



การพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่
อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

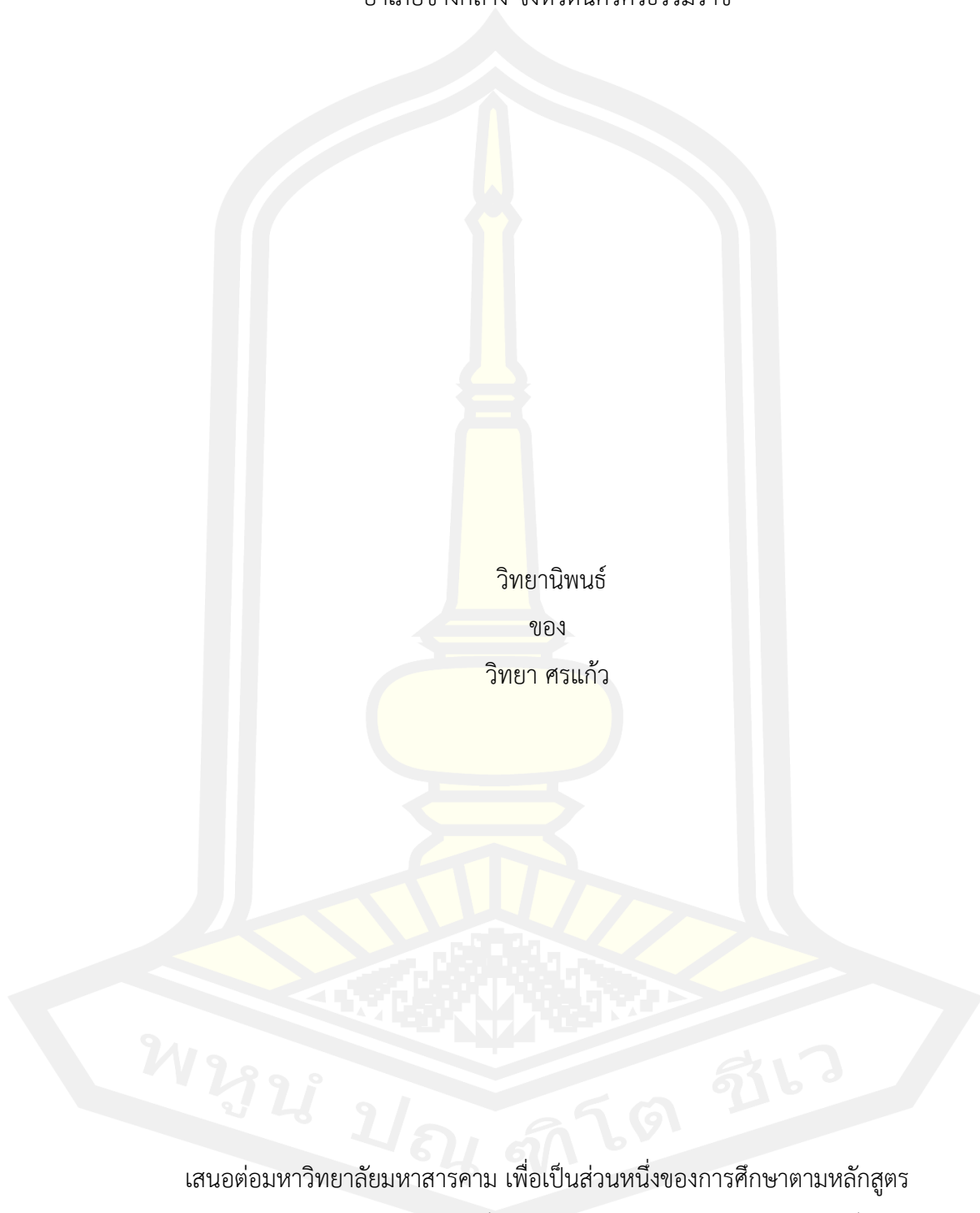
วิทยานิพนธ์
ของ
วิทยา ศรีแก้ว

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

กุมภาพันธ์ 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่
อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช



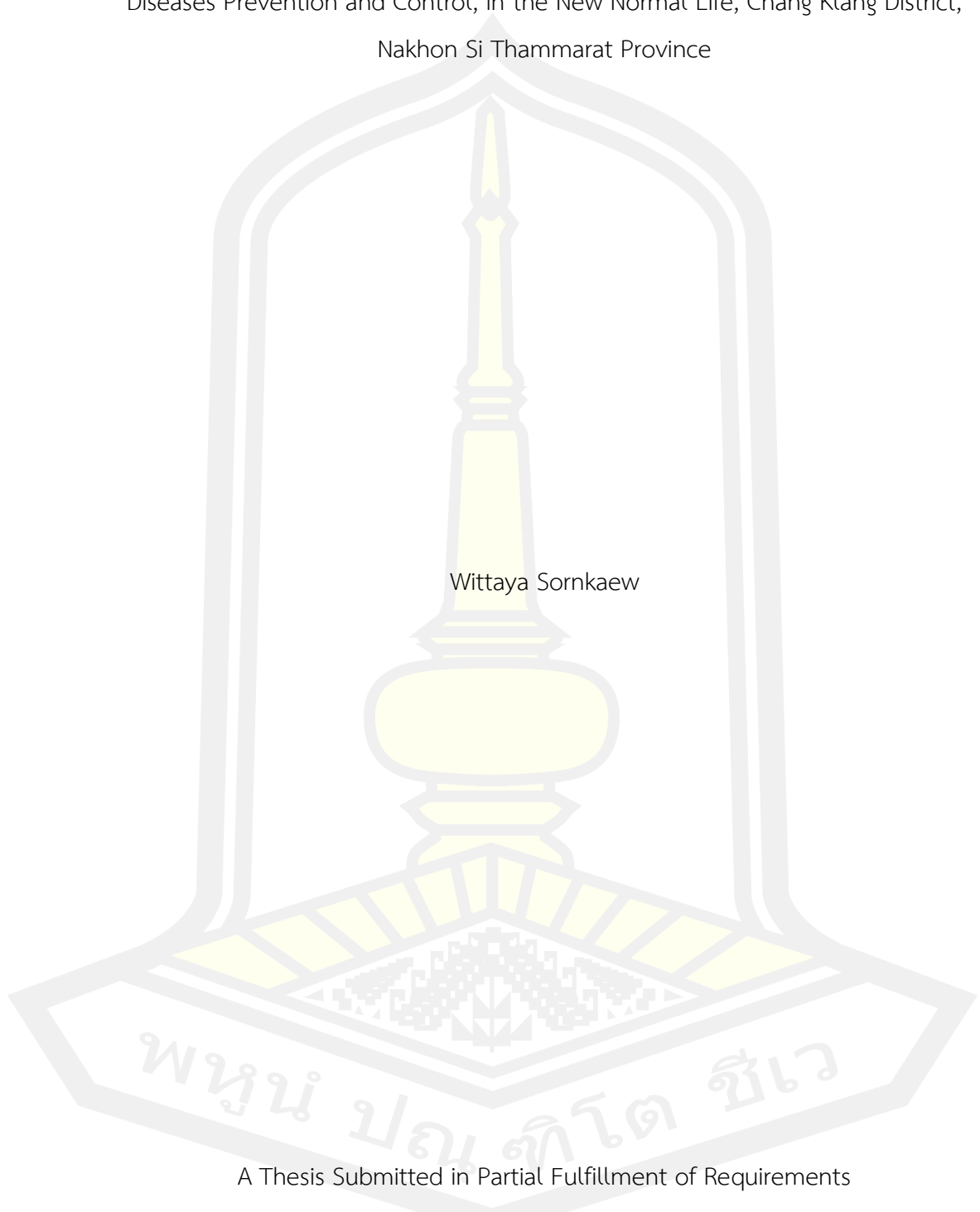
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

กุมภาพันธ์ 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of Health System Governance Model for Emerging and Re-emerging
Diseases Prevention and Control, in the New Normal Life, Chang Klang District,
Nakhon Si Thammarat Province

Wittaya Sornkaew



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

February 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายวิทยา ศรแก้ว แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์)

.....กรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. คมสันต์ ธงชัย)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอชางกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช		
ผู้วิจัย	วิทยา ศรแก้ว		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2566

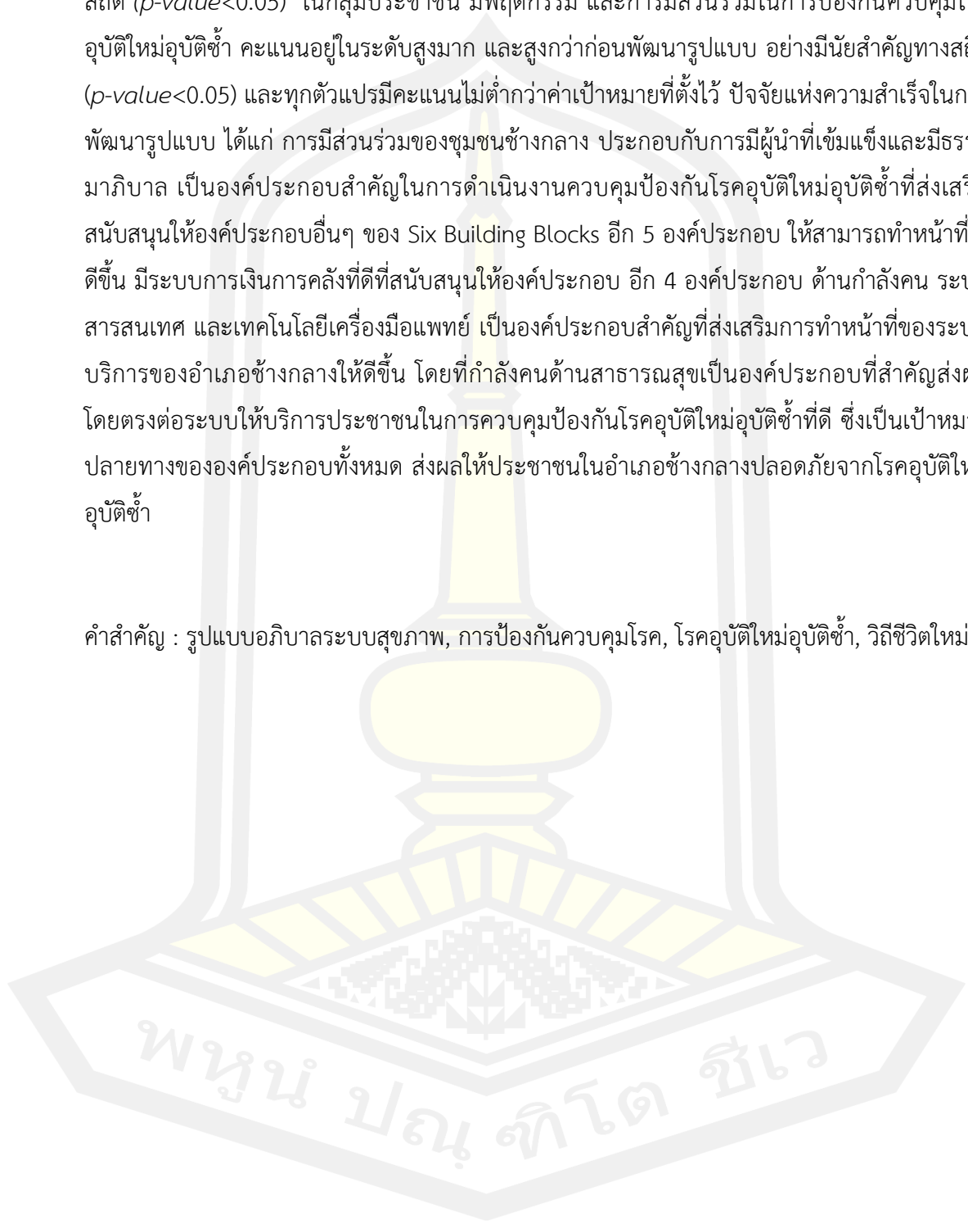
บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอชางกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2565 – มกราคม 2566 กลุ่มเป้าหมาย มี 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มศึกษาบริบท สถานการณ์ คือ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และประชาชน จำนวน 403 คน (2) กลุ่มที่มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบ คือ ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประชาชน จำนวน 39 คน และ (3) กลุ่มที่เข้าร่วมประเมินผลการพัฒนารูปแบบ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และประชาชน จำนวน 65 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ Systematic sampling เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ Paired t-test, Independent t-test และ One Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาบริบทของพื้นที่และสภาพปัญหาชุมชน (2) วางแผนร่วมกับชุมชน (3) ดำเนินการตามแผน (4) สังเกตและติดตามผลร่วมกับชุมชน และ (5) สะท้อนผลและถอดบทเรียนจากชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่จากการศึกษานี้ ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ “CHANG KLANG” ได้แก่ (1) Community participation (2) Health information technology (3) Active response and management (4) New normal (5) Governance (6) Knowledge management and innovation (7) Literacy (8) Active ONE HEALTH (9) Network and team และ (10) Goal หลังการพัฒนารูปแบบ ผลการประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำโดยรวมผ่านการประเมินอยู่ในระดับ Special ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ มีสมรรถนะ พฤติกรรม และการมี

ส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ในกลุ่มประชาชน มีพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ คะแนนอยู่ในระดับสูงมาก และสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และทุกตัวแปรมีคะแนนไม่ต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนข้างกลาง ประกอบกับการมีผู้นำที่เข้มแข็งและมีธรรมาภิบาล เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ส่งเสริมสนับสนุนให้องค์ประกอบอื่นๆ ของ Six Building Blocks อีก 5 องค์ประกอบ ให้สามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น มีระบบการเงินการคลังที่ดีที่สนับสนุนให้องค์ประกอบ อีก 4 องค์ประกอบ ด้านกำลังคน ระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมการทำหน้าที่ของระบบบริการของอำเภอข้างกลางให้ดีขึ้น โดยที่กำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นองค์ประกอบที่สำคัญส่งผลโดยตรงต่อระบบให้บริการประชาชนในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ดี ซึ่งเป็นเป้าหมายปลายทางขององค์ประกอบทั้งหมด ส่งผลให้ประชาชนในอำเภอข้างกลางปลอดภัยจากโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

คำสำคัญ : รูปแบบอภีการระบบสุขภาพ, การป้องกันควบคุมโรค, โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ, วิถีชีวิตใหม่



TITLE	Development of Health System Governance Model for Emerging and Re-emerging Diseases Prevention and Control, in the New Normal Life, Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province		
AUTHOR	Wittaya Sornkaew		
ADVISORS	Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D. Terdsak Promarak , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2023

ABSTRACT

The objective of this action research was to develop a model of health system governance for emerging and re-emerging diseases prevention and control, in the new normal life, Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province. This study was conducted between July 2022 and January 2023. Three groups of target samples, including: (1) 403 participants of people and healthcare workers for situation analysis, (2) 39 participants for model development process, and (3) 65 participants for evaluation process were recruited. Systematic sampling method of participant recruitment was performed. Qualitative and quantitative data were completely collected by focus group discussions, observations, and in-depth interviews. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Paired t-test, Independent t-test, and One Sample t-test.

The study results revealed that model development process was included in the following 5 steps: (1) community situational analysis, (2) planning, (3) action, (4) observation, and (5) reflection, and lesson learned of community. The 10 main dimensions of the developed model in this study were presented as follow: CHANG KLANG; (1) Community participation, (2) Health information technology, (3) Active response and management, (4) New normal, (5) Governance, (6) Knowledge

management and innovation, (7) Literacy, (8) Active ONE HEALTH, (9) Network and team, and (10) Goal. After model development, the results showed significant improvements in the overall scores on competencies, behaviors, and community participation regarding emerging and re-emerging diseases prevention and control in the health care worker group ($p < 0.05$) as well as significant improvements in the overall scores on behaviors and community participation in the people participant group ($p < 0.05$). In addition, mean scores of all variables were not lower than the target values. Key Success factors for model development in this study were strong community participation, and effective health system governance. Leadership and good governance are important element in prevention and control of emerging and re-emerging diseases encouraged other elements of the six building blocks. The other 5 elements can be able to perform their functions better. A good financial system can support the other 4 elements. Workforce, information, medical product, vaccine and technology can support effective service delivery which is the goal for emerging and re-emerging diseases prevention and control in Chang Klang community.

Keyword : Health System Governance, Emerging and Re-emerging Diseases, Prevention and Control, New Normal Life



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ และประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ช่วยชี้แนะให้คำปรึกษาแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ธนะภพ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คมสันต์ ธงชัย กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในดำเนินการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ทำให้รายงานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปจรรย์ อับดุลลากาซิม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมาน อีระรัตนสุนทร และ อาจารย์ ดร.บุบผา รักษานาม ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และประเมินคุณภาพรูปแบบฯ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ท่านให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้เครื่องมือวิจัยคุณภาพรูปแบบฯ ในการศึกษาครั้งนี้ มีความถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช นายอำเภอข้างกลาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ในเครือข่ายสุขภาพข้างกลาง ทั้ง 7 แห่ง เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 3 แห่ง ในอำเภอข้างกลาง ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และอนุเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

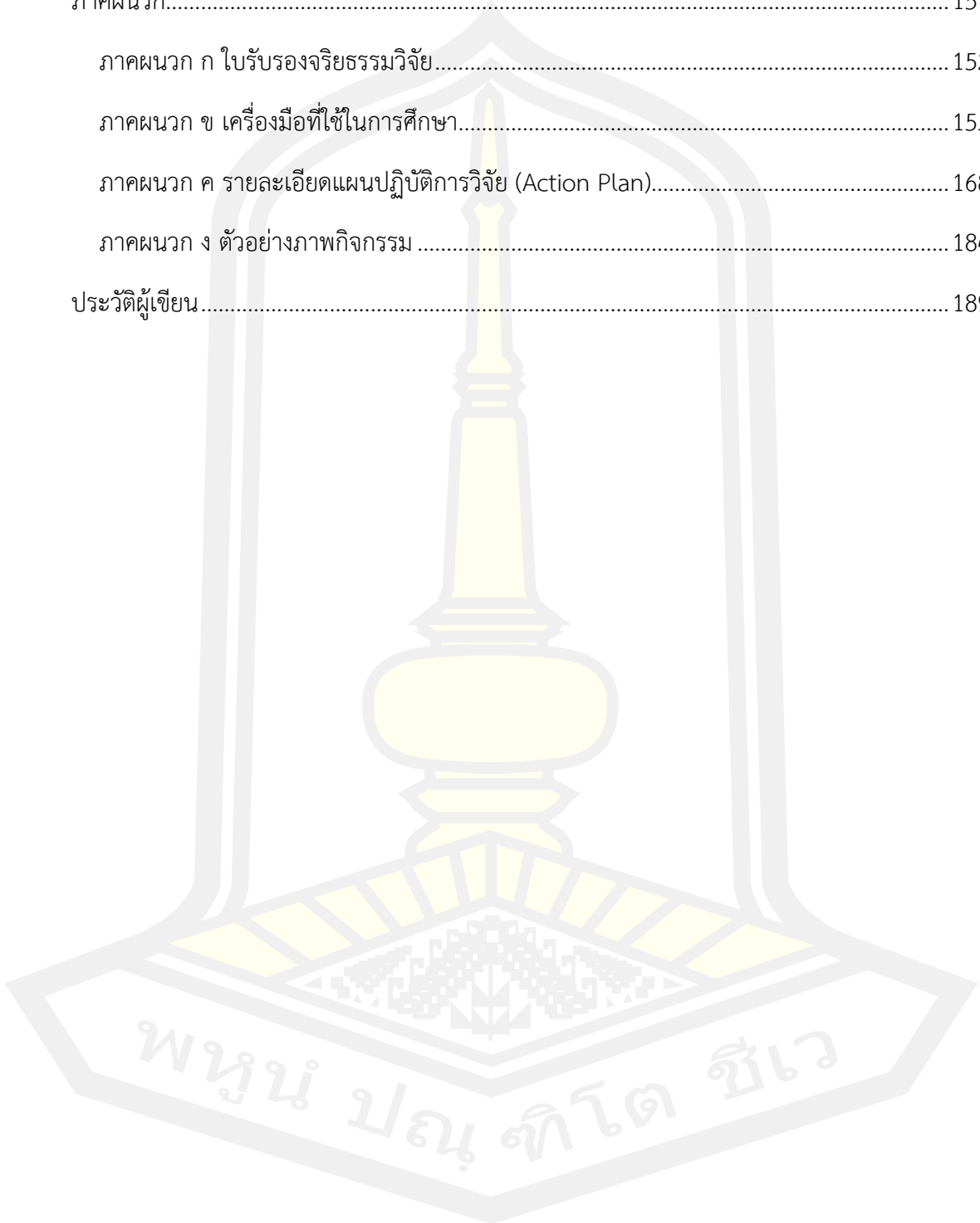
สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ เจ้าหน้าที่ และกลุ่มเพื่อนนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่น 22 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา ความสำเร็จและความภาคภูมิใจทั้งหมดนี้ ผู้ศึกษาขอมอบและตอบแทนพระคุณบิดามารดา คณาจารย์ ทุกท่านที่เป็นกำลังใจสำคัญทำให้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญภาพ.....	ฏ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	6
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล.....	10
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ.....	10
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการอภิบาลสุขภาพ.....	17
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	24
2.4 การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal).....	30
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ.....	34
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	38
2.7 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ.....	49
2.8 บริบทพื้นฐาน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช.....	57

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	62
2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย	72
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	74
3.1 รูปแบบการวิจัย	74
3.2 พื้นที่การศึกษาและขอบเขตการวิจัย	74
3.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	83
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	86
3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	90
3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	92
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	94
3.8 จริยธรรมการวิจัย.....	95
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	97
4.1 ข้อมูลทั่วไป	97
4.2 ผลการศึกษาบริบทพื้นที่ และสถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอลำปาง จังหวัดนครศรีธรรมราช.....	99
4.3 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอลำปาง จังหวัดนครศรีธรรมราช.....	105
4.4 ผลการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอลำปาง จังหวัดนครศรีธรรมราช	108
4.5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในพัฒนารูปแบบอภิบาลในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอลำปาง จังหวัดนครศรีธรรมราช.....	120
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	125
5.1 สรุปผลการวิจัย	125
5.2 อภิปรายผล.....	129
5.3 ข้อเสนอแนะ	136

บรรณานุกรม.....	138
ภาคผนวก.....	151
ภาคผนวก ก ใบรับรองจริยธรรมวิจัย.....	152
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	155
ภาคผนวก ค รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan).....	168
ภาคผนวก ง ตัวอย่างภาพกิจกรรม	184
ประวัติผู้เขียน.....	189



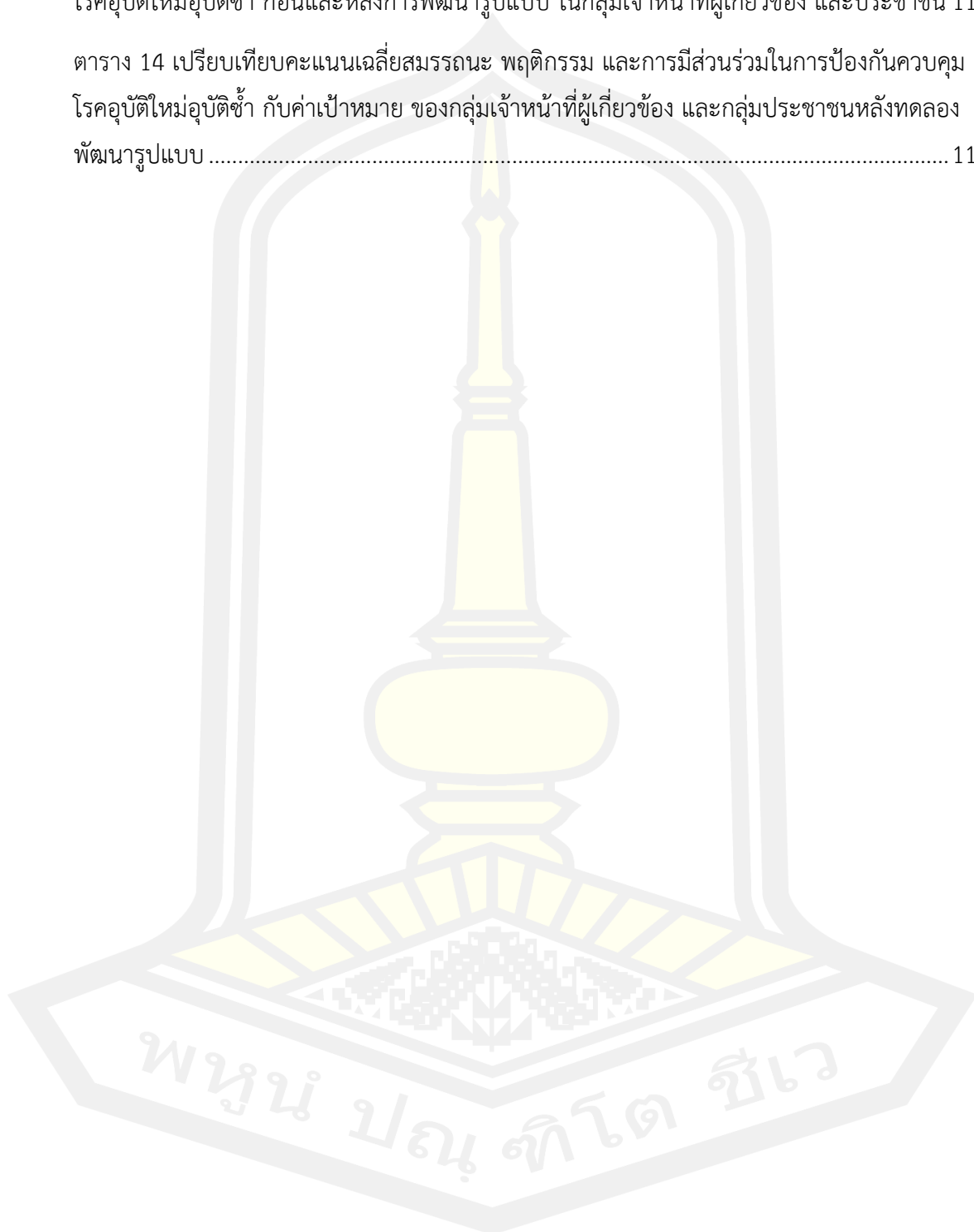
สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	สรุปลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	48
ตาราง 2	จำนวนประชากรและกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม.....	76
ตาราง 3	จำนวนกลุ่มเป้าหมายจากภาคประชาชน ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาบริบท สถานการณ์ การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัด นครศรีธรรมราช	77
ตาราง 4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างประชาชนและเจ้าหน้าที่ และบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=403).....	98
ตาราง 5	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ของกลุ่มเจ้าหน้าที่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=35)	100
ตาราง 6	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำของกลุ่มตัวอย่างประชาชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=368).....	101
ตาราง 7	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำของกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=35).....	102
ตาราง 8	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค อุบัติใหม่อุบัติซ้ำของกลุ่มตัวอย่างประชาชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=368)...	103
ตาราง 9	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค อุบัติใหม่อุบัติซ้ำของกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=35).....	104
ตาราง 10	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติ ใหม่อุบัติซ้ำ ก่อนพัฒนารูปแบบ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างประชาชน และกลุ่มเจ้าหน้าที่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=403).....	105
ตาราง 11	ผลการประเมินคุณภาพรูปแบบการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช	114
ตาราง 12	ผลการประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอช้าง กลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช	116

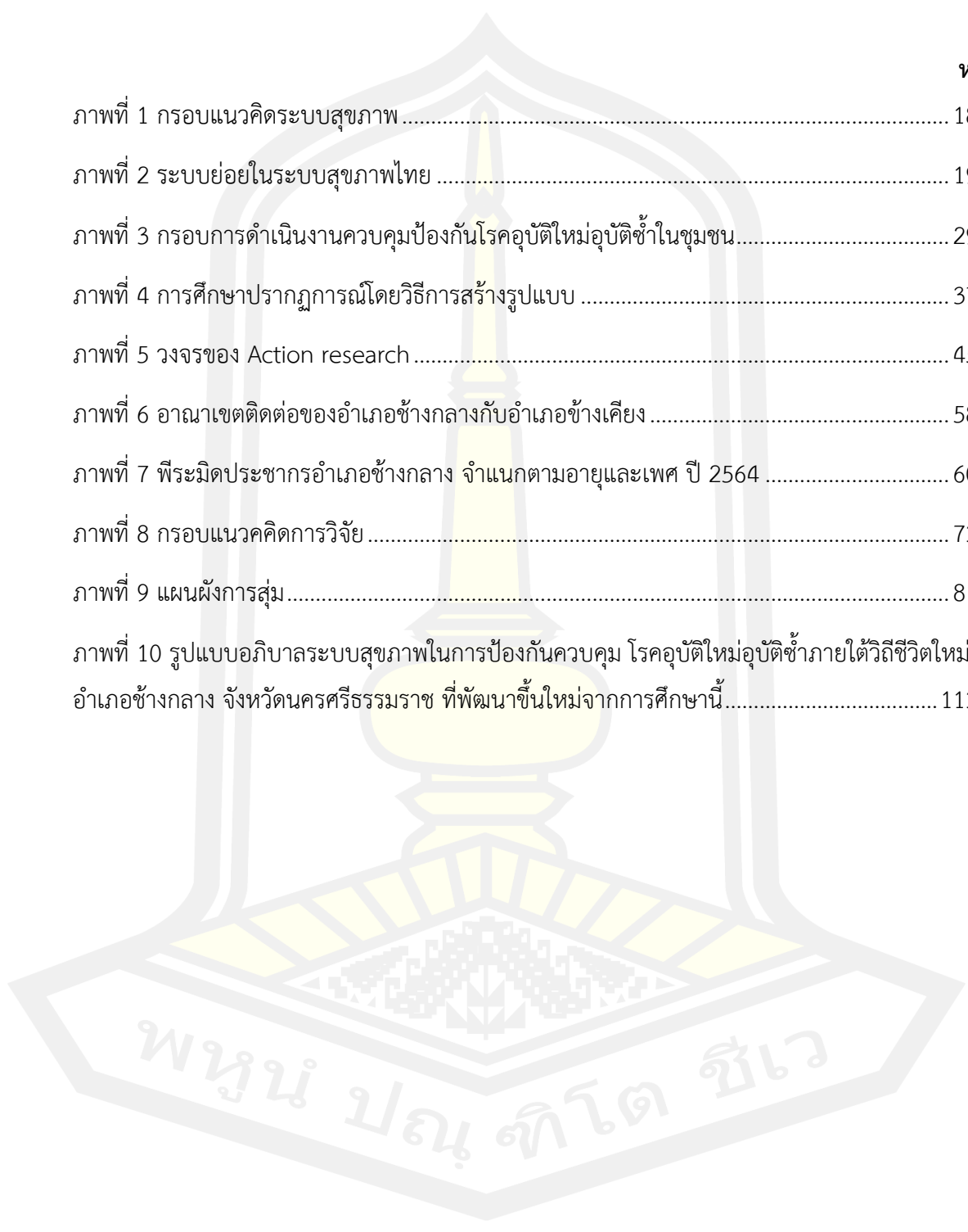
ตาราง 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย สมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุม
โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และประชาชน 118

ตาราง 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุม
โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ กับค่าเป้าหมาย ของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และกลุ่มประชาชนหลังทดลอง
พัฒนารูปแบบ 119



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพ	18
ภาพที่ 2 ระบบย่อยในระบบสุขภาพไทย	19
ภาพที่ 3 กรอบการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน	29
ภาพที่ 4 การศึกษาปรากฏการณ์โดยวิธีการสร้างรูปแบบ	37
ภาพที่ 5 วงจรของ Action research	45
ภาพที่ 6 อาณาเขตติดต่อของอำเภอช้างกลางกับอำเภอช้างเคียง	58
ภาพที่ 7 พิธีมิตประชาราอำเภอช้างกลาง จำแนกตามอายุและเพศ ปี 2564	60
ภาพที่ 8 กรอบแนวคิดการวิจัย	73
ภาพที่ 9 แผนผังการสุ่ม	81
ภาพที่ 10 รูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พัฒนาขึ้นใหม่จากการศึกษานี้	113



บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

การเกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำนับเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากสภาพแวดล้อมและภูมิอากาศของโลกที่เปลี่ยนแปลงไป เชื้อโรคก่อตัวและเปลี่ยนแปลงสายพันธุ์ตลอดเวลา การแพร่ระบาดของโรคและเกิดขึ้นในวงกว้าง เกิดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเสียหายรุนแรงด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งในระดับประเทศและทั่วโลกได้ (กรมการแพทย์, 2564) การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเกิดขึ้นจากปัจจัยหลายอย่าง ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร การเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรค การดื้อต่อยาปฏิชีวนะ การเปลี่ยนแปลงด้านการใช้ชีวิตและพฤติกรรม การดำรงค่างของมนุษย์ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การรบกวนธรรมชาติและระบบนิเวศ การเดินทางที่สะดวกขึ้น ทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายได้เร็วขึ้น ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ได้เกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง (WHO, 2021) โดยในปี พ.ศ. 2558 พบเชื้ออุบัติใหม่ ในทวีปอเมริกา และประเทศในกลุ่มประเทศลาตินอเมริกา และประเทศในฝั่งแคริบเบียน คือโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ซึ่งสาเหตุหลักการติดเชื้อเกิดจากการยุงลายที่มีเชื้อไวรัสซิกากัด และช่องทางอื่น ที่เป็นไปได้ ตัวอย่างเช่นแพร่เชื้อผ่านทางเลือด แพร่จากแม่ที่ป่วยสู่ลูกในครรภ์ พบการระบาดไปทั่วโลกมากกว่า 180 ประเทศ และในปัจจุบัน คือ การระบาดของเชื้อ COVID-19 ซึ่งพบการระบาดไปทั่วโลกและมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก การติดต่อของโรค พบการแพร่ระบาดแบบฟอยละออง ร่วมกับการสัมผัส และล่าสุดพบการระบาดของโรคฝีดาษลิงซึ่งเป็นการแพร่จากสัตว์สู่คน (กรมควบคุมโรค, 2565)

สำหรับประเทศไทย พบการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่พบร่องรอยหลักฐานตั้งแต่การระบาดของโรคไข้หวัดนก ในปี 2546 การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ H1N1 (2009) ในปี พ.ศ.2552 มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก พบการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ที่เกิดจากเชื้อที่มีความรุนแรงก็พบบ่อยขึ้น และมีการแพร่ระบาดในปี 2555 ในช่วงระหว่างปี 2555 - 2558 พบการระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส ในภูมิภาคตะวันออกกลาง รวมถึงมีผู้ป่วย เดินทางเข้ามาในประเทศไทย และ การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปี 2563 (กรมควบคุมโรค, 2564) ถึงแม้ว่ากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีแนวทางการพัฒนาสร้างศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ ร่วมกับหน่วยงานของกระทรวงต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ แต่แนวทางในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่นำไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ก็ยังมียุทธศาสตร์ จากแนวโน้มของการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

ยังมีจำนวนมากและโอกาสเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทยอาจเกิดขึ้นได้ แนวทางในการแก้ไขหรือสนับสนุนให้สถานพยาบาลได้รับผลกระทบน้อยที่สุดจากสถานการณ์วิกฤต และกลับคืนสู่สถานการณ์ปกติได้โดยเร็ว เป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องให้ความสำคัญ ดังนั้นการควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำจึงมีความสำคัญที่ต้องปรับให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และให้ทันกับโลกและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป (กรมควบคุมโรค, 2565)

สถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ได้แก่ สถานการณ์โควิด-19 ผู้ป่วยติดเชื้อทั่วโลก 653,702,667 ราย ผู้เสียชีวิต 6,658,464 ราย รักษาหาย 629,072,891 ข้อมูล ณ วันที่ 12 ธันวาคม 2565 สำหรับในประเทศไทย ผู้ป่วยโควิด-19 ในช่วงปี 1 มกราคม ถึง 30 กันยายน 2565 (1 ตุลาคม 2565) กระทรวงสาธารณสุข ประกาศเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง มีผู้ป่วยจำนวนสะสม 2,458,697 ราย และพบผู้ติดเชื้อนอกโรงพยาบาล ซึ่งใช้วิธีการตรวจแบบ ATK พบผู้ติดเชื้อสะสม 8,117,241 ราย จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 11,073 ราย ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

ผลกระทบของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตัวอย่างเช่น การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 สถานการณ์การติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลกระทบไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ระบบการแพทย์และสาธารณสุข แต่ยังส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่และเศรษฐกิจมหภาคด้วย ภาครัฐได้มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ มีการใช้อำนาจร่วมกันของกลไกและหน่วยงานต่างๆ ในการกำกับทิศทางการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 สถานการณ์ยังคงมีการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 อย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้น ทำให้ประชาชนต้องมีการปรับตัวตามวิถีชีวิตใหม่ (New normal) เช่น สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยเจลแอลกอฮอล์ เว้นระยะห่างทางสังคม งดเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยงและรวมไปถึงการได้รับวัคซีน การระบาดโควิด-19 เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงจนแพร่กระจายไปในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก จำเป็นต้องป้องกันตัวเองให้มีชีวิตรอด โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตที่เป็นแบบใหม่เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ พฤติกรรมที่เคยทำมาเป็นกิจวัตร ความคุ้นเคยอันเป็นความปกติมาแต่เดิมในหลายมิติ ซึ่งสิ่งใหม่นี้ได้กลายเป็นความปกติวิถีใหม่ จนในที่สุดเมื่อเวลาผ่านไป ทำให้เกิดความคุ้นเคย จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตปกติของคนในสังคม (Phrombut, S., 2020)

การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการอภิบาลระบบสุขภาพที่ได้ที่มีคุณภาพและจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน และที่สำคัญคือภาคประชาชน ซึ่งบทบาทเหล่านี้ไม่ใช่บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล แต่เป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคนในชุมชนทุกคนที่ต้องช่วยกันป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออก (สำนักงานป้องกันควบคุมโรค, 2563) การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ เป็นงานที่ค่อนข้างจะมีความยุ่งยากซับซ้อน จึงต้องอาศัย

ความร่วมมือจากหลายฝ่าย ซึ่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติเป็นเครือข่ายที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชนให้บรรลุเป้าหมาย (กรมควบคุมโรค, 2564)

การอภิบาลระบบสุขภาพ เป็นการใช้อำนาจร่วมกันของกลไกและหน่วยงานต่างๆ ในการกำกับทิศทางการตัดสินใจเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพ ตัวอย่างเช่น สุขภาวะของประชาชน กลไกอภิบาลระบบสุขภาพไม่ได้จำกัดที่กลไกภาครัฐเพียงอย่างเดียว แต่เป็นปฏิสัมพันธ์ของกลไกทั้งหมดในสังคม ซึ่งแต่ละกลไกมีพลังอำนาจในมิติที่แตกต่างกัน ความสำเร็จในการอภิบาลระบบสุขภาพ ประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย การสังเคราะห์และใช้ความรู้และการดูภาพรวม การประสานงานและสร้างความร่วมมือ การกำกับดูแล การออกแบบระบบ และการมีความรับผิดชอบ การใช้หลายมิติของการอภิบาลร่วมกันในการวิเคราะห์ ช่วยให้สามารถเข้าใจการอภิบาลระบบสุขภาพได้ชัดเจนมากขึ้น รัฐบาลเป็นหัวใจสำคัญที่มีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและแบบแผนการปฏิบัติขององค์กรภาครัฐที่เชื่อมโยงกันเป็นกลไกการอภิบาลระบบแห่งชาติ และในการพัฒนาควรให้ความสำคัญกับ 3 มิติของการอภิบาล ได้แก่ การพัฒนาให้เกิดเครือข่ายการอภิบาลที่เข้มแข็ง การพัฒนาธรรมาภิบาลในแต่ละองค์กร ซึ่งมีอุปสรรคสำคัญคือระบบอุปถัมภ์และวัฒนธรรมราชการ และการพัฒนากระบวนการและกลวิธีที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบสุขภาพ (วิรุฬ ลิ้มสวาท, 2552)

การมีส่วนร่วมเป็นหนึ่งในปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำอย่างแท้จริง เพราะเป็นบุคคลที่สามารถดูแลบ้านเรือนของตนเอง รับผิดชอบพื้นที่มากกว่าบุคคลภายนอก ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ทำให้การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำได้ผล การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในการศึกษานี้ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการสังเกตผล และการมีส่วนร่วมในการสะท้อนผล เพื่อเกิดประโยชน์ต่อชุมชนอย่างแท้จริง (Kemmis & McTaggart, 1988; Cohen, J.M. & Uphoff N.T., 1980)

จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็น 1 ใน 10 จังหวัดในประเทศไทย ที่พบผู้ป่วยอุบัติใหม่สูงสุด (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, 2565) พบรายงานการผู้ป่วยติดเชื้อด้วยโรคอุบัติใหม่ ตัวอย่างโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบผู้ป่วยรายแรกเมื่อปี มีนาคม 2563 (สำนักงานสาธารณสุขนครศรีธรรมราช, 2565) ต่อมาเกิดการระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 จังหวัดนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 89,684 ราย ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2565) นอกจากนี้ยังพบโรคที่อุบัติซ้ำกระจายในพื้นที่หลายอำเภอ เช่น โรคไข้สมองอักเสบ ปี 2565 พบจำนวน 5 ราย ในอำเภอปากพนัง 2 ราย อำเภอชะอวด 1 ราย อำเภอฉวาง 1 ราย และ อำเภอช้างกลาง 1 ราย และยังพบ

โรคหัด ในเด็ก 0-5 ปี ตั้งแต่ปี 2560 – 2565 พบผู้ป่วย 102, 64, 125, 30, 9 และ 67 ราย ตามลำดับ ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2565 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2565)

ในพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช แนวโน้มการเกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกปี พบจำนวนผู้ติดเชื้อ COVID-19 สะสมตั้งแต่ปี 2563-2565 มีจำนวน 5,557 ราย เสียชีวิต 8 ราย (ข้อมูล ณ 30 กรกฎาคม 2565) โรคไข้สมองอักเสบ ในอำเภอช้างกลาง พบผู้ป่วย เมื่อปี 2561 จำนวน 4 ราย และพบผู้ป่วยอีกครั้งปี 2564 และ 2565 จำนวน 3 ราย และ 1 ราย ตามลำดับ ส่วนโรคหัด ในเด็ก 0-5 ปี พบผู้ป่วยเมื่อปี 2561 และ 2562 ในแต่ละปีจำนวน 8 ราย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง, 2565) โดยในช่วงปี 2564 – 2565 พบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 3,253.33 และ 5,303.57 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง, 2565) ในปีช่วงปี 2560 – 2564 พบการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ H1N1 อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 295.82, 324.12, 335.34, 299.74 และ 346.76 ตามลำดับ โรคไข้เลือดออก อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 582.40, 667.36, 830.15, 282.30 และ 163.23 ตามลำดับ โรคฉี่หนู อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 116.67, 133.34, 136.66, 126.66 และ 113.33 ตามลำดับ โรคไข้วัดข้อมูล อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 0.00, 121.23, 114.56, 91.35 และ 81.46 ตามลำดับ โรคมือ เท้า ปาก อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 437.46, 521.35, 422.41, 142.22 และ 96.32 ตามลำดับ และโรคฉี่หนู อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 17.85, 28.57, 32.14, 7.14 และ 10.71 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง, 2565)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีรูปแบบในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำตามแนวทางมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ตามที่กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่รูปแบบเดิมที่ใช้อยู่ ก็ยังพบปัญหาในการดำเนินงาน ทั้งด้านการบริหารจัดการและทรัพยากร ปัญหาด้านการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง ปัญหาการตอบสนองต่อการระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และปัญหาด้านการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย กล่าวคือ รูปแบบเดิมยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็วและไม่เต็มประสิทธิภาพ ประชาชนได้รับบริการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ยังไม่ทั่วถึง ยังพบเหตุการณ์โรคอุบัติใหม่ที่สามารถควบคุมไม่ให้เกิด หน่วยงานเครือข่ายมีแผนรองรับการระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำยังทำงานไม่เต็มที่ บุคลากรสำหรับตำแหน่งในการตอบสนองต่อสถานการณ์ของหน่วยงานยังไม่เหมาะสม สมรรถนะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินยังต้องการพัฒนาให้ดีกว่าเดิม วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ ห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงานที่มีคุณภาพยังไม่เพียงพอ เทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่รวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลผลข้อมูลข่าวสารต่างๆ

ยังซับซ้อน ใช้งานไม่สะดวก ยังไม่เหมาะกับบริบทพื้นที่อำเภอข้างกลาง อีกทั้งขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเต็มที่ การบัญชาการเหตุการณ์และแผนการปฏิบัติตอบสนองต่อสถานการณ์รวมถึงระบบการปฏิบัติอื่นๆ ในหลายครั้งเกิดความล่าช้า ไม่ทันต่อการแก้ไขปัญหา (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอข้างกลาง, 2565) ซึ่งผลการประเมินตามมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคอยู่ในระดับพื้นฐาน (Basic requirement) (สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 11 นครศรีธรรมราช, 2563) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบใหม่ให้มีคุณภาพดีขึ้นกว่าเดิม การพัฒนารูปแบบอภีการระบบสุขภาพในการป้องกันโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ให้ทันกับโลกที่เปลี่ยนแปลงไป ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญอย่างมาก ในบริบทพื้นที่อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบอภีการระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และการอภีการระบบสุขภาพ มาใช้ในการศึกษานี้ และอาศัยการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานควบคุมและป้องกันโรคอุบัติอุบัติซ้ำของอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และยั่งยืนต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

การพัฒนารูปแบบอภีการระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

1.3.1.1 เพื่อพัฒนารูปแบบอภีการระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบท และสถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบอภีการระบบสุขภาพในป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เนื้อหาของหลักการแนวคิดของการอภิบาลระบบสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยศึกษาบริบทพื้นที่ สถานการณ์ กระบวนการ ผลการพัฒนารูปแบบจากมาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เหตุการณ์โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ถอดบทเรียนจากปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบ อภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่โรควัยผู้ใหญ่ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่

1.4.2 ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือน กรกฎาคม 2565 - มกราคม 2566

1.4.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

1.4.3.1 ประชากร

ประชากร ทั้งหมด จำนวน 10,654 คน ได้แก่ ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในอำเภอช้างกลาง ได้แก่ ภาคประชาชน 10,579 คน ภาค หน่วยงานในการควบคุมโรคติดต่อ 23 คน กำนัน 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน 33 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน หน่วยงานปศุสัตว์ 1 คน และ พระ 12 รูป

1.4.3.2 กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย มี 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ศึกษาบริบท สถานการณ์ (2) กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบ และ (3) กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประเมินผลการพัฒนารูปแบบ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1) กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาบริบท สถานการณ์ ประกอบด้วย

1.1) กลุ่มเป้าหมาย สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 403 คน

1.2) กลุ่มเป้าหมาย สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มาจากตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 1-2 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

โดยกลุ่มเป้าหมาย สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 403 คน คือตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในอำเภอช้างกลาง ได้แก่ ภาคประชาชน 368 คน ภาคหน่วยงานในการควบคุมโรคติดต่อ 23 คน กำนัน 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน 3 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน หน่วยงานปศุสัตว์ 1 คน และ พระ 2 รูป

2) กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบ จำนวน 39 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในอำเภอช้างกลาง ได้แก่ ตัวแทนประชาชน 5 คน ภาคหน่วยงานในการควบคุมโรคติดต่อ 23 คน กำนัน 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน 3 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน หน่วยงานปศุสัตว์ 1 คน และ พระ 2 รูป

3) กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มที่ 3 คือกลุ่มเข้ามามีประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3.1) กลุ่มเป้าหมาย สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 65 คน

3.2) กลุ่มเป้าหมาย สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มาจากตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 1-2 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

โดยกลุ่มเป้าหมาย สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 64 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในอำเภอช้างกลาง ได้แก่ ตัวแทนประชาชน 30 คน ภาคหน่วยงานในการควบคุมโรคติดต่อ 23 คน กำนัน 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน 3 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน หน่วยงานปศุสัตว์ 1 คน และ พระ 2 รูป

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 โรคอุบัติใหม่ หมายถึง โรคติดต่อชนิดใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ต้องใช้เวลาในการวิจัยโรคใหม่เพื่อหาวิธีการรักษา เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อใหม่ โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ สามารถควบคุมรักษาได้ด้วยยาที่มีอยู่

1.5.2 โรคอุบัติซ้ำ หมายถึง โรคติดต่อที่เคยแพร่ระบาดในอดีตและสงบไปแล้ว ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นเวลานานหลายปี แต่กลับมาระบาดขึ้นอีก

1.5.3 โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ หมายถึง โรคติดต่อชนิดใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน หรือเป็นโรคเคยแพร่ระบาดในอดีตและสงบไปแล้ว ในพื้นที่อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.5.4 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง ผู้ได้รับผลประโยชน์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.5.5 ตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง บุคลากรทางสาธารณสุขและการแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ที่ทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พื้นที่รับผิดชอบอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.5.6 ตัวแทนจากหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อและผู้เกี่ยวข้อง หมายถึง ผู้ที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อหรือผู้เกี่ยวข้อง ในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.5.7 ตัวแทนหลังคาเรือน หมายถึง ผู้ที่อาศัยในหลังคาเรือนในอำเภอข้างกลาง ในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีส่วนเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในการศึกษา 1 คน ต่อ 1 หลังคาเรือน

1.5.8 ตัวแทนจากปศุสัตว์ หมายถึง ผู้ที่ทำงานที่ปศุสัตว์และได้รับคำสั่งแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อหรือผู้เกี่ยวข้อง ในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.5.9 การอภิบาลระบบสุขภาพ หมายถึง การใช้อำนาจร่วมกันของกลไกและหน่วยงานต่างๆ ในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อกำกับทิศทางการตัดสินใจเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย การสังเคราะห์และใช้ความรู้และการบูรณาการรวม การประสานงานและสร้างความร่วมมือ การกำกับดูแล การออกแบบระบบ และการมีความรับผิดชอบ

1.5.10 วิถีชีวิตใหม่ หมายถึง การดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องมาจากมีบางสิ่งมากระทบ จนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้มาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย

1.5.11 รูปแบบ หมายถึง รูปแบบการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของอำเภอข้างกลางที่พัฒนาขึ้นใหม่โดยใช้แนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่

1.5.12 การมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ หมายถึง การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการควบคุมโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ

1.5.13 สมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ หมายถึง ความสามารถป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ด้านการคัดกรองผู้ป่วย ด้านการป้องกันควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยและครอบครัว ด้านทักษะการสื่อสารและการประสานงาน และด้านการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์การเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

1.5.14 ผลการพัฒนารูปแบบ หมายถึง ผลที่ได้จากการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพ เพื่อป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ ประเมินจาก มาตรฐานการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เหตุการณ์โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

1.5.15 พื้นที่ หมายถึง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นพื้นที่ในการดำเนินการศึกษาในครั้งนี้



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอลำปาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวน ค้นคว้า รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการอภิบาลสุขภาพ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 2.4 การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ
- 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.7 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ
- 2.8 ข้อมูลพื้นที่อำเภอลำปาง
- 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.10 กรอบแนวคิดการศึกษา

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

2.1.1 ความหมายโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำอุบัติซ้ำ

โรคอุบัติใหม่ (Emerging diseases) คือ โรคติดเชื้อที่ปรากฏขึ้นในประชากรเป็นครั้งแรก หรือ โรคติดเชื้อที่เคยมีอยู่ดั้งเดิม แต่ได้มีการแพร่ระบาด ขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งในแง่ของการเพิ่มจำนวนผู้ป่วย และในแง่ของการระบาดไปยังภูมิภาคอื่น (World Health Organization, 2014).

