

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกอุดม อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

Development of a Participatory Network Model for Disease Surveillance,
Control, and Prevention at Khok Udom Subdistrict Health Promoting
Hospital, Fao Rai District, Nong Khai Province

เจษฎา บุตรโคตร

Jesada Butkhot

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกอุดม อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

(Received: October 20, 2024; Accepted: October 31, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค 2. พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค 3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกอุดม อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567 รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 100 คน ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 73) ผู้นำชุมชน (ร้อยละ 16) ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 5) และครูอนามัย (ร้อยละ 6) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 2.69, S.D. = 1.02) การพัฒนารูปแบบนำไปสู่การสร้าง "โมเดล 6S เพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคแบบบูรณาการในชุมชน" ประกอบด้วย 1) ศูนย์บัญชาการสถานการณ์ 2) การคัดกรองและติดตาม 3) การวางแผนเชิงกลยุทธ์และบริหารทรัพยากร 4) การให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ 5) การสุกขาภิบาลและควบคุมการติดเชื้อ และ 6) การส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีและสนับสนุนสุขภาพจิต ผลการประเมินหลังการใช้รูปแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจาก 63.60 (S.D. = 17.00) เป็น 80.12 (S.D. = 12.66) คะแนน ($p < 0.001$) ด้านความคิดเห็นในการแจ้งข่าวเพิ่มขึ้นจาก 2.06 (S.D. = 0.57) เป็น 2.52 (S.D. = 0.66) คะแนน ($p < 0.001$) และด้านการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจาก 2.69 (S.D. = 1.02) เป็น 3.46 (S.D. = 1.01) คะแนน ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน, การเฝ้าระวังโรค, โมเดล 6S



Abstract

This research aimed to 1) study the situation of network participation in disease surveillance, control, and prevention; 2) develop a participatory network model for disease surveillance, control, and prevention; and 3) evaluate the effectiveness of the developed participatory model in disease surveillance, control, and prevention at Ban Khok Udom Subdistrict Health Promoting Hospital, Fao Rai District, Nong Khai Province. The study was conducted from November 2023 to September 2024, employing an action research design. The sample, selected through purposive sampling, consisted of 100 participants, including village health volunteers (73%), community leaders (16%), local government representatives (5%), and health education teachers (6%). Data were collected using questionnaires and interview forms. Data analysis employed descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis.

The results revealed that network participation before development ranged from moderate to low (mean = 2.69, S.D. = 1.02). The development process led to the creation of the "6S Model for Integrated Community Disease Surveillance and Control," which includes: 1) Situation Command Center, 2) Screening and Monitoring, 3) Strategic Planning and Resource Management, 4) Sanitary Education and Public Relations, 5) Sanitation and Infection Control, and 6) Social Well-being and Mental Health Support. The evaluation showed that after implementing the model, the sample group's average knowledge scores increased from 63.60 (S.D. = 17.00) to 80.12 (S.D. = 12.66) points ($p < 0.001$); opinions on disease reporting increased from 2.06 (S.D. = 0.57) to 2.52 (S.D. = 0.66) points ($p < 0.001$); and participation scores increased from 2.69 (S.D. = 1.02) to 3.46 (S.D. = 1.01) points ($p < 0.001$).

Keywords: Community Participation, Disease Surveillance, 6S Model

บทนำ

ในปัจจุบัน การพัฒนาเทคโนโลยีและระบบคมนาคมขนส่งได้อำนวยความสะดวกให้การเดินทางระหว่างประเทศเป็นไปอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ความสะดวกดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อ เนื่องจากเชื้อโรคสามารถแพร่กระจายจากพื้นที่หนึ่งไปยังอีกพื้นที่หนึ่งได้อย่างรวดเร็วผ่านการเดินทางของผู้ติดเชื้อ การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เช่น โรคเอดส์ โรคซาร์ส โรคอีโบล่า โรคไข้หวัดนก (H5N1) และโรคโควิด-19 ได้ก่อให้เกิดวิกฤตด้านสาธารณสุขทั่วโลก (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2565) โรคเหล่านี้นอกจากจะคุกคามชีวิตมนุษย์แล้ว ยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมจนระบบสาธารณสุขของหลายประเทศไม่สามารถรองรับได้ และนำไปสู่การประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (WHO, 2020)

การเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ได้แก่ การกลายพันธุ์ของเชื้อโรค พฤติกรรมเสี่ยงของมนุษย์ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การเดินทางระหว่างประเทศ การขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อันเนื่องมาจากความยากจน และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตของเชื้อโรคและพาหะนำโรค (คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ, 2555) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้การเฝ้าระวังควบคุม และป้องกันโรคในชุมชนมากขึ้น

แม้จะมีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) ในระดับตำบลเพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข แต่การขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพในเครือข่ายชุมชนยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ดังจะเห็นได้จากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิต

จำนวนมากทั่วโลก และสร้างความตึงเครียดในระบบสาธารณสุขจนนำไปสู่การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (กรมควบคุมโรค, 2565)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านโคกอุดม ตำบลอุดมพร อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยมีประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งสิ้น 2,416 คน ครอบคลุม 1,151 หลังคาเรือน และ 8 หมู่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ (2,367 คน) อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ สถานการณ์โรคระบาดและโรคติดต่อในพื้นที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยข้อมูลสถิติระหว่างปี 2562-2566 แสดงให้เห็นว่า โรคอุจจาระร่วงเป็นปัญหาสำคัญที่สุด มีอัตราป่วยเฉลี่ย 5,214 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือไข้หวัดใหญ่ มีอัตราป่วยเฉลี่ย 3,787 ต่อแสนประชากร ส่วนไข้เลือดออกมีอัตราป่วยเฉลี่ย 828 ต่อแสนประชากร โรคปอดบวมมีอัตราป่วยเฉลี่ย 704 ต่อแสนประชากร และโรคมือ เท้า ปาก มีอัตราป่วยเฉลี่ย 352 ต่อแสนประชากร ซึ่งแม้จะพบไม่มากแต่ต้องเฝ้าระวัง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพสูงถึง 7,450 ต่อแสนประชากรในปี 2565 และแม้จะมีแนวโน้มลดลงในปี 2566 เหลือ 2,566 ต่อแสนประชากร แต่ยังคงเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุม และป้องกันโรคในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการรับมือกับโรคที่มีการระบาดเป็นประจำและโรคอุบัติใหม่

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมและป้องกันโรคเป็นกลยุทธ์สำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีทรัพยากร

สาธารณสุขจำกัด ปัจจุบัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านโคกอุดมมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 73 คน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขชุมชน อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคอย่างเป็นระบบยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ

สถิติการให้บริการของ รพ.สต. บ้านโคกอุดมสะท้อนให้เห็นถึงภาระงานที่สูงของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ โดยมีผู้รับบริการทั้งหมด 2,412 คน รวม 9,639 ครั้งต่อปี และมีผู้ป่วยนอก 895 คน มารับบริการ 2,148 ครั้งต่อปี นอกจากนี้ ยังมีประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 475 คน เด็กอายุ 0-5 ปี 178 คน และผู้พิการ 62 คน ซึ่งเพิ่มความซับซ้อนในการดูแลสุขภาพชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน Moshabela et al. (2021) พบว่าการสร้างเครือข่ายระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนชนบทแอฟริกาใต้ ช่วยเพิ่มอัตราการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ 45 Chen et al. (2022) แสดงให้เห็นว่าการใช้เทคโนโลยีร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัครในประเทศจีนช่วยลดระยะเวลาการรายงานและตอบสนองต่อการระบาดได้ถึงร้อยละ 60 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของวิโรจน์ เจริญจรัสรังษี และคณะ (2565) ที่พบว่าการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมช่วยลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกได้ร้อยละ 38

อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม ยังไม่มีการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมที่เป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อที่ซับซ้อนมากขึ้น

จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน พัฒนารูปแบบที่เหมาะสม และประเมินผลการใช้รูปแบบดังกล่าว เพื่อยกระดับการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยอิงตามวงจร PAOR ซึ่งประกอบด้วยสี่ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน (Planning), การปฏิบัติ (Action), การสังเกต (Observation), และการสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยเครือข่ายสุขภาพทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านโคกอุดม ตำบลอุดมพร อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย โดยเป็นกลุ่มบุคคลและองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของ รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนในพื้นที่ที่มีบทบาท
ในการสนับสนุนกิจกรรมด้านสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบ
เจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 100 คน โดย
คัดเลือกจากผู้ที่มามีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ควบคุม
และป้องกันโรคในชุมชน ประกอบด้วย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 73 คน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่มาแล้วไม่น้อย
กว่า 1 ปีและผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. พื้นฐาน

2. ผู้นำชุมชนจำนวน 16 คน ประกอบด้วย
ผู้ใหญ่บ้าน 8 คนและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านที่รับผิดชอบงาน
ด้านสาธารณสุข 8 คน

3. ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่
รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข จำนวน 5 คน

4. ครูอนามัยโรงเรียนและครูศูนย์พัฒนาเด็ก
ปฐมวัยที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนในปัจจุบัน
จำนวน 6 คน

ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมทุกคนต้องสามารถสื่อสาร
ภาษาไทยได้ดีและยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลา
ดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ วิจัย

1.1 กระบวนการพัฒนา
แบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวัง
ควบคุมป้องกันโรค ใช้วงจร PAOR: Planning (วางแผน),
Action (ปฏิบัติ), Observation (สังเกต), Reflection
(สะท้อนผล)

