

การประเมินความเสี่ยงและระดับสมรรถนะชุมชนเพื่อเตรียมชุมชนในแก้ปัญหาโรค
ไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน ตำบลบ่อต้อ อำเภอรอนดง จังหวัดสงขลา

Risk Assessment and Community Capacity Level to Community Preparation
for Sustainable Dengue Problem Solution in Boutue Sub-district,
Songkhla Province

จิตรทิพย์ จันมณี¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา สุวรรณบำรุง²
Jittip Chanmanee¹ and Asst.Prof.Dr. Charuai Suwanbamrung²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงและระดับสมรรถนะชุมชนเพื่อเตรียมชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก ดำเนินการในพื้นที่ 5 หมู่บ้าน ตำบลบ่อต้อ อำเภอรอนดง จังหวัดสงขลา รวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed method of data collecting) และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยระยะที่ 1: เตรียมความพร้อมของชุมชน ระยะที่ 2: ประเมินความเสี่ยงด้วยรวบรวมข้อมูลการป่วยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ประชุมกลุ่ม อสม. หมู่บ้านละ 1 ครั้ง และประเมินสมรรถนะแกนนำจำนวน 123 คน (จาก 123 ครั้วเรือน) ด้วยแบบประเมินสมรรถนะแกนนำ 14 ด้านจำนวน 115 ข้อ และประเมินสมรรถนะประชาชน จำนวน 572 คน (จาก 572 ครั้วเรือน) ด้วยแบบประเมินสมรรถนะประชาชน 11 ด้านจำนวน 83 ข้อ ดำเนินการรวบรวมวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาและเปรียบเทียบรายหมู่บ้านและรายด้านของสมรรถนะ และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ประเด็น และระยะที่ 3: ประชุมคืนข้อมูลแก่ชุมชนเพื่อวางแผนในการแก้ปัญหาของแต่ละหมู่บ้านและตำบล

ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะแกนนำโดยรวมมีระดับสูง (\bar{X} ; SD : 347 ; 50.8) และ สมรรถนะประชาชนโดยรวมระดับปานกลาง (\bar{X} ; SD : 227 ; 53.9) และมีความแตกต่างของระดับสมรรถนะแกนนำและประชาชนของแต่ละหมู่บ้าน ($p < .05$) ในรายด้านพบว่าสมรรถนะด้านความสามารถผู้นำศาสนา และด้านความสามารถกลุ่มแกนนำหลักมีระดับต่ำ สำหรับค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายโดยรวมของตำบลสูงมาก (BI=134.5, HI=57, CI=13.4) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกโดยรวมเมื่อจำแนกระดับความเสี่ยงแบ่งได้ 3 กลุ่ม

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อต้อ อำเภอรอนดง จังหวัดสงขลา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ 222 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

คือ หมู่บ้านเสี่ยงสูง คือหมู่ที่ 5 บ้านโพธิ์ มีคะแนนความเสี่ยงสูงกว่าอีก 4 หมู่บ้านพบดัชนีลูกน้ำยุงลายมีค่าสูงมาก (BI=128.9, HI=55.2, CI=14.5) สมรรถนะแกนนำมีระดับต่ำ (\bar{X} ; SD : 324 ; 58.4) ขณะที่สมรรถนะประชาชนมีระดับกลาง (\bar{X} ; SD : 214.8 ; 57.2) ส่วนหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ คือ หมู่ที่ 4 วัดประดู่ มีคะแนนความเสี่ยงต่ำสุดแต่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูง (BI=156.9, HI=60.2, CI=13.1) สมรรถนะแกนนำอยู่ในระดับสูง (\bar{X} ; SD : 375.1 ; 43.3) ขณะที่สมรรถนะประชาชนมีระดับกลาง (\bar{X} ; SD : 236.0 ; 55.1) และอีก 3 หมู่บ้านมีความเสี่ยงระดับปานกลางและระดับสมรรถนะแกนนำมีระดับสูง และสมรรถนะประชาชนมีระดับปานกลาง และมีประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาของชุมชน

คำสำคัญ: การประเมินความเสี่ยง, ระดับสมรรถนะชุมชน, การแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

Abstract

The objectives of current study were to evaluate the risk assessment and community capacity assessment in total of district and each village. Methods: Mixed method of data collecting and community participatory approach were using on five communities in Boutue Sub-district, Songkhla Province. First phase: community preparation, leader and non-leader. Second phase: risk assessment based on secondary data collection, interview of the health provider, one group discussion per village, and leader capacity assessment of the 123 leaders (123 households) with 14 domains of leader assessment tool (115 items), and non-leader capacity assessment of the 572 non-leaders (572 households) with 11 domains of non-leaders (83 items) Data collection and analysis of community capacity were descriptive statistic and comparative mean statistic among domains and villages. Thematic analysis was used for qualitative data of group discussion and open end question. Third phase: Data feedback to community for preparation plan in each village.

Results: There were the high level of leader capacity (\bar{X} ; SD : 347 ; 50.8), the moderate level of non-leader (\bar{X} ; SD : 227 ; 53.9) and differential statistics significant between of total leader capacity and non-leader capacity ($p < .05$). The domain "Religion leader capacity" and "Dengue working group" were low capacity level. Larval indices level of the district were high (BI=134.5; HI=57; CI=13.4). The district was hinge risk dengue problem and devising in three groups: high, moderate, and low level. Moo 5 (BanPou

village) was higher risk score than other villages and found high larval indices (BI=128.9; HI=55.2; CI=14.5), leader capacity was low level (\bar{X} ; SD : 324 ; 58.4), whereas non-leader capacity was moderate level (\bar{X} ; SD : 214.8 ; 57.2). Whereas, Moo 4 (Watpradu village) was the low risk of dengue. The community capacity showed the high level of leader capacity (\bar{X} ; SD : 375.1 ; 43.3), and moderate level of non-leader capacity (\bar{X} ; SD : 236.0 ; 55.1). However, the larval indices were high (BI=156.9; HI=60.2; CI=13.1). Three villages (moo 1; 2; and 3) were moderate level of leader capacity, and high level of non-leader. Moreover, thematic analysis found several themes of problem and suggestion. Conclusion, dengue risk area assessment and community capacity level assessment.

Keywords: Risk Assessment, Community Capacity Level, Sustainable Dengue Problem Solution

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกพื้นที่ในจังหวัด เช่นเดียวกับตำบลบ่อตรุ อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อตรุ ประกอบด้วย 5 หมู่บ้าน จากข้อมูลอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกโดยรวมของตำบลบ่อตรุในปี พ.ศ. 2551-2556 พบว่ามีอัตราการป่วย 108, 13, 81, 27, 13 และ 40 รายต่อ 100,000 ประชากร ตามลำดับ แม้ว่าชุมชนมีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้มีการดำเนินการมาตลอดทุกปี แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินการดังกล่าวไม่ได้มีผลต่อการลดการแพร่กระจายของไข้เลือดออกพบการระบาดปีเว้นสองปีและอัตราการป่วยบางปียังสูงกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดของประเทศ (อัตราการป่วยไม่มากกว่า 20 ต่อแสนประชากร จากการสนทนากับกลุ่มกับบางส่วนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของตำบลบ่อตรุ พบว่า การดำเนินการที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงของอสม. การพ่นหมอกควัน และการแจกทรายอะเบท เท่านั้น

ทั้งนี้ในการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อในชุมชนจึงเป็นทางเลือกเดียวในการลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำโครงการควบคุมพาหะแบบบูรณาการที่มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ต้องมีการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพและชุมชนมีความเข้มแข็ง 2) มีความร่วมมือระหว่างองค์กรสุขภาพและภาคส่วนอื่นๆ

3) ส่งเสริมให้มีการควบคุมโรคอย่างบูรณาการโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด 4) มีการตัดสินใจโดยอิงหลักฐาน เพื่อให้มีการออกมาตรการที่เหมาะสม และ 5) มีการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์การระบาดในแต่ละที่อยู่เสมอ ประกอบกับแนวคิดทางวิทยาการระบาดแนวใหม่ในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกต้องการเน้นชุมชนในการดำเนินการ โดยมีการดำเนินการของทุกภาคส่วน การประสาน การพัฒนาความสามารถในระดับพื้นที่และส่วนกลาง ดังนั้นการสนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็งและมีความยั่งยืนจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ จึงมีการนำแนวคิดการสร้างสมรรถนะชุมชน (Community capacity building) ในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน มาใช้ในการสร้างสมรรถนะหรือความสามารถของชุมชน เน้นกระบวนการสร้างสมรรถนะ (Community capacity) โดยชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการประเมิน การคิด การวางแผน และการดำเนินการ ตลอดถึงการมีเครื่องมือในการประเมินการเปลี่ยนแปลง ตลอดถึงการประเมินความเสี่ยงที่มีความครอบคลุมเพื่อช่วยในการจัดลำดับและการจัดการที่เหมาะสมกับพื้นที่ระดับชุมชนหมู่บ้าน (Community) โดยเน้นการประเมินปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคและปัจจัยด้านโอกาสการเกิดการระบาดของโรค

เพื่อดำเนินการสร้างสมรรถนะชุมชนเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน ชุมชนต้องเข้าใจความเสี่ยงของพื้นที่และระดับสมรรถนะชุมชนว่ามีสมรรถนะอยู่ในระดับใด สมรรถนะชุมชนด้านใดที่ต้องการพัฒนาที่เหมาะสมกับพื้นที่

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ระดับหมู่บ้านของตำบลบ่อตรุ และประเมินระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยรวมของตำบลและรายหมู่บ้าน ผลการวิจัยที่ได้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อตรุ ตลอดจนผู้รับผิดชอบระดับนโยบายของท้องถิ่นสามารถใช้ผลการประเมินเพื่อประกอบกับผลของเครื่องชี้วัดอื่น ๆ ในการกำหนดแผนป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน

กรอบคิดในการวิจัย

กรอบการดำเนินการประเมินสถานการณ์ปัญหาเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ครั้งนี้เสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของพื้นที่และระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก กล่าวคือ

1. กรอบคิดในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ระดับหมู่บ้านแนวคิดในการดำเนินการกำหนดพื้นที่เสี่ยงโรคไข้เลือดออกระดับหมู่บ้าน ได้ประยุกต์จากการกำหนดพื้นที่เสี่ยงของตำบลจากคู่มืออำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง โดย “ความเสี่ยง” หมายถึงโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดความเสียหาย การรั่วไหล ความสูญเปล่า หรือเหตุการณ์

ซึ่งไม่พึงประสงค์ที่ทำให้งานไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด โดยประเมินระดับความเสี่ยงจากปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค และปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด ประกอบด้วย