โรคอุบัติใหม่ หมายถึง โรคที่เกิดจากเชื้อใหม่ โรคที่พบในพื้นที่ใหม่ โรคที่เคยระบาดแล้วกลับมาระบาดซ้ำ โรคดื้อยาปฏิชีวนะและอาวุธชีวภาพ (ปัญญาพัฒน์ แสงวงศ์ดี, 2562)

โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ หมายถึง โรคติดเชื้อชนิดใหม่ๆ ที่มีรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในระยะประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา หรือ โรคติดเชื้อที่มีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้น ในอนาคตอันใกล้ รวมไปถึงโรคที่เกิดขึ้นใหม่ในทีใดทีหนึ่ง หรือโรคที่เพิ่งจะแพร่ระบาดเข้าไปสู่อีกทีหนึ่ง และยังรวมถึงโรคติดเชื้อที่เคยควบคุมได้ด้วยยาปฏิชีวนะแต่เกิดการดื้อยา (กรมควบคุมโรค, 2564)

โรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ (Re-emerging Infectious Diseases) หมายถึง โรคติดเชื้อที่เคยแพร่ระบาดในอดีตและสงบไปแล้วเป็นเวลานานหลายปี แต่กลับมาระบาดขึ้นอีก (กรมควบคุมโรค, 2564)

โรคอุบัติซ้ำ หมายถึง โรคติดเชื้อที่เคยแพร่ระบาดในอดีตและสงบไปแล้วเป็นเวลานานหลายปี แต่กลับมาระบาดขึ้นอีก ตัวอย่างโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ เช่น วัณโรค ไข้เลือดออก และมาลาเรีย (คณะกรรมการโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ, 2554)

โรคอุบัติซ้ำ หมายถึง โรคที่เคยปรากฏมาแล้วในอดีตแล้วกลับมาเกิดอีกในปัจจุบัน ซึ่งมักปรากฏการแพร่กระจายโรคอย่างรวดเร็วในกลุ่มประชาชน หรือหลายภูมิภาคหลายประเทศตามภูมิศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง (Bencharongkul, 2015)

สรุปความหมายของโรคอุบัติใหม่ คือโรคติดต่อชนิดใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ต้องใช้เวลาในการวิจัยโรคใหม่เพื่อหาวิธีการรักษา เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อใหม่ โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่สามารถควบคุมรักษาได้ด้วยยาที่มีอยู่ ส่วนโรคอุบัติซ้ำ คือโรคติดเชื้อที่เคยแพร่ระบาดในอดีตและสงบไปแล้วเป็นเวลานานหลายปี แต่กลับมาระบาดขึ้นอีก

2.1.2 สถานการณ์โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

โรคอุบัติใหม่ เป็นโรคที่มีการระบาดเพิ่มมากขึ้นในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา และปัจจุบันมีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในทั่วโลก (สมพร สังข์แก้ว และคณะ, 2563) การแพร่กระจายเชื้อของโรคอุบัติใหม่ส่วนมากร้อยละ 60 แพร่กระจายเชื้อจากสัตว์มาสู่คน และต่อมาเกิดการระบาดจากคนสู่คนได้อย่างรวดเร็ว (Dikid, Jain, Sharma, Kumar & Narain, 2013) ในปีพ.ศ. 2562 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่กำลังแพร่ระบาดไปทั่วโลกและก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในขณะนี้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โรคฝีดาษลิง (Monkeypox) ซึ่งเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน และติดจากคนสู่คนได้ โรคนี้พบมากในประเทศแถบแอฟริกากลางและแอฟริกาตะวันตก ได้แก่ แคเมอรูน สาธารณรัฐแอฟริกากลาง คองโก กาบอง ไลบีเรีย ไนจีเรีย และเซียร์ราลีโอน การพบผู้ป่วยในประเทศนอกเขตแอฟริกา เช่น สหรัฐอเมริกา อิสราเอล สิงคโปร์ และสหราชอาณาจักร มักเกิดจากการเดินทางระหว่างประเทศหรือการนำเข้าสัตว์ที่ติดเชื้อ (กรมควบคุมโรค, 2565)

ประเทศไทยได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560 - 2564) เริ่มต้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ประกอบกับ วิเคราะห์สภาพแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในประเทศ โดยนำแนวคิดมาจากระบบการจัดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการแม่บท ดังนี้ การวิเคราะห์ปัจจัยใน ปัจจัยภายนอกองค์กร กำหนดจุดมุ่งหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์หลัก กำหนด

ยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่สำคัญ, การกำหนดกลยุทธ์ มาตรการ และแนวทางการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าที่วางไว้ (กรมควบคุมโรค, 2560)

จังหวัดนครศรีธรรมราชมีรายงานการผู้ป่วยติดเชื้อด้วยโรคอุบัติใหม่ ตัวอย่างโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบผู้ป่วยรายแรกเมื่อปี มีนาคม 2563 ซึ่งเป็นนักศึกษาที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขนครศรีธรรมราช, 2563) ต่อมาเกิดการระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จังหวัดนครศรีธรรมราชพบผู้ป่วยโควิด 19 รอบการระบาดระลอกเดือนมกราคม 2565 จำนวน 79,281 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 3 มีนาคม 2565) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2565) นอกจากนี้ยังพบโรคที่อุบัติซ้ำกระจายในพื้นที่หลายอำเภอ เช่น โรคไข้สมองอักเสบ ปี 2565 พบจำนวน 5 ราย ในอำเภอปากพะนัง 2 ราย อำเภอชะอวด 1 ราย อำเภอฉวาง 1 ราย และ อำเภอช้างกลาง 1 ราย (ข้อมูล ณ 1 สิงหาคม 2565) และยังพบโรคหัด ในเด็ก 0-5 ปี ตั้งแต่ปี 2560 – 2565 พบผู้ป่วย 102, 64, 125, 30, 9 และ 2 ราย ตามลำดับ (ข้อมูล ณ 1 สิงหาคม 2565) (สำนักงานสาธารณสุขนครศรีธรรมราช, 2565)

อำเภอช้างกลางมีการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้กรอบการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Unit: CDCU) ตามกฎหมาย พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งกำหนดให้ทุกอำเภอต้องมีการจัดตั้งหน่วยนี้ขึ้นอย่างน้อย 1 หน่วย ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ โรคติดเชื้อ COVID-19 และโรคอุบัติซ้ำอื่นๆ เช่นโรคไข้สมองอักเสบ และโรคปอดอักเสบ (ปอดบวม) การดำเนินการของทีม CDCU มีบทบาทหลักในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่มีแนวโน้มของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น จำนวนผู้ติดเชื้อ COVID-19 สะสมตั้งแต่ปี 2563-2565 มีจำนวน 5,557 ราย เสียชีวิต 8 ราย (ข้อมูล ณ 30 กรกฎาคม 2565) โรคไข้สมองอักเสบ ในอำเภอช้างกลาง พบผู้ป่วย เมื่อปี 2561 จำนวน 4 ราย และพบผู้ป่วยอีกครั้งปี 2564 และ 2565 จำนวน 3 ราย และ 1 ราย ตามลำดับ ส่วนโรคหัด ในเด็ก 0-5 ปี พบผู้ป่วยเมื่อปี 2561 และ 2562 ในแต่ละปี 8 ราย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง, 2565) สรุปได้ว่า อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ได้แก่ โรค COVID-19 ตั้งแต่ปี 2563 – 2565 โรคไข้สมองอักเสบ พบในปี 2561 – 2565 และโรคหัดพบในปี 2561-2562 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง, 2565)

2.1.3 การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

การป้องกันควบคุมโรค ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การป้องกันโรค (prevention) และการควบคุมโรค (control) โดยตามความหมายเดิมนั้น การป้องกันโรค หมายถึง มาตรการและกิจกรรมที่ดำเนินการ ก่อนที่จะเกิดโรคหรือภัย เพื่อไม่ให้เกิดโรคหรือภัยดังกล่าว ส่วนการควบคุมโรคนั้น หมายถึงมาตรการและกิจกรรมที่ดำเนินการหลังจากที่เกิดโรคหรือภัยขึ้นแล้วโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้โรคหรือภัยนั้นสงบโดยเร็วก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและความเป็นอยู่ (เช่น ความเจ็บป่วย

ความพิการ การตาย ความสูญเสียทางสังคม และความสูญเสียทางเศรษฐกิจ) น้อยที่สุด และไม่เกิดขึ้นอีก หรือหากเกิดขึ้น ก็สามารถรับมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ (effectively) และมีประสิทธิภาพ (efficiently) มากขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2561)

การป้องกันโรค กรมควบคุมโรคได้กำหนดนิยามกิจกรรมการป้องกันโรคครอบคลุมรวมตั้งแต่ กิจกรรมที่ดำเนินการก่อน เกิดโรค (primary prevention) เกิดโรคแล้วแต่ยังไม่เกิดอาการ (secondary prevention) หรือเกิดอาการแล้ว (tertiary prevention) ก็ได้โดยแต่ละช่วงจะมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน (กรมควบคุมโรค, 2561)

การป้องกันโรค (Prevention) เป็นการควบคุมสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ช่วยไม่ให้เกิดคนสัมผัสเชื้อหรือหากสัมผัสเชื้อก็สามารถต้านทานโรคได้ การป้องกันโรค เป็นการควบคุมปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคติดต่อโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ หมายถึง การป้องกันไม่ให้ร่างกายติดเชื้อหรือได้รับเชื้อ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย กินช้อนกลาง ล้างมือ รวมถึงการใช้วัคซีนป้องกันโรค

2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ หมายถึง การป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคหลังสัมผัสเชื้อ เช่น วัคซีนให้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดภายหลังสัมผัสโรคภายใน 24-48 ชม. ร่างกายยังคงสร้างภูมิคุ้มกันได้ทันทำให้ไม่ป่วยเป็นโรคหัด โรคที่มีหลักฐานสนับสนุนให้มีการใช้วัคซีนในการป้องกันโรคแบบทุติยภูมิได้แก่ หัด สุกใส พิษสุนัขบ้า บาดทะยัก

3) การป้องกันแบบตติยภูมิ หมายถึง การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเจ็บป่วย เช่น การให้วิตามินเอในเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการที่ป่วยเป็นโรคหัดสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ของตาบอดได้ (สุชาติดา เจียมศิริ และคณะ, 2564)

2.1.4 ยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ประเทศไทยจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง 2564 โดยอ้างอิงและสอดคล้องกับกรอบการดำเนินงาน ทั้งในระดับและนานาชาติ เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์และปัจจัยแวดล้อมในปัจจุบันและความเคลื่อนไหวของประชาคมโลก โดยในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อาศัย

พ.ศ. 2548 ให้ความสำคัญต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่อาจมีผลกระทบต่อการเดินทาง การขนส่ง และการค้าผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศ เน้นการเฝ้าระวัง และมาตรการควบคุมโรคบริเวณช่องทางเข้าออก ระหว่างประเทศ ทั้งทางน้ำ ทางบก และทั้งทางอากาศ (กรมควบคุมโรค, 2559)

ยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่ของภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก เน้นที่องค์ประกอบสำคัญหลัก เพื่อเตรียมความพร้อมฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุขและการตอบสนอง 8 ประเด็น ได้แก่

- 1) การเตรียมความพร้อมฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
- 2) การเฝ้าระวัง การประเมินความเสี่ยง และการตอบสนองต่อภัยพิบัติด้านสาธารณสุข
- 3) ด้านห้องปฏิบัติการ
- 4) โรคจากสัตว์สู่คน
- 5) การป้องกัน การดูแลสุขภาพ
- 6) การสื่อสารความเสี่ยง
- 7) การเตรียมพร้อม การแจ้งเตือน และการตอบสนองในระดับภูมิภาค
- 8) การติดตามและประเมินผล และส่งเสริมการเตรียมความพร้อมฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

การตอบสนองเป็นหัวใจสำคัญของยุทธศาสตร์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ กับทุกภัยพิบัติโดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำ ไปใช้กับโรคติดต่ออุบัติใหม่ (กรมควบคุมโรค, 2559)

กรอบความร่วมมืออาเซียน และการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (Association of Southeast Asian Nations ; ASEAN) ประชาคมอาเซียน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) ประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน
- 2) ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน
- 3) ประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน

ในองค์ประกอบหลักนี้หลักประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อรวมทั้ง โรคติดต่ออุบัติใหม่ นอกจากนี้การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในอนาคต และมีการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีของประชากร ทั้งคนและสัตว์ตลอดจนสินค้าและเทคโนโลยีที่อาจมีผลต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้อย่าง รวดเร็วมากยิ่งขึ้น ทำให้ต้องมีการเตรียมความพร้อมรับมือกับปัญหาสุขภาพที่อาจจะตามมา (กรมควบคุมโรค, 2559)

ความมั่นคงด้านสุขภาพของโลก (Global Health Security Agenda; GHSA) กิจกรรมที่ต้องการทักษะเชิงรุกและเชิงรับเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันทางสาธารณสุขที่เป็นอันตราย ต่อสุขภาพโดยรวมของประชากรที่อาศัยอยู่ทั่วทุกภูมิภาคและเขตแดนระหว่างประเทศ เพื่อสร้างความมั่นคง จากภัยคุกคาม จากโรคติดต่อ และโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยใช้หลักสามด้าน คือ การป้องกันและลดโอกาส ในการระบาด การตรวจจับภัยคุกคามให้ได้รวดเร็ว การตอบโต้ภัยคุกคาม

อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ และการสร้างศักยภาพในการดำเนิน การตามกฎอนามัยระหว่าง ประเทศอย่างเข้มแข็ง (กรมควบคุมโรค, 2559)

แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564 ยาด้านจุลชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาด้านจุลชีพที่มีฤทธิ์ ในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อ การแพทย์และการสาธารณสุขเนื่องจากใช้เพื่อป้องกันและรักษา โรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย จึงทำให้การเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อเหล่านี้ลดลง และมีความสำคัญอย่างมาก ต่อการแพทย์แผน ปัจจุบัน เช่น การผ่าตัดทั่วไป การผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนหรือเพื่อปลูกถ่ายอวัยวะ และการรักษาด้วย เคมีบำบัด เนื่องจากการทำ หัตถการทางการแพทย์เหล่านี้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อจึงจำเป็นต้องพึ่งพา ยาด้านจุลชีพ ที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและรักษาการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ ยาด้านจุล ชีพยังจำเป็นเพื่อใช้ป้องกัน และรักษาโรคในทางสัตวแพทย์และการเกษตร เช่น การปศุสัตว์ การ ประมง และการเพาะปลูก จึงมีความสำคัญ ต่อสุขภาพสัตว์ พืช ห่วงโซ่การผลิตอาหารและเศรษฐกิจ ในภาพรวมของประเทศ แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อ ยาต้านจุลชีพในประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564 เป็นยุทธศาสตร์ฉบับแรกของประเทศไทยที่เน้นการแก้ไขปัญหา การดื้อยาต้านจุลชีพเป็นการ เฉพาะ โดยมีการวางเป้าหมายที่ชัดเจนและวัดผลได้ และมีกรอบในการจัดการกับปัญหาการดื้อยา ต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ เป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาและนโยบายของประเทศ ในการ แก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศอย่างเป็นระบบ และเน้นการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม จาก ทุกภาคส่วนภายใต้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” (One Health) อีกทั้งยังเป็นการแสดงความ มุ่งมั่นของประเทศไทย ในการร่วมแก้ไขปัญหการดื้อยาต้านจุลชีพกับนานาชาติทั่วโลก (กรม ควบคุมโรค, 2559)

กรมการแพทย์จัดทำแผนปฏิบัติการราชการ ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563 – 2565) โดย ขับเคลื่อนด้วยแผนปฏิบัติการจำนวน 4 เรื่อง 13 แผนงาน 39 โครงการ 42 ตัวชี้วัด เพื่อเป็น กรอบแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัด เชื่อมโยงแผนปฏิบัติการและแผน/ นโยบาย ต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข สอดรับกับภารกิจเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม ปัจจัยภายใน และภายนอก ที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ ประชากรไทย ฐานเศรษฐกิจไปสู่ยุคดิจิทัล ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่ สามารถป้องกันได้ การเกิดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เป็นต้น โดยมีแผนย่อยการพัฒนาและสร้างระบบ รับมือและปรับตัว ต่อโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (กรมควบคุม โรค, 2563)

แนวทางการพัฒนา ได้แก่ เผยแพร่ความรู้สุขภาพและสร้างความตระหนักของประชาชน เรื่องโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ พัฒนาและยกระดับระบบรับมือ ปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ สร้างองค์ความรู้ด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในประชากรทุกกลุ่ม โดยพัฒนาและสร้างระบบรับมือปรับตัวต่อสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และเพิ่มขีดความสามารถในการติดตาม วิเคราะห์และประเมินแนวโน้มโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สร้างความพร้อมของภาคีเครือข่ายในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ (กรมควบคุมโรค, 2563)

เป้าหมายแผนย่อย คือประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพ เรื่องโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศมากขึ้น

2.1.5 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

2.1.5.1 นโยบายและทิศทางของรัฐบาล

การป้องกันควบคุมโรค รัฐบาล พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีได้เน้นให้ความสำคัญกับงานป้องกันควบคุมโรค ดังที่นโยบายรัฐบาล “พัฒนาระบบบริหารสุขภาพโดยเน้นการป้องกันโรคมมากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษาสร้างกลไกจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง ปรับระบบการจ้างงาน การกระจายบุคลากร และทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่น (กรมควบคุมโรค, 2561)

2.1.5.2 การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร

โครงสร้างประชากรของประเทศไทย จะเห็นได้ว่า จำนวนประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีในช่วงปี พ.ศ.2548 – 2578 จะมีจำนวนลดลงจาก 14 ล้าน (ร้อยละ 23 ของประชากรทั้งหมด) เหลือ 9 ล้านคนเศษ (ร้อยละ 14) และประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในปี พ.ศ.2548 มีประชากรสูงอายุอยู่ 6 ล้านคนเศษ (ร้อยละ 10) เมื่อถึงปีพ.ศ.2578 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 16 ล้านคน (ร้อยละ 25) หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าตัวในเวลาประมาณ 30 ปี (กรมควบคุมโรค, 2561)

2.1.5.3 การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี

เทคโนโลยีในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และการดำเนินมาตรการป้องกันควบคุมโรค มีความเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีอย่างใกล้ชิด การเกิดขึ้นของเทคโนโลยีใหม่ๆ เหล่านี้สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อมาตรการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว จึงมีความจำเป็นจะต้องประเมินสถานการณ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีให้ได้เท่าทันกับเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป เทคโนโลยีที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรค ได้แก่ ยา วัคซีน อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ เทคโนโลยีด้านสังคม เช่น การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2561)

2.1.5.4 ความรวดเร็วของการเดินทาง

ผู้คนสามารถเดินทางจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งบนโลกได้อย่างรวดเร็ว บวกกับปริมาณของนักเดินทางที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้โรคติดต่อสามารถแพร่จากจุดที่เริ่มมีการแพร่

ระบาดไปทั่วโลกได้อย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย และความเสียหายทางเศรษฐกิจอย่างกว้างขวางการระบาดของโรคซาร์สนับเป็นตัวอย่างที่ดีโรคซาร์สเริ่มระบาดในช่วงปลายปี 2545 ในมณฑลกว่างต้งของประเทศจีน โดยเริ่มพบผู้ป่วยปอดบวมไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ โดยที่ทางการจีนไม่สามารถตรวจจับการเกิดโรคปอดบวมที่ผิดปกตินี้ได้ต่อมาโรคได้แพร่ระบาดไปยังประเทศเวียดนาม ฮองกง สิงคโปร์แคนาดา และประเทศอื่นๆ รวม 29 ประเทศ จนถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2546 พบผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงรวม 8,096 คน และเสียชีวิต 774 คน ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง 30,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือประมาณ 1 ล้านล้านบาท (กรมควบคุมโรค, 2561)

สรุปการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เป็น โรคติดต่อชนิดใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ต้องใช้เวลาในการวิจัยโรคใหม่เพื่อหาวิธีการรักษา เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อใหม่ โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ สามารถควบคุมรักษาได้ด้วยยาที่มีอยู่ ส่วนโรคอุบัติซ้ำ คือโรคติดต่อที่เคยแพร่ระบาดในอดีตและสงบไปแล้วเป็นเวลานานหลายปี แต่กลับมาระบาดขึ้นอีก สถานการณ์ของโรคโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ได้แก่ นโยบายและทิศทางของรัฐบาล การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี และความรวดเร็วของการเดินทาง ประเทศไทยมียุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังมีการระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ จากการศึกษาข้อมูลดังกล่าวข้างต้น นำประเด็นความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำนี้มาประยุกต์ใช้ในออกแบบกิจกรรมการพัฒนาแบบอบิบาลระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการอภิบาลสุขภาพ

2.2.1 ความสำคัญของการอภิบาลระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากมาย ซึ่งหมายความว่าอำนาจของหน่วยงานที่เคยมีอำนาจยิ่งใหญ่อย่างกระทรวงสาธารณสุขถูกลดทอนลงไปอย่างมากมาย จากการทำมีการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) (สสส) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.) และอื่นๆ ทำให้หน้าที่ใหม่ๆ เชิงสร้างสรรค์ และต้องใช่วิธีคิดและทักษะใหม่ๆ ถูกโอนไปอยู่ในหน่วยงานใหม่เหล่านี้ จึงต้องการการวิจัยเพื่อทำความเข้าใจระบบความสัมพันธ์ใหม่ภายในระบบสุขภาพ ซึ่งเมื่อมีการนำเสนอสภาพปัจจุบัน และแนวคิดเชิงระบบ สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในโลก และในประเทศไทยมันเดินมาไกลมากแล้ว

นักวิชาการด้านการจัดการ จึงคิดระบบแบ่งแยกระหว่างการจัดการ กับการกำกับดูแลหรือการบริหาร (Governance) เพื่อให้อำนาจให้ฝ่ายบริหารมีความยืดหยุ่นคล่องตัวและมีอิสระในการตัดสินใจได้ทันที่ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วและไม่แน่นอน แต่ในขณะเดียวกันก็มีการกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์ที่ถูกต้องมองการณ์ไกล และมีการตรวจสอบอย่างเข้มข้น โดยกลไกการบริหาร และในระบบที่ซับซ้อนมากอย่างระบบสุขภาพ การบริหารระบบมันไม่เป็นการบริหารโดยหน่วยเดียวหรือกลไกเดียว มันมีกลไกบริหารหลายชั้น และบางส่วนก็คานซึ่งกันและกัน สิ่งที่ยากคือ การทำให้เกิด synergy ระหว่างกลไกบริหารเหล่านั้น และการมีสารสนเทศ เพื่อการทำหน้าที่บริหารระบบ

องค์การอนามัยโลกได้พัฒนากรอบแนวคิดของระบบสุขภาพขึ้นมาใหม่ โดยกำหนดให้มีองค์ประกอบหรือพื้นฐาน 6 ประการ ที่เรียกว่า System building blocks ได้แก่ 1) การส่งมอบบริการ 2) บุคลากรสุขภาพ 3) สารสนเทศ 4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์วัคซีนและเทคโนโลยี 5) การเงินการคลัง และ 6) ภาวะผู้นำการอภิบาลระบบ ซึ่งไม่ได้แตกต่างจากที่เสนอไว้ใน WHR2000 มากนัก ได้เพิ่มเติมเป้าหมายผลลัพธ์ของระบบ คือมีการระบุถึงเป้าหมายทั้งระยะกลางและเป้าหมายปลายทาง แต่ได้เพิ่มเติมเรื่องความครอบคลุมของระบบ (Coverage) และความปลอดภัย เป็นเป้าหมายระยะกลาง และนำเอาประเด็นเรื่องประสิทธิภาพ (efficiency) ไปเพิ่มเติมเป็นเป้าหมายปลายทางอีกประการหนึ่ง รวมกับสามเป้าหมายที่เคยระบุไว้แล้วใน WHR2000 (WHO, 2007) ดังภาพที่ 1

THE WHO HEALTH SYSTEM FRAMEWORK

SYSTEM BUILDING BLOCKS

- SERVICE DELIVERY
- HEALTH WORKFORCE
- INFORMATION
- MEDICAL PRODUCTS, VACCINES & TECHNOLOGIES
- FINANCING
- LEADERSHIP / GOVERNANCE

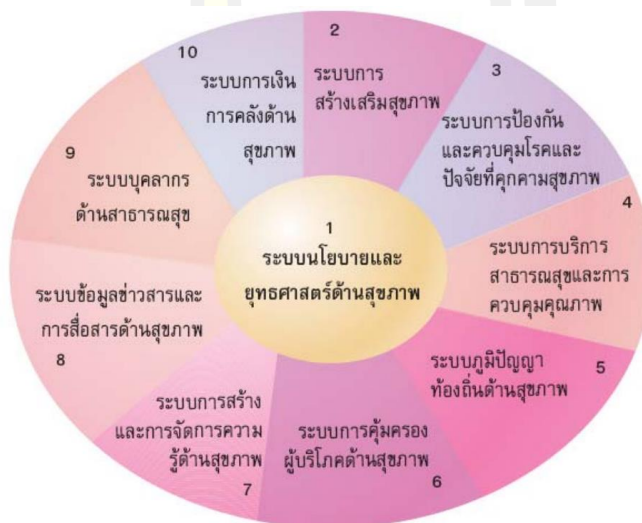
ACCESS
COVERAGE
QUALITY
SAFETY

OVERALL GOALS / OUTCOMES

- IMPROVED HEALTH (LEVEL AND EQUITY)
- RESPONSIVENESS
- SOCIAL AND FINANCIAL RISK PROTECTION
- IMPROVED EFFICIENCY

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพ
ที่มา: WHO (2007)

ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศไปสู่เป้าหมาย เป็นที่ยอมรับว่าการอภิบาลระบบสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ชี้ทิศทางและกำกับดูแลให้ระบบ สุขภาพเคลื่อนตัวไปตามทิศทางที่กำหนด กลไกการอภิบาลจึงได้กลายเป็นเป้าหมายในการพัฒนาและการปฏิรูประบบ สุขภาพ แต่อุปสรรคสำคัญ คือ ความซับซ้อนของระบบ และความหลากหลายของแนวคิดและการใช้ถ้อยคำ เนื่องจากระบบสุขภาพที่ซับซ้อน มีการเชื่อมประสานองค์รวม และมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางเป็นสังคมที่ไร้ศูนย์กลาง การอภิบาลเกิดขึ้นได้โดยทุกจุดจนไม่สามารถแยกองค์ประกอบของกลไกอภิบาลออกจากระบบ (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2551) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ระบบย่อยในระบบสุขภาพไทย
ที่มา: อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ (2551)

ในบริบทของประเทศไทย รัฐบาลเป็นหัวใจสำคัญที่มีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและแบบแผนการปฏิบัติขององค์กรภาครัฐที่เชื่อมโยงกันเป็นกลไกการอภิบาลระบบแห่งชาติ ในการพัฒนาควรให้ความสำคัญกับอย่างน้อย 3 มิติ ได้แก่

- 1) การพัฒนาให้เกิดเครือข่ายการอภิบาลที่เข้มแข็ง
- 2) การพัฒนาระบบอภิบาลในแต่ละองค์กร ซึ่งมีอุปสรรคสำคัญคือระบบอุปถัมภ์และวัฒนธรรมราชการ
- 3) การพัฒนาระบบการและกลวิธีที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบโดยอาศัยการตรึงตรองสะท้อนคิด

การอภิบาลระบบสุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ประการ ได้แก่

- 1) การกำหนดนโยบาย (Policy Guidance)
- 2) การสังเคราะห์และใช้ความรู้ และการดูภาพรวม (Intelligence and Oversight)
- 3) การประสานงานและสร้างความร่วมมือ (Collaboration and Coalition Building)
- 4) การบังคับใช้กฎระเบียบ (Regulation)
- 5) การออกแบบระบบ (Systems Design)
- 6) การมีความรับผิดชอบ (Accountability)

องค์ประกอบการอภิบาลในระบบสุขภาพ กรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่ WC Hsiao พัฒนาขึ้น (WC Hsiao, 2003) ไม่ได้แยกองค์ประกอบที่ทำหน้าที่ในการ อภิบาลออกมาอย่างชัดเจน แบบองค์ประกอบ Stewardship หรือ Leadership หรือ Governance ในแนวคิดขององค์การอนามัยโลก กรอบแนวคิดระบบสุขภาพของไทยใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ไม่ได้แยกองค์ประกอบนี้ ไว้เช่นเดียวกัน ระบบสุขภาพที่ดีต้องมีระบบและกลไกการ อภิบาล ดูแลระบบสุขภาพ เพื่อติดตามประเมินผล ควบคุมกำกับ ส่งเสริมสนับสนุน ประสานเชื่อมโยงทุกระบบย่อยเข้าด้วยกัน เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพไปข้างหน้า (อำพล จินดาวัฒนะ, 2551)

ระบบสุขภาพนอกจากประกอบด้วย 10 ระบบหลักแล้วควรมี ระบบการอภิบาลระบบสุขภาพ เป็นระบบที่ 11 โดยระบบการอภิบาลนี้ประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ ได้แก่ ระบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ระบบการบริหารจัดการ ระบบบริการสาธารณสุข ระบบกฎหมายด้านสุขภาพ ระบบงบประมาณ และการเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบสุขภาพ ที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับนานาชาติ เป็นต้น (อำพล จินดาวัฒนะ, 2551)

แต่หากนำแนวคิดการอภิบาลเป็นเรื่องของการกำหนดและการควบคุมรักษาพฤติกรรมของความสัมพันธ์ในสังคมมาวิเคราะห์องค์ประกอบของระบบสุขภาพของ Hsiao (Hsiao, William C., 2003) พบว่า องค์ประกอบเรื่องการทำกับดูแลจะมีความสอดคล้องมากที่สุด แต่โดยรายละเอียดแล้วองค์ประกอบอื่น ๆ ก็มีความเกี่ยวข้องกับการกำหนดและการควบคุมรักษาพฤติกรรม ความสัมพันธ์ในระบบสุขภาพด้วยเช่นกัน ทุกองค์ประกอบจึงมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการอภิบาล ระบบสุขภาพทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Hsiao เองที่ให้องค์ประกอบเหล่านี้ทำหน้าที่ควบคุมในการปรับเปลี่ยนระบบให้ได้ผลลัพธ์อย่างที่ต้องการ ในแนวทางเดียวกันหากใช้แนวคิดนี้วิเคราะห์ องค์ประกอบของระบบ สุขภาพที่ระบุไว้ในกฎหมายสุขภาพแห่งชาติของไทยก็จะได้ข้อสรุปคล้ายกัน (Hsiao, William C., 2003)

อย่างไรก็ตาม การอภิบาลของระบบสุขภาพมีความคลุมเครือมากเกินไป องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการอภิบาลในฐานะเป็นองค์ประกอบพื้นฐานอย่างหนึ่งของระบบสุขภาพ โดยกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่นำเสนอในปี พ.ศ.2543 ได้กำหนดให้สิ่งที่เรียกว่า Stewardship

เป็นองค์ประกอบที่ ดูแลครอบคลุมองค์ประกอบอื่นทั้งหมด โดยมีภารกิจพื้นฐานอย่างน้อย 3 ประการ (WHO, 2000) ได้แก่

- 1) การกำหนดนโยบายสุขภาพ (formulating health policy)
- 2) การโน้มนำและการกำกับดูแล (influence and regulation)
- 3) การ รวบรวมองค์ความรู้และนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ (intelligence)

กรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่องค์การอนามัย โลกพัฒนาขึ้นใหม่ในปี พ.ศ.2550 ได้เปลี่ยนจากคำว่า Stewardship เป็นคำว่า ภาวะผู้นำและการอภิบาล Leadership/ Governance) โดยเน้นว่าเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญมากของระบบสุขภาพแต่เป็นสิ่งที่มีความ ซับซ้อนมากที่สุด (WHO, 2007) เป็นการดูแลภาพรวม (overseeing) และการชี้ทิศทาง (guiding) ของระบบทั้งหมด ไม่ใช่เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาครัฐเท่านั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อ ปกป้องผลประโยชน์สาธารณะ แม้องค์ประกอบนี้เกี่ยวข้องกับบทบาทของรัฐบาลในด้านสุขภาพ แต่เป็นความสัมพันธ์ ของรัฐบาลกับ ตัวแสดงจำนวนมากที่มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน การอภิบาลจึง ไม่ได้ เป็นบทบาทของหน่วยงานรัฐอย่างกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นในการปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิด เรื่องระบบสุขภาพครั้งนี้

องค์การอนามัยโลกได้ประมวลบทบาทหน้าที่สำคัญขององค์ประกอบภาวะผู้นำและการ อภิบาลระบบสุขภาพ 6 ประการ ได้แก่

- 1) การกำหนดนโยบาย (Policy guidance) คือการกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบาย เชิงเทคนิคที่เกี่ยวข้อง สุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง และการจัดลำดับความสำคัญของ บริการประเภทต่าง ๆ รวมถึงการกำหนดบทบาทของภาครัฐ เอกชนและประชาสังคม
- 2) การสังเคราะห์และใช้ความรู้และการดูแลภาพรวม (Intelligence and oversight) คือการหนุนให้เกิด การสร้าง การวิเคราะห์และการใช้องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ซึ่ง รวมถึงการติดตามและ ประเมินเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางการเมือง ผลกระทบของการปฏิรูปและ ผลลัพธ์ของนโยบายแต่ละด้าน
- 3) การประสานงานและสร้างความร่วมมือ (Collaboration and coalition building) ระหว่างตัวแสดง ทั้งในและนอกภาครัฐ รวมทั้งการโน้มนำให้เกิดการดำเนินการกับ ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญและการ เข้าถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนการสร้างระบบสนับสนุน นโยบายสาธารณะและการรักษาการเชื่อมโยง ระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ
- 4) การกำกับดูแล (Regulation) คือการออกแบบและหนุนให้เกิดความเป็นธรรมใน การควบคุมและสร้าง แรงจูงใจ

5) การออกแบบระบบ (System design) หนุนให้เกิดความสอดคล้องระหว่าง ยุทธศาสตร์และโครงสร้าง ต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ รวมถึงการลดความซ้ำซ้อนและลดความแตกแยก (fragmentation) ของระบบ

6) การมีความรับผิดชอบ (Accountability) คือการหนุนให้ตัวแสดงในระบบสุขภาพ ทั้งหมดมีความสำนึก รับผิดชอบ มีความโปร่งใส ตรวจสอบโดยสาธารณะชนได้

2.2.2 กลไกอภิบาลระบบสุขภาพ

แม้ว่าระบบสุขภาพในประเทศไทยมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่รัฐบาลไม่ได้มีอำนาจสูงสุด ไม่สามารถควบคุม เครือข่ายได้โดยตรงหรือได้อย่างเต็มที่มากขึ้น อีกทั้งโครงสร้างการอภิบาล ประกอบด้วยทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาค ประชาสังคม ภายใต้ระบบการเมืองการปกครองของ ประเทศไทย รัฐบาลก็ยังคงเป็นโครงสร้างหลักที่ต้องมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน กลไก ภาครัฐจึงต้องเป็นแกนกลางในโครงสร้างการอภิบาลระบบ สุขภาพ จึงอาจสรุปได้ว่าตัวแสดงหลักที่ทำ หน้าที่เป็น กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาตินับจนถึงการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และกลไกอื่นที่ถูกจัดตั้งขึ้นโดย พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยเฉพาะ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติใน ปัจจุบันมีประเด็นสำคัญดังนี้ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2551)

2.2.2.1 ความสัมพันธ์ฐานะหน่วยงานภาครัฐ พบว่ากลไกเหล่านี้มีโครงสร้างการบริหาร ระบบงบประมาณและ บทบาทภารกิจที่สัมพันธ์กันในฐานะหน่วยงานภาครัฐ โดยมีนายกรัฐมนตรีและ คณะรัฐมนตรีเป็นผู้กำกับ ดูแล และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญที่ สามารถประสานทิศทางและ นโยบายของทุกกลไกได้

2.2.2.2 บทบาทของกลไกอภิบาลระบบ บทบัญญัติในกฎหมายได้กำหนดให้กลไก เหล่านี้มีอำนาจหน้าที่หลาย ประการร่วมกัน โดยเฉพาะการประสานงานและสร้างร่วมมือกับ ภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมได้ กำหนดให้เป็นบทบาทหลักอย่างหนึ่งของทุกหน่วยงาน นอกจากความ เหลื่อมซ้อนของบทบาทตาม กฎหมายแล้ว ในทางปฏิบัติการกิจบางอย่างก็จำเป็นต้องทำถึงแม้ว่าจะ ซ้ำซ้อนกันก็ตาม จึงเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดทั้งความสับสนฉันทและความขัดแย้งขึ้นใน ความสัมพันธ์

2.2.2.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้มุมมองการอภิบาลทั้ง 3 แบบ ได้ขยายภาพให้ เห็นว่า ในเครือข่ายการอภิบาลมีความเครียดเกิดขึ้นอย่างมากที่กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการ เป็นหน่วยงานเก่าแก่ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและวัฒนธรรมให้สอดคล้องกับบริบทใหม่ ได้ ทัน และวัฒนธรรมราชการที่ฝังรากลึกอย่างเหนียวแน่นและต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ส่วนกลไกอื่นซึ่งมี

การออกแบบ ระบบไว้รองรับการเปลี่ยนแปลงได้ แต่ก็ยังมีภาระในการพัฒนาธรรมาภิบาลภายในองค์กร โดยเฉพาะ สข. และกลไกที่เกิดขึ้นใหม่ยังมีความท้าทายที่ต้องพิสูจน์ตนเองทั้งในด้านธรรมาภิบาลของการบริหาร จัดการและบทบาทในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไปสู่เป้าหมายที่วางเอาไว้ อีกทั้งกลไกภายนอกที่จะช่วยเสริมสร้างธรรมาภิบาลของกลไกในระบบสุขภาพ ก็ยังไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างที่ควร

2.2.2.4 นอกจากความสัมพันธ์ในระดับองค์กรแล้ว ความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างบุคลากรระดับต่าง ๆ ระหว่าง องค์กรก็เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อเครือข่ายการอภิบาล พบว่าในระดับกลางและระดับปฏิบัติไม่มี ปัญหามากนัก เนื่องจากส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยและมีการร่วมงานกันอยู่เสมอ รวมทั้งมีการขอสนับสนุนทรัพยากรข้ามองค์กรเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้วยแต่ในระดับบริหารค่อนข้างมีระยะห่างกันรวมถึงยังมี ความขัดแย้งกันทั้งในเชิงความคิดและการทำงาน กระบวนการที่มีส่วนในการสร้างความสัมพันธ์ เช่น การประชุมประจำเดือนของกระทรวงสาธารณสุข หรือ การอบรมผู้บริหารที่จัดโดยหลายสถาบัน ก็ไม่สามารถเติมช่องว่างส่วนนี้ได้มากนัก

2.2.2.5 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้ทำให้กลไกอภิบาลสะท้อนคิดเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม และได้สร้างเครื่องมือ และกลไกใหม่ ๆ ที่ยังต้องอาศัยเวลาในการพัฒนา ยังมีความท้าทายสำคัญอยู่อีกมาก โดยเฉพาะเรื่อง การพัฒนากระบวนการให้เกิดการมีส่วนร่วม ที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย รวมถึงการผลักดันสิ่งที่ได้ จากเวทีการคิดให้เกิดผลในเวทีการปฏิบัติ

กรอบคิดเกี่ยวกับกลไกการอภิบาลในการดำเนินนโยบายด้านการป้องกันควบคุมป้องกันโรค เช่น การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยทั่วไปแล้ว การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินมักเกี่ยวข้องกับการป้องกัน การระบุปัญหาและความเสี่ยง การตัดสินใจ การปฏิบัติการ การประเมิน การฟื้นฟู และการเลือกใช้เครื่องมือตลอดจนทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ต้องมีลักษณะเชิงรุก และเปิดรับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ตัวแสดงหนึ่งที่สำคัญที่สุดในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ ก็คือตัวแสดงที่อยู่ใน ภาคส่วนรัฐ โดยเฉพาะรัฐบาลกลางและกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

สรุป การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้นำความรู้เกี่ยวกับการอภิบาลสุขภาพ ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้พัฒนารอบแนวคิดของระบบสุขภาพขั้นใหม่ System building blocks มาใช้ในการวางแผนพัฒนาการอภิบาลสุขภาพของอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลไกการอภิบาลสุขภาพประกอบด้วยทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ภายใต้ระบบการเมืองการปกครองของประเทศไทย อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีกลไกการอภิบาลสุขภาพประกอบด้วยภาครัฐ เพียงอย่างเดียว จึงทำให้กลไกการขับเคลื่อนการอภิบาลสุขภาพทำได้ยากและมีอุปสรรคในการขับเคลื่อน จากการศึกษาข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้

ในการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอลำปาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการที่ชุมชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินการ การร่วมรับผลประโยชน์ และการประเมินผล การให้ชุมชนมีส่วนร่วมนั้นอาจจะกระทำได้ทั้งลักษณะที่เป็นทางการ และลักษณะที่ไม่เป็นทางการ การมีส่วนร่วมแบบเป็นทางการ ได้แก่ การเข้ามามีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือชุมชนจัดตั้งคณะกรรมการหรือจัดตั้งองค์กรการดำเนินงานของตนเอง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การสนับสนุนทางวิชาการ และทรัพยากรที่จำเป็นบางส่วนเท่านั้น ส่วนการมีส่วนร่วมแบบไม่เป็นทางการนั้น ได้แก่ การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมักมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย ดังนั้นถ้าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนให้ยั่งยืน ชุมชนจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพและความสามารถให้เพียงพอที่จะดำเนินงานด้วยตนเองและเพื่อชุมชนของตนเองได้ สรุปได้ว่า การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา ร่วมตัดสินใจในการวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชนทุกขั้นตอน จะช่วยให้ผู้มีส่วนร่วมหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกิจกรรมนั้น ๆ เกิดความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ รวมถึงตกลงยอมรับและยินยอมปฏิบัติตามแนวทางที่ร่วมกันวางไว้ด้วยความสมัครใจ เต็มใจ และสบายใจ จะก่อให้เกิดความสามัคคีในกลุ่มซึ่งจะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาชุมชน โดยชุมชนสามารถดำเนินงานได้ด้วยตนเอง มีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนและมั่นคงถาวร การมีส่วนร่วม เป็นเรื่องของความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ และความรู้สึกนึกคิด ของแต่ละคนที่มีต่อกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งของกลุ่มหรือเป็น แรงกระตุ้นที่ช่วยทำให้มีความสำเร็จ ซึ่งเป็นเป้าหมายของกลุ่มหรือเป็นความรับผิดชอบต่อกิจกรรมร่วมกันด้วย การเข้าไปเกี่ยวข้องช่วยเหลือและร่วมรับผิดชอบ (Davis and Newstrom, 1989)

การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นการเปิดโอกาสให้สังคม องค์กรต่างๆ ในชุมชน ประชาชน ได้มีบทบาทหลักตามสิทธิหน้าที่ ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มคิดพิจารณา ตัดสินใจวางแผน การร่วมปฏิบัติและการรับผิดชอบในผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงาน เกิดผลประโยชน์ต่อชุมชน ตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดด้วยความสมัครใจ

การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในขั้นตอนการทำงานซึ่งสามารถมองได้ใน 4 มิติ (Cohen and Uphoff, NT, 1986) ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร (2) การมีส่วนร่วมในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ (3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และ (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

จากความหมายของการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ดังนี้ การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการดำเนินการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด กระบวนการ โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ ประชาชนที่มีส่วนร่วมอาจเป็นรายบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กร ที่มีความเห็นสอดคล้องกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ โดยกระทำผ่านกลุ่ม หรือองค์กร เพื่อให้บรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ โดยการมีส่วนร่วมจะดำเนินการภายใต้ ขั้นตอนหรือกระบวนการมีส่วนร่วม

2.3.1 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

ความสำคัญของการมีส่วนร่วม มีนักวิชาการในประเทศหลายท่านได้อธิบายไว้ สามารถทำการสรุปได้ดังนี้ (คเชนทร์ ชาญประเสริฐ, 2551)

1) ทำให้เกิดความตระหนักในปัญหาของตนและตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของตน

2) มีโอกาสใช้ความสามารถของตนที่มีอยู่ในรูปของความคิด การตัดสินใจ และการกระทำได้อย่างเต็มที่

3) เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชน

4) จะเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำให้การพัฒนาที่มีความมั่นคง ถาวร และประหยัด

5) ทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกัน

6) ทำให้งานที่ยากบางอย่างสำเร็จขึ้นมาได้งานหลายๆอย่างหากทำผู้เดียวหรือทำน้อยคนอาจไม่สำเร็จ ต้องมีผู้ร่วมงานมากจึงจะสำเร็จ

สรุปได้ว่า กระบวนการมีส่วนร่วมนับว่าเป็นหัวใจที่สำคัญของการพัฒนาในทุกๆระดับ กระบวนการมีส่วนร่วมก่อให้เกิดพลังของทุกฝ่ายในการร่วมคิด ร่วมกันทำ และร่วมกันรับ ผลตอบแทน จากการที่ได้ทำงานร่วมกัน และผลจากการร่วมกันคิด ร่วมกันทำจะนำไปสู่การพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งการมีส่วนร่วมยังก่อให้เกิดการพัฒนาในหลายๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา ตลอดจนการพัฒนาสุขภาพอนามัย หากปราศจากซึ่งการมีส่วนร่วม ก็ยากที่จะประสบความสำเร็จในการส่งเสริมเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาสิ่งต่างๆ มีประวัติศาสตร์สาธารณสุขที่สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือประชาชน ที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการกวาดล้างโรคระบาดที่สำคัญได้ และที่สำคัญการมีส่วนร่วมจะต้องเกิดจากความเต็มใจ ความสมัครใจ สามารถตัดสินใจเองได้จึงจะทำให้การพัฒนาเกิดความยั่งยืน

2.3.2 หลักการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของชุมชนจะต้องประกอบด้วยหลักการสำคัญ ดังนี้ ร่วมทำการศึกษา ปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ตลอดจนทั้งความต้องการของชุมชน ร่วมคิดและหา

รูปแบบ และวิธีการแก้ไขเพื่อลดปัญหาของชุมชนหรือ สร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน ร่วมวางแผนนโยบาย แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหา ร่วมตัดสินใจใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชน ตามกำลังขีดความสามารถของตนเองและหน่วยงาน ร่วมปฏิบัติตามแผนงานโครงการ และกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการ และ กิจกรรมที่ได้ทำไว้ โดยเอกชน และชุมชนให้เป็นประโยชน์ตลอดไป (ดาราวรรณ นันทะ, 2551)

2.3.3 อุปสรรคของการมีส่วนร่วม

2.3.3.1 อุปสรรคที่เกิดจากหน่วยงานของรัฐ เนื่องจากรัฐเป็นแหล่งรวมศูนย์อำนาจในด้านกฎหมายและนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยตรง เพราะประชาชนไม่มีโอกาสได้รับรู้กระบวนการในการวางแผนตัดสินใจและไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในรูปแบบ (วัชรพล วิวรรตน์ เถาว์พันธ์ และคนอื่นๆ, 2554) อีกทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐยังมีความเคยชินกับระบบราชการที่ใช้ภาษาทางวิทยาศาสตร์แล้วคิดไปเองว่าประชาชนทุกคนต้องเข้าใจในการประเมินผลของเจ้าหน้าที่รัฐก็มีความคิดว่าโครงการหรือกิจกรรมต้องบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยไม่คำนึงถึงรูปแบบคนในชุมชนและไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนรับรู้หรือเกี่ยวข้องแต่อย่างใด (พิศิษฐ์ ปรีกัณเฑาะ, 2552)

2.3.3.2 อุปสรรคที่เกิดจากชุมชน เนื่องจากรูปแบบที่ผ่านมาชุมชนยังขาดความพร้อมและมีข้อบกพร่องในหลายประการ เช่น ขาดองค์กรท้องถิ่นที่เหมาะสมจึงขาดผู้อุทิศตน และเวลาแก่ชุมชนอย่างเต็มที่ ขาดทักษะการทำงาน และขาดการติดต่อสื่อสารที่ดี นับเป็นอุปสรรคประการหนึ่งที่ทำให้ประชาชนได้รับความรู้ไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดความไม่เข้าใจกัน และทำให้กลุ่มแตกแยกในที่สุด (รูชีอัมมัน อาแวเงาะ, 2552)

2.3.3.3 อุปสรรคที่เกิดจากสังคม เกิดขึ้นในระดับความสัมพันธ์ของสังคมซึ่ง พิจารณาได้ใน 3 ด้าน คือ ด้านการเมือง ด้านกฎหมาย และระบบราชการ ส่งผลให้เกิดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ได้ (คเชนทร์ ชาญประเสริฐ, 2551) เพราะในการจัดกิจกรรมต้องอาศัยอำนาจทางการเมือง กฎหมายและระบบราชการ เช่น ทำกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในหมู่บ้านต้องประสานงานกับ ผู้ใหญ่บ้านเป็นต้น เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมให้ง่ายขึ้น และต้องอาศัยกฎหมายเป็นตัวรองรับในการกระทำต่างๆ ทำให้รู้ขอบเขตของการทำกิจกรรม ระบบราชการมีส่วนสำคัญที่ทำให้การปฏิบัติงานต้องเป็นไปตามขั้นตอน

2.3.4 กระบวนการหรือขั้นตอนการมีส่วนร่วม

จากการศึกษากระบวนการหรือขั้นตอนการมีส่วนร่วม พบว่า มีการจำแนกชนิดกระบวนการหรือขั้นตอนการมีส่วนร่วมไว้ 2 ประเภท ดังนี้ (Cohen, J.M. and Uphoff, N.T., 1977,

อ้างถึงใน อายุวัฒน์ สุระเสียง, 2554) ได้ทำการจำแนกการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ประการแรกที่สำคัญที่สุดคือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อไปตัดสินใจเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจตอนเริ่มต้น ดำเนินการวางแผน และปฏิบัติตามแผน

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินโครงการได้มาจากคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้าง และจะทำประโยชน์ด้วยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงานงบประมาณ และการขอความช่วยเหลือ

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นั้น นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์เชิงปริมาณแล้วยังต้องพิจารณาการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลประโยชน์ที่เป็นประโยชน์ทางบวก และผลที่เกิดขึ้นทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งเป็นประโยชน์และเป็นโทษแก่บุคคลในสังคมด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้น สิ่งที่สำคัญที่ต้องสังเกต คือ ความเห็น ความชอบ และความคาดหวัง ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษานำแนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนการมีส่วนร่วมของ (Cohen, J.M. and Uphoff., N.T., 1977) มาใช้ในการศึกษา ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

2.3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

2.3.5.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาทบทวนพบว่า มีนักวิชาการในประเทศได้อธิบายถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าจะต้องประกอบไปด้วยปัจจัยต่างๆ ที่สำคัญ ที่จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนมีหลายปัจจัยทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (รูชีอัมมัน อาแวเงาะ, 2552) ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส 2) ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพทางสังคม ความเชื่อ รายได้ อาชีพ พื้นที่ที่ทำการ 3) ปัจจัยทางการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ การติดต่อสื่อสารที่ดีนั้นควรมีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นต่างๆ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ข้อมูลข่าวสารที่ดีในการตัดสินใจต้องเป็นข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ ชัดเจน เข้าใจง่าย สอดคล้องกับความต้องการพื้นฐานของชุมชน ตลอดจนตั้งคำถามเพื่อการแสวงหาข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยการได้รับความสะดวกและทางเลือกในการ

ใช้ช่องทางการสื่อสารจากการมีโอกาสได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สนับสนุน 4) ปัจจัยทางด้านค่านิยม ได้แก่ การพึ่งตนเอง การรวมกลุ่ม การศึกษา หาความรู้ 5) มีตัวแทนที่เหมาะสม มีตัวแทนกลุ่มต่างๆ อย่างครบถ้วนเพื่อให้เกิด ความหลากหลายในความคิด ความสนใจ ความต้องการและหลากหลาย ความร่วมมือ และการมี ส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากร ทั้งทรัพยากรเพื่อการพัฒนาและ ทรัพยากรที่เกิดขึ้นจากผลการพัฒนา

2.2.5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

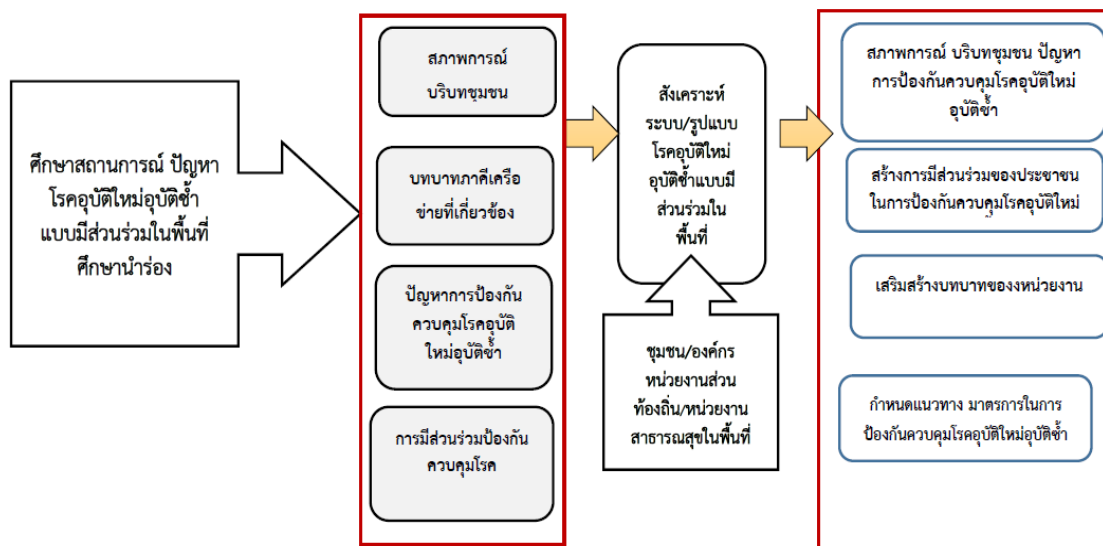
ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนจะมีปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ซึ่งมีนักวิชาการในประเทศได้ทำการรวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ขนาดครอบครัว อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาในการอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน

2) ปัจจัยโครงสร้าง ของช่องทางในการเข้ามีส่วนร่วม แม้ว่าประชาชนในชุมชนจำนวนมากจะเห็นประโยชน์ของการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนา แต่ก็ไม่อาจจะเข้าร่วมกิจกรรมได้ เนื่องจากไม่เห็นช่องทางการเข้าร่วมหรือเข้าร่วมแล้วไม่ได้รับผลดังที่คาดไว้

3) ปัจจัยอำนาจในการส่งเสริมกิจกรรมการมีส่วนร่วม วิธีการหรือผลประโยชน์ของกิจกรรม แต่จะขึ้นอยู่กับกำหนัดและการจัดสรรโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งไม่อาจก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมที่แท้จริง

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน เริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาอุบัติใหม่อุบัติซ้ำแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ศึกษานำร่อง สภาพการณ์ โดยวิเคราะห์บริบทชุมชน บทบาทภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ปัญหาการป้องกันควบคุมอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การมีส่วนร่วมป้องกันควบคุมอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ แล้วสังเคราะห์ระบบหรือรูปแบบอุบัติใหม่อุบัติซ้ำแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ โดยความร่วมมือของชุมชนองค์กร หน่วยงานส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อนำไปสู่การถอดบทเรียนสภาพการณ์ บริบทชุมชน ปัญหาการป้องกันควบคุมอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน เสริมสร้างบทบาทของหน่วยงาน การกำหนดแนวทาง มาตรการในการป้องกันควบคุมอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน การมีส่วนร่วมในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กรอบการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน
ที่มา: Sornkaew, W. (2020)

การศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ ได้นำความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินการ การร่วมรับผลประโยชน์ และการประเมินผล อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการขับเคลื่อนงานด้านต่างๆ ภายในอำเภอช้างกลาง แต่ยังไม่ได้ครอบคลุมในส่วนของการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำจึงทำให้การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ยังขาดความมั่นคงและยั่งยืน เนื่องจากการมีส่วนร่วมของชุมชนนับว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาในทุกๆระดับ กระบวนการมีส่วนร่วมก่อให้เกิดพลังของทุกฝ่ายในการร่วมคิด ร่วมกันทำ และร่วมกันรับผิดชอบต่อผลตอบแทนจากการที่ได้ทำงานร่วมกัน จากการศึกษาข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

โดยสรุป เพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จในการดำเนินโครงการต่าง ๆ การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นเรื่องที่ต้องสร้างให้เกิด แต่สิ่งที่สำคัญคือ สร้างอย่างไร แล้วให้มีผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับทราบ และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสูงสุด จะสร้างอย่างไรให้ประชาชนเกิดความรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของในการดำเนินงาน ที่ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริงจากแนวคิดของคนทุกคน แนวทางที่เหมาะสมคือ การเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าร่วมในทุกขั้นตอน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์และกิจกรรม ถือเป็นหัวใจสำคัญที่จะดึงให้กลุ่มเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และความเต็มใจในการควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

2.4 การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)

2.4.1 ความปกติวิถีใหม่

ความปกติวิถีใหม่ (New normal) ในสังคมในยุค COVID-19 ส่งผลให้วิถีชีวิตของผู้คนในโลกเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เกิดรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบใหม่ที่แตกต่างไป ที่เรียกว่า New normal นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมาย ไว้ดังนี้

ความปกติใหม่ หรือฐานวิถีชีวิตใหม่ หมายถึง รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต เนื่องมาจากมีบางสิ่งมา กระทบ ทำให้แบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ ภายใต้แนวปฏิบัติ ใหม่ที่ไม่คุ้นเคย รูปแบบวิถีชีวิตใหม่นี้ประกอบด้วยวิถีคิด วิถีเรียนรู้ วิธีสื่อสาร วิถีปฏิบัติและการจัดการ การใช้ชีวิตแบบใหม่เกิดขึ้นหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ ปัจจุบันมากกว่าจะอ้างรักษาวินัยดั้งเดิมหรือหวนถึงอดีต (กรมควบคุมโรค, 2564)

การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) คำว่า “New Normal” ราชบัณฑิตยสภา ได้บัญญัติศัพท์ New Normal แปลว่า ความปกติใหม่ ฐานวิถีชีวิตใหม่ หมายถึง รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องมาจากมีบางสิ่งมากระทบ จนแบบ แผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ต้อง เปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2564)

New Normal หรือ ความปกติใหม่ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้คนในการใช้ชีวิตประจำวันและการขับเคลื่อนทางเทคโนโลยีโดยเฉพาะออนไลน์ ในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ในขณะที่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ได้เริ่มแพร่ระบาดไปทั่วโลก ผู้คนจำนวนหนึ่งได้รับผลกระทบจากโรคระบาดนี้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความเจ็บป่วย การงาน หรือรายได้ ซึ่งมีท่าที อาจส่งผลกระทบอีกยาวนานไปจนถึงสิ้นปีซึ่งทุกคนต่างก็ต้องการให้ประเทศของตนเองฟื้นตัวได้เร็ว ที่สุดการระบาดนี้ไม่เพียงแต่จะสร้างผลกระทบเชิงการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบ ในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง จนหลายประเทศเริ่มตระหนักและหาทางปรับตัว ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้น อย่างฉับพลันนี้ ไม่ใช่การแทนที่ แต่เป็นแนวโน้มของการเกิดชีวิตวิถีใหม่ ซึ่งส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงในทุกมิติไปทั่วโลก ชีวิตที่ถูกจำกัดให้อยู่ในพื้นที่ส่วนตัวอย่างสันโดษ ส่งผลให้ความสัมพันธ์เชิงสังคม ถูกบีบให้ อยู่บนโลกออนไลน์จนแทบเต็มรูปแบบ ส่งผลให้เกิดกลุ่มคนที่ปรับตัวไปสู่ชีวิตวิถีใหม่ ในแง่ของการเข้า ไปอยู่ในโลกออนไลน์บนทุกมิติของการใช้ชีวิต จึงทำให้มีการคาดการณ์ ความคิดและพฤติกรรมใน ชีวิตประจำวันของชีวิตวิถีใหม่หลังหมดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2564)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ นักเศรษฐศาสตร์ได้ทำการวิเคราะห์ถึงผลกระทบของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีผลกระทบต่อระบบ เศรษฐกิจ จากปัญหาการขาดแคลนแรงงานและวัตถุดิบ ดังเช่นประเทศจีนที่เป็นผู้ผลิตและกระจายสินค้าที่ใหญ่ที่สุดระดับโลก ที่ต้องชะงักลงจากมาตรการควบคุมโรคในโรงงาน รวมถึงด้านการขนส่งและการท่องเที่ยว ที่ต้องหยุดดำเนินการด้วยเช่นกัน การขยายตัวทางเศรษฐกิจจึงมีแนวโน้มต่ำลง การที่จีนฟื้นฟูเศรษฐกิจให้ กลับมาดังเดิมได้นั้นขึ้นอยู่กับมาตรการของแต่ละประเทศ ที่อาจมองเห็นวิกฤตเป็นโอกาส เช่น แสวงหาความร่วมมือระหว่างรัฐบาลและเอกชน ดำเนินมาตรการเศรษฐกิจการเงินในรูปแบบใหม่ และการหาโอกาสใหม่ ช่องทางใหม่ ในภาคธุรกิจ เป็นต้น ผลกระทบด้านระบบการศึกษา นับว่ายังเป็นเรื่องดี ที่ในช่วงของการระบาดเป็นช่วงระยะเวลาของการปิดภาคการศึกษา หรือ อยู่ในช่วงใกล้จบภาคการศึกษาของสถาบันการศึกษาโดยมีโรงเรียนในต่างประเทศมากกว่า 190 ประเทศ ต้องปิดการเรียนการสอนส่งผลกระทบต่อเด็กนักเรียนมากกว่า 1,500 ล้านคนทั่วโลก (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2564)

2.4.2 แนวทางชีวิตวิถีใหม่ของคนไทย

1) การใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต เทคโนโลยีควบคู่กับอินเทอร์เน็ตจะเข้ามามีบทบาทกับการใช้ชีวิตมากขึ้น ที่จากเดิมมีมากอยู่แล้ว แต่ในสังคมยุคชีวิตวิถีใหม่ สิ่งเหล่านี้จะเข้าไปอยู่ในแทบทุกจังหวะชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการเรียนออนไลน์ การทำงานที่บ้าน การประชุมออนไลน์ การซื้อ สินค้าออนไลน์ การทำธุรกรรม และการเอ็นเตอร์เทนชีวิตรูปแบบต่าง ๆ อย่างดูหนัง ฟังเพลง (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2565)

2) การเว้นระยะห่างทางสังคม ผู้คนในสังคมจะเห็นความสำคัญของการเว้นระยะห่าง ที่เป็นแนวทางการใช้ชีวิตช่วงวิกฤติโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 และจะดำเนินชีวิตต่อไป โดยรักษา ระยะห่างทางกายภาพเพิ่มขึ้น และใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนช่วยในการสื่อสารและการใช้ชีวิต ลดการปฏิสัมพันธ์ การไปในสถานที่สาธารณะ และเน้นการทำกิจกรรมที่บ้านมากขึ้น (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2565)

3) การดูแลใส่ใจสุขภาพทั้งตัวเองและคนรอบข้าง โดยเกิดความคุ้นชินจากช่วงวิกฤติโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ต้องดูแลด้านสุขภาพและความสะอาดเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ ดังนั้นพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ และการล้างมืออย่างถูกวิธี และหมั่นสังเกตตัวเอง เมื่อ ไม่สบายยังคงมีต่อไป รวมถึงการหันมาใส่ใจสุขภาพ การออกกำลังกาย และการทำประกันสุขภาพจะมี แนวโน้มมากขึ้น (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2565)

4) การสร้างสมดุลชีวิต การมีโอกาสดำเนินงานที่บ้าน ลดจำนวนวันการเข้าออฟฟิศ หรือ การลดการปะทะผู้คนในสังคม แล้วหันมาใช้ชีวิต และทำงานที่บ้าน ทำให้ผู้คนมองเห็นแนวทางที่จะสร้างสมดุลชีวิตระหว่างอยู่บ้านมากขึ้น และจะเป็นแนวทางในการปรับสมดุลชีวิตระหว่างเวลาส่วนตัว การงาน และสังคมให้สมดุลมากยิ่งขึ้น ชีวิตวิถีใหม่ เป็นแนวทางที่หลาย ๆ คนจะต้องปรับเปลี่ยนชุด

พฤติกรรมในช่วงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ออกมาระบาดแล้วเปลี่ยนชีวิตไปอีกนาน ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตไปพร้อมกันทั่วโลก จากที่เคยออกจากบ้านเพื่อไปทำงาน ไปโรงเรียน ต้องหันมาทำทุกอย่างที่บ้าน หากมีความจำเป็นต้องออกจากบ้านไปซื้อปื้ง หรือแม้กระทั่งไปพบแพทย์ ต้องใส่หน้ากากเพื่อป้องกันโรค ต้องเว้นระยะห่างสำหรับบุคคล ล้างมือบ่อย ๆ นาน 20 วินาที เช็ดมือด้วยแอลกอฮอล์ รวมถึงการปรับเปลี่ยนทางด้านธุรกิจ และบริการต่างๆ ให้ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน จึงต้องปรับเปลี่ยนไปสู่การ เปิดระบบลงทะเบียนออนไลน์ การใช้ระบบซื้อขาย และบริการทางออนไลน์ สิ่งนี้เกิดเป็นวิถีชีวิตใหม่ใน การดำรงชีวิต ซึ่งเมื่อเราจำต้องปฏิบัติกันเป็นปกติต่อเนื่องในระยะเวลาหนึ่งจนเกิดเป็นความพอใจ สุดท้ายกลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ในสังคม (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2565)

2.4.3 วิถีชีวิตใหม่ (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2565)

