

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนตำบลบ้านนาเหนืออำเภออ่าวลึกจังหวัดกระบี่

ธนิตรา คำเลี้ยง*

ประวิช ชุมนิคม**

(Received : August 26,2023; Revised : November 07,2023; Accepted : November 15,2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนตำบลบ้านนาเหนืออำเภออ่าวลึกจังหวัดกระบี่โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) 4 ขั้นตอนคือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกตและ 4) การสะท้อนผลเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน -กรกฎาคม 2566 ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลอ่าวลึก 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 30 คน และประชาชนที่เข้ามารับบริการในชุมชน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและเชิงบรรยาย

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลบ้านนาเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1)การบริหารความปลอดภัยในหน่วยบริการ(I) 2)การค้นหาหรือกำจัดความเสี่ยงในหน่วยบริการ(I2) 3) การค้นหากำจัดและติดตามความเสี่ยงในชุมชน(C1) 4) การประสานงานและจัดการข้อมูลระหว่างหน่วยบริการและชุมชนเพื่อสื่อสารความเสี่ยง(C2) และ 5) การมีและใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย(C3) หรือรูปแบบ2I3C รูปแบบครั้งนี้เป็นการศึกษาจากสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากมีการระบาดและลดระดับของมาตรการภาครัฐลงแล้วดังนั้นการจัดการกระบวนการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างเนื่องให้พร้อมต่อสถานการณ์ของโรคระบาดที่เปลี่ยนแปลงไปรวมถึงความพร้อมของชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพซึ่งถูกกำกับโดยมาตรฐานบริการ

คำสำคัญ : รูปแบบ, การเฝ้าระวังและควบคุมโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การมีส่วนร่วม

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ e-mail: Kunnikom@gmail.com

** สำนักงานสาธารณสุขอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

The Model of Community Participation for Coronavirus 2019 Surveillance and Control in Ban NaNueaSubdistrict, AoLuek District, Krabi Province

*Tanissara Kamleang**
*Prawit Khunnikom***

(Received : August 26,2023; Revised : November 07,2023; Accepted : November 15,2023)

Abstract

This Participatory Action Research aimed to develop a Model of Community Participation for Coronavirus 2019 Surveillance and Control in Ban NaNueaSubdistrict, AoLuek District, Krabi Province. Four steps of model development comprised 1) Planning, 2) Implementation, 3) Observation, and 4) Reflection. Data were collected from 50 key informants during April - July 2023, including two professional nurses in Ao Luek Hospital and a health-promoting hospital, two public health technical officers, thirty village health volunteers, and fifteen community service recipients. Then, data were analyzed by content analysis and narrative analysis.

The participatory model of surveillance prevention and infection control of Coronavirus Disease 2019 comprised five components: 1) Internal-Safety Administration (I1) 2) Internal-Active Risk Finding (I2) 3) Community Active Risk Finding (C1) 4) Coordination and information management for risk communication, and 5) Community measures implementation and Law enforcement (C3) or the 2I3C model. This model was developed after the coronavirus disease 2019 outbreak with the reduction of government measures in surveillance prevention and infection control. However, in preparing for various epidemic situations, the management processes in surveillance and control of infectious disease should be continuously developed together with the preparation of community readiness and health service units regulated by service standards.

Keywords : Model Development, Surveillance Prevention and Infection Control, Coronavirus Disease 2019, Participatory

* Ban Na Nua Health Promoting Hospital, Ao Luek District, Krabi Province, e-mail: Kunnikom@gmail.com

