข

ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย (ผลผลิตของโครงการ)	งบประมาณและที่ผ่านมา				ตัวชี้วัด (KPI)	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก
				๒๕๖๑ (บาท)	๒๕๖๒ (บาท)	๒๕๖๓ (บาท)	๒๕๖๔ (บาท)			
๓	โครงการพัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และควบคุมโรคติดต่อโดยแมลง	เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโดยแมลง	จ้างเหมาพนักงานควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงในชุมชน	๗๐,๐๐๐	๑๐๘,๐๐๐	๑๐๘,๐๐๐	๑๐๘,๐๐๐	ร้อยละที่ผู้รับบริการพึงพอใจ	สามารถป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงได้	สำนักปลัด