1.2 แบบสัมภาษณ์แกนนำ
ชุมชน ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพ การแจ้งข่าว
การควบคุมโรค การสนับสนุนทรัพยากร ปัญหา

อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาแบบการเฝ้า
ระวังโรค

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล

2.1 แบบสอบถามลักษณะทาง
ประชากร ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ เพื่อเก็บข้อมูล
พื้นฐานเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ
สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทหน้าที่
เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อ และ
ประสบการณ์การฝึกอบรมด้านการเฝ้าระวังและป้องกัน
โรคติดต่อ

2.2 แบบสอบถามความรู้
เกี่ยวกับโรคที่สำคัญหรือเป็นปัญหาในพื้นที่
ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ เพื่อประเมินความรู้ของ
ผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคติดต่อที่เป็นปัญหาใน
พื้นที่ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซิส โรค
ไข้หวัดใหญ่ โรคไข้หวัดนก โรคมือเท้าปาก และโรค
อุจจาระร่วงเฉียบพลัน คำถามในส่วนนี้เป็นคำถามเชิง
ปรนัย โดยให้เลือกคำตอบว่า "ใช่", "ไม่ใช่", หรือ "ไม่
ทราบ" (ตอบถูก=1 คะแนน, ตอบผิด=0 คะแนน)

2.3 แบบสอบถามความ
คิดเห็นในการแจ้งข่าวการเกิดโรคติดต่อหรือเหตุการณ์
ผิดปกติในชุมชนประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เพื่อสำรวจ
ความคิดเห็นของผู้ตอบเกี่ยวกับการแจ้งข่าวการเกิด
โรคติดต่อหรือเหตุการณ์ผิดปกติในชุมชน คำถามในส่วน
นี้เป็นคำถามเชิงทัศนคติ โดยมีระดับความคิดเห็น 3
ระดับ ได้แก่ "เห็นด้วย (3 คะแนน), ไม่แน่ใจ (2 คะแนน),
และ ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน)

2.4 แบบสอบถามการมี
ส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ
ในชุมชน ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เพื่อประเมินระดับ
การมีส่วนร่วมของผู้ตอบในการดำเนินกิจกรรมการเฝ้า

ระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน คำถามในส่วนนี้เป็นคำถามเชิงพฤติกรรม โดยให้ตอบระดับการมีส่วนร่วมใน 5 ระดับ ได้แก่ "มากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน), และ "น้อยที่สุด (1 คะแนน)

2.5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาแบบการเฝ้าระวังโรค

2.6 แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สำหรับบันทึกกระบวนการทำงาน ปฏิสัมพันธ์ และบริบทการทำงานของเครือข่าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยการประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาและการควบคุมโรคในพื้นที่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ได้ประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัยคำนวณเป็นค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ ≥ 0.5 ผลการประเมินพบว่า แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคที่สำคัญหรือเป็นปัญหาในพื้นที่มีค่า IOC 0.85 แบบสอบถามความคิดเห็นในการแจ้งข่าวการเกิดโรคติดต่อหรือเหตุการณ์ผิดปกติในชุมชนมีค่า IOC 0.92 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชนมีค่า IOC 0.88

สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้ทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ใกล้เคียง ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคที่สำคัญหรือเป็นปัญหาในพื้นที่มีค่า KR-20

เท่ากับ 0.78 แบบสอบถามความคิดเห็นในการแจ้งข่าวการเกิดโรคติดต่อหรือเหตุการณ์ผิดปกติในชุมชนมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.82 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชนมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.86 แสดงว่าเครื่องมือวิจัยมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้เหมาะสมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านข้อมูล วิธีการ และทฤษฎี การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) และการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer Debriefing) เพื่อยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีการดำเนินงานตามขั้นตอนต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การวางแผน (Planning)

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาสภาพแวดล้อม บริบท และสถานการณ์ปัจจุบันของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อ

1.2 จัดทำแผนการวิจัย กำหนดกรอบการดำเนินงานและแผนปฏิบัติการ โดยระบุวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม

1.3 ออกแบบเครื่องมือวิจัย พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น

แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกต พร้อมทั้ง
ทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

2. การปฏิบัติ (Action)

2.1 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล นำ
แผนการวิจัยที่วางไว้ไปปฏิบัติในพื้นที่ศึกษาจริง โดยใช้
เครื่องมือวิจัยที่ออกแบบไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่ม
ตัวอย่าง เช่น การสัมภาษณ์แกนนำชุมชน การแจก
แบบสอบถาม และการสังเกตกิจกรรมในชุมชน

2.2 จัดกิจกรรมพัฒนารูปแบบการมี
ส่วนร่วม จัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา
รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน เช่น การ
อบรม การประชุมเชิงปฏิบัติการ การซ้อมแผนเฝ้าระวัง
โรค และการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3. การสังเกต (Observation)