1.1 ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกประกอบด้วยการประเมิน 3 ข้อย่อยได้แก่ 1) พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area) หมายถึง พื้นที่ (ระดับตำบล) ที่เกิดการระบาดบ่อยครั้งในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา แนวคิดการประเมินมาจากการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่บ่อยครั้ง แสดงว่าในพื้นที่ดังกล่าวมีปัจจัยต่างๆเอื้อต่อการเกิดโรคได้ง่าย (คะแนน 1-5) 2) ระดับภูมิคุ้มกันในชุมชน (Herd Immunity) หมายถึง ค่าเฉลี่ยอัตราป่วยของพื้นที่ (ระดับตำบล) ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา เป็นแนวคิดการประเมินโดยใช้ค่าอัตราป่วยย้อนหลัง 3 ปี เป็นการอนุมานระดับของภูมิคุ้มกันในชุมชน ซึ่งพื้นที่ใดหากมีการระบาดมาก ก็น่าจะมีระดับภูมิคุ้มกันสูงกว่าพื้นที่ที่มีการระบาดน้อย ดังนั้นพื้นที่ที่มีค่าเฉลี่ยอัตราป่วยสูงในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา น่าจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการระบาดในปีถัดไปต่ำกว่า (คะแนน 1-5) และ 3) อุบัติการณ์โรคในปีปัจจุบัน (Incidence) หมายถึง อัตราป่วยของโรคไข้เลือดออก ณ ปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน (Median) ย้อนหลัง 5 ปี ทั้งนี้ แนวคิดจากรูปแบบการเกิดโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา พบว่า ในพื้นที่ที่เกิดโรคต่อเนื่อง หากการระบาดลดลงต่ำสุดในรอบ 5 ปีในปีถัดไปจะมีโอกาสระบาดสูง (คะแนน 1-5)

1.2 ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด ประกอบด้วยการประเมิน 3 ข้อย่อย ได้แก่ 1) การเคลื่อนย้ายประชากร หมายถึง โอกาสที่จะทำให้เกิดการไหลเวียนของไวรัสในพื้นที่ ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสการระบาดของเชื้อเลือดออก (คะแนน 1-3) 2) ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่ หมายถึง โอกาสเสี่ยงต่อการระบาดของเชื้อเลือดออกในกลุ่มประชากรที่อยู่รวมตัวกันหนาแน่นโดยพิจารณาจากขนาดของพื้นที่ (คะแนน 1-5) และ 3) การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของชุมชนด้านเชื้อเลือดออก การให้ค่าน้ำหนักตามการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ที่มีส่วนร่วมสูงมากถึงต่ำมาก (คะแนน 1-5)

2. กรอบคิดการประเมินสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคเชื้อเลือดออก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ

ด้านที่ 1 คือ บริบทของชุมชน (Community-based dengue prevention and control) โดยเน้นชุมชนระดับท้องถิ่นที่เป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินการขั้นพื้นฐาน การกำหนดพื้นที่ระดับตำบล (Sub-district) ซึ่งมีการบริหารจัดการที่เชื่อมต่อระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่นเปรียบได้กับปัจจัยนำเข้า กำหนดประชากรเป้าหมายในชุมชนตามกรอบคิดความรับผิดชอบในการจัดการเชื้อเลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนขององค์การอนามัยโลก และกรอบคิดการประเมินสมรรถนะชุมชน ที่สามารถกำหนดเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มแกนนำ ได้แก่กลุ่มที่แสดงออกถึงการทำกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเชื้อเลือดออก เป็นตัวแทนชุมชนที่มีหน้าที่โดยตรง

หรือผู้ที่อาสาเข้าร่วมทำหน้าที่สร้างความยั่งยืน และ 2) กลุ่มประชาชนในชุมชนของแต่ละครัวเรือนในชุมชน

ด้านที่ 2 คือ กระบวนการสร้างสมรรถนะชุมชน (Community capacity building) หมายถึงกระบวนการเพิ่มความสมรรถนะของชุมชนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเชื้อเลือดออก ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การสำรวจ (Define) องค์ประกอบสมรรถนะและการสร้างเครื่องมือที่ใช้ประเมิน 2) การทำประเมินสมรรถนะชุมชน 3) กำหนดกลยุทธ์และดำเนินการสร้างสมรรถนะ และ 4) การติดตามประเมินผล การสร้างสมรรถนะชุมชนทั้ง 4 ขั้นตอนจะหมุนเป็นวงจรที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการดำเนินการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่นำไปสู่ผลลัพธ์ของสร้างสมรรถนะชุมชน

โดยสมรรถนะของชุมชนประกอบด้วยความสามารถของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคเชื้อเลือดออกที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (Community capacity of community-based dengue prevention and control) คือ ชุดของคุณลักษณะของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคเชื้อเลือดออกทั้งการกำหนด การวิเคราะห์ การปฏิบัติ และการประเมินผล โดยคุณลักษณะดังกล่าวคือองค์ประกอบของความสามารถชุมชนจากการการศึกษาที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องและการทดสอบในภาคสนามที่เป็นบริบทของชุมชนภาคใต้ของประเทศไทย พบว่าสมรรถนะหรือความสามารถของชุมชนมี 14 องค์ประกอบ

ได้แก่ 1) ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต 2) ด้านภาวะผู้นำส่วนบุคคล 3) ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข 4) ด้านการประเมินความต้องการ 5) ความรู้สึกร่วมกับชุมชน 6) ด้านเครือข่ายของกลุ่มผู้นำชุมชน 7) ด้านการสื่อสารข้อมูล 8) ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชน 9) ด้านผู้นำศาสนา 10) ด้านเครือข่ายผู้นำชุมชนกับชุมชน 11) ด้านการจัดการทรัพยากร 12) ด้านกลุ่มแกนนำหลัก 13) ด้านการมีส่วนร่วม 14) ด้านการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบดังกล่าวสามารถวัดได้ด้วยแบบประเมิน 115 ข้อ สำหรับกลุ่มประชาชน มี 11 องค์ประกอบ 1) ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต 2) ด้านภาวะผู้นำส่วนบุคคล 3) ด้านผู้นำศาสนา 4) ด้านภาวะผู้นำของชุมชน 5) ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข 6) ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน 7) ด้านการสื่อสารข้อมูล 8) ด้านการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 9) ด้านกลุ่มแกนนำหลัก 10) ด้านการจัดการทรัพยากร 11) ด้านการประเมินความต้องการ โดยสามารถประเมินด้วยแบบสอบถาม จำนวน 83 ข้อ

ด้านที่ 3 คือ ผลลัพธ์ที่แสดงถึงความยั่งยืนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก (Sustainable community-based dengue prevention and control) โดยเกณฑ์ประเมินที่บ่งชี้ถึงความยั่งยืนในการป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนประกอบด้วยผลลัพธ์ 4 ด้าน คือ 1) กิจกรรมหรือพฤติกรรมการป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออก 2) ด้านสมรรถนะชุมชนทั้งสมรรถนะแกนนำ 14 ด้าน และสมรรถนะประชาชน 11 ด้าน 3) ดัชนีด้านกัญ

วิทยา คือ ดัชนีลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ อัตราบ้านที่มีลูกน้ำยุงต่อจำนวนบ้านทั้งหมดที่สำรวจ (HI) อัตราภาชนะที่มีลูกน้ำต่อจำนวนบ้านที่ทั้งหมดที่สำรวจ (BI) และ ค่าอัตราของภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายต่อภาชนะที่สำรวจทั้งหมด (CI) และ 4) ดัชนีทางด้านวิทยาการระบาด ได้แก่ อัตราการป่วยและการป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก

รูปแบบการสร้างสมรรถนะชุมชนเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกต้องมีการประเมินระดับสมรรถนะชุมชน (Community capacity assessment) การพัฒนาสมรรถนะ และประเมินผลซ้ำอีกครั้งโดยชุมชน ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้จึงต้องการประเมินความเสี่ยงและระดับสมรรถนะชุมชนในแต่ละพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสร้างสมรรถนะชุมชนฯ ดังแผนภูมิที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

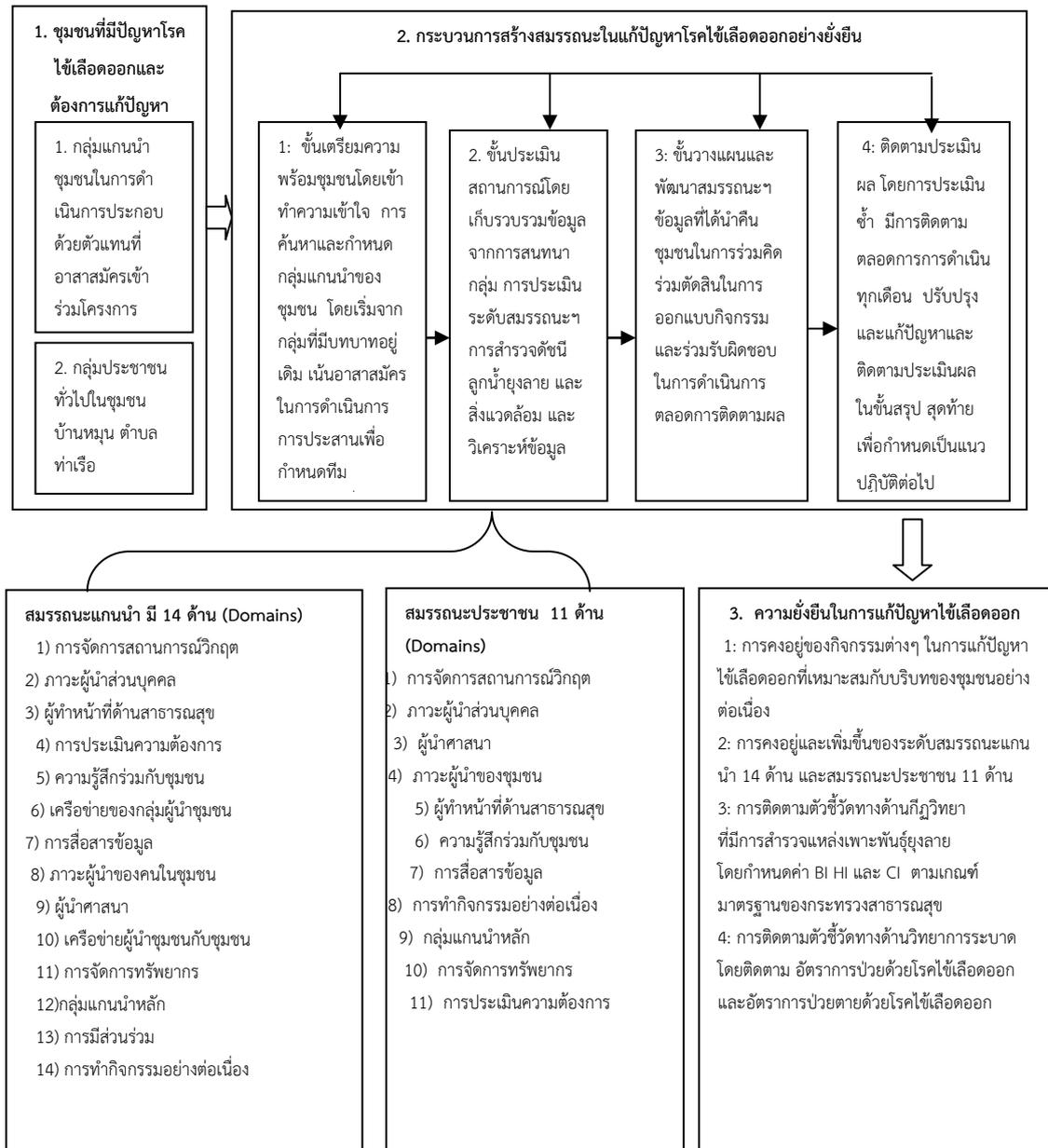
1. รูปแบบการวิจัย การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) สำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participatory) พื้นที่ในดำเนินการคือพื้นที่ 5 หมู่บ้านตำบลบ่อตรุ อำเภอรอนดง จังหวัดสงขลา อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตรุ คัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจงโดยพิจารณาจากอัตราการป่วยซ้ำซาก และชุมชนมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย กำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมาย ตามกรอบคิดความรับผิดชอบในการจัดการไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามเกณฑ์การสำรวจดัชนี