- 1) สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยก่อนออกจากบ้าน เพื่อป้องกันตัวเอง และห่างไกลผู้อื่น
- 2) ทำงานออนไลน์ Work from Home หน่วยงานหรือบริษัทต่าง ๆ เริ่มมีนโยบายให้พนักงานทำงานที่บ้านในช่วงที่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบาดอยู่ เพื่อลดความแออัด
- 3) เรียนออนไลน์ โรงเรียนที่จัดการเรียนการสอนออนไลน์ได้ ก็เริ่มวางแผนตารางเรียนออนไลน์ให้เด็ก ๆ ได้เรียนรู้ผ่านโปรแกรมต่าง ๆ เช่น Google Meet, Zoom, Microsoft Team พูดคุย สนทนากับคุณครูด้วยการใช้นวัตกรรมมาเป็นตัวช่วย
- 4) อาคารสถานที่ตั้งจุดคัดกรอง เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นสังเกตเบื้องต้นได้ด้วยการวัดไข้ จึงจำเป็นต้องมีจุดคัดกรองก่อนเข้าอาคารตามแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข ผู้ติดต่อราชการ ห้าง ร้าน จะต้องผ่านการวัดอุณหภูมิและผู้ผ่านการ คัดกรองแล้วจะได้รับเครื่องหมาย ติดที่เสื้อ และขอความร่วมมือให้ลงชื่อก่อนเข้าใช้บริการ
- 5) ร้านอาหารนั่งแยกโต๊ะ และช็อกกลับมากขึ้น เห็นได้ว่ายอดสั่งอาหารแบบนั่งรับประทานที่ร้านและช็อกกลับเท่า ๆ กัน จนร้านค้าต่าง ๆ ต้องจัดที่นั่งให้บริการพนักงาน Food Delivery และลูกค้าที่ยินรออาหารแบบส่งกลับบ้านกันมากขึ้น เพราะลูกค้าส่วนหนึ่งคำนึงถึงสุขอนามัย กันมากขึ้น และการจัดโต๊ะที่นั่งในร้าน สามารถรับประทานได้โต๊ะละ 1-2 คน วางโต๊ะห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร เพราะเว้นระยะห่าง หรือมีบริการ Drive Thru ให้อร่อยสั่งได้โดยลูกค้าไม่ต้องลงจากรถ
- 6) การใช้ธุรกรรมออนไลน์มากขึ้นรับเงิน โอนเงิน จ่ายเงิน ผ่านช่องทาง แอปพลิเคชัน เป็นอีกช่องทางที่นิยมกันมากขึ้น เนื่องจากประชาชนต้องการเช็ยกยอดเงินที่ได้รับจากมาตรการช่วยเหลือ จึงต้องเปิดบัญชีเพื่อใช้งาน Mobile Application รวมถึงการชำระสินค้าบริการ เพื่อลดระยะเวลาเดินทางไปใช้บริการกับธนาคารที่สาขา

7) เว้นระยะในการเดินทางสาธารณะ เพราะต้องร่วมเดินทางกันเป็นเวลานานทั้ง รถไฟฟ้าและรถโดยสารประจำทางต้องทำป้ายเพื่อให้ผู้โดยสารนั่งเว้นระยะ เนื่องจากโควิด-19 เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ จึงป้องกันการสัมผัสอนุภาคละอองจากการหายใจ ไอ จาม เบื้องต้นด้วยป้ายกำกับเหล่านี้

8) ใช้บริการส่งของถึงบ้าน ประชาชนหันมาใช้บริการสั่งของส่งถึงบ้าน ทั้ง ของใช้ อาหาร และยารักษาโรคประจำตัว เพื่อลดการเดินทางไปยังสถานที่แออัด เช่นตลาดที่มีคนเยอะหนาแน่น โรงพยาบาล

รูปแบบชีวิตวิถีใหม่ ประกอบด้วย วิธีคิด วิธีเรียนรู้ วิธีสื่อสาร วิธีปฏิบัติและ การจัดการ การใช้ชีวิตแบบใหม่เกิดขึ้นหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบันมากกว่าจะดำรงรักษาวิถีดั้งเดิมหรือวนหาถึงอดีต ซึ่งสิ่งที่จะเกิดขึ้นนั้นล้วนเป็นสิ่งใหม่ที่เรารู้ ต้องปรับตัว ไม่อาจคาดคะเนได้ว่าจะมีสิ่งใดที่จะเปลี่ยนแปลงไปบ้างหรือมีอะไรจะเกิดขึ้นได้บ้าง (บดีนทร์ ชატะเวที, 2563)

1) หน้ากากอนามัย และแอลกอฮอล์เจล เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยในการป้องกันตัวเอง เป็นที่ต้องการและ ผู้คนมีการใช้กันมากขึ้นจนเป็นเรื่องปกติ เพราะเป็นวิธีการป้องกันตัวจากความเสี่ยงจากการติดเชื้อโรค และการ แพร่กระจายเชื้อโรคไปยังบุคคลอื่น

2) Social distancing ต่อไป ทั้งในแง่ของร่างกาย และจิตใจด้วย ความเชื่อใจกันที่เคยแสดง ออกมาผ่าน Human Touch จะน้อยลง

3) ผู้คนเริ่มหันมาให้ความสำคัญกับรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ปลอดภัย และมีความ สะอาด โดยเน้นอาหารที่มาจากรธรรมชาติ หรือ ออร์แกนิก มากขึ้น

4) ผู้คนนิยมการออกกำลังกายมากขึ้น หันมาดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ใส่ใจตนเอง และรักตัวเอง มากขึ้น

5) ลดการพะปะผู้คนในสังคม ใช้ชีวิต และทำงานที่บ้าน มีเวลาอยู่กับครอบครัวมากขึ้น ทำให้ ผู้คนมองเห็นแนวทางที่จะสร้างสมดุลชีวิตระหว่างอยู่บ้านมากขึ้น และจะเป็นแนวทางในการปรับสมดุลชีวิต ระหว่างเวลาส่วนตัว การงาน และสังคมให้สมดุลมากยิ่งขึ้น

6) หลีกเลี่ยงการสัมผัสกันโดยไม่จำเป็น วัฒนธรรมในการทักทายของผู้คน โดยเฉพาะหลาย ๆ ชาติใน ตะวันตกที่เคยจับมือ สัมผัสตัวกัน จะเปลี่ยนแปลงไป

7) ดิจิทัลกลายเป็นความสำคัญหลักในการดำรงชีวิต ของคนทุกรุ่น ทุกวัย สามารถใช้งานดิจิทัลได้อย่างคุ้นเคย

8) เทคโนโลยีจะกลายเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน ทั้งการ work from home การสั่งอาหาร food delivery การ shopping online หรือ การเรียนออนไลน์ เป็นต้น

9) เงินกระดาษ หรือ เหรียญที่หมุนเวียนอยู่ในระบบจะถูกใช้น้อยลงเรื่อย ๆ จนกลายเป็น สังกมไร้เงินสด

10) มีการแบ่งฝักแบ่งฝ่าย มีการเลือกปฏิบัติมากขึ้น ด้วยเหตุผลทางด้านความปลอดภัย หรือการคำนึงถึงสุขอนามัย

11) ระบบสาธารณสุขมีแพลตฟอร์มด้านสุขภาพเป็นบริการพื้นฐาน และการป้องกันความเจ็บป่วยมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น

สรุปการศึกษาคั้งนี้ ความปกติวิถีใหม่ หรือ New normal ก็คือความปกติใหม่ที่มนุษย์เรียนรู้ที่จะนำมาใช้เพื่อปรับตัวให้อยู่รอดได้ในสภาพแวดล้อม นั้น ๆ และเมื่อไหร่ก็ตามที่สภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปหรือมีเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นที่ส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของมนุษย์ มนุษย์ก็มีการปรับตัวใหม่อีกครั้งเพื่อความอยู่รอด ซึ่งนำไปสู่การสรรค์สร้าง สิ่งประดิษฐ์ใหม่ เทคโนโลยีใหม่ มีการปรับแนวคิดใหม่ ตลอดจนพฤติกรรมที่เคยทำมาเป็นกิจวัตร ความคุ้นเคยอันเป็นปกติมาแต่เดิมในหลายมิติ ทั้งในด้านอาหาร การแต่งกาย การรักษาสุขอนามัย การศึกษาเล่าเรียน การสื่อสารการทำธุรกิจ เป็นต้น ซึ่งสิ่งใหม่เหล่านี้ได้กลายเป็นความปกติใหม่ จนในที่สุดเมื่อเวลาผ่านไปก็ทำให้เกิดความคุ้นชินกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตปกติของคนในสังคม จากการศึกษาข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยนำหลักแนวคิดความปกติวิถีใหม่ มาประยุกต์ใช้ออกแบบ กิจกรรมในขั้นตอนการพัฒนาแบบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ

2.5.1 ความหมายของรูปแบบ

ความหมายของรูปแบบได้มีนักวิชาการได้ให้ไว้ ดังนี้

รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่แสดงโครงสร้างและความสัมพันธ์ของปัจจัยหรือตัวแปรหรือองค์ประกอบของ สิ่งที่ศึกษา หรืออธิบายคุณลักษณะสำคัญของปรากฏการณ์ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เพื่อให้เข้าใจง่าย มองเห็นเป็นรูปธรรม ไม่มีองค์ประกอบตายตัวหรือให้รายละเอียดทุกแง่มุม โดยผ่านกระบวนการ ทดสอบอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความแม่นยำและเชื่อถือได้ แล้วนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง (พิสิฐ เทพไกรวัล, 2554)

รูปแบบ หมายถึง กรอบความคิด ทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่าง ๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ (วาโร เพ็งสวัสดิ์, 2553)

รูปแบบ ความหมาย หมายถึง แผนภาพ หรือภาพร่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ยังไม่สมบูรณ์เหมือนของจริง รูปแบบ หรือ โมเดล เช่น โมเดลบ้าน โมเดลรถยนต์โมเดลเสื้อผ้า รูปแบบ คือ แบบแผน ความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือสมการทางคณิตศาสตร์ รูปแบบเป็นแผนภาพที่แสดงถึงองค์ประกอบการทำงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง รูปแบบในความหมาย บางทีเรียกว่า ภาพย่อส่วนของทฤษฎีหรือแนวคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตัวอย่างเช่น รูปแบบการสอน รูปแบบการบริหาร รูปแบบการประเมิน เป็นต้น (รัตนะ บัวสนธิ์, 2552)

สรุปได้ว่า ในการศึกษาี้ รูปแบบ หมายถึงกรอบความคิดแบบมีโครงสร้างใช้เป็นเครื่องมือในการค้นหาคำตอบความรู้ความเข้าใจในปรากฏการณ์ต่าง ๆ ภายใต้หลักการอย่างมีระบบ กรอบความคิดที่แสดงถึงโครงสร้างและความสัมพันธ์ของปัจจัยหรือตัวแปร หรือองค์ประกอบของสิ่งที่ศึกษาหรืออธิบายคุณลักษณะสำคัญของปรากฏการณ์ภายใต้หลักการวิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่าง ๆ ของระบบที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ จากความหมายที่กล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า รูปแบบ คือ กรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการ ดำเนินงาน และเกณฑ์ต่างๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้หลายประการ รูปแบบ เป็นแบบย่อส่วนของจริง หรือแบบจำลองที่ใช้เป็นตัวแทนของความเป็จริง

2.5.2 ประเภทของรูปแบบ

รูปแบบออกเป็น 2 ประเภท (Steiner, 1988) ได้แก่

รูปแบบเชิงมโนทัศน์ (Conceptual Model) ซึ่งเป็นรูปแบบเชิงความคิดของสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยจำลองมาจากทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว หรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นเพื่อใช้อธิบายทฤษฎี ซึ่งเป็นแบบจำลองที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดที่มีทฤษฎีเป็นพื้นฐาน เพื่อช่วยให้เกิดรูปแบบที่มีโครงสร้างต่างๆ ที่สัมพันธ์กัน

1. รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue Model) เป็นแบบจำลองเชิงกายภาพส่วนใหญ่ใช้ในด้านวิทยาศาสตร์ เช่น แบบจำลองโครงสร้างอะตอม สร้างขึ้นโดยใช้หลักการเปรียบเทียบโครงสร้าง ของแบบจำลองให้สอดคล้องกับลักษณะที่คล้ายกันทางกายภาพสอดคล้องกับข้อมูลและความรู้ที่มีอยู่ในขณะนั้น แบบจำลองที่สร้างขึ้นต้องมีองค์ประกอบชัดเจน สามารถนำไปทดสอบด้วยข้อมูลเชิง ประจักษ์ได้ และสามารถนำไปใช้หาข้อสรุปของปรากฏการณ์ได้อย่างกว้างขวาง

2. รูปแบบเชิงอธิบาย (Semantic Model) เป็นแบบจำลองที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยาย หรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา ด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นแนวคิด โครงสร้างองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ เช่น แบบจำลองการเรียนรู้ เป็นต้น

3. รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) เป็นแบบจำลองที่แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ โดยใช้สัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ เดิมแบบจำลองนี้ใช้กับศาสตร์ทางด้านวิทยาศาสตร์ แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มในการนำไปใช้ด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ เพิ่มขึ้นรวมทั้งการศึกษาด้วย โดยเฉพาะในการวัดผลการศึกษา แบบจำลองแบบนี้สามารถอธิบาย ความสัมพันธ์ และสร้างเป็นทฤษฎี เพราะสามารถทดสอบสมมติฐานได้ มักพัฒนามาจากแบบจำลองเชิงอธิบาย

4. รูปแบบเชิงเหตุผล (Causal Model) เป็นแบบจำลองที่พัฒนามาจากแบบจำลองเชิงอธิบาย โดยการนำเอาเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง มาใช้ปัจจุบันมีการนำแบบจำลองนี้ มาใช้ในการวิจัยทางการศึกษามากขึ้น แบบจำลองแบบนี้จะเป็นการนำเอาตัวแปรมาเขียนเป็นสัญลักษณ์ หรือคำย่อ แล้วใช้เส้นตรงและลูกศรแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรในเชิงเหตุและผล

สรุป รูปแบบมีหลายประเภททั้งในเชิงกายภาพที่เป็นรูปธรรมและ เชิงแนวคิด ที่เป็นนามธรรม สำหรับรูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์ ได้แบ่งออกเป็น รูปแบบที่ใช้การอุปมาอุปไมยเทียบเคียงปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจ ในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม รูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบาย ปรากฏการณ์ที่ศึกษา ด้วยภาษา แผนภูมิ รูปภาพ รูปแบบที่ใช้สมการทางคณิตศาสตร์ เป็นสื่อในการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ และรูปแบบที่นำเอาตัวแปรต่าง ๆ มาสัมพันธ์กันเชิงเหตุและผลที่เกิดขึ้น เป็นต้น

2.5.3 การพัฒนารูปแบบ

คีฟส์ (Keeves, 1988 อ้างถึงใน พิสิฐ เทพไกรวัล, 2554)

หลักการสร้างรูปแบบ มี 4 ประการ ได้แก่

1) รูปแบบควรประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์ อย่างมีโครงสร้างมากกว่า ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงแบบธรรมดา อย่างไรก็ตามความเชื่อมโยงเชิงเส้นตรงแบบธรรมดาประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาในช่วงต้นของการพัฒนารูปแบบ

2) รูปแบบควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบได้ สามารถตรวจสอบได้ด้วยการสังเกตและหาข้อสนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้

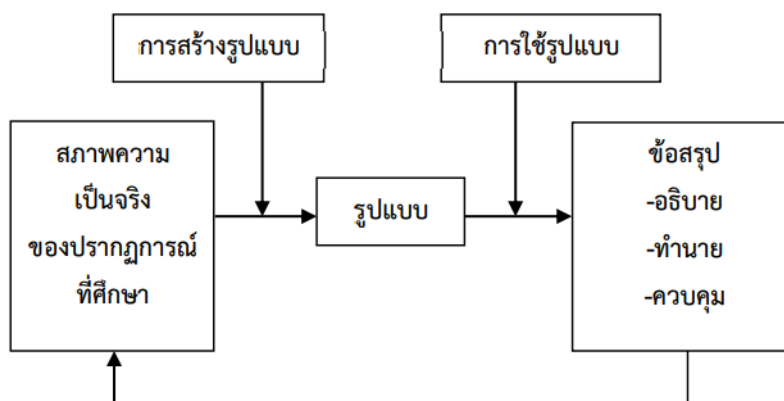
3) รูปแบบควรระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษา นอกจากรูปแบบจะเป็นเครื่องมือ ในการพยากรณ์ได้แล้วรูปแบบควรใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ได้ด้วย

4) รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างมโนทัศน์ใหม่และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่ การพัฒนารูปแบบนี้ อาจมีขั้นตอนในการดำเนินงานที่แตกต่างกันไป

การพัฒนารูปแบบ หมายถึง การทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง การกระทำ หรือการดำเนินการ อย่างใดอย่างหนึ่งให้ดีขึ้น ให้มีคุณภาพมากขึ้นโดยผ่านกระบวนการวิธีการและเทคนิคที่เป็นระบบและ

ต่อเนื่งที่มีผลทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ทำให้ผลหรือผลผลิตมีคุณภาพเป็นที่น่าพึงพอใจมากขึ้น (ประจวบ หนูเลี้ยง และคณะ, 2558)

ผู้วิจัยอาจปรับปรุงรูปแบบใหม่ โดยตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่าไม่มีอิทธิพล หรือมีความสำคัญน้อย ออกจากรูปแบบของตน ซึ่งจะช่วยให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมยิ่งขึ้น (Keefe, 1994) การสร้างโมเดล ขั้นตอนในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 การศึกษาปรากฏการณ์โดยวิธีการสร้างรูปแบบ

2.5.6 การตรวจสอบรูปแบบ

การตรวจสอบรูปแบบ การตรวจสอบรูปแบบด้วยการประเมินคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด การประเมินที่ หลักการประเมินเพื่อเป็นบรรทัดฐานของกิจกรรมการตรวจสอบ รูปแบบประกอบด้วยมาตรฐานคุณภาพรูปแบบการบริหาร 4 ด้าน (สุวิมล ว่องวานิช, 2549) ดังนี้

1) ความถูกต้อง (Accuracy) คือ คุณลักษณะที่บ่งชี้ภาพรวมและทุกองค์ประกอบของการพัฒนารูปแบบการบริหาร เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือ และได้สาระครอบคลุมครบถ้วนตาม ความต้องการอย่างแท้จริง

2) ความเหมาะสม (Propriety) คือ ลักษณะที่บ่งชี้ภาพรวมทุกองค์ประกอบของการพัฒนารูปแบบการบริหาร มีความเหมาะสมและและคำนึงถึงผู้เกี่ยวข้องในการประเมินและผู้ได้รับผลกระทบจากการประเมิน

3) ความเป็นไปได้ (Feasibility) คือ คุณลักษณะที่บ่งชี้ภาพรวมและทุกองค์ประกอบของการพัฒนารูปแบบการบริหาร มีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และก่อให้เกิดประสิทธิภาพ

4) ความเป็นประโยชน์ (Utility) คือ คุณลักษณะที่บอถึงภาพรวมและทุกองค์ประกอบของการพัฒนารูปแบบการบริหาร เป็นการประเมินการสนองต่อความต้องการของ ผู้ใช้

รูปแบบ สามารถนำไปใช้ในการบริหารให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายและเผยแพร่ต่อสาธารณชนต่อไปได้

โดยสรุป การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 กระบวนการพัฒนารูปแบบ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบทบาทหน้าที่ ศึกษาเอกสาร ทบทวนวรรณกรรม 2) การพัฒนาเครื่องมือ 3) การรวบรวมข้อมูล และ 4) การวิเคราะห์ผล ระยะที่ 2 การพัฒนาร่างรูปแบบ และ ระยะที่ 3 การตรวจสอบรูปแบบ ผู้วิจัยเลือกใช้การตรวจสอบรูปแบบโดยระบุให้เห็นชัดว่าการตรวจสอบ 4 ด้าน ได้แก่ ความถูกต้อง (Accuracy) ความเหมาะสม (Propriety) ความเป็นไปได้ (Feasibility) และความเป็นประโยชน์ (Utility) โดยการทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่วิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบอภិบาลสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.6.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ความหมายของวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นได้มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างๆ กัน ดังนี้

กิตติพร ปัญญาภิบาล (2551) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การศึกษาค้นคว้าอย่างมีระบบถึงการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานเอง เพื่อเข้าใจดีขึ้น หรือแก้ปัญหาเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ซึ่งได้จากการรวบรวมการร่วมมือ การสะท้อนตนเอง และการใช้วิจารณ์ประกอบภายใต้กรอบจรรยาบรรณที่ยอมรับกัน

สมนึก ปฏิพานัน (2555) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่มุ่งจะนำหลักการของวิชาการทางวิทยาศาสตร์ มาใช้เพื่อแก้ปัญหา ในสภาพการณ์เฉพาะ เน้นการวิจัยที่ง่ายไม่สลับซับซ้อน และนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานจริงๆ

กาญจนา วัฒนา (2551) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือการวิจัยประยุกต์แบบหนึ่งเป็นการวิจัยที่สะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองเป็นวงจบบทต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด โดยเริ่มที่ขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนกลับ เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (2552) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือการวิจัยที่ใช้กระบวนการศึกษาในลักษณะกลุ่มรวมกันทำงานและตัดสินใจ อย่างมีพันธะต่อกัน เพื่อมุ่งมัยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และใช้การปฏิบัติ 3 ขั้นตอน คือการวางแผน การปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

Kemmis and McTaggart (1988) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นระเบียบสำหรับเรียนรู้จากประสบการณ์ เป็นวิธีสร้างและจัดการความรู้ในลักษณะของการสอบถาม (Inquiry) ประกอบด้วยเส้นเวียนก้นหอย (Spiral) ของกิจกรรมตั้งแต่ตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการประเมินสะท้อนกลับ (Reflecting) โดยมีการกระทำซ้ำกิจกรรมในเส้นเวียนก้นหอยทั้งหมด จนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ ของการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่นั้น

Johnson and Kelly (1999; อ้างใน สุวิมล ว่องวานิช, 2553) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ และตีความหมายโยมีแผนงานกำหนดและแลกเปลี่ยนผลกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการต้องตอบคำถาม 5 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) คำถามที่ต้องการศึกษาคืออะไร 2) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องมีอะไรบ้าง 3) ข้อมูลที่ต้องจัดเก็บคืออะไร 4) จะวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร 5) จะแปลความหมายนั้นว่าอย่างไร การตอบคำถามเหล่านี้ต้องใช้เวลาวางแผน และในทุกขั้นตอนต้องอภิปรายกับเพื่อนร่วมงาน

Zuber (1996 อ้างใน สุวิมล ว่องวานิช, 2553) กล่าวว่า การวิจัยปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนการทำงานเป็นวงจรต่อเนื่อง 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนกลยุทธ์ 2) การปฏิบัติ (การนำไปใช้) 3) การสังเกต (โดยมีการประเมินผลตนเอง) และ 4) การสะท้อนผลเชิงวิพากษ์จากตนเองและเพื่อนร่วมงานในผลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1-3 จากนั้นมีการทำงานในวงจรรอบที่ 2 โดยมีการปรับแผนการทำงาน แล้วนำไปปฏิบัติ ทำการสังเกตผลที่เกิดขึ้นและสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงต่อไป

Dick (2000 อ้างใน สุวิมล ว่องวานิช, 2553) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยวิธีวิทยาการ การวิจัยที่ทำให้เกิดผลของการปฏิบัติและผลของการวิจัยในเวลาเดียวกัน โดยมีขั้นตอนการวิจัยที่เป็นวงจรต่อเนื่อง ประกอบด้วยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการ ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้อความที่เป็นภาษามากกว่าตัวเลข นอกจากนี้ ยังที่การสะท้อนผลซึ่งครอบคลุมทั้งส่วนที่เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นกระบวนการที่มีความยืดหยุ่น ตอบสนองความต้องการจำเป็นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ทั้งนี้ Dick มีความเห็นว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มีการสร้างสมมติฐานการวิจัยจากข้อมูลที่รวบรวมไว้ได้ระหว่างการทำวิจัยและสามารถใช้กระบวนดังกล่าว เป็นเครื่องมือสำหรับการวิจัยนำร่อง การนำไปใช้เป็นเครื่องมือวินิจฉัยจุดบกพร่องต่างๆ หรือใช้เพื่อการประเมินผล อย่างไรก็ตาม Dick เห็นว่าการมีส่วนร่วมไม่จำเป็นต้องมีลอกการวิจัย อาจให้ผู้อื่นมีส่วนร่วมแต่ผู้ให้ข้อมูลลักษณะสำคัญ

โดยสรุป จากการศึกษาแนวคิดของนักวิชาการทั้งประเทศและต่างประเทศที่มีความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การศึกษา ค้นคว้า รวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และตีความหมายอย่างเป็นระบบ และยืดหยุ่น เพื่อตอบสนองความ

ต้องการ จำเป็นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะ ถึงการปฏิบัติงาน เพื่อเข้าใจดีขึ้น หรือแก้ปัญหาเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ ของผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนการทำงานเป็นวงจรแบบต่อเนื่อง 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผนกลยุทธ์ (2) การปฏิบัติ นำแผนไปปฏิบัติ (3) การสังเกต โดยมีการประเมินตนเอง และ (4) การสะท้อนผลเชิงวิพากษ์จากตนเองและเพื่อนร่วมงาน ผลที่ได้นำไปปรับแผนเข้าสู่วงจรใหม่จนกว่าจะได้ข้อสรุปที่แก้ไขปัญหาได้จริง หรือพัฒนาสภาพการณ์ของสิ่งที่ศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายในกรอบจริยธรรมที่ยอมรับกัน

2.6.2 ต้นกำเนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Kurt Lewin (1934) เป็นผู้ใช้คำว่า “Action Research” เป็นครั้งแรก และในต้นปี 1940 หลังจากที่ Lewin ได้ประสบการณ์จากการลงมือทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแล้ว เขาให้ข้อคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่มีความน่าเชื่อถือได้ในการพัฒนาความสามารถของการสะท้อนความคิด การอภิปรายการตัดสินใจ และการลงมือทำเพื่อให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2551)

2.6.3 ทฤษฎีพื้นฐานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Mills (2003 อ้างถึงใน กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2551) ได้กล่าวถึงทฤษฎีและปรัชญาที่เป็นฐานสำคัญของการปฏิบัติของนักวิจัย มีความแตกต่างหลากหลายขึ้นกับรากเหง้าทางประวัติศาสตร์ของนักวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งจัดเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ใช้ทฤษฎีเป็นฐาน (Critical or Theory-Based) และประเภทที่ใช้การปฏิบัติการเป็นฐาน (Practical Based) นั่นคือ Mills จัดว่าวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ซ้าการวิพากษ์เป็นฐาน (Critical Action Research) และวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ปลดปล่อยอิสระจากการครอบงำของกรอบ (Emancipatory Action Research) โดยประเภทที่ 1 และประเภทที่ 3 ดังที่กล่าวข้างต้นเป็นกลุ่มประเภทเดียวกัน เพราะเป้าหมายหลักเหมือนกัน คือมีการรวบรวมความรู้ที่ไม่ติดยึดกับกฎเกณฑ์หรือกรอบแบบเดิม หลักการเหตุผลสำหรับ Critical Action Research ใช้ทฤษฎีเป็นฐานสำคัญในทางสังคมศาสตร์และทางมนุษยศาสตร์ รวมถึงทฤษฎียุคหลังสมัยใหม่ (Theories of Postmodernism) หรือ Technical Action Research)

ทฤษฎีเชิงวิพากษ์ (Critical Theory) ในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือ Technical Action Research ทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ต่างมีวัตถุประสงค์ที่เป็นพื้นฐานร่วมคล้ายๆ กัน (Kemmis, 1988 อ้างถึงใน กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2551) คือ (1) ความสนใจร่วมกันในกระบวนการของการนำไปสู่การรู้แจ้ง (2) ความสนใจร่วมกันในการทำให้แต่ละคนอิสระเสรีจากการสั่งการหรืออบการตามแบบเดิมๆ และ (3) ความเต็มใจผูกมัดตัวเองเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการทางประชาธิปไตยเพื่อการปฏิรูป นอกจากนี้รากเหง้าในทฤษฎีเชิงวิพากษ์ของทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ เป็นที่มาของวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้การวิพากษ์เป็นฐาน ซึ่งมาจากทฤษฎียุคหลัง

สมัยใหม่ ที่เรียกร่องความเป็นจริง (Truth) และความเป็นปรนัย ตามวิธีการทางวิทยาศาสตร์แบบเดิม แทนที่จะเรียกร่องข้อเท็จจริง (Fact) กลุ่มยุคหลังสมัยใหม่ ให้ข้อโต้แย้งว่าความเป็นจริง มักเกี่ยวข้องกับเสมอกับสิ่งอื่นๆ เช่น เงื่อนไข สถานการณ์ และความรู้ที่ได้มักเกิดจากความเจริญงอกงามที่เป็นผลพอกพูนขึ้นจากประสบการณ์เดิม

Kemmis and McTaggart (1988) ได้เสนอแนะขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงสภาพการเรียนการสอนจริงในโรงเรียนตามวงจรการปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

จากทฤษฎีข้างต้นผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยในการจัดทำและพัฒนาหลักสูตร เนื่องจากให้ข้อค้นพบที่ได้จากกระบวนการสืบค้นที่เป็นระบบ และเชื่อถือได้ ทำให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาการเรียนรู้ด้วยหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ภายใต้กระบวนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานให้มีคุณภาพมากขึ้นไปจนกว่าจะได้ผลโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องพอใจสำหรับผู้ลงมือปฏิบัติ

1. การวางแผน (Planning)

เป็นขั้นตอนเริ่มต้นด้วยการสำรวจปัญหาที่ต้องการให้มีการแก้ไข ผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกัน วางแผนด้วยกัน สำรวจสภาพการณ์ของปัญหาว่าอย่างไร ปัญหาที่ต้องแก้ไขคืออะไร ปัญหานั้นเกี่ยวข้องกับใครบ้าง วิธีแก้ไขต้องปฏิบัติอย่างไร การแก้ไขต้องมีการแก้ไขเรื่องใดบ้าง การเปลี่ยนแปลงบางอย่างผู้บริหารต้องรับทราบการเปลี่ยนแปลงและให้การสนับสนุน ในขั้นการวางแผน จะมีการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งในการวิเคราะห์สภาพการณ์ปัญหา เพื่อเป็นแนวทางในการหาโครงสร้างของปัญหาอย่างเป็นระบบ ทบทวนแง่มุมปัญหา ถกปัญหาอย่างกว้างขวางกับผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้เห็นปัญหาอย่างชัดเจน การวางแผน รวมไปถึงการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ที่จะจัดโครงการ ศึกษาบริบทของพื้นที่ ระบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ศึกษาค้นหาความต้องการของชุมชน โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาปัญหาความต้องการของชุมชน โดยวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา กิจกรรมที่ใช้แก้ปัญหา กำหนดเป้าหมาย วางแผน ดำเนินงานร่วมกัน ปรับทัศนคติ วิธีคิด และการพัฒนาศักยภาพของบุคคล รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการเกิดโรค กำหนดพื้นที่นำร่องในการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากโครงการวิจัย พื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดในระดับชุมชนหมู่บ้านเพื่อวางแผนในการดำเนินงาน ป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนเหตุการณ์ระบาด เตรียมทีมบุคลากร ทีมระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน วางแผนออกแบบกิจกรรมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรม จัดกิจกรรมในโครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน แก้ไขปัญหาชุมชน โดยประชุมเตรียมวางแผนปฏิบัติการในงาน ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเตรียมทรัพยากรในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ พร้อมเตรียมชุมชน

ให้เข้าใจถึงการดูแลบริเวณบ้านเรือนของตนเองชี้แจงแนะนำการดำเนินงาน ภายใต้วิถีชีวิตใหม่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. อสม. ผู้นำท้องถิ่น หัวหน้าส่วนราชการ โรงเรียน จนกระทั่งได้รูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่อำเภอข้างกลาง

2. ปฏิบัติ (Action) ดำเนินการตามแผน โดยพัฒนาปรับปรุงรูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ นำแผนจากขั้นตอนการไปสู่การปฏิบัติตาม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างทีมวิจัยพี่เลี้ยงและทีมวิจัยพื้นที่ เพื่อทำความเข้าใจกรอบการวิจัย เป้าหมาย วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน แผนปฏิบัติงานวิจัย ผลผลิต ผลลัพธ์ ผลกระทบที่คาดว่าจะได้รับ ร่วมกันออกแบบรายละเอียดกิจกรรมใน ซึ่งจะต้องรวบรวมเป็นชิ้นงาน ผลผลิตของโครงการวิจัยในภาพรวม ออกแบบกิจกรรมการถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นขั้นตอนการกำหนดแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในชิ้นวางแผนมาดำเนินการ เมื่อลงมือปฏิบัติต้องใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ ประกอบด้วย โดยรับฟังจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการปฏิบัติจะเป็นข้อมูลย้อนกลับว่า แผนที่วางไว้ อย่างดีนั้น ปฏิบัติได้ดีมากน้อยเพียงใด มีอุปสรรคอย่างไรบ้างในการปฏิบัติ ดังนั้นแผนงานที่กำหนดไว้ อาจยืดหยุ่นได้ โดยผู้วิจัยต้องใช้วิจารณญาณ และการตัดสินใจที่เหมาะสม และมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่กำหนดไว้

3. สังเกตผล (Observation) สังเกตผล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผลการพัฒนารูปแบบผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยร่วมกันเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย และแบบสัมภาษณ์ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ทีมวิจัยผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่จัดระบบและกลไกการบริหารจัดการ การประสานงาน และกำกับ ติดตามกระบวนการถอดบทเรียนโดยใช้วิธีการระดมสมอง การประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยลงพื้นที่สนับสนุนและคำแนะนำทีมแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ระหว่างการดำเนินโครงการวิจัยมีขั้นตอนการควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล โดยประเมินผลก่อน ระหว่าง และหลังดำเนินการโครงการ โดยผู้วิจัยติดตามประเมิน เพื่อทราบความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรค อาจมีการปรับแผนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต สถานการณ์และความเป็นไปได้ในการดำเนินงานโดยกำหนดประเด็นการประเมิน และการดำเนินโครงการตามวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ขึ้นสังเกตการณ์นี้ เป็นการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงในชั้น ปฏิบัติการ ด้วยความรอบคอบ โดยอาศัยเครื่องมือเก็บข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่

1) การจดบันทึก ผู้วิจัยใช้การบันทึกบรรยายสภาพการณ์เชิงรูปธรรม เช่นที่ได้กคน หนึ่งๆ หรือกลุ่มได้พบระยะเวลายาวต่อเนื่องกัน เพื่อให้เป็นภาพรวมของสภาพการณ์ที่ เกี่ยวข้องกับ หัวข้อวิจัยนั้น

2) การใช้บันทึกภาคสนาม (Field Notes) เป็นการจดบันทึกเหมือนกับการใช้ระเบียนสะสม แต่การบันทึกสนามจะจดตามสภาพที่เห็น โดยไม่ใช่ข้อคิดเห็นส่วนตัวหรือ การแปลความ การบันทึกวิธีนี้ทำให้เห็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง

3) การบันทึกหรือบรรยายถึงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เป็นการจดบันทึกที่พยายามให้ความเข้าใจลำดับขั้นตอน ของพฤติกรรมที่กำลังเป็นอยู่และมีสิ่งใดเกิดขึ้นบ้าง

4) การวิเคราะห์เอกสาร ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องที่มี อยู่ เช่น คู่มือ รายงานประจำปี เอกสารแสดงกฎระเบียบหรือนโยบาย เป็นต้น

5) การจดบันทึกอนุทิน หรือจดหมายเหตุรายวัน เป็นการบันทึก บุคคลที่ไม่จำเป็นต้องเป็นความลับส่วนตัว เป็นต้น

6) การจดบันทึกลงกระดาษแข็งเป็นรายเรื่อง เป็น การบันทึกเหมือนอนุทิน แต่เน้นเฉพาะเรื่องในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น จดบันทึก รายวัน วันละเรื่องลงกระดาษแข็งแต่ละแผ่นแยกกัน

7) การใช้เอกสารจากแฟ้มสะสมงานหรือแฟ้มรายงาน เช่น รายงานการประชุม ข่าวของทางราชการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่กำลังดำเนินการอยู่ บทความ หรือการวิเคราะห์ปัญหาทางการศึกษาของหนังสือพิมพ์ในเรื่องที่ เกี่ยวข้อง

8) การใช้แบบสอบถาม ศึกษาข้อมูลเชิงความคิดเห็นแบบปลายเปิดหรือแบบปลายปิด มีตัวเลือกให้ตอบ ให้ได้ข้อมูลที่เป็น รายละเอียดครบถ้วนเพียงพอที่ผู้วิจัยต้องกำหนดหัวข้อของเรื่องที่จะถามให้รัดกุมและ ครอบคลุม

9) การสัมภาษณ์ เทคนิคการสัมภาษณ์ทำให้ได้คำถามได้ ยืดหยุ่นกว่าการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ดำเนินการได้ 3 ลักษณะ ได้แก่ แบบไม่วางแผน คือการสนทนาแบบไม่เป็นทางการ แบบวางแผนแต่ไม่มีโครงสร้าง เปิดโอกาสให้คู่สนทนาเลือกหัวข้อที่สนใจจะพูดผู้สัมภาษณ์ใช้ คำถามอื่นๆ ประกอบเพื่อให้ได้คำถามที่ชัดเจน เข้าประเด็น และแบบสุดท้ายคือการสัมภาษณ์ที่เป็นไปตามชุดคำถาม ที่ได้เตรียมการไว้แล้ว

10) การใช้สังคมมิติ เพื่อตรวจสอบดู ความสัมพันธ์เชิงสังคมในกลุ่มนักเรียน โดยใช้คำถามว่าเขาชอบที่จะทำงานหรือไม่ทำงานกับใคร

11) การใช้แบบตรวจสอบปฏิสัมพันธ์และแบบสำรวจรายการ เพื่อความสะดวกและเชื่อถือได้ในการสังเกต พฤติกรรม

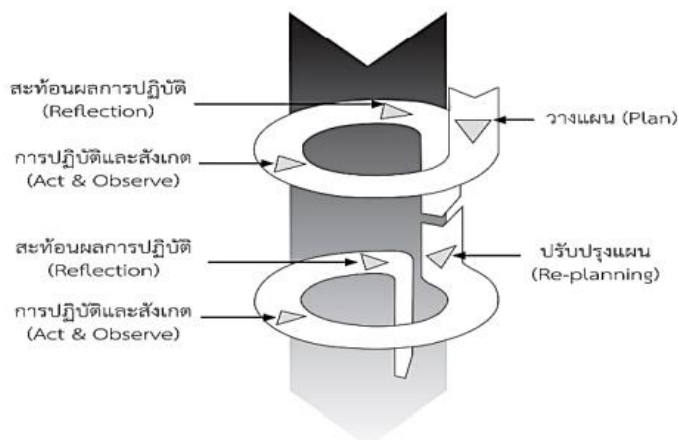
12) การใช้เครื่องบันทึกเสียง เพื่อประโยชน์ในการ วิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง ในการเรียนการสอนเป็นกลุ่มเล็ก หรือในการสนทนา ส่วนตัว

13) การใช้วีดิทัศน์ เพื่อให้เห็นกิจกรรมทั้งชั้นหรือ เลือกบันทึกรายการประเด็นที่เด็กสนใจจะมีประโยชน์มากในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์

14) การใช้แบบทดสอบ ใช้แบบทดสอบเพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ ความรู้ วัดจุดเด่นจุดด้อย ในเนื้อหาวิชา เป็นต้น เป็นการรวบรวมข้อมูลทางด้านความสามารถทางสมองของผู้ที่ต้องการ ทดสอบ

ในขณะที่การวิจัยดำเนินการกิจกรรมตามขั้นตอนที่วางไว้ ต้องมีการสังเกตการณ์ควบคุม ไปด้วย พร้อมจดบันทึกเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยลึ่วสังเกตคือ กระบวนการของการปฏิบัติ และผลของการปฏิบัติ การสังเกตนี้จะรวมถึงการรวบรวมผลการปฏิบัติ ที่เห็นด้วยตา การได้ฟัง การได้ใช้เครื่องมือ เซาว์ แบบทดสอบ เป็นต้น ซึ่งขณะที่การปฏิบัติการวิจัย กำลังดำเนินการไปควบคู่กับการสังเกตผลการปฏิบัติ ควรใช้เทคนิคต่างๆ ที่เหมาะสมมาช่วยในการ รวบรวมข้อมูลด้วย

4. การสะท้อนผล (Reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึกจัด ประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงาน และวิเคราะห์ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกัน ควบคุมโรคอุบัติใหม่ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ และวางแผนในการแก้ไขปัญหาการป้องกันควบคุมอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำในครั้งนี้อาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป พัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติ ซ้ำของชุมชนรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชที่ ยั่งยืน ให้สอดคล้องกับนโยบายและบริบทของท้องถิ่น ระบบงาน ทีมงาน ความต้องการที่เกิดจากคน ในชุมชน การสะท้อนผล ถือเป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการประเมินหรือ การตรวจสอบกระบวนการ ปัญหา หรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติการซึ่งผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องต้อง ตรวจสอบกระบวนการ ปัญหา หรืออุปสรรค ต่อการปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องต้อง ตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ โดยผ่านการอภิปรายปัญหา ซึ่งจะได้แนวทางของการพัฒนา ขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรมและเป็นพื้นฐานข้อมูลนำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป โดยวงจรของ 4 ขั้นตอนดังกล่าว มีลักษณะการดำเนินการเป็นขั้นบันไดเวียน (Spiral) การทำซ้ำตาม วงจรจนกว่าจะได้ผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้วิจัยเพื่อ แก้ปัญหาจนสำเร็จ เช่นนี้ไปเรื่อย ๆ ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 วงจรของ Action research
ที่มา: Kemmis & McTaggart (1988)

2.6.4 ประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

นักวิชาการหลายท่านได้อภิปรายถึงประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการให้แนวคิดเกี่ยวกับวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าแบ่งเป็น 3 ประเภท (กิตติพร ปัญญาวิทยุโยผล, 2551) ได้แก่

ประเภทที่ 1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิค (Technical Action Research) โครงการที่ใช้วิธีของวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิคนั้น ดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีประสบการณ์สูงหรือมีคุณสมบัติที่จัดว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้งานที่ปฏิบัติมีทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น การปฏิบัติมุ่งโดยตรงไปที่ผลการวิจัยแต่ในขณะเดียวกัน ผู้ปฏิบัติการวิจัยเองเป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมแบบเป็นกันเองในกระบวนการของการปรับปรุงการวิจัยแบบนี้มีผลทำให้เกิดการสะสมของการทำนวยความรู้ ความสำคัญอยู่ที่การตรวจสอบความตรงและการทำให้ทฤษฎีที่มีอยู่ละเอียดมากขึ้น และให้ความสำคัญของการพิจารณาจากทฤษฎีนำไปสู่เรื่องเฉพาะของการปฏิบัติงาน พุดง่ายๆ ก็คือ นำทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

ประเภทที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์ปฏิบัติ (Practical Action Research) โครงการที่ใช้วิธีของวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้ ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานกับผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงาน ช่วยกันกำหนดปัญหา และเป็นสาเหตุให้เกิดการลองใช้วิธีการต่างๆ เข้าไปเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุง การกำหนดปัญหาเกิดหลังจากการสนทนา ระหว่างผู้วิจัยกับผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงานต่างก็เข้าใจกัน การวิจัยแบบ Practical Action Research คือ เข้าใจการปฏิบัติงานและแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (Mckerman, 1991 อ้างถึงใน กิตติพร ปัญญาวิทยุโยผล, 2551) วิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้ช่วยพัฒนาทางวิชาชีพ โดยเน้นที่การตัดสินใจของผู้วิจัยเองที่มุ่งเพื่อให้เกิดสิ่งกับงานของตนและผู้เกี่ยวข้อง วิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการปฏิบัติเป็น

ฐานนี้ เน้นหนักไปที่การดำเนินการกับกระบวนการของวิจัยเชิงปฏิบัติการ และให้น้ำหนักน้อยกับปรัชญา นักวิจัยละทีมมีอิสระในตัวเองในการกำหนดเรื่องที่ต้องการศึกษา นักวิจัยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกกำหนดประเด็นที่ต้องการวิจัย ตัดสินใจเองว่าจะใช้เทคนิคอะไร ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และแปลความหมายของข้อมูล และพัฒนาแผนการปฏิบัติที่ขึ้นกับผลข้อค้นพบ

ประเภทที่ 3 วิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) การวิจัยประเภทนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระปลดปล่อยจากพันธนาการทั้งปวงหรือส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติเป็นไปอย่างอิสระเสรี โดยผู้ปฏิบัติทุกคนต่างมีความสามารถ มีจิตสำนึกมีวิจญาณญาณส่วนตนในตัวเองที่จะผลักดันที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เป้าหมายสำคัญ 2 ประการ วิธีการประเภทนี้คือ ประการแรก การทำให้เกิดความใกล้เคียงกันมากขึ้นระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (กับผู้ปฏิบัติงานในเฉพาะแห่งเฉพาะที่ กับทฤษฎีที่ใช้อธิบายและใช้แก้ปัญหา ประการที่สองซึ่งมีเป้าหมายเหนือกว่าวิจัย 2 ประเภทแรก คือ เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนดและสามารถตั้งฐานเบื้องต้นของปัญหาออกมาได้โดยใช้ความสามารถรู้คิดที่มีอยู่ในตัวผู้ปฏิบัติงานเอง

สิ่งสำคัญประการหนึ่งของการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติคือ การจัดการกระบวนการของการทำความเข้าใจให้กับการนำทฤษฎีมาใช้และการทดสอบในลักษณะที่เฉพาะสิ่ง โดยใช้กระบวนการสะท้อนกับกลุ่มคนเฉพาะกลุ่มหนึ่งภายใต้ตัวผู้ร่วมปฏิบัติงานและตามด้วยสื่อสารเกี่ยวกับการรู้แจ้งเห็นจริงเป็นลำดับถัดไป

นอกจากนี้สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงก็คือ การจัดทำแผนเพื่อการปฏิบัติหลังจากกระบวนการทำความเข้าใจชัดในทฤษฎีแล้ว จากนั้นนำไปสู่การประยุกต์ใช้โดยการลงมือทำซึ่งจะทำให้เกิดการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ ซึ่งอิสระจากข้อจำกัดหรือข้อขัดข้องทั้งปวงจากสิ่งแวดล้อม

ความแตกต่างของวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 ประเภท ไม่ใช่อยู่ที่วิธีวิทยาการวิจัย แต่เป็นเรื่องของ ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) และทัศนคติของการมองโลกของผู้ปฏิบัติงานที่เป็นสาเหตุของความหลากหลายในการนำวิธีวิทยาการวิจัยไปใช้ ซึ่งความแตกต่างที่เด่นชัดตามที่ตั้งข้อสงสัยว่าเป็นเรื่องของอำนาจ กล่าวคือ วิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิคผู้มีอำนาจควบคุม คือ ผู้วิจัยหลักที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ และผู้อำนวยความสะดวก ในขณะที่วิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์ปฏิบัติ อำนาจเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มบุคคลที่เข้าร่วม เน้นไปที่แต่ละคนมีอำนาจในการลงมือกระทำ ส่วนอำนาจของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระปลดปล่อยเป็นอำนาจทั้งหมดภายในของทั้งกลุ่ม (Grundy, 1982 อ้างถึงในกิตติพร ปัญญาภิบาล, 2551)

2.6.5 เป้าหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

- 1) เพื่อพัฒนาบุคลากร การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการส่งเสริมให้ผู้ทำวิจัยได้ฝึกทักษะใหม่ๆ เช่น การคิดวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหาด้วยตนเอง การจดบันทึก เป็นต้น ทำให้สามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น เป็นแนวทางส่งเสริม และพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย
- 2) การพัฒนางาน โดยค้นหาปัญหา แสวงหาทางเลือก หรือวิธีการที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงานเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนางานอย่างเป็นระบบมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ประเมินสิ่งที่ค้นพบจากการวิจัยนำไปปรับแผนแล้วลงมือทำ

2.6.6 ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มจากการปรับปรุงงานของตนเป็นรายบุคคลแล้วขยายวงกว้างออกไปเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้รับรู้ และยิ่งหากลักษณะปัญหาอย่างเดียวกันต้องได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนางานเหมือนๆ กันก็ร่วมมือกัน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ดังนั้น ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่

- 1) ใช้งานที่ตนปฏิบัติอยู่ ลงมือดำเนินการด้วยสรรพวิธีเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขกระบวนการดำเนินการ โดยผ่านวงจรต่อเนื่องกันเป็นชุดเป็นวงจรเกลียวสว่าน วงจรหนึ่งประกอบด้วย วางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต รวบรวมข้อมูล และสะท้อนผล ซึ่งวนอย่างเป็นระบบและปฏิบัติการอย่างมีวิจารณ์ญาณ
- 2) การปฏิบัติมีความสอดคล้องรองรับกัน มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องต่อเนื่องกัน จนเกิดผลการเปลี่ยนแปลงขึ้น
- 3) ลักษณะการตอบสนองทันเวลา ทันเหตุการณ์ในขณะที่ปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงคุณภาพ
- 4) กิจกรรมทุกระยะสามารถเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับงานหรือผู้ร่วมงานรับรู้ เข้ามามีส่วนร่วมช่วยกันแลกเปลี่ยนความเห็น วิพากษ์ วิจารณ์ถึงกระบวนการปฏิบัติงานและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ และพยายามให้การร่วมด้วยช่วยกันดำรงคงอยู่ เพราะเป็นการช่วยควบคุมกระบวนการของการปฏิบัติ ให้มีความเหมาะสมไปในตัวด้วย

ในบางงานของวิจัยเชิงปฏิบัติการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม (Participation) เพราะการมีส่วนร่วมทำให้เกิดข้อมูลผูกมัดให้ลงมือทำ เพื่อหวังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ Dick (2001) ให้แง่คิดว่าควรเปิดให้มีทางเลือกกว่าวิจัยเชิงปฏิบัติการจะเน้นหนักไปทางใดระหว่างข้อมูลเชิงคุณภาพกับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง เพราะยังต้องพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่นๆ อีกหลายประการ และขึ้นกับการเน้นน้ำหนักระหว่างข้อดี ข้อเสียต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามอีกด้วย ซึ่งสามารถสรุปได้ประเด็น ดังตาราง 1

ตาราง 1 สรุปลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ประเด็น	ลักษณะสำคัญ
ปัญหาการวิจัย	เกิดจากการปฏิบัติงานจริง เป็นปัญหาที่พบในที่ทำงาน
วิธีการวิจัย	<ol style="list-style-type: none"> 1. การวิจัยดำเนินการไปพร้อมกับการทำงานปกติเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน 2. มีความยืดหยุ่น สามารถปรับให้เหมาะสมกับสภาพการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงาน 3. กระบวนการวิจัยมีความเชื่อมโยงระหว่างความคิดเชิงสะท้อนและการปฏิบัติอย่างชัดเจน มีการพิจารณาทบทวนทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการวิจัย
ผลการวิจัย	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของตนเอง 2. ผลที่ได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น 3. ผลที่ได้นำไปสู่การปรับแผนการทำงาน เช่น การแก้ปัญหา การวางแผนการผลิต การวางแผนการตลาด หรือ การหาแหล่งทุนใหม่ เป็นต้น 4. ผลที่ได้นำไปสู่การประเมินผลเอปรับปรุงงานให้ดีขึ้น 5. ผลที่ได้จากการวิจัยเป็นผลที่อธิบายได้เฉพาะกรณีนั้นๆ ไม่เหมาะสมที่จะนำไปอธิบายกรณีอื่นๆ
เน้นทำงานเป็นทีม	<ol style="list-style-type: none"> 1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน 2. เปิดโอกาสให้เพื่อนร่วมงาน มีส่วนวิพากษ์วิจารณ์การปฏิบัติงานและผลที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัยปฏิบัติการ 3. เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ร่วมทำวิจัย

ที่มา: กิตติพร ปัญญาภิบาล (2551)

จากตาราง 1 สรุปได้ว่า ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะพบปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงานจริงต้องแก้ไขปัญหาโดยการดำเนินการวิจัยไปพร้อมกับการทำงานปกติโดยมีความยืดหยุ่น ปรับให้เหมาะสมกับสภาพการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานให้มีความเชื่อมโยงระหว่างความคิดเชิงสะท้อนและการปฏิบัติอย่างชัดเจน มีการพิจารณาทบทวนก่อนและหลังการวิจัย ซึ่งจะทำให้เกิดผลสะท้อนในการปฏิบัติงานของตนเองเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น บางครั้งอาจต้องมีการปรับแผนการทำงาน เช่น การแก้ปัญหาโดยการวางแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับลักษณะการปฏิบัติงาน โดยเน้นการทำงานเป็นทีมหรือกลุ่ม เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน เปิดโอกาสให้เพื่อนร่วมงานมีส่วนร่วมในการวิพากษ์วิจารณ์ผลการปฏิบัติงานและผลที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัยปฏิบัติการ

โดยสรุป การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้ศึกษาเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน การศึกษานี้เน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ร่วมกันการวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 ร่วมกันปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observation) และ ขั้นที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflection) ทำให้เกิด Action Plan ขึ้นอำเภอ ข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ประจำปีแต่ยังขาดส่วนของ Action Plan ของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การศึกษานี้จึงประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอ ข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ

2.7.1 ความหมายของนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะ หมายถึง สิ่งที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำ สิ่งที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำจึงครอบคลุมกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดของรัฐบาลทั้งกิจกรรมที่เป็น กิจวัตรและกิจกรรมที่เกิดขึ้นในบางโอกาส ในส่วนของการเลือกที่จะไม่กระทำนั้น ก็ถือว่าเป็นนโยบายสาธารณะ เช่นเดียวกัน เช่น รัฐบาลบางประเทศยกเลิกนโยบายการเกณฑ์ทหาร นั่นคือรัฐบาลเลือกที่จะไม่บังคับให้ชายฉกรรจ์ทุกคนต้องเป็นทหารรับใช้ชาติ แต่เปลี่ยนเป็นการรับตามความสมัครใจแทน (Dye, 1978)

นโยบายสาธารณะ หมายถึง การจัดสรรผลประโยชน์หรือคุณค่าแก่ สังคม ซึ่งกิจกรรมของระบบการเมืองนี้ กระทำโดยบุคคลผู้มีอำนาจสั่งการ ซึ่งสิ่งที่รัฐบาล ตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำเป็นผลมาจากการจัดสรรค่านิยมของสังคม ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ตัดสินใจนโยบายกับประชาชนในสังคมว่า การตัดสินใจใน นโยบายของรัฐบาลต้องคำนึงถึงค่านิยมและระบบความเชื่อของประชาชนในสังคมเป็นสำคัญ (Easton, 1971)

นโยบายสาธารณะ หมายถึง แนวทางการปฏิบัติของรัฐที่มี วัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง และติดตามด้วยผู้กระทำหรือการปฏิบัติ ซึ่งอาจปฏิบัติโดยคน เดียวหรือคณะบุคคลก็ได้เพื่อแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง (Anderson, 1975)

นโยบายสาธารณะ หมายถึง การกำหนด เป้าประสงค์ ค่านิยม และการปฏิบัติของโครงการของรัฐ เป็นการระบุ อย่างชัดเจนว่า กิจกรรมที่เป็นแผนงานหรือโครงการของรัฐที่เรียกว่า นโยบายสาธารณะนั้น จะต้อง สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม รวมถึงแนวทางปฏิบัติที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย แนวความคิดของนี้จึงให้ความชัดเจนเกี่ยวกับสาระสำคัญของนโยบายสาธารณะพอสมควร (Lasswell & Kaplan, 1970)

นโยบาย หมายถึง หลักและวิธีปฏิบัติซึ่งถือเป็นแนวดำเนินการ ซึ่งอธิบายขยายความเพิ่มเติมได้ว่าเป็นอุบายหรือกลเม็ดที่ผู้มีอำนาจหน้าที่ได้พิจารณาเห็นว่า เป็นทางที่นำไปสู่เป้าหมายของส่วนรวมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่าง เหมาะสมแล้ว (ราชบัณฑิตสถาน, 2546)

นโยบายสาธารณะ คือนโยบายสาธารณะที่นำไปสู่ความถูกต้อง เป็นธรรม และประโยชน์สุขของมหาชน นโยบายสาธารณะจะต้องสนองต่อความต้องการของสังคม ด้วยความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ต้องเป็นนโยบายที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงจริยธรรมทุกด้าน ตัวอย่าง เช่น ด้านการเมือง คือ การมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายของผู้เกี่ยวข้อง ด้าน นโยบาย แผน โครงการ โครงการ นโยบาย การนำนโยบาย แผนงาน โครงการไปปฏิบัติ เศรษฐกิจ คือ ผลประโยชน์หรือผลสำเร็จตกอยู่กับประชาชนส่วนใหญ่ ด้านสังคม คือ สอดคล้องกับค่านิยมของมวลชน นโยบายสาธารณะที่ถูกต้องดีงาม คือ นโยบายที่มีจริยธรรม ทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งภาคราชการและข้าราชการ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้อง สามารถนำนโยบายไปปฏิบัติด้วยความมีจริยธรรม (ประเวศ วะสี, 2554)

โดยสรุป อาจกล่าวได้ว่า นโยบายสาธารณะสุข เป็นนโยบายสำคัญต้องใช้เวลาในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย มีความจำเป็นที่ต้องวางแผนรองรับเพื่อให้นโยบายไปปฏิบัติจะบรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

2.7.2 ประเภทของนโยบายสาธารณะ

ประเภทของนโยบายสาธารณะ ช่วยทำให้ทราบได้ว่ามีวิธีการจำแนกประเภทของนโยบายสาธารณะได้อย่างไรบ้าง และนโยบายสาธารณะ ที่มีชื่อเรียกแตกต่างกันไปนั้น แท้ที่จริงแล้ว เป็นนโยบายประเภทหนึ่ง ซึ่งถ้าหากพิจารณาถึง นโยบายสาธารณะที่มีอยู่ในประเทศใดประเทศหนึ่งในขณะใดขณะหนึ่งก็ตาม จะพบเห็นได้ว่ามี นโยบายที่มีชื่อเรียกต่างๆ กันมากมาย ตัวอย่างเช่น นโยบายความมั่นคง เป็นต้น ซึ่งถ้าหากสามารถทราบได้ว่านโยบายเหล่านี้เป็น นโยบายประเภทใดแล้ว จะทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะได้ดียิ่งขึ้น โดย สรุปได้ 4 ประการ ได้แก่

- 1) การพิจารณาตามลักษณะของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของนโยบาย
- 2) การพิจารณาตามกระบวนการของนโยบาย
- 3) การพิจารณาตามขอบข่ายผลกระทบของนโยบาย และ
- 4) พิจารณาตามลักษณะของกิจกรรมหรือภารกิจสำคัญของรัฐบาล (กฤตภัทร บุญญรัตน์, 2555) รายละเอียด ดังนี้

2.7.2.1 พิจารณาตามลักษณะของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของนโยบาย การจำแนกประเภทนโยบายสาธารณะโดยหลักเกณฑ์นี้ เป็นการจำแนกประเภท โดยการพิจารณาถึงเนื้อหาสาระสำคัญและวัตถุประสงค์ของนโยบายหนึ่งๆ ว่ามีอยู่หรือเป็นอยู่ อย่างไรบ้าง มีความคล้ายคลึงหรือความแตกต่างกับเนื้อหาที่มีสาระและวัตถุประสงค์ของนโยบายอื่นๆ อย่างไร แล้วจึงดำเนินการจัดประเภทของนโยบายที่มีเนื้อหาสาระและวัตถุประสงค์อย่าง เดียวกันหรือคล้ายคลึงกันเข้าไว้ในประเภทเดียวกัน ส่วนนโยบายที่มีเนื้อหาสาระและวัตถุประสงค์ ที่แตกต่างกันก็จัดเข้าไว้อีกประเภท

หนึ่ง ซึ่งการพิจารณาว่านโยบายหนึ่งๆ มีเนื้อหาสาระและ วัตถุประสงค์อย่างไร แตกต่างหรือ คล้ายคลึงกับนโยบายอื่นๆ อย่างใดนั้น เป็นสิ่งที่สามารถกระทำ ได้ง่ายและสะดวก โดยพิจารณาถึง รายละเอียดต่างๆ ของนโยบายแต่ละอย่าง ก็สามารถทำให้ ทราบถึงเนื้อหาสาระและวัตถุประสงค์ของ นโยบายนั้นได้