3.1 ติดตามผลการดำเนินงาน สังเกต
และติดตามผลการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนที่
เกิดขึ้นตามแผนการวิจัย โดยใช้แบบสังเกตที่ออกแบบไว้

3.2 รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล
รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ และ
การตอบแบบสอบถาม เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการ
ดำเนินงานและประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการมี
ส่วนร่วม

4. การสะท้อนผล (Reflection)

4.1 ประชุมถอดบทเรียน จัดประชุม
กับเครือข่ายชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อถอด
บทเรียนและสะท้อนผลจากการดำเนินงาน วิเคราะห์จุด
แข็ง จุดอ่อน ปัญหา และอุปสรรคที่พบ

4.2 ปรับปรุงและพัฒนารูปแบบ ใช้
ข้อมูลและบทเรียนที่ได้จากการสะท้อนผล มาปรับปรุง
และพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการ
เฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อ เพื่อให้
สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมการ ประสานงานกับผู้นำ
ชุมชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์และ
ขอความร่วมมือในการวิจัย จัดเตรียมเครื่องมือวิจัย
ทั้งหมด และฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัยให้ใช้เครื่องมือและ
เทคนิคการเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

2. การเก็บ ข้อมูลพื้นฐาน แจก
แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรให้แก่กลุ่ม
ตัวอย่างทั้งหมด และรวบรวมข้อมูลสถิติโรคและข้อมูล
สุขภาพชุมชนจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านโคกอุดม

3. การประเมินความรู้และการมีส่วนร่วม
แจกแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคที่
สำคัญในพื้นที่ ความคิดเห็นในการแจ้งข่าวการเกิด
โรคติดต่อ และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน
และควบคุมโรคติดต่อ

4. การสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการ
สัมภาษณ์แกนนำชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญ
พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ด้วยเครื่อง
บันทึกเสียงและการจดบันทึก

5. การจัดกิจกรรมและการสังเกต จัด
กิจกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม เช่น การ
อบรมและการประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้แบบสังเกตใน
การเก็บข้อมูลระหว่างการจัดกิจกรรม และบันทึกภาพ
และเสียงเพื่อนำมาวิเคราะห์เพิ่มเติม

6. การติดตามและประเมินผล เก็บข้อมูล
ซ้ำหลังจากการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น และ
จัดประชุมถอดบทเรียนเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้มี
ส่วนร่วมในโครงการ

7. การตรวจสอบและจัดระเบียบข้อมูล
ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลที่



เก็บรวบรวมได้ จากนั้นจัดระเบียบข้อมูลและเตรียม
สำหรับการวิเคราะห์

8. การเก็บรักษาข้อมูล จัดเก็บข้อมูล
ทั้งหมดในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์และเอกสาร โดย
คำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และสำรอง
ข้อมูลเพื่อป้องกันการสูญหาย ทั้งนี้ ทุกขั้นตอนของการ
เก็บรวบรวมข้อมูลต้องยึดหลักจริยธรรมการวิจัยอย่าง
เคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Dependent) ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด (Max-Min)

1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบ ความรู้การมีส่วนร่วมในการ
พัฒนาการรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้า
ระวังควบคุมป้องกันโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลโคกอุดม ตำบลอุดมพร อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัด
หนองคาย ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา สถิติที่ใช้
Dependent t-test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและ
การประชุมถอดบทเรียน ใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) เพื่อค้นหาประเด็นสำคัญและ
แนวคิดหลักจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรอง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
หนองคาย รับรองเลขที่ NKPH01 179/2566 วันที่ 28
พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของ เครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน
ทั้งสิ้น 100 คน ประกอบด้วยเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่
(ร้อยละ 66) และเพศชาย (ร้อยละ 34) ด้านอายุ พบว่า
ส่วนมากอยู่ในช่วง 46-60 ปี (ร้อยละ 45) รองลงมาคือ
ช่วง 31-45 ปี (ร้อยละ 40) สำหรับสถานภาพสมรส
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 82) ใน
ด้านการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา มีสัดส่วนมากที่สุด
(ร้อยละ 43) ตามด้วยระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 36)
ส่วนอาชีพนั่น เกษตรกรเป็นอาชีพที่พบมากที่สุด (ร้อย
ละ 50) รองลงมาคือแม่บ้าน/พ่อบ้าน (ร้อยละ 15) เมื่อ
พิจารณาบทบาทหน้าที่ พบว่าส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (ร้อยละ 73)
รองลงมาคือผู้นำชุมชน (ร้อยละ 16) ในด้านการ
ฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม
มากกว่า 3 ครั้ง (ร้อยละ 55) รองลงมาคือเคยได้รับการ
อบรม 2-3 ครั้ง (ร้อยละ 36)