ลูกน้ำยุงลายขององค์การอนามัยโลก และกรอบ
คิดการประเมินสมรรถนะชุมชน

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำสู่การ
ปฏิบัติที่เป็นชุมชนขนาดใหญ่ กำหนดโดยสุ่มกลุ่ม
ตัวอย่างจำนวนร้อยละ 10 ของหลังคาเรือน
ทั้งหมดในชุมชน หรือ ดำเนินการสุ่มอย่างน้อย
100 หลังคาเรือน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึง
กำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้ง 100 คนจากตัวแทน 100
หลังคาเรือนต่อหมู่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างของ
ประชาชนจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มแกนนำชุมชน เป็นตัวแทนผู้ที่มี
หน้าที่รับผิดชอบระดับชุมชน โดยส่งเสริมการ
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน
โดยเน้น อสม. ที่ทำหน้าที่ในการป้องกันโรค
ไข้เลือดออกในชุมชน ที่มีประสบการณ์การทำ
หน้าที่หรืออยู่ในชุมชนมานานกว่า 1 ปี สามารถ
สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ อายุเท่ากับหรือ
มากกว่า 18 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัยในการ
วิจัย รวม 5 หมู่บ้าน 123 คน

1.2 กลุ่มประชาชนทั่วไปในชุมชน เป็น
ตัวแทนของสมาชิกในครัวเรือน ที่อาศัยอยู่ใน
ชุมชนอย่างต่อเนื่องมานานกว่า 1 ปี อายุเท่ากับ
หรือมากกว่า 18 ปี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
เข้าใจ ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ทำการสุ่มครัวเรือน
จำแนกตามจำนวนประชากรของแต่ละหมู่บ้าน
รวมจำนวน 100 คนต่อ 100 ครัวเรือนต่อ 1
หมู่บ้าน รวม 5 หมู่บ้าน 572 คน



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดรูปแบบการสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืนโดยการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในส่วนของประเมินความเสี่ยงและระดับสมรรถนะชุมชน

2. ขั้นตอนการดำเนินการประเมิน มีการดำเนินการกิจกรรมการเป็น 3 ระยะ กล่าวคือ

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมของชุมชน ทีมวิจัยเข้าไปทำความเข้าใจบริบทของชุมชนและการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับต่อหมู่บ้าน ทีมวิจัยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาไข้เลือดออกของตำบล โดยการประชุมร่วมกับ องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อสม. ตัวแทนประชาชน ผู้นำศาสนาและครูในโรงเรียนที่อยู่ในหมู่บ้าน โดยพื้นที่แต่ละหมู่บ้านมีทีมแกนนำ ที่สามารถดำเนินการ

ระยะที่ 2 การประเมินสถานการณ์

2.1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ดำเนินการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของแต่ละหมู่บ้านจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอดตุร ประกอบด้วย 1) ข้อมูลจำนวนครัวเรือนและประชากร อุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2551-2555 ข้อมูลสภาพแวดล้อมของพื้นที่ การเคลื่อนย้ายและความหนาแน่นของประชากร และข้อมูลความร่วมมือในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก 2) การประชุมแกนนำ อสม. เพื่อหาประเด็นปัญหา และแนวทางในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก

2.2 ประเมินสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนโดยการสอบถามตามแบบสอบถามร่วมกับการสำรวจทางด้าน ภูมิวิทยา และระบาดวิทยาของไข้เลือดออกโดยเครื่องมือที่มีความตรงด้านเนื้อหา

ความตรงด้านโครงสร้าง และมีความเที่ยง ทั้งนี้ทีมวิจัยดำเนินการชี้แจงและอธิบายขั้นตอนและหลักการเก็บข้อมูลแก่ทีมแกนนำ เนื่องจากเป็นการวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นพื้นฐานในการพัฒนาความสามารถของชุมชนจะดำเนินการโดยทีมดำเนินการที่กำหนดขึ้นด้วยความสมัครใจที่ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการจากทีมวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลวางแผนในการดำเนินการประเมินชุมชนฯ ดำเนินการประเมินสมรรถนะชุมชนฯโดยมีการประเมินร่วมกับการสำรวจลูกน้ำยุงลาย

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลและการคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชน ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและประชุมคืนข้อมูลแก่ชุมชน ได้แก่ 1) ข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ได้แก่ ระดับความเสี่ยงของพื้นที่ในแต่ละหมู่บ้าน และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย และ 2) ข้อมูลระดับสมรรถนะชุมชนฯ และ 3) ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม อสม. ในการรับรู้ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขปรับปรุง

3. เครื่องมือในการประเมิน

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสมรรถนะชุมชนเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่าน และทดสอบความเที่ยงจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเดียวกับกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา จำนวน 60 รายต่อแบบสอบถามแบบสอบถามสมรรถนะแกนนำ มีค่าความเที่ยงโดยรวม 0.98 และมีค่าความเที่ยงรายด้านอยู่ในช่วง 0.81 ถึง 0.94 และแบบสอบถาม

สมรรถนะประชาชน มีค่าความเที่ยง โดยรวม 0.97 และมีค่าความเที่ยงรายด้านอยู่ในช่วง 0.81 ถึง 0.94 และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 คือ แบบประเมินสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรค ใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน ส่วนที่ 3 คือ แบบประเมินสิ่งแวดล้อมและการสำรวจลูกน้ำยุงลาย และ ส่วนที่ 4 คือ ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ

ทั้งนี้แบบประเมินสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกส่วนที่ 2 จะแบ่งเป็น 2 ชุด คือ 1) แบบสอบถามสำหรับความสามารถของผู้นำชุมชน และ 2) แบบสอบถามความสามารถของกลุ่มประชาชนทั่วไป กล่าวคือ

1) แบบสอบถามแบบสอบถามความสามารถสำหรับแกนนำชุมชน (Leaders) มี 14 ด้าน คือ (1) การจัดการสถานการณ์วิกฤต (จำนวน 9 ข้อ) (2) ภาวะผู้นำของตัวบุคคล จำนวน 12 ข้อ (3) ความสามารถของผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข จำนวน 8 ข้อ (4) การประเมินความต้องการในการจัดการโรคใช้เลือดออก จำนวน 8 ข้อ (5) ความรู้สึกร่วมกับชุมชน จำนวน 11 ข้อ (6) เครือข่ายของกลุ่มผู้นำชุมชนจำนวน 11 ข้อ (7) การสื่อสารข้อมูล จำนวน 10 ข้อ (8) ภาวะผู้นำของคนในชุมชน จำนวน 8 ข้อ (9) ความสามารถของผู้นำศาสนา จำนวน 9 ข้อ (10) เครือข่ายผู้นำชุมชนกับประชาชนทั่วไป จำนวน 7 ข้อ (11) การจัดการทรัพยากร จำนวน 4 ข้อ (12) ความสามารถของกลุ่มแกนนำหลัก จำนวน 6 ข้อ

(13) การมีส่วนร่วม จำนวน 6 ข้อ และ (14) การทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมดสำหรับกลุ่มผู้นำชุมชน 115 ข้อ

2) แบบสอบถามสำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป (Non-Leaders) มี 10 ด้าน คือ (1) การจัดการสถานการณ์วิกฤต (13 ข้อ) (2) ภาวะผู้นำของตัวบุคคล จำนวน 8 ข้อ (3) ความสามารถของผู้นำศาสนา จำนวน 10 ข้อ (4) ภาวะผู้นำของคนในชุมชน จำนวน 8 ข้อ (5) ความสามารถของผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข จำนวน 6 ข้อ (6) ความรู้สึกร่วมกับชุมชน จำนวน 8 ข้อ (7) การสื่อสารข้อมูล จำนวน 7 ข้อ (8) การทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 ข้อ (9) ความสามารถของกลุ่มแกนนำหลัก จำนวน 7 ข้อ (10) การจัดการทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ และ (11) การประเมินความต้องการในการจัดการโรคใช้เลือดออก จำนวน 4 ข้อ และ รวมข้อคำถามทั้งหมดสำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป 83 ข้อ

3.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคใช้เลือดออกของแต่ละหมู่บ้าน โดยประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคใช้เลือดออกของพื้นที่ จำแนกเป็น 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคใช้เลือดออก ที่มีหัวข้อย่อยในการประเมิน (1) พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area) (2) ระดับภูมิคุ้มกันในชุมชน (Herd Immunity) และ (3) อุบัติการณ์โรคในปีปัจจุบัน (Incidence) และ 2) ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาดประกอบด้วย (1) การเคลื่อนย้ายประชากร (2) ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่ และ (3) การมีส่วนร่วม/ความ