2.7.2.2 พิจารณาตามกระบวนการของนโยบาย การจำแนกประเภทของนโยบาย สาธารณะโดยหลักเกณฑ์นี้ เป็นการจำแนก ประเภทโดยพิจารณาว่าภายในกระบวนการกำหนด นโยบายสาธารณะนั้น สามารถจะจำแนก ออกเป็นขั้นตอนต่างๆ หรือเป็นช่วงของการปฏิบัติงานต่างๆ ได้อย่างไรบ้าง มีกี่ขั้นตอน และมี ลำดับของขั้นตอนก่อนหลังอย่างไรบ้าง การจำแนกประเภทของ นโยบายสาธารณะตามกระบวนการ ของนโยบายนี้ก่อให้เกิดประโยชน์หรือมีข้อดีอยู่อย่างน้อย 2 ประการ ได้แก่ (1) ทำให้สามารถที่จะมองเห็นภาพการทำงานของกลไกต่างๆ ในกระบวนการของ นโยบายได้ว่า มีขั้นตอนของการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดอย่างไร และจำแนกประเภทของ ขั้นตอนเหล่านั้นอย่างไร และ (2) ทำให้สามารถศึกษา นโยบายสาธารณะอย่างใดอย่างหนึ่งที่มี วัตถุประสงค์โดยเฉพาะเจาะจงได้อย่างถูกต้อง กล่าวคือ ในบางกรณี เช่น ในภาวะสงครามหรือภาวะ วิกฤติ ประเทศ หนึ่งๆ อาจมีการกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างใดอย่างหนึ่งที่วัตถุประสงค์สอดคล้อง กับภาวะ เช่นนั้น โดยมีได้ดำเนินการตามแนวทางที่ปกติที่เคยปฏิบัติมา ซึ่งถ้าหากศึกษาในแง่ กระบวนการ ของนโยบายแล้ว จะทำให้ได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมากกว่า

2.7.2.3 พิจารณาตามขอบข่ายผลกระทบของนโยบายการจำแนกประเภทของนโยบาย สาธารณะโดยหลักเกณฑ์นี้ เป็นการจำแนกประเภทของนโยบายโดยพิจารณาว่า เมื่อได้มีการ กำหนด นโยบายสาธารณะต่างๆ ขึ้นมาแล้ว และได้นำเอานโยบายสาธารณะเหล่านั้นไปใช้ปฏิบัติ นโยบายแต่ อย่างใดก่อให้เกิดผลกระทบในรูปแบบและลักษณะที่อย่างเดียวกันก็จะจัดอยู่ในประเภท เดียวกัน ส่วนที่มีผลกระทบที่แตกต่างไปก็จัดให้อยู่อีกประเภทหนึ่ง

2.7.2.4 พิจารณาตามลักษณะกิจกรรมหรือภารกิจสำคัญของรัฐบาล การจำแนก ประเภท นโยบายสาธารณะประการสุดท้ายนี้ คือ การจำแนกประเภทโดยพิจารณาถึงขอบเขตหรือ ลักษณะ ของกิจกรรมที่สำคัญ ที่รัฐบาลประเทศนั้นได้กระทำไปซึ่งกิจกรรมของรัฐบาลประเทศหนึ่ง อาจ แตกต่างมากน้อยไปจากอีกประเทศหนึ่งก็ได้ และกิจกรรมแต่ละประเภทก็มีความสำคัญมากน้อย ไม่เท่ากัน กล่าวคือ กิจกรรมบางประเภทอาจมีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อประเทศนั้นๆ ตัวอย่าง เช่น การ ป้องกันประเทศจากการรุกรานจากภายนอก การรักษาความสงบเรียบร้อยภายใน เป็นต้น ส่วน กิจกรรมประเภทอื่นมีความสำคัญในระดับรองลดหลั่นกันลงไป จนกระทั่งมีความสำคัญเพียง เล็กน้อย เท่านั้น เช่น การกำหนดค่าขวัญประจำปี เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ไม่ว่ากิจกรรมนั้นๆ มีระดับความสำคัญ มากหรือน้อยเพียงใดก็ตาม ต่างก็ถือได้ว่าเป็นกิจกรรมหรือภารกิจของรัฐบาล

2.7.3 กระบวนการนโยบายสาธารณะ

กรอบแนวคิดในกระบวนการนโยบายสาธารณะอย่าง เป็นลำดับขั้นตอน 5 ขั้นตอน Anderson (1975) ได้แก่

1) Problem formation การก่อตัวของปัญหา นโยบาย (Policy problem) ปัญหานั้นเป็น ปัญหาสาธารณะหรือไม่ ปัญหานั้นเป็นวาระของรัฐบาลที่ต้องกระทำหรือไม่ (Policy agenda) โดยปัญหาต้องพิจารณาว่าเป็นปัญหาจริงหรือไม่ เพราะบางครั้งสิ่งที่เราคิดว่าเป็นปัญหา ความจริง อาจไม่เป็นปัญหาก็ได้

2) Formulation การก่อรูปนโยบาย ขั้นตอนนี้เป็นการกำหนดทางเลือกของนโยบาย (Policy alternatives) ว่ามีทางเลือกใดบ้างในการแก้ปัญหาและใครเป็นผู้มีส่วนร่วมในการ กำหนดนโยบาย หากทางเลือกมีหลายทางก็ต้องวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือกด้วย โดยใช้ เทคนิคการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลประโยชน์ (Cost-benefit analysis)

3) Adoption การตัดสินใจนโยบาย ในขั้นตอนนี้เป็นการตัดสินใจว่าทางเลือกต่างๆ ที่ได้ วิเคราะห์ไว้แล้วจะตัดสินใจเลือกทางเลือกใดหรือนำทางเลือกใดไปบังคับใช้และเป็นสิ่งที่ต้องการ ให้เป็นและใครจะเป็นผู้ตัดสินใจนโยบาย

4) Implementation การนำนโยบายไปปฏิบัติ เมื่อได้ตัดสินใจเลือกนโยบายที่เห็นว่าดีที่สุดแล้ว ก็นำนโยบายที่เลือกแล้วไปปฏิบัติให้บรรลุผลและมีอะไรเป็นผลกระทบต่อนโยบายของ นโยบาย

5) Evaluation การประเมินผลนโยบาย โดยการวัดว่านโยบายมีประสิทธิผลหรือผลกระทบ อย่างไรหลังจากนำนโยบายนั้นไปสู่การปฏิบัติ และใครเป็นผู้ประเมินผลนโยบาย อะไรคือ ผลที่ตามมาของนโยบายจากการประเมินผล

กระบวนการนโยบาย แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน คือ Agenda setting, Policy formulation, Policy adoption, Policy implementation และ Policy assessment (Dunn, 1994)

รายละเอียด ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 Agenda setting การกำหนดนโยบายเป็นวาระของรัฐที่ต้องปฏิบัติมี ลักษณะ ตัวอย่าง เช่น ปัญหาการคัดเลือกและแต่งตั้งตำแหน่งของข้าราชการเป็นปัญหาที่เป็นวาระ ของรัฐบาลมีหลายปัญหาที่รัฐบาลไม่อาจทำได้ทั้งหมดในขณะที่ปัญหาอื่นที่ยกขึ้นมาหลังจากที่ล่าช้า มานาน ตัวอย่างเช่น ผู้มีอำนาจโดยชอบธรรมของรัฐและผู้สนับสนุนได้จัดเตรียมกฎหมายส่งไปยัง คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการเพื่อศึกษาและอนุมัติกฎหมายนั้นยังอยู่กับคณะกรรมการและ ยังไม่มีการลงคะแนนเสียง

ขั้นตอนที่ 2 Policy formulation เป็นการก่อรูปของนโยบายซึ่งมีลักษณะที่ก่อรูป มาจากข้าราชการมีทางเลือกของนโยบายที่เกี่ยวกับปัญหา นโยบายเป็นทางเลือกของนโยบายที่กำหนด

ขึ้น เพื่อการตัดสินใจของฝ่ายบริหารศาลและฝ่ายนิติบัญญัติ ตัวอย่าง เช่น ศาลของรัฐเป็นผู้พิจารณาในการห้ามใช้การทดสอบความสำเร็จมาตรฐานในเรื่อง ทดสอบพื้นฐานการมีอคติในการต่อต้านสตรี

ขั้นตอนที่ 3 Policy adoption การตัดสินใจนโยบายทางเลือกของนโยบายถูกตัดสินใจ โดยได้รับการสนับสนุนโดยเสียงข้างมากจากฝ่ายนิติบัญญัติหรือเป็นฉันทานุมัติในการตัดสินใจ ระหว่างผู้เป็นตัวแทนหรือศาล ยกตัวอย่างเช่น การตัดสินใจของศาลสูงโดยเสียงข้างมากที่ให้สิทธิแก่สตรีที่จะระงับการตั้งครรภ์ได้โดยการทำแท้ง

ขั้นตอนที่ 4 Policy implementation การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เมื่อนโยบายได้รับการตัดสินใจแล้วก็จะนำไปสู่การปฏิบัติโดยมีหน่วยงานในการปฏิบัติตามนโยบายนั้น ซึ่งต้องระดมทรัพยากรมนุษย์และเงินทุนเพื่อนำไปใช้ปฏิบัติตามนโยบาย

ขั้นตอนที่ 5 Policy assessment การประเมินผลนโยบาย โดยมีหน่วยงานด้านการตรวจสอบและการบัญชีของรัฐบาล ซึ่งถูกกำหนดโดย ผู้เป็นตัวแทน ผู้บริหารโดยชอบด้วยกฎหมายและศาล อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นความชอบธรรมตามกฎหมายที่นโยบายจะต้องมีการประเมินผล ว่าได้ทำสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด

Dye (1998) ได้เสนอแนวคิดกระบวนการนโยบายสาธารณะว่า การศึกษาโยบายสาธารณะบ่อยครั้งมุ่งเน้นไปว่านโยบายเกิดขึ้นได้อย่างไร มากกว่าดูเนื้อหา นโยบายหรือสาเหตุและผลที่ตามมาของนโยบาย ในการศึกษาว่านโยบายต่างๆ เกิดขึ้นได้อย่างไร โดยทั่วไปพิจารณาชุดของกิจกรรมหรือกระบวนการที่เกิดขึ้นในระบบการเมือง (Political system) ตามนัยของตัวแบบกระบวนการ (Process model) ก็คือ การกำหนดนโยบาย (Policy making) โดยสามารถระบุขั้นตอนและแต่ละขั้นตอนสามารถแยกส่วนกันในการตรวจสอบ ได้ซึ่งกระบวนการเหล่านี้โดยปกติมีขั้นตอน ดังนี้

1) Identification การระบุปัญหา นโยบาย ที่เรียกร้องให้รัฐบาลต้องปฏิบัติซึ่งส่วนใหญ่ นโยบายมักเกิดจากความคิดเห็น ของประชาชนที่มีอิทธิพลต่อนโยบายของรัฐ แต่บางนโยบายก็เกิดจากความคิดของผู้นำที่ให้การสนับสนุนให้เกิดนโยบายนั้น

2) Agenda setting การกำหนดเป็นวาระหรือการเน้นให้ความสนใจไปยังกลุ่มสื่อมวลชน และข้าราชการในปัญหาสาธารณะที่ตกลงกันเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจการกำหนดวาระนี้เป็นการระบุถึงปัญหาของสังคมและกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหาซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการกำหนดนโยบาย ซึ่งบีบบังคับให้รัฐบาลต้องตัดสินใจกระทำหรือรัฐบาลอาจไม่ตัดสินใจกระทำตามก็ได้ ในขั้นตอนนี้จะมีการระดมความคิดเห็นจากสื่อมวลชนด้วยโดยใช้โทรทัศน์ หรือหนังสือพิมพ์ เพื่อสื่อสารให้คนส่วนใหญ่ทราบถึงนโยบาย

3) Formulation การก่อรูปนโยบาย คือการที่ทางเลือกของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาได้ พัฒนาไปเป็นวาระของรัฐบาล การก่อรูปของนโยบายมักจะมาจากการริเริ่มและมีการพัฒนา

นโยบายที่เกิดจากระบบราชการ คณะกรรมการตามกฎหมาย การประชุมของคณะกรรมการชุดต่างๆ องค์การที่ทำหน้าที่วางแผนด้านนโยบาย กลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ปรธาานาธิปไตยและรัฐสภา โดยรายละเอียดของนโยบายที่ก่อตัวขึ้นปกติจะมาจากระดับเจ้าหน้าที่มากกว่าเกิดจากระดับผู้นำ แต่ระดับเจ้าหน้าที่ก็มักจะถูกชี้แนะซึ่งเขาเห็นว่าผู้นำต้องการ

4) Legitimation นโยบายที่เกิดขึ้นโดยความชอบธรรมตามกฎหมาย เป็นการกระทำทาง การเมืองโดยผ่านพรรคการเมือง กลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ปรธาานาธิปไตยและรัฐสภา

5) Implementation การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นความต่อเนื่องทางการเมือง การกำหนดนโยบายไม่ได้จบลงที่การออกเป็นกฎหมายโดยรัฐสภา และการลงนามโดยปรธาานาธิปไตย จะต้องนำนโยบายไปสู่หน่วยงานของระบบราชการ เพื่อให้ข้าราชการปฏิบัติตามนโยบายนั้น การนำนโยบายไปปฏิบัติมีความเกี่ยวเนื่องกับทุกกิจกรรม ตัวอย่างเช่น การจัดองค์การงานใหม่ การมีหน่วยงานหรือตัวแทนรับผิดชอบ เพื่อให้สามารถดำเนินการตามนโยบายที่กำหนดไว้ นอกจากนี้การนำนโยบายไปปฏิบัติยังต้องมีรูปแบบและกฎระเบียบเพื่อให้ข้าราชการถือปฏิบัติด้วย

6) Evaluation การประเมินผลนโยบาย เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการกำหนดนโยบาย เพื่อ ค้นหาว่านโยบายประสบความสำเร็จตามเป้าหมายเพียงใด ต้นทุนที่ใช้และผลที่ได้รับเป็นอย่างไร เป็นไปตามที่ตั้งใจไว้หรือไม่เป็นไปตามที่ตั้งใจไว้ การประเมินผลจะทำโดยตัวแทนของรัฐบาลเอง ที่ปรึกษาภายนอก สื่อสิ่งพิมพ์และสาธารณชน

Nakamura & Smallwood (1980, 22-23) ได้เสนอแนวคิด มุมมองของกระบวนการนโยบาย (Policy process) มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน 3 หน้าที่ของสภาพแวดล้อมนโยบาย ได้แก่ การก่อตัวของนโยบาย (Policy formation) การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy implementation) และการประเมินผลนโยบาย (Policy evaluation)

2.7.4 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Health Public Policy) เป็นนโยบายที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพ ที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อม ทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้ ซึ่งนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มิได้กำหนดโดยภาครัฐเท่านั้น แต่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้เปิดช่องทางให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ประกอบด้วย ผู้คนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคม ได้แก่ ฝ่ายการเมือง รัฐบาล ราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การพัฒนาเอกชน ภาคธุรกิจเอกชน นักวิชาการ สื่อมวลชน ชุมชน และประชาชนเอง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2564) ซึ่งสุขภาพชุมชนเป็นภาวะแห่งการรวมเอาสุขภาพของบุคคลต่าง ๆ ในชุมชนเข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งสุขภาพแต่ละบุคคลจะดีได้ ขึ้นอยู่กับสภาพสิ่งแวดล้อมด้วย การจะนำไปสู่ภาวะดังกล่าว

จำเป็นต้อง มีระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง นั้นหมายถึงชุมชนสามารถดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองมากที่สุด สามารถควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพ มีระบบบริการที่สามารถให้บริการที่จำเป็นแก่ประชากรทั้งมวลในชุมชน ท้องถิ่นได้ การมีนโยบายสาธารณะที่ดี เป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีผลต่อการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (วิสุทธิ บุญญะโสภิต และนิรชา อัครวีระกุล, 2555)

2.7.5 นโยบายสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 – 2579) เพื่อเป็นกรอบและทิศทางการทำงาน โดยกำหนดยุทธศาสตร์กระบวนการดำเนินงาน ค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัด พร้อมรายละเอียดตามเป้าหมาย รวมทั้งแผนงาน โครงการไว้เป็น 4 ระยะ ตัวชี้วัด พร้อมรายละเอียดตามเป้าหมาย รวมทั้งแผนงาน โครงการไว้เป็น 4 ระยะ โดยมีจุดเน้นแต่ละระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2560 – 2564) ปฏิรูประบบ

ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 – 2569) สร้างความ เข้มแข็ง

ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2570 – 2574) สู้อยั่งยืน

ระยะที่ 4 (พ.ศ. 2575 – 2579) เป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ใน 3

ของเอเชีย

แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงสู่ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) เป็นไปตามแนวทางของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี นโยบายรัฐบาล นโยบายประเทศไทย 4.0 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 รวมทั้งแนวนโยบายประชารัฐ และประเด็นเร่งด่วน เพื่อเป้าหมายการปฏิรูปประเทศไทยของรัฐบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิรูปสาธารณสุข 10 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2) การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC)

3) การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

4) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC)

5) นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)

6) การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Operation Center: EOC)

7) การพัฒนาอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร

- 8) การเพิ่มประสิทธิภาพการขึ้น ทะเบียนและใบอนุญาต
- 9) ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพพิเศษ และ
- 10) โครงการ GREEN & CLEAN Hospitals

โดยกรอบแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาตินี้ เป็นกรอบการพัฒนาระยะยาว มุ่งเน้นเพื่อให้ บรรลุวิสัยทัศน์ ประเทศไทย มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วย การพัฒนาตามหลัก ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการ ขับเคลื่อน ที่ให้ความสำคัญกับ การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อเป้าหมาย สูงสุดให้คนไทยมีสุขภาพดี (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) ภายใต้สถานการณ์และการ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของ ประเทศไทย อันเนื่องมาจาก การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือการเกิดน้อยลง และภาวะการณตยลดลง คนไทยอายุคาดเฉลี่ยยืน ยาวขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรค ติดเชื้อไปเป็น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังมีปัญหาสุขภาพจากอุบัติเหตุ ภัยพิบัติและภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคจาก การ ประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนอง ต่อการสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพก็ยังมีปัญหาใน การจัดการ ระบบข้อมูลข่าวสารและการวิจัยด้านสุขภาพยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลและ งานวิจัยที่มีได้อย่างเพียงพอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนยังไม่เพียงพอ ในการป้องกันปัจจัย เสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับชาติและระบบธรรมาภิบาลยังไม่ชัดเจน ประเด็นสถานการณ์ และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพเหล่านี้ ทำให้การวางแผนเตรียมพร้อม รองรับและเผชิญกับสภาพปัญหา จะช่วยให้สามารถรับมือกับความเสี่งและภัยคุกคามด้านสุขภาพที่ จะเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) อยู่ ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 12 เป็นกลไกเชื่อมต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ ชาติระยะ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ด้านสุขภาพ ให้สามารถ นำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้ยึดหลักการ ดังนี้

- 1) ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
- 2) ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาเพื่อให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี
- 3) ยึดเป้าหมายอนาคตประเทศไทยปี 2579 ควบคู่กับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
- 5) การปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0
- 6) ประเด็นการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข
- 7) ธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2
- 8) กรอบแนวทางแผนระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข

โดยสรุป การวางฐานรากของระบบสุขภาพให้เข้มแข็งมีสุขภาพแข็งแรง โดยสามารถสร้างความเจริญเติบโตทาง เศรษฐกิจของประเทศได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่สามารถแสดงให้เห็นได้ว่าเป็นรูปธรรมดำเนินการให้สอดคล้องกันอย่างไร ซึ่งเริ่มจากแผนพัฒนาสุขภาพพระตำหนักหน่วยย่อย ซึ่งมี กระบวนการทำให้เกิดความเชื่อมโยงจากทิศทางของกรอบการพัฒนาระดับชาติลงไปจนถึงจุดเริ่มต้น การให้ความสำคัญของผู้บริหารทุกระดับ ถือเป็นกลไกสำคัญที่นำไปใช้วางแผนองค์การที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการนำนโยบายสาธารณสุขไปปฏิบัติให้บรรลุ เป้าหมายที่วางไว้อย่างเป็นทางการ จำเป็นต้องมีกระบวนการ ขั้นตอนและแนวทางในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนการดำเนินการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาคมสาธารณสุข องค์กร หรือภาคีสุขภาพ ได้ตระหนักและเข้าใจในสาระสำคัญ พร้อมขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติโดยการกำหนดแนวทางหลักที่มีตัวชี้วัดดำเนินงานอย่างชัดเจน

2.8 บริบทพื้นฐาน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.8.1 ข้อมูลทั่วไป

อำเภอช้างกลางตั้งอยู่ทางตอนกลางก่อนไปทางทิศตะวันตกของจังหวัด มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียง ได้แก่ ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอฉวาง ทิศตะวันออกติดต่อกับอำเภอลานสกา ทิศใต้ติดต่อกับอำเภอทุ่งสงและอำเภอนาบอน ทิศตะวันตกติดต่อกับอำเภอฉวาง ท้องที่อำเภอช้างกลางเดิมเป็นส่วนหนึ่งของอำเภอฉวาง กระทรวงมหาดไทยได้ประกาศลงวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2539 โดยแบ่งพื้นที่การปกครองออกมาตั้งเป็น กิ่งอำเภอช้างกลาง โดยให้มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2539 และต่อมาในวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2550 ได้มีพระราชกฤษฎีกายกฐานะขึ้นเป็น อำเภอช้างกลาง โดยมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 8 กันยายน 2550 อำเภอช้างกลางแบ่งเขตการปกครองตามส่วนภูมิภาค แบ่งย่อยออกเป็น 3 ตำบล 36 หมู่บ้าน แบ่งเขตการปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลหลักช้าง เทศบาลตำบลสวนขัน และองค์การบริหารส่วนตำบลช้างกลาง

2.8.2 อาณาเขต

อำเภอช้างกลางตั้งอยู่ห่างจากอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นระยะทาง 52 กิโลเมตร โดยเส้นทางรถยนต์ พื้นที่ทั้งหมด 232.5 ตร.กม. (89.85 ตร.ไมล์) พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบเชิงเขาเป็นพื้นที่ราบ ด้านทิศตะวันออก เป็นที่ราบสูงมีเทือกเขาพระสุเมรุ ตามตำนานเล่าขานเรียกเขาภูนี้ว่า เขาพระสุเมรุ เนื่องจากอดีตนครศรีธรรมราช มีความเจริญรุ่งเรืองทางพราหมณ์-ฮินดู ซึ่งมีความเชื่อว่าเขาพระสุเมรุเป็นที่อยู่ของพระศิวะ แต่ชาวดินนิยมเรียกชื่อสั้น ๆ เป็นเขาเมรุหรือเขาเหมน

2.8.4 สภาพเศรษฐกิจ

ประชากรมีอาชีพหลักที่สำคัญ ได้แก่ ทำสวนยางพารา สวนผลไม้ สวนปาล์ม น้ำมัน อาชีพเสริม ได้แก่ ค้าขาย และ เลี้ยงสัตว์ การทำสวนยางพาราส่วนใหญ่กรีดยางตั้งแต่เที่ยงคืนจะแล้วเสร็จก็เวลาสายของวันถัดไป เป็นเหตุของการพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา เป็นปัจจัยของโรกระบบการย่อยอาหาร โรคแผลในกระเพาะอาหาร และยังมีโอกาสเกิดโรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู เพราะในสวนยางมีความชื้น มียุงชุกชุม หอบหืดจากอากาศหนาวเย็น การใช้สารเคมี ปุ๋ยมีผลให้เกิดโรคผิวหนังได้ จากข้อมูลพบว่า รายได้เฉลี่ยของคนในอำเภอช้างกลาง 66,768.88บาท/คน/ปี และมีรายจ่ายเฉลี่ย 41,776.09 บาท/คน/ปี (สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช : รายงานคุณภาพชีวิตคนนครศรีธรรมราช ปี 2564)

2.8.5 ด้านเกษตรกรรม

จากสภาพภูมิประเทศของอำเภอช้างกลาง ที่แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ พื้นที่ราบลุ่ม และที่ราบสูงเชิงเขา ทำให้ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 75 พื้นที่เพาะปลูก 87,270 ไร่ แยกเป็น ยางพารา 52,548 ไร่ ผลไม้ 86,085 ไร่ พืชผล 6,433 ไร่ ไร่นาสวนผสม 1,863 ไร่ ปาล์ม 500 ไร่ (สำนักงานเกษตรอำเภอช้างกลาง ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2564) ด้านผลผลิตทางการเกษตรที่สำคัญ ได้แก่ ยางพารา และผลไม้ ดังนั้นรายได้หลักขึ้นอยู่กับราคาและผลผลิตทางการเกษตร แหล่งน้ำเพื่อการเกษตรที่สำคัญได้แก่ คลองมิน คลองนาหมอรังเกียจ

2.8.6 ด้านปศุสัตว์

ปริมาณสัตว์เลี้ยงของอำเภอช้างกลาง เกษตรกรที่เลี้ยงโคเนื้อ 1,341 ราย มีจำนวนโคเนื้อ 5,643 ตัว เกษตรกรที่เลี้ยงสุกร 231 ราย มีจำนวนสุกร 12,500 ตัว เกษตรกรที่เลี้ยงแพะ 15 ราย มีจำนวนแพะ 2,432 ตัว เกษตรกรที่เลี้ยงสัตว์ปีก 2,211 ราย มีจำนวนสัตว์ปีก 24,338 ตัว และมีกลุ่มสัตว์เลี้ยง 7 กลุ่มในพื้นที่ (ข้อมูล ณ 30 ตุลาคม 2564) ลักษณะการเลี้ยงสัตว์ ส่วนใหญ่เป็นระบบเปิดเลี้ยงแบบธรรมชาติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากสัตว์ เช่น โรคไข้หวัดนก นอกจากนี้การเลี้ยงที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ก่อให้เกิดเหตุรำคาญ ปัญหากลิ่น แมลงวัน เป็นต้น (สำนักงานปศุสัตว์อำเภอช้างกลาง, 2564)

2.8.7 ด้านอุตสาหกรรม

พื้นที่อำเภอช้างกลาง มีโรงงานอุตสาหกรรมที่สำคัญ ได้แก่ บริษัทนาวาพาราวัตจำกัด บริษัทสมชายพาราวัตจำกัด บริษัทสมชายลานเท หจก.เกี่ยวแก้วการโยธา โรงงานรับซื้อน้ำยางพาราขนาดเล็ก สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงขนาดใหญ่ 7 แห่ง และโรงแรม มี 2 แห่ง

2.8.8 ด้านการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม

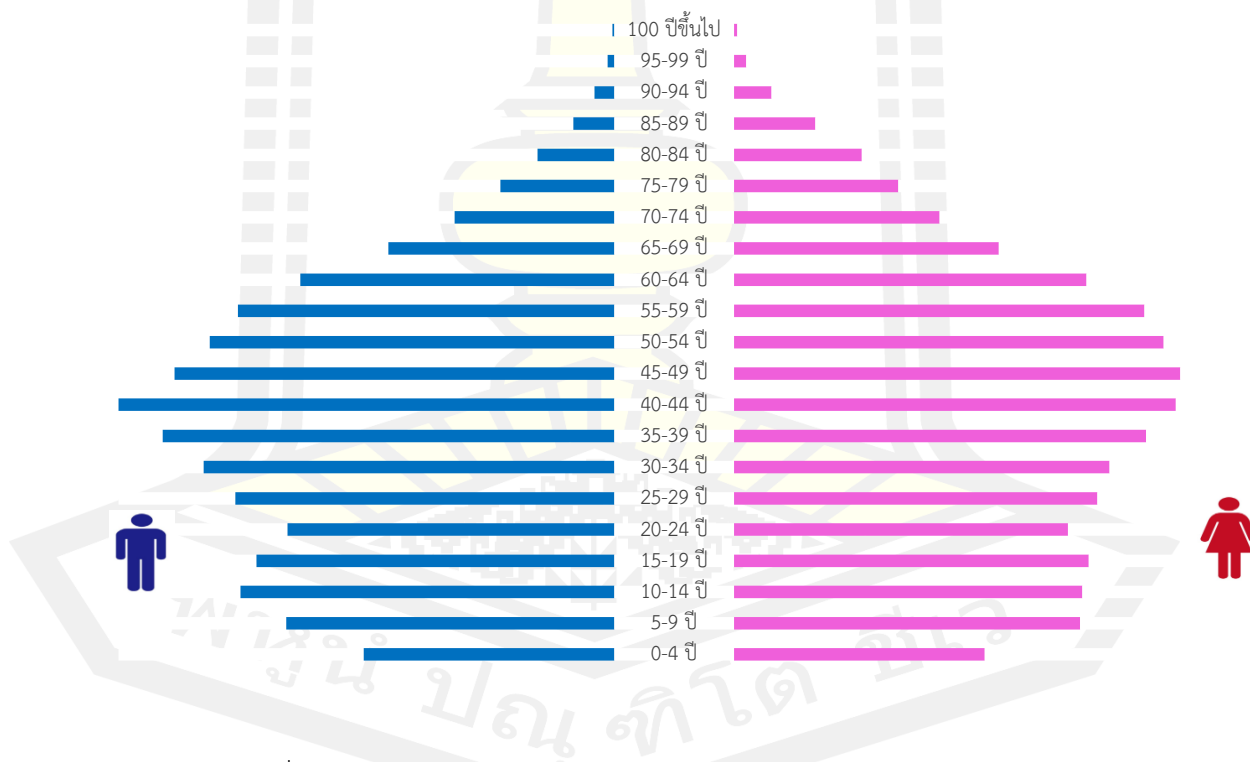
ทางด้านการศึกษา มีโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 1 แห่ง คือโรงเรียนช้างกลางประชานุกูล โรงเรียนขยายโอกาส จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนชุมชนบ้านนาวา โรงเรียนบ้านนา โรงเรียนวัดหลัก

ข้าง วัดจันดี และโรงเรียนองค์การสวนยาง ส่วนโรงเรียนระดับประถมศึกษา มีจำนวน 13 แห่ง เป็นโรงเรียนในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด 2 แห่ง โรงเรียนเอกชน จำนวน 1 แห่ง และมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 1 แห่ง โรงเรียนเอกชน 1 แห่ง คือโรงเรียนพึ่งตนเอง

ศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 99.56 รองลงมาคือ ศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 0.24 และศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 0.20 โดยมีศาสนสถาน 13 แห่ง เป็น วัด จำนวน 11 แห่ง และที่พักสงฆ์ จำนวน 2 แห่งด้านทรัพยากรธรรมชาติที่สำคัญ

2.8.9 ข้อมูลประชากร

โครงสร้างประชากร อำเภอช้างกลาง มีประชากรทั้งหมด 28,395 คน เพศชาย 13,938 คน (ร้อยละ 49.09) เพศหญิง 14,457 คน (ร้อยละ 50.91) โดยเฉลี่ยมีความหนาแน่นของประชากรเท่ากับ 164 คนต่อตารางกิโลเมตร โดยเมื่อวิเคราะห์โครงสร้างประชากร พบว่า มีประชากรกลุ่มวัยทำงาน (40-45 ปี) มากที่สุด ร้อยละ 8.28 รองลงมาคือ กลุ่มทำงาน (45-49 ปี) ร้อยละ 7.83 และกลุ่มทำงาน (35- 39 ปี) ร้อยละ 7.63 รายละเอียด ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 พีระมิตประชากรอำเภอช้างกลาง จำแนกตามอายุและเพศ ปี 2564

ที่มา: สำนักงานปศุสัตว์อำเภอช้างกลาง (2564)

เมื่อวิเคราะห์ภาวะฟุ้งฟิง พบว่า อำเภอข้างกลาง มีอัตราส่วนฟุ้งฟิงวัยเด็ก 0-14 ปี เท่ากับ 16.77 อัตราส่วนฟุ้งฟิงวัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 19.52 มีอัตราส่วนฟุ้งฟิงรวม 36.29 เมื่อเปรียบเทียบกับย้อนหลัง 3 ปี พบว่า มีอัตราส่วนฟุ้งฟิงรวมมีแนวโน้มคงที่ อัตราส่วนฟุ้งฟิงวัยผู้สูงอายุ 60 ปี เพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตราฟุ้งฟิงวัยเด็ก 0-14 ปี ลดลง เมื่อพิจารณาแนวโน้มของประชากร พบว่าประชากรมีแนวโน้มการเกิดลดลง วัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอำเภอข้างกลาง ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น นอกจากนี้จะต้องเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา ให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี มีอายุยืนยาว การกระจายตัวของประชากร พบว่าประชากรส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลข้างกลาง ร้อยละ 55.35 รองลงมาคือ ตำบลหลักช้าง และตำบลสวนขัน ร้อยละ 27.19 และ 17.47 ตามลำดับ

อัตราเกิด อัตราตาย อัตราเพิ่มของประชากร ข้อมูลสถิติชีพ ปี 2562 - 256164 ของประชากรอำเภอข้างกลาง พบว่า อัตราการเกิด มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากปี 2562 และเมื่อวิเคราะห์อัตราการเพิ่มตามธรรมชาติพบว่า ในปี 2563 มีแนวโน้มลดลงจากปี 2562 เท่ากับ 0.06 ต่อพันประชากร และลดลงในปี 2564 เท่ากับ -3.04 ต่อพันประชากร เนื่องจากในปี 2564 มีอัตราการเกิดลดลง

2.8.10 ข้อมูลทางด้านสาธารณสุข

โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายหลักของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอข้างกลาง ซึ่งเปิดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด (F3) ขนาด 30 เตียง เปิดให้บริการผู้ป่วยนอก OPD ตั้งแต่วันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2559 เปิดให้บริการผู้ป่วยใน IPD ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 30 เตียง โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นลูกข่าย จำนวน 7 แห่ง กระจายอยู่ในพื้นที่ทุกตำบลของอำเภอข้างกลาง ภายใต้การควบคุมกำกับของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอข้างกลาง โดยมีรายละเอียดข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ หน่วยบริการแม่ข่าย (รพ.แม่ข่าย) โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์หน่วยกำกับดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิ (สสอ.) คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอข้างกลาง หน่วยปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายฯ) ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจันดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลักช้าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไสคา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนसान โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะนาวหวาน ตำบลข้างกลาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหน้าเหมน มีรพ.สต. ในเครือข่ายครอบคลุมพื้นที่ 3 ตำบล จำนวน 7 รพ.สต. ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพตลอดถึงการให้ บริการแพทย์ทางเลือก

อัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอข้างกลาง มีอัตรากำลังบุคลากรในการให้บริการ ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์จำนวน 85 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอข้างกลาง จำนวน 7 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 7 แห่ง จำนวน 44 คน

สาเหตุการป่วย และการตายที่สำคัญ สาเหตุการตายที่สำคัญของประชากร ในปี 2564 จำแนกตามสาเหตุการตาย ICD 10 พบว่า อันดับ 1 คือ วัณโรค อัตรา 54.68 ต่อประชากรแสนคน อันดับ 2 คือ โรคหัวใจล้มเหลว อัตรา 9.37 ต่อแสนประชากร อันดับ 3 คือ เสียชีวิตจากการเป็นลม อัตรา 6.25 ต่อแสนประชากร ลำดับที่ 4-10 คือ โรคไตวายเรื้อรัง โรคมะเร็งเซลล์ตับ โรคมะเร็ง สมอง โดรนกดทับ หัวใจล้มเหลว ไตวายเรื้อรัง และการติดเชื้อในกระแสเลือดตามลำดับ จากโรคความดันโลหิตสูง อัตราป่วย 31,921.11 ต่อแสนประชากร รองลงมาโรคเบาหวาน, ติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนบนแบบเฉียบพลัน อัตราป่วยเท่ากับ 16,816.34, 9,438.28 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า สาเหตุการป่วยของผู้นอกที่สำคัญส่วนใหญ่อัตราป่วยของแต่ละโรค มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของอำเภอข้างกลาง ปี 2564 พบว่า ไข้ไม่ทราบสาเหตุ มากที่สุด อัตรา 1,786.22 ต่อแสนประชากร รองลงมา โรคอุจจาระร่วง โรคตาแดง อัตราป่วย 762.37 และ 434.74 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนไข้เลือดออก มีอัตราป่วย 308.73 ต่อแสนประชากร เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปี ย้อนหลัง พบว่ามีอัตราป่วยของไข้ไม่ทราบสาเหตุ โรคตาแดง และโรคไข้เลือดออก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนโรคอุจจาระร่วง มีแนวโน้มลดลงในปี 2561

สรุปได้ว่าปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนอำเภอข้างกลาง ได้แก่ (1) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (2) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, และโรคมะเร็ง (3) กลุ่มโรคเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (4) กลุ่มโรคติดต่อ ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู และ (5) อุบัติเหตุจากรถ

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สัญญา ยีอราน และอาจินต์ สงทับ (2562) ได้ศึกษารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมืองของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ผลการวิจัยพบว่า ผลที่ได้นำไปสู่การพัฒนาและยืนยันรูปแบบที่สร้างขึ้นภายใต้ระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือที่ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ กลไกด้านความรู้ ด้านทรัพยากร และด้านวัฒนธรรม กระบวนการ ได้แก่ การค้นหาปัญหา การจัดการทรัพยากร ความเป็นผู้นำ การประชาสัมพันธ์

เครือข่าย และการติดตามและประเมินผล และ ผลลัพธ์สำคัญได้แก่ ประสิทธิภาพ คุณภาพ ความสัมพันธ์ การรับรู้มุมมองความคิดเห็น และความเหนียวแน่นของเครือข่าย สุดท้ายเป็นการทดลองใช้รูปแบบโดยอาศัยกรอบวงจรคุณภาพ และการประเมินผล ทั้งในด้านประสิทธิภาพ ที่แสดงให้เห็นถึงผลการดำเนินงานการสนับสนุนงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น มีคุณภาพความสัมพันธ์ที่ดี การรับรู้ความคิดเห็นของกันและกัน และมีความไว้วางใจต่อกัน รวมทั้งเกิดความเหนียวแน่นของความร่วมมือที่เกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตามควรมีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกส่วนของระบบ โดยเฉพาะการติดตามและประเมินผล การจัดการทรัพยากร กลไกด้านความรู้ ความเป็นผู้นำ กลไกด้านทรัพยากร และการประชาสัมพันธ์ รูปแบบนี้นำไปใช้พัฒนาการจัดการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

พิชญ์รักษ์ กันทวิ และคณะ (2562) ได้ศึกษาผลโครงการสร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมสำหรับโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ตามแนวพรมแดนไทย ราชอาณาจักรกัมพูชา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา ผลการศึกษา พบว่า มีการจัดทำโครงการและกิจกรรมได้ตามแผนและได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือที่ดี ทั้งสามพื้นที่บางส่วนยังขาดการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ ทั้งสามพื้นที่มีกระบวนการและแนวทางในการดำเนินงานที่ดี ทั้งสามพื้นที่มีการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภออย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ สรุปลงและข้อเสนอแนะ ผลการดำเนินงานในพื้นที่สามพรมแดนนั้น ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานระหว่างกัน แต่ละพื้นที่มีรูปแบบการทำงานที่โดดเด่นแตกต่างกันไป การพัฒนาระบบสุขภาพชายแดนให้ยั่งยืนได้นั้น จะต้องได้รับการสนับสนุนในเชิงนโยบายจากผู้บริหาร ทั้งในระดับกระทรวงและในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่

เสาวณีย์ เปลี่ยนพานิช, นรินทร์ สุริยนต์ และพิชญ์รักษ์ กันทวิ (2562) ได้ศึกษาผลของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ตามแนวชายแดนประเทศไทย เมียนมา และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวจังหวัดเชียงราย พบว่านโยบายแผนงานโครงการ ของพื้นที่ชายแดนและประเทศเพื่อนบ้าน การรับสนับสนุนจากองค์กรอื่น มีความครบถ้วน สมบูรณ์ดี มีความพร้อมด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และศักยภาพบุคลากรที่สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ อยู่ในระดับดี ด้านกระบวนการ การดำเนินโครงการและกิจกรรมมีกระบวนการ และแนวทางในการปิดช่องว่างของปัญหาในพื้นที่ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับดี ด้านผลลัพธ์ของโครงการ พบว่าความสำเร็จของการดำเนินโครงการได้รูปแบบการทำงานสาธารณสุขชายแดนที่เป็นแนวทางชัดเจน ได้ผลลัพธ์เชิงบวกและเป็นรูปธรรมด้านมิติเชิงนโยบาย และมิติการปฏิบัติงานระดับพื้นที่ มีรูปแบบการทำงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในการดำเนินงานความร่วมมือจากระดับจังหวัดสู่

ระดับเมือง ในพื้นที่ชายแดนไทย และ สปป.ลาว และมีผลลัพธ์การทำงานในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งเกิดภาพด้านมิติการปฏิบัติงานระดับพื้นที่ มีข้อจำกัดในการดำเนินงานในพื้นที่ชายแดนไทย และ เมียนมา ควรมีการกำหนดนโยบายจากส่วนกลาง ในประเด็นความร่วมมือด้านโรคติดต่อที่ระบาดและ ภัยสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ และกำหนดแนวทางความร่วมมือระดับเมืองคู่ขนาน และหมู่บ้านคู่ขนาน ตามแนวชายแดน

อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล (2562) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์พยาบาลในโรงพยาบาล ชุมชนที่ยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ตามแผนบริการสุขภาพเครือข่าย ผลการศึกษา พบว่า ศักยภาพของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้นำสูงสุด และด้านการเตรียมความพร้อมด้านระบบบริการตามแผนบริการสุขภาพ สภาวะการณ์ และผลการวิเคราะห์ส่วนขาดที่มีความจำเป็นต้องพัฒนาขององค์กร และรูปแบบการ พัฒนาศูนย์พยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการ พัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบตามกรอบของ six building blocks ได้แก่ ระบบ บริการ กำลังคน ระบบสารสนเทศ เทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ ระบบการเงิน และภาวะผู้นำและธรร มาภิบาล

บดินทร์ ชาทะเวที (2563) ได้ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ พฤติกรรมกับความปกติ ใหม่ พบว่าความปกติใหม่ เป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบใหม่ที่แตกต่างจากในอดีต และกำลัง กลายเป็นวิวัฒนาการใหม่ของสังคมมนุษย์และระบบสังคมใหม่ของโลกต่อไป รูปแบบชีวิตวิถีใหม่ ประกอบด้วยวิถีคิด วิถีปฏิบัติ วิถีเรียนรู้วิถีสื่อสาร และการจัดการการใช้ชีวิตแบบใหม่ เกิดขึ้นหลังจาก มีการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้มนุษย์ต้องมีการปรับตัว เพื่อรับมือกับสถานการณ์ในปัจจุบันมากกว่าการ ดำรงรักษาวิถีแบบดั้งเดิม ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นล้วนเป็นสิ่งที่แปลกใหม่ที่เรากำลังปรับตัวไม่อาจคาดเดาได้ ว่ามีสิ่งใดที่เปลี่ยนแปลงบ้างหรือมีอะไรเกิดขึ้นได้บ้าง ในวันนี้สิ่งที่เราจะมาพูดถึงกันหลักๆ ก็คือการ เปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมในการใช้ชีวิตที่คาดว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงที่สุด ได้แก่ (1) หน้ากากอนามัยและการใช้แอลกอฮอล์เจล เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยในการป้องกันตัวเองจากโรคโควิด-19 ได้ จนเป็นเรื่องที่ปกติเพราะเป็นวิธีการในป้องกันตัวเองจากความเสี่ยงจากการติดเชื้อโรคและการลด การแพร่กระจายของเชื้อโรคไปยังบุคคลอื่นได้ (2) Social distancing ยังมีต่อไปทั้งในด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ด้วยความเชื่อใจกันที่เคยแสดงออกผ่าน Human Touch จะลดน้อยลง (3) ผู้คนเริ่ม หันมาให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารที่ดีและมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ปลอดภัยและมีความ สะอาดมากขึ้น (4) ผู้คนหันมาออกกำลังกายและดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น (5) การลดการพบปะผู้คน ในสังคม แล้วหันมาใช้ชีวิตทำงานที่บ้าน มีเวลาอยู่กับครอบครัวเพิ่มมากขึ้น (6) การหลีกเลี่ยงการ สัมผัสกันโดยตรง ไม่จำเป็นวัฒนธรรมในการทักทายของผู้คน โดยเฉพาะหลายๆชาติในชาติตะวันตกที่ เคยจับมือ สัมผัสตัว กำลังเปลี่ยนแปลงไป (7) ดิจิทัลมีความสำคัญหลักในการดำรงชีวิต ไม่ใช่แค่คน

Gen C แต่เป็นคนทุุกวัย (8) การใช้เทคโนโลยีกลายเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวันทำ ทำงานที่บ้าน สั่งอาหารออนไลน์ ชื้อของออนไลน์ หรือการเรียนออนไลน์ เป็นต้น (9) เงินกระดาษหรือเหรียญที่หมุนเวียนในระบบจะถูกใช้ลดลงเรื่อยๆ จนกลายเป็นสังคมที่ไร้เงินสดโดยสมบูรณ์ในต่อไปไม่ช้า และ (10) ระบบสาธารณสุขมี platform ด้านสุขภาพและบริการพื้นฐานและการป้องกันความเจ็บป่วยมีความสำคัญมากขึ้น

ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี และภาสินี โทอินทร์ (2563) ได้พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย (1) การบริหารจัดการเฝ้าระวัง คัดกรอง สอบสวน ควบคุม ป้องกันโรคมึประสิทธิภาพ (2) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ภาคิเครือข่ายและประชาชนอย่างถูกต้อง รวดเร็ว (3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การประเมินผลหลังการนำรูปแบบไปใช้พบว่า ความรู้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนและหลังพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบไปใช้ กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง ภายใต้ คนอุดรไม่ทอดทิ้ง กันฝ่าฟันโควิด โดยสื่อสารข้อมูล ความรู้รวดเร็วด้วยเทคโนโลยีทันสมัย ข้อเสนอแนะสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ตามบริบทพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ณัฐวรรณ คำแสน (2564) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุม จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในอำเภออุทุม จังหวัดสุพรรณบุรี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-49 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.07 มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ในระดับมาก ร้อยละ 80.70 เชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะเอาชนะโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ และร้อยละ 83.40 มั่นใจว่าในที่สุดโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะถูกควบคุมได้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.80 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน ระดับการศึกษา ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .10, .18,$ และ .16 ตามลำดับ) ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อส่งเสริมประชาชนให้มีความรู้ และป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้

Gao and Yu (2020) ได้ศึกษาและเสนอกรอบการวิเคราะห์กลไกทางการอภิบาลในการป้องกันควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 พบว่าในสถานการณ์ฉุกเฉิน รัฐควรแสวงหารูปแบบหรือแนวทาง ในการอภิบาลที่สามารถส่งอิทธิพลต่อการกระทำของหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในเครือข่ายของการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินนั้น ๆ พร้อมกับสร้างหลักประกันคุณภาพของการอภิบาลดังกล่าว ทั้งนี้ เสนอกลไก 3 ประเภทที่รัฐต้องให้ ความสนใจในฐานะเป็นตัวเชื่อมสำคัญในการพัฒนาการอภิบาลสำหรับ สถานการณ์ฉุกเฉิน ได้แก่ กลไกทางการตัดสินใจ กลไกทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสาร และกลไกในทางดำเนินการในทางปฏิบัติ

Sera et al (2020) ได้ศึกษาพบว่าขณะไม่มีวัคซีนและการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงที่ทำให้โรคโควิด-19 สามารถหยุดระบอบของโรค ทำให้เกิดการระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ความพยายามร่วมกันของรัฐบาลต่างๆ แต่ละประเทศที่มีอยู่เป็นการกักกันตัว และบรรเทาทุกข์โดยมีระดับความสำเร็จที่แตกต่างกันออกไป ประเทศที่สามารถรักษาอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ให้อยู่ในระดับต่ำได้ ใช้กลยุทธ์ต่างๆ หลายกลยุทธ์ด้วยกัน ซึ่งรวมถึงการเฝ้าระวังตั้งแต่การตรวจหาผู้ติดเชื้อ การติดตามผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อ การกักกันอย่างเข้มงวดระดับของการประสานงานและการจัดการข้อมูลที่สำคัญ สำหรับการนำกลยุทธ์เหล่านี้ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในประเทศที่มีการประสบความสำเร็จส่วนใหญ่แล้วแต่ต้องอาศัยเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยและผนวกเทคโนโลยีเหล่านี้เข้าไปในนโยบายสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ด้วยมุมมองนี้สามารถใช้กรอบสำหรับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการ การรับมือการระบาดโรคโควิด-19 โดยเน้นถึงการดำเนินการที่ประเทศที่ประสบความสำเร็จได้นำเทคโนโลยีเหล่านี้มาใช้กับการวางแผนการจัดการการระบาดและการเฝ้าระวังและการตรวจหาผู้ติดเชื้อการติดตามผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อการกักกันและการดูแลสุขภาพ

กาญจนา ปัญญาธร และคณะ (2564) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคโควิด-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งการศึกษานี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ก่อนการพัฒนา ประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคโควิด-19 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่เหมาะสม และชุมชนขาดมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 กิจกรรมการพัฒนาประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคโควิด-19 การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และการสร้างมาตรการในการป้องกันโรค โควิด-19 ของชุมชน และหลังการพัฒนา ทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด-19 และไม่พบผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในชุมชน มีข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษานี้ คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการป้องกันโรคในพื้นที่อื่น โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้เสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรค และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินงานตามบริบทพื้นที่ของตน

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2564) ได้ถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ผลการศึกษาจาก พบว่า การดำเนินงานเฝ้าระวังฯ โควิด -19 ในชุมชนของอสม. พบว่า อสม. มีการดำเนินงานสูงสุด คือ ค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการดำเนินงานเป็นประจำทั้ง 5 ขั้นตอน ได้แก่ อาชีพของอสม. เขตสุขภาพ และช่องทางการสื่อสาร โดยพบว่า อสม. กลุ่มที่มีอาชีพเกษตรกร มีการดำเนินงานเป็นประจำเป็น 6.87 เท่า ของอสม. ที่มีอาชีพอื่นๆ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 10 มีการดำเนินงานเป็นประจำ คิดเป็น 2.76 เท่า ของอสม. ในเขตสุขภาพที่ 7, 8 และ 9 และ อสม. สื่อสารข้อมูลผ่าน 5 ช่องทางเป็นประจำให้กับชุมชน ประกอบด้วย การแจ้งข่าวเชิงรุกตามบ้าน ออกเสียงตามสาย เดินแจกแผ่นพับ เอกสารความรู้แจ้งทางกลุ่มไลน์ชุมชน โทรศัพท์แจ้ง การบอกรายบุคคล การแจ้งตามคุ่ม แจ้งในที่ประชุม คิดเป็น 3.98 เท่า ของอสม. ที่ใช้ช่องทางน้อยกว่า การนำนโยบายการเฝ้าระวังสู่การปฏิบัติในพื้นที่ พบว่า อสม. เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการเฝ้าระวังฯ ในระดับตำบลและหมู่บ้าน มีการป้องกันตนเอง เกาะประตูเยี่ยมบ้าน กับเครือข่าย รายงานผลการดำเนินงานตามขั้นตอน ปัจจัยความสำเร็จมาจากอสม. คือ ความตั้งใจ มีจิตอาสา เป็นคนในพื้นที่ มีการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายและความร่วมมือชุมชน สิ่งสนับสนุน ค่าตอบแทนและการกำกับติดตาม อุปสรรคการดำเนินงานจากปัจจัยด้านอสม. คือ ขาดความรู้และทักษะ ขาดแนวทางการทำงาน อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีและประชาชน ข้อเสนอเชิงนโยบาย อสม. ควรได้รับการพัฒนาความรู้และศักยภาพการทำงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในชุมชน การจัดทำคู่มือ/แนวทางการทำงานสำหรับอสม. การบริหารจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและบูรณาการการทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย

ธีรพร สติธอังกูร และคณะ (2564) ได้พัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณืการระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผสวนวิธีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการพัฒนารูปแบบพบว่า ประกอบด้วยศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการ พยาบาล การประเมินความพร้อมการบริหารการพยาบาล และแนวทางการบริหารการพยาบาลในสถานการณืการระบาดของ ของโควิด-19 ที่ครอบคลุมระยะก่อน ขณะ และหลังเกิดการระบาดของโควิด-19 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ พบว่าผู้ บริหารการพยาบาลมีความคิดเห็นต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด สามารถนำรูปแบบใช้ได้จริง ใช้กับโรงพยาบาลระดับอื่นได้และใช้กับโรคติดต่ออื่นได้ในระดับมากที่สุด โรงพยาบาลทุกแห่งมีความพร้อมในการบริหารการพยาบาล ผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เห็นว่า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีความพร้อมการบริหารการพยาบาล อยู่ในระดับมาก และพึงพอใจในบริการพยาบาล อยู่ในระดับมาก พยาบาลรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติ การพยาบาลโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด และมั่นใจในมาตรการการปฏิบัติงานของ หน่วยงานอยู่ในระดับมาก และไม่พบการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของพยาบาล และ

การแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลจากผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังทดลองรูปแบบในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิทั้ง 13 แห่ง โดยสรุป รูปแบบนี้มีประโยชน์ต่อการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของ โควิด-19 และผู้วิจัยได้ขยายผลรูปแบบนี้ไปยังองค์กรพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำสู่การ ปฏิบัติในพื้นที่ทั่วประเทศแล้ว

ดรัญชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา (2564) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 อยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 62.4, 71.3 และ 72.4 ตามลำดับ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างความรู้กับทักษะ ($r_s = 0.49$) ความรู้กับพฤติกรรม ($r_s = 0.47$) และทักษะกับพฤติกรรม ($r_s = 0.79$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และช่องทางการรับข้อมูลโควิด 19 ผ่านอินเทอร์เน็ต สื่อสังคมออนไลน์ ความรู้และทักษะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ข้อมูลนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด 19 ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วรัญญา จิตรบรรทัด และคณะ (2564) ได้ศึกษาข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เหมาะสมต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 11 ผลการศึกษาพบว่า ข้อเสนอแนะในการจัดการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ (1) ควรจัดให้มีการจัดการข้อมูลเชิงสารสนเทศโดยใช้รูปแบบและฐานข้อมูลการควบคุมการระบาดของโรคร่วมกันที่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลได้ทั้งระบบ (2) เพิ่มกรอบอัตรากำลังและแผนรับมือเพื่อรองรับการบริหารจัดการกรณีเกิดโรคอุบัติใหม่ (3) ควรมีผู้รับผิดชอบหลักในการสื่อสารแบบ 2 ทาง ในการประสานงานจากโรงพยาบาลแม่ข่ายกับ รพ.สต. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีความต่อเนื่อง (4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีระบบในการบริหารจัดการรถสำหรับรับส่งผู้ป่วยโควิด-19 และกลุ่มเสี่ยงที่ได้มาตรฐาน (5) ควรจัดให้มีระบบการคัดกรองข้อมูล ชัดความรู้ ก่อนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสู่ประชาชน และควรมีช่องทางการกระจายข้อมูล ชัดความรู้ที่หลากหลาย ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย (6) ในการบริหารจัดการเชิงระบบในชุมชน รพ.สต. ควรนำแนวปฏิบัติในการควบคุมโรคระบาดลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจน โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน และควรเพิ่มทักษะการสื่อสารและทักษะการเป็นผู้นำให้กับทีมในการปฏิบัติงาน (7) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาล ควรกำหนดระเบียบหมวดเงินฉุกเฉิน สำหรับการบริหารจัดการระบาดของโรคอุบัติใหม่ (8) ในการปฏิบัติงานควบคุมการระบาดของโรคอุบัติใหม่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ (9) ควรมีแอปพลิเคชันในการติดตามเยี่ยม

บ้านที่เป็นการสื่อสารแบบ 2 ทาง 10) พัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง ผ่านคู่มือหรือสื่อความรู้ออนไลน์ และ 11) พัฒนาเครือข่ายการทำงานในชุมชน การจัดการของภาคีเครือข่ายในการบริหารจัดการร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และบทบาทและการสนับสนุนของหน่วยงานต่างๆ การมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เหมาะสม

มะลิวัลย์ เรือนคำ และคณะ (2565) ได้ศึกษาผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตและรูปแบบการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดที่ตอบสนองต่อยุคชีวิตวิถีใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความบกพร่องทางร่างกาย ทางพัฒนาการ และการเรียนรู้ ทางด้านจิตสังคมในทุกช่วงวัย และศึกษาผลกระทบของสถานการณ์โรคโควิด-19 ต่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการทั้งในสถานพยาบาลทั่วไปและเฉพาะทาง ทั้งในภาครัฐและเอกชน รวมถึงการศึกษา รูปแบบการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกของนักศึกษาที่ต้องเปลี่ยนไปให้เข้ากับสถานการณ์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักกิจกรรมบำบัดที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม จำนวน 153 คน และที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 45 คน ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์โรคโควิด-19 ทำให้ผู้รับบริการถูกจำกัดโอกาสในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต อันเนื่องมาจากสิ่งที่ยอยู่นอกเหนือการควบคุม โดยเฉพาะการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและชุมชน รวมถึงกิจกรรมในการดูแลจัดการสุขภาพของตนเอง การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19 มี 3 รูปแบบ ได้แก่ ในหน่วยงาน ระบบบริการทางกิจกรรมบำบัดทางไกล และแบบผสมผสาน โดยใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศและโทรคมนาคม หรือสื่อสังคมออนไลน์ บริการที่เพิ่มขึ้นจากเดิม ได้แก่ การพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผ่านทางโทรศัพท์ ไลน์ วิดีโอคอล การประเมินความสามารถ การบำบัดฟื้นฟูโดยการให้กิจกรรมในบริบทจริง การให้คำปรึกษาและฝึกสอนทักษะแก่ผู้ดูแล รวมถึงมีการพัฒนาสื่อนวัตกรรมเพื่อสื่อสารโปรแกรม และให้ความรู้กับผู้รับบริการในหลายช่องทาง ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค คือ นโยบายขององค์กร ความพร้อมและความเพียงพอด้านอุปกรณ์สนับสนุนสำหรับการบริการสาธารณสุขทางไกลทั้งของหน่วยงานและของผู้รับบริการ ส่วนผลกระทบของสถานการณ์โรคโควิด-19 ต่อการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกของนักศึกษากิจกรรมบำบัด พบว่า การที่ไม่สามารถไปฝึกงานในบางหน่วยงาน จำนวนผู้ป่วยที่ลดลง ส่งผลให้ขาดประสบการณ์ทางคลินิก แนวทางการแก้ปัญหาเพื่อคงมาตรฐาน ได้แก่ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนเป็นแบบผสมผสาน การจำลองสถานการณ์ออนไลน์ร่วมกับฝึกงานในผู้ป่วยจริง โดยตระหนักถึงการปฏิบัติตัวตามมาตรการ การปรับตัวกับสถานการณ์ ทักษะการสื่อสารที่ดีและทักษะ

การให้บริการสาธารณสุขทางไกล เพื่อให้ นักศึกษามีคุณลักษณะในการเป็นนักกิจกรรมบำบัดที่ตอบสนองต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดในอนาคต

สมถวิล อัมพรอารี และคณะ ได้พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำสถาบันบำราศนราดูร ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมา เรียกว่า EID Model พบว่าในทุกด้าน คะแนนการประเมินรูปแบบมีความเหมาะสม มากกว่าร้อยละ 70 โดยกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเรื่องการจัดสภาพแวดล้อม การใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย และ การแยกผู้ป่วย ผลการนำ EID Model ไปทดลองใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ข้อเสนอแนะให้เพิ่มคือ ควรเน้นการดูแลด้านจิตใจให้มากขึ้น 2EID Care Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การจัดการระบบการดูแล (2) กิจกรรมและแผนที่ต้องปฏิบัติ (3) การจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อม (4) การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายแพร่กระจายเชื้อ และ (5) การพัฒนาส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2565) ได้ศึกษาการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า อสม. เป็นจักรกลสำคัญในการขับเคลื่อนการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด-19 ในระดับหมู่บ้าน อสม. ดำเนินการตามข้อสั่งการของศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคระดับตำบลที่สอดคล้องกับนโยบายมาตรการของประเทศ อสม. มีการเตรียมพร้อมป้องกันตนเอง ติดตามเคาะประตูเยี่ยมบ้าน เพื่อดูแลและติดตามการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้และแจกจ่ายอุปกรณ์การป้องกันตนเองแก่ประชาชน รายงานผลการดำเนินงานต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ ผ่านไลน์กลุ่มและแอปพลิเคชันอื่นๆ ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานฯ คือ อสม. มีประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง อสม. มีการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่าย และได้รับความร่วมมือจากชุมชน มีสิ่งสนับสนุนและมีการกำกับติดตาม อุปสรรคในการดำเนินงานฯ คือ ขาดความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยีในการรายงาน ขาดแนวทางการทำงานที่ชัดเจน อุปกรณ์ป้องกันตนเองไม่เพียงพอ ข้อเสนอเชิงนโยบายทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศคือ ควรพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในด้านการจัดทำโปรแกรมแนวทางการทำงาน ด้านการบริหารจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและด้านการบูรณาการการทำงานแบบเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

บุญประจักษ์ จันทรวิน และคณะ (2565) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรง ($M=4.20$, $SD=0.44$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($M=4.09$, $SD=0.48$) การรับรู้ประโยชน์ ($M=4.11$, $SD=0.44$) แรงจูงใจ ($M=3.92$, $SD=0.43$) และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($M=3.85$, $SD=0.40$) อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรค ($M=3.37$, $SD=0.50$) อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

อยู่ในระดับดี ($M=4.17$, $SD=0.50$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำหนัดตนเองจากโรคโควิด-19 พบว่าผู้ที่กำลังศึกษาจะมี พฤติกรรมดีกว่า 3.98 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับประถมศึกษาลงมา ผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ระดับสูงจะมีพฤติกรรมดีกว่า 1.92 เมื่อเทียบกับผู้ที่มี การรับรู้ประโยชน์ระดับต่ำ ปานกลาง ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคระดับสูงและปานกลางจะมีพฤติกรรมดีกว่า 29.66 เท่า และ 17.69 เท่า เมื่อเทียบกับ ผู้ที่มีการรับรู้ระดับต่ำ ผู้ที่มีแรงจูงใจระดับสูงจะมีพฤติกรรมดีกว่า 1.88 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับปานกลาง ควรนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับประชาชน เช่น การสร้างพลังในชุมชน การสร้าง ความสามารถในตนเอง รวมไปถึงการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 และควรให้ หน่วยงาน เช่น อบต. มีส่วนผลักดันให้ประชาชนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

จารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส และจิราวรรณ กล่อมเมฆ (2565) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของประชากร วิทยาลัยในตำบลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศและระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการป้องกัน โควิด-19 ไม่แตกต่างกัน อาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 แตกต่างกัน อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้และ ทักษะการป้องกันโควิด-19 รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะและพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ผลการวิจัยนี้ ใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรสุขภาพพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโควิด-19 ในประชากรวัยทำงานที่มีอายุ อาชีพ และ รายได้ ต่อเดือนน้อย เพื่อลดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

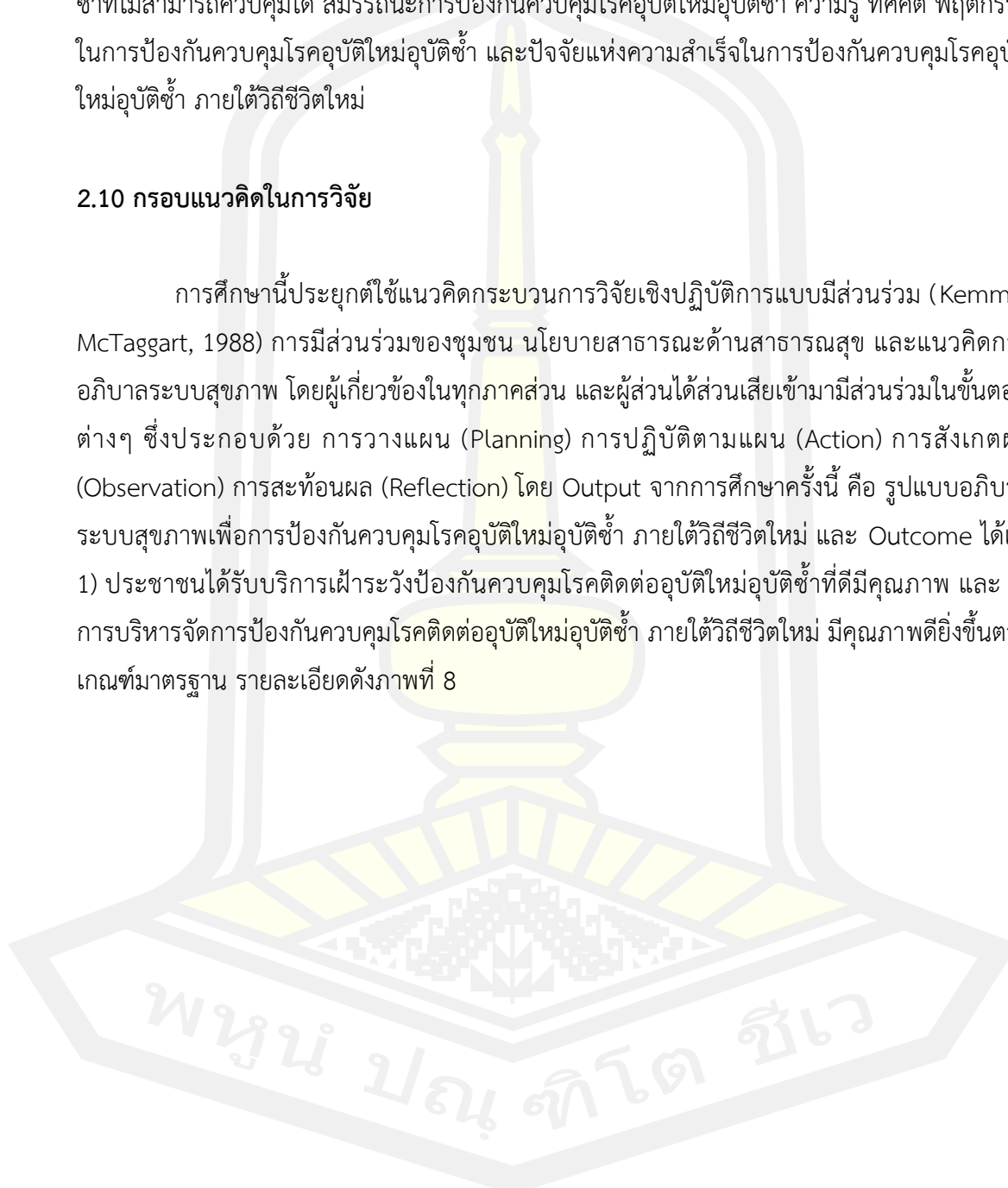
มนู ศุภลสกุล และคณะ (2565) ได้ศึกษาการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า การบริหาร จัดการ สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย (1) การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยในสถานพยาบาลและชุมชน (2) การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ (3) การ ติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน (4) การสื่อสารความเสี่ยง (5) การใช้มาตรการทางสังคมและ กฎหมาย และ (6) การประสานงานและจัดการข้อมูล เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรค ดังนั้น ในการบริหารจัดการ สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ควรมีการประยุกต์ใช้แนวทาง การบริหารดังกล่าวในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ต่อไป

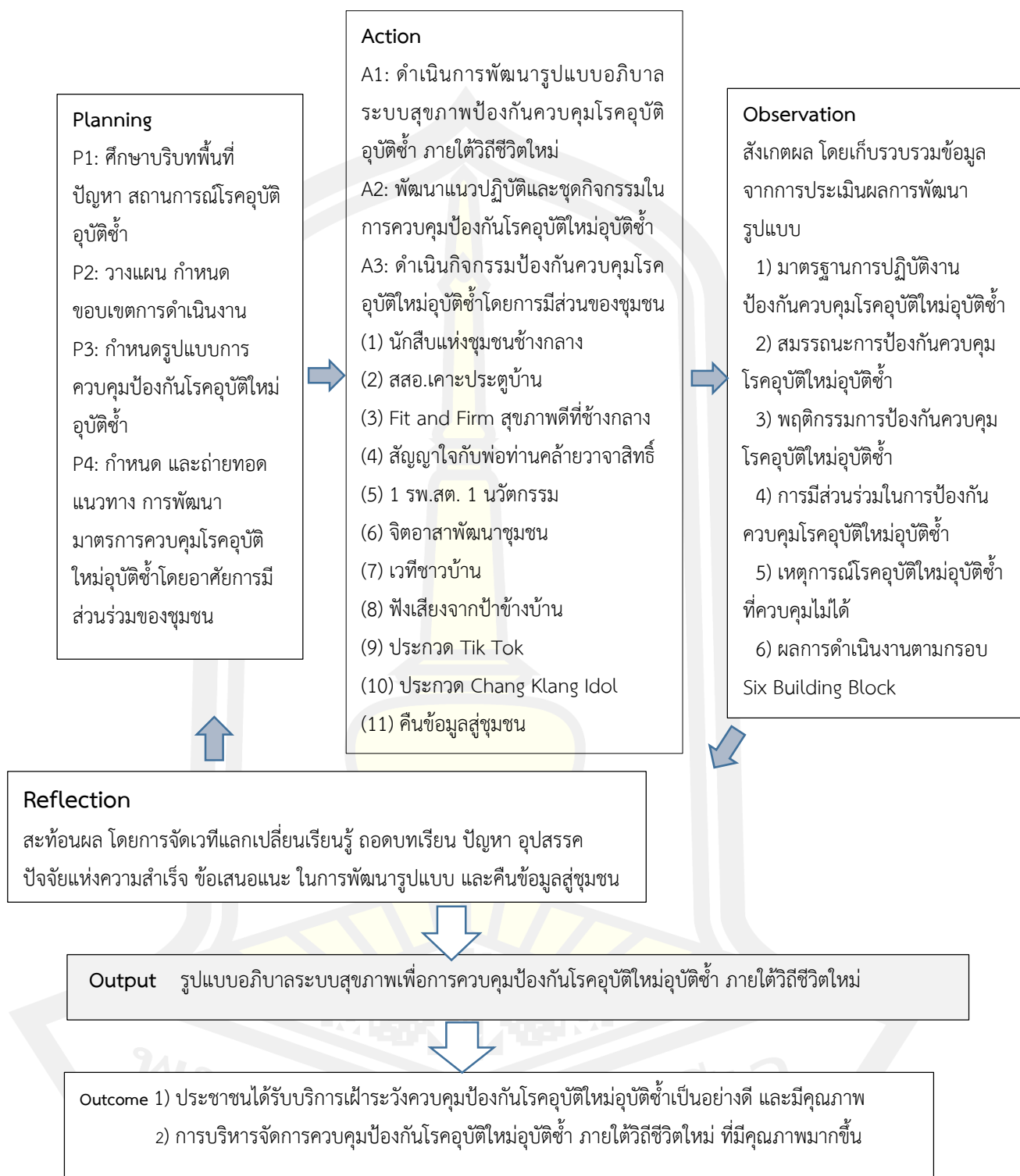
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องข้างต้น พบว่า การแก้ปัญหาการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี ต้องเริ่มตั้งแต่การศึกษาบริบท ปัญหา สถานการณ์การในพื้นที่ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมในป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ของประชาชนและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ซึ่งเป็นข้อมูลนำเข้าที่สำคัญในการออกแบบพัฒนารูปแบบในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ซึ่งการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประชาชน และตัวแทนจากทุก

ภาคมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนต่าง ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตผล และการสะท้อนผล ร่วมกับการอภิบาลสุขภาพ เป็นรูปแบบใช้ได้ผลกับหลายพื้นที่ ผลการพัฒนารูปแบบนี้ ประเมินจาก ความสำเร็จการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ เหตุการณ์โรคอุบัติอุบัติซ้ำที่ไม่สามารถควบคุมได้ สมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่

2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Kemmis, McTaggart, 1988) การมีส่วนร่วมของชุมชน นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุข และแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพ โดยผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) โดย Output จากการศึกษาครั้งนี้ คือ รูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ และ Outcome ได้แก่ 1) ประชาชนได้รับบริการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติอุบัติซ้ำที่มีคุณภาพ และ 2) การบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ มีคุณภาพดียิ่งขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐาน รายละเอียดดังภาพที่ 8





ภาพที่ 8 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 พื้นที่การศึกษาและขอบเขตการวิจัย
- 3.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.6 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ
- 3.7 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.8 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.9 จริยธรรมวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยเป็นเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในลักษณะเป็นวงรอบ เน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ขั้นที่ 1 ร่วมกันการวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 ร่วมกันปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observation) ขั้นที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflection) โดยการวิเคราะห์ปัญหา บริบท สถานการณ์พัฒนา แนวทางการพัฒนา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกกระบวนการ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method)

3.2 พื้นที่การศึกษาและขอบเขตการวิจัย

3.2.1 พื้นที่การศึกษา

การศึกษานี้ ศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3.2.2 ขอบเขตประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.2.2.1 ประชากร

ประชากร ทั้งหมด จำนวน 10,654 คน ได้แก่ ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในอำเภอข้างกลาง ได้แก่ ภาคประชาชน 10,579 คน ภาค หน่วยงานในการควบคุมโรคติดต่อ 23 คน กำนัน 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน 33 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน หน่วยงานปศุสัตว์ 1 คน และ พระ 12 รูป

3.2.2.2 กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย มี 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ศึกษาบริบท สถานการณ์ (2) กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบ และ (3) กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประเมินผลการพัฒนารูปแบบ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1) กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาบริบท สถานการณ์ ได้แก่

1.1) กลุ่มเป้าหมาย สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 403 คน

1.2) กลุ่มเป้าหมาย สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มาจากตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 1-2 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

กลุ่มเป้าหมาย สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 403 คน คือ ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในอำเภอข้างกลาง ได้แก่ ภาคประชาชน 368 คน ภาคหน่วยงานในการควบคุมโรคติดต่อ 23 คน กำนัน 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน 3 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน หน่วยงานปศุสัตว์ 1 คน และ พระ 2 รูป

2) กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบ จำนวน 39 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในอำเภอข้างกลาง ได้แก่ ตัวแทนประชาชน 4 คน ภาคหน่วยงานในการควบคุมโรคติดต่อ 23 คน กำนัน 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน 3 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน หน่วยงานปศุสัตว์ 1 คน และ พระ 2 รูป

3) กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มที่ 3 คือกลุ่มเข้ามามีประเมินผลการพัฒนารูปแบบ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่

3.1) กลุ่มเป้าหมาย สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 65 คน

3.2) กลุ่มเป้าหมาย สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มาจากตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 1-2 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

กลุ่มเป้าหมาย สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 65 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุม ป้องกันอุบัติเหตุใหม่อุบัติซ้ำในอำเภอช้างกลาง ได้แก่ ตัวแทนประชาชน 30 คน ภาคหน่วยงานในการ ควบคุมโรคติดต่อ 23 คน กำนัน 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน 3 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน หน่วยงานปศุสัตว์ 1 คน และ พระ 2 รูป ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนประชากรและกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม

ลำดับ	ส่วน	ประชากร (คน)	กลุ่มเป้าหมาย 1 (คน)	กลุ่มเป้าหมาย 2 (คน)	กลุ่มเป้าหมาย 3 (คน)
1	ภาคประชาชน	10,579	368	4	30
2	หน่วยงาน CDCU	23	23	23	23
3	กำนัน	3	3	3	3
4	ผู้ใหญ่บ้าน	33	3	3	3
5	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	3	3	3	3
6	พระ	12	2	2	2
7	ปศุสัตว์	1	1	1	1
	รวม	10,654	403	39	65

หมายเหตุ: ผู้ใหญ่บ้าน (3 คน) ในกลุ่มเป้าหมาย 1, 2, 3 คือ ผู้มีรายชื่อตามคำสั่งฯ

พระ (2 รูป) ในกลุ่มเป้าหมาย 1, 2, 3 คือ ตัวแทนพระในวัดส่งเสริมสุขภาพ ตามคำสั่งฯ

3.2.2.3 การคำนวณกลุ่มเป้าหมาย

3.2.2.3.1 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาบริบท และ สถานการณ์

กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาบริบทและสถานการณ์ จำนวน 403 คน (ตัวแทนจากภาคประชาชน 368 คน และ ตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ รวม 35 คน) สำหรับกลุ่มเป้าหมายจากภาคประชาชน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของภาคประชาชน โดยใช้สูตร ของ Daniel (1999) โดยคำนวณจากจากประชากรจากภาคประชาชน 10,579 คน ได้จำนวน กลุ่มเป้าหมายจากภาคประชาชน จำนวน 368 คน รายละเอียด ดังตาราง 3

$$n = \frac{NZ^2P(1-P)}{d^2(N-1) + Z^2P(1-P)}$$

n = sample

N = population

d= sample error (0.05)

Z = standard value at significant level 0.5 (1.96)

P = proportion of interests from previous (p=0.45) (Chaiyasit, S., 2021).

$$n = \frac{(10,579)(1.96)^2 (0.45)(1-0.45)}{(0.05)^2 (10,579-1) + (1.96)^2 (0.45)(1-0.45)}$$

$$n = 367.15 \rightarrow 368$$

ตาราง 3 จำนวนกลุ่มเป้าหมายจากภาคประชาชน ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาบริบท
สถานการณ์ การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง
จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตำบล	หมู่ที่	หลังคาเรือน (หลัง)	หลังคาเรือนคำนวณได้ (หลัง)	กลุ่มเป้าหมายจริง (คน)
ช้างกลาง	1	690	24.00	24
ช้างกลาง	2	455	15.83	16
ช้างกลาง	3	386	13.43	13
ช้างกลาง	4	642	22.33	22
ช้างกลาง	5	278	9.67	10
ช้างกลาง	6	337	11.72	12
ช้างกลาง	7	748	26.02	26
ช้างกลาง	8	370	12.87	12
ช้างกลาง	9	305	10.61	10
ช้างกลาง	10	237	8.24	8
ช้างกลาง	11	201	6.99	7
ช้างกลาง	12	211	7.34	7
ช้างกลาง	13	159	5.53	6
ช้างกลาง	14	259	9.01	9

ตาราง 3 จำนวนกลุ่มเป้าหมายจากภาคประชาชน ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการศึกษาบริบท
 สถานการณ์ การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง
 จังหวัดนครศรีธรรมราช (ต่อ)

ตำบล	หมู่ที่	หลังคาเรือน (หลัง)	หลังคาเรือนคำนวณได้ (หลัง)	กลุ่มเป้าหมายจริง (คน)
ข้างกลาง	15	122	4.24	4
ข้างกลาง	16	391	13.60	14
ข้างกลาง	17	247	8.59	10
หลักข้าง	1	310	10.78	11
หลักข้าง	2	244	8.49	8
หลักข้าง	3	168	5.84	6
หลักข้าง	4	316	10.99	12
หลักข้าง	5	496	17.25	17
หลักข้าง	6	218	7.58	8
หลักข้าง	7	123	4.28	4
หลักข้าง	8	197	6.85	7
หลักข้าง	9	160	5.57	6
หลักข้าง	10	470	16.35	16
สวนชั้น	1	206	7.17	7
สวนชั้น	2	264	9.18	9
สวนชั้น	3	240	8.35	8
สวนชั้น	4	144	5.01	5
สวนชั้น	5	249	8.66	9
สวนชั้น	6	261	9.08	9
สวนชั้น	7	97	3.37	3
สวนชั้น	8	157	5.46	5
สวนชั้น	9	221	7.69	8
รวม	-	10,579	368	368

สำหรับจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ 1-2 คน หรือเก็บจนข้อมูลจะอิ่มตัว

3.2.2.3.2 กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนารูปแบบ

กลุ่มเป้าหมายนี้คัดเลือกเฉพาะคนที่เกี่ยวข้องในการป้องกันควบคุมโรค จำนวน 39 คน มาจาก หน่วยงาน CDCU กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปศุสัตว์ และพระกลุ่มนี้เลือกมาทั้งหมด ไม่ได้คำนวณกลุ่มเป้าหมาย

3.2.2.3.3 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบและศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ทั้งหมด 65 คน

1) กลุ่มเลือกมาทั้งหมด ได้แก่ ตัวแทนที่มาจาก หน่วยงาน CDCU กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปศุสัตว์ และพระจำนวนทั้งหมด 35 คน

2) ตัวแทนหลังคาเรือน พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน ตำบลสวนขัน และรพ.สต.บ้านหลักช้าง ตำบลหลักช้าง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน กลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้ คำนวณโดยเปิดตาราง Cohen (1988) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) = 0.80 มาประมาณค่าจากตารางประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen (1988) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น = 95% และคำนวณค่าอำนาจในการตรวจสอบ (Power Analysis) = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวเป้าหมาย 20 คน ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ไม่น้อยกว่า 20 คน เพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบและป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษ ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มเป้าหมายเป็น จำนวน 30 คน กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบนี้ ได้แก่ ตัวแทนหลังคาเรือนและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน ตำบลสวนขัน และรพ.สต.บ้านหลักช้าง ตำบลหลักช้าง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช รวมทั้งหมด จำนวน 30 คน

สำหรับจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มที่ 3 ได้แก่ ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ 1-2 คน หรือเก็บจนข้อมูลจะอิ่มตัว

3.2.2.4 การสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาบริบทพื้นที่ และสถานการณ์ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในอำเภอช้างกลาง

กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาบริบท สถานการณ์ จำนวน 403 คน มีวิธีการสุ่มดังนี้

1) ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติเหตุใหม่อุบัติซ้ำในอำเภอข้างกลาง จำนวน 35 คน คัดเลือกมาด้วยวิธีจำเพาะเจาะจง (purposive sampling)

2) ตัวแทนจากภาคประชาชน ใช้วิธีสุ่มตัวแทนครัวเรือนโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) ตามบัญชีรายชื่อบ้านเลขที่ของครัวเรือนของแต่ละตำบล โดยนำบ้านเลขที่ของแต่ละหมู่บ้านมาสุ่มอย่างมีระบบ โดยฉับฉลากแห่งบ้านเลขที่หลังแรกที่ใช้เริ่มสุ่ม ซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือนจากจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 368 หลังคาเรือน ตามที่คำนวณได้ของแต่ละหมู่บ้าน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด สุ่มหาตัวสุ่มเริ่มต้นการสุ่ม โดยฉับฉลากแห่งบ้านเลขที่หลังแรกที่ใช้เริ่มสุ่ม ใช้วิธีการนับหน่วยของตัวอย่างนับไปตามช่วงของการสุ่ม จนกระทั่งครบ ซึ่งมีวิธีการสุ่มตัวแทนครัวเรือน โดยเลือกหัวหน้าครอบครัว หรือตัวแทนในแต่ละหลังคาเรือน ซึ่งเลือกผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในบ้านหรือในชุมชนมากที่สุด วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic Sampling) มีรายละเอียด ดังนี้

2.1) เลือกตำบล ในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งหมด จำนวน 3 ตำบล ได้แก่ ข้างกลาง สวนขัน และ หลักช้าง 36 หมู่บ้าน

2.2) นำบ้านเลขที่ของแต่ละหมู่บ้านมาสุ่มอย่างมีระบบ บ้านเลขที่หลังแรกที่ใช้เริ่มสุ่ม ซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือนจากจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 368 หลังคาเรือน ตามที่คำนวณได้ของแต่ละหมู่บ้าน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

โดยหาช่วงระยะห่างของการเลือกตัวอย่างโดยใช้สูตร ดังนี้

$$I = N/n$$

เมื่อ I = ช่วงของการสุ่ม

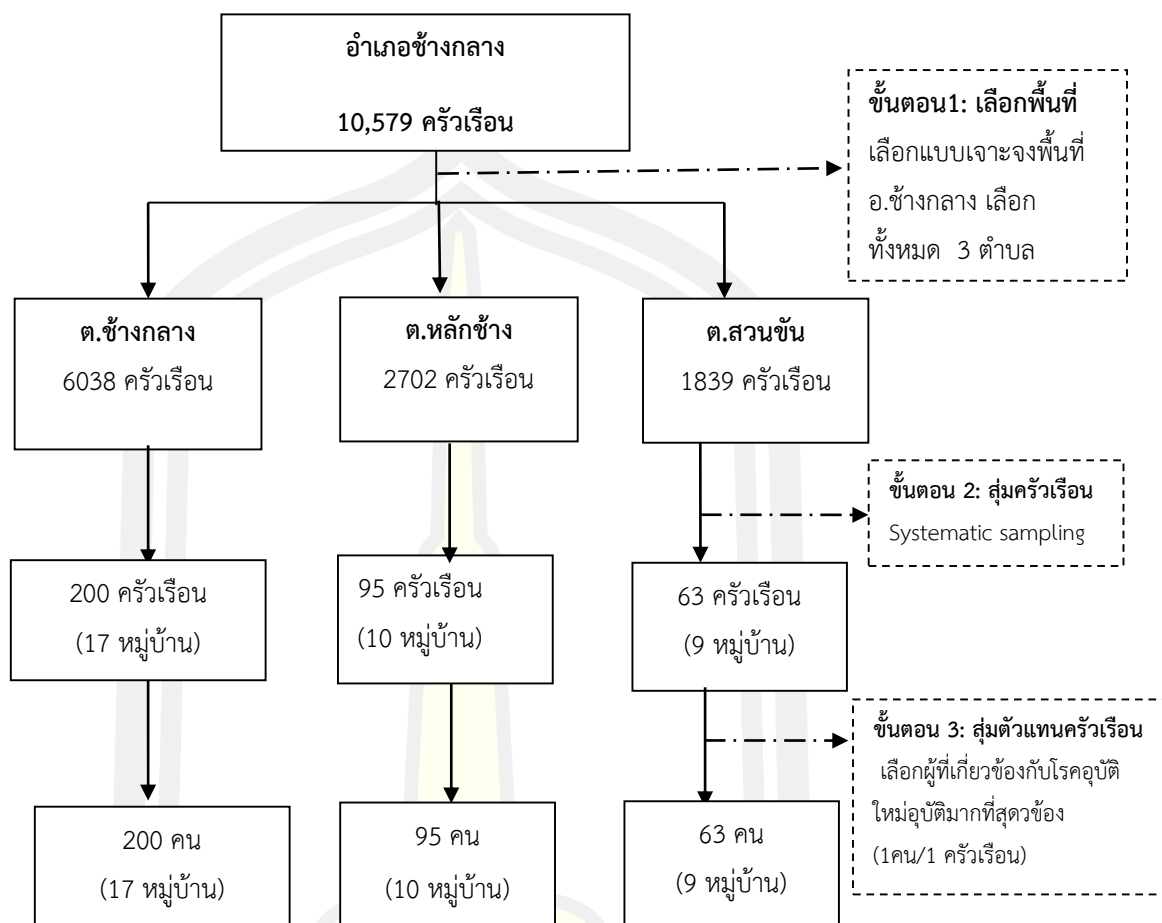
N = จำนวนครัวเรือนทั้งหมด

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$$\text{ได้ค่า } I = 10,579/368 = 28.75 \sim 29$$

2.3) สุ่มหาตัวสุ่มเริ่มต้นการสุ่ม โดยฉับฉลากแห่งบ้านเลขที่หลังแรกที่ใช้เริ่มสุ่ม

2.4) ใช้วิธีการนับหน่วยของตัวอย่างนับไปตามช่วงของการสุ่ม จนกระทั่งครบ 368 คน ซึ่งมีวิธีการสุ่มตัวแทนครัวเรือน โดยเลือกหัวหน้าครอบครัว หรือตัวแทนในแต่ละหลังคาเรือน รายละเอียด ดังภาพที่ 9



ภาพที่ 9 แผนผังการสุ่ม

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำหรือมีส่วนเกี่ยวข้อง ในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2) ประชาชนที่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้างกลาง อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 3) ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อ่านหนังสือออกและสามารถเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

- 1) มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูลไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย
- 2) ผู้ที่ไม่อยู่ในพื้นที่ในวันที่ไปเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3) ผู้ที่ป่วยจากโรคติดต่อติดเชื้อที่เป็นอันตราย ในระหว่างการดำเนินโครงการวิจัย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบ

กลุ่มที่ 2 คัดเลือกตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในอำเภอข้างกลาง จำนวน 39 คน คัดเลือกมาด้วยวิธี จำเพาะเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก

1) ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำหรือมีส่วนเกี่ยวข้อง ในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

เกณฑ์การคัดออก

1) มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

2) ผู้ที่ไม่อยู่ในพื้นที่ในวันที่ไปเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ผู้ที่ป่วยจากโรคติดต่อติดเชื้อที่เป็นอันตราย ในระหว่างการดำเนินโครงการวิจัย

กลุ่มที่ 3 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีประเมินผลการพัฒนารูปแบบ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบและศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ทั้งหมด 65 คน มีวิธีการสุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มเลือกมาทั้งหมด ได้แก่ ตัวแทนที่มาจาก หน่วยงาน CDCU กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปศุสัตว์ และพระ จำนวนทั้งหมด 35 คน

2) ตัวแทนจากภาคประชาชน ใช้วิธีสุ่มตัวแทนครัวเรือนโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) โดยเลือกตัวแทนหลังคาเรือน พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน ตำบลสวนขัน และรพ.สต.บ้านหลักช้าง ตำบลหลักช้าง อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน โดยเลือกตามบัญชีรายชื่อบ้านเลขที่ของครัวเรือนของแต่ละตำบล โดยนำบ้านเลขที่ของแต่ละหมู่บ้านมาสุ่มอย่างมีระบบ โดยฉับฉลากแห่งบ้านเลขที่หลังแรกที่ใช้เริ่มสุ่ม ซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือนจากจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 หลังคาเรือน ตามที่คำนวณได้ของแต่ละหมู่บ้าน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด สุ่มหาตัวสุ่มเริ่มต้นการสุ่ม โดยฉับฉลากแห่งบ้านเลขที่หลังแรกที่ใช้เริ่มสุ่ม ใช้วิธีการนับหน่วยของตัวอย่างนับไปตามช่วงของการสุ่ม จนกระทั่งครบ ซึ่งมีวิธีการสุ่มตัวแทนครัวเรือน โดยเลือกหัวหน้าครอบครัว หรือตัวแทนในแต่ละหลังคาเรือน ซึ่งเลือกผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในบ้านหรือในชุมชนมากที่สุด วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า

1) ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่ อุตสาหกรรมหรือมีส่วนเกี่ยวข้อง ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ผู้ที่มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย
- 2) ผู้ที่ไม่อยู่ในพื้นที่ในวันที่ไปเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3) ผู้ที่ย้ายทำงานที่อื่น เสียชีวิต ในระหว่างการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้
- 4) ผู้ที่ป่วยจากโรคติดต่อติดเชื้อที่เป็นอันตราย ในระหว่างการดำเนินโครงการวิจัย

3.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในการพัฒนารูปแบบอภีการระบบสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ขั้นเตรียมการ และขั้นพัฒนารูปแบบอภีการระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน ภายใต้วิถีชีวิตใหม่

3.3.1 ขั้นเตรียมการ

มีการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

- 1) ศึกษาข้อมูลพื้นที่ ศึกษาข้อมูลเอกสารต่างๆ ประชุมวางแผน และประสานงานกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ตัวแทนจากหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเชิญชวนเข้าร่วมในโครงการ และชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานโครงการวิจัย
- 2) สร้างการร่วมมือในการดำเนินงานที่จะมีขึ้น โดยการเข้าไปพบปะ พูดคุยปรึกษาหารือการดำเนินโครงการวิจัยในพื้นที่อำเภอช้างกลางอย่างไม่เป็นทางการ
- 3) จัดเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหา สื่อ และวัสดุอุปกรณ์ ที่จำเป็นต้องใช้ในโครงการวิจัยให้เพียงพอ

3.3.2 ขั้นพัฒนารูปแบบอภีการระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน ภายใต้วิถีชีวิตใหม่

ระยะนี้ มีการดำเนินการ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน 4 กระบวนการ ตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.3.1 ร่วมกันวางแผน (Planning) โดยดำเนินการ สร้างการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในชุมชน อำเภอช้างกลาง วิเคราะห์ความเป็นไปได้ที่จะจัดโครงการ ศึกษาบริบทของพื้นที่ ระบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ศึกษาค้นหาความต้องการของชุมชน โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ศึกษาปัญหาความต้องการของชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา กิจกรรมที่ใช้แก้ปัญหา กำหนดเป้าหมาย วางแผน ดำเนินงานร่วมกัน ปรับทัศนคติ วิถีคิด และการพัฒนาศักยภาพของบุคคล รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการเกิดโรค กำหนดพื้นที่นำร่องในการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากโครงการวิจัย พื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดในระดับชุมชน หมู่บ้านเพื่อวางแผนในการดำเนินงาน ป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนฤดูกาลระบาด เตรียมทีมบุคลากรในการป้องกัน ควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ทีมระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน

วางแผน ออกแบบกิจกรรมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรม จัดกิจกรรมในโครงการวิจัยการพัฒนาแบบอภีบาลระบบสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน แก้ไขปัญหาชุมชน โดยประชุมเตรียมวางแผนปฏิบัติการในงาน SRRT ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเตรียมทรัพยากรในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ พร้อมเตรียมชุมชนให้เข้าใจถึงการดูแลบริเวณบ้านเรือนของตนเองชี้แจงแนะนำการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. อสม. ผู้นำท้องถิ่น หัวหน้าส่วนราชการ โรงเรียน จนกระทั่งได้รูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่อำเภอช้างกลาง

3.3.2.2 ร่วมกันปฏิบัติ (Action) ดำเนินการตามแผน โดยพัฒนาปรับปรุงรูปแบบอภีบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ นำแผนจากขั้นตอนการไปสู่การปฏิบัติตาม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชระยะยาว กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการวิจัยแบบ New normal และขับเคลื่อนการทำงานโดยใช้รูปแบบอภีบาล สร้างการมีส่วนร่วมโดยการจัดประชุม ทั้ง on-site และ online ระหว่างทีมวิจัยพี่เลี้ยงและ ทีมวิจัยพื้นที่ เพื่อทำความเข้าใจกรอบการวิจัย เป้าหมาย วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน แผนปฏิบัติงานวิจัย ผลผลิต ผลลัพธ์ ผลกระทบที่คาดว่าจะได้รับ ร่วมกันออกแบบรายละเอียดกิจกรรมในการพัฒนาแบบอภีบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ ร่วมพัฒนาภาพรวมชุดความรู้และทักษะในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ต้องเหมาะสมกับพื้นที่อำเภอช้างกลาง ซึ่งจะต้องรวบรวมเป็นชิ้นงานผลผลิตของโครงการวิจัยในภาพรวม ออกแบบกิจกรรมการถอด

บทเรียนและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพ การมีส่วนของชุมชน ภายใต้วิถีชีวิตใหม่

3.3.2.3 ร่วมกันสังเกตผล (Observation) สังเกตผล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผลการพัฒนารูปแบบผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยร่วมกันเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ แบบบันทึกเหตุการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สามารถควบคุมไม่ได้ แบบทดสอบความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ แบบประเมินทักษะทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และแบบสัมภาษณ์ ปัญหาอุปสรรค สนับสนุนปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้แต่ละพื้นที่ในอำเภอช้างกลางดำเนินการในรูปแบบเดียวกัน ทีมวิจัยผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่จัดระบบและกลไกการบริหารจัดการ การประสานงาน และกำกับ ติดตามกระบวนการถอดบทเรียนโดยใช้วิธีการระดมสมอง การประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยลงพื้นที่และคำแนะนำทีมแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่

ระหว่างการดำเนินโครงการวิจัยมีขั้นตอนการควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล โดยประเมินผลก่อน ระหว่าง และหลังดำเนินการโครงการ โดยผู้วิจัยติดตามประเมินเพื่อทราบความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรค อาจมีการปรับแผนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตสถานการณ์และความเป็นไปได้ในการดำเนินงานโดยกำหนดประเด็นการประเมิน และการดำเนินโครงการตามวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยการประเมิน ประกอบด้วย มาตรฐานการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เหตุการณ์โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ผลการพัฒนารูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตามกรอบ Six Building Blocks ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบ

3.3.2.4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflection) โดยจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงาน การประเมินความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาข้างความเหมาะสมของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้เสียระดับพื้นที่ โดยองค์ประกอบในปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ และวางแผนในการแก้ไขปัญหาการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในครั้งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป พัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของชุมชนรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชที่ยั่งยืน

ให้สอดคล้องกับนโยบายและบริบทของท้องถิ่น ระบบงาน ทีมงาน ความต้องการที่เกิดจากคนในชุมชนในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากเครื่องมือมาตรฐานที่มีอยู่แล้ว และสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวกับแนวคิดในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การอภิบาลระบบสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย 8 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ตอนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ตอนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ตอนที่ 5 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ตอนที่ 6 แบบบันทึกเหตุการณ์โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ตอนที่ 7 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการพัฒนาารูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตามกรอบ Six Building Blocks

ตอนที่ 8 แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบ

รายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมมีดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล จำนวนทั้งหมด 8 ข้อ เป็นลักษณะคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และปลายเปิดให้เติมคำสั้นๆ ประกอบไปด้วยประเด็นเนื้อหา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประวัติการเป็นโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ตอนที่ 2 แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ จำนวนทั้งหมด 11 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค (2563) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการทำงานทีม 2) ด้านความพร้อมและการปฏิบัติงาน 3) ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน และ 4) ด้านผลงาน ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบ ผ่าน และไม่ผ่าน ในแต่ละข้อผ่านได้ 1 คะแนน ไม่ผ่าน ได้ 0 คะแนน เกณฑ์ คือ ต้องผ่านระดับ Basic requirement ทุกข้อ

ตอนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ จำนวน 25 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งให้เกณฑ์ของการประเมิน 5 ระดับ ดังนี้

5 หมายถึง คะแนนสมรรถนะอยู่ในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง คะแนนสมรรถนะอยู่ในระดับมาก

3 หมายถึง คะแนนสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง

2 หมายถึง คะแนนสมรรถนะอยู่ในระดับน้อย

1 หมายถึง คะแนนสมรรถนะอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ช่วง ตามเกณฑ์การคำนวณช่วงการวัดเพื่อแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ ตามช่วงคะแนน ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.20-5.00	หมายถึง	สมรรถนะสูงมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.40-4.19	หมายถึง	สมรรถนะสูง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.60-3.39	หมายถึง	สมรรถนะปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.80-2.59	หมายถึง	สมรรถนะต่ำ
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.79	หมายถึง	สมรรถนะต่ำมาก

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ จำนวน 12 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีระดับการวัด 4 ระดับ รายละเอียดดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อย	หมายถึง	ปฏิบัติ 3-5 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติเลย
การให้คะแนนข้อความ	ดังนี้	

คำตอบ

คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ

4 คะแนน

ปฏิบัติบ่อย

3 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ

1 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็นรายชื่อ และภาพรวม มีระดับการวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) จัดเป็น 5 ระดับ คือ คะแนนพฤติกรรมระดับสูงมาก สูง ปานกลาง ต่ำ และต่ำมาก โดยใช้การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}} = \frac{4 - 1}{5} = 0.60$	
คะแนนพฤติกรรมระดับสูงมาก	หมายถึง คะแนน 3.40 – 4.00
คะแนนพฤติกรรมระดับสูง	หมายถึง คะแนน 2.80 – 3.39
คะแนนพฤติกรรมระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนน 2.20 – 2.79
คะแนนพฤติกรรมระดับต่ำ	หมายถึง คะแนน 1.60 – 2.19
คะแนนพฤติกรรมระดับต่ำมาก	หมายถึง คะแนน 1.00 – 1.59

ตอนที่ 5 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผน 2) การมีส่วนร่วมดำเนินการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์คะแนนดังนี้

	เชิงบวก	เชิงลบ
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน

สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนในแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ผู้วิจัยกำหนดให้การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดลำดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ช่วง ตามเกณฑ์การคำนวณช่วงการวัดเพื่อแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงการวัด} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= (5-1)/5 \\ &= 0.80 \end{aligned}$$

ดังนั้นเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.20-5.00 หมายถึง	การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.40-4.19 หมายถึง	การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.60-3.39 หมายถึง	การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.80-2.59 หมายถึง	การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.79 หมายถึง	การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำมาก

ตอนที่ 6 แบบบันทึกเหตุการณ์โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เป็นลักษณะเดิมข้อความแบบสั้น ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ประวัติเดินทางมาจากพื้นที่ระบาด ประวัติการได้รับวัคซีน (กรมควบคุมโรค, 2564)

ตอนที่ 7 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการพัฒนารูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตามกรอบ Six Building Blocks ประกอบด้วยข้อความลักษณะปลายเปิด 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การให้บริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศ 4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ 5) การบริหารจัดการงบประมาณ การเงินการคลัง และ 6) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ

ตอนที่ 8 แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ปัญหาอุปสรรค 2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และ 3) ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบอภิบาลเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยประยุกต์แนวคำถามจากแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพ ของกรมอนามัย (กรมอนามัย, 2562) ลักษณะข้อความปลายเปิด

3.4.2 วัสดุอุปกรณ์

วัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง คอมพิวเตอร์ และกล้องถ่ายรูป

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

3.5.1 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

3.5.1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3.5.1.2 กำหนดกรอบแนวคิดและเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนำมาใช้เป็นข้อมูลในการสร้างแบบสอบถามซึ่งเป็นลักษณะปลายปิด

3.5.1.3 นำร่างเครื่องมือวิจัยที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจวิจารณ์เสนอแนะ ปรับปรุงเพื่อความเหมาะสมและความถูกต้องของแบบสอบถาม ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีทั้งหมดจำนวน 3 ท่าน

3.5.1.4 นำเครื่องมือวิจัยที่ได้แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

หลังจากการพัฒนาเครื่องมือเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และความเป็นปรนัยของข้อคำถามเบื้องต้นด้วยตัวเอง

3.5.2 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

3.5.2.1 การตรวจสอบความตรง (Validity)

เครื่องมือวิจัยที่สร้างและพัฒนาขึ้นในการศึกษาคั้งนี้ นำไปตรวจสอบคุณภาพ โดยให้โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านระบบสุขภาพ มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการส่งเสริมและป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ จำนวน 5 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์กำหนดให้คะแนนผลการพิจารณา

การหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ประเมินความสอดคล้องมี 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง
- 2 หมายถึง สอดคล้องบางส่วน
- 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง
- 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก

สูตรในการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ข้อที่ได้รับการประเมิน 3 หรือ 4 เท่านั้น มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ดังนั้นในการคำนวณจริง จึงมีลักษณะเป็นข้อมูลทวิ (dichotomous) คือ ไม่สอดคล้อง (1 หรือ 2) และ สอดคล้อง (3 หรือ 4)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 หรือ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

CVI = 1.00 = เนื้อหาคำถามสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีของตัวแปร

CVI = 0.00 = เนื้อหาคำถามไม่สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีของตัวแปร

ค่า CVI ที่ใช้ได้สำหรับการศึกษานี้ มีค่า 0.80 ขึ้นไป (ในการศึกษานี้ CVI = 0.99)

3.5.2.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มเป้าหมายและเป็นกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายจริงในการวิจัยครั้งนี้ โดยทำการทดสอบเครื่องมือกับ เจ้าหน้าที่ ประชาชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน โดย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินสมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย 2 วิธี คือ (1) วิธีหาค่า Cronbach's alpha Coefficient กำหนด 0.80 ขึ้นไป และ (2) วิธีหาค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือวิจัย (Discrimination Index) กำหนด 0.20 ขึ้นไป

ในการศึกษานี้ ค่า Cronbach's alpha Coefficient ของแบบประเมินสมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ มีค่าเท่ากับ 0.93, 0.79 และ 0.93 ตามลำดับ ค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมินสมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ มีค่าอยู่ในช่วง 0.27-0.81 พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ มีค่าอยู่ในช่วง 0.21-0.67 และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ มีค่าอยู่ในช่วง 0.54 -0.85

3.5.3 การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ โดยนำรูปแบบไปตรวจสอบคุณภาพ โดยให้โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบมาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility Standard) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility Standard) ด้าน

ความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy Standard) เนื้อหาในกิจกรรมตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ และความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านระบบสุขภาพ มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการส่งเสริมและป้องกันอุบัติเหตุอุบัติซ้ำจำนวน 5 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์

3.5.4 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness of data) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลภาคสนามมาตรวจสอบคุณภาพ เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และน่าเชื่อถือ ป้องกันความผิดพลาดในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) การศึกษานี้ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน ได้แก่ ใช้วิธีการสังเกตควบคู่ไปกับการซักถาม พร้อมทั้งศึกษาเอกสารประกอบ

3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมจากแหล่งข้อมูลเอกสารและจากบุคคล ข้อมูลเชิงปริมาณที่เก็บในการศึกษานี้ ได้แก่ 1) มาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ 2) สมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ 3) พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ 4) การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และ 5) เหตุการณ์โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

3.6.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.6.2.1 การสนทนากลุ่ม (Group Discussion) ประเด็นที่ต้องการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนาโดยแนะนำตัวเอง และบอกวัตถุประสงค์การสนทนากลุ่มพร้อมทั้งให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง ผู้วิจัยขออนุญาตจดบันทึกประเด็นไว้สร้างความสัมพันธ์ที่ดีก่อนเข้าสู่ประเด็นการสนทนาที่เตรียมไว้ระหว่างการสนทนาจะพยายามกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสพูดคุยแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ ประเด็นสัมภาษณ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เหตุการณ์โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ผลการพัฒนารูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตามกรอบ Six

Building Blocks ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

3.6.2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ประเด็นที่ต้องการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ ผลการพัฒนารูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตามกรอบ Six Building Blocks ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 10 คน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการนัดหมายไว้ล่วงหน้า คำนึงถึงความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก 30-60 นาที

3.6.2.3 การสังเกต (Observation) การศึกษาครั้งนี้จำเป็นต้องเก็บข้อมูลโดยวิธีการสังเกตด้วย ทั้งนี้เพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องกับข้อมูลที่เก็บด้วย โดยผู้วิจัยได้สังเกตแบบมีส่วนร่วมในขณะทำกิจกรรมตามขั้นตอนต่าง ๆ ของโครงการวิจัย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชนอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช วิธีบันทึกข้อมูลคือ การจดบันทึก บันทึกเทป และบันทึกภาพ

3.6.3 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ มีระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาทั้งหมด ตั้งแต่ กรกฎาคม 2565 - มกราคม 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ กันยายน-ธันวาคม 2565 ผู้วิจัยดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.6.3.1 เสนอขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.6.3.2 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหัวหน้าหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในอำเภอช้างกลาง เพื่อขอความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมให้ออกสารคำแนะนำและใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัย และนัดหมายวันเวลาในการดำเนินการวิจัย

3.6.3.3 ศึกษาข้อมูลพื้นที่ ประชุมวางแผน และประสานงานกับเครือข่ายต่างๆ ตัวแทนจากหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้นำชุมชน ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช และชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน ให้เข้าร่วมโครงการวิจัย สร้างการร่วมมือในการดำเนินงาน โดยการเข้าไปพบปะ พูดคุย ปรึกษาหารือการดำเนินโครงการวิจัยในพื้นที่อำเภอช้างกลางอย่างไม่เป็นทางการ และจัดเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหา สื่อ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในโครงการวิจัย

3.6.3.4 ดำเนินการฝึกอบรมผู้ช่วยผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างราบรื่น ใช้ทำความเข้าใจและฝึกอบรมผู้ช่วยนักวิจัย เวลา 2 วัน โดยอธิบายให้ทราบวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รายละเอียดของกิจกรรมทำความเข้าใจดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

3.6.3.5 วางแผน (Planning) กำหนดขอบเขตการดำเนินงานรูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ ขับเคลื่อนโดย คณะกรรมการในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3.6.3.6 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (Action) โดยการออกแบบและพัฒนา รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ ออกแบบและพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่

3.6.3.7 สังเกตผลที่เกิดขึ้น (Observation) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากการรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผลการพัฒนา โดยประเมินจากคุณภาพการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ บันทึกเหตุการณ์โรคอุบัติอุบัติใหม่ที่ไม่สามารถควบคุมได้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ ตั้งแต่ กันยายน-ธันวาคม 2565

3.6.3.8 สะท้อนผล (Reflection) โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบ และประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ และการสนทนากลุ่ม

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้มีรายละเอียด ดังนี้

3.7.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเป็นโรคอุบัติอุบัติซ้ำ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ใช้วิเคราะห์ อายุ รายได้ มาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ สมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ เหตุการณ์โรคอุบัติอุบัติซ้ำ

3.7.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย สมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ก่อนและหลังการเข้าพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ Paired T-test

3.7.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ระหว่างกลุ่มเจ้าหน้าที่ และกลุ่มประชาชน ด้วยสถิติ Independent T-test

3.7.4 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ หลังพัฒนารูปแบบ กับค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยใช้สถิติ One Sample T-test

3.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประเด็นของบริษัท สถานการณ์ ผลการพัฒนา รูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตามกรอบ Six Building Blocks ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จัดระเบียบข้อมูล ได้แก่ การถอดเทปจากการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim) เขียนบันทึก พร้อมทั้งสรุปข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นหรือหัวข้อการวิเคราะห์ (Themes) ที่ได้กำหนดไว้ สรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับประเด็นหรือหัวข้อการวิเคราะห์ (Themes) สรุปสาระสำคัญ ทัศนคติ และตรวจสอบความถูกต้องของผลการวิจัย

3.8 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมการวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิของตัวอย่างและได้กำหนดขั้นตอน ในการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์พิจารณา หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการกิจกรรม ได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอนและรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยได้ตลอดเวลาผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างก่อน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตัดสินใจเข้าร่วม และออกจากกรวิจัยได้โดยอิสระ สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้เพื่อประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือความเกิดความเสียหายใดๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง สำหรับการศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ 2 หน่วยงาน ได้แก่

1) คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 380-348/2565 ระยะเวลารับรอง ตั้งแต่ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565 – 22 พฤศจิกายน 2566

2) คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่รับรอง P068/2565 ระยะเวลารับรอง ตั้งแต่
วันที่ 19 กันยายน 2565 – 18 กันยายน 2566



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีวัตถุประสงค์เฉพาะ 1) เพื่อศึกษาบริบท และสถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช 3) เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช และ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไป

4.2 ผลการศึกษาบริบทพื้นที่ และสถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4.3 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4.4 ผลการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4.5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบอภิบาลในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.65 มีอายุเฉลี่ย 51.41 ± 11.59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 77.67 มีระดับการศึกษาระดับอนุปริญญาและปริญญาตรี ร้อยละ 27.30 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.94 ในกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่และบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่วนใหญ่ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 31.70 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 85.49 ในกลุ่มประชาชนส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.22 โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อ COVID-19 รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างประชาชนและเจ้าหน้าที่ และบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n= 403)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	321	79.65
ชาย	82	20.35
อายุ (ปี) Mean= 51.41 ± 11.59		
สถานภาพสมรส		
สมรส	24	5.96
โสด	313	77.67
หม้าย	46	11.41
หย่า/แยก	20	4.96
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	101	25.06
มัธยมต้น	78	19.35
มัธยมปลาย	107	26.55
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	110	27.30
ปริญญาโท	6	1.49
ปริญญาเอก	1	0.25
อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	47	11.67
ค้าขาย	21	5.21
รับจ้างทั่วไป	33	8.19
ธุรกิจส่วนตัว	10	2.48
เกษตรกร	283	70.22
อื่นๆ	9	2.23

4.2 ผลการศึกษาบริบทพื้นที่ และสถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4.2.1 ผลการศึกษาบริบทพื้นที่ และสถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ผลการศึกษาบริบทพื้นที่ พบว่า โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ที่พบในช่วงเวลาที่ดำเนินการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ โรคติดเชื้อ COVID-19 โรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ H1N1 (2009) โรคฉี่หนู โรคมือเท้าปาก โรคไข้ปวดข้อยุงลาย และโรคไข้เลือดออก โดยพบอัตราป่วยต่อแสนประชากร 1640.76, 414.51, 34.54, 10.36, 6.91, 6.91, 6.91 และ 6.91 ตามลำดับ สถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบปัญหาในการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการและทรัพยากร ด้านการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง ปัญหาการตอบสนองต่อการระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และปัญหาด้านการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัยที่มีอยู่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว ประชาชนได้รับบริการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ยังไม่ทั่วถึง หน่วยงานเครือข่ายมีแผนรองรับการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำยังทำงานไม่เต็มที่ วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ ห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงานที่มีคุณภาพยังไม่เพียงพอ เทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่รวดเร็วที่ถูกต้อง ทันสถานการณ์ต่างๆ มีความซับซ้อน ใช้งานไม่สะดวก การมีส่วนร่วมของชุมชนไม่เต็มที่ การบัญชาการเหตุการณ์และแผนการปฏิบัติตอบสนองต่อสถานการณ์รวมถึงระบบการปฏิบัติอื่นๆ มีความล่าช้า

4.2.2 สมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่และบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีคะแนนสมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (4.05 ± 0.56) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ สามารถปกปิดข้อมูลผู้ป่วย (4.61 ± 0.67) รองลงมา ได้แก่ การทำความสะอาดมือตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติของกรมควบคุมโรค ได้ถูกต้อง (4.39 ± 0.63) ข้อที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ ทักษะการวินิจฉัยแยกโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (3.66 ± 0.76) ดังตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่
อุบัติซ้ำ ของกลุ่มเจ้าหน้าที่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=35)

การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	Mean	S.D.
1 ทักษะการประเมินการประเมิน อาการแสดง ของผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.80	0.71
2 ทักษะการคัดกรอง และการคัดแยกผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.83	0.74
3 ทักษะการคัดกรองผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.78	0.76
4 ทักษะการคัดแยกผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.72	0.72
5 ทักษะการซักประวัติ การวินิจฉัยแยกโรคโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.78	0.76
6 ทักษะการซักประวัติโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.88	0.76
7 ทักษะการวินิจฉัยแยกโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.66	0.76
8 ทักษะการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (เช่น ชุด PPE) ได้ถูกต้อง	4.24	0.73
9 เตรียมความพร้อมเมื่อมีการระบาด ของโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้ทันเวลา	3.95	0.77
10 ทำความสะอาดมือตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติของกรมควบคุมโรคถูกต้อง	4.39	0.63
11 ทำลายเชื้อบริเวณที่มีการแพร่กระจายเชื้อ ได้ถูกวิธี	4.20	0.60
12 ให้คำแนะนำผู้ป่วยหรือญาติเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	4.27	0.59
13 ตรวจสอบสับสนโรค เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่	3.83	0.80
14 ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำในเบื้องต้น เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยตามขอบเขต หน้าที่ในวิชาชีพหรือบทบาทของตนเอง เป็นต้น	4.02	0.79
15 สามารถควบคุมอารมณ์ สงบอารมณ์ได้อย่างรวดเร็ว เมื่อมีความโกรธหรือปัจจัยเร้าทำให้ อารมณ์ไม่คงที่ขณะปฏิบัติงาน	4.15	0.73
16 เสริมสร้างกำลังใจในการทำงานให้ตนเอง	4.22	0.69
17 การตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้า	4.08	0.66
18 ความเสียสละ เต็มใจ เจตคติที่ดี มีใจรักในการดูแลผู้ป่วย	4.32	0.69
19 สามารถปกปิดข้อมูลผู้ป่วย	4.61	0.67
20 ความสามารถประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิต่างๆ ที่ควรได้รับ	4.32	0.72
21 ทักษะในการทำงานเป็นทีม	4.27	0.67
22 ความสามารถประสานงานความร่วมมือกับหน่วยงานและบุคลากรภายนอก ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	4.07	0.69
23 ทักษะในการใช้เทคนิคการสื่อสารต่างๆ เพื่อลดการขัดแย้งระหว่างผู้ร่วมงาน	4.07	0.69
24 ความสามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ (เช่น ผล Lab) มาประยุกต์ใช้ในการ การดูแลผู้ป่วย	3.73	0.78
25 ความใฝ่รู้ เช่นกระตือรือร้นในการเรียนรู้และแสวงหาความรู้โรคติดต่ออุบัติใหม่	4.07	0.65
โดยรวม	4.05	0.56

4.2.3 พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (2.94 ± 0.41) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ท่านหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของ เครื่องใช้ร่วมกับผู้อื่น (3.70 ± 0.52) รองลงมา ได้แก่ ท่านหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น หรือ แออัด (3.46 ± 0.61) และ เมื่อท่านเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีความเสี่ยงของโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำท่านกักตัวตามกำหนดของมาตรการป้องกันควบคุมโรค ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (3.61 ± 0.64) ตามลำดับ ข้อที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ ท่านใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ เมื่อเข้าไปสถานที่ที่กำหนด (2.32 ± 0.68) ดังตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของกลุ่มตัวอย่างประชาชน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=368)

พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	Mean	S.D.
1.หลังจากสัมผัสสิ่งของของท่านล้างมืออย่างถูกวิธี (ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค)	2.68	0.52
2.ท่านสวมใส่อุปกรณ์ในการการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ เช่น หน้ากากอนามัย	2.79	0.48
3.ท่านเว้นระยะห่างทางสังคมตามหลักการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ	2.69	0.52
4.ท่านใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ เมื่อเข้าไปสถานที่ที่กำหนด	2.32	0.68
5.ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่	2.84	0.44
6.เมื่อท่านมีอาการป่วยจากการติดเชื้อ และได้รับยาฆ่าเชื้อแก้อักเสบ ท่านกินยาจนหมดตามที่แพทย์สั่ง	2.75	0.53
7.เมื่อท่านเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีความเสี่ยงของโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำท่านกักตัวตามกำหนดของมาตรการป้องกันควบคุมโรค ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	3.61	0.64
8.ท่านฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	2.83	0.45
9. ท่านสังเกตตนเองเมื่อมีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น หายใจเหนื่อยหอบ หรือ ลื่นไม่รับรู้รสชาติ	2.74	0.53
10. ท่านใช้ช้อนกลางส่วนตัว เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	2.82	0.46
11. ท่านหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของ เครื่องใช้ร่วมกับผู้อื่น	3.70	0.52
12. ท่านหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น หรือ แออัด	3.62	0.63
โดยรวม	2.94	0.41

พฤติกรรมกำรป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยรวมกลุ่มของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกำรควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ พบว่า กลุ่มเจ้าหน้าที่ มีคะแนนพฤติกรรมกำรป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (3.28 ± 0.21) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ท่านหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของ เครื่องใช้ร่วมกับผู้อื่น (3.77 ± 0.43) รองลงมา ได้แก่ ท่านหลีกเลี่ยงกำรเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น หรือ แออัด (3.62 ± 0.63) และ เมื่อท่านมีอาการป่วยจากการติดเชื้อ และได้รับยารักษาเชื้อแก้อักเสบ ท่านกินยาจนหมดตามที่แพทย์สั่ง (3.34 ± 0.48) ตามลำดับ ข้อที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ ท่านสวมใส่อุปกรณ์ในการกำรป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ เช่น หน้ากากอนามัย (3.11 ± 0.63) ดังตาราง 7