ตารางที่ 1 สถานการณ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (n=100)

ประเด็นหลัก/ประเด็นย่อย	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. การพัฒนาศักยภาพ		
- การอบรมไม่ต่อเนื่อง	82	82.0
- ขาดความรู้เรื่องโรคอุบัติใหม่	75	75.0
- ต้องการการฝึกปฏิบัติจริง	70	70.0
2. ระบบการแจ้งข่าว		
- ความล่าช้าในการรายงาน	68	68.0
- ขาดระบบตรวจสอบข้อมูล	65	65.0
- ช่องทางการแจ้งไม่ชัดเจน	60	60.0
3. การควบคุมโรค		
- ขาดการซ้อมแผนสม่ำเสมอ	85	85.0
- ทรัพยากรไม่เพียงพอ	78	78.0
- การประสานงานไม่มีประสิทธิภาพ	72	72.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ประเด็นปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การขาดการซ้อมแผนสม่ำเสมอ (ร้อยละ 85.0) รองลงมาคือการอบรมไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 82.0) และทรัพยากรไม่เพียงพอ (ร้อยละ 78.0) ตามลำดับ โดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนจากการสัมภาษณ์ อาทิ "การอบรมมีปีละครั้ง ไม่ทันต่อสถานการณ์โรคที่เปลี่ยนแปลงเร็ว" (อสม., อายุ 45 ปี) "บางครั้งข้อมูลมาถึงเราช้า ทำให้ควบคุมโรคไม่ทัน" (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อายุ 38 ปี) "อยากให้มีการซ้อมแผนบ่อย ๆ จะได้คล่อง ตอนนี้ทำไม่ค่อยเป็น" (ผู้นำชุมชน, อายุ 52 ปี)

ผลการศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรค โดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรยังมีข้อจำกัด โดยพบว่าการอบรมยังไม่เพียงพอ ขาดเนื้อหาเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ และไม่มีการติดตามประเมินผล จึงมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มความถี่ในการจัดอบรม ปรับปรุง

เนื้อหาให้ครอบคลุม และจัดให้มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ

2. ระบบการแจ้งข่าวยังมีปัญหาในด้านความล่าช้าของการรายงาน การขาดการตรวจสอบข้อมูล และการที่ประชาชนไม่ทราบช่องทางการแจ้ง จึงควรพัฒนาระบบให้มีความรวดเร็วและแม่นยำมากขึ้น พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ช่องทางการแจ้งข่าวให้ประชาชนทราบอย่างทั่วถึง

3. การควบคุมโรคและการสนับสนุนทรัพยากรยังประสบปัญหา เนื่องจากขาดการซ้อมแผน มีทรัพยากรไม่เพียงพอ และการประสานงานยังไม่มีประสิทธิภาพ จึงมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มงบประมาณ จัดให้มีการซ้อมแผนเป็นประจำ และสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคในพื้นที่มีความแตกต่างกัน โดยพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก และมีมือเท้าปากอยู่ในระดับปาน

กลาง ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ

5. ระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.27-3.25 ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมสูงสุดพบในด้านการแจ้งข่าวการเกิดโรค ในขณะที่การมีส่วนร่วมต่ำสุดพบในด้านการซ่อมแผนและการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะหลักเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุม และป้องกันโรค โดยควรปรับปรุงคุณภาพและเพิ่มประสิทธิภาพของการอบรม ควบคู่กับการพัฒนาระบบแจ้งข่าวให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น พร้อมทั้งเพิ่มงบประมาณและทรัพยากรสำหรับกิจกรรมเชิงรุก นอกจากนี้ ควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในชุมชน ในขณะเดียวกัน ควรมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้เฉพาะด้านสำหรับโรคที่มีความรู้ระดับต่ำ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการซ่อมแผนรวมถึงการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ เพื่อเสริมสร้างความพร้อมและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการโรคระบาดในชุมชนอย่างยั่งยืน

2. การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม

1. จัดตั้งศูนย์บัญชาการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล เพื่อเสริมสร้างความพร้อมและเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันการระบาดของโรคติดต่อในชุมชน โดยมีหน้าที่ดังนี้

1.1 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อที่มีความ

เสี่ยงสูงในชุมชน เช่น ไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก ไข้หวัดใหญ่ และโรคอุบัติใหม่ต่าง ๆ

1.2 ให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการระบาดของโรค"

2. การคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยงประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 การรับแจ้งข่าวจากชุมชน เปิดช่องทางให้ประชาชนในชุมชนสามารถแจ้งข่าวหรือรายงานเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อ เช่น การพบเห็นบุคคลที่มีอาการเข้าข่ายหรือมีประวัติการเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยง โดยสามารถแจ้งผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ กลุ่มไลน์ หรือแจ้งโดยตรงกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.2 คัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยง ดำเนินการคัดกรองและค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อในชุมชน โดยสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น ประวัติการเดินทาง ประวัติการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ หรืออาการที่เข้าข่ายการติดเชื้อ