เข้มแข็งของชุมชนด้านไข้เลือดออก

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ดำเนินการขออนุญาตจากองค์การบริหารส่วนตำบลบ่อตู่ อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา โดยขอความยินยอมจากอาสาสมัครกลุ่มแกนนำที่เข้าร่วมโครงการก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลโดยกลุ่มอาสาสมัครแกนนำที่ได้รับการฝึกและเข้าใจเป้าหมายการเก็บข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามปลายเปิด ส่วนมีข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสำรวจ และตอบแบบสอบถาม ดังนั้นในแต่ละพื้นที่ที่ทั้งทดลองและควบคุม สามารถแยกการวิเคราะห์ข้อมูลจึงแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ ประเด็นสำคัญ (Thematic analysis) จากข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามปลายเปิด และการสนทนากลุ่ม ว่ามีประเด็นการรับรู้ปัญหาของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ และแนวทางในการแก้ไขเป็นอย่างไร

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดย

(1) ข้อมูลทั่วไปของแกนนำและประชาชน ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเป็นจำนวนความถี่ (Frequencies) และร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล และเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะ

สิ่งแวดล้อมระหว่างหมู่บ้านด้วยสถิติ Chi-square test และวิเคราะห์ข้อมูลอายุ รายได้ครอบครัว ต่อเดือน จำนวนครั้ง และ ด้วยสถิติANOVA

(2) ข้อมูลประเมินสิ่งแวดล้อมของครัวเรือนของแกนนำและประชาชน ทำการวิเคราะห์ความถี่ของ ลักษณะของบ้านที่เป็นบ้านเดี่ยว ลักษณะของวัสดุที่ใช้ในการก่อสร้างบ้าน สภาพแวดล้อมที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และลักษณะของชุมชน และเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะสิ่งแวดล้อมระหว่างหมู่บ้าน Chi-square test

(3) แบบสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลายของครัวเรือนของแกนนำและประชาชน คำนวณตามมาตรฐานทางกีฏวิทยาที่มีการใช้ในการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI, BI และ CI) ของแต่ละชุมชน และวิเคราะห์ในภาพรวมของตำบลและรายหมู่บ้าน

(4) ข้อมูลระดับสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับสมรรถนะชุมชน แบ่งเป็น 4 ระดับจากหลักการอิงเกณฑ์ (Criterion reference) คือความสามารถในระดับน้อยที่สุด ปานกลาง มาก และมากที่สุด และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะแกนนำโดยรวมและรายด้านด้วยสถิติอนุพาราเมตริก Kruskal-Wallis Test และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วย Mann-Whitney test โดยและวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะประชาชนโดยรวมและรายด้านด้วยสถิติอนุพาราเมตริก Multiple comparisons และ

ทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยสถิติ Pairwise comparisons

ผลการวิจัย

1. ความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก จากการรวบรวมข้อมูลตามเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (17) ประกอบด้วยอัตราการป่วย ระดับความเสี่ยง สภาพแวดล้อมของชุมชน และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย

1.1 ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของพื้นที่

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ จำแนกเป็น 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และ 2) ปัจจัยด้านโอกาสการเกิดโรค โดยประเมินจากเกณฑ์การประเมินแต่ละข้อ คือ

1.1.1 ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก โดยคะแนนรวมทั้งหมด 3-15 คะแนน แบ่งคะแนนจากประเมินความเสี่ยงจากข้อย่อย 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area) หมายถึง พื้นที่ (ระดับตำบล) ที่เกิดการระบาดบ่อยครั้งในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ผลการประเมินใช้ข้อมูลอุบัติการณ์การป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่อตู่ ย้อนหลังตั้งแต่ พ.ศ. 2551-2555 พบว่า หมู่ที่ 5 มีคะแนนของการระบาดซ้ำซากมากกว่าหมู่บ้านอื่น ๆ คือ 4 คะแนน 2) ระดับภูมิคุ้มกันในชุมชน (Herd Immunity) หมายถึง ค่าเฉลี่ยอัตราป่วยของพื้นที่ (ระดับตำบล) ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา

และ 3) อุบัติการณ์โรคในปีปัจจุบัน (Incidence) หมายถึง อัตราป่วยไข้เลือดออก ณ ปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน (Median) ย้อนหลัง 5 ปี ดำเนินการคำนวณข้อมูลอัตราการป่วยด้วยไข้เลือดออกในปี ปัจจุบัน พ.ศ. 2556 เปรียบเทียบกับผลการคำนวณค่ามัธยฐาน พ.ศ. 2551-2555 โดยจะพบว่าอัตราป่วยที่เป็นคะแนนอุบัติการณ์โรคของหมู่ที่ 5 มีคะแนนความเสี่ยงสูงกว่าหมู่บ้านอื่น ๆ คือ 5 คะแนน

1.1.2 ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก ดำเนินการประเมินโดยการประชุมร่วมกันของตัวแทนเจ้าหน้าที่และแกนนำชุมชนในการร่วมกันประเมินโดยประเมินจากเกณฑ์ข้อย่อย จำนวน 3 ข้อ จำนวนคะแนนรวม 13 คะแนน ประกอบด้วย 1) การเคลื่อนย้ายประชากร ผลการประเมินพบว่าทั้ง 5 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรต่ำ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดแต่ละมีถนนสายสงขลา-ระโนดตัดผ่านชุมชนหมู่ที่ 2, 3, 4, และ 5 2) ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่ หมายถึง โอกาสเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกในกลุ่มประชากรที่อยู่รวมตัวกันหนาแน่นจากขนาดของพื้นที่พบว่า หมู่ที่ 1 พื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรสูงมาก ลักษณะชุมชนตั้งบ้านเรือนเป็นกระจุก ชายคาบ้านติดกันประมาณ 400 หลังคาเรือนในพื้นที่ประมาณ 1 ตารางกิโลเมตร โดยมีคะแนน 5 คะแนน และ 3) การมีส่วนร่วมหรือความเข้มแข็งของชุมชนจำแนกรายหมู่บ้านประเมินจากการให้ความร่วมมือในการดำเนินการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรค

ใช้เลือดออก การสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย พบว่า ส่วนใหญ่หมู่บ้านจะมีความร่วมมือในระดับปานกลาง มีเพียงหมู่ที่ 4 ที่เป็นหมู่บ้านที่มีส่วนร่วมสูงผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคใช้เลือดออกจาก เกณฑ์การประเมินจำนวน 2 ข้อใหญ่และ 6 ข้อย่อย พบว่า เกณฑ์ข้อที่ 1 ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคใช้เลือดออกโดยรวมมีคะแนน 8-13 ส่วนเกณฑ์ข้อที่ 2 ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด ประกอบด้วยเกณฑ์การ

ประเมิน 3 ข้อย่อย มีคะแนนรวม 13 คะแนน พบว่าทั้ง 5 หมู่บ้านมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-9 คะแนน เมื่อพิจารณาโดยรวมของ 2 ปัจจัยจะพบว่าคะแนนความเสี่ยงอยู่ในช่วง 13-20 คะแนน จากคะแนนเต็ม 6-28 คะแนน โดยหมู่ที่ 5 โดยมีระดับคะแนนความเสี่ยงสูงกว่าอีก 4 หมู่บ้านคือ 20 คะแนน และหมู่ที่ 4 จะเป็นหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงต่ำคือ 14 คะแนนดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคใช้เลือดออกของพื้นที่แต่ละหมู่บ้านของตำบลบ่อตรุ

ตำบลบ่อตรุ อำเภอระโนด	ค่าคะแนน	หมู่บ้านที่				
		หมู่ 1 บ้านบ่อตรุ	หมู่ 2 บ้านเจดีย์งาม	หมู่ 3 บ้านพังซีพร้า	หมู่ 4 วัดประดู่	หมู่ 5 บ้านโพธิ์
1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคใช้เลือดออก						
1.1 พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area)	1-5	2	2	2	0	4
1.2 ระดับภูมิคุ้มกันในกลุ่ม (Herd Immunity)	1-5	5	5	5	5	4
1.3 อุบัติการณ์โรคในปีปัจจุบัน (Incidence)	1-5	1	3	3	3	5
รวมค่าคะแนนปัจจัยด้านความรุนแรง	3-15	8	10	10	8	13
2. ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด						
2.1 การเคลื่อนย้ายประชากร	1-3	1	1	1	1	1
2.2 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	1-5	5	3	3	2	3
2.3 การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของชุมชนด้าน	1-5	3	3	3	2	3
รวมค่าคะแนนปัจจัยด้านโอกาส	3-13	9	7	7	5	7
ระดับความเสี่ยง	6-28	17	17	17	13*	20**

* ความเสี่ยงต่ำ ** ความเสี่ยงปานกลาง *** ความเสี่ยงสูง

2. สิ่งแวดล้อมของครัวเรือนของบ้าน

แกนนำและประชาชน

สิ่งแวดล้อมของครัวเรือนของแกนนำ โดยรวม จำนวน 123 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนเมืองใกล้ตลาด จำนวน 40 หลัง (ร้อยละ 32.5) จำนวน 67 หลัง 64.4 ลักษณะชั้นเดียวยกใต้ถุนต่ำจำนวน 58 หลัง 47.28165.9 และจำนวน 27 หลัง 22 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของแกนนำทั้ง 5 หมู่บ้าน พบว่า ลักษณะชุมชน การกระจายของบ้าน วัสดุที่ใช้สร้างบ้าน และบ้านที่มีขยยะและภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ไม่มีความแตกต่าง มีเพียงลักษณะของบ้านที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนต่ำแต่หมู่ที่ 2 ที่ส่วนใหญ่เป็นบ้านชั้นเดียว ส่วนสิ่งแวดล้อมของครัวเรือนของประชาชนโดยรวมจำนวน 572 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบทจำนวน 401 หลัง (ร้อยละ 71.2) จำนวน 296 หลัง 51.7 ลักษณะจำนวน 378 หลัง 66.133137.9 และจำนวน 195 หลัง 43.1 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลสิ่งแวดล้อมครัวเรือนของประชาชนทั้ง 5 หมู่บ้าน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของลักษณะชุมชน การกระจายของบ้าน และลักษณะของบ้าน ($p < .001$) ส่วนความแตกต่างของวัสดุที่ใช้สร้างบ้าน ($p < .05$) แต่บ้านที่มีขยยะและภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงไม่มีความแตกต่าง