** Ao Luek District Public Health Office, Krabi Province

บทนำ

การระบาดใหญ่ (Pandemic) ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งได้แพร่กระจายในหลายประเทศทั่วโลก⁽¹⁾ ทำให้องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ตั้งแต่วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563⁽²⁾ โดยพบจำนวนผู้ติดเชื้อจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่หรือชื่อ SARS-CoV-2 จัดอยู่ในกลุ่มโคโรนาไวรัสที่มีสารพันธุกรรมเป็นชนิดอาร์เอ็นเอ (RNA) จำนวน 1 เส้น ถูกห่อหุ้มด้วยโปรตีนแคปซิด (Capsid) และมีเปลือกหุ้มชั้นนอกเป็นเยื่อไขมันที่มีโปรตีนเรียกว่า สไปค์ (Spike) ยื่นออกมาลักษณะเป็นปุ่มใช้จับกับตัวรับบนผิวเซลล์เจ้าบ้าน (Host) เพื่อเข้าไปเพิ่มจำนวนในเซลล์และทำให้เกิดการติดเชื้อซึ่งตัวรับสามารถพบบนผิวเซลล์หลายชนิดในร่างกายมนุษย์รวมถึงเซลล์ในระบบทางเดินหายใจ⁽⁴⁾ ทำให้การระบาดของโรคสามารถติดต่อได้ผ่านทางลมหายใจและสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูกน้ำลายซึ่งหากร่างกายสุดคมเอาละอองฝอยจากการไอจามของผู้ติดเชื้อก็สามารถรับเชื้อเข้าสู่ร่างกายได้ และยังสามารถติดต่อผ่านทางสารคัดหลั่งต่างๆ แล้วมาสัมผัสเยื่อต่างๆ ในร่างกายไม่ว่าจะเป็นทางปากจมูกหรือดวงตา⁽⁵⁾

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม พ.ศ. 2563 ระยะที่ 2 ปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งเกิดการระบาดแพร่กระจายไปหลายจังหวัด ทำให้รัฐบาลจำเป็นต้องจัดให้มีคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย และระยะที่ 3 ตั้งแต่ช่วง 25 มีนาคม พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา⁽⁶⁾ ซึ่งนับตั้งแต่ครั้งแรกของการตรวจพบผู้ป่วยในประเทศไทย จนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 พบจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อสะสมมากกว่า 4.3 ล้านคน เสียชีวิต 29,196 ราย⁽⁷⁾ หลังจากประชาชนได้รับวัคซีนและเกิดภูมิคุ้มกัน ทำให้ความรุนแรงของโรคจากสายพันธุ์เดลต้าและโอไมครอนที่เกิดการระบาดในประเทศไทยลดความรุนแรงลงอย่างมาก⁽⁸⁾ ดังนั้น รัฐบาลจึงได้ลดระดับภาวะฉุกเฉินลง โดยประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อเฝ้าระวัง ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565⁽⁹⁾ ซึ่งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค⁽¹⁰⁾ คาดการณ์ว่าจะพบจำนวนของผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ แต่จำนวนผู้เสียชีวิตอาจสูงขึ้นเล็กน้อยหรือคงที่และจะมีการแพร่ระบาดของผู้ติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 สายพันธุ์โอไมครอนอย่างต่อเนื่องและอาจครอบคลุมทุกจังหวัดของประเทศ

กระบี่เป็นจังหวัดหนึ่งที่สำคัญที่ทำได้ให้กับประเทศจากการท่องเที่ยว โดยมีนักท่องเที่ยวทั้งภายในและภายนอกประเทศเดินทางเข้าออกหมื่นเรือนอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดกระบี่ระหว่างเดือนธันวาคม 2563 - ธันวาคม 2565 พบว่า มีผู้ป่วยยืนยันสะสมจำนวน 26,333 ราย และผู้เสียชีวิตจำนวน 188 ราย⁽¹¹⁾ คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.71 สะท้อนให้เห็นถึงการระบาดของโรคที่ยังคงมีอยู่ แต่อยู่ในสถานการณ์คงที่ที่ระบบการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ ยังมีความสามารถในการรับมือได้ขณะที่อำเภออ่าวลึก พบผู้ป่วยยืนยันสะสมจำนวน 1,345 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 28 ราย⁽¹¹⁾ คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 2.08 ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าของทั้งจังหวัดกระบี่ประมาณ 3 เท่า ทั้งนี้อำเภออ่าวลึกเป็นพื้นที่รอยต่อที่อยู่ติดกับจังหวัดพังงา เป็นทางผ่านที่จะมุ่งหน้าเข้าสู่จังหวัดภูเก็ต ทำให้มีจำนวนของผู้สัญจรนักท่องเที่ยว และการหมุนเวียนของแรงงานทั้งในประเทศ และแรงงานต่างด้าวเป็นจำนวนมาก ซึ่งการเคลื่อนย้ายของประชากรเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการระบาดของโรค⁽¹⁾