2.3 รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล รวบรวมข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง วิเคราะห์สภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อวางแผนการติดตามและป้องกันการแพร่กระจายของโรค

2.4 ติดตามและประเมินผล ติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิดและประเมินผลเป็นระยะ เพื่อตรวจสอบความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ เช่น การพัฒนาของอาการ หรือการแพร่กระจายของโรคภายในชุมชน

2.5 จัดทำรายงานการคัดกรองและสถานการณ์การระบาด รวบรวมข้อมูลจากการคัดกรอง การติดตาม และการรับแจ้งข่าว เพื่อจัดทำรายงาน

สถานการณ์การระบาดของโรคในชุมชน และรายงานต่อผู้บัญชาการเหตุการณ์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. การวางแผนเผชิญเหตุและบริหารจัดการทรัพยากร (Emergency Planning and Resource Management Activity) กิจกรรมนี้ประกอบด้วย การดำเนินการดังต่อไปนี้

3.1 จัดทำและซ้อมแผนเผชิญเหตุสำหรับการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในชุมชน โดยจำลองสถานการณ์การระบาดของโรค เพื่อฝึกการตอบสนองอย่างรวดเร็วและการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ หลังการซ้อมแผน ให้บททวนและปรับปรุงแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริง รวมทั้งเตรียมความพร้อมในการสอบสวนโรค ภัย และเหตุการณ์ผิดปกติอย่างละเอียดเมื่อเกิดการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ เพื่อหาสาเหตุและวิธีการควบคุมที่เหมาะสม

3.2 บริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็น ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ดังนี้

3.2.1 บุคลากร พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้พร้อมรับมือกับสถานการณ์โรคระบาด และวางแผนหมุนเวียนทดแทนบุคลากรในกรณีฉุกเฉิน

3.2.2 งบประมาณ จัดทำแผนงบประมาณสำหรับการดำเนินงาน ประสานงานเพื่อจัดสรรงบประมาณฉุกเฉิน และวางแผนการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส

3.2.3 วัสดุอุปกรณ์ จัดทำบัญชีรายการวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น วางแผนการจัดซื้อและสำรองให้เพียงพอ และจัดระบบการกระจายและติดตามการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 จัดตั้งศูนย์ประสานงานระดับตำบลและหมู่บ้าน พร้อมทั้งวางแผนจัดตั้งศูนย์กักตัวที่บ้าน (Home Quarantine) ศูนย์แยกกักตัวที่บ้าน (Home

Isolation) และศูนย์พักคอยชุมชน (Community Isolation) เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อที่มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบในวงกว้าง เช่น โรคโควิด-19 โรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) โรคไข้เลือดออกอีโบลา และโรคติดต่ออุบัติใหม่อื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

4. การให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์

4.1 วางแผนและดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อให้แก่ชุมชน ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น หอกระจายข่าว รถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ เสียงตามสาย แผ่นพับ ใบปลิว สื่อออนไลน์ (เว็บไซต์, สื่อสังคมออนไลน์) เป็นต้น

4.2 จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้และเฝ้าระวังการเผยแพร่ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง

4.3 จัดอบรมให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในชุมชน เช่น โรคไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซิส โรคไข้หวัดใหญ่ โรคไข้หวัดนก โรคมือ เท้า ปาก และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน รวมทั้งจัดอบรมเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคโควิด-19 (COVID-19) และโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์การระบาดที่อาจเกิดขึ้น

5. กิจกรรมจัดการสิ่งแวดล้อมและควบคุมการติดเชื้อ ประสานงานเพื่อจัดหาและแจกจ่ายวัสดุอุปกรณ์สำหรับควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในชุมชน เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ น้ำยาฆ่าเชื้อ และชุดป้องกันการติดเชื้อ นอกจากนี้ ยังให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการจัดการแหล่งน้ำขัง และการทำความสะอาดพื้นที่สาธารณะ

6. กิจกรรมสร้างสุขและสนับสนุน
สุขภาพจิต

ดูแลความสงบเรียบร้อยในชุมชน โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่อยู่ในช่วงการเฝ้าระวังการติดเชื้อ โรคติดต่อ ให้การช่วยเหลือในการจัดหาและขนส่ง อุปกรณ์การดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร น้ำดื่ม และยารักษาโรค ตรวจสอบและประเมินภาวะสุขภาพจิต ของประชาชนในชุมชน รวมถึงประสานงานกับ หน่วยงานด้านสุขภาพจิตในกรณีจำเป็น

จากการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคที่ เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) บ้านโคกอุดม เกิดรูปแบบการเฝ้าระวัง และควบคุมโรคแบบบูรณาการในชุมชน หรือ โมเดล 6S เพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคแบบบูรณาการใน ชุมชน" (6S Integrated Community Disease Surveillance and Control Model) ประกอบด้วย

- S1 - Situation Command (ศูนย์บัญชาการสถานการณ์)
- S2 - Screening and Monitoring (การคัดกรองและติดตาม)
- S3 - Strategic Planning and Resource Management (การวางแผนเชิงกลยุทธ์และบริหารทรัพยากร)
- S4 - Sanitary Education and Public Relations (การให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์)
- S5 - Sanitation and Infection Control (การสุขาภิบาลและควบคุมการติดเชื้อ)
- S6 - Social Well-being and Mental Health Support (การส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีและสนับสนุนสุขภาพจิต)

3. ประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม

ตารางที่ 2 ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม

ผลการประเมินการใช้รูปแบบ	ก่อนการพัฒนา (n=100)	หลังการพัฒนา (n=100)	Mean Difference	95% CI	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคที่สำคัญหรือเป็นปัญหาในพื้นที่	63.60±17.00	80.12±12.66	16.52	12.31-20.73	7.79	<0.001
ความคิดเห็นในการแจ้งข่าวการเกิดโรคติดต่อหรือเหตุการณ์ผิดปกติ	2.06±0.57	2.52±0.66	0.46	0.29-0.63	5.27	<0.001
การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	2.69±1.02	3.46±1.01	0.77	0.49-1.05	5.36	<0.001

หมายเหตุ: ข้อมูลแสดงในรูป mean±SD

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคที่สำคัญหรือเป็นปัญหาในพื้นที่ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 63.60 คะแนน และหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 80.12 คะแนน ซึ่งความรู้หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการพัฒนา 16.52 คะแนน (95% CI = 12.31 to 20.73, P-value < 0.001)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นในการแจ้งข่าวการเกิดโรคติดต่อหรือเหตุการณ์ผิดปกติ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเท่ากับ 2.06 คะแนน และหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเท่ากับ 2.52 คะแนน ซึ่งความคิดเห็นหลังการพัฒนา

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นมากกว่าก่อนการพัฒนา 0.46 คะแนน (95% CI = 0.29 to 0.63, P-value < 0.001)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเท่ากับ 2.69 คะแนน และหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเท่ากับ 3.46 คะแนน ซึ่งการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการพัฒนา 0.77 คะแนน (95% CI = 0.49 to 1.05, P-value < 0.001)

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (n=100)

องค์ประกอบ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1. ศูนย์บัญชาการสถานการณ์	4.25	0.68	มาก
2. การคัดกรองและติดตาม	4.18	0.72	มาก
3. การวางแผนเชิงกลยุทธ์และบริหารทรัพยากร	4.12	0.75	มาก
4. การให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์	4.35	0.65	มาก
5. การสุขาภิบาลและควบคุมการติดเชื้อ	4.08	0.70	มาก
6. การส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี	4.22	0.69	มาก
ภาพรวม	4.20	0.70	มาก

อภิปรายผล

สถานการณ์การมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนา ผลการวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 2.69, S.D. = 1.02) สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson et al. (2023) ที่พบว่าชุมชนในประเทศกำลังพัฒนามักมีข้อจำกัดด้านการมีส่วนร่วมในระบบเฝ้าระวังโรค โดยเฉพาะในด้านการซ่อมแผน

และการประสานงาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการขาดระบบการจัดการที่เป็นรูปธรรมและการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่ศึกษาที่พบว่าการขาดการซ่อมแผนสม่ำเสมอ (ร้อยละ 85.0) และการอบรมไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 82.0) เป็นปัญหาสำคัญที่สุด นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านทรัพยากรไม่เพียงพอ (ร้อยละ 78.0) และการขาดความรู้เรื่องโรค

อุบัติใหม่ (ร้อยละ 75.0) ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของเครือข่าย การขาดการมีส่วนร่วมในระยะแรกนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่โรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมโดยใช้โมเดล 6S มีความสอดคล้องกับทฤษฎีระบบ (Systems Theory) และแนวคิดการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) ซึ่งเน้นการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีการจัดตั้งศูนย์บัญชาการสถานการณ์ (S1) เป็นกลไกสำคัญในการประสานงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ कुमारและซิงห์ (Kumar & Singh, 2022) ที่พบว่าการมีศูนย์ประสานงานกลางสามารถลดระยะเวลาในการตอบสนองต่อการระบาดได้ถึงร้อยละ 40 นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาระบบการคัดกรองและติดตาม (S2) ควบคู่กับการวางแผนและบริหารทรัพยากร (S3) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฉินและคณะ (Chen et al., 2022) ที่พบว่าการผสมผสานการใช้เทคโนโลยีร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัครช่วยลดระยะเวลาในการรายงานและตอบสนองต่อการระบาดได้ถึงร้อยละ 60 โมเดล 6S ยังให้ความสำคัญกับการสื่อสารความเสี่ยงและการให้สุขศึกษา (S4) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมและการควบคุมการติดเชื้อ (S5) ที่มุ่งเน้นการป้องกันที่ต้นเหตุ ตลอดจนการดูแลผลกระทบทางสังคมและจิตใจ (S6) ซึ่งเป็นมิติสำคัญที่มักถูกละเลยในการจัดการโรคระบาด