3. ดัชนีลูกน้ำยุงลายของครัวเรือนของ

แกนนำและประชาชน

โดยรวมครัวเรือนของตำบลบ่อตรุ พบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 134.5 ค่า HI = 57 และค่า CI= 13.4 เมื่อพิจารณาในรายหมู่บ้านพบว่า หมู่ที่ 1 บ้านบ่อตรุ ค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 158.8 ค่า HI = 68.6 และค่า CI= 18.8 หมู่ที่ 2 บ้านเจดีย์งามพบค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 123 ค่า HI = 47.9 และค่า CI= 10.6 หมู่ที่ 3 บ้านพังขี้พร้าวค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 92.1 ค่า HI = 45.4 และค่า CI= 8.5 หมู่ที่ 4 วัดประดู่ ค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 156.9 ค่า HI = 60 และค่า CI= 13.1 และหมู่ที่ 5 บ้านบ้านโพธิ์ค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 128.9 ค่า HI = 55.2 และค่า CI= 14.5 ทั้งนี้ค่าดัชนีของครัวเรือนโดยรวมของทุกหมู่บ้าน พบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงกว่าค่ามาตรฐาน (BI<50, HI<10, และ CI<1) แสดงถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคใช้เลือดออกทั้ง 5 หมู่บ้าน โดยหมู่ที่ 1 มีความเสี่ยงสูงที่สุด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของครัวเรือนของ
แกนนำชุมชนจำแนกรายหมู่บ้าน

ค่าดัชนี ลูกน้ำ	หมู่บ้าน					รวมทั้ง ตำบล (n=69 5)
	หมู่ 1 บ้าน บ่อตรุ (n=30 3)	หมู่ 2 บ้าน เจดีย์ งาม (n=14 3)	หมู่ 3 บ้านพัง ซีพรี (n=99)	หมู่ 4 วัด ประดู่ (n=10 1)	หมู่ 5 บ้าน โพธิ์ (n=14 9)	
ค่า BI (BI<50)	158.8	123	92.1	156.9	128.9	134.5
ค่า HI (HI<10)	68.6	47.9	45.4	60	55.2	57
ค่า CI (CI<1)	18.8	10.6	8.5	13.1	14.5	13.4

4. ประเภทของภาษาที่พบลูกน้ำ ยุงลายของครัวเรือนแกนนำและประชาชน

โดยรวมของครัวเรือนทั้งตำบลจำนวน 695 ครัวเรือน มีภาษาที่สำรวจทั้งหมด 6,682 ชื้น พบลูกน้ำยุงลาย 818 ชื้น (ร้อยละ 12.2) จำแนกภาษาที่ลูกน้ำยุงลายมากที่สุดในภาษาเหนือ (ร้อยละ 24.1) เมื่อพิจารณาโดยรวมในรายหมู่บ้าน พบว่า หมู่ที่ 1 มีภาษาที่สำรวจ 1,476 ชื้น พบภาษาที่มีลูกน้ำยุงลาย 231 ชื้น (ร้อยละ 15.7) พบมากในถาดรองกระถางต้นไม้ (ร้อยละ 29.1) หมู่ที่ 2 มีภาษาที่สำรวจ 1,588 ชื้นพบภาษาที่มีลูกน้ำยุงลาย 186 ชื้น (ร้อยละ 11.7) พบมากในภาษาเหนือ (ร้อยละ 42.9) หมู่ที่ 3 มีภาษาที่สำรวจ 1,033 ชื้นพบภาษาที่มีลูกน้ำยุงลาย 110 ชื้น (ร้อยละ 10.6) พบมากใน

ภาษาอื่นๆ (ร้อยละ 10.6) หมู่ที่ 4 มีภาษาที่สำรวจ 1,089 ชื้นพบภาษาที่มีลูกน้ำยุงลาย 113 ชื้น (ร้อยละ 13.1) พบมากในภาษาอื่นๆ (ร้อยละ 41.5) และหมู่ที่ 5 มีภาษาที่สำรวจ 1,496 ชื้นพบภาษาที่มีลูกน้ำยุงลาย 178 ชื้น (ร้อยละ 18) พบมากในภาษาถิ่นน้ำใช้ (ร้อยละ 23.4) จะเห็นได้ว่าในแต่ละหมู่บ้านมีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในภาษาที่แตกต่างกันโดยส่วนใหญ่เป็นภาษาเหนือ

5.ระดับชุมชนในการแก้ปัญหาโรค ไข้เลือดออกของตำบลบ่อตรุ5.1 ระดับในการ แก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก

แกนนำจำนวน 123 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงจำนวน 115 คน (ร้อยละ 93.5) ศาสนาพุทธ จำนวน 92 คน (ร้อยละ 74.8) สถานภาพสมรส จำนวน 93 คน (ร้อยละ 75.6) ระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 58 คน (ร้อยละ 47.2) อาชีพรับจ้าง จำนวน 40 คน (ร้อยละ 32.5) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 62 คน (ร้อยละ 50.4) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากเพื่อนบ้าน จำนวน 38 คน (ร้อยละ 30.9) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะของกลุ่มแกนนำที่ตอบแบบสอบถามในแต่ละหมู่บ้าน พบว่า เพศ อายุ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ของการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ตำแหน่งชุมชนมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และมีเพียงการนับถือศาสนาที่มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดย หมู่ที่ 1 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม และ จำนวนครั้งในการได้รับการอบรมเรื่องไข่เสียดอก ของแกนนำ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .01$) โดยหมู่ที่ 4 มีค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้ง มากกว่าหมู่บ้านอื่นๆ (จำนวน 3.1 ครั้งต่อปีต่อ คน) ทั้ง 5 จำนวน 123 คน พบว่าและตำบลสี่ขีด โดยรวมมีระดับสมรรถนะแกนนำระดับสูง (\bar{X} ; SD : 347 ; 50.8) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 14 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะ ระดับปานกลาง 8 ด้าน ระดับสูง 5 ด้าน และ ระดับต่ำ 2 ด้าน กล่าวคือ หมู่ที่ 1 มีระดับ สมรรถนะแกนนำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} ; SD : 344.4 ; 43.1) เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะ ระดับสูง 4 ด้าน ระดับ ปานกลาง 8 ด้าน และระดับต่ำ 2 ด้าน หมู่ที่ 2 มีระดับสมรรถนะแกนนำโดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} ; SD : 345.8 ; 51.9) เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะระดับปานกลาง 3 ด้าน ระดับสูง 8 ด้าน และระดับต่ำ 3 ด้าน หมู่ที่ 3 มี ระดับสมรรถนะแกนนำโดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} ; SD : 361.3 ; 46.1) เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะระดับสูง 7 ด้าน ระดับ ปานกลาง 4 ด้าน และ ระดับต่ำ 3 ด้าน หมู่ที่ 4 มี ระดับสมรรถนะแกนนำโดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} ; SD : 375.1 ; 43.3) เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะระดับสูงมาก 1 ด้าน ระดับสูง 6 ด้าน ระดับปานกลาง 4 ด้าน และ ระดับต่ำ 3 ด้าน และหมู่ที่ 5 มีระดับสมรรถนะ แกนนำโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} ; SD : 324 ;

58.4) เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า มีระดับ สมรรถนะระดับสูง 4 ด้าน ระดับปานกลาง 8 ด้าน และระดับต่ำ 2 ด้าน

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ ระดับสมรรถนะโดยรวมพบว่า มีสมรรถนะชุมชน ในการแก้ปัญหาไข่เสียดอกโดยรวมของแกนนำ ทั้ง 5 หมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} ; SD : 344.4 ; 43.1, 345.8 ; 51.9, 361.3 ; 46.1, 375.1 ; 43.3, 324 ; 58.4, และ 347 ; 50.8) ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาความ แตกต่างรายด้าน พบว่า มีสมรรถนะแกนนำ จำนวน 4 ด้านที่ไม่มีความแตกต่าง ได้แก่ ด้านที่ 5 ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน ด้านที่ 8 ด้านภาวะ ผู้นำของคนในชุมชน ด้านที่ 9 ด้านความสามารถ ของผู้นำศาสนาและ ด้านที่ 14 ด้านการทำ กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง สำหรับสมรรถนะแกนนำที่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 10 ด้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของตำบลบ่อตรุ

ด้าน	สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหา ไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน(Domain)	ระดับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน						Kruskal-Wallis test	
		หมู่ที่ 1 บ่อตรุ (n= 37)	หมู่ที่ 2 เจดีย์ งาม (n=22)	หมู่ที่ 3 พังซี้ พริ้ง (n=20)	หมู่ที่ 4 วัด ประดู่ (n= 17)	หมู่ที่ 5 บ้าน โพธิ์ (n=27)	รวมทั้งตำบล (n=123)	χ^2	P
		\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)		
1	ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต	33.6(3.4) ^b	32.7(6.5) ^b	34(4.8) ^b	37.2(4.8) ^a	31.4(5.5) ^b	33.5(5.2) ^b	11.63	.020 [*]
2	ด้านภาวะผู้นำส่วนบุคคล	41.1(4.8) ^b	44(9.1) ^b	45.3(6.9) ^b	45.1(6.2) ^b	42.6(4.3) ^b	43.2(6.3) ^b	11.56	.021 [*]
3	ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข	28.2(3.2) ^b	29.5(4.3) ^b	30.5(5.0) ^b	31.4(4.5) ^b	27.8(3.6) ^b	29.2(4.1) ^b	10.50	.033 [*]
4	ด้านการประเมินความต้องการ	21.0(5.7) ^c	21.9(7.0) ^b	23.2(4.8) ^b	26.4(5.5) ^b	21.0(6.4) ^c	22.3(6.1) ^c	9.69	.046 [*]
5	ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน	40.7(3.3) ^b	41.8(5.0) ^b	42.7(5.1) ^b	40.2(7.6) ^b	38.7(5.2) ^b	40.7(5.1) ^b	7.35	.119 ^{NS}
6	ด้านเครือข่ายของกลุ่มผู้นำชุมชน	30.1(8.4) ^c	29.1(9.6) ^c	31.6(9.1) ^c	35.8(6.6) ^b	25.3(9.4) ^c	29.9(9.2) ^c	12.10	.017 [*]
7	ด้านการสื่อสารข้อมูล	28.4(8.4) ^c	31.1(7.7) ^b	32.2(6.2) ^b	26.1(5.4) ^c	28.3(8.3) ^c	30.4(7.7) ^c	12.36	.015 [*]
8	ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชน	23.2(5.8) ^c	21.8(4.5) ^c	23.9(4.7) ^c	18.6(10.2) ^c	23.0(7.9) ^c	23.4(6.0) ^c	9.37	.052 ^{NS}
9	ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา	15.1(9.6) ^d	14.2(7.5) ^d	17.4(9.7) ^d	22.4(4.3) ^c	12.0(11.1) ^d	15.1(9.8) ^d	4.80	.308 ^{NS}
10	ด้านเครือข่ายผู้นำชุมชนกับชุมชน	20.3(5.0) ^c	23.2(7.0) ^b	25.4(5.4) ^b	10.6(4.3) ^d	17.7(7.5) ^c	21.4(6.4) ^c	18.86	.001 ^{**}
11	ด้านการจัดการทรัพยากร	12.0(3.1) ^c	12.9(2.3) ^c	12.6(3.3) ^c	10.6(3.6) ^c	10.3(3.9) ^c	11.7(3.4) ^c	9.522	.049 [*]
12	ด้านความสามารถกลุ่มแกนนำหลัก	13.8(5.4) ^d	9.3(5.3) ^d	8.7(4.5) ^d	10.8(6.0) ^d	11.0(5.8) ^d	11.1(5.7) ^d	13.42	.009 [*]
13	ด้านการมีส่วนร่วม	17.5(4.9) ^c	14.8(3.8) ^d	14.4(5.0) ^d	14.4(4.0) ^d	16.4(6.1) ^c	15.8(5.0) ^c	10.55	.032 [*]
14	ด้านการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	18.7(3.8) ^c	19.0(2.5) ^b	18.9(4.6) ^c	20.3(4.8) ^b	18.1(6.5) ^c	18.9(4.6) ^c	3.21	.523 ^{NS}
	สมรรถนะแกนนำ โดยรวม	344.4(43.1) ^c	345.8(51.9) ^b	361.3(46.1) ^b	375.1(43.3) ^b	324(58.4) ^d	347(50.8) ^b	11.41	.022 [*]