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังกล่าวข้างต้น หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่จึงจำเป็นต้องมีมาตรการในการรองรับภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการจัดการระบบการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคที่อาจมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยยึดหลักมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และเพิ่มความเข้มงวดในเรื่องการจัดการสถานที่การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ⁽¹²⁾ โดยการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงนั้นเป็นบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นองค์กรด้านสุขภาพด่านแรกที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด และสามารถจัดบริการสุขภาพครอบคลุมทุกมิติทั้งส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ⁽¹³⁾

แต่การจัดการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีจำนวนบุคลากรจำกัดและจำเป็นต้องเพิ่มความความเข้มงวดตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาทิ การสร้างบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ ตั้งแต่การค้นหาหรือกำจัดความเสี่ยงการฝึกอบรมด้านความปลอดภัย การสื่อสารที่ดีในหน่วยงานซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมความปลอดภัย จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽¹⁴⁾ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานที่ถูกกำหนดไว้ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566⁽¹⁵⁾ และสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ

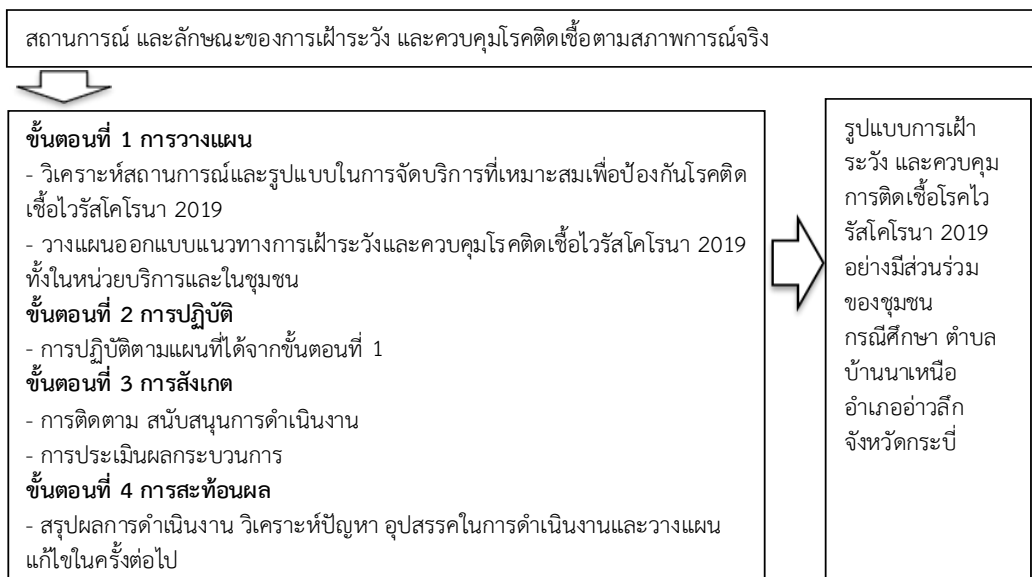
ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับพื้นที่จึงควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบการเฝ้าระวัง ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งมีบทบาทหลักในการจัดการพยาบาลและควบคุมการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อสร้างการเรียนรู้ ทำให้ระบบการเฝ้าระวังและควบคุมการระบาด และการติดเชื้อที่เกิดขึ้นทั้งในหน่วยบริการ และในชุมชนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความมั่นใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการตลอดจนเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้มาตรฐาน โดยศึกษาในพื้นที่ตำบลบ้านนาเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ซึ่งมีพื้นที่ติดกับจังหวัดพังงา มีสถานที่ท่องเที่ยวสำคัญอย่าง วัดมหาธาตุวชิรมงคลหรือวัดบางโหลง และมีโรงงานอุตสาหกรรมอยู่ในพื้นที่ ทำให้มีนักท่องเที่ยวเดินทางเข้าออกอย่างต่อเนื่อง รวมถึงแรงงานจากภายนอกและแรงงานต่างด้าวเข้ามาอาศัยอยู่ในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนตำบลบ้านนาเหนืออำเภออ่าวลึกจังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบโดยใช้แนวคิดของ Zuber-Skerritt⁽¹⁶⁾ ซึ่งมีกระบวนการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต(Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ดังแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลเป็นเวลา 4 เดือนระหว่างเดือนเมษายน – กรกฎาคม 2566 โดยมีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ตำบลบ้านนาเหนืออำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ถูกเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เนื่องจาก 1) อำเภออ่าวลึกเป็นพื้นที่ที่มีอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูง เมื่อเทียบกับอัตราผู้เสียชีวิตในระดับจังหวัด และ 2) ตำบลบ้านนาเหนือเป็นพื้นที่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการเคลื่อนย้ายของประชากร ทั้งที่เป็นนักท่องเที่ยวและแรงงานจากการเป็นพื้นที่รอยต่อติดกับอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา การมีสถานที่ท่องเที่ยวสำคัญ และมีโรงงานอุตสาหกรรมอยู่ในพื้นที่ จำนวน 2 แห่ง⁽¹⁷⁾ โดยทำการศึกษาใน 3 ตำบล ประกอบด้วย พื้นที่หมู่ที่ 1 บ้านปากลาว หมู่ที่ 2 บ้านนาเหนือ และหมู่ที่ 4 บ้านบางไทร ตำบลนาเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบ

กระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีส่วนร่วมของชุมชนกรณีศึกษาตำบลบ้านนาเหนืออำเภออ่าวลึกจังหวัดกระบี่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) 3) ขั้นตอนการสังเกต (Observation) และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **ขั้นตอนการวางแผน (Planning)** ดำเนินการวิเคราะห์รูปแบบการจัดการเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์และวิเคราะห์สถานการณ์ภาพรวมในเบื้องต้นและกำหนดแนวทางร่วมระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชนในตำบลนาเหนือให้สอดคล้องกับมาตรฐานและการปฏิบัติงานจริงของพื้นที่ โดย

การศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์และวิเคราะห์สถานการณ์

1.1 การทบทวนข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ตำบลบ้านนาเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ และพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทย รวมถึงข้อมูลทุติยภูมิของบุคลากรที่ให้บริการและมีการติดเชื้อระหว่างการให้บริการ

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ จำนวน 13 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลอ่าวลึก 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คน และผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเหนือ 5 คน ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 1-1.5 ชั่วโมงต่อคน

1.3 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมระหว่างการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ

การกำหนดแนวทางร่วม

1.4 การประชุมกลุ่มผู้ปฏิบัติงานแบบออนไลน์ จำนวน 1 ครั้ง ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 35 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 30 คน ระยะเวลาในการประชุม 5 ชั่วโมง

1.5 การสนทนากลุ่มผู้รับบริการที่เข้ามารับบริการแบบออนไลน์ จำนวน 1 ครั้ง ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 15 คน ระยะเวลาในการสนทนากลุ่ม 3 ชั่วโมง

2. **ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action)** ดำเนินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดร่วมกันใน 3 พื้นที่ ประกอบด้วย หมู่ที่ 1 บ้านปากลาว หมู่ที่ 2 บ้านนาเหนือ และหมู่ที่ 4 บ้านบางไทร ตำบลนาเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

3. **ขั้นตอนการสังเกต (Observation)** ดำเนินการสังเกตนิเทศติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานพร้อมทั้งประเมินผลรูปแบบการจั้ดบริการ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดย

3.1 การรวบรวมและบันทึกผลการดำเนินงาน

3.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 6 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลอ่าวลึก 2 คน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คน ระยะเวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก 1 ชั่วโมง

