

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

เสถียร ปวงสุข¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยดำเนินการในพื้นที่อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 21 คน ที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 270 คน ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบสังเกตพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired Samples t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบเดิมขาดการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โครงสร้างการดำเนินงานที่เหมาะสม 2) การพัฒนาศักยภาพ อสม. 3) กระบวนการทำงานเชิงรุกและเชิงรับแบบมีส่วนร่วม 4) การจัดการข้อมูลระดับตติย และ 5) ระบบติดตามและประเมินผล โดยผลการประเมินหลังการพัฒนาพบว่าค่าเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วม ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรค และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

คำสำคัญ: โรคเลปโตสไปโรซิส, การควบคุมโรค, พชอ., อสม., การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วันที่รับบทความ

21 มีนาคม 2568

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

7 พฤษภาคม 2568

วันที่ตอบรับบทความ

23 มิถุนายน 2568

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์;
oyinoyee2@gmail.com, โทร.081-7907985

Development of Prevention and Control on leptospirosis Model of the District Health Board (DHB), Muangsamsip District, Ubon Ratchathani Province.

Sathian PuangSuk¹

Abstract

This action research aimed to: 1) study the current situation of leptospirosis prevention and control; 2) develop a prevention and control model appropriate to the local context; and 3) evaluate the effectiveness of the developed model. The study was conducted in Muang Samsip District, Ubon Ratchathani Province. The sample group consisted of 21 members of the District Health Board (DHB) selected by purposive sampling and 270 village health volunteers (VHVs) selected by simple random sampling. Data collection tools included questionnaires, focus group guidelines, and behavioral observation checklists. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis. The results revealed that the previous model lacked integration and community participation. The developed model consisted of five key components: 1) a structure suited to the local context; 2) capacity building for VHVs; 3) proactive and participatory implementation processes; 4) epidemiological data management; and 5) a monitoring and evaluation system. Post-intervention assessments showed statistically significant improvements in participation and satisfaction levels among DHB members, as well as knowledge, preventive behaviors, and satisfaction among VHVs ($p = 0.001$).

Keywords: Leptospirosis, Disease Control, The District Health Board, Village Health Volunteers, Action Research

Received

21 March 2025

Revised

7 May 2025

Accepted

23 June 2025

¹District Public Health Office Laosueakok, Ubon Ratchathani Province, B.P.H, Corresponding author e-mail: oyinoyee2@gmail.com

Tel. 081-7907985

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) อยู่ในกลุ่มโรคอุบัติที่ยังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นในฤดูเพาะปลูกจากการสัมผัสเชื้อในดินหรือน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ การควบคุมโรคที่ดีจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน การระบวมักรุนแรงในช่วงฤดูฝนหรือฤดูเพาะปลูก ประชาชนที่เป็นเกษตรกรจะมีโอกาสสัมผัสกับน้ำหรือดินที่ปนเปื้อนเชื้อโรคจากปัสสาวะสัตว์ที่เป็นพาหะ เช่น หนู โค กระบือ ผลกระทบจากการป่วยอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต การมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสสามารถขับเคลื่อนประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคอย่างยั่งยืนตอบสนองต่อการระบาดอย่างทันท่วงเวลา¹ จากรายงานการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส ปี พ.ศ. 2563 พบว่าทั่วประเทศมีรายงานจำนวน 2,168 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3.26 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 29 ราย หรืออัตราตาย 0.04 ต่อแสนประชากร² จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ระนอง (23.97 ต่อแสนประชากร) พังงา (20.13) ศรีสะเกษ (17.58) ยะลา (16.16) และยโสธร (15.22) ตามลำดับ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าโรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคที่มีอัตราป่วยตาย (CFR) สูงเป็นอันดับ 2 รองจากเมลิออยดิลิส ปี พ.ศ. 2561 อัตราป่วยสูงถึง 15.1 ต่อแสนประชากร ถึงแม้แนวโน้มการตายจะลดลงต่อเนื่อง แต่อัตราป่วยยังอยู่ที่ 2.32 ต่อแสนประชากรในปี 2564³ ในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วย 248 ราย เสียชีวิต 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย 0.81% ซึ่งสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคติดต่ออื่นในพื้นที่ในพื้นที่ใกล้เคียง

อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีมีแนวโน้มการระบาดต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วย 62 ราย (71.15 ต่อแสนประชากร), ปี พ.ศ.2565 จำนวน 44 ราย (52.01 ต่อแสนประชากร) และในปี พ.ศ.2566 พบ 48