<.001; ** p<.01; * p<.05^{NS} Non Statistic Ssignificant, ระดับสมรรถนะแกนนำ: ^aระดับสูงมาก; ^bระดับสูง; ^cระดับปานกลาง; ^dระดับต่ำ; ^eระดับต่ำมาก

5.2 ระดับประชาชนในการแก้ปัญหา

โรคไข้เลือดออก สำหรับประชาชนที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 572 คน พบว่าโดยรวมทั้ง 5 หมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงจำนวน 439 คน (ร้อยละ 76.8) ศาสนาพุทธ จำนวน 427 คน (ร้อยละ 74.7) สถานภาพสมรส จำนวน 409 คน (ร้อยละ 71.5) ระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนปลาย จำนวน 64 คน (ร้อยละ 32) อาชีพเกษตรกรรวมจำนวน 39 คน (ร้อยละ 72) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 181 คน (ร้อยละ 31.6) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากเพื่อนบ้านจำนวน 105 คนเท่ากัน (ร้อยละ 18.4) และจำนวน 97 คน (ร้อยละ 17) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบในรายหมู่บ้านพบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของแกนนำทั้ง 5 หมู่บ้าน พบว่ามีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติของเพศ ($p < .05$) ของเพศซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ศาสนา ($p < .01$) โดยหมู่ที่ 1 เป็นชุมชนนับถือศาสนาอิสลาม อาชีพ ($p < .01$) โดยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และ**ประสบการณ์ของการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก** ($p < .001$) ที่แตกต่างกันและมีประสบการณ์การป่วยจากเพื่อนบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ที่ที่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนทั้ง 5 หมู่บ้าน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ อายุ ($p < .001$) ($p < .01$) ($p < .01$) ส่วนของประชาชนทั้ง 5 หมู่บ้านไม่มีความแตกต่าง (ไม่ได้เสนอตาราง)

ประชาชนโดยรวมทั้ง 5 หมู่บ้าน ตำบลบ่อตู่ จำนวน 527 คน **และตำบลสีซิด** พบว่าโดยรวมมีระดับสมรรถนะประชาชนระดับปานกลาง (\bar{X} ; SD : 227 ; 53.9) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ระดับสูง 2 ด้าน คือ ด้านและด้าน ระดับปานกลาง 8 ด้าน เมื่อพิจารณาในรายหมู่บ้านสมรรถนะประชาชนหมู่ที่ 1 พบว่าโดยรวมมีระดับสมรรถนะประชาชนระดับปานกลาง (\bar{X} ; SD) ; 232.1(50.8) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ระดับสูง 4 ด้าน และด้าน ระดับปานกลาง 6 ด้าน หมู่ที่ 2 พบว่า โดยรวมมีระดับสมรรถนะประชาชนระดับปานกลาง (\bar{X} ; SD : 226 ; 55.0) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ระดับสูง 2 ด้าน และด้าน ระดับปานกลาง 8 ด้าน หมู่ที่ 3 พบว่า โดยรวมมีระดับสมรรถนะประชาชนระดับปานกลาง (\bar{X} ; SD : 226.6 ; 49.7) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ระดับสูง 3 ด้าน และด้าน ระดับปานกลาง 7 ด้าน หมู่ที่ 4 พบว่า โดยรวมมีระดับสมรรถนะประชาชนระดับปานกลาง (\bar{X} ; SD : 236.0 ; 55.1) ในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำ

ศาสนา ระดับสูง 4 ด้าน และด้าน ระดับปานกลาง 6 ด้าน และหมู่ที่ 5 พบว่า โดยรวมมีระดับสมรรถนะประชาชนระดับปานกลาง (\bar{X} ; SD : 214.8 ; 57.2) ในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ระดับสูง 2 ด้าน และระดับปานกลาง 8 ด้าน

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบสมรรถนะประชาชนทั้ง 5 หมู่บ้านและโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} ; SD : 232.1 ; 50.4, 226 ; 55, 226.6 ; 49.7, 236 ; 55.1, 214.8 ; 57 และ 227 ; 53.9) ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาความแตกต่างรายด้าน พบว่า มีสมรรถนะประชาชน จำนวน 4 ด้านที่ไม่มีความแตกต่าง ได้แก่ ด้านที่ 1 ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต (ระดับปานกลางทั้ง 5 หมู่บ้าน) ด้านที่ 2 ภาวะผู้นำของตัวบุคคล (มีหมู่ที่ 4 ที่อยู่ในระดับสูงส่วนหมู่อื่นๆจะอยู่ในระดับปานกลาง) ด้านที่ 5 ผู้ที่ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข (ระดับสูงทั้ง 5 หมู่บ้าน) และ ด้านที่ 8 การดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง (ระดับปานกลางทั้ง 5 หมู่บ้าน) สำหรับสมรรถนะประชาชนที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 7 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของตำบลปอตรู

ด้าน	สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหา ไข้เลือดออก	สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน						Multivariate test	
		หมู่ 1ปอตรู (n= 166)	หมู่ 2 เจตีย์ งาม(n= 121)	หมู่ 3 พังซี้ พริ้ว(n= 79)	หมู่ 4วัดประดู่ (n= 84)	หมู่ 5โพธิ์ (n= 122)	ทั้งตำบล (n= 572)	F	P
		\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)		
1	ด้านการจัดการสถานการณืวิกฤต	37.6(9.1) ^c	38.0(9.2) ^c	37.1(9.1) ^c	39.8(9.6) ^c	36.5(10.6) ^c	37.7(9.6) ^c	1.602	.172 ^{NS}
2	ด้านภาวะผู้นำของตัวบุคคล	22(7.5) ^c	23.1(6.8) ^c	23.4(6.5) ^c	25.1(5.7) ^b	22.3(7.3) ^c	23.2(7.0) ^c	2.301	.058 ^{NS}
3	ด้านความสามารถของผู้มีำศาสนา	15.3(10.9) ^d	17.6(12.3) ^d	12.5(11.3) ^d	13.8(12.1) ^d	11.2(11.3) ^d	14.3(11.7) ^d	5.489	.000 ^{***}
4	ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชน	21.9(7.4) ^c	22.1(6.9) ^c	23.3(7.4) ^c	24.3(6.4) ^c	20.9(7.8) ^c	22.3(7.3) ^c	3.185	.013 ^{**}
5	ด้านผู้ที่ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข	21.4(6.4) ^b	19.8(6.7) ^b	20.0(5.6) ^b	21.2(4.2) ^b	21.0(5.0) ^b	20.7(5.8) ^b	1.716	.145 ^{NS}
6	ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน	29.2(6.4) ^b	26.5(6.3) ^b	29.6(8.1) ^b	28.1(5.5) ^b	28.0(7.6) ^b	28.3(6.9) ^b	3.675	.006 ^{**}
7	ด้านการสื่อสารข้อมูล	18.9(6.4) ^c	17.4(6.8) ^c	18.8(6.1) ^c	19.2(6.3) ^c	16.4(7.6) ^c	18.1(6.8) ^c	3.684	.006 ^{**}
8	ด้านกรดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	18.7(5.4) ^c	17.5(5.0) ^c	17.2(5.2) ^c	18.8(4.8) ^c	17.5(6.0) ^c	18.0(5.4) ^c	2.346	.054 ^{NS}
9	ด้านความสามารถกลุ่มแกนนำหลัก	16.9(5.8) ^c	17.9(6.1) ^c	17.6(5.8) ^c	18.1(6.7) ^c	15.4(8.1) ^c	17.1(6.6) ^c	3.131	.015 [*]
10	ด้านการจัดการทรัพยากร	15.5(4.6) ^b	13.5(4.7) ^c	13.2(4.5) ^c	13.7(4.4) ^c	14.2(5.2) ^c	14.2(4.8) ^c	4.804	.001 ^{**}
11	ด้านการประเมินความต้องการ	13.5(5.3) ^b	12.7(5.4) ^c	13.2(4.5) ^b	13.4(5.3) ^b	11.2(5.9) ^c	12.8(5.4) ^c	3.960	.004 ^{**}
สมรรถนะประชาชน โดยรวม		232.1(50.8) ^c	226(55.0) ^c	226.6(49.7) ^c	236.0(55.1) ^c	214.8(57.2) ^c	227.0(53.9) ^c	2.534	.039 [*]

***p<.001; **p<.01; *p<.05; ^{NS} Non Statistic Significant, ระดับสมรรถนะแกนนำ: ^aระดับสูงมาก; ^bระดับสูง; ^cระดับปานกลาง; ^dระดับต่ำ; ^eระดับต่ำมาก

6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของการรับรู้ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชน

6.1 การรับรู้ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอสม.