ผลการประเมินการใช้รูปแบบ ผลการวิจัยพบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < 0.001$) โดยเฉพาะด้านความรู้ที่เพิ่มขึ้นจาก 63.60

เป็น 80.12 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของ Williams et al. (2023) ที่พบว่าการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยเพิ่มความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขได้ร้อยละ 35 การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้นี้มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญของการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ความคิดเห็นในการแจ้งข่าวก็เพิ่มขึ้นจาก 2.06 เป็น 2.52 คะแนน ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักและความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นของเครือข่าย ในด้านการมีส่วนร่วมพบว่าเพิ่มขึ้นจาก 2.69 เป็น 3.46 คะแนน ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและความร่วมมือที่ดีขึ้นของชุมชน ความพึงพอใจต่อรูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.20) สะท้อนการยอมรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในด้านการให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ (S4) ที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุด (ค่าเฉลี่ย = 4.35) แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการสื่อสารและให้ความรู้แก่ชุมชน ผลลัพธ์ในด้านอื่นๆ ก็อยู่ในระดับที่น่าพอใจ ทั้งด้านศูนย์บัญชาการสถานการณ์ (4.25) การคัดกรองและติดตาม (4.18) และการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี (4.22) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้สะท้อนให้เห็นว่าโมเดล 6S สามารถยกระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีแนวโน้มที่จะสามารถพัฒนาต่อยอดเพื่อสร้างความยั่งยืนในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การขยายผลรูปแบบ 6S Model โดยการนำรูปแบบนี้ไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและปรับปรุงให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น



2. ควรมีการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์โรคระบาดและเทคโนโลยีใหม่ๆ

3. ควรพิจารณานำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มเติมในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค เช่น แอปพลิเคชันมือถือสำหรับการรายงานและติดตามสถานการณ์โรค

4. ควรมีการวางแผนระยะยาวเพื่อสร้างความยั่งยืนของรูปแบบ 6S Model โดยการผลักดันให้เป็นนโยบายระดับท้องถิ่นหรือระดับจังหวัด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบ 6S Model

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบ 6S Model กับรูปแบบการดำเนินงานอื่นๆ ในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับรูปแบบ 6S Model เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในยุคดิจิทัล

4. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการนำรูปแบบ 6S Model ไปใช้ในระดับชุมชนและระดับนโยบาย เพื่อประเมินความคุ้มค่าในการขยายผล

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ. (2555). แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ.2555-2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, และ ภาสินี ไทอินทร์. (2564). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี - Udon Model COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(1), 49-62.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. (2565). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นเมื่อ 13 กันยายน 2566, จาก <http://www.boe.moph.go.th/fact/Influenza.htm>
- อภิชาติ มีจันทร์ และพรพิมล มัชฌาสัย. (2564). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารสุขภาพและการจัดการภาครัฐ, 42(2), 25-35.
- Anderson, M., et al. (2023). Community Participation in Disease Surveillance Systems: A Case Study in Tanzania. Journal of Public Health in Africa, 14(2), 45-52.
- Chen, X., et al. (2023). Long-term Evaluation Framework for Community Health Interventions. Global Health Action, 16(1), 2167234.



- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (2020). Participatory Approaches in Public Health: Theory and Practice. *Health Promotion International*, 35(6), 1443-1452.
- Johnson, R., & Brown, K. (2023). Infection Control Challenges in Resource-Limited Settings. *International Journal of Infectious Diseases*, 45, 78-86.
- Kumar, S., & Singh, R. (2022). Building Community Capacity for Disease Surveillance in Rural India. *Global Health Action*, 15(2), 2134567.
- Martinez, L., et al. (2023). Community Acceptance of Disease Surveillance Systems in Mexico. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 88(4), 234-241.
- Revans, R. W. (2018). *Action Learning: New Techniques for Management*. New York: Routledge.
- Thompson, M., & Lee, S. (2023). Tools for Measuring Community Participation in Health Programs. *BMC Public Health*, 23(1), 156.
- Williams, J. R., et al. (2023). Capacity Building for Health Volunteers in the Philippines. *Journal of Community Health*, 48(2), 145-156.
- World Health Organization. (2022). *Public Health Emergency Management Framework*. Geneva: WHO.