ราย (56.84 ต่อแสนประชากร) มีผู้เสียชีวิต 3 รายจาก 3 ตำบล จะเห็นได้ว่าโรคเลปโตสไปโรซิสยังเป็นปัญหาด้านสุขภาพสำคัญในพื้นที่⁴ อำเภอม่วงสามสิบแบ่งเขตการปกครองตาม พ.ร.บ. ลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. 2547 เป็น 14 ตำบล 158 หมู่บ้าน มี 1 เทศบาล คือ เทศบาลตำบลม่วงสามสิบ องค์การบริหารส่วนตำบล 14 แห่ง และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 23 แห่ง รูปแบบดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ผ่านการนำมาตรการต่างๆ ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขมาดำเนินการต่อเนื่อง ได้แก่ การให้สุขศึกษาการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ การถ่ายทอดความรู้แก่เครือข่ายสุขภาพ รวมทั้งการกระตุ้นเตือนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อถ่ายทอดความรู้ การรณรงค์กำจัดหนู การดำเนินการกองทุนรองเท้าบูท เป็นต้น แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการป้องกัน ควบคุมและลดความรุนแรงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังจะมีปรากฏรายงานผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคเลปโตสไปโรซิสเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี การแก้ปัญหาในชุมชนได้ดั้นนั้นจำเป็นต้องส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมจัดการปัญหา ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนจะส่งเสริมการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคได้ดี สามารถเพิ่มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ⁷ การมีส่วนร่วมช่วยสร้างความตระหนัก ส่งเสริมให้เกิดความรู้แก่บุคคล ลดความเสี่ยงและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเชิงรุก⁸ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมยังช่วยให้ชุมชนสามารถเฝ้าระวังโรค ระบุมพื้นที่เสี่ยงสูงและแจ้งข้อมูลการแทรกแซงได้ตรงเป้าหมาย⁹ การเฝ้าระวังตามชุมชนยังช่วยให้คนในท้องถิ่นตรวจจับ และรายงานกรณีต่างๆ ได้ ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าแทรกแซงและรักษาได้ในระยะเริ่มต้น¹⁰ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในโครงการจะช่วยเพิ่มพูนความรู้และส่งเสริมการดำเนิน สนับสนุนการป้องกันนำไปสู่ผลลัพธ์ด้าน

สุขภาพที่ดีขึ้น¹¹ แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยส่งเสริมการขับเคลื่อนการจัดการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนให้เข้มแข็งและนำไปสู่การลดอุบัติการณ์โรคและผลกระทบได้และยั่งยืนในอนาคต หน่วยงานหลักที่มีบทบาทจัดการปัญหาโรคเลปโตสไปโรซิสในปัจจุบันมีเพียงหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นเนื่องจากมีหน้าที่โดยตรง มีกำลังคนและงบประมาณ แต่เป็นไปภายใต้ข้อจำกัดไม่เพียงพอและขาดประสิทธิผลในการดำเนินการ ดังนั้นนโยบายกระจายอำนาจจะเสริมสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชน องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้มีคณะกรรมการพัฒนาระดับอำเภอเป็นศูนย์กลางในการประสานงานขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอและจัดตั้งเป็นองค์การหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพในระดับอำเภอ¹² ดังนั้นรัฐบาลจึงออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนระดับอำเภอในทุกมิติ¹³ กำหนดให้นายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการ ให้แต่งตั้งคณะกรรมการจำนวน 21 คน จากกลุ่มบุคคล 3 กลุ่มได้แก่ หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้แทนหน่วยงานของรัฐในระดับอำเภอไม่เกิน 6 คน ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอไม่เกิน 6 คนและตัวแทนภาคประชาชนในระดับอำเภอไม่เกิน 7 คน รวม 21 คน มีบทบาทหน้าที่กำหนดเป้าหมายวางแผนและขับเคลื่อนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้เหมาะสมกับแต่ละอำเภอ ให้มีการบูรณาการแผนงาน งบประมาณและกำลังคนร่วมกัน มีการอำนวยความสะดวก ติดตามกำกับและประเมินผลการพัฒนา¹⁴ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจึงเป็นคณะทำงานขับเคลื่อนการจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านการบูรณาการทั้งภาครัฐ เอกชนและ

ภาคประชาชนให้มามีส่วนร่วมขับเคลื่อนการจัดการปัญหาต่างๆ รวมทั้งปัญหาสุขภาพให้เกิดความยั่งยืนอย่างไรก็ตามที่ผ่านมาอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีได้ขับเคลื่อนการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิสผ่านระบบและกลไกหลากหลายช่องทางซึ่งไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร เมื่อมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 มีคณะกรรมการจากหน่วยงานภาครัฐได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/เทศบาล มีภาคีเครือข่ายภาคเอกชนและภาคประชาชนนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพที่ดีในหลายมิติ อย่างไรก็ตามประเด็นด้านการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสยังไม่มีมีการดำเนินการต่างๆ ที่เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตในพื้นที่ต่างๆ ปีที่ผ่านมาพบว่ามีการดำเนินกิจกรรมบ้างเป็นบางส่วน ขาดความครอบคลุมและไม่เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง ไม่มีรูปแบบการวางแผนจัดการเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสที่เป็นรูปธรรมและเพียงพอที่จะควบคุมการแพร่ระบาดและลดผลกระทบจากโรคได้⁴ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีผ่านความร่วมมือของชุมชนทุกภาคส่วนผ่านรูปแบบการพัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ซึ่งรูปแบบที่ได้จะเกิดประโยชน์โดยตรงต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนให้ยั่งยืนแล้ว ยังจะเป็นแนวทางในการขยายผลในพื้นที่อื่น รวมทั้งการจัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนในประเด็นอื่นๆ ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงรอบต่อเนื่อง (cyclical) โดยการสะท้อนผลแต่ละรอบไปสู่การวางแผนและปรับปรุงกระบวนการใหม่ที่มีประสิทธิภาพขึ้นและต่อเนื่อง^{13,14} ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2568 รวม 6 เดือน ผ่านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภาคเอกชนและภาคประชาชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในระดับพื้นที่

พื้นที่ทำการศึกษ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 21 คน เลือกมาทั้งหมด โดยอยู่ในเกณฑ์ได้แก่ เป็นผู้มีความเกี่ยวข้องกับป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอม่วงสามสิบอย่างน้อย 1 ปี 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย เกณฑ์การยุติ (Termination criteria) มีดังนี้ 1) เข้าร่วมงานวิจัยน้อยกว่าร้อยละ 80 ของกระบวนการวิจัย 2) เจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยต่อไปได้ 3) สมัครใจถอนตัวขณะวิจัย

2. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

มีเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน 4 โชน ของสำนักงานสาธารณสุข

อำเภอม่วงสามสิบและมีส่วนร่วมร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี 2) ปฏิบัติหน้าที่ อสม.ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติ ได้แก่ 1) เป็นอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัยน้อยกว่าร้อยละ 80 ของกระบวนการวิจัยทั้งหมด 2) เจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยต่อไปจนเสร็จสิ้นโครงการหรือเป็นไปตามเกณฑ์ข้อที่ 1 3) ขอลถอนตัวระหว่างการศึกษา

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนในประชากร¹⁵ ซึ่งกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 [P(1-P)]}{[e^2(N-1)] + [Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)]}$$

n = ขนาดตัวอย่าง (หน่วย: คน)

N = จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข ในอำเภอม่วงสามสิบ จำนวน 1,705 คน

$Z_{\alpha/2}$ = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 1.96 เมื่อกำหนดให้ความเชื่อมั่น 95%

P = สัดส่วนของพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสที่เหมาะสมของประชาชน เท่ากับ 0.72.¹⁶

e = ความคลาดเคลื่อนของค่าประมาณที่แตกต่างไปจากค่าจริง กำหนดให้ความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% หรือมีค่าเท่ากับ 0.05

ได้กลุ่มตัวเท่ากับ 260.42 คน เพื่อชดเชยการสูญเสียจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวิจัยครั้งนี้เป็นจำนวน 270 คน เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากตามสัดส่วน (Proportion to size) ของ อสม.ในแต่ละโชน รวม 4 โชน⁴ โดยการเลือกอย่างง่าย 1 ตำบล ต่อ 1 โชน จากนั้นคำนวณสัดส่วนจำนวนตัวอย่างต่อประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขโดยเทียบบัญญัติไตรยางศ์แล้วสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากแบบไม่แทนที่ ดังนี้

โซนที่ 1 สุ่มได้ตำบลเหล่าบก จำนวน 61 คน โซนที่ 2 สุ่มได้ตำบลนาเลิง จำนวน 58 คน โซนที่ 3 สุ่มได้ตำบลหนองหนองฮาง จำนวน 91 คน และโซนที่ 4 สุ่มได้ตำบลหนองซ้างใหญ่ จำนวน 60 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งสิ้นจำนวน 270 คน โดยเกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและและยังคงปฏิบัติหน้าที่ 2) อายุระหว่าง 18 ปีขึ้นไป 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัย อย่างน้อย 1 ปี ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย 2) ไม่สามารถสื่อสารและอ่านออกเขียนได้ เกณฑ์ยกเลิกคือ 1) ป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง และ 2) อาสาสมัครขอลถอนตัวจากการศึกษา

เครื่องมือในการศึกษา

1. เครื่องมือศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ 1.แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยการมีส่วนร่วมในระบบและกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนตามแนวทางพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามแนวทางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี¹⁷ และแนวทางของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข¹⁸ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม 5 ข้อ ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 15 ข้อ และ 2. แบบสอบถามผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

เศรษฐกิจและสังคม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคจำนวน 15 ข้อ มีระดับคะแนนภาพรวม 5-75 คะแนน โดยแปรผลเป็น 3 ระดับได้แก่ คะแนน 15-25 คะแนน แปรผลว่าความรู้อยู่ในระดับต่ำ 26-50 คะแนน ระดับปานกลางและ 51-75 คะแนน มีความรู้ระดับสูง ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในปฏิบัติการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20 ข้อ โดยแปรผลเป็น 3 ระดับได้แก่ คะแนน 20-33.3 คะแนน แปรผลว่าปฏิบัติในระดับต่ำ 33.4-66.6 คะแนน ระดับปานกลางและ 66.7-100.0 คะแนน ปฏิบัติระดับสูงและส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกระบวนการป้องกันและควบคุมโรค จำนวน 15 ข้อ โดยแปรผลเป็น 3 ระดับได้แก่ คะแนน 15-25 คะแนน แปรผลว่าพึงพอใจระดับต่ำ คะแนน 26-50 คะแนน ระดับปานกลางและ 51-75 คะแนน มีความพึงพอใจระดับสูง

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1. แนวทางการสนทนากลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 2. แนวทางการสังเกตเชิงพฤติกรรมของกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เครื่องมือวิจัย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์โดยการวิเคราะห์ดัชนีความตรง (Item - Objective Congruence Index : IOC) โดยหาค่าความถี่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมีค่าดัชนีความตรง 0.63 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมีค่าดัชนีความตรง 0.58 และความพึงพอใจมีดัชนีความตรง 0.73 ภาพรวม 3 หมวดมีค่าดัชนีความตรง 0.63 คุณภาพของเครื่องมือทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีซึ่งมีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไปถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา¹⁹ จากนั้น

ได้นำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามากที่สุด เพื่อประเมินและปรับปรุง ความชัดเจนข้อคำถาม ความเข้าใจภาษา การเรียงลำดับและเวลาที่เหมาะสม แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้อง ส่วนเครื่องมือวัดความรู้ นำมาวิเคราะห์ความยาก (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของเครื่องมือวัดความรู้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของกลุ่ม อสม. โดยวิธีวิเคราะห์ KR-20²⁰ ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.81 ค่าที่เหมาะสมจะมีค่าตั้งแต่ 0.80 ถือว่าเชื่อถือได้²⁰