ผลการดำเนินการประชุมกลุ่ม อสม. หมู่บ้านที่เข้าประชุมกลุ่มหมู่บ้านละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 30-45 นาทีสรุปประเด็นที่สำคัญจำแนกเป็นประเด็นของการรับรู้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของแกนนำและประเด็นของแนวทางในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกบริบทของหมู่บ้าน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ประเด็น (Theme) จากการสนทนากลุ่ม (Group discussion) ของ อสม. ตำบลบ่อตรุ จำแนกรายหมู่บ้าน

ประเด็นการรับรู้ปัญหาของอสม.	ประเด็นเสนอแนะของ อสม.
หมู่ที่ 1 บ้านบ่อตรุ	
1) “ชาวบ้านขาดความร่วมมือ”	1) “การให้ความรู้และการรณรงค์”
2) “อุปสรรคในการดำเนินการและการสนับสนุนหน่วยงานภาครัฐ”	2) “การจัดการทางกายภาพ”
3) “เข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการพ่นหมอกควันและทรายอะเบท”	

ประเด็นการรับรู้ปัญหาของอสม.	ประเด็นเสนอแนะของอสม.
หมู่ที่ 2 บ้านเจดีย์งาม	
1) “ชาวบ้านขาดความร่วมมือ”	1) “การให้ความรู้และการรณรงค์”
2) “สิ่งแวดล้อมแออัดและพฤติกรรมคน”	ออกกฎระเบียบของชุมชน”
3) “อุปสรรคในการดำเนินการและการสนับสนุนหน่วยงานภาครัฐ”	
4) “เข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการพ่นหมอกควันและทรายอะเบท”	
หมู่ที่ 3 บ้านพังซีพรี	
1) “ชาวบ้านขาดความร่วมมือ”	1) “การให้ความรู้และการรณรงค์”
2) “การประสานงานของเจ้าหน้าที่กับชุมชนยังต้องการพัฒนา”	2) “ความร่วมมือของคนในชุมชน”
หมู่ที่ 4 วัดประดู่	
1) “ชาวบ้านขาดความร่วมมือ”	1) “การให้ความรู้และการรณรงค์”
2) “สิ่งแวดล้อมแออัดและพฤติกรรมคน”	2) “การให้รางวัลแก่คนที่ทำได้”
3) “เข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการพ่นหมอกควันและทรายอะเบท”	3) “เพิ่มการลงพื้นที่ของเจ้าหน้าที่”
	“การจัดการทางกายภาพ”

ประเด็นการรับรู้ ปัญหาของอสม.	ประเด็นเสนอแนะ ของ อสม.
หมู่ที่ 5 บ้านโพธิ์	
1) “ชาวบ้านขาด ความร่วมมือ”	1) “การให้รางวัลแก่ คนที่ทำได้”
2) “สิ่งแวดล้อม แออัดและ พฤติกรรมคน” “เข้าใจไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการพนัน หมอกควันและ ทรายอะเบท”	2) “เพิ่มการลงพื้นที่ ของเจ้าหน้าที่” “ความร่วมมือของ คนในชุมชน”

6.2 การรับรู้ปัญหาและแนวทาง แก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก

ประเด็นการรับรู้ปัญหาและแนวทางในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกบริบทของหมู่บ้านจำแนกเป็นหมู่บ้านจากแบบสอบถามปลายเปิดที่ประชาชนของ 5 หมู่บ้าน ได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะมีประเด็นดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ประเด็น (Theme) จากประชาชนที่ตอบข้อความปลายเปิด ตำบลบ่อตรู จำแนกรายหมู่บ้าน

แหล่งข้อมูล	หมู่ที่ 1 บ้านบ่อตรู	หมู่ที่ 2 บ้านเจดีย์งาม	หมู่ที่ 3 บ้านพังซีพรี	หมู่ที่ 4 วัดประดู่	หมู่ที่ 5 บ้านโพธิ์
ประเด็นการรับรู้ปัญหาของประชาชน	“สิ่งแวดล้อมของชุมชนมีความเสี่ยง”	“เข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการพ่นหมอกควันและทรายอะเบท”	1)“สิ่งแวดล้อมของชุมชนมีความเสี่ยง” 2)“เข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการพ่นหมอกควันและทรายอะเบท”	“สิ่งแวดล้อมของชุมชนมีความเสี่ยง”	1)“เข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการพ่นหมอกควันและทรายอะเบท” 2)“ปัญหาเรื่องเจ้าหน้าที่ขาดการให้ข้อมูล” 3)“ขาดความร่วมมือของชุมชน” 4)“ขาดประสิทธิภาพ และความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง” 5)“บทบาทของผู้นำท้องถิ่นในการสื่อสาร”
ประเด็นข้อเสนอแนะของประชาชน	“ปรับเปลี่ยนหน้าที่และจำนวนเจ้าหน้าที่ในการจัดการโรคไข้เลือดออก”		2)“ปรับเปลี่ยนหน้าที่และจำนวนเจ้าหน้าที่ในการจัดการโรคไข้เลือดออก”	1)“เจ้าหน้าที่ควรให้ความรู้เพื่อความตระหนักของชาวบ้าน” 2)“กิจกรรมกระตุ้นชาวบ้านในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย”	1)“เจ้าหน้าที่ควรให้ความรู้เพื่อความตระหนักของชาวบ้าน” 2)“กิจกรรมกระตุ้นชาวบ้านในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย” 3)“ปรับเปลี่ยนหน้าที่และจำนวนเจ้าหน้าที่ในการจัดการโรคไข้เลือดออก”

อภิปรายผล

จากผลการประเมินระดับความเสี่ยงระดับสมรรถนะชุมชน พบว่าระดับความเสี่ยงของหมู่บ้าน โดยประเมินความเสี่ยงทั้งจากปัจจัยด้านความรุนแรงและปัจจัยด้านโอกาสเกิดการระบาด ลักษณะสิ่งแวดล้อมของบ้านแกนนำและประชาชน ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายและประเภทของภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายของครัวเรือนระดับชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของประชาชนและการรับรู้ปัญหาและข้อเสนอแนะของแต่ละหมู่บ้าน สามารถจำแนกตามคะแนนความเสี่ยงออกเป็น 3 กลุ่มคือ หมู่บ้านเสี่ยงสูง คือ หมู่ที่ 5 (20 คะแนน) หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง คือ หมู่ที่ 1, 2, และ 3 (17 คะแนน) และหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ คือ หมู่ที่ 4 (13 คะแนน)

หมู่บ้านเสี่ยงสูงคือหมู่ที่ 5 มีระดับคะแนนความเสี่ยง = 20 คะแนน สอดคล้องกับอุบัติการณ์ป่วยอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2551-2555 โดยพบอัตราการป่วย 141, 70, 8, 141, 70 และ 0 รายต่อ 100,000 ประชากร มีความซ้ำซากของการเกิดโรคไข้เลือดออก ขณะที่สิ่งแวดล้อมบ้านแกนนำเป็นชุมชนเมืองแต่ประชาชนเป็นชุมชนบท แม้ว่าจะเป็นบ้านเดี่ยวแต่ก็มีขยะหรือแหล่งเพาะพันธุ์ยุงถึงร้อยละ 43.1 ขณะที่ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านหมู่ที่ 5 มีค่าสูง (BI= 128.9 ,HI= 55.2, และ CI= 14.5) ค่าดัชนีลูกน้ำครัวเรือนแกนนำมีค่าสูงกว่าครัวเรือนประชาชน และภาชนะที่พบลูกน้ำยุงมากที่สุดของครัวเรือนแกนนำคือภาชนะเก็บน้ำใช้ ส่วนครัวเรือนประชาชนจะพบลูกน้ำในภาชนะเหลือใช้ ขณะที่สมรรถนะ

ชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของแกนนำโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} ; SD : 324 ; 43.3) ส่วนในรายด้านพบด้านความสามารถของกลุ่มแกนนำหลัก และด้านความสามารถของผู้นำศาสนา อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแกนนำชุมชนเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลหรือมีผลต่อความเข้มแข็งของชุมชน ขณะที่สมรรถนะประชาชนของหมู่ 5 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} ;SD : 214 ; 57.2) สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าสมรรถนะชุมชนที่ต่ำจะพบความรุนแรงและโอกาสเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกและสมรรถนะของแกนนำเป็นสมรรถนะที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และสอดคล้องกับประเด็นปัญหา จากสนทนากลุ่มกับแกนนำและข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของประชาชนที่มีประเด็น “เข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการพ่นหมอกควันและทรายอะเบท” “เข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการพ่นหมอกควันและทรายอะเบท” “ปัญหาเรื่องเจ้าหน้าที่ขาดการให้ข้อมูล” “ขาดความร่วมมือของชุมชน” “ขาดประสิทธิภาพ และความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง” “บทบาทของผู้นำท้องที่ ในการสื่อสาร” “ชาวบ้านขาดความร่วมมือ” “สิ่งแวดล้อมแออัดและพฤติกรรมคน”

บ้านเสี่ยงปานกลาง คือ หมู่ที่ 1, 2, และ 3 ซึ่งมีคะแนนความเสี่ยง 17 คะแนนเท่ากันทั้ง 3 หมู่บ้านทั้งนี้ลักษณะสิ่งแวดล้อมของครัวเรือนแกนนำส่วนใหญ่เป็นชุมชนเมืองใกล้ตลาด บ้านเดี่ยวยกใต้ทุนต่ำเนื่องจากเป็นที่ราบลุ่มที่มีโอกาสน้ำขังยกเว้นหมู่ที่ 2 ที่เป็นบ้านชั้นเดียว สอดคล้องกับ

บริบทจริงที่สังเกตได้ว่าครัวเรือนแกนนำหมู่ที่ 2 จะตั้งบ้านเรือนริมสองข้างถนน สำหรับสิ่งแวดล้อมของครัวเรือนประชาชนพบว่าไม่มีความแตกต่างของบ้านที่มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ภาชนะที่พบว่ามีลูกน้ำของหมู่ที่ 1 คือ ภาชนะเก็บน้ำใช้ หมู่ที่ 2 ภาชนะเหลือใช้ และหมู่ที่ 3 พบในภาชนะชาตู้กันมด และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของครัวเรือนแกนนำสูงกว่าครัวเรือนประชาชน และทั้งหมดจะสูงกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนด ระดับสมรรถนะแกนนำปานกลางถึงสูงขณะที่สมรรถนะประชาชนอยู่ในระดับต่ำ และระดับสมรรถนะแกนนำสูงกว่าสมรรถนะประชาชนทั้ง 3 หมู่บ้านตลอดถึงในรายด้านพบว่าสมรรถนะด้านความสามารถของผู้นำศาสนาระดับต่ำ สอดคล้องกับการสนทนากลุ่มแกนนำและประชาชน “ชาวบ้านขาดความร่วมมือ” “เข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ การ พ น ม อ ก ค ว น และ ท ร า ย อ ะ เ บ ท ” “อุปสรรคในการดำเนินการและการสนับสนุนหน่วยงานภาครัฐ” “เข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการพ่นหมอกควันและทรายอะเบท” “การประสานงานของเจ้าหน้าที่กับชุมชนยังต้องการพัฒนา”