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมกำรป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=35)

พฤติกรรมกำรป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	Mean	S.D.
1.หลังจากสัมผัสสิ่งของ ท่านล้างมืออย่างถูกวิธี (ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค)	3.20	0.58
2.ท่านสวมใส่อุปกรณ์ในการกำรป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ เช่น หน้ากากอนามัย	3.11	0.63
3.ท่านเว้นระยะห่างทางสังคมตามหลักการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ	3.14	0.55
4.ท่านใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ เมื่อเข้าไปสถานที่ที่กำหนด	3.14	0.65
5.ท่าน รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่	3.29	0.46
6.เมื่อท่านมีอาการป่วยจากการติดเชื้อ และได้รับยารักษาเชื้อแก้อักเสบ ท่านกินยาจนหมดตามที่แพทย์สั่ง	3.34	0.48
7.เมื่อท่านเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีความเสี่ยงของโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำท่านกักตัว ตามกำหนดของมาตรการป้องกันควบคุมโรค ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	3.17	0.66
8.ท่านฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	3.31	0.68
9. ท่านสังเกตตนเองเมื่อมีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น หายใจเหนื่อยหอบ หรือ ลื่นไม่รับรู้รสชาติ	3.14	0.43
10. ท่านใช้ช้อนกลางส่วนตัว เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	3.29	0.62
11. ท่านหลีกเลี่ยงกำรใช้สิ่งของ เครื่องใช้ร่วมกับผู้อื่น	3.77	0.43
12. ท่านหลีกเลี่ยงกำรเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น หรือ แออัด	3.46	0.61
โดยรวม	3.28	0.21

4.2.4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (3.93 ± 0.71) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ท่านมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในชุมชน (4.12 ± 0.83) รองลงมา ได้แก่ ท่านให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (4.11 ± 0.82) ข้อที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ ท่านมีส่วนร่วมเสนอวิธีดำเนินการเมื่อพบผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน (3.77 ± 0.81) ดังตาราง 8

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของกลุ่มตัวอย่างประชาชน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=368)

การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	Mean	S.D.
1. ท่านมีส่วนร่วมในการทำแผนป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน	3.83	0.88
2. ท่านมีส่วนร่วมเสนอวิธีดำเนินการ เมื่อพบผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน	3.77	0.81
3. ท่านมีส่วนร่วมจัดทำโครงการหรือกิจกรรมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.79	0.89
4. ท่านมีส่วนร่วมในวางแผนติดตามประเมินผลในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.78	0.89
5. ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจแหล่งเชื้อโรคพื้นที่ หรือสภาพแวดล้อมในชุมชน	3.91	0.87
6. ท่านให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	4.11	0.82
7. ท่านมีส่วนร่วมในการพูดคุย แลกเปลี่ยนปัญหาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน	3.88	0.87
8. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชน ให้ถูกสุขลักษณะ	3.91	0.83
9. ท่านให้การสนับสนุนในกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคของชุมชน	4.06	0.82
10. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในชุมชนของท่าน	4.00	0.81
11. ท่านมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในชุมชน	4.12	0.83
12. ท่านมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือคนในชุมชนในด้านป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เช่น อำนวยความสะดวก ต่างๆ เป็นต้น	4.06	0.81
โดยรวม	3.93	0.71

ผลการศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานฯ มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (4.01 ± 0.63) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ท่านมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในชุมชน (4.34 ± 0.68) รองลงมา ได้แก่ ท่านให้การสนับสนุนในกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคของชุมชน (4.23 ± 0.77) ข้อที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ ท่านมีส่วนร่วมในวางแผนติดตามประเมินผลในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (3.69 ± 0.76) ดังตาราง 9

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=35)

การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	Mean	S.D.
1. ท่านมีส่วนร่วมในการทำแผนป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน	3.80	0.83
2. ท่านมีส่วนร่วมเสนอวิธีดำเนินการ เมื่อพบผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน	3.86	0.77
3. ท่านมีส่วนร่วมจัดทำโครงการหรือกิจกรรมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.74	0.82
4. ท่านมีส่วนร่วมในวางแผนติดตามประเมินผลในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.69	0.76
5. ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจแหล่งเชื้อโรคพื้นที่ หรือสภาพแวดล้อมในชุมชน	3.97	0.71
6. ท่านให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	4.17	0.75
7. ท่านมีส่วนร่วมในการพูดคุย แลกเปลี่ยนปัญหาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน	3.94	0.73
8. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชน ให้ถูกสุขลักษณะ	3.97	0.82
9. ท่านให้การสนับสนุนในกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคของชุมชน	4.23	0.77
10. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชนของท่าน	4.11	0.76
11. ท่านมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในชุมชน	4.34	0.68
12. ท่านมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือคนในชุมชนในด้านป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เช่น อำนวยความสะดวกต่างๆ เป็นต้น	4.29	0.71
โดยรวม	4.01	0.63

4.2.6 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ระหว่างกลุ่มประชาชน และเจ้าหน้าที่

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำระหว่างกลุ่มประชาชน และเจ้าหน้าที่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) แต่คะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำระหว่างกลุ่ม ประชาชน และเจ้าหน้าที่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value}=0.547$) ดังตาราง 10

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ก่อนพัฒนารูปแบบ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างประชาชน และกลุ่มเจ้าหน้าที่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=403)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	Mean \pm S.D.		t	p-value*
		ประชาชน	จนท.		
พฤติกรรม	4.00	2.93 \pm 0.93	3.28 \pm 0.21	8.44	<0.001
การมีส่วนร่วม	5.00	3.93 \pm 0.71	4.04 \pm 0.64	0.60	0.547

หมายเหตุ * Independent Samples Test, ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

4.3 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่และสภาพปัญหาชุมชน 2) วางแผนร่วมกับชุมชน 3) ดำเนินการตามแผน 4) สังเกตและติดตามผลร่วมกับชุมชน 5) สะท้อนผลและถอดบทเรียนจากชุมชน รายละเอียด ดังนี้

4.3.1 ศึกษาบริบทของพื้นที่และสภาพปัญหาชุมชน โดยศึกษาบริบทของพื้นที่และสภาพปัญหาที่พบชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชนศึกษาบริบทของพื้นที่ อำเภอช้างกลาง ศึกษาปัญหาความต้องการของชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน โดยวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการเกิดโรคอุบัติใหม่ ศึกษาข้อมูลพื้นที่ สสำรวจผู้ประวัติเสี่ยงในการได้รับเชื้อโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ศึกษา

ข้อมูลเอกสารต่างๆ กำหนดพื้นที่นำร่องในการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากโครงการวิจัย พื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดในระดับชุมชนหมู่บ้านเพื่อวางแผนในการดำเนินงาน ป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนฤดูกาลระบาด เตรียมทีมบุคลากรในการป้องกัน ควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ทีมระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน สร้างการร่วมมือในการดำเนินงานที่จะมีขึ้น โดยการเข้าไปพบปะพูดคุย ปรึกษาหารือการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอข้างกลางอย่างไม่เป็นทางการ

4.3.2 วางแผนป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำร่วมกับชุมชน โดยสร้างการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในชุมชน อำเภอข้างกลาง วิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบประชุมวางแผน และประสานงานกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ตัวแทนจากหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช วางแผนออกแบบกิจกรรมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน ให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน แก้ไขปัญหาชุมชน โดยประชุมเตรียมวางแผนปฏิบัติการในงาน SRRT ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเตรียมทรัพยากรในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ พร้อมเตรียมชุมชนให้เข้าใจถึงการดูแลบริเวณบ้านเรือนของตนเองชี้แจงแนะนำการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานพัฒนามาตรการควบคุมโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำโดยชุมชนมีส่วนร่วม

4.3.3 ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยออกแบบพัฒนาปรับปรุงรูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ นำแผนจากขั้นตอนการไปสู่การปฏิบัติตาม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในชุมชน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชระยะยาว ในรูปแบบ New normal และขับเคลื่อนการทำงานโดยใช้รูปแบบอภิบาลสุขภาพ การมีส่วนร่วมโดยการจัดประชุมทั้ง on-site และ online วิธีการดำเนินงาน ร่วมกันออกแบบรายละเอียดกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ ในชุมชน พัฒนาแนวทางในการควบคุมป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอข้างกลาง สำหรับประชาชน และเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอข้างกลาง รูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่จากการศึกษานี้ ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ “CHANG KLANG” ได้แก่ (1) Community participation การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (2) Health information technology ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ (3) Active response and management ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลา และควบคุมป้องกันดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (4) New normal ดำเนินงานภายใต้วิถีชีวิตใหม่ (5)

Governance การอภิบาลระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม (6) Knowledge management and innovation จัดการความรู้ ส่งเสริมการผลิตนวัตกรรม (7) Literacy เจ้าหน้าที่ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (8) Active ONE HEALTH ครอบคลุมการปฏิบัติทั้งสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม (9) Network and team เครือข่ายและทีมที่เข้มแข็ง และ (10) Goal เป้าหมาย คือเข้าถึงประชาชนเข้าถึงบริการ ครอบคลุมทุกพื้นที่ ให้บริการที่มีคุณภาพ และความปลอดภัย

กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ออกแบบและพัฒนาขึ้นจากความร่วมมือของชุมชน เพื่อควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ 11 กิจกรรมหลัก ได้แก่ (1) นักสืบแห่งชุมชนข้างกลาง (2) สสอ. เคาะประตูบ้าน (3) Fit and Firm สุขภาพดีที่ข้างกลาง (4) สัญญาใจกับพ่อท่านคล้ายวาสิทธิ์ (5) 1 รพ.สต. 1 นวัตกรรม (6) จิตอาสาพัฒนาชุมชนให้พ้นจากโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (7) เวทีชาวบ้าน (8) ฟังเสียงจากป่าข้างบ้าน (9) ประกวด Tik Tok ชาวข้างกลางห่างไกลโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (10) ประกวด Chang Klang Idol ด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และ (11) คั้นข้อมูลสู่ชุมชน รายละเอียดกิจกรรม กล่าวถึงในผลการพัฒนารูปแบบ

4.3.4 สังเกตและติดตามผลป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำร่วมกับชุมชน โดยติดตามประเมินผลการพัฒนารูปแบบร่วมกับชุมชน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประเมินผลการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ บันทึกเหตุการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ประเมินทักษะทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สัมภาษณ์เชิงลึกถึงปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จัดระบบและกลไกการบริหารจัดการ ประสานงาน และกำกับ ติดตามกระบวนการถอดบทเรียนโดยใช้วิธีการระดมสมอง การประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยลงพื้นที่และคำแนะนำทีมแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ ในระหว่างการทำงานมีขั้นตอนการควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล โดยประเมินผลก่อน และหลังดำเนินงาน ติดตามประเมิน เพื่อทราบความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรค อาจมีการปรับแผนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต สถานการณ์และความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน

4.3.5 สะท้อนผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยจัดประชุมถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในประเด็นเรื่องปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพ เพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ และวางแผนในการแก้ไขปัญหาการป้องกันควบคุมอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในครั้งนี้อาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป พัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของชุมชน พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอข้างกลาง

จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่สอดคล้องกับนโยบายและบริบทของท้องถิ่น ระบบงาน ทีมงาน ความต้องการที่เกิดจากคนในชุมชนในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับชุมชน ในประเด็น และปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของจากประชาชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้นำศาสนา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ เจ้าหน้าที่ทำงานเกี่ยวข้องด้านการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้วิธีการแบบ New normal สรุปและรายงานผลการดำเนินงานเพื่อคืนข้อมูลสู่ชุมชน ปรับและใช้ภาษาที่ง่าย เขียนเล่าเรื่องราวว่า ไปทำอะไรมา พบอะไรบ้าง และให้ชุมชนช่วยคิดว่าเอาผลที่ได้รับไปใช้อย่างไรบ้าง จัดเวทีชาวบ้านที่เป็นไปเพื่อร่วมรับรู้ การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ให้ชุมชนช่วยตรวจสอบผลการพัฒนาระบบ เเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชนเน้นที่กระบวนการตรวจสอบข้อมูล ชาวบ้านเห็นข้อมูลชุมชนของตนเอง และสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของการนำผลการพัฒนาระบบการอภิบาลสุขภาพไปใช้กับชุมชน

4.4 ผลการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4.4.1 รูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พัฒนาขึ้นใหม่จากการศึกษานี้ เกิดจากการทำงานร่วมกันของเครือข่ายสุขภาพอำเภอข้างกลาง ด้านแผนงาน ด้านปฏิบัติการ ด้านสนับสนุน ด้านการเงินบริหารจัดการ และด้านส่งเสริมวิชาการ ซึ่งทำงานควบคู่ไปกับหน่วยประสานงาน ประชาสัมพันธ์แบบเชิงรุก และทีม SRRT ที่มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งนำไปสู่องค์ประกอบของรูปแบบ 10 มิติ “CHANG KLANG” ได้แก่

- 1) Community participation: การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ
- 2) Health information technology: ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ
- 3) Active response and management: ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลาและดูแลแบบคุณภาพ
- 4) New normal: ดำเนินงานภายใต้วิถีชีวิตใหม่

- 5) Governance: การอภิบาลระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม
- 6) Knowledge management and innovation: จัดการความรู้ ส่งเสริมการผลิตนวัตกรรม
- 7) Literacy: เจ้าหน้าที่ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่
- 8) Active ONE HEALTH: มีความพร้อมที่ครอบคลุมการปฏิบัติทั้งสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม
- 9) Network and team: เครือข่ายและทีมงานที่เข้มแข็ง
- 10) Goal: เป้าหมาย คือเข้าถึงประชาชนเข้าถึงบริการ ครอบคลุม มีคุณภาพ และความปลอดภัย

รายละเอียดของ 10 องค์ประกอบ CHANG KLANG มีดังต่อไปนี้

1) Community participation เครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ดำเนินการควบคุมป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำตามมาตรฐานการรักษา โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในพื้นที่อำเภอช้างกลาง เริ่มตั้งแต่ค้นหาปัญหาโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่เกิดในชุมชนอำเภอช้างกลาง วางแผนร่วมกับชุมชน กำหนดขอบเขตการดำเนินงานรูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ แล้วดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ประเมินติดตามผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำร่วมกับชุมชน และสะท้อนผลการดำเนินงาน โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ร่วมกับชุมชนอำเภอช้างกลาง โดยกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่

1.1) กิจกรรม นักสืบแห่งชุมชนช้างกลาง เป็นกิจกรรมการสืบสวนโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของเจ้าหน้าที่ร่วมกับตัวแทนชุมชนอำเภอช้างกลาง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และชาวบ้านจิตอาสา

1.2) กิจกรรม สสอ. เคาะประตูบ้าน เป็นกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำแบบเชิงรุก โดยมีสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้นำทีมเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ ลงพื้นที่ชุมชนร่วมกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และชาวบ้านจิตอาสา ไปเคาะประตูบ้านที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ให้บริการฉีดวัคซีนที่บ้าน ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ฉีดวัคซีนให้กับประชาชนเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและกลุ่มผู้มีโรคประจำตัว 7 โรค กลุ่มเสี่ยง

1.3) กิจกรรม Fit and Firm สุขภาพดีที่ช้างกลาง เป็นกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่และประชาชน ในอำเภอช้างกลาง จัดกิจกรรมออกกำลังกายหลังเลิกงานที่

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอข้างกลาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง 3-5 ครั้ง ต่อ สัปดาห์

1.4) กิจกรรม สัญญาใจกับพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ เป็นกิจกรรมที่เครือข่าย สุขภาพอำเภอข้างกลางทำร่วมกับวัดพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ เจ้าหน้าที่ให้คำมั่นสัญญากับพ่อท่าน คล้ายวาจาสิทธิ์ว่าจะปฏิบัติหน้าที่ในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำอย่างเต็มความสามารถใน ขอบเขตความรับผิดชอบของตน และให้บริการประชาชนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จัดกิจกรรมกรรม ให้ความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำแก่ประชาชนที่มาทำบุญในวันสำคัญของศาสนา พุทธและประเพณีของชาวไทย ในช่วงที่ศึกษาได้แก่ เทศกาลบุญเดือนสิบ ทำบุญรับ-ส่งตายาย ลากพระ งานอุปสมบท บุญกฐิน ผู้ร่วมกิจกรรมให้คำสัญญาใจกับพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ในการความร่วมมือกับ เจ้าหน้าที่และดูแลตัวเอง ครอบครัว และชุมชนของตนเองให้ปลอดภัยจากโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

1.5) กิจกรรม 1 รพ.สต. 1 นวัตกรรม เป็นกิจกรรมส่งเสริมการผลิตผลงานนวัตกรรม ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับชุมชนข้างกลาง กำหนดให้แต่ละ รพ.สต. ผลิตผลงานนวัตกรรมอย่างน้อย 1 นวัตกรรม

1.6) กิจกรรม จิตอาสา พัฒนาชุมชน ให้พ้นจากโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เป็น กิจกรรมพัฒนาชุมชนให้น่าอยู่ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ จิต อาสาจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน ทั้งอำเภอข้างกลาง พัฒนาทัศนียภาพตามสถานที่ ต่างๆ ได้แก่ วัด โรงเรียน สวนสาธารณะ เก็บกวาดขยะ ปลูกต้นไม้ รณรงค์ให้ประชาชน มีจิต สาธารณะช่วยกันป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ จัดเดือนละอย่างน้อย 1 ครั้ง

1.7) กิจกรรม เวทีชาวบ้าน เป็นกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้ ประชาชน กลุ่มองค์กร ผู้นำชุมชน เครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนแสดงความคิดเห็น เสนอความ ต้องการ ร่วมกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ร่วมตัดสินใจ ร่วมติดตามผลการควบคุมป้องกันโรคอุบัติ ใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ และแทรกการให้ความรู้กับชุมชนเรื่องการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำในชุมชน จัดเดือนละอย่างน้อย 1 ครั้ง

1.8) กิจกรรม เสียงจากป่าข้างบ้าน เป็นกิจกรรม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ฟังเสียง บอกเล่าติดตามสถานการณ์ ข่าวสารในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ จากเพื่อนบ้าน เพื่อนำไปแลกเปลี่ยนในเวทีชาวบ้าน

1.9) กิจกรรม ประกวด Tik Tok ชาวข้างกลางห่างไกลโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เป็นกิจกรรมส่งเสริมประชาชนตระหนักถึงความสำคัญโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน โดยประกวด แข่งขัน คลิป Video ผ่านแอปพลิเคชัน Tik Tok ภายใต้สโลแกน ชาวข้างกลางห่างไกลโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ

1.10) กิจกรรม ประกวด Chang Klang Idol ด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เป็นกิจกรรมประกวดบุคคลต้นแบบของชุมชนที่ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในชุมชนอำเภอช้างกลาง

1.11) กิจกรรม คืบข้อมูลสู่ชุมชน เป็นกิจกรรมเวทีคืบข้อมูลสู่ชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนในประเด็นปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของจากประชาชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้นำศาสนา เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง

2) Health information technology เครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารด้านสุขภาพ ระหว่างผู้ป่วยที่ติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ บันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ในระบบ JHCIS ระบบส่งต่อผู้ป่วย ระบบให้คำปรึกษาทางไกล มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน ใช้แอปพลิเคชัน ChangKlang Epi Scan สำหรับงานสืบสวนโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ช่องทางติดต่อสื่อสารงานด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง Line account, Facebook, Tik Tok, YouTube, และ website ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 7 แห่ง

3) Active response and management มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) มีทีมงานจากสาขาวิชาชีพประจำหน่วยงานสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่เฝ้าระวังโรคติดต่อที่แพร่ระบาดได้รวดเร็ว รุนแรงโดยการสอบสวนโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ และมีทีมควบคุม ป้องกัน ส่งเสริม รักษาผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง (Emergency Operation Center: EOC) ที่พร้อมปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลา

4) New normal ประชาชนในอำเภอช้างกลางใช้ชีวิตแบบปกติวิถีใหม่ สวมหน้ากากอนามัย ใช้แอลกอฮอล์เจลป้องกันตัวเอง Social distancing ลดการพบปะผู้คนในสังคม ใช้ชีวิตหลีกเลี่ยงการสัมผัสกันโดยไม่จำเป็น ใช้เทคโนโลยีเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน ใช้เงินกระดาษลดลง สังคมไร้เงินสด ทำงานออนไลน์ ทำงานที่บ้านในช่วงที่มีการระบาดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่รุนแรง ประชุมอบรมออนไลน์ ผ่านระบบ Webex, Google Meet, Zoom, Microsoft Team อาคารสถานที่ต่างๆ ตั้งจุดคัดกรองเบื้องต้นได้ด้วยกรวดใช้ ผู้ติดต่อราชการ ห้าง ร้าน การใช้บริการร้านอาหารนั่งแยกโต๊ะ และซื้อกลับมากขึ้น ร้านอาหารวางโต๊ะห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร เว้นระยะห่าง บริการ Drive Thru มากขึ้น ใช้ธุรกรรมออนไลน์ผ่านช่องทางแอปพลิเคชันต่างๆ มากขึ้น

5) Governance การอภิบาลระบบสุขภาพ ผู้นำองค์กรเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพในการป้องกันการควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ที่คาดหวังไว้ให้สำเร็จ ออกคำสั่งในการทำงานที่ชัดเจน ควบคุม กำกับ และดูแล รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม คำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ในชุมชน หัวหน้าส่วนราชการของเครือข่ายสุขภาพอำเภอข้างกลางมีภาวะผู้นำสูงมาก มีธรรมาภิบาลในการทำงาน สามารถบูรณาการทุกภาคส่วนให้เกิดการเชื่อมประสานกันในระบบสุขภาพ

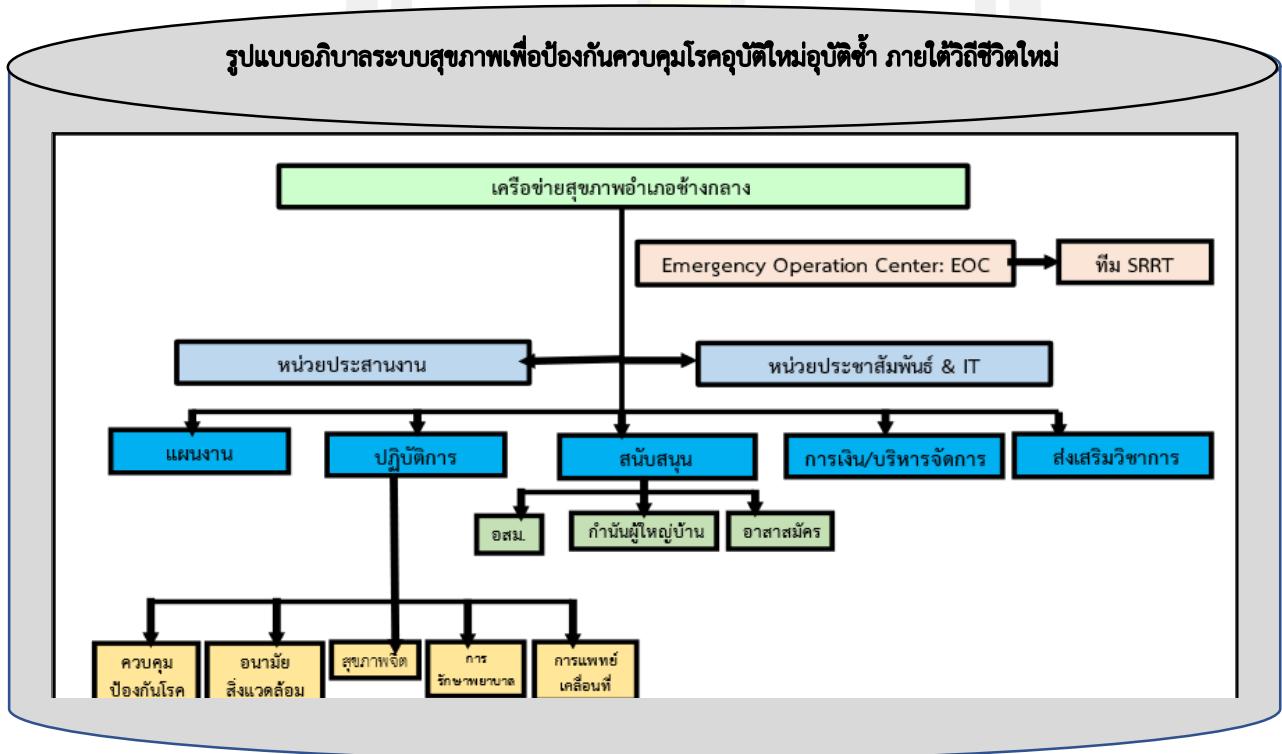
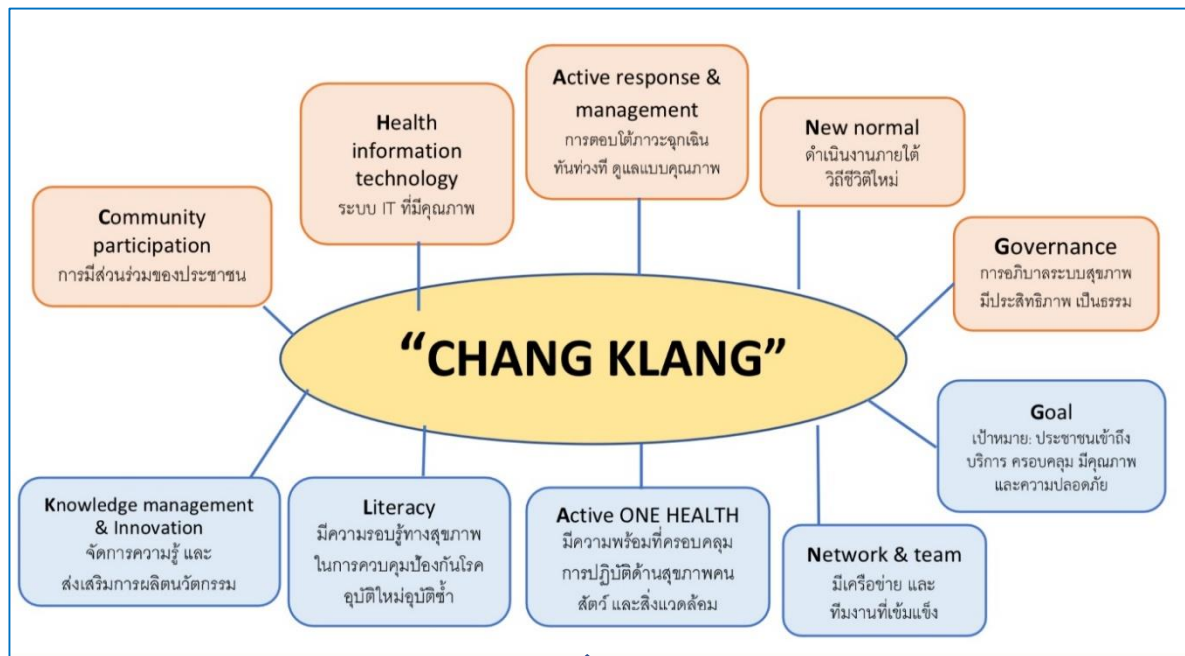
6) Knowledge management and innovation เครือข่ายสุขภาพอำเภอข้างกลางจัดการความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่เป็นระบบ ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงความรู้ โดย ทบทวนหลังปฏิบัติการหรือการถอดบทเรียน จัดเวทีเสวนา เรียนรู้โดยการปฏิบัติ มาตรฐานเปรียบเทียบ การเป็นที่เลี้ยง จากความผิดพลาด สนทนากลุ่ม การนำเสนอผลงานวิชาการในที่ประชุมวิชาการและคู่มือการปฏิบัติงานโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และออกแบบนวัตกรรมที่ช่วยในการทำงาน สืบสวนโรคและควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ได้แก่ เฉลิมแอฟ และแอปพลิเคชัน ChangKlang Epi Scan

7) Literacy เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอข้างกลาง มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ซึ่งรวมถึงความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง สามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในอำเภอข้างกลาง

8) Active ONE HEALTH (Our Necessity Encourage Human Environment Animal Living Together Harmony) เครือข่ายสุขภาพอำเภอข้างกลางมีความพร้อมในใช้วิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพแนวทางใหม่ในการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ที่รวมเอาแนวทางการปฏิบัติสุขภาพคน สุขภาพสัตว์และสุขภาพสิ่งแวดล้อมเข้าไว้ด้วยกัน ดูสุขภาพที่ดีโดยองค์รวม มีทีมสหวิชาชีพทางสุขภาพทั้งคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม

9) Network and team เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอข้างกลาง ในการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ประกอบด้วยโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอข้างกลาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 7 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน รพ.สต.บ้านไสคา รพ.สต.บ้านมะนาวหวาน รพ.สต.บ้านควนसान รพ.สต.บ้านจันดี รพ.สต.บ้านหน้าเหมม และรพ.สต.บ้านหลักช้างเป็นเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง เจ้าหน้าที่มีทักษะในการทำงานเป็นทีมที่ดี สามารถประสานงานความร่วมมือกับหน่วยงานและบุคลากรภายนอก ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

10) Goal เป้าหมายในการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอข้างกลาง ได้แก่ เข้าถึงบริการของประชาชน ครอบคลุมทุกพื้นที่ ให้บริการที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัย ดังภาพที่ 10



ภาพที่ 10 รูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่จากการศึกษานี้

4.4.2 ผลการประเมินคุณภาพรูปแบบการพัฒนาแบบอภีการระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพรูปแบบการพัฒนาแบบอภีการระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (4.80 ± 0.41) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านความเหมาะสม และด้านความเป็นประโยชน์ ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (5.00 ± 0.00) และด้านที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ ความเป็นไปได้ ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (4.40 ± 0.49) ดังตาราง 11

ตาราง 11 ผลการประเมินคุณภาพรูปแบบการพัฒนาแบบอภีการระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

คุณภาพรูปแบบ	Mean	S.D.
ด้านความถูกต้อง	4.80	0.40
ด้านความเหมาะสม	5.00	0.00
ด้านความเป็นไปได้	4.40	0.49
ด้านความเป็นประโยชน์	5.00	0.00
โดยรวม	4.80	0.41

4.4.3 ผลการประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนาแบบ คະเนนการมาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความทีมงาน 2) ด้านความพร้อมและการปฏิบัติงาน 3) ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน และ 4) ด้านผลงาน โดยรวมผ่านการประเมินขั้นพื้นฐาน (ระดับ Basic)

หลังการพัฒนาแบบ ผลการประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช 1) ด้านความทีมงาน อยู่ในระดับ Basic 2) ด้านความพร้อมและการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับ Special 3) ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับ Basic และ 4) ด้านผลงาน อยู่ในระดับ Special โดยรวมผ่านการประเมินอยู่ในระดับ Special รายละเอียด ดังนี้

1) มาตรฐานด้านความทีมงาน พบว่า มีการจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มีคำสั่งแต่งตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคและภัยสุขภาพที่มีรายชื่อเป็นปัจจุบันร้อยละ

100 และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกอย่างชัดเจน หัวหน้าทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคและ ภัยสุขภาพ เป็นแพทย์หรือหัวหน้าหน่วยงาน ผู้สอบสวนนักของทีมเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพเป็น นักระบาดวิทยาที่มีประสบการณ์ระบาดวิทยาภาคสนาม จำนวนและคุณสมบัติของทีมเฝ้าระวัง สอบสวนโรคและภัยสุขภาพ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข และนักระบาดวิทยา มีทำเนียบ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในพื้นที่ ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ ปศุสัตว์ พยาบาลโรคติดเชื้อ ทีมทำงานมีศักยภาพทางวิชาการ มีแผนงานโครงการโครงการพัฒนาบุคลากรของทีม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ปีงบประมาณ 2566 ได้แก่ โครงการพัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรค อำเภอข้างกลาง ร้อยละ 80 ของสมาชิกในทีม ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรระบาดวิทยาและการปฏิบัติด้านการเฝ้า ระวังสอบสวนควบคุมโรคและสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 20 ชั่วโมง ร้อยละ 100 ของสมาชิกในทีม ได้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาบุคลากร หรือจัดการความรู้ หรือประชุมเชิง ปฏิบัติการ ฟื้นฟูความรู้ หรือสัมมนาวิชาการด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมการระบาด ภายใน 1 ปี

2) มาตรฐานด้านความพร้อมและการปฏิบัติงาน พบว่า ทีมมีศักยภาพด้านการ บริหารทีมงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอข้างกลางจัดประชุมสมาชิกทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคและ ภัยสุขภาพ 4 ครั้งต่อปี โดยมีสมาชิกเข้าร่วมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ทุกครั้ง ของการประชุม หัวหน้า ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทีม สมาชิกทีมเฝ้าระวัง สอบสวนโรคและภัยสุขภาพ ร้อยละ 80 เคยเข้าร่วมปฏิบัติงานสอบสวนโรค ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีจัดกิจกรรมหรือสิ่งสนับสนุนที่สร้างขวัญกำลังใจให้กับสมาชิกในทีมที่ออกปฏิบัติงาน ได้แก่ กิจกรรม ขอบคุนเจ้าหน้าที่ทีมสอบสวนโรค กิจกรรมมอบรางวัลผู้ปฏิบัติงานดีเด่น มีผู้ประสานงานทีมเฝ้าระวัง สอบสวนโรคและภัยสุขภาพตลอดเวลา เพื่อส่งข่าวสารหรือปฏิบัติงานกรณีเร่งด่วน มีหมายเลข โทรศัพท์หรือการสื่อสารอื่นที่สามารถติดต่อสมาชิกทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ ทั้งหมด ได้ตลอดเวลา มีคู่มือแนวทางปฏิบัติงาน โปรแกรมหรือแบบฟอร์มการทักข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง ตรวจสอบข่าวสาร แนวทางการปฏิบัติงานเพื่อสอบสวนและควบคุมโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด มีฐานข้อมูลที่เป็นต่อการปฏิบัติงาน มียานพาหนะที่สามารถออกปฏิบัติงานได้ทันที มีวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ป้องกันตนเอง ที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรค ตามเกณฑ์ที่กำหนด และพร้อมใช้งาน มีการจัดงบประมาณ เพื่อใช้ในการสอบสวน ควบคุมหรือส่งตัวอย่างหรือการสื่อสาร หรือคำตอบแทน ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ตามความเหมาะสม ทีมมีการฝึกซ้อมทักษะที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรค โดยในรอบปี 2565 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอข้างกลางมีการฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นต่อการ สอบสวนโรคจริง มีการฝึกซ้อมแผนสอบสวนโรคของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอข้างกลาง ใน 2 ปี ที่ผ่านมา สมาชิกในทีมได้ร่วมซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่น

3) มาตรฐานด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน พบว่า ในพื้นที่อำเภอช้างมีการเฝ้าระวัง เตือนภัย และรายงาน การเฝ้าระวังเหตุการณ์ มีการรับแจ้งข่าว จากเครือข่ายพื้นที่ เช่น โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก อสม. ผู้ปกครอง ร้านค้า ร้านขายยา ประชาชน สื่อออนไลน์ ทุกเดือน มีการตรวจสอบงานที่รับแจ้ง ร้อยละ 100 มีการเตือนข่าว หลังตรวจสอบแล้วพบความผิดปกติไปยังผู้เกี่ยวข้อง ร้อยละ 100

4) มาตรฐานด้านการเฝ้าระวังโรคในระบบรายงาน พบว่า มีการตรวจสอบจัดการระบาดของโรคในระบบเฝ้าระวัง มีการแจ้งผลสถานการณ์โรคที่มีการระบาดไปยังผู้เกี่ยวข้อง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีการกำหนดเกณฑ์ของทีมในการสอบสวนโรค ควบคุมการระบาดหรือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สามารถเก็บตัวอย่าง นำตัวอย่างส่ง และเลือกอุปกรณ์การป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ได้อย่างเหมาะสม มีกระบวนการสอบสวนโรคและควบคุมโรคขั้นต้นที่มีคุณภาพ มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเบื้องต้นเพื่อควบคุมการกระจายเชื้อจากผู้ป่วยและพาหะในชุมชน ขณะที่มีการระบาดได้อย่างเหมาะสม เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสวมใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลสำหรับโรคติดต่ออันตรายได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 100

5) มาตรฐานด้านผลงาน พบว่า ผลงานด้านความครบถ้วนของการสอบสวนโรค มีรายงานการสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ 90 มีการสอบสวนและควบคุมโรคที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีรายงานการสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ จำนวน 20 ฉบับ มีการสอบสวนโรคทันเวลาตามที่กำหนด โดยมีการสอบสวนโรคทันเวลา ร้อยละ 90 มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นภายใน 48 ชม. ร้อยละ 90 และมีการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ 20 เรื่อง ผลการประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังตาราง 12

ตาราง 12 ผลการประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน	
	ก่อนพัฒนา รูปแบบ	หลังพัฒนา รูปแบบ
1. มาตรฐานด้านความทีมงาน		
1) การจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	ระดับ Basic	ระดับ Basic
2) ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ	ระดับ Basic	ระดับ Basic

ตาราง 12 ผลการประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (ต่อ)

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน	
	ก่อนพัฒนารูปแบบ	หลังพัฒนารูปแบบ
2. มาตรฐานด้านความพร้อมและการปฏิบัติงาน		
3) ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน	ระดับ Basic	ระดับ Basic
4) ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน	ระดับ Basic	ระดับ Special
5) ทีมมีการฝึกซ้อมทักษะที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรค	ระดับ Basic	ระดับ Special
3. มาตรฐานด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน		
6) การเฝ้าระวัง เตือนภัย และรายงาน	ระดับ Basic	ระดับ Basic
7) การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพและการควบคุมโรค ขั้นต้น (ทดสอบ)	ระดับ Basic	ระดับ Basic
4. มาตรฐานด้านผลงาน		
8) ผลงานด้านความครบของการสอบสวนโรค	ระดับ Basic	ระดับ Special
9) ผลงานด้านคุณภาพการสอบสวนและควบคุมโรค	ระดับ Basic	ระดับ Special
10) ผลงานด้านความรวดเร็วในการสอบสวนโรค	ระดับ Basic	ระดับ Special
11) ผลงานด้านคุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรค	ระดับ Basic	ระดับ Special

4.4.4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และกลุ่มตัวอย่างประชาชน

ผลการศึกษา พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$, $p\text{-value}=0.009$ และ $p\text{-value}=0.006$ ตามลำดับ) ในกลุ่มประชาชน หลังการพัฒนารูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value}=0.011$ และ $p\text{-value}=0.021$ ตามลำดับ) ดังตาราง 13

ตาราง 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย สมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และประชาชน

ตัวแปร	ก่อนพัฒนาแบบ		หลังพัฒนาแบบ		p-value*
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
เจ้าหน้าที่ (n=35)					
สมรรถนะ	4.07	0.59	4.52	0.15	<0.001
พฤติกรรม	3.28	0.21	3.41	0.14	0.009
การมีส่วนร่วม	4.04	0.64	4.31	0.22	0.006
ประชาชน (n=30)					
พฤติกรรม	3.24	0.50	3.50	0.32	0.011
การมีส่วนร่วม	3.88	0.82	4.19	0.36	0.021

หมายเหตุ: ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05, *Paired t-test

4.4.5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ กับค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ หลังพัฒนาแบบ

ผลการศึกษา พบว่า หลังพัฒนาแบบ กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะและการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} = 0.003$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ไม่แตกต่างจากค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.313$) ในกลุ่มประชาชน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำและสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.003$) การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ไม่แตกต่างจากค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.470$) ดังตาราง 14

ตาราง 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ กับค่าเป้าหมาย ของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และกลุ่มประชาชนหลังทดลองพัฒนารูปแบบ

ตัวแปร	คะแนนหลังพัฒนารูปแบบ		ค่าเป้าหมาย	P-value*
	Mean	S.D.		
เจ้าหน้าที่ (n=35)				
สมรรถนะ	4.52	0.15	4.20	<0.001
พฤติกรรม	3.41	0.14	3.40	0.313
การมีส่วนร่วม	4.31	0.22	4.20	0.003
ประชาชน (n=30)				
พฤติกรรม	3.50	0.32	3.40	0.003
การมีส่วนร่วม	4.19	0.36	4.20	0.470

หมายเหตุ: ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05, *One sample t-test

4.4.6 ผลการพัฒนารูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตามกรอบ Six Building Blocks

ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1) ด้านการให้บริการ มีระบบการบริหารจัดการในการให้บริการดีขึ้น พัฒนาระบบการให้บริการที่รวดเร็วขึ้น ทั้งในรพ.และรพ.สต. มีการพัฒนานวัตกรรมระบบการจองคิว และเตือนการนัดหมายโดยริเริ่มที่ ตัวอย่างเช่น รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน โดยใช้ไลน์ในการสื่อสารและใช้แอปพลิเคชัน เฉลิมแอฟในการจองคิว ผู้เข้ารับบริการสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว และมีความปลอดภัยในการให้บริการ

2) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ทำงานประสานงานกัน ทำงานเป็นทีม ช่วยกันในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีมุมมองที่ดีในการทำงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ มีเข้าใจหน้าที่ของตนเองมากขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจากเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำมากขึ้น บางรพ.สต.เจ้าหน้าที่มีจำนวนจำกัด มีการพัฒนา อสม. ให้มีความรู้ความสามารถเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการจัดการโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตัวอย่างเช่น ช่วงที่ดำเนินการศึกษา มีการระบาดโรคโควิด-19

ในอำเภอช้างกลาง อสม. เข้ามามีบทบาทในการช่วยเจ้าหน้าที่ได้อย่างมากทั้งในการส่งยาถึงบ้าน หรือ อสม. สามารถเข้าส่งข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็วส่งผลต่อการควบคุมโรคในพื้นที่

3) ด้านระบบสารสนเทศ มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารด้านสุขภาพ ระหว่างผู้ป่วยที่ติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ บันทึกข้อมูลสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ในระบบ JHCIS ระบบส่งต่อผู้ป่วย ระบบให้คำปรึกษาทางไกล มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน ช่องทางสื่อสารติดต่อสื่อสารงานด้านการควบคุม ป้องกันโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง Line account, Facebook, และ website ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 7 แห่ง ใช้ Application ระบบจองคิวนัดเข้ารับบริการได้ล่วงหน้าลดการรอคอย และแออัด มีระบบนัดหมาย และจองคิวที่ดีขึ้นซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนา การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ประชาชนสามารถทำได้ดียิ่งขึ้น โดยผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ ทั้ง Facebook ของหน่วยงานทั้งด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4) ด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ มีการบริหารจัดการ เวชภัณฑ์ต่างๆ ด้านสาธารณสุขอย่างเป็นระบบมากขึ้น การบริหารจัดการวัคซีนที่เป็นระบบมากยิ่งขึ้น มีการประชุมวางแผนดำเนินการ ระหว่างผู้รับผิดชอบงาน ผู้ประสานงานและผู้ปฏิบัติ

5) ด้านการบริหารจัดการงบประมาณ การเงินการคลัง บางรพ.สต.มีงบประมาณ จำกัด งบประมาณในการดำเนินป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำมีน้อย ระบบการขออนุมัติที่รวดเร็วขึ้นให้สามารถจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ต่างๆ ทันท่วงที่เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน สำรองความ จำเป็นต่างๆ ที่หน่วยให้บริการที่ยังขาดแคลน มีการจัดซื้อจัดหาเพื่อให้พร้อม และเป็นมาตรฐาน เดียวกันทุกหน่วยบริการในอำเภอช้างกลาง

6) ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ มีผู้นำที่เข้มแข็งและมีธรรมาภิบาลในการทำงาน ผู้นำองค์กรเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์อภิบาลระบบ สุขภาพในการป้องกันการควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเป็นอย่างมาก มีการออกคำสั่งในการทำงาน ควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่ที่ชัดเจน ใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย อย่างจริงจัง

4.5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในพัฒนารูปแบบอภิบาลในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4.5.1 ปัญหาอุปสรรค ในการพัฒนารูปแบบอภิบาลเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัญหาอุปสรรค ในการพัฒนารูปแบบอภิบาลเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ ระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ใน

บางครั้งที่ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจงานด้านสาธารณสุขและนำไปปฏิบัติด้วยความเข้าใจ ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ทั้งจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ไม่เพียงพอ ขาดแคลนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ทันสมัยงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด เสถียรภาพด้านการเมืองการปกครอง ส่งผลต่อความต่อเนื่องของงานด้านสาธารณสุข ความตระหนักและให้ความสำคัญของผู้นำ โดยเฉพาะผู้นำในท้องถิ่นอย่างเช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ความร่วมมือของหน่วยงานและประชาชน ในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

“การทำงานป้องกันควบคุมโรคในอำเภอช้างกลาง ทำอยู่เป็นงานปกติของเจ้าหน้าที่ทุกคน แต่พอมีโรคระบาดอย่างโรคโควิด-19 งานก็เด่นชัดขึ้นมา ทำให้ผู้ที่ลงปฏิบัติเองเห็นถึงข้อจำกัด ข้อบกพร่องที่มีอยู่หลายอย่าง” (จนท. เอ)

“โดยส่วนตัวลงพื้นที่สอบสวนโรคในชุมชน ทั้งในเขตที่รับผิดชอบ และจากประสบการณ์ออกพื้นที่ต่างอำเภอในช่วงที่โควิดระบาดหนักๆของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบปัญหาเรื่องความพร้อมของเจ้าหน้าที่มีส่วนสำคัญในการทำงานด้านป้องกัน ควบคุมโรค ทักษะที่เจ้าหน้าที่ต้องมีเช่นการใช้ อุปกรณ์ การสื่อสารกับชาวบ้านในชุมชน มีส่วนสำคัญที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อจะสามารถควบคุมโรคได้ถูกจุด” (จนท. บี)

“เพิ่มเติมในส่วนของการให้ข้อมูลกับชาวบ้าน เพราะชาวบ้านบางคน มีความเชื่อ ความคิดที่ฝังลึก อยากรจะเข้าถึง ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถทำงานได้ เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโควิด ชาวบ้านบางรายมีความเชื่อที่ผิดๆ โดยฝังข้อมูลจากโทรทัศน์หรือสื่อต่างๆ ทำให้ไม่ยอมรับการฉีดวัคซีนปฏิเสธ เพราะกลัวว่าวัคซีนจะมีผลต่อร่างกาย ทำให้เห็นว่าอำเภอช้างกลางยังขาดการระดมพันธมิตร การให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ประชาชน” (ผู้นำชุมชน ดี)

“จากที่ลงพื้นที่ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สิ่งหนึ่งที่เห็นชัดเจนคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมงานเต็มที่ แต่ของการสนับสนุน ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ฝ่ายปกครอง ผู้ใหญ่บ้านในบางพื้นที่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุขของอปท.ยังขาดการมีส่วนร่วม และ บางพื้นที่ขาดอุปกรณ์ในการควบคุมโรค เช่น เครื่องพ่นหมอกควัน เมื่อเกิดการระบาดของไข้เลือดออก ต้องมีการหยิบยืม ทั้งที่ควรจะมีให้พร้อมเมื่อเกิดเหตุจะได้ใช้ได้ทันที่” (ผู้นำชุมชน ซี)

“จากที่เป็นผู้ป่วย ได้เข้ารับบริการทั้งในส่วนของรพ.และรพ.สต. สิ่งหนึ่งที่ต้องปรับปรุงให้ดีขึ้นคือ การบริการที่รวดเร็ว บางครั้งการขอตรวจโรค เห็นจากบางช่วงของการระบาด การตรวจโควิดต้องรอรอบ หรือ รอคิวอีกวัน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมความพร้อมให้เพียงพอ รองรับ

ให้บริการหากประชาชนมีความจำเป็นต้องตรวจ รวมถึงการสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจหากว่า การตรวจหรือรักษาบางอย่างไม่จำเป็นสำหรับทุกคน หรือควรทำเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ถ้าสื่อสารได้ได้ ประชาชนเข้าใจ ก็จะลด และประหยัดทรัพยากรที่ต้องใช้ไปได้มาก” (ตัวแทนชุมชน อี)

4.5.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนารูปแบบอภิบาลเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนารูปแบบอภิบาลเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การทำงานที่มีเน้นการทำงานร่วมกันแบบครอบครัว การช่วยเหลือซึ่งกันและกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ผู้นำที่เข้มแข็ง มีการบริหารจัดการที่เข้าถึงความต้องการของผู้ปฏิบัติและเข้าใจภาระงานที่ต้องดำเนินการ ภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง สามารถทำงานภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ ได้ด้วยความร่วมมือร่วมใจ ประชาชนให้ความร่วมมือในการร่วมทดลองและพัฒนารูปแบบอภิบาลเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

“สิ่งที่ทำให้อำเภอข้างกลางประสบความสำเร็จในงานด้านสาธารณสุข ประการแรกคือ ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของเจ้าหน้าที่และชาวบ้านในชุมชน มีความร่วมมือ สามัคคีกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าชื่นชม นอกจากนี้ความใกล้ชิดกับชุมชนของเจ้าหน้าที่หลากหลายท่าน การทำงานร่วมกับอสม. เห็นได้ชัดว่าเป็นการทำงานแบบเป็นกันเอง ทำงานโดยอาศัยแนวคิดที่ว่า การทำงานเป็นครอบครัว ทำให้อสม.หรือชาวบ้านเองรู้สึกเป็นกันเอง สามารถทำงานได้ง่าย” (เจ้าหน้าที่ เอ)

“สิ่งหนึ่งที่เห็นได้จากการทำงานของเจ้าหน้าที่คือการทำงานด้วยความตั้งใจ และไม่ปฏิเสธที่จะช่วยเหลือ ได้ชาวบ้านบางรายที่ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุติดเตียง ไม่สามารถมารับบริการได้ ทางเจ้าหน้าที่ก็มีการลงพื้นที่ถึงบ้าน เช่นตอนฉีดวัคซีนโควิด ก็ลงไปฉีดให้กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงถึงที่นอน หรือไปตรวจโควิดให้ถึงบ้าน เวลาเกิดไข้เลือดออกก็ไปติดตามพ่นหมอกควันถึงบ้าน ความใส่ใจและทำงานด้วยใจเป็นสิ่งที่ดีของทีมงานอำเภอข้างกลาง” (ผู้นำชุมชน ดี)

“การป้องกันควบคุมโรค ยังเป็นโรคระบาด การทำงานเป็นทีม การมีทีมที่ดี เป็นสิ่งที่ทำให้สามารถทำงานได้ง่าย แม้ต้องเหนื่อยมากแค่ไหน แต่การทำงานด้วยระบบการจัดการที่ดีจะทำให้งานออกมาดี รวมถึงการประสานงานที่ดี ระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเช่น คุณครูโรงเรียนต่างๆ ที่มีการเน้นการป้องกันโรค มีมาตรการต่างๆ ให้เจ้าหน้าที่รพ.สต. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าไปมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค และยังมีโรงงานที่มีแรงงานต่างด้าว ที่โรงงานเองให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่เป็นอย่างดี” (ผู้นำชุมชน อี)

“ อีกอย่างที่เราคาดไม่ได้ของการที่ทำให้งานออกมาประสบความสำเร็จคือ การมีแผนงานที่ชัดเจน โดยเมื่อเกิดการระบาดจะมีการประชุมวางแผน กำหนดแนวทางกันทุกภาคส่วนทั้งฝ่ายปกครอง ฝ่ายสาธารณสุข และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้แผนและแนวทางที่ชัดเจนแล้วจึงลงมือดำเนินการ งานที่ออกมาจะตรงตามที่กำหนดมากน้อยแค่ไหน ก็ขึ้นอยู่กับสถานการณ์นั้นๆ เช่น การระบาดของโรคโควิด ในกลุ่มเสี่ยงเสพยาเสพติด การทำงานซึ่งเป็นไปได้ยาก แต่ด้วยความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนทั้งปกครอง ตำรวจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็สามารถควบคุมโรคได้ไม่ให้เกิดการระบาดในวงกว้าง” (เจ้าหน้าที่เอฟ)

“ ในฐานะผู้ร่วมทำงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เห็นได้ชัดว่าช่วงการระบาด เจ้าหน้าที่ทำงานกันอย่างหนัก ลงพื้นที่เชิงรุกถึงหน้าบ้านไม่เว้นแม้วันหยุด บางครั้งลงพื้นที่ตั้งแต่เช้าจนดึกก็มีความทุ่มเทของเจ้าหน้าที่ทำงานให้ว่าการควบคุมโรคที่ผ่านมาสามารถทำได้ดีจะความใส่ใจ ความตั้งใจที่จะทำเพื่อประชาชนจริงๆ” (ผู้นำชุมชน ดี)

“ อีกประการหนึ่งที่ทำให้งานประสบความสำเร็จ คือการได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์จากทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชนที่มีการบริจาคให้กับเครือข่ายสุขภาพอำเภอข้างกลาง เพราะบางช่วงของการระบาดอุปกรณ์ที่เจ้าหน้าที่สวมใส่ไม่เพียงพอแต่ด้วยน้ำใจของทุกภาคส่วน ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถทำงานต่อได้อย่างไม่ติดขัด ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานควบคุมโรค” (ผู้นำชุมชน ซี)

“ โควิด ถ้าไม่อยากตายหมู่ ไม่อยากตายกันหมดทั้งหมู่บ้าน เราต้องช่วยกันทำตามที่มีคำแนะนำ ตามที่หมอบอก ช่วยเหลือกันให้ถึงที่สุด ยายบอกว่า ตอนนี้อยู่ถึงเวลาแล้ว ที่เราทุกคนต้อง “กอดคอกัน แบบห่าง ห่าง เข้าใจมัยนุ้ย คือ ห่างกันกะจริง แต่เราห่างแบบรักกัน” (ตัวแทนชุมชน เอ)

4.5.3 ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบอภิบาลเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

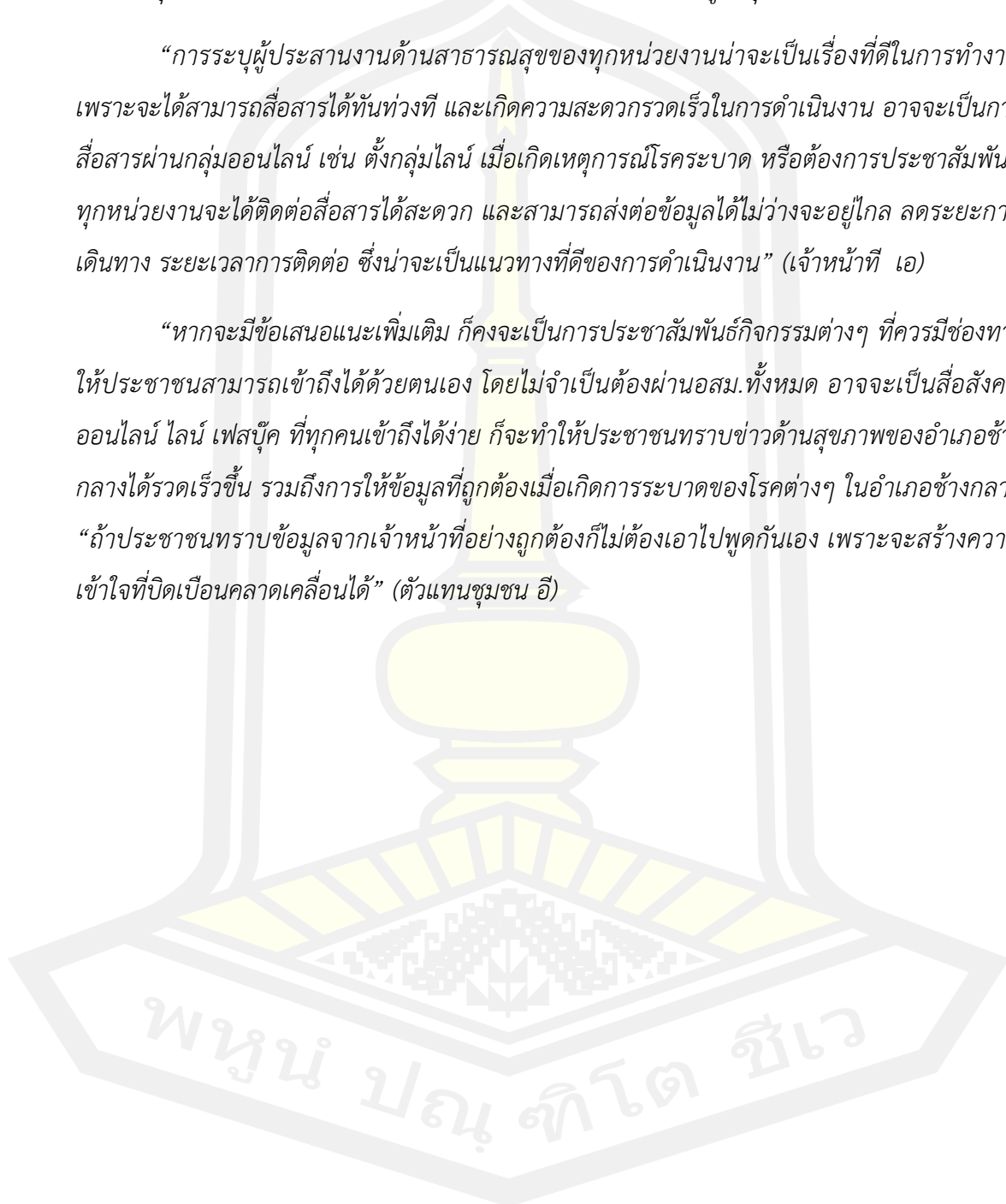
ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบอภิบาลเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การพัฒนางานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถสร้างเป็นต้นแบบที่เป็นมาตรฐานให้สามารถปรับใช้ได้กับทุกพื้นที่ การระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ที่มีความหลากหลายมากขึ้น ไม่มีความแน่นอนของการควบคุมโดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ การพัฒนารูปแบบที่สามารถปรับใช้ได้กับทุกสถานการณ์ หากสามารถปฏิบัติได้จะทำให้การควบคุมโรคเป็นไปได้

“ การพัฒนารูปแบบแผนงานให้เกิดความยั่งยืน คือต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องแม้ไม่เกิดการระบาดของโรค เพราะเมื่อใดที่เกิดการระบาดทุกหน่วยงานทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วม เพราะผลกระทบคงไม่ได้เกิดแค่กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ผลกระทบที่กว้างของโรคระบาดคือ สุขภาพของ

ประชาชน ส่งผลต่อความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ สังคม มีผลกระทบกันไปหมด ดังนั้นไม่ใช่แค่สาธารณสุขที่จะต้องดำเนินงาน แต่สาธารณสุขต้องเป็นหลัก เพื่อให้ทุกด้วยงานดำเนินการต่อได้ แผนงานที่ดีและมีการประชุมติดตามสถานการณ์ต่อเนื่องเป็นสิ่งที่ควรนำไปต่อยอด” (ผู้นำชุมชน ซี)