3.4.7 การหาความเที่ยงเครื่องมือวัดปัจจัยด้านจิตวิทยาได้แก่ การมีส่วนร่วมและแบบวัดความพึงพอใจ ผู้วิจัยวิเคราะห์ความเที่ยงโดยวิธีของ Cronbach¹² ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha 's Coefficient) จากแบบวัดทั้งฉบับ กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82 และ 0.85 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับหรือเชื่อถือได้²²

3.4.8 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1. แนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2.แนวทางการสังเกตเชิงพฤติกรรมของกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินดัชนีความตรงเครื่องมือ (IOC.) โดยใช้เกณฑ์ 5 ประเด็น²³ ในการประเมินได้แก่ 1) ความสอดคล้องทางทฤษฎี 2) ความเกี่ยวข้องด้านความสามารถในการถ่ายโอนผลการวิจัยเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นๆ เชิง

ประโยชน์ใช้สอย 3) สามารถตรวจสอบความถูกต้อง ข้อมูลจากกระบวนการรวบรวมข้อมูลเชื่อถือได้ 4) ผลลัพธ์น่าเชื่อถือไว้วางใจ สามารถตรวจสอบแบบสามเส้าได้ 5) สามารถพิจารณาทางจริยธรรมในกระบวนการรวบรวมข้อมูลได้ชัดเจน โดยแนวทางการสนทนากลุ่ม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าดัชนีความตรง (IOC.) 0.65 และ แนวทางการสังเกตเชิงพฤติกรรมของกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าดัชนีความตรง (IOC.) 0.60 เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด²⁴

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ตามแนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart²⁵ ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ขั้นตอนมีดังนี้ 1) การวางแผน (Planning) ดำเนินการเดือนตุลาคม 2567 ประกอบด้วย 1) ศึกษาบริบทชุมชน 2) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการป้องกันและควบคุมโรคฯ 3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการและ 4)จัดทำแผนการดำเนินงาน 2) ขั้นตอนมือปฏิบัติ (Action) ดำเนินการ ตุลาคม-ธันวาคม 2567 ประกอบด้วย 1) การจัดตั้งกลไกการจัดกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) จัดกลุ่มเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) การออกแบบกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 4) ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานตามมติที่ประชุม 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ดำเนินการ มกราคม 2568 ประกอบด้วย 1) บันทึกติดตามการเข้าร่วมกิจกรรม 2) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่มและการสังเกตและประเมินความพึงพอใจ และ 3) ประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรม และขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการ กุมภาพันธ์ 2568 4) การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 1) จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลแก่ชุมชน เดือนมีนาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และการเปรียบเทียบความแตกต่างก่อน-หลังพัฒนารูปแบบฯ ด้วยสถิติ Paired Samples t-test และ 2) เชิงคุณภาพวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่โครงการวิจัย SSJ.UB2567-150 รับรองวันที่ 2 ตุลาคม 2567

สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาสถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่า การดำเนินการในระดับอำเภอยังอยู่ในระดับน้อย ไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่บูรณาการในระดับพื้นที่ ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานให้ชัดเจน การรายงานสถานการณ์โรค การสื่อสารความเสี่ยง การคืนข้อมูลสู่ชุมชน รวมถึงการดำเนินการเชิงรุก อีกทั้งยังขาดกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนและแก้ไขปัญหาาร่วมกันในระดับชุมชน ส่งผลให้แรงงานภาคเกษตรขาดความเข้าใจที่ถูกต้องและพฤติกรรมไม่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ข้อมูลก่อนการพัฒนารูปแบบจากกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจำนวน 21 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.1 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุดร้อยละ 42.8 (ค่าเฉลี่ย 49.9 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.9, ค่าต่ำสุด 27.0 ปี, ค่าสูงสุด 60.0 ปี) ทุกคน(ร้อยละ 100.0) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคและในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ส่วนกลุ่มอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 270 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.6 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุดร้อยละ 39.3 (ค่าเฉลี่ย 51.2 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.8, ค่าต่ำสุด 23.0 ปี, ค่าสูงสุด 80.0 ปี) มีระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 40.7 มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร ร้อยละ 85.9 บุคคลในครัวเรือนที่รับผิดชอบเคยป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ร้อยละ 58.9 และเคยป่วยด้วยตนเอง ร้อยละ 15.5 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ร้อยละ 80.7 และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคในรอบ 1 ปี ร้อยละ 90.0

ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยกลไกคณะกรรมการ พชอ.

ผลการวิจัยขั้นที่ 1: การวางแผน (Planning) การประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกันระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อวางแผนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และระบุบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานอย่างชัดเจน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกันกำหนดแผนงานและแผนปฏิบัติการควบคุมและป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ที่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในการปฏิบัติและประสานงาน

ขั้นที่ 2: การลงมือปฏิบัติ (Action) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การจัดตั้งกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การจัดกลุ่มเครือข่ายคณะทำงานในแต่ละตำบล โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนกลางขับเคลื่อนกิจกรรม 3) การออกแบบกระบวนการทำงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยยึดหลักวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน 4) การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน โดยโครงสร้างของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ (1) โครงสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ได้แก่ การจัดทำข้อมูลแผนที่ความเสี่ยงของประชาชน การจัดทำระบบรายงานทางระบาดวิทยาพฤติกรรมเสี่ยง