หมู่บ้านเสี่ยงต่ำคือหมู่ที่ 4 วัดประตู โดยมีระดับคะแนน = 13 คะแนน โดยไม่พบอุบัติการณ์การป่วยและมีความร่วมมือของหมู่บ้านในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงทั้งนี้ลักษณะชุมชนของครัวเรือนแกนนำเป็นบ้านเดี่ยวได้ทุนต่ำ ขณะที่ประชาชนเป็นชุมชนชนบท ครัวเรือนแกนนำพบภาชนะเก็บน้ำใช้มีลูกน้ำยุงลาย ส่วนครัวเรือนประชาชนจะพบลูกน้ำในภาชนะเหลือใช้

ครัวเรือนแกนนำหมู่ที่ 4 พบค่าดัชนีลูกน้ำน้อยกว่าครัวเรือนประชาชนอาจแสดงให้เห็นว่าการดำเนินการยังไม่ทั่วถึงในหมู่บ้านสอดคล้องกับสมรรถนะแกนนำโดยรวมที่มีระดับสูง (\bar{X} ; SD : 375.1 ; 43.3) แต่สมรรถนะประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} ; SD : 236 ; 55.1) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความสามารถของผู้นำศาสนาจะต่ำทั้งสมรรถนะแกนนำและประชาชน อย่างไรก็ตามเมื่อดำเนินการสนทนากลุ่มและจากประสบการณ์ในการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่าหมู่ที่ 4 จะมีความร่วมมือในการดำเนินการสูง สอดคล้องกับการศึกษาและแนวคิดของการสร้างสมรรถนะชุมชนที่เน้นระดับสมรรถนะที่สูงจะช่วยในการลดปัญหาโรคไข้เลือดออกหรือมีความเสี่ยงต่ำ สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของชุมชน “ชาวบ้านขาดความร่วมมือ” “เข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการพ่นหมอกควันและทรายอะเบท” “สิ่งแวดล้อมแออัดและพฤติกรรมคน

อย่างไรก็ตามทั้งระดับสมรรถนะชุมชนโดยรวมทั้งตำบลบ่อตรุของแกนนำอยู่ในระดับสูง (\bar{X} ; SD : 347 ; 50.8) และสมรรถนะประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} ; SD : 227 ; 53.9) โดยที่สมรรถนะรายด้านส่วนใหญ่ทั้งแกนนำและประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม และค่าดัชนีที่สูงกว่าค่ามาตรฐานแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกและควรดำเนินการตามระดับความเสี่ยงและระดับสมรรถนะชุมชนในแต่ละหมู่บ้าน ทั้งนี้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายมีความสัมพันธ์กับความ

ชุกของยุงตัวเมีย และอัตราการเกิดโรค
ไข้เลือดออก โดยจะเห็นได้จากแนวทางที่ชุมชนได้
เสนอไว้ในแต่ละหมู่บ้าน เช่นความต้องการของ
หมู่บ้านเสี่ยงสูง คือ “เจ้าหน้าที่ควรให้ความรู้เพื่อ
ความตระหนักของชาวบ้าน” “กิจกรรมกระตุ้น
ชาวบ้านในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย”
“ปรับเพิ่มหน้าที่และจำนวนเจ้าหน้าที่ในการ
จัดการโรคไข้เลือดออก” “การให้รางวัลแก่คนที่ทำ
ได้” ทั้งนี้แนวทางที่ชุมชนเสนอสอดคล้องกับระดับ
สมรรถนะแกนนำและประชาชนที่ประเมินได้

การนำไปใช้ประโยชน์

ผลการประเมินได้นำคืนชุมชนตำบล
บ่อตรุโดยการประชุมร่วมกับกลุ่ม อสม. ของตำบล
บ่อตรุ เพื่อร่วมคิดและวางแผนในการแก้ปัญหา
โรคไข้เลือดออกของแต่ละหมู่บ้านโดยในภาพรวม
ตัวแทน อสม. จะร่วมกันแก้ปัญหาทุกหมู่บ้านโดย
ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายที่
เน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมของชุมชน การสำรวจ
แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และพัฒนาสมรรถนะด้าน
การสื่อสาร ด้านผู้นำศาสนา ด้านแกนนำชุมชน
และขอให้เจ้าหน้าที่เข้าร่วมอย่างจริงจัง ทั้งนี้
ได้รับคำยืนยันจากเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการประสานกับ
องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และผู้นำท้องที่
ในการวางแผนดำเนินการแก้ปัญหาโรค
ไข้เลือดออก

ส่วนการนำไปใช้ประโยชน์ของชุมชน
อื่นๆในระดับตำบล สามารถนำไปใช้ในการ
ประเมินความเสี่ยงและสมรรถนะชุมชนเพื่อใช้
ข้อมูลในการยืนยันความเสี่ยงและสร้างความ
ตระหนักในการแก้ปัญหาทั้งนี้เพราะข้อมูลที่ได้
จากการประเมินมีความครอบคลุมในการนำไป
ร่วมวางแผนแก้ปัญหา

เอกสารอ้างอิง

- กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **คู่มือประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน**. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนบ้านบ่อตรุ. (2557). **สถิติการป่วย.ตำบลดอนตรุ อำเภอรอนดง จังหวัดสงขลา**.
- สำนักงานควบคุมโรคใช้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). **โรคไข้เลือดออก ฉบับประชาชน**. พิมพ์ครั้งที่ 2 ed : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **กรอบยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค พ.ศ. 2554-2558**. กรุงเทพฯ : บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- สำนักระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552). **สถิติการเฝ้าระวังโรคติดต่อ**. [cited 10/09/2007]; Available from : <http://epid.moph.go.th>.
- Gibbon M, Labonte R, Laverack G. (2002). **Evaluation community capacity**. Health and Social Care in the Community; 10(6) : 485-91.
- Gubler DJ, Clark GG. (1994). **Community-based integrated control of Aedes aegypti : a brief overview of current programs**. Am J Trop Med Hyg.; 50(6 Suppl) : 50-60.
- _____. (1996). **Community involvement in the control of Aedes aegypti**. Acta Trop. Apr; 61(2) : 169-79.
- Gubler DJ, Reiter P, Ebi K, Yap W, Nasci R, Patz J. (2001). **Climate variability and change in the United States : potential impacts on vector- and rodent-borne diseases**. Environ Health Perspect. May;109 Suppl(2) : 223-33.
- Guha-Sapir D, Schimmer B. (2005). **Dengue fever: new paradigms for a changing epidemiology**. Emerging Themes in Epidemiology. ; 2(1).
- Heintze C, Garrido MV, Kroeger A. (2007). **What do community-based dengue control programmes achieve? a systematic review of published evaluations**. Insactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 101 : 317-25.
- Lcung MW, Yen IH, Minkler M. (2004). **Community- based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century**. International Journal of Epidermiology. 33 : 499-506.

- Labonte R, Laverack G. (2001). **Capacity building in health promotion, part 2; whose use? And with what measurement** Critical Public Health; 11(2) : 129-39.
- Laverack G. (2003). **Building capable communities: experiences in a rural Fijian context.** Health Promotion International. 18(2) : 99-106.
- _____. (2006). **Evaluating community capacity : Visual representation and interpretation.** Community Development Journal. July ; 41(3) : 266-76.
- Laverack G, Wallerstein N. (2001). **Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains.** Health Promotion International. 16(2) : 179-85.
- Nguyen M-N, Gauvin L, Martineau I, Grignon R. (2005). **Sustainability of the impact a public health intervention: Lessons learned from the Laval walking clubs experience.** Health Promotion Practice. 6(1) : 44-52.
- Romani MET, Vanlerberghe V, Perez D, Lefevre P, Ceballos E, Bandera D, et al. (2007). **Achieving sustainability of community-based dengue control in Santiago de Cuba.** Social Science & Medicine. 64 : 976-88.
- Spiegel J, Bennett S, Gatteraley L, Hayden MH, Kittapong P, Nalim S, et al. (2005). **Barriers and Bridges to prevention and control of dengue: The need for a social for a social-ecological approach.** EcoHealth. 2 : 273-90.
- Suwanbamrung C. (2006). **A community network to prevention and control dengue: A area base solution.** 38 th APACPH CONFERENCE 2006 and 2 nd International Public Health Conference, 3-6 December 2006, Rama garden Hotel, Bangkok, Thailand ; 3-6 December 2006 ; Rama garden Hotel, Bangkok, Thailand : Starboom Interprint Co., Ltd;
- _____. (2008). **The Development of a Tool to Assess Community Capacity of Sustainable Community-based Dengue Prevention and Control: A Study in Southern Thailand [Dissertation].** Bangkok Thailand : Chalalongkorn University.
- Suwanbamrung C, Somrongthong R, Singchanchai P, Srigernyuang L. (2008). **The Development of a Tool to Assess Community Capacity of Sustainable Community- based Dengue Prevention and Control: A Study in Southern Thailand [Dissertation].** Bangkok, Thailand : Chulalongkorn University.

- _____. (2009). **Community Capacity Domains of Dengue Prevention and Control**. Asia Pacific Journal Tropical Medicine. 2(4) : 50-7.
- _____. (2010). **Community capacity for sustainable community-based dengue prevention and control: Study of a Sub-district in Southern Thailand**. Asian Pacific Journal of Tropical Medicine. 3(4) : 1-5.
- _____. (2011). **A model of community capacity building for sustainable dengue problem solution in Southern Thailand**. Health.; 3(9) : 584-601.
- Suwanbamrung C, Somrongthong R, Singchagchai P, Srigernyaung L, editors. (2009). **Application of a Dengue Community Capacity-Assessment Tool (Dccat) for Sustainable Community-based Dengue Prevention and Control**. The 1st Annual International Graduate Research Conference on Social Sciences and Humanities Theme “Harmony in Diversity” Between April 2-3, At SD Avenue Hotel, Bangkok, Thailand.
- Toledo ME, Vanlerberghe V, Perez D, Lefevre P, Ceballos E, Bandera D, et al. (2007). **Achieving sustainability of community-based dengue control in Santiago de Cuba**. Social Science & Medicine. 64 : 976-88.
- WHO. (1993). **Monograph on dengue/ dengue haemorrhagic fever**. New Delhi : Regional Office for South-East Asia.
- WHO. (1999). **Prevention and control of dengue and dengue hemorrhagic fever: comprehensive guidelines**. New Delhi: WHO Regional Publication, SEARO No. 29.
- WHO. (2004). **Global Strategic Framework for Integrated vector Management** WHO/CDS/CPE/PVC/2004.10.
- WHO. (2006). **Strategic framework for dengue prevention and control in Asia-Pacific (2006-2010)**. Meeting of partner on dengue prevention and control in Asia-Pacific; 23-24 March 2006; Chiang Mai, Thailand.
- Wongkoon S, Jacobus MV, Jaroensutasinee K. Distribution. (2013). **seasonal variation & dengue tranmission prediction in Sisaket Thailand**. Indian J Med Res. 138 : 347-53.