4. **ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)** โดยจัดการประชุมกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุ เพื่อปรับรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสม ผู้เข้าร่วมการประชุมในขั้นตอนนี้ จำนวน 35 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลอ่าวลึก 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 30 คน ระยะเวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาคั้งนี้เป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือเกี่ยวข้องในการจั้ดบริการ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 35 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลอ่าวลึกจำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 30 คน และ 2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ประชาชนที่เข้ารับบริการในชุมชน จำนวน 15 คน

ผู้ให้ข้อมูลหลักในกลุ่มผู้ให้บริการถูกเลือกด้วยวิธีการเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ (Criterion based selection) โดยมีคุณลักษณะดังนี้

- เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหรือเป็นผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน 3 ชุมชน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านปากลาว หมู่ที่ 2 บ้านนาเหนือและหมู่ที่ 4 บ้านบางไทร ตำบลนาเหนือ
- เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่หรือแกนนำของหมู่บ้านในตำบลนาเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป
- มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลักในกลุ่มผู้รับบริการ ใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เลือกผู้ที่เข้ารับบริการซึ่งเป็นประชาชนจากหมู่ที่ 1 บ้านปากลาว หมู่ที่ 2 บ้านนาเหนือและหมู่ที่ 4 บ้านบางไทร ตำบลนาเหนือ

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วยแบบประเมินด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิพ.ศ.2566⁽¹⁵⁾ และประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนตำบลบ้านนาเหนืออำเภออ่าวลึกจังหวัดกระบี่พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เครื่องมือวิจัยดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบและมีความเชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมและมีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบสุขภาพจำนวน 1 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านเอกสาร (Review Data) โดยการศึกษาและรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์และวิเคราะห์สถานการณ์ภาพรวมในเบื้องต้นก่อนดำเนินการในพื้นที่ร่วมกับการสังเกต (Observation) ซึ่งจะเป็นไปในลักษณะการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

2. การประชุมกลุ่มออนไลน์ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ในขั้นตอนการวางแผนและการสะท้อนผล จำนวน 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยส่งหนังสือเชิญประชุมไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง กระบวนการประชุมเริ่มด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกข้อมูลภาพและเสียงระยะเวลาในการประชุม 5 ชั่วโมงต่อครั้ง

3. การสนทนากลุ่มผู้รับบริการแบบออนไลน์ ในขั้นตอนการวางแผนจำนวน 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยส่งหนังสือเชิญเข้าร่วมกิจกรรมไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง กระบวนการสนทนากลุ่มเริ่มด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกข้อมูล ภาพและเสียงระยะเวลาในการสนทนากลุ่ม 3 ชั่วโมง

4. การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในขั้นตอนการวางแผนและการสังเกต โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ และประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกข้อมูล ภาพและเสียง ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 1-1.5 ชั่วโมงต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รวบรวมได้จะถูกตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้าในด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยทำการเปรียบเทียบความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้มาจากเอกสาร การสังเกต และการสัมภาษณ์ และวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methods Triangulation) โดยทำการเปรียบเทียบข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการประชุมกลุ่ม ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และเชิงบรรยาย (Narrative analysis)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ KB-IRB 2023/004.2501 ลงวันที่ 7 เมษายน 2566 โดยผู้วิจัยมีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแจ้งให้ผู้เข้าร่วมทราบว่า การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ทั้งสิ้น และผู้เข้าร่วมมีความพร้อมและยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นการให้ผู้เข้าร่วมยินยอมด้วยวาจาและลงนามในใบยินยอมให้ข้อมูล ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดทั้งสิ้น ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

รูปแบบของการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีส่วนร่วม จากการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และผู้รับบริการ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การบริหารความปลอดภัยในหน่วยบริการ (Internal-Safety Administration; I1) 2) การค้นหาหรือกำจัดความเสี่ยงในหน่วยบริการ (Internal-Active Risk Finding; I2) 3) การค้นหา กำจัด และติดตามความเสี่ยงในชุมชน (Community

Active Risk Finding; C1) 4) การประสานงานและจัดการข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ และชุมชน เพื่อสื่อสารความเสี่ยง (Coordinating and Joint Information for communication; C2) และ 5) การมีและใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย (Community intervention and Law enforcement; C3) หรือเรียกว่ารูปแบบ2I3C สามารถอธิบายได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การบริหารความปลอดภัยในหน่วยบริการ (Internal-Safety Administration; I1)