“การระบุผู้ประสานงานด้านสาธารณสุขของทุกหน่วยงานน่าจะเป็นเรื่องที่ดีในการทำงาน เพราะจะได้สามารถสื่อสารได้ทันท่วงที และเกิดความสะดวกรวดเร็วในการดำเนินงาน อาจจะเป็นการสื่อสารผ่านกลุ่มออนไลน์ เช่น ตั้งกลุ่มไลน์ เมื่อเกิดเหตุการณ์โรคระบาด หรือต้องการประชาสัมพันธ์ ทุกหน่วยงานจะได้ติดต่อสื่อสารได้สะดวก และสามารถส่งต่อข้อมูลได้ไม่ว่าจะอยู่ไกล ลดระยะเวลาการเดินทาง ระยะเวลาการติดต่อ ซึ่งน่าจะเป็นแนวทางที่ดีของการดำเนินงาน” (เจ้าหน้าที่ เอ)

“หากจะมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ก็คงจะเป็นการประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่างๆ ที่ควรมีช่องทางให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ด้วยตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องผ่านอสม.ทั้งหมด อาจจะเป็นสื่อสังคมออนไลน์ ไลน์ เฟสบุ๊ค ที่ทุกคนเข้าถึงได้ง่าย ก็จะทำให้ประชาชนทราบข่าวด้านสุขภาพของอำเภอข้างกลางได้รวดเร็วขึ้น รวมถึงการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเมื่อเกิดการระบาดของโรคต่างๆ ในอำเภอข้างกลาง “ถ้าประชาชนทราบข้อมูลจากเจ้าหน้าที่อย่างถูกต้องก็ไม่ต้องเอาไปพูดกันเอง เพราะจะสร้างความเข้าใจที่บิดเบือนคลาดเคลื่อนได้” (ตัวแทนชุมชน อี)



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษารุ่นนี้ มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช วัตถุประสงค์เฉพาะ 1) เพื่อศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช 3) เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช และ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีหัวข้อนำเสนอต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.65 มีอายุเฉลี่ย 51.41 ± 11.59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 77.67 มีระดับการศึกษาระดับอนุปริญญาและปริญญาตรี ร้อยละ 27.30 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.94 ในกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่และบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่วนใหญ่ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 31.70 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 85.49 ในกลุ่มประชาชนส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.22 โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อ COVID-19

สถานการณ์ ก่อนพัฒนารูปแบบ พบว่า โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่พบในช่วงเวลาที่ดำเนินการศึกษารุ่นนี้ ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ H1N1 (2009) โรคมือ เท้า ปาก โรคไข้วัดช้อยลงลาย โรคฉี่หนู โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู และโรคติดเชื้อ COVID-19 สถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบปัญหาในการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการและทรัพยากร ด้านการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง ปัญหาการตอบสนองต่อการระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และปัญหาด้านการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัยที่มีอยู่ไม่

สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว ประชาชนได้รับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ยังไม่ทั่วถึง หน่วยงานเครือข่ายมีแผนรองรับการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำยังทำงานไม่เต็มที่ วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ ห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงานที่มีคุณภาพยังไม่เพียงพอ เทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่รวดเร็วที่ถูกต้อง ทันสถานการณ์ต่างๆ มีความซับซ้อน ใช้งานไม่สะดวก การมีส่วนร่วมของชุมชนไม่เต็มที่ การบัญชาการเหตุการณ์และแผนการปฏิบัติตอบสนองต่อสถานการณ์รวมถึงระบบการปฏิบัติอื่น ๆ มีความล่าช้า

ก่อนพัฒนารูปแบบ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีคะแนนสมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (4.05 ± 0.56) พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (3.28 ± 0.21) การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (4.01 ± 0.63) ในกลุ่มตัวอย่างประชาชน มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (2.94 ± 0.41) และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (3.93 ± 0.71) คะแนนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำระหว่างกลุ่มประชาชน และเจ้าหน้าที่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) แต่คะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำระหว่างกลุ่ม ประชาชน และเจ้าหน้าที่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.547$)

หลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มเจ้าหน้าที่ มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$, $p\text{-value} = 0.009$ และ $p\text{-value} = 0.006$ ตามลำดับ) ในกลุ่มประชาชน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.011$ และ $p\text{-value} = 0.021$ ตามลำดับ)

กระบวนการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาบริบทของพื้นที่และสภาพปัญหาชุมชน (2) วางแผนร่วมกับชุมชน (3) ดำเนินการตามแผน (4) สังเกตและติดตามผลร่วมกับชุมชน (5) สะท้อนผล ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลสู่ชุมชน

รูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พัฒนาขึ้นใหม่จากการศึกษานี้ ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ “CHANG KLANG” ได้แก่ (1) Community participation การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (2) Health information technology ระบบเทคโนโลยี

และสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ (3) Active response and management ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลา และควบบ้องกันดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (4) New normal ดำเนินงานภายใต้วิถีชีวิตใหม่ (5) Governance การอภิบาลระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม (6) Knowledge management and innovation จัดการความรู้ ส่งเสริมการผลิตนวัตกรรม (7) Literacy เจ้าหน้าที่ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (8) Active ONE HEALTH มีความพร้อมในการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม (9) Network and team เครือข่ายและทีมที่เข้มแข็ง และ (10) Goal เป้าหมาย คือประชาชนเข้าถึงบริการ ครอบคลุมทุกพื้นที่ ให้บริการที่มีคุณภาพ และความปลอดภัย โดยกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ออกแบบและพัฒนาขึ้นจากความร่วมมือของชุมชน เพื่อควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในการศึกษานี้ประกอบด้วย 11 กิจกรรมหลัก ได้แก่ (1) นักสืบแห่งชุมชนข้างกลาง (2) สสอ.เคาะประตูบ้าน (3) Fit and Firm สุขภาพดีที่ข้างกลาง (4) สัญญาใจกับพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ (5) 1 รพ.สต. 1 นวัตกรรม (6) จิตอาสาพัฒนาชุมชนให้พ้นจากโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (7) เวทีชาวบ้าน (8) ฟังเสียงจากป่าข้างบ้าน (9) ประกวด Tik Tok ชาวข้างกลางห่างไกลโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (10) ประกวด Chang Klang Idol ด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และ (11) คีนข้อมูลสู่ชุมชน

คุณภาพรูปแบบการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (4.80 ± 0.41) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านความเหมาะสม และด้านความเป็นประโยชน์ ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (5.00 ± 0.00) และด้านที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ ความเป็นไปได้ ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (4.40 ± 0.49)

หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผลการประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ของอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช คะแนนด้านความที่งานอยู่ระดับ Basic ด้านความพร้อมและการปฏิบัติงานอยู่ระดับ Special ด้านความสามารถในการปฏิบัติงานอยู่ระดับ Basic และ 4) ด้านผลงานอยู่ระดับ Special โดยรวมผ่านการประเมินอยู่ในระดับ Special หลังการพัฒนารูปแบบ ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$, $p\text{-value} = 0.009$ และ $p\text{-value} = 0.006$ ตามลำดับ) ในกลุ่มประชาชน หลังการพัฒนารูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อยู่ในระดับสูงมาก และสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.011$ และ $p\text{-value} = 0.021$ ตามลำดับ)

กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำและการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ หลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ใน

ระดับสูงมาก และสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p -value= <0.001 และ p -value=0.003 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ไม่แตกต่างจากค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p -value=0.313) ในกลุ่มประชาชน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อยู่ในระดับสูงมาก และสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p -value=0.003) การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อยู่ในระดับสูงมาก ไม่ต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p -value=0.470)

ผลการพัฒนารูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตามกรอบ Six Building Blocks พบว่า (1) ด้านการให้บริการ มีระบบการบริการจัดการในการให้บริการดีขึ้น พัฒนาระบบการให้บริการที่รวดเร็วขึ้น ทั้งในรพ.และรพ.สต. มีการพัฒนานวัตกรรมเฉลิมอาภเป็นระบบการจองคิว และเตือนการนัดหมายการรักษา (2) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่มีจำนวนจำกัด มีการพัฒนาอสม.ให้มีความรู้ความสามารถเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการจัดการโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อสม.เข้ามามีบทบาทในการช่วยเจ้าหน้าที่ได้อย่างมากทั้งในการส่งยาถึงบ้าน หรือ อสม.สามารถเข้าส่งข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็ว (3) ด้านระบบสารสนเทศ มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารด้านสุขภาพ ระหว่างผู้ป่วยที่ติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ บันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ในระบบ JHCIS ระบบส่งต่อผู้ป่วย ระบบให้คำปรึกษาทางไกล มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน มีการพัฒนาแอปพลิเคชัน ChangKlang Epi Scan ที่ช่วยในงานสืบสวนโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ มีช่องทางสื่อติดต่อสื่อสารงานด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง Line account, Facebook, และ website ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 7 แห่ง (4) ด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนเทคโนโลยีด้านสุขภาพ มีการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ด้านสาธารณสุขอย่างเป็นระบบมากขึ้น (5) ด้านการบริหารจัดการงบประมาณ การเงินการคลัง มีระบบการขออนุมัติที่รวดเร็วขึ้นให้สามารถจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ต่างๆ ทันท่วงทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินรวมถึงการสำรวจความจำเป็นต่างๆ ที่หน่วยให้บริการที่ยังขาดแคลน มีการจัดซื้อจัดหา และเป็นมาตรฐานเดียวกันทุกหน่วยบริการ และ (6) ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ มีผู้นำที่เข้มแข็ง ผู้นำองค์กรเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพในการป้องกันการควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่คาดหวังไว้ให้สำเร็จโดยออกคำสั่งในการทำงานที่ชัดเจน ควบคุม กำกับ และดูแล รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม คำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ในชุมชน หัวหน้าส่วนราชการของเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางมีภาวะผู้นำสูงมาก

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พิจารณาตามกรอบ Six Building Blocks จากการศึกษาเริ่มต้นจากภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ส่งเสริมสนับสนุนให้องค์ประกอบอื่นๆ ของ Six Building Blocks อีก 5 องค์ประกอบ ให้สามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น มีระบบการเงินการคลังที่ดีที่สนับสนุนให้ อีก 5 องค์ประกอบอื่น ใน Six Building Blocks ได้แก่ ระบบบริการ กำลังคน เทคโนโลยีสารสนเทศ และเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ให้ทำหน้าที่ได้สมบูรณ์แบบ สำหรับกำลังคนระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมการทำหน้าที่ของระบบบริการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำให้องค์ประกอบช้างกลางให้ดีขึ้น โดยที่กำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นองค์ประกอบที่สำคัญส่งผลโดยตรงต่อระบบให้บริการประชาชนในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ดี ซึ่งเป็นเป้าหมายปลายทางขององค์ประกอบอื่นๆ ทั้ง 5 องค์ประกอบ ใน Six Building Blocks ให้ประชาชนในอำเภอช้างกลางปลอดภัยจากโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายผล ดังนี้

5.2.1 สมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ ของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมรรถนะในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ของกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง หลังการพัฒนาแบบ อยู่ในระดับสูงมาก และสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เนื่องมาจากในการศึกษาคั้งนี้ ในขั้นตอนการออกและพัฒนารูปแบบ มีกระบวนการและกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำให้ดีขึ้น โดยกลุ่มเจ้าหน้าที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกซ้อมทบทวน ทักษะ ฝึกปฏิบัติ การประเมินการประเมิน อาการแสดงของผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ฝึกการคัดกรอง กลุ่มเจ้าหน้าที่ได้ฝึกปฏิบัติคัดแยก คัดกรองผู้ป่วย ชักประวัติ วินิจฉัยแยกโรคโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ฝึกเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล เช่น ชุด PPE ป้องกันเชื้อโควิด-19 เจ้าหน้าที่ยังได้ทบทวนการทำความสะอาดมือตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติของกรมควบคุมโรค ฝึกทำลายเชื้อบริเวณที่มีการแพร่กระจายเชื้อ ฝึกทักษะในการให้ผู้ป่วยหรือญาติเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซ้อมและทบทวนการตรวจสืบสวนโรค เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ทบทวนทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำในเบื้องต้น ตามขอบเขตหน้าที่ในวิชาชีพของตนเอง นอกจากนี้ ในขั้นตอนการพัฒนา

รูปแบบยังมีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมและให้กำลังใจเจ้าหน้าที่ในการทำงานเป็นทีม มีกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม เช่น กิจกรรมสัญญาใจกับพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางทำร่วมกับวัดพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ โดยเจ้าหน้าที่ให้คำมั่นสัญญาใจกับพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ว่าจะปฏิบัติหน้าที่ในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำอย่างเต็มความสามารถในขอบเขตความรับผิดชอบของตน และให้บริการประชาชนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดเหล่านี้ ส่งผลให้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีคะแนนสมรรถนะในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำโดยรวมหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีญดา โดประเสริฐ (2564)

5.2.2 พฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ ของเจ้าหน้าที่ และประชาชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

พฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำโดยรวม ของกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกลุ่มประชาชน หลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับสูงมาก และสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ สะท้อนให้เห็นถึงการออกแบบกิจกรรมที่ดีและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้กลุ่มเจ้าหน้าที่และประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ดีขึ้น โดยกิจกรรมที่ช่วยให้กลุ่มเจ้าหน้าที่และประชาชนได้ทบทวนและฝึกปฏิบัติตัวในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ถูกต้องภายใต้วิถีชีวิตใหม่ ตัวอย่างเช่น กิจกรรมพัฒนาชุดความรู้ทักษะในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำสำหรับประชาชน ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง กิจกรรมพัฒนาแนวปฏิบัติในการควบคุมป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง โดยในกิจกรรมดังกล่าว ครอบคลุมถึงการฝึกล้างมืออย่างถูกวิธีตามแนวทางของกรมควบคุมโรค การฝึกใส่อุปกรณ์ในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ เช่น PPE หน้ากากอนามัย ได้ทบทวนการเว้นระยะห่างทางสังคมตามหลักการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ ทบทวนการใช้แอปพลิเคชันในการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ทบทวนความรู้และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อ ทบทวนความรู้เบื้องต้นและปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และทบทวนวิธีการปฏิบัติตัวในประเด็นอื่นๆ ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตแบบวิถีชีวิตใหม่ ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดเหล่านี้ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนมีคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำโดยรวมหลังพัฒนาอยู่ในระดับสูงมาก และสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานักวิชาการ คำแสน (2564), บุญประจักษ์ จันทร์วิน และคณะ (2565) และจารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส และจิรารวรรณ กล่อมเมฆ (2565)

5.2.3 การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ ของเจ้าหน้าที่ และประชาชน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

การมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำโดยรวมของกลุ่มเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและกลุ่มประชาชน หลังการพัฒนาแบบ อยู่ในระดับสูงมาก และสูงกว่าก่อนพัฒนาแบบ เป็นผลเนื่องมาจากในขั้นตอนการพัฒนาแบบสำหรับการศึกษาคั้งนี้ เจ้าหน้าที่และประชาชนมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของพื้นที่และเป็นเจ้าของชุมชนอำเภอข้างกลาง และรู้สึกว่าเป็นส่วนสำคัญในชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เพราะมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาแบบ ตั้งแต่ร่วมศึกษาบริบทของพื้นที่และสภาพปัญหาชุมชน ร่วมวางแผน ร่วมเสนอวิธีดำเนินการควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน มีส่วนร่วมจัดทำโครงการหรือกิจกรรมติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน มีส่วนร่วมในการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชน สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคของชุมชน และมีส่วนร่วมในการสะท้อนผลและคืนข้อมูลสู่ชุมชน จากข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้ที่มิวิจัยได้นำข้อมูลนี้ย้อนกลับไปยังชุมชนอำเภอข้างกลาง ประสานผู้นำชุมชนและหน่วยงานในระดับท้องถิ่น เช่นองค์การบริหารส่วนตำบลข้างหลัก เทศบาลตำบลสวนขัน โรงเรียนโรงเรียนชุมชนบ้านนาหวัดเทพกุญชร วัดพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 7 แห่ง ในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อวางแผนหาแนวทางในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่เหมาะสมในชุมชน ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดเหล่านี้ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและประชาชนมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำโดยรวม หลังพัฒนาอยู่ในระดับสูงมาก และสูงกว่าก่อนพัฒนาแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร และคณะ (2564), ระนอง เกตุดาว อัมพร เทียงตรงดี และภาสินี โทอินทร์ (2563) และอีกประเด็นที่สำคัญ คือการมีส่วนร่วมของประชาชนอำเภอข้างกลางในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ความมุ่งมั่นตั้งใจของเจ้าหน้าที่ในอำเภอข้างกลาง ในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ทุ่มเทตั้งร่างกายแรงใจในการทำงาน ความมีจิตอาสาของเจ้าหน้าที่และประชาชน เป็นสิ่งสำคัญมาก หากผู้ปฏิบัติงานไม่มีความตั้งใจทำงาน ไม่รับผิดชอบหน้าที่ของตนเองก็จะนำไปสู่ความล้มเหลวของการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2564)

กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ออกแบบและพัฒนาขึ้นจากความร่วมมือของชุมชน เพื่อควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกิจกรรมที่ถือว่าคนในชุมชนข้างกลางเป็นเจ้าของกิจกรรมเหล่านี้ ชาวบ้านให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เพราะชาวบ้านถือเป็นหน้าที่ที่ตนต้องรับผิดชอบตั้งแต่การรับผิดชอบตัวเอง ครอบครัว และ ชุมชน เนื่องจากชาวบ้านมีเวลาว่างไม่ตรงกันในช่วงของการทำกิจกรรมในชุมชน ทำให้ต้องใช้เวลามากกว่าในแผนที่วางไว้ กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนบางกิจกรรมดำเนินการลำบากในช่วงฤดูฝน เช่นกิจกรรมเวทีชาวบ้าน บางคนกังวลเรื่องนี้

ท่วมบ้านทำให้บางกิจกรรมอาจรวมกิจกรรมในโครงการวิจัยไม่เต็มที่ ตัวอย่างกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชนสำหรับการศึกษานี้ เช่น กิจกรรมนักสืบแห่งชุมชนข้างกลาง ทุกคนในชุมชนข้างกลางช่วยกันสอดส่องดูแล หากพบคนในชุมชนติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ก็แจ้งผู้นำชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุข และประสานงานไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ดำเนินการสืบสวนโรคกับทีมงานสหวิชาชีพ กิจกรรม สสอ. เคาะประตูบ้าน เป็นการทำงานเชิงรุกที่สาธารณสุขอำเภอข้างกลางร่วมลงพื้นที่ชุมชนกับทีมสหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และชาวบ้านจิตอาสา ไปเคาะประตูบ้านที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ กิจกรรมนี้เป็นอีกกิจกรรมที่ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำได้เป็นอย่างดี เพราะสาธารณสุขอำเภอข้างกลางซึ่งเป็นผู้นำสูงสุดด้านสุขภาพในระดับอำเภอลงพื้นที่ชุมชนในระดับรากหญ้าด้วยตัวเอง ทำให้พบปัญหาในพื้นที่ด้วยตัวเองและแก้ปัญหาการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้ การที่สาธารณสุขอำเภอข้างกลางลงพื้นที่กับทีมสหวิชาชีพ ยังเป็นการเสริมพลังและเป็น การให้กำลังใจเจ้าหน้าที่ทำงานด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำได้เป็นอย่างดี กิจกรรม Fit and Firm สุขภาพดีที่ข้างกลาง ช่วยส่งเสริมการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่และประชาชน ในอำเภอข้างกลาง ให้ร่างกายแข็งแรง ส่งผลให้มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เนื่องจากวัดพ่อกำน คล้ายวาจาสิทธิ์เป็นศูนย์รวมและที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของชาวข้างกลาง การจัดกิจกรรมสัญญาใจกับพ่อกำนคล้ายวาจาสิทธิ์ ช่วยให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำมีที่พึ่งทางใจ กิจกรรมจิตอาสาพัฒนาชุมชน ให้พ้นจากโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ กิจกรรมเวทีชาวบ้าน กิจกรรมฟังเสียงจากป่าข้างบ้าน กิจกรรม และกิจกรรมคืนข้อมูลสู่ชุมชน เป็นกิจกรรมกรรมที่ชาวบ้านทำด้วยใจ กิจกรรมประกวด Tik Tok ชาวข้างกลางห่างไกลโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เป็นการใช้สื่อที่ชาวอำเภอข้างกลางคุ้นเคยและทันสมัยนี้ กิจกรรมประกวด Chang Klang Idol ด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ กิจกรรมนี้ช่วยส่งเสริมบุคคลต้นแบบของชุมชนที่ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนและเจ้าหน้าที่ มีคะแนนรวมหลังพัฒนาอยู่ในระดับสูงมาก และสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2564), ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2565)

5.2.4 มาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

คะแนนการประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ หลังพัฒนารูปแบบ ในการศึกษาเป็นการประเมินผลในเบื้องต้นจากทีมผู้ประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ในภาพรวมแล้ว คะแนนประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานหลังพัฒนารูปแบบ ดีกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ สะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนางานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำทั้งนี้ เป็นผลเนื่องมาจากกระบวนการพัฒนารูปแบบในการศึกษานี้ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การศึกษา

สถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำบริบทของพื้นที่และสภาพปัญหาชุมชนข้างกลาง แล้วนำเป็นข้อมูลนำ เข้าเพื่อวางแผนในการพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับชุมชน ดำเนินการตามแผนพัฒนารูปแบบ สังเกตและติดตามผลร่วมกับชุมชน สะท้อนผลและถอดบทเรียน และคืนข้อมูลสู่ชุมชน ซึ่งในทุกขั้นตอนของการศึกษานี้ ทีมงานได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบภายใต้มาตรฐานปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของกระทรวงสาธารณสุข โดยตั้งเป้าหมายอย่างแน่ชัดและชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้น คือต้องไปถึงการผ่านเกณฑ์ระดับ Special ดังนั้นการออกแบบโครงการและกิจกรรมต่างๆ จึงครอบคลุมทุกมิติของการประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงาน ทั้งด้านมาตรฐานด้านความถี่งาน ด้านความพร้อมและการปฏิบัติงาน และด้านผลงาน จึงส่งผลให้คะแนนการประเมินหลังพัฒนารูปแบบผ่านเกณฑ์ระดับ Special ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานที่เฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (2563)

5.2.5 รูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาในการศึกษานี้ คะแนนประเมินคุณภาพรูปแบบ ด้านความถูกต้อง ด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเป็นประโยชน์ และคุณภาพโดยรวม ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้ อยู่ในระดับสูงมาก เป็นการชี้ให้เห็นว่า รูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชที่มีองค์ประกอบทั้ง 10 มิติ มีคุณลักษณะที่บ่งบอกถึงความน่าเชื่อถือ มีสาระครอบคลุมครบถ้วนตามความต้องการของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและชุมชนข้างกลางอย่างแท้จริง รูปแบบนี้เหมาะสมและคำนึงถึงผู้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการประเมินและประชาชนในพื้นที่ข้างกลาง ผลกระทบจากการประเมิน มีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่และสภาพความเป็นจริงของชุมชนอำเภอข้างกลาง มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และเป็นประโยชน์ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานผู้ใช้รูปแบบ สามารถนำไปใช้ให้ในพื้นที่ข้างกลางให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายและเผยแพร่ต่อสาธารณชนต่อไปได้ อย่างแท้จริง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการประเมินและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ และสอดคล้องกับการศึกษาของพัฒนา พรหมณี ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด และ ปณิธาน กระสังข์ (2560), อีรพร สติรอังกูร และคณะ (2564) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมา นี้ สามารถปรับให้เข้ากับการอภิบาลสุขภาพ ในสถานการณ์ฉุกเฉินของการเกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ซึ่งประกอบด้วยกลไกด้านการตัดสินใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านดำเนินการในทางปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการแนวคิดของ Gao and Yu (2020) อีกทั้งรูปแบบที่พัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน คือ ออกแบบและพัฒนาขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ออกแบบและพัฒนาขึ้นมา

จากฐานคิดของทฤษฎีและหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุข และแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ มีระบบงานและกลไกที่ชัดเจน วิธีการดำเนินงานที่ชัดเจน ตามองค์ประกอบของรูปแบบ 10 มิติ (CHANG KLANG: Community participation, Health information technology, Active response and management, New normal, Knowledge management and innovation, Literacy, Active ONE HEALTH, Network and team และ Goal) กิจกรรมต่างๆ ชัดเจน มีแนวทางการประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบที่ชัดเจน มีคำอธิบาย เงื่อนไข ข้อจำกัด และมีคู่มือประกอบรูปแบบที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ivancevich et al. (1989) และ สมาน อัครภูมิ (2550)

5.2.6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอลำปาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอลำปาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พิจารณาตามกรอบ Six Building Blocks จากการศึกษาี้ สะท้อนให้เห็นถึง ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำปาง เป็นจุดเริ่มต้นขององค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้องค์ประกอบอื่นๆ อีก 5 องค์ประกอบ ของ Six Building Blocks ให้สามารถทำหน้าที่ได้ราบรื่นและดีขึ้น ส่วนระบบการเงินการคลัง ก็เป็นองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนให้องค์ประกอบ อีก 4 องค์ประกอบ ใน Six Building Blocks ได้แก่ ระบบบริการ กำลังคน เทคโนโลยีสารสนเทศ และเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ ให้ทำหน้าที่ได้สมบูรณ์แบบ สำหรับกำลังคน ระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ ก็ล้วนแล้วแต่เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมการทำหน้าที่ของระบบบริการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำให้ดีขึ้น โดยที่กำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นองค์ประกอบที่สำคัญส่งผลโดยตรงต่อระบบให้บริการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ดี เป็นเป้าหมายปลายทางขององค์ประกอบอื่นๆ ในองค์ประกอบ ใน Six Building Blocks ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล (2562)

5.2.6.1 ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ มีผู้นำที่เข้มแข็งและมีธรรมาภิบาลในการทำงาน ซึ่งถือว่าเป็นจุดแข็งและมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของเครือข่ายสุขภาพอำเภอลำปาง ผู้นำองค์กรเครือข่ายสุขภาพอำเภอลำปาง ให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์อภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันการควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเป็นอย่างมาก มีการออกคำสั่งในการทำงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ชัดเจน ใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย อย่างจริงจัง และมีประโยชน์และสร้างความเข้าใจได้เป็นอย่างดี

ให้กับประชาชน ทำให้การควบคุม กำกับ และดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวุฒิ สุริยะและคณะ (2565) และการศึกษาของ สัญญา ยีอราน และอาจินต์ สงทับ (2562)

5.2.6.2 ด้านการบริหารจัดการงบประมาณ การเงินการคลัง หลังพัฒนารูปแบบ ถึงแม้ว่ามีระบบการขออนุมัติที่รวดเร็วขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม งบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในบางรายการก็ยังไม่เพียงพอ ค่าตอบแทนบุคลากรในบุคลากรบางกลุ่มยังน้อยอยู่ ชุดปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมืออุปกรณ์ในการลงพื้นที่ ของเจ้าหน้าที่ ขาดในบางช่วงอาจส่งผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล (2562)

5.2.6.3 ด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ หลังพัฒนารูปแบบ มีการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ด้านสาธารณสุขสำหรับใช้ในงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำอย่างเป็นระบบมากขึ้น มีระบบสำรองอุปกรณ์ที่จำเป็นได้อย่างครบถ้วน สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของพัฒนารูปแบบในการศึกษาคั้งนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล (2562) และ สมถวิล อัมพรอารี, สมรักษ์ ศิริเขตกรรม, และอัญชลีพร อมาตยกุล (2565)

5.2.6.4 ด้านระบบสารสนเทศ หลังพัฒนารูปแบบ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ช่างกลางให้ความสำคัญกับระบบสารสนเทศเป็นอย่างมาก ซึ่งเห็นได้จาก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอช่างกลาง นอกจากใช้ระบบ JHCIS ที่มีการบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นปัจจุบันแล้ว ยังมีระบบให้คำปรึกษาเรื่องการควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำแบบทางไกล ในการศึกษานี้ได้พัฒนาแอปพลิเคชัน ChangKlang Epi Scan สามารถช่วยในงานสืบสวนโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำได้เป็นอย่างมาก ทำให้ลดขั้นตอนการทำงานลง การรายงานผลง่ายขึ้น และรวดเร็วขึ้น ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความเข้มแข็งด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอช่างกลางได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีช่องทางในการสื่อสารความเสี่ยงที่ประชาชนคุ้นเคยใช้ง่าย เข้าถึงได้สะดวก ผ่านระบบไลน์ Facebook, website ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช่างกลาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 7 แห่ง แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกบางกลุ่มที่ยังต้องพัฒนาความรู้และทักษะทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้ทันตามยุควิถีชีวิตใหม่ที่เปลี่ยนไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sera et al (2020) และ บดินทร์ ชาตะเวที (2563) และ มะลิวัลย์ เรือนคำ และคณะ (2565)

5.2.6.5 ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ให้ความร่วมมือในการทำงานช่วยเหลือกัน ยินดีปฏิบัติงานทุกส่วนทั้งเป็นหลักและทีม SAT เจ้าหน้าที่ทำงานประสานงานกัน ร่วมใจกันในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีมุมมองที่ดีในการทำงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เข้าใจหน้าที่ของตนเองมากขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจากเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำมากขึ้น

แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อระบบราชการมีการโยกย้าย การดำเนินการบางประการจึงขาดความต่อเนื่อง ผู้รับผิดชอบงานจึงต้องมีความชัดเจนและสามารถสื่อสารให้ผู้นำเข้าใจและสนใจในงาน เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องครอบคลุม เมื่ออปท. ทั้ง 3 แห่งของอำเภอข้างกลาง มีเสถียรภาพมากขึ้น การดำเนินการและความร่วมมือจึงทำได้ดีขึ้น เห็นได้จาก โครงการด้านสาธารณสุขที่ถูกนำเข้ามาเสนอ พิจารณา และอยู่ระหว่างดำเนินการหลายโครงการที่ใช้งบประมาณของ อปท. ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่ที่ทำงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในอำเภอข้างกลางมีจำนวนจำกัด เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอข้างกลาง จัดอบรมพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านี้ สามารถช่วยแบ่งเบาภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เป็นอย่างมาก ซึ่งตัวอย่างที่เห็นได้อย่างชัดเจน เช่น ในช่วงที่ดำเนินการศึกษานี้ มีการระบาดของโควิด-19 อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอข้างกลางได้เข้ามา มีบทบาทในการช่วยเจ้าหน้าที่ได้อย่างมาก เช่น การมีส่วนร่วมในการสืบสวนโรค การส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน อสม. สามารถเข้าสู่ข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2564) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์ (2564) และ สมถวิล อัมพรอารี, สมรักษ์ ศิริเขตกรณ์ และอัญชลีพร อมาตยกุล (2565)

5.2.6.6 ด้านการให้บริการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในการศึกษาครั้งนี้ ถือว่าประสบความสำเร็จในด้านนี้ เนื่องจากหลังพัฒนารูปแบบ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอข้างกลาง ได้พัฒนาระบบการบริการจัดการในการให้บริการประชาชนได้มีคุณภาพดีขึ้น บริการที่รวดเร็วขึ้น เข้าถึงบริการ ครอบคลุมทุกพื้นที่ เจ้าหน้าที่ให้บริการที่มีคุณภาพ และประชาชนมีความรู้สึกความปลอดภัย ทั้งในรพ.และรพ.สต.ซึ่งฟังเสียงจากสะท้อนจากประชาชนส่วนใหญ่สะท้อนว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจิตบริการที่ดี ดูแลผู้ป่วยเสมือนคนไข้เหมือนญาติหรือคนในครอบครัวของตัวเอง รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมา เป็นรูปแบบที่ประสบความสำเร็จเนื่องจากมีการติดตามอาการของผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชนของอำเภอข้างกลาง ที่ทำได้ง่ายและเร็วขึ้นกว่าเดิม โดยมีกระบวนการติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล (2562), มนุ ศุกุลสกุล และคณะ (2565) และ สมถวิล อัมพรอารี และคณะ (2565)

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

5.3.1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคอุบัติอุบัติซ้ำ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดนครศรีธรรมราช หรือสำนักงานสาธารณสุขในจังหวัดอื่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อื่นๆ สามารถนำกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมป้องกัน

โรคอุบัติอุบัติซ้ำนี้ ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชุมชน โดยสามารถประยุกต์และปรับให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน โดยต้องคำนึงถึงความแตกต่างของศาสนาและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่

5.3.1.2 ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ สามารถนำแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ ที่พัฒนาขึ้นมาจากการศึกษาครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้และเป็นแนวทางในการจัดบริการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ แบบเชิงรุกของพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช หรือจังหวัดใกล้เคียง พื้นที่ภาคใต้ ซึ่งเกิดผลในทางที่ดีกับประชาชน คือประชาชนได้รับบริการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เป็นที่ตีมีคุณภาพ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

5.3.1.3 เพื่อทำให้เกิดการเข้าใจและนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างแท้จริง ผู้ปฏิบัติงานด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในพื้นที่อำเภอช้างกลาง ต้องพร้อมปฏิบัติงานอย่างจริงจัง และปฏิบัติด้วยความมั่นใจ หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอช้างกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้นำชุมชนทั้งระดับตำบล หมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือว่าเป็นผู้ปฏิบัติงานด่านหน้าที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เป็นกลุ่มเสี่ยงในชุมชนมากที่สุด

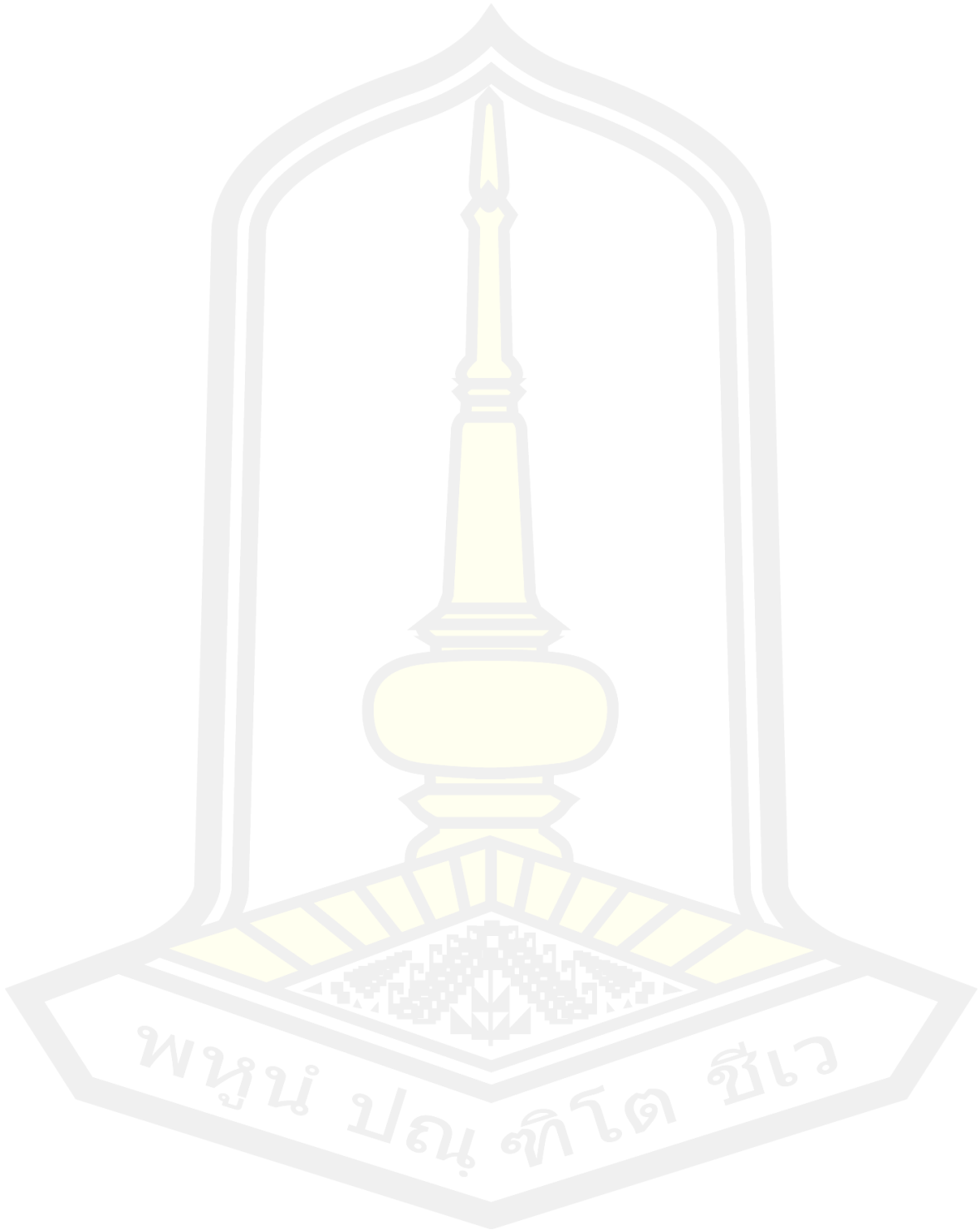
5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 ควรเพิ่มระยะเวลาในประเมินผลการพัฒนามากกว่านี้ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของประเมินประสิทธิผลของรูปแบบให้มากยิ่งขึ้น สำหรับการศึกษาดูแบบในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผลการประเมินผลการพัฒนารูปแบบในระยะเวลาช่วงสั้น อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการศึกษานี้ให้มากยิ่งขึ้น และเพื่อเป็นการยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบ ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

5.3.2.2 ควรใช้วิธีอื่นประเมินร่วมด้วย เช่นการสังเกต และเพิ่มมิติการประเมินให้มากขึ้น เพราะการใช้แบบสอบถามประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนและการประเมินด้วยตนเองอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่และประชาชนบางคนมีความรู้เรื่องการป้องควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเป็นอย่างดี แต่ บางครั้งยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

5.3.2.3 ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรขยายผลเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มเด็กและเยาวชนให้มากขึ้นโดยการสร้างแกนนำเพื่อปลูกจิตสำนึกให้เห็นถึงความสำคัญด้วยตนเองเพื่อการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชนที่ยั่งยืนมากขึ้น

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564)*. นนทบุรี: คณะกรรมการ อำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12.
- กรมการแพทย์. (2563). *แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563 – 2565) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*. [ออนไลน์]. ได้จาก: https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Direction_Strategic. [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2565].
- กรมการแพทย์. (2564). *คู่มือการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำทางเดินหายใจ พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ บริษัท จรัสสินทวงศ์ การพิมพ์ จำกัด.
- กรมควบคุมโรค. (2563). *นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1142920210518092542.pdf>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2565].
- กรมควบคุมโรค. (2564). *รายงานประจำปี 2563 กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2277120220127085658.pdf>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2565].
- กรมควบคุมโรค. (2565). *โรคมีดบาด*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1280220220527140419.pdf>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2565].
- กรมควบคุมโรค. (2565). *รายงานประจำปี 2564*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2301920220125094025.pdf> [สืบค้นเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2565].
- กรมควบคุมโรค.(2559). *แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564*. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. ได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//eidnationplan60_64_b180460.pdf. [สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2565].
- กรมควบคุมโรค. (2563). *มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2563*. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://103.40.150.229/EOC/Content/2563-SATJITSRRT-DDC.pdf>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2565].

กรมสุขภาพจิต. (2563). *New Normal ชีวิตวิถีใหม่*. [ออนไลน์]. ได้จาก:

<https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2288>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2565].

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2565). *รวมแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2334320220210072633.pdf> [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2565].

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2564). *รายงานประจำปี 2564 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2699820220720122454.pdf> [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2565].

กัณฑ์ณวิรัช สืบศักดิ์. (2564). การศึกษาระบบการบริหารจัดการภาวะวิกฤตและรูปแบบการจัดการโรคอุบัติใหม่ (Covid-19) ในเขตจังหวัดปทุมธานี. *วารสารการวิจัยการบริหารการพัฒนา*. 11(3), 486-495.

กิตติพร ปัญญาภิบาล. (2551). *วิจัยเชิงปฏิบัติการ*. เชียงใหม่: นันทพันธ์ พรินต์ติ้ง.

กาญจนา ปัญญาธร, กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภา, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และวรรณิ์ ครองยุติ. (2563) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*. 32(1) [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/download/247388/169423/> [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2565].

คเชนทร์ ชาญประเสริฐ. (2551). *การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น*. การศึกษาอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, (2562). *แบบประเมินตนเองด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพมหานคร.

จารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส และ จิราวรรณ กล่อมเมฆ. (2565). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันโควิด-19 ของประชากร วิทยานิพนธ์ในตำบลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 23(1), 437-445.

- ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ. (2565). การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโควิด-19 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. กรุงเทพฯ:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5625?locale-attribute=th> [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2565].
- ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, เพ็ญญา ศรีหิรัญ, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และดิษฐพล ใจชื่อ. (2564). การถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข).
- ชีรวัดน์ นิจนตร. (2560). การวิจัยพัฒนารูปแบบทางสังคมศาสตร์และการศึกษา. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*. 4(2), 71-102.
- ณัฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี, *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 33-48.
- ดรัญชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์ เวชสาร*, 36(5), 597-604.
- ดาราวรรณ นันทะ. (2551). การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ตรีญดา โตประเสริฐ (2564). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ สถาบันบำราศนราดูร. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 15(1), 25-36.
- ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์. (2564). ความปกติรูปแบบใหม่หรือวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ภายหลังโรคอุบัติใหม่โควิด-19 :ธุรกิจออนไลน์ ธุรกิจค้าปลีก และธุรกิจร้านอาหาร กับทิศทางการเปลี่ยนแปลงของอุตสาหกรรมขนส่งและโลจิสติกส์ไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. 8(1), 246-274.
- ธีรพร สติธอังกฤษ, ศิริมา ลีละวงศ์, ศศมน ศรีสุทธีศักดิ์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, ณิชภา ยนจอหอ และกนกพร แจ่มสมบุญ. (2564). การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(2), 320-33.

- ธีรพัฒน์ อังศุชวาล และชัชฎา กำลังแพทย์. (2563) กลไกการอภิบาลทางสาธารณสุขของไทยในการจัดการโควิด-19. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 16(2), 37-76.
- บดีรินทร์ ชาดะเวที (2563). *พฤติกรรมกับชีวิตวิถีใหม่: New Normal*. บทความทั่วไป. [ออนไลน์].
ได้จาก: <http://www.ttmed.psu.ac.th/blog.php?p=258> [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2565].
- บุญประจักษ์ จันทร์วิน, จิตาภรณ์ ยกอิน, ภัทราภรณ์ เต็งโรจน์นภาพร และวัลลภา ดิษสระ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 4(1), 1-14.
- ประจวบ หนูเลี้ยง และคณะ. (2558). การพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วมของจังหวัดพัทลุง. *วารสารปาริชาติ*, 28(2).
- ประเวศ วะสี. (2546). *การปฏิวัติเงียบ: การปฏิรูประบบสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ มูลนิธิหมอชาวบ้านและองค์กรภาคี.
- บุญญาพัฒน์ แสงวงศ์ดี. (2562). วิฤทธิการณโลกกรณีการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่: บทบาทขององค์การอนามัยโลก สถานการณ์ในประเทศไทย และ New Normal. *Journal of Social Synergy*. 11(1): 88–108.
- พัฒนา พรหมณี, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด และปณิธาน กระสังข์. (2560). แนวคิดการสร้างและพัฒนา รูปแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขสำหรับนักสาธารณสุข. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(2), 128-135, กรกฎาคม-ธันวาคม.
- พิศิษฐ์ ปรีกโธสง. (2552). *การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา*. การศึกษาอิสระ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิชญ์รักษ์ กันทวิ. (2563). ประเมินผลโครงการสร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมสำหรับโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่. ตามแนวพรมแดนไทย-ราชอาณาจักรกัมพูชา-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว – ารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา ปีงบประมาณ 2558-2560. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, (1), 51-61.
- พิสิฐ เทพไกรวัล. (2554). *การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อคุณภาพการจัดการศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษาขนาดเล็ก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มนู ศุกุลสกุล และคณะ. (2565). การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี: การถอดบทเรียน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(2), 235–244.

- มะลิวัลย์ เรือนคำ, พรเพ็ญ ศิริสัตยวงค์, ศุภลักษณ์ เข้มทอง, วัฒนารี อัมมววรรณ และพรทิพย์พา ธิมายอม. (2565). ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อการทำกิจกรรมการ ดำเนินชีวิตและรูปแบบการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดที่ตอบสนองต่อยุคชีวิตวิถีใหม่. *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5533?show=full&locale-attribute=th> [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2565].
- เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์. (2564). ซึ่งศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน การป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 4(1), 44-58.
- ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี และภาสินี โทอินทร์. (2565). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 30(1). [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/255056/173521> [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2565].
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2564). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คพับลิเคชั่น.
- รุชชีม้น อาแวเงาะ. (2552). *ความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วม วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ ประชาชน อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส*. งานนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัตนะ บัวสนธ์. (2552). *การวิจัยและพัฒนาวัตกรรมการศึกษา*. กรุงเทพฯ: คำสมัย.
- วรัญญา จิตรบรรทัด และคณะ. (2564). ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการของระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิที่เหมาะสมต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 11. *สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5485>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2565].
- วัชรพล วิวรรณ เก่าวพันธ์, วัชรพล วิวรรณ เก่าวพันธ์...และคณะ. (2554) *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ของชุมชน ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของบ้านป่าเป่า ตำบลโสกนกเต็น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น*. *วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น*.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*. 2(4), 2-15.

- วิรุฬ ลิ้มสวาท. (2552). การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย หลังการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550: กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา. *วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*, 3(3), 419-433.
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานการเกิดโรคอุบัติใหม่. กรุงเทพฯ: ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค.
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 731 วันที่ 7 มกราคม 2565. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no731-070165.pdf> [สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2565].
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา. [ออนไลน์]. ได้จาก: [<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no7-100163.pdf>]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 23 มกราคม 2564].
- สมถวิล อัมพรอารี, สมรักษ์ ศิริเชตรกรรม และอัญชลีพร อมาตยกุล. (2565). รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ สถาบันบำราศนราดูร. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 16(1), 1-12.
- สมพร สังข์แก้ว, ธีรนุช ห้านิรัตติย และ บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2563). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่. *ว.สภากาพยาบาล*, 35(3), 69-86.
- สมาน อัสวภูมิ. (2550). *เส้นทางสู่คุณภาพและมาตรฐานการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 8. อุบลราชธานี: ห้างหุ้นส่วนจำกัดอุบลกิจออฟเซทการพิมพ์.
- สัญญา ยี่อราน และอาจินต์ สงทับ. (2562). รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *พันธะสัญญา การขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://www.stopcorruption.moph.go.th>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2564].
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 11 นครศรีธรรมราช. (2563). *รายงานผลการประเมินตามมาตรฐานการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมโรคประจำปี 2563*. นครศรีธรรมราช: สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 11 นครศรีธรรมราช.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรค. (2563). *มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2563*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ หจก.แคนนา กราฟฟิค.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2565). *รายงานประจำปี 2564. โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำจังหวัดนครศรีธรรมราช*. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.
- สำนักงานสาธารณสุขนครศรีธรรมราช. (2564). *รายงานประจำปี 2563*. นครศรีธรรมราช: รายงานการระบาดของโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำในจังหวัดนครศรีธรรมราช.
- สำนักงานสาธารณสุขนครศรีธรรมราช. (2565). *รายงานประจำปี 2564*. นครศรีธรรมราช: รายงานการระบาดของโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำในจังหวัดนครศรีธรรมราช.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง. (2565). *รายงานไตรมาส 2565*. นครศรีธรรมราช: รายงานการเกิดโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำในอำเภอช้างกลางจังหวัดนครศรีธรรมราช.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง. (2565). *รายงานประจำปี 2564*. นครศรีธรรมราช: รายงานการเกิดโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำในอำเภอช้างกลางจังหวัดนครศรีธรรมราช.
- สุชาติา เจียมศิริ. (2564). *การป้องกันโรค*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://www.thecoverage.info/news/content/1209> [สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2565].
- สุวิมล ว่องวานิช. (2549). *แบบตรวจสอบรายการประเมิน : วิธีวิทยาและเครื่องมือประเมิน*, ใน สุวิมล ว่องวานิช (บก.). *การประเมินนิยามาน : วิธีวิทยาและการประยุกต์ใช้*. (หน้า 49-76). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2553). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการในชั้นเรียน*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรวัดณ์ ชลอสันติสกุล. (2565). *เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคลัมปี สกินของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคพื้นเมืองในอำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี*. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มทร วิทยาเขตอีสาน*, 3(1), 1-11.
- เสาวณีย์ เปลี่ยนพานิช นรินทร์ สุริยนต์ และพิชญ์รักษ์ กันทวิ (2562) *ผลของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ ตามแนวชายแดนประเทศไทย-เมียนมา-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จังหวัดเชียงราย ปี 2560-2561*. *วารสารควบคุมโรค*, 45(1), 85-96.
- อำพล จินดาวัฒน์, สุรณีพิพัฒน์ โรจนกมล, ปานบตี เอกะจัมปะกะ และรุจิรา ทวีรัตน์. (2551). *การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย*. ใน *การสาธารณสุขไทย 2548-2550*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2550). *ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิตและสังคม (เล่ม 1)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

- อำพล จินดาวัฒน์. (2551). *ระบบสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- อายุวัฒน์ สุระเสียง. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์*. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุษา คำประสิทธิ์. (2565). การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 30-44.
- Adeyemi, N. M. (1975). *Cooperation among libraries in Nigeria: a pilot study*: University of Pittsburgh.
- Bencharongkul V. (2022). *Thai Education in Digital Society*. Retrieved May 19, 2022 from <http://www.prachachat.net/newsdetail.php?newsid=1427354631>.
- Best, & John, W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Black, D. R., Dietz, J. E., Stirratt, A. A. & Coster, D. C. (2015). Do social media have a place in public health emergency response. *Journal of Emergency Management*, 13(3), 217-226.
- Bloom, B. S. (1986). *Learning for Mastery. Instruction and Curriculum*. Regional Education Laboratory for the Carolinas and Virginia, Topical Papers and Reprints.
- Busha, C. H., & Harter, S. P. (1980). *Research Methods in librarianship: Techniques and interpretation*: Academic Press Inc., Orlando.
- Capozzi, M. M., Gregg, B., & Hawe, A. (2010). McKinsey global survey results: Innovation and commercialization. *The Mckinsey Quarterly*, 2, 1-8.
- Cassileth, B. R., Zupkis, R. V., Sutton-Smith, K., & March, V. (1980). Information and participation preferences among cancer patients. *Annals of internal medicine*, 92(6), 832-836.
- Chaiyasit, S., et al. (2021). *Emerging Disease Prevention and Control Behaviors in Lak Chang Community, Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province*.

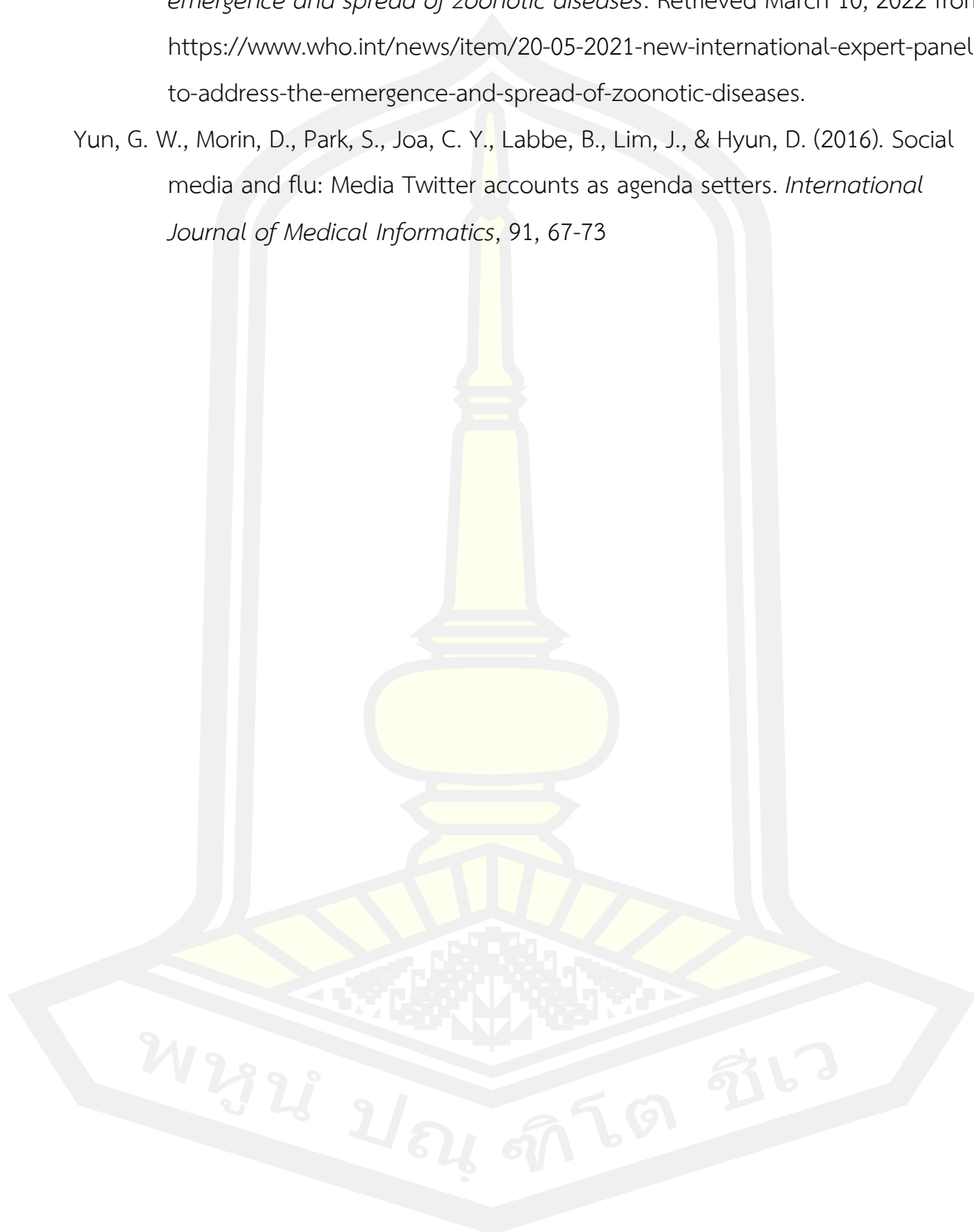
- Cheng, H.-Y., Li, S.-Y., & Yang, C.-H. (2020). Initial rapid and proactive response for the COVID-19 outbreak-Taiwan's experience. *Journal of the Formosan Medical Association*, 119(4), 771-773.
- Cohen JM, Uphooff NT. (1977). *Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evolution*. Ithaca, New York: Rural development committee, Center for International Studies: Cornell University..
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1980). *Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity*. New York: World Developments.
- Cumming, T. G. & Worley, C. G. (2013). *Organization Development and Change*. 10th ed. USA: Cengage Learning.
- Daniel, W.W. (1999). *Biostatistics A foundation for analysis in the health sciences*. 7th ed. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken.
- Dikid, T., Jain, S. K., Sharma, A., Kumar, A., & Narain, J. P. (2013). Emerging & re-emerging infections in India: An overview. *The Indian Journal of Medical Research*, 138(1), 19.
- Eisner, E. (1976). Educational connoisseurship and criticism : Their form and functions in education evaluation. *Journal of Aesthetic Education*, 39(2), 192 - 193.
- Gao, X., & Yu, J. (2020). Public governance mechanism in the prevention and control of the COVID-19: information, decision-making and execution. *Journal of Chinese Governance*, 5(2), 178-197.
- Good, C. V. (1973). *Dictionary of Education*. New York: McGraw-Hill.
- Hicklin, A., O'Toole, L., Meier, K., & Robinson, S. (2009). Calming the storms: Collaborative public management, hurricanes Katrina, Rita, and disaster response. In R. O'Leary & L. B. Bingham (Eds.). *The collaborative public manager* (pp. 95-114). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Holmes, B. J. (2008). Communicating about emerging infectious disease: The importance of research. *Health, Risk & Society*, 10(4), 349-360.
- Hsiao, William C. (2003). *What is a Health System? Why Should We Care?:* Harvard School of Public Health.

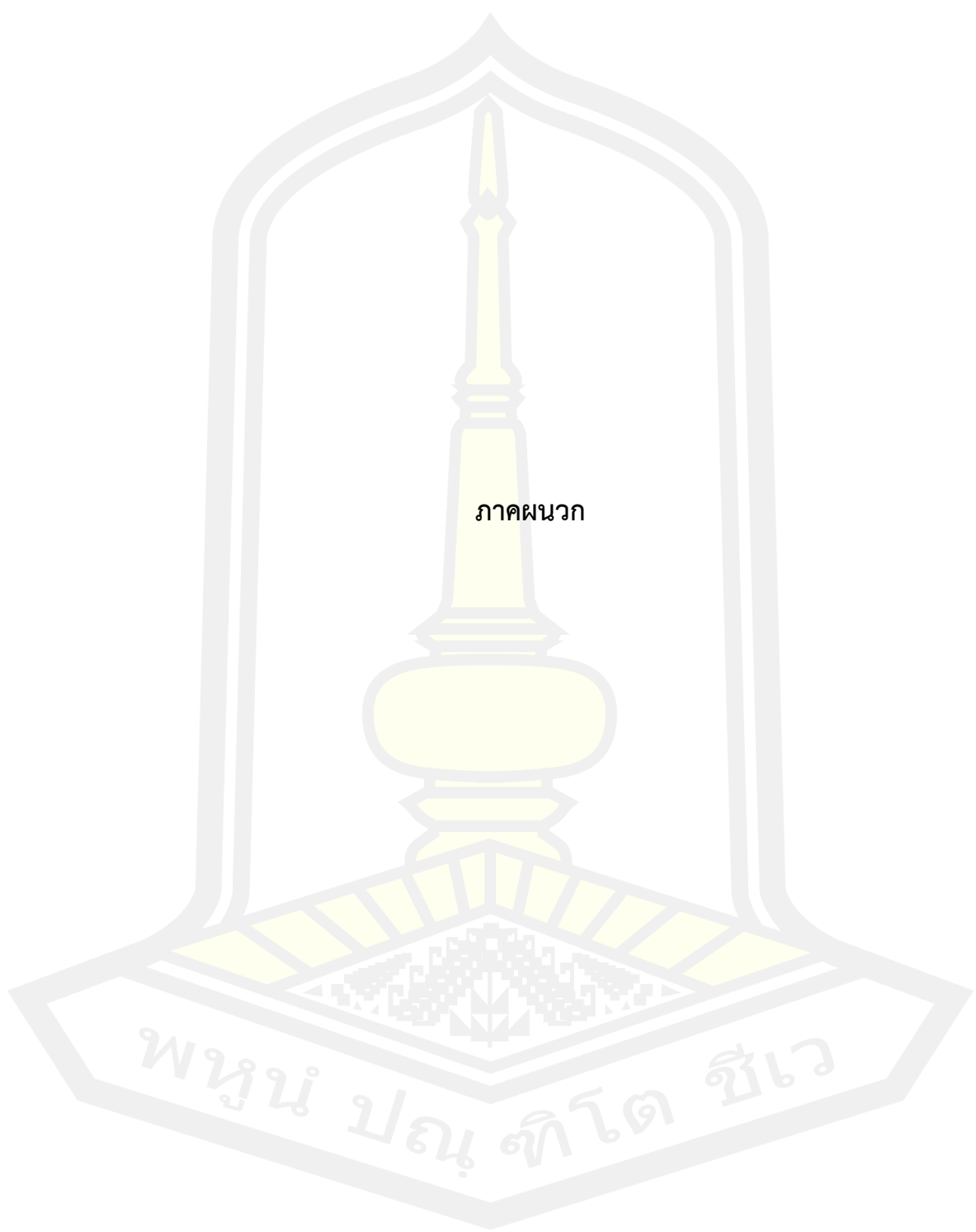
- K.E. Jones, N.G. Patel, M.A. Levy, et al. (2008). *Global trends in emerging infectious diseases Nature*, 451(7181), 990-993.
- Keefe, W. J. (1994). *Leadership in Middle Level Education*. Virginia National.
- Keeves, P. J. (1988). *Model and model building Education Research, methodology and measurement : An International Handbook*. Oxford : Pergamon Press.
- Keeves, P. J. (1997). *Educational Research Methodology and Measurement : An International Handbook*. Oxford, England: Pergamon Press.
- Kemmis, & McTaggart, R. (1988). *The Action research planner*, 3rd ed. Geelong: Deakin University, Australia.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Mendy, A., Stewart, M. L. & VanAkin, K. (2020). *A leader's guide: Communicating with teams, stakeholders, and communities during COVID-19*. Retrieved April 28, 2022, from <https://mck.co/2Toceol>.
- Morens DM, Holmes EC, Davis AS, and Taubenberger JK. (2011). Global rinderpest eradication: lessons learned and why humans should celebrate too. *J. Infect. Dis.* 204:502–505.
- Nohrstedt, D. (2018). Networking and crisis management capacity: A nested analysis of local-level collaboration in Sweden. *American Review of Public Administration*, 48(3), 232–244.
- One Health Research Center Emerging Infectious Disease Surveillance. (2022). *Global new coronary pneumonia*. Retrieved April 15, 2022 from <http://covid.eidonehealth.com/templates/world.html>.
- Phrombut, S. (2020). *New normal with changing lifestyles*. Retrieved March 12, 2022, from <https://dsp.dip.go.th/en/category/>
- Powell, R. R., Connaway, L.S. (2004). *Basic Research Methods for Librarians*. 4th ed ed. London: Libraries Unlimited.
- Qi et al. (2020). COVID-19 transmission in Mainland China is associated with temperature and humidity: a time-series analysis. *Sci. Total Environ.*, 728(2020), 138778.