และส่งข้อมูลสู่เครือข่าย จัดทำแผนที่ความเสี่ยงและกระจายสู่เครือข่าย เพิ่มความเข้มข้นการทำงานในพื้นที่เสี่ยงผ่านการให้ความรู้ สื่อสารความเสี่ยงต่อประชาชนผ่านช่องทางในชุมชน เช่น หอกระจายข่าว และสื่อออนไลน์ และให้ความรู้การสังเกตอาการผู้ป่วยและแนวปฏิบัติ และแจ้งอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อนำส่งเข้าระบบตรวจคัดกรองและรักษาให้ทันเวลา มีการพัฒนาระบบข้อมูลระดับตึกในชุมชนโดยใช้ Google Form ในการจัดทำฐานข้อมูลผู้ผิดปกติกรรมเสี่ยงและเมื่อพบผู้แสดงอาการ จะแจ้ง อสม. ประสานงานส่งต่อระบบบริการทันเวลา (2) การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความรู้และทักษะการสื่อสารความเสี่ยงในชุมชนและการเฝ้าระวังโรคเมื่อมีผู้ปรากฏอาการเสี่ยงและส่งต่อสู่ระบบบริการเพื่อคัดกรอง ตรวจยืนยันและรักษาทันเวลา (3) การดำเนินงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยเชิงรับคือการกำหนดแนวปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเพื่อส่งต่ออย่างรวดเร็วผ่านเครือข่ายระบบบริการ และเชิงรุกคือการสอดส่องกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ติดตามพฤติกรรมเสี่ยง รายงานความเสี่ยงผ่าน อสม. และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่

ขั้นที่ 3: การสังเกตการณ์ (Observation) ดำเนินการเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 โดยมีการบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมของคณะกรรมการ พชอ. อาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินการพัฒนาและการปฏิบัติตามกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสที่กำหนดในชุมชน พบว่า มีความจำเป็นต้องเพิ่มเติมองค์ประกอบที่ 5 คือ “การติดตามและประเมินผล” ซึ่งเดิมเป็นระบบประเมินผลอย่างไม่เป็นทางการ ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการ มีการจัดตั้งผู้รับผิดชอบและคณะกรรมการประเมินผลและติดตามการทำงาน มีการติดตามการดำเนินงาน สังเคราะห์ผลสะท้อนและให้พื้นที่ปรับการทำงาน สามารถปรับได้ทันเวลา มีการสังเกตและส่งผู้ป่วยที่แสดงอาการเข้าสู่ระบบรักษาได้อย่างรวดเร็ว

ขั้นที่ 4: การสะท้อนผล (Reflection) ได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับคณะกรรมการ พชอ. และเครือข่ายในชุมชน เพื่อสรุปทบทวนการดำเนินงานรวบรวมข้อเสนอแนะ คัดเลือกข้อมูลชุมชนอย่างเป็นระบบช่วยเสริมสร้างพลังให้แก่เครือข่าย และก่อให้เกิดความร่วมมือที่เข้มแข็งยิ่งขึ้น

ผลการดำเนินงานผ่านกลไก พชอ. เป็นช่องทางขับเคลื่อนการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่วางแผน ร่วมทำและรวมประเมินผลทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและเรียนรู้จัดการปัญหาพร้อมกันจึงเกิดผลสำคัญต่อไปนี้

1. ผลลัพธ์ที่มีต่อกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่าการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพิ่มขึ้นดังผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอระหว่างก่อนและหลังพัฒนา พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.2 รองลงมาได้แก่ ระดับมากและน้อย ร้อยละ 14.3 และ 9.5 ตามลำดับ หลังพัฒนารูปแบบ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.7 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง ระดับน้อยร้อยละ 14.3 โดยหลังการพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบเฉลี่ย 9.8 คะแนน 2) ความพึงพอใจในการทำงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสเพิ่มขึ้น ดังผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสของกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระหว่างก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบ มีความพึงพอใจอยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 85.7 รองลงมา ได้แก่ ระดับมาก ร้อยละ 14.3 หลังระดับมาก ร้อยละ 71.4 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ

28.6 โดยภายหลังการพัฒนาารูปแบบมีค่าเฉลี่ยมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบเท่ากับ

2. ผลลัพธ์ที่มีต่อกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังจากที่มีการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานพบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรค พบว่า มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนถูกต้องเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) และด้านความพึงพอใจ พบว่า มีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) 3.3 ผลลัพธ์ที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

3. ผลต่อการลดอัตราการป่วยตายจากโรคเลปโตสไปโรซิสในประชาชนอำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยจำนวน 48 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 56.84 ต่อแสนประชากร และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 3 ราย โดยระหว่างดำเนินการวิจัยอยู่ในช่วงฤดูทำนา มีฝนตกชุก จึงได้ใช้รูปแบบในการดำเนินการตั้งแต่ โดยใช้เครือข่าย พชอ. และอาสาสมัครสาธารณสุขให้ข้อมูลแก่ประชาชนในพื้นที่ และเฝ้าระวังผู้มีอาการและนำส่งผู้มีอาการที่สงสัยว่าป่วยเป็นเลปโตสไปโรซิสเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ขณะที่หลังการพัฒนาในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยจำนวน 48 ราย เท่าเดิม แต่ไม่พบผู้เสียชีวิต ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ แม้ยังไม่ลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ โดยการดำเนินงานดังกล่าวเกิดจากการบูรณาการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

โดยสรุป รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสที่มีประสิทธิผลนี้ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีแผนซึ่งเป็นแนวทางการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ 2) ฐานข้อมูลระบาดวิทยาร่วมกัน 3) การดำเนินงานเชิงรุกและเชิงรับร่วมกัน 4) การสร้าง

เครือข่ายการติดตามและประเมินผล 5) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผ่านการสะท้อนและสรุปบทเรียนร่วมกัน ส่งผลให้การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและนำไปสู่การลดความรุนแรงของโรคในระยะยาว

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีขึ้นเพื่อพัฒนาารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการผ่านการบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชน สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคเลปโตสไปโรซิสได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนา ถึงแม้จะยังมีผู้ป่วยจำนวนเท่าเดิมแต่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้และมีแนวโน้มการตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่และได้รับการจัดการรวดเร็วขึ้นสามารถลดอัตราการตายได้ในอนาคต สะท้อนให้เห็นว่าการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอผ่านกลไก พชอ. ช่วยให้ชุมชนสามารถคัดกรองและส่งต่อที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริกุล วรธนา²⁶ ที่ชี้ว่าการรับรู้โรคแต่เนิ่น ๆ และเข้าถึงบริการการแพทย์ทันเวลาช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสได้อย่างมีนัยสำคัญ และ Rahim และคณะ²⁷ ที่พบว่าการนำระบบเฝ้าระวังแบบเชิงรุกมาใช้ในพื้นที่เกษตรกรรมในอินโดนีเซียสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้ได้ ทั้งนี้การวิจัยนี้ส่งเสริมให้กลไก พชอ. มีความโดดเด่นในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงระหว่างระบบสุขภาพกับประชาชนทั้งในด้านข้อมูลข่าวสาร การเฝ้าระวัง ติดตามกลุ่มเสี่ยงและการสื่อสารความเสี่ยง ซึ่งตรงกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก(WHO)²⁸ ที่เน้นจัดการโรคเชิงรุก

ตั้งแต่ระดับชุมชนผ่านการเสริมสร้างอำนาจและการมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดความยั่งยืนได้ การวิจัยนี้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบผ่านการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ ร่วมกำหนดเป้าหมายเสี่ยงสูง เช่น เกษตรกร ผู้เลี้ยงสัตว์ ผู้ทำงานในพื้นที่น้ำขัง จากนั้นจัดกิจกรรมรณรงค์ การแจกอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การให้คำแนะนำดูแลตนเอง ส่วนคณะทำงานมีการจัดทำคู่มือดำเนินงานและประสานงานร่วมกันที่ชัดเจนสอดคล้องกับ Schneider และคณะ²⁹ ที่ใช้ระบบแผนที่ GIS วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงในบราซิลและออกแบบแผนการปฏิบัติที่ตรงเป้าหมาย และ De Guzman และคณะ³⁰ ที่เน้นการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเกษตรกรและแรงงานที่เกี่ยวข้องกับน้ำ ซึ่งสามารถลดอัตราการติดเชื้อในพื้นที่ได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยของกองโรคติดต่อ³¹ พบว่าการแจก PPE และการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในพื้นที่เพาะปลูกช่วยลดอุบัติการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสสูงถึง 25% ยิ่งกว่านั้นการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านการป้องกัน ควบคุมโรค การติดตาม ประเมินผลทำให้ การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสอดคล้องกับแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ³² ที่ส่งเสริมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในประเด็นโรคติดเชื้อเขตร้อนช่วยเพิ่มทักษะการวิเคราะห์และวางแผนการควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ดียิ่งขึ้น การบูรณาการระบบข้อมูลและนโยบายของหน่วยงานส่งเสริมให้เกิดการประสานการทำงานได้ดีขึ้นในเครือข่ายทำให้มีการวางแผนและจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นระบบซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด One Health มุ่งเน้นการจัดการโรคระหว่างคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อมเป็นองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่เสี่ยงสูง เช่น พื้นที่ที่มีการเพาะปลูกในพื้นที่ลุ่ม พื้นที่น้ำท่วมขัง หรือพื้นที่ที่มีการเลี้ยงสัตว์แบบเปิด การบูรณาการจะสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงและเกิดความต่อเนื่องเชิงนโยบาย งบประมาณ และการมีส่วนร่วมได้ ซึ่งไม่เพียงต่อความสามารถลดผลกระทบ

จากโรคเลปโตสไปโรซิสในระยะสั้นเท่านั้นแต่การมีส่วนร่วมลักษณะนี้จะส่งผลต่อการเกิดความยั่งยืนในพื้นที่และสามารถเป็นต้นแบบการจัดการโรคติดต่ออื่นๆ ได้ในอนาคต