- Simon, T., Goldberg, A., & Adini, B. (2015). Socializing in emergencies-a review of the use of social media in emergency situations. *International Journal of Information Management*, 35(5), 609-619.
- Sornkaew, W. (2020). Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control Behaviors among People in Chawang District, Nakhon Si Thammarat Province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 3(2), 1-13.
- Steiner, E. (1988). *Methodology of Theory Building*. Sydney : Educology Research Associates.
- Wang, C. J., Ng, C. Y., & Brook, R. H. (2020). Response to COVID-19 in Taiwan: Big data analytics, new technology, and proactive testing. *The Journal of the American Medical Association*, 323(14), 1341-1342.
- Warrell, M. (2020). *COVID-19 leadership lessons from Singapore: Be ready, be bold, be decisive*. Retrieved April 30, 2022, from <https://bit.ly/37Co86r>.
- Waugh, W. L. (2000). *Living with hazards, dealing with disasters: An introduction to emergency management*. London: Routledge.
- Waller, D. (1968). *Scientific Sociology: Theory and method*. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice-Hall
- Waller, J. C., & Ernst, M. (1986). Soma to vegetative changes in stress-induced analgesia in man: an electrophysiological and pharmacological study. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 467, 256.
- World Health Organization. (2000). *The World health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2007). *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *A brief guide to emerging infectious diseases and zoonoses*. Retrieved May 10, 2022 from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204722>.
- World Health Organization. (2021). *The WHO strategic framework for prevention and control of emerging and epidemic-prone diseases*.

World Health Organization. (2021). *New international expert panel to address the emergence and spread of zoonotic diseases*. Retrieved March 10, 2022 from <https://www.who.int/news/item/20-05-2021-new-international-expert-panel-to-address-the-emergence-and-spread-of-zoonotic-diseases>.

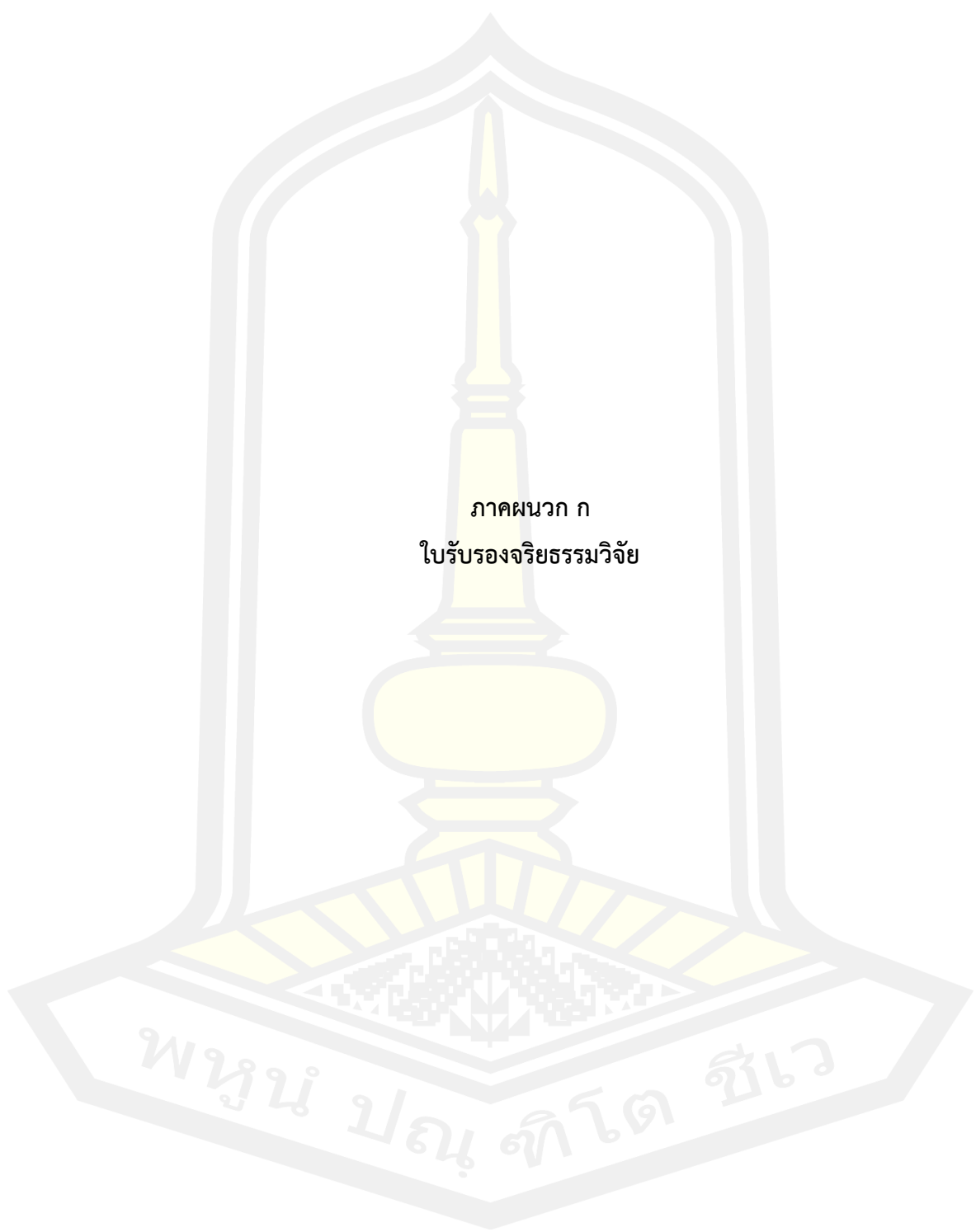
Yun, G. W., Morin, D., Park, S., Joa, C. Y., Labbe, B., Lim, J., & Hyun, D. (2016). Social media and flu: Media Twitter accounts as agenda setters. *International Journal of Medical Informatics*, 91, 67-73





ภาคผนวก

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก
ใบรับรองจริยธรรมวิจัย

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 380-348/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ
ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Development of Health System Governance Model for Emerging and
Re-emerging Diseases Prevention and Control, in the New Normal Life, Chang Klang District,
Nakhon Si Thammarat Province.

ผู้วิจัย : นายวิทยา ศรีแก้ว

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง
จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 23 พฤศจิกายน 2565

วันหมดอายุ : 22 พฤศจิกายน 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของ
โครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิด
โครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือ
หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....
ศาสตราจารย์ สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษักรหญิงรัตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ
ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

รหัสโครงการวิจัย P068/2565

หัวหน้าโครงการวิจัย นายวิทยา ศรีแก้ว

สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ประเด็นการพิจารณา

๑. พิจารณาด้านกระบวนการทางวิทยาศาสตร์
๒. พิจารณาด้านจริยธรรม
๓. พิจารณาคุณสมบัติของนักวิจัย/คณะนักวิจัย

เอกสารที่รับรอง

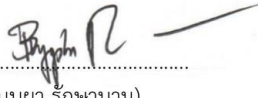
๑. โครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๓. ประวัตินักวิจัย/คณะนักวิจัย
๔. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย
๕. เอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว พิจารณานุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ ทั้งนี้โดยยึด
ตามเอกสารที่เสนอต่อคณะกรรมการ


.....
(ดร.สุขุมารณ์ ศรีวิชิต)

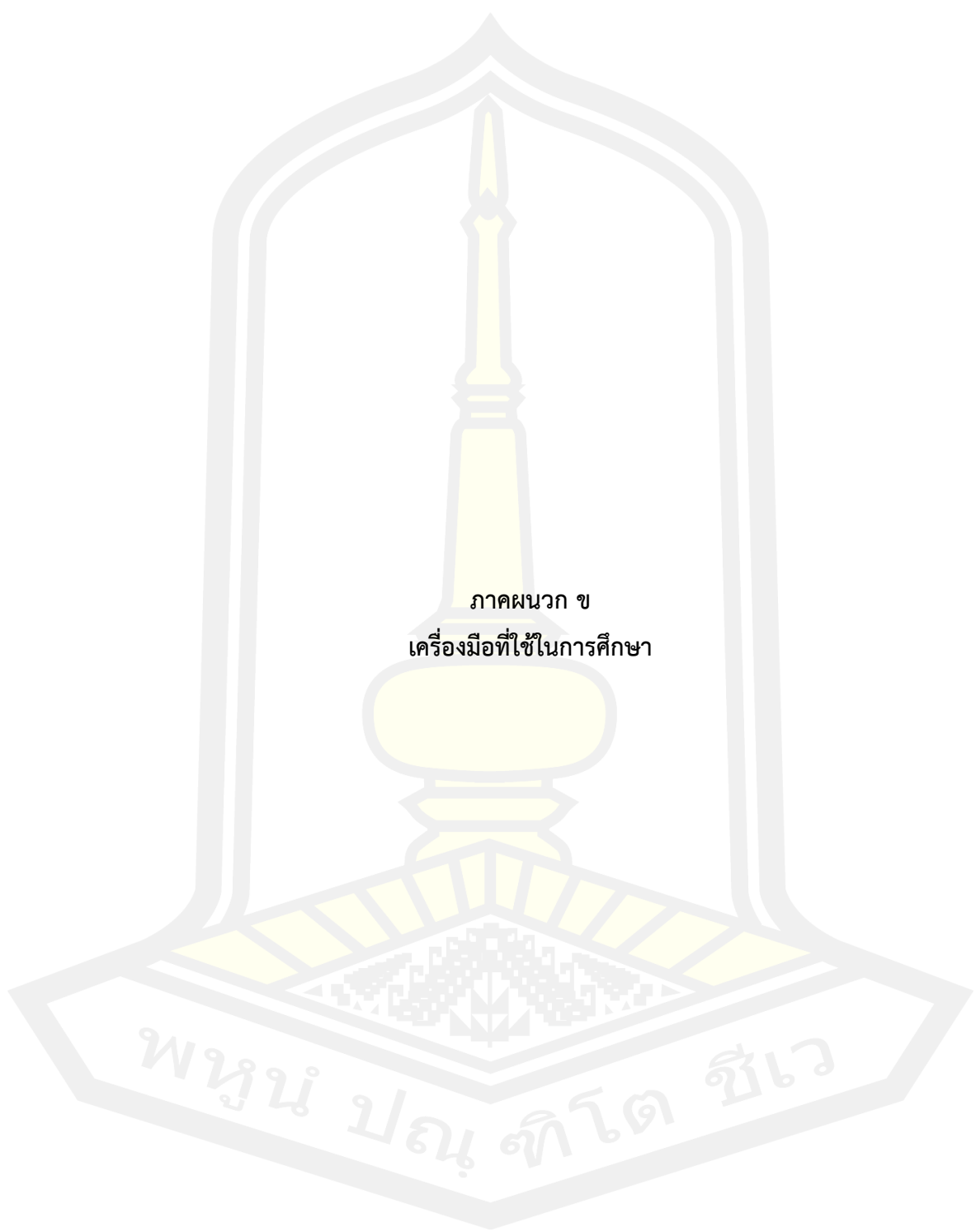
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์




.....
(ดร.บุปผา รักษานาม)

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่พิจารณา 16 กันยายน 2565 ระยะเวลาที่รับรอง 19 กันยายน 2565 – 18 กันยายน 2566



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

พหุมนุ ปณุ ทิโต ชีเว

เครื่องมือวิจัย

เลขที่.....

งานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกัน
ควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง

1. เครื่องมือวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพ เพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. เครื่องมือวิจัยชุดนี้ ประกอบด้วย 8 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่

อุบัติซ้ำ

ตอนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ตอนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ตอนที่ 5 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ตอนที่ 6 แบบบันทึกเหตุการณ์โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ตอนที่ 7 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการพัฒนารูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพ เพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตามกรอบ Six Building Blocks

ตอนที่ 8 แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและวิเคราะห์และนำเสนอโดยภาพรวม การวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลงไม่ได้ถ้าไม่ได้ความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

นายวิทยา ศรแก้ว

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

1. เพศ

- หญิง ชาย

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

- สมรส โสด หม้าย หย่า/แยก

4. ตำแหน่ง

- แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร
 พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข
 อื่นๆ ระบุ.....

5. หน่วยงานที่สังกัด

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
 โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
 โรงพยาบาลชุมชน
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
 PCU/ สถานีอนามัย
 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
 อื่นๆ ระบุ.....

6. ระดับการศึกษาสูงสุด

- ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อนุปริญญา/ปวส.
 ปริญญาตรี ปริญญาโทขึ้นไป
 อื่น ๆ.....

7. รายได้.....บาท

8. ประวัติการเป็นโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

- ไม่เคย เคย (ระบุชื่อโรค).....

ตอนที่ 2 แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

หน่วยงาน.....

ผลการประเมินครั้งก่อน.....

วันที่ประเมิน.....

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	*	ไม่ผ่าน	ผ่าน
มาตรฐานด้านความทีมงาน			
1 การจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
1) มีคำสั่งแต่งตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคและภัยสุขภาพที่มีรายชื่อเป็นปัจจุบันร้อยละ 80 ขึ้นไป และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกอย่างชัดเจน	B		
2) หัวหน้าทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ เป็นแพทย์หรือหัวหน้าหน่วยงาน	B		
3) ผู้สอบสวนนำของทีมเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพเป็นนักระบาดวิทยาที่มีประสบการณ์ระดับวิทยาสานาม	B		
4) จำนวนและคุณสมบัติของทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ มีตั้งแต่ 4 คน ขึ้นไป ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพ	B		
5) มีทำเนียบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในพื้นที่ เช่น ปศุสัตว์ พยาบาลโรคติดเชื้อ นักกีฏวิทยา เป็นต้น	B		
2. ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ			
1) มีแผนงานโครงการโครงการพัฒนาบุคลากรของทีม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	B		
2) ร้อยละ 80 ของสมาชิกในทีม ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรระดับวิทยาและการปฏิบัติ ด้านการเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 20 ชั่วโมง	B		
3) ร้อยละ 50 ของสมาชิกในทีม ได้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาบุคลากร หรือจัดการความรู้ หรือประชุมเชิงปฏิบัติการ ฟื้นฟูความรู้ หรือสัมมนาวิชาการด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมการระบาด ภายใน 1 ปี	B		
มาตรฐานด้านความพร้อมและการปฏิบัติงาน			
3 ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน			
1) จัดประชุมสมาชิกทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี โดยมีสมาชิกเข้าร่วมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	B		
2) หัวหน้าทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทีม	B		
3) สมาชิกทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 เคยเข้าร่วม ปฏิบัติงานสอบสวนโรค ในรอบ 1 ปี	B		
4) จัดกิจกรรมหรือสิ่งสนับสนุนที่สร้างขวัญกำลังใจให้กับสมาชิกในทีมที่ออกปฏิบัติงาน	S		

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	*	ไม่ผ่าน	ผ่าน
4 ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน			
1) มีผู้ประสานงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคและภัยสุขภาพตลอดเวลา เพื่อส่งข่าวสารหรือปฏิบัติงานกรณีเร่งด่วน	B		
2) มีหมายเลขโทรศัพท์หรือการสื่อสารอื่นที่สามารถติดต่อสมาชิกทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ ทั้งหมดได้ตลอดเวลา	B		
3) มีคู่มือแนวทางปฏิบัติงาน โปรแกรมหรือแบบฟอร์มการทักข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง ตรวจสอบข่าวสาร แนวทางการปฏิบัติงานเพื่อสอบสวนและควบคุมโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด	B		
4) มีฐานข้อมูลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน	B		
5) มียานพาหนะที่สามารถออกปฏิบัติงานได้ทันที	B		
6) มีวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) ที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด และพร้อมใช้งาน	B		
7) มีการจัดงบประมาณ เพื่อใช้ในการสอบสวน ควบคุมหรือส่งตัวอย่างหรือการสื่อสารหรือค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ	B		
5 ทีมมีการฝึกซ้อมทักษะที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรค			
1) มีการฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรคจริง อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	B		
2) มีการฝึกซ้อมแผนสอบสวนโรคของหน่วยงานอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	B		
3) ได้ร่วมซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่น โดยแสดงบทบาททีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างชัดเจน ภายใน 2 ปี	S		
มาตรฐานด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน			
6 การเฝ้าระวัง เตือนภัย และรายงาน			
การเฝ้าระวังเหตุการณ์			
1) มีการรับแจ้งข่าว จากเครือข่ายพื้นที่ เช่น โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก อสม. ผู้ปกครอง ร้านค้า ร้านขายยา ประชาชน สื่อออนไลน์ ทุกเดือน	B		
2) มีการตรวจสอบงานที่รับแจ้ง ร้อยละ 80	B		
3) มีการเตือนข่าว หลังตรวจสอบแล้วพบความผิดปกติไปยังผู้เกี่ยวข้อง ร้อยละ 80	B		
การเฝ้าระวังโรคในระบบรายงาน			
1) มีการตรวจสอบจัดการระบาดของโรคในระบบเฝ้าระวัง	B		
2) มีการแจ้งผลสถานการณ์โรคที่มีการระบาดไปยังผู้เกี่ยวข้อง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	B		
7 การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพและการควบคุมโรคขั้นต้น (ทดสอบ)			
1) มีการกำหนดเกณฑ์ของทีมในการสอบสวนโรค ควบคุมการระบาดหรือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	B		

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	*	ไม่ผ่าน	ผ่าน
2) สามารถเก็บตัวอย่าง นำตัวอย่างส่ง และเลือกอุปกรณ์การป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ได้อย่างเหมาะสม	B		
3) มีกระบวนการสอบสวนโรคและควบคุมโรคขั้นต้นที่มีคุณภาพ	B		
4) มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเบื้องต้นเพื่อควบคุมการกระจายเชื้อจากผู้ป่วยและพาหะในชุมชน ขณะที่มีการระบาดได้อย่างเหมาะสม	B		
5) สวมใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) สำหรับโรคติดต่ออันตรายได้อย่างถูกต้อง	B		
มาตรฐานด้านผลงาน			
8 ผลงานด้านความครบของการสอบสวนโรค			
มีการสอบสวนโรคครบถ้วน			
1) มีรายงานการสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ 60-79	B		
2) มีรายงานการสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ 80 ขึ้นไป	S		
9 ผลงานด้านคุณภาพการสอบสวนและควบคุมโรค			
มีการสอบสวนและควบคุมโรคที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด			
1) มีรายงานการสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ จำนวน 1-2 ฉบับ	B		
2) มีรายงานการสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ จำนวน 3 ฉบับ ขึ้นไป	S		
10 ผลงานด้านความรวดเร็วในการสอบสวนโรค			
มีการสอบสวนโรคทันเวลาตามที่กำหนด			
1) มีการสอบสวนโรคทันเวลา ร้อยละ 60-79	B		
2) มีการสอบสวนโรคทันเวลา ร้อยละ 80 ขึ้นไป	S		
มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้น ภายใน 48 ชม.			
1) มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นทันเวลา ร้อยละ 60-79	B		
2) มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นทันเวลา ร้อยละ 80 ขึ้นไป	S		
11 ผลงานด้านคุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรค			
1) มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ 1-2 เรื่อง	B		
2) มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ 3 เรื่อง ขึ้นไป	S		

* หมายถึง B = Basic requirement, S = Special requirement

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

สมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ	ระดับคะแนน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1 ทักษะการประเมินการประเมิน อาการแสดง ของผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ					
2 ทักษะการคัดกรอง และการคัดแยกผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ					
3 ทักษะการคัดกรองผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ					
4 ทักษะการคัดแยกผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ					
5 ทักษะการซักประวัติ การวินิจฉัยแยกโรคโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ					
6 ทักษะการซักประวัติโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ					
7 ทักษะการวินิจฉัยแยกโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ					
8 ทักษะการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (เช่น ชุด PPE) ได้ถูกต้อง					
9 เตรียมความพร้อมเมื่อมีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้ทันเวลา					
10 ทำความสะอาดมือตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติของกรมควบคุมโรคถูกต้อง					
11 ทำลายเชื้อบริเวณที่มีการแพร่กระจายเชื้อ ได้ถูกวิธี					
12 ให้คำแนะนำผู้ป่วยหรือญาติเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ					
13 ตรวจสอบสัวนโรค เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่					
14 ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำในเบื้องต้น เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยตามขอบเขตหน้าที่ในวิชาชีพหรือบทบาทของตนเอง เป็นต้น					
15 สามารถควบคุมอารมณ์ สงบอารมณ์ได้อย่างรวดเร็ว เมื่อมีความโกรธหรือปัจจัยเร้าทำให้อารมณ์ไม่คงที่ขณะปฏิบัติงาน					
16 เสริมสร้างกำลังใจในการทำงานให้ตนเอง					
17 การตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้า					
18 ความเสียสละ เต็มใจ เจตคติที่ดี มีใจรักในการดูแลผู้ป่วย					
19 สามารถปกปิดข้อมูลผู้ป่วย					
20 ความสามารถประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิต่างๆ					

สมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ	ระดับคะแนน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ที่ควรได้รับ					
21 ทักษะในการทำงานเป็นทีม					
22 ความสามารถประสานงานความร่วมมือกับหน่วยงานและบุคลากรภายนอก ได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
23 ทักษะในการใช้เทคนิคการสื่อสารต่างๆ เพื่อลดการขัดแย้งระหว่างผู้ร่วมงาน					
24 ความสามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ (เช่น ผล Lab) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย					
25 ความใฝ่รู้ เช่นกระตือรือร้นในการเรียนรู้และแสวงหาความรู้โรคติดต่ออุบัติใหม่					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....



ตอนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงใน () ตามความเป็นจริง

พฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ	ระดับการปฏิบัติ			
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1.หลังจากสัมผัสสิ่งของ ท่านล้างมืออย่างถูกวิธี (ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค)				
2.ท่านสวมใส่อุปกรณ์ในการป้องกันการควบคุมโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ เช่น หน้ากากอนามัย				
3.ท่านเว้นระยะห่างทางสังคมตามหลักการป้องกันการควบคุมโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ				
4.ท่านใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ เมื่อเข้าไปสถานที่ที่กำหนด				
5.ท่าน รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่				
6.เมื่อท่านมีอาการป่วยจากการติดเชื้อ และได้รับยาฆ่าเชื้อแก้อักเสบ ท่านกินยาจนหมดตามที่แพทย์สั่ง				
7.เมื่อท่านเดินทางมากจากพื้นที่ที่มีความเสี่ยงของโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำท่านกักตัว ตามกำหนดของมาตรการป้องกันการควบคุมโรค ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด				
8.ท่านฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด				
9. ท่านสังเกตตนเองเมื่อมีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น หายใจเหนื่อยหอบ หรือ ลิ้นไม่รับรสชาติ				
10. ท่านใช้ช้อนกลางส่วนตัว เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น				
11. ท่านหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของ เครื่องใช้ร่วมกับผู้อื่น				
12. ท่านหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น หรือ แออัด				

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 5 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างในตาราง

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านมีส่วนร่วมในการทำแผนป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน					
2. ท่านมีส่วนร่วมเสนอวิธีดำเนินการ เมื่อพบผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน					
3. ท่านมีส่วนร่วมจัดทำโครงการหรือกิจกรรมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ					
4. ท่านมีส่วนร่วมในวางแผนติดตามประเมินผลในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ					
5. ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจแหล่งเชื้อโรคพื้นที่ หรือสภาพแวดล้อมในชุมชน					
6. ท่านให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ					
7. ท่านมีส่วนร่วมในการพูดคุย แลกเปลี่ยนปัญหาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน					
8. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชนให้ถูกสุขลักษณะ					
9. ท่านให้การสนับสนุนในกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคของชุมชน					
10. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในชุมชนของท่าน					
11. ท่านมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในชุมชน					
12. ท่านมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือคนในชุมชนในด้านป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เช่น อำนวยความสะดวกต่างๆ เป็นต้น					

ตอนที่ 6 แบบบันทึกเหตุการณ์โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

วันที่พบการระบาดครั้งแรก.....

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... เพศ..... อายุ.....

ที่อยู่.....

ชื่อโรค.....

อาการ/อาการแสดง

.....

ประวัติการติดต่อ/สัมผัส/ป่วยเป็นโรคนี้นี้

.....

ประวัติการรักษา

.....

การควบคุมโรคนี้นี้

ควบคุมได้

เนื่องจาก

.....

ไม่สามารถควบคุมได้

เนื่องจาก

.....

ตอนที่ 7 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการพัฒนารูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตามกรอบ Six Building Blocks

ก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ท่านคิดว่าระบบงานด้านต่างๆ เป็นอย่างไร

1) ด้านการให้บริการ

ก่อนพัฒนารูปแบบ

หลังพัฒนารูปแบบ

.....

.....

.....

2) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ

.....

.....

.....

3) ด้านระบบสารสนเทศ

.....

.....

.....

4) ด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

.....

.....

.....

5) ด้านการบริหารจัดการงบประมาณ การเงินการคลัง

.....

.....

.....

6) ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ

.....

.....

.....

ตอนที่ 8 แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบฯ

1) ปัญหาอุปสรรค ในการพัฒนารูปแบบอภิบาลเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชมี อะไรบ้าง

.....

.....

.....

2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนารูปแบบอภิบาลเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชมี อะไรบ้าง

.....

.....

.....

3) ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบอภิบาลเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

.....

.....

.....





ภาคผนวก ค
รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

พหุมนุ ปณุ ทิโต ชีเว

รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

1. ขบวนการแผน (Planning)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 1.1 ศึกษาปัญหาในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	1. ศึกษาข้อมูลด้านบริบทชุมชนจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังกลาง จังหวัดนครราชสีมา 2. ศึกษาเอกสารข้อมูลวิทยุมี ด้านประวัติศาสตร์ชุมชน สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม การศึกษาข้อมูลในด้านปัญหาสุขภาพของประชาชน โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการแบบ New normal ทั้งแบบ online และ on-site	ระยะเวลา สิงหาคม 2565 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังกลาง วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector งบประมาณได้รับ การสนับสนุนจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลวังกลาง	-การสังเกต -การซักถาม -การบันทึกการประชุม - ข้อมูลวิทยุมีในพื้นที่ (หมายถึงข้อมูลที่มีการเก็บรวบรวมไว้แล้วในพื้นที่)	-แบบสังเกต -แนวคำถามสนทนากลุ่ม - สมุดจดบันทึก -เครื่องบันทึกเสียง - คอมพิวเตอร์ Note Book - ก้องถ่านถ่ายรูป	ได้ข้อมูลด้านบริบท และ สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค ต่อการ ดำเนินการ ควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ในอำเภอวังกลาง ที่สำคัญในการวางแผน พัฒนารูปแบบในขั้นต่อไป	รายงานสรุปบริบทของพื้นที่ ด้านสุขภาพระดับอำเภอ, ตำบลหมู่บ้าน ด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสุขภาพภาวะสุขภาพของประชาชน ฉบับสมบูรณ์ 2. รายงานสรุปข้อมูลปัญหา สถานการณ์ อุปสรรคการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำในอำเภอวังกลาง ฉบับสมบูรณ์	-ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย - ทีมผู้นำชุมชน

1 ขันวางแผน (Planning)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 1.2</p> <p>ประเมินบริบทพื้นที่ สถานการณ์ มาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ</p> <p>สมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม เหตุการณ์โรคอุบัติใหม่</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อประเมินประเมินบริบทพื้นที่ สถานการณ์ มาตรฐานการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม เหตุการณ์โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ</p>	<p>ดำเนินการ</p> <p>1. ทำหนังสือราชการประสานงานขึ้นแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย</p> <p>2. ดำเนินการประเมินความรู้ และทัศนคติในการป้องกันโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ของประชาชน โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ</p> <p>ใช้วิธีการแบบ New normal ทั้ง แบบ online และ on-site</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>สิงหาคม 2565</p> <p>สถานที่</p> <p>สำนักงานสาธารณสุข อำเภอลำปางกลาง</p> <p>วัสดุ อุปกรณ์</p> <p>คอมพิวเตอร์ Projector</p> <p>กล้องถ่ายรูป สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง</p> <p>งบประมาณได้รับ</p> <p>จากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล ตำบลลำปางกลาง</p>	<p>ข้อมูล</p> <p>- การสังเกต</p> <p>- การสัมภาษณ์</p> <p>- การบันทึกการประชุม</p> <p>- สรุปรวบรวมการประสานงาน</p>	<p>-แบบสังเกต</p> <p>-แบบประเมินบริบทพื้นที่ สถานการณ์ มาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่</p> <p>อุบัติซ้ำ สมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม เหตุการณ์โรคอุบัติใหม่</p> <p>การมีส่วนร่วม เหตุการณ์โรคอุบัติใหม่</p> <p>เหตุการณ์โรคอุบัติใหม่</p> <p>-แบบสัมภาษณ์</p> <p>- สมุดจดบันทึก</p> <p>- เครื่องบันทึกเสียง</p> <p>- คอมพิวเตอร์</p> <p>Note Book</p> <p>- กล้องถ่ายรูป</p>	<p>ได้ข้อมูลตามประเมินบริบทพื้นที่ สถานการณ์ มาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่</p> <p>อุบัติซ้ำ สมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม เหตุการณ์โรคอุบัติใหม่</p> <p>ที่สามารนำไปวางแผนพัฒนา รูปแบบและจัดกิจกรรมจำเป็น สำหรับประชาชนต่อไป</p>	<p>เล่มสรุปรายงานฉบับสมบูรณ์ บริบทพื้นที่ สถานการณ์ มาตรฐานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม เหตุการณ์โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ของประชาชน อำเภอลำปางกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช</p>	<p>-ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย</p> <p>-แกนนำชุมชน -อสม.</p>

1 แผนงาน (Planning)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 1.3</p> <p>สำรวจผู้มีประวัติเสี่ยงในการได้รับเชื้อโรคอุบัติใหม่</p> <p>อุบัติซ้ำ</p>	<p>1. สถาน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อวางแผนการเก็บข้อมูล</p> <p>2. สำรวจประวัติเสี่ยงในการได้รับเชื้อโรคอุบัติใหม่</p> <p>อุบัติซ้ำ</p>	<p>สิงหาคม 2565</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p> <p>ช่วงกลาง</p>	<p>1. ค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2. การสัมภาษณ์</p>	<p>-แบบสังเกต</p> <p>-แบบสัมภาษณ์</p> <p>-แบบรายงานผู้ป่วย</p> <p>ติดเชื้ออุบัติใหม่</p> <p>อุบัติซ้ำ</p> <p>-เครื่องบันทึกเสียง</p> <p>- คอมพิวเตอร์</p> <p>Note Book</p> <p>-กล้องถ่ายรูป</p>	<p>ได้ข้อมูลประวัติเสี่ยงในการได้รับเชื้อโรคอุบัติใหม่</p> <p>อุบัติซ้ำ ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในวางแผนพัฒนา</p> <p>รูปแบบฯ และจัดกิจกรรมต่อไป</p>	<p>รายงานสรุปผู้มีประวัติเสี่ยงในการได้รับเชื้อโรคอุบัติใหม่</p> <p>อุบัติซ้ำ อำเภอ</p> <p>อำเภอ</p> <p>จังหวัด</p> <p>นครศรีธรรมราช</p>	<p>ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย</p> <p>-แกนนำชุมชน</p> <p>-อสม.</p>
<p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อสำรวจผู้มีประวัติเสี่ยงในการได้รับเชื้อโรคอุบัติใหม่</p> <p>อุบัติซ้ำ ในพื้นที่อำเภอ</p>	<p>คุณภาพ</p> <p>ใช้วิธีการแบบ New normal ทั้งแบบ online และ on-site</p>	<p>วัสดุ อุปกรณ์</p> <p>คอมพิวเตอร์ Projector</p> <p>กล้องถ่ายรูป สมุดจดบันทึก</p> <p>เครื่องบันทึกเสียง</p> <p>งบประมาณได้รับ</p> <p>จากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบล</p> <p>ตำบล</p>					

1 ขั้ววางแผน (Planning)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 1.4 วางแผน กำหนด ขอบเขตการ ดำเนินงานในการ พัฒนารูปแบบการ ควบคุมป้องกันโรค อุบัติซ้ำ ภายใต้ วิถีชีวิตใหม่	-ประชุมคณะกรรมการ CDCU และผู้เกี่ยวข้องใน วางแผน กำหนดขอบเขต การดำเนินงานในการ พัฒนารูปแบบ - แลกเปลี่ยนแนวทางการ ดำเนินงานและปัญหา อุปสรรค การดำเนินงาน อุบัติใหม่ อุดหนุนพื้นที่ - กำหนดบทบาท หน้าที่ ของแกนนำชุมชนตาม บริบทหน้าที่ของแต่ละ หน่วยงาน	ระยะเวลา กันยายน 2565 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ ข้างกลาง วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้อง ถ่ายรูป สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง งบประมาณ จากสำนักงานสาธารณสุข อำเภอข้างกลาง	1. การสังเกต 2. การบันทึก ภาพ กิจกรรม 3. การบันทึกเสียง 4. การบันทึกที่ได้จาก การสนทนากลุ่ม	1. แบบสังเกต 2. กล้องถ่ายรูป 3. สมุดจดบันทึก 4. เครื่อง บันทึกเสียง 5. แนวนคำถาม สนทนากลุ่ม	1 ได้แผน แนวทาง และ กรอบการ ดำเนินงานในการ พัฒนารูปแบบการ ควบคุมป้องกันโรค อุบัติซ้ำ ภายใต้ วิถีชีวิตใหม่ 2. สร้างการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรค อุบัติใหม่ อุดหนุน พื้นที่	1. แนวทางและ กรอบการ ดำเนินงานในการ พัฒนารูปแบบการ ควบคุมป้องกันโรค อุบัติซ้ำ ภายใต้ วิถีชีวิตใหม่ ที่นำไป ปฏิบัติได้จริง จำนวนผู้เข้าประชุม 2. สรุปรายงานการ ประชุมแนวทางการ ดำเนินงาน	-ผู้วิจัยและทีม งานวิจัย -แกนนำชุมชน
วัตถุประสงค์ เพื่อวางแผน กำหนด กรอบการดำเนินงาน ในการพัฒนารูปแบบ							

1. **ขั้นวางแผน (Planning)**

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ	ระยะเวลา/ สถานที่/วัสดุ อุปกรณ์/งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การ เก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 1.5 ถ่ายทอดแนวทางการ ดำเนินงานพัฒนามาตรการ ควบคุมโรคอุบัติใหม่ อุบัติ เข้าโดยชุมชนมีส่วนร่วม วัตถุประสงค์ 1. เพื่อถ่ายทอดแนว ทงการดำเนินงาน เพื่อ พัฒนามาตรการควบคุมโรค อุบัติใหม่ อุบัติเข้าสู่โดยชุมชน มีส่วนร่วม	ดำเนินการ - ผู้วิจัยและผู้วิจัย ถ่ายทอดแนวทางการ ดำเนินงาน ให้กับแกนนำ ชุมชน - แลกเปลี่ยนแนวทางการ ดำเนินงานและ ปัญหา อุปสรรค การ ดำเนินงานอุบัติใหม่ อุบัติเข้าสู่ในพื้นที่ - กำหนดบทบาท หน้าที่ ของแกนนำชุมชนตาม บริบทหน้าที่ของแต่ละ หน่วยงาน	ระยะเวลา กันยายน 2565 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอลำปางกลาง วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้องถ่ายรูป สมุดจด บันทึกรายชื่อ เครื่องบันทึกเสียง งบประมาณ จากสำนักงานสาธารณสุข อำเภอลำปางกลาง	1. การสังเกต 2. บันทึกภาพ กิจกรรม 3. การบันทึกเสียง 4. บันทึกการรายชื่อ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 5. บันทึกที่ได้จากการสนทนากลุ่ม	1. คอมพิวเตอร์ Note Book 2. กล้องถ่ายรูป 3. สมุดจดบันทึก 4. เครื่องบันทึกเสียง 5. ทะเบียนรายชื่อ ผู้เข้าร่วมการอบรม 6. แบบบันทึกการ สนทนากลุ่ม	1. แกนนำชุมชน รับรู้แนวทางการ ดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรค อุบัติใหม่ อุบัติเข้าสู่ ที่ชัดเจน 2. สร้างการมีส่วน ร่วมในการ ดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคอุบัติใหม่ อุบัติเข้าสู่ ในพื้นที่	รายงานสรุป การประชุม ถ่ายทอด แนวทางการ ดำเนินงานฯ ฉบับสมบูรณ์	-ผู้วิจัยและ ผู้ช่วยนักวิจัย

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

2 ขั้นตอนปฏิบัติ (Action)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 2.1 - นำแผนไปสู่การปฏิบัติ พัฒนาออกแบบกรอบและโครงสร้างรูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง	ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันสร้างและออกแบบกรอบโครงสร้างรูปแบบ โดยกรมมีส่วนร่วมของตัวแทนจากประชาชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้เฒ่าคนเฒ่า และ ตัวแทนคณะกรรมการ CDCU และผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการแบบ New normal ทั้งแบบ online และ on-site	ระยะเวลา ตุลาคม 2565 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้องถ่ายภาพรูป สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง งบประมาณ จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง	1. การประเมินคุณภาพกรอบโครงสร้างรูปแบบ 2. การสนทนากลุ่ม 3. การประเมินความคิดเห็นต่อการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ 4. การบันทึกเสียง 5 การถ่ายภาพ	1. แบบประเมินคุณภาพกรอบโครงสร้างรูปแบบ 2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 3. แบบประเมินความคิดเห็นต่อการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ 4. กล้องถ่ายภาพรูป 5. สมุดจดบันทึก 6. เครื่องบันทึกเสียง	1. ได้กรอบโครงสร้างรูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง ฉบับร่าง ที่พร้อมให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ	1. กรอบโครงสร้างรูปแบบ ฯ มีคุณภาพ อยู่ในระดับดีขึ้นไป 2 ความคิดเห็นต่อการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ อยู่ในระดับดีขึ้นไป	-ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย
วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างและออกแบบกรอบและโครงสร้างรูปแบบฯ							

2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 2.2 ออกแบบและพัฒนารายละเอียดกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติซ้ำ ภายใต้วีถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง	ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันคิดออกแบบและพัฒนารายละเอียดกิจกรรมหลัก โดยกรมมีส่วนร่วมของตัวแทนจากประชาชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้นำศาสนา และตัวแทนคณะกรรมการ CDCU และผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการแบบ New normal ทั้งแบบ online และ on-site	ระยะเวลา ตุลาคม 2565 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้องถ่ายรูป สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง งบประมาณ จากสำนักงานสาธารณสุข อำเภอช้างกลาง	1.การประเมินคุณภาพ รายละเอียด กิจกรรมหลัก 2.การสนทนากลุ่ม 3.การประเมินความคิดเห็นต่อการจัดประชุมแจ้งปฏิบัติการในครั้ง 4.การบันทึกเสียง 5 การถ่ายภาพ	1.แบบประเมินคุณภาพ รายละเอียด กิจกรรมหลัก 2.แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 3.แบบประเมินความคิดเห็นต่อการจัดประชุมแจ้งปฏิบัติการ 4.กล้องถ่ายรูป 5. สมุดจดบันทึก 6. เครื่องบันทึกเสียง	1.ได้รายละเอียดกิจกรรมรูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติซ้ำ ภายใต้วีถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง ฉบับร่าง ที่พร้อมให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ	1. คุณภาพของรายละเอียดกิจกรรมหลักของรูปแบบฯ อยู่ในระดับดีขึ้น 2 ความคิดเห็นต่อการจัดประชุมแจ้งปฏิบัติการ อยู่ในระดับดีขึ้น 3. การปฏิบัติ การ อยู่ในระดับดีขึ้น	-ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย

2 ขั้นการปฏิบัติ (Action)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรม/วัตถุประสงค์ พัฒนาชุดกิจกรรมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง	ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันพัฒนาชุดความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำสำหรับประชาชน โดยกรมมีส่วนร่วมของตัวแทนจากประชาชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้นำศาสนา และตัวแทนคณะกรรมการ CDCU และผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการแบบ New normal ทั้งแบบ online และ on-site	ระยะเวลา ตุลาคม 2565 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง	1.การสนทนากลุ่ม 2.การประเมินความคิดเห็นต่อการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ 3.การบันทึกเสียง 4 การถ่ายภาพ	1.แบบประเมินคุณภาพชุดความรู้ 2 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 3.แบบประเมินความคิดเห็นต่อการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 4.กล่องถ่ายรูป 5. สมุดจดบันทึก 6. เครื่องบันทึกเสียง	1.ได้ชุดความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สำหรับประชาชน ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง ฉบับร่าง ที่พร้อมให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ	1. คุณภาพของชุดกิจกรรมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สำหรับประชาชนที่ เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง อยู่ในระดับดีขึ้นไป	-ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย
วัตถุประสงค์ 1.เพื่อพัฒนาชุดความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สำหรับประชาชน ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง							

2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 2.4 พัฒนาแนวปฏิบัติในการควบคุมป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ที่ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง	ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติในการควบคุมป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง โดยการมีส่วนร่วมของตัวแทนจากประชาชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้นำศาสนา และตัวแทนคณะกรรมการ CDCU และผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการแบบ New normal ทั้งแบบ online และ on-site	ระยะเวลา พฤษภาคม 2565 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้องถ่ายรูป สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง งบประมาณ จากสำนักงานสาธารณสุข อำเภอช้างกลาง	1.การสนทนากลุ่ม 2.การประเมินความคิดเห็นต่อการประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี 3.การบันทึกเสียง 4 การถ่ายภาพ	1.แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 2.แบบประเมินความคิดเห็นต่อการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3.แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ 4.กล้องถ่ายรูป 5. สมุดจดบันทึก 6. เครื่องบันทึกเสียง	1.ได้แนวปฏิบัติในการควบคุมป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ที่ อุบัติซ้ำที่ เหมาะสมกับ บริบทพื้นที่ อำเภอช้างกลาง 2. ความคิดเห็นต่อการจัดประชุมเชิง พร้อมให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ คุณภาพ	1. คุณภาพของแนวปฏิบัติในการควบคุมป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง อยู่ในระดับดีขึ้นไป 2. ความคิดเห็นต่อการจัดประชุมเชิง ปฏิบัติกร อยู่ในระดับดีขึ้นไป	-ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย

2 ขั้นตอนปฏิบัติ (Action)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 2.5 พัฒนาชุดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะในการควบคุมป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ที่อุบัติซ้ำ ที่ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ สำหรับบุคลากร เจ้าหน้าที่ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อำเภอช้างกลาง	ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกัน พัฒนาชุดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะในการควบคุมป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ที่อุบัติซ้ำ ที่ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ สำหรับบุคลากร เจ้าหน้าที่ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง	ระยะเวลา พฤศจิกายน 2565 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้องถ่ายรูป สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง งบประมาณ จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง	1.การสนทนากลุ่ม 2.การประเมินความคิดเห็นต่อการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ 3.การบันทึกเสียง 4 การถ่ายภาพ	1.แบบประเมินคุณภาพชุดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะ 2.แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 3.แบบประเมินความคิดเห็นต่อการจัดประชุมเชิงปฏิบัติกร 4.กล้องถ่ายรูป 5. สมุดจดบันทึก 6. เครื่องบันทึกเสียง	1. ได้ชุดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะในการควบคุมป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ที่อุบัติซ้ำ ที่ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ สำหรับบุคลากร เจ้าหน้าที่ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อำเภอช้างกลาง ฉบับร่าง ที่พร้อมให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ	1. คุณภาพของชุดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะในการควบคุมป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ที่อุบัติซ้ำ ที่ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ สำหรับบุคลากร เจ้าหน้าที่ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง อยู่ในระดับดีขึ้นไป 2. ความคิดเห็นต่อการจัดประชุมเชิงปฏิบัติกรอยู่ในระดับดีขึ้นไป	-ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย

3 ชั้นสังเกต (Observation)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 3.1</p> <p>ติดตามดำเนินงาน พัฒนา รูปแบบฯ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อติดตามการ ดำเนินงานตามแผน</p> <p>2. เพื่อประเมินผลการพัฒนา รูปแบบ จาก 1) ความสำเร็จ การดำเนินงาน 2) เหตุการณ์ โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ไม่ สามารถควบคุมได้ 3) สมรรถนะ 4) การมีส่วนร่วม</p> <p>5) ทักษะ พฤติกรรมการ ป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ</p>	<p>ดำเนินการ</p> <p>- ทีมวิจัยและแกนนำ ชุมชนติดตาม ความก้าวหน้าของ แผนการดำเนินงาน ราย รพ.สต.ผ่านเวที ประชุมติดตามการ ดำเนินงาน</p> <p>- สังเกตผล โดยเก็บ รวบรวมข้อมูลจาก การประเมินผลการ พัฒนา โดยเก็บข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>พฤศจิกายน 2565 - มกราคม 2566</p> <p>สถานที่</p> <p>หน่วยงานราชการ ในอำเภอ ช้างกลาง</p> <p>วัสดุ อุปกรณ์</p> <p>คอมพิวเตอร์ Projector</p> <p>กล้องถ่ายรูป สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง</p> <p>งบประมาณ</p> <p>จากสำนักงานสาธารณสุข อำเภอช้างกลาง</p>	<p>1. การสังเกต</p> <p>2. การประเมินผลการ พัฒนารูปแบบ จาก ความสำเร็จการ ดำเนินงานเหตุการณ์โรค อุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ไม่ สามารถควบคุมได้</p> <p>สมรรถนะ ความรู้ ทักษะ ต่อการป้องกันควบคุมโรค อุบัติใหม่อุบัติซ้ำ</p> <p>3. บันทึกภาพ กิจกรรม</p> <p>4. การบันทึกเสียง</p> <p>5. การสนทนากลุ่ม</p>	<p>1. แบบสังเกต</p> <p>2. แบบประเมิน ความสำเร็จ การดำเนินงาน</p> <p>3. แบบบันทึกเหตุการณ์โรค อุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ไม่สามารถ ควบคุมได้</p> <p>4. แบบประเมินสมรรถนะ</p> <p>5. แบบประเมินการมีส่วนร่วม</p> <p>รวม และพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ</p> <p>6. กล้องถ่ายรูป</p> <p>7. เครื่องบันทึกเสียง 5 แชน</p> <p>คำถามสนทนากลุ่ม</p>	<p>ได้รูปแบบอภิบาล ระบบสุขภาพเพื่อ ป้องกันควบคุมโรค อุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ที่เหมาะสมกับ บริบทพื้นที่อำเภอ ช้างกลาง</p>	<p>1. ความสำเร็จการ ดำเนินงานด้านการ ป้องกันควบคุมโรคอุบัติ ใหม่อุบัติซ้ำ มีคุณภาพอยู่ใน ระดับดีมาก</p> <p>2. ไม่มีรายงานเหตุการณ์ โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ไม่ สามารถควบคุมได้</p> <p>3. สมรรถนะการป้องกัน ควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติ ซ้ำ</p> <p>4. พฤติกรรมการป้องกัน โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำอยู่ใน ระดับสูง</p> <p>5. การมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการป้องกันโรค อุบัติใหม่อุบัติซ้ำอยู่ใน ระดับสูง</p>	<p>-ผู้วิจัยและทีม งานวิจัย</p>

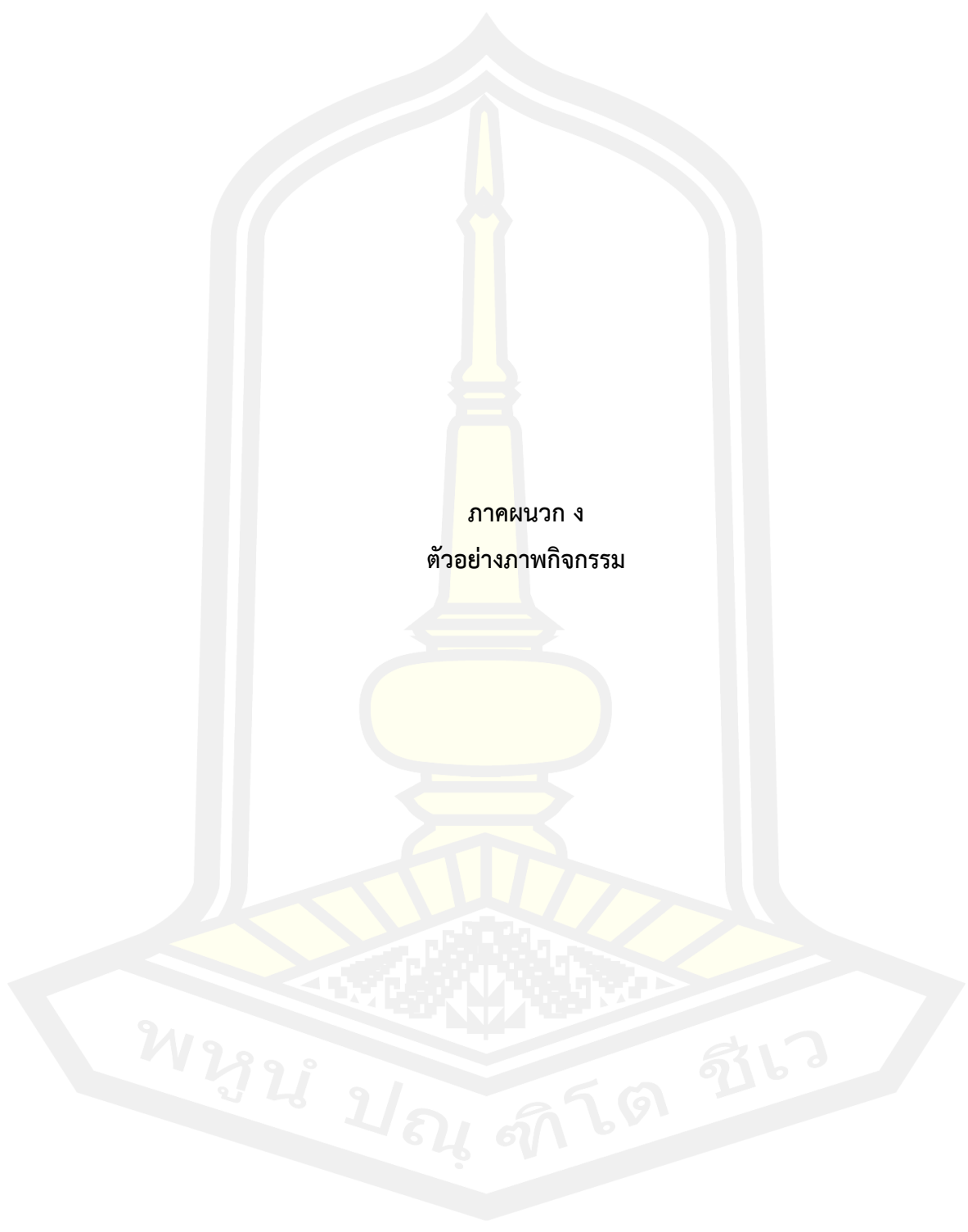
4 ชั้นสะท้อนผล (Reflect)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 4.1</p> <p>ถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติเรียนรู้แบบ เรียนรู้การพัฒนาในรูปแบบ อภิบาลระบบสุขภาพเพื่อ ป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่</p> <p>วัตถุประสงค์ 1. เพื่อถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จ และ ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนา</p> <p>วัตถุประสงค์ 2. เพื่อถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จ และ ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนา</p>	<p>จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และ ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนา</p> <p>รูปแบบ โดยกรมมีส่วนร่วมของตัวแทนจากประชาชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้นำศาสนา และ ตัวแทนคณะกรรมการ CDCU และผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการแบบ New normal</p>	<p>ระยะเวลา กุมภาพันธ์ 2566</p> <p>สถานที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ช่างกลอง</p> <p>วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้องถ่ายรูป สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง</p> <p>งบประมาณ จากสำนักงานสาธารณสุข อำเภอช่างกลอง</p>	<p>1. การสังเกต</p> <p>2. การบันทึกภาพกิจกรรม</p> <p>3. การบันทึกเสียง</p> <p>4. การซักถาม</p> <p>5. การสัมภาษณ์</p>	<p>1. แบบสังเกต</p> <p>2. แนวคำถาม สำหรับสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และ ข้อเสนอแนะ ใน การพัฒนาในรูปแบบ</p> <p>3. กล้องถ่ายรูป</p> <p>4. เครื่องบันทึกเสียง</p> <p>5. แนวคำถาม สนทนากลุ่ม</p>	<p>ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ ได้ข้อตกลงร่วมกัน บริบทพื้นที่อำเภอช่างกลอง และนำไปใช้ในการพัฒนา มาตรการควบคุมโรคอุบัติใหม่ต่อไป</p>	<p>รายงานสรุป ประชุมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฉบับสมบูรณ์</p>	<p>-ผู้วิจัยและ ทีมงานวิจัย</p>

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflect)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 4.2 เวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับชุมชน	จัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับชุมชน ในประเด็น และปัญหา อุปสรรค ปัจจัย และความเสี่ยงในการดำเนินงานโครงการ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับชุมชน	ระยะเวลา กุมภาพันธ์ 2566 สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอช้างกลาง วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้องถ่ายรูป สมุด บันทึทัก เครื่อง บันทึกเสียง งบประมาณ รพ.สต. และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง	1. การสังเกต 2. การบันทึก ภาพกิจกรรม 3. กาบบันทึกเสียง 4. การซักถาม 5. สทนทนากลุ่ม	1. แบบสังเกต 2. แนวคำถาม สำหรับสนทนา กลุ่ม เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ 3. กล้องถ่ายรูป 4. เครื่องบันทึกเสียง	ได้ร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ระดับชุมชน ได้ข้อตกลงร่วมกัน ระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ ที่เหมาะสมบริบทพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอช้างกลาง	รายงานสรุปการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับชุมชน ฉบับสมบูรณ์	-ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย -ผู้นำชุมชน
วัตถุประสงค์ เพื่อคืนข้อมูลสู่ชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับชุมชน ในประเด็น และปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	จัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับชุมชน ในประเด็น และปัญหา อุปสรรค ปัจจัย และความเสี่ยงในการดำเนินงานโครงการ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับชุมชน	ระยะเวลา กุมภาพันธ์ 2566 สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอช้างกลาง วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้องถ่ายรูป สมุด บันทึทัก เครื่อง บันทึกเสียง งบประมาณ รพ.สต. และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง	1. การสังเกต 2. การบันทึก ภาพกิจกรรม 3. กาบบันทึกเสียง 4. การซักถาม 5. สทนทนากลุ่ม	1. แบบสังเกต 2. แนวคำถาม สำหรับสนทนา กลุ่ม เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ 3. กล้องถ่ายรูป 4. เครื่องบันทึกเสียง	ได้ร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ระดับชุมชน ได้ข้อตกลงร่วมกัน ระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ ที่เหมาะสมบริบทพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอช้างกลาง	รายงานสรุปการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับชุมชน ฉบับสมบูรณ์	-ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย -ผู้นำชุมชน

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างภาพกิจกรรม



พหุบัณฑิต โสภโศภ

ตัวอย่างภาพกิจกรรม



ประชุมวางแผนในการดำเนินโครงการวิจัย



ศึกษาบริบทพื้นที่ สถานการณ์ สัมภาษณ์เชิงลึก



สนทนากลุ่ม ปัญหาการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ



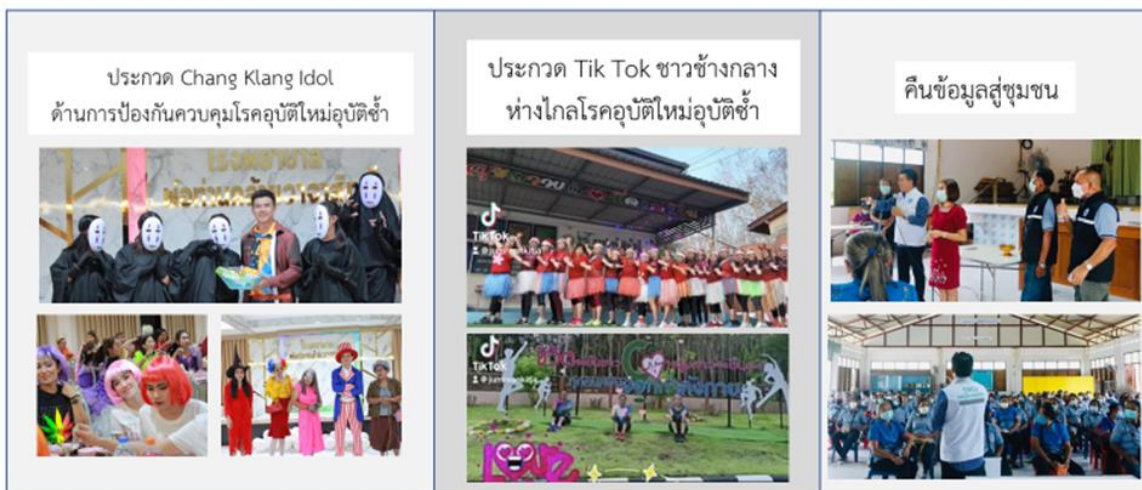
ประชุมเพื่อออกแบบ Model



ชี้แจงกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ตัวอย่างภาพกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่





ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายวิทยา ทรแก้ว
วันเกิด	วันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2519
สถานที่เกิด	จังหวัดนครศรีธรรมราช
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 196 หมู่ 3 ตำบลละอาย อำเภอดวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ 80250
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	สาธารณสุขอำเภอช้างกลาง
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง หมู่ 7 ตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ 80250
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2540 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา พ.ศ. 2543 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สศ.บ.) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2566 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผลงานวิจัย	วิทยา ทรแก้ว. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอดวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 3(2), 13-26.

พจนัน ปณฺ ทิโต ชีเว