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบรรลุผลลัพธ์ตามจุดประสงค์เนื่องจากใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากภาคีเครือข่ายมาร่วมปฏิบัติการร่วมกันและได้รูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1) การพัฒนาแผนงานและกิจกรรมแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับพื้นที่ 2) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข 3) กระบวนการปฏิบัติครอบคลุมทั้งเชิงรับและเชิงรุกแบบมีส่วนร่วม 4) การพัฒนาข้อมูลระดับชาติและ 5) การติดตามและประเมินผล ซึ่งสะท้อนการปฏิบัติแบบแนวคิดแบบองค์รวมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน กลไก พชอ. เป็นศูนย์กลางการประสานอำนาจการและบูรณาการในรูปแบบเครือข่ายในชุมชนสอดคล้องกับ พรพรรณ เกษมสุข³³ ที่พบว่าการบูรณาการหน่วยงานรัฐ ท้องถิ่น และประชาชนภายใต้โครงสร้างเดียวกันช่วยสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพมีทิศทางที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงสูงยิ่งกว่านั้นการใช้ข้อมูลด้านระดับชาติที่มีอยู่ในแผนงานเพื่อสื่อสารข้อมูล สะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงแผนงาน กิจกรรมได้ทันท่วงที สนับสนุนการตัดสินใจภายใต้การมีข้อมูลรองรับและสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจมากขึ้น สอดคล้องกับ Thavorn charoensap และคณะ³⁴ ที่พบว่าการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพในระดับอำเภอส่งผลคณะทำงานจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นถึง 40% การใช้ข้อมูลร่วมส่งผลให้หน่วยงานในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเข้าใจและสนับสนุนงบประมาณและนโยบายที่เป็นรูปธรรม ส่วนกาพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขผ่านการอบรมและส่งเสริม

ความสามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขชีวิตระหว่ ความเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งสามารถสื่อสารความ เสี่ยงแก่ประชาชนได้ สนับสนุนพฤติกรรมกำบังกำบังและ ควบคุมโรคในชุมชนได้ดีขึ้น และการรายงานของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ³² ที่ชี้ว่าโครงการ อบรม อสม. เรื่องโรคติดต่อเฉียบพลันส่งผลให้ อสม. ร้อยละ 84 สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ได้ถูกต้องช่วย เสริมสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพระดับอำเภอ การ สื่อสารแบบมีส่วนร่วมผ่านหอกระจายข่าว กิจกรรมใน โรงเรียนและสื่อท้องถิ่น เป็นกลยุทธ์สำคัญสำหรับการ เปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง เช่น เกษตรกรและผู้ที่ต้อง สัมผัสกับแหล่งน้ำ นอกจากนี้ Yusuf และคณะ³⁵ ในประเทศมาเลเซียที่พบว่า การสื่อสารสุขภาพเชิง สร้างสรรค์ในระดับชุมชนช่วยเพิ่มการปฏิบัติตาม มาตรการกำบังกำบังโรคเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 67 ภายใน 6 เดือน ยิ่งไปกว่านั้น รูปแบบการดำเนินงานผ่าน พชอ. ทำให้เกิดการวางแผนร่วมระหว่างหน่วยงาน ร่วมจัดสรร ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถขยายผล การดำเนินงานไปยังพื้นที่ใกล้เคียงได้ สอดคล้องกับ Kim และคณะ³⁶ ที่ศึกษาในเกาหลีใต้พบว่า ความยั่งยืนของ แผนสุขภาพระดับพื้นที่เกิดขึ้นได้เมื่อมีการวางแผนแบบมี ส่วนร่วมจากหน่วยงานเครือข่าย มีระบบติดตาม ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการพัฒนาวิสัยทัศน์ กลยุทธ์ ทักษะการจัดการ ภาวะผู้นำ การประสานงาน การติดตามกำกับและประเมินผล พัฒนาการใช้ระบบ เทคโนโลยีและสารสนเทศที่ทันสมัยเพื่อเฝ้าระวัง วิเคราะห์ และสะท้อนข้อมูลเชิงระบาดวิทยา เพื่อการ จัดการที่มีประสิทธิผลและนำไปปรับปรุงการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่องจะสามารถสร้างความยั่งยืนในระยะยาว มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. พรพิทักษ์ พันธุ์หล้า และวิมวิการ์ คัคคีชัยนานนท์. แนวทางการกำบังกำบังและควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสโดยใช้ หลักการทางระบาดวิทยาและการทำประชาสังคัมในชุมชน. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรขับเคลื่อนการดำเนินงานตามรูปแบบการกำบังกำบัง และควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสนี้อย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินผลและถอดบทเรียนอย่างสม่ำเสมอ
2. ด้านการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำบังกำบังโรคของประชาชนยังมีการปฏิบัติบางด้านอยู่ใน ระดับต่ำ ควรศึกษาวิจัยและพัฒนาแนวทางการ เปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมและนำมาใช้ในการดำเนินการ เพิ่มเติมให้ได้ผลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น
3. ควรพัฒนาวิสัยทัศน์ ประสพการณ์ ภาวะผู้นำ ทักษะการบริหารและการทำงานเป็นทีมผ่านกระบวนการ มีส่วนร่วม เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่พื้นที่อื่นๆ จะนำไปปรับใช้ในดำเนินการ
4. สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมีการติดตามและ ประเมินผลองค์ประกอบของรูปแบบอย่างต่อเนื่องทุก 1-6 เดือน และศึกษาผลลัพธ์ในระดับพฤติกรรมของ ประชาชน เพื่อใช้ในการปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบท พื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดจากระยะเวลาดำเนินการเพียง 6 เดือน ควรมีการขยายวงรอบการดำเนินงานในระยะ ยาวเพื่อความสมบูรณ์และสามารถต่อยอดเป็นต้นแบบใน พื้นที่อื่นได้อย่างเหมาะสม.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขต อำเภอม่วงสามสิบ, ที่สนับสนุนและให้ความร่วมมือใน การศึกษา รวมทั้งอาสาสมัครทุกท่านจนการวิจัยนี้สำเร็จ ลงด้วยดี

2. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคโรคเลปโตสไปโรซิส. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. สถานการณ์โรคติดต่อ ปี พ.ศ. 2565. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2566.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ. เอกสารประกอบการประเมินคัดเลือก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดีเด่นระดับประเทศ ประจำปี 2567. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ; 2567.
5. Cohn E (Editor). Principles of community engagement. 3rd ed. Washinton: US center for disease control and prevention; 2024.
6. Strand K, Marullo S, Cutforth N, Stoecker R, Donohue P. Principles of Best Practice for Community-Based Research. Mich J Community Serv Learn. 2003;Spring:5-15.
7. Wampler B. Participation, Representation, and Social Justice: Using Participatory Governance to Transform Representative Democracy. Policy. 2012;44(4):1-13.
8. วิชา จิรโรจน์วัฒน์, มานิตย์ ดีเยี่ยม, ชะเอม มหากัณฑ์. ผลสำเร็จของระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพโดยชุมชน. วารสารควบคุมโรค. 2560;43(22):172-82.
9. Hassan M, Bejo S, Nordin N, Hayati R, et al. Community's Knowledge, Attitude and Practice toward Leptospirosis and its Prevention and Control: A Systematic Review. Maced J Med Sci. 2023;(11(E)):136-144.
10. WHO. Health organization. Health for all series no. 1: Primary health care. Geneva: World Health Organization; 1978.
11. ราชกิจจานุเบกษา. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 [Internet]. 2561 [cited 2024 Oct 21]. Available from: <https://www.ratchakitcha.soc.go.th> > 2561 > 1.PDF
12. กระทรวงมหาดไทย. คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ [Internet]. 2561 [cited 2024 Oct 12]. Available from: <http://www.ppb.moi.go.th> > midev01 > upload
13. Nguyen TTH, Vu TH, Nguyen TH. Applying action research in community health intervention: A practical framework for local engagement. Health Soc Care Community. 2021;29(6):e240.
14. Zhang Y, Zhang D. A reflective practice model based on participatory action research for improving primary healthcare service. Int J Env Res Public Health. 2020;17(9):e3018.
15. Pourhoseingholi MA, Vahedi M, Rahimzadeh M. Sample size calculation in medical studies: a practical guide. J Res Med Sci. 2023;28:e18.
16. Thongyen K, Kaewpan W, Yamabhai I. Factors associated with leptospirosis preventive behaviors among farmers in Phayao province, Thailand. Int J Env Res Public Health. e2763;(18):5.
17. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ ปีงบประมาณ 2565. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2565.
18. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส). รายงานผลการขับเคลื่อนกลไก พชอ. เพื่อการป้องกันโรคติดต่อในชุมชน: กรณีศึกษาโรคเลปโตสไปโรซิส. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.

19. Thongkhamcharoen R, Kaewpan W. Validity and reliability of health behavior questionnaires: a practical guideline for nurse researchers. *Nurs J Burapha Univ.* 2022;30(2):13–22.
20. Panyasri R, Chantarasombat C. Reliability analysis of dichotomous tests using KR–20 and its interpretation. *J Edu Meas Mahasarakham Univ.* 2021;27(1):89–101.
21. Cronbach, L. J. *Essentials of psychological testing*. 5th ed. NY: Harper & Row; 1990.
22. Taber KS. The use of Cronbach’s alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Res Sci Edu.* 2020;50(3):137–1379.
23. Neto R, de Souza DF, Dias GF, Celestino MS, Gurgel AM,, et al. A multi–criterion model for evaluating the quality of qualitative research. *Int J Sci Manag Tour.* 2023;9(6):3884–911.
24. Srisaeng P, Yaemjamuang N. Development of qualitative interview tools with content validity in community–based nursing research. *Thai J Nurs Counc.* 2022;37(2):45–56.
25. Kesornbua S, Pinitsoontorn S. Participatory action research: building learning communities in Thai health promotion contexts. *J Public Hlth Nurse.* 2021;35(2):112–22.
26. ศิริกุล วรธรรณภา. การวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2565;51(1):1–10.
27. Rahim F, Suryani S, Dwidjo S. Impact of active case surveillance on leptospirosis mortality in agricultural areas of Indonesia. *J Trop Med.* 2021;26(3):122–30.
28. World Health Organization. *Community Engagemen: A Health Systems Perspective*. Geneva: WHO; 2023.
29. Schneider MC, Najera P, Aldighieri S, et al. Leptospirosis risk mapping using GIS in Brazil: A pilot for intervention targeting. *Int J Env Health Re.* 2021;31(2):144–57.
30. De Guzman JM, Santos LA, Ruiz LA. Behavior change intervention to prevent leptospirosis in rural agricultural workers in the Philippines. *Asian Pac J Trop Dis.* 2020;10(6):389–96.
31. กองโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานผลการดำเนินงานโครงการประเมินความเสี่ยงต่อโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่เกษตรกรรม. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
32. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการอบรมเชิงปฏิบัติการอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านโรคติดต่อเขตร้อน. นนทบุรี: สปสช.; 2566.
33. พรพรรณ เกษมสุข. การบูรณาการภาคีเครือข่ายเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ. *วารสารสุขภาพชุมชน.* 2566;18(3):59–72.
34. Thavorncharoensap M, Yothasamut J, Teerawattananon Y. District–level health data centers improve priority setting in Thailand: Evidence from pilot projects. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):e144.
35. Yusuf M, Karim N, Halim A. Community–based risk communication and behavior change for leptospirosis in rural Malaysia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2021;52(4):512–20.
36. Kim Y, Park H, Lee M. Participatory health planning and resource allocation: Lessons from decentralized public health in Kore. *Int J Health Policy Manag.* 2022;11(6):785–92.