การบริหารความปลอดภัยในหน่วยบริการคือการพิจารณาาระบบและทรัพยากรทั้งบุคลากรวัสดุอุปกรณ์ รวมถึงสถานที่ โดยบุคลากรผู้ให้บริการจะได้รับการดูแลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ประกอบด้วย การตรวจสอบสภาพในช่วงต้นปีงบประมาณของทุกปี การได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อาทิ โรคไข้หวัดใหญ่ การพัฒนาทักษะการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และการจัดให้มีระบบที่เลี้ยงระดับอำเภอ ด้านการบริหารจัดการวัสดุ ยา และอุปกรณ์การแพทย์ ที่มีความปลอดภัยเพียงพอพร้อมใช้ซึ่งในสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีปริมาณการใช้สูง อาทิ หน้ากากอนามัย หน้ากากป้องกันละอองเชื้อโรค เลือกวานกันน้ำ หรือเสื้อกาวน์ป้องกันการสัมผัสจากละอองฝอย เป็นต้น ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการให้บริการทั้งในหน่วยบริการ และในการสอบสวนโรคในพื้นที่สำหรับความปลอดภัยของยา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังจำเป็นต้องตรวจสอบคลังยาที่คงเหลือ และจัดให้มีแนวทางการจัดยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาจากแพทย์ที่ดูแลในช่วง 3 เดือน และการบริหารรูปแบบการจัดบริการให้กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครอบคลุมทุกบริการที่มีในหน่วยบริการ

ในด้านการบริหารจัดการพื้นที่ในหน่วยบริการ ควรจัดให้มีพื้นที่สำหรับการคัดกรอง 2 โซนคือพื้นที่ที่ใช้ในการคัดกรองผู้มีอาการสงสัยสำหรับกลุ่มโรคทางระบบทางเดินหายใจส่วนบน และกลุ่มผู้มีอาการที่ไม่ใช่กลุ่มโรคทางระบบทางเดินหายใจส่วนบน เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อย เป็นต้น ทั้งนี้ทุกโซนพื้นที่การให้บริการจำเป็นต้องจัดรูปแบบให้พื้นที่โล่ง เน้นระยะห่าง 2 เมตร และจัดเก้าอี้ให้เหลื่อมกัน ไม่หันหน้าเข้าหากัน เก้าอี้หนึ่งเพื่อรับบริการไม่ควรใช้โลหะและการจัดพื้นที่จุดพักเพื่อสังเกตอาการของกลุ่มสงสัยสำหรับกลุ่มผู้รับบริการในคลินิกเด็กดี วจจัดให้บริการนัดที่เหลื่อมกันเพื่อลดจำนวนผู้รับบริการที่กระจุกตัวและดำเนินการแบ่งช่วงเวลาให้บริการตามแนวที่กรมอนามัยกำหนด เช่น ใน 1 วันแบ่งช่วงเวลาเป็น 4 ช่วงในการนัดผู้ป่วยคือเช้า (08.30-10.30 น.) สาย (10.30-12.00 น.) บ่าย (13.00-14.30 น.) และเย็น (14.30-16.30 น.) ส่วนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อซึ่งในหน่วยบริการจะมีผู้รับผิดชอบดูแลอย่างชัดเจน มีการดำเนินการตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 โดยในหน่วยบริการจะมีรถรับและขนส่งขยะติดเชื้อ และขนส่งไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งเป็นจุดพักขยะรวม ก่อนส่งบริษัทเอกชนดำเนินการกำจัดต่อไป

องค์ประกอบที่ 2 การค้นหาหรือกำจัดความเสี่ยงในหน่วยบริการ (Internal-Active Risk Finding; I2)

การค้นหาหรือกำจัดความเสี่ยงในหน่วยบริการคือ การป้องกัน และลดโอกาสของการติดต่อจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ โดยจำเป็นต้องพิจารณาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มในทุกกลุ่มผู้รับบริการคือ 1) กลุ่มปกติในคลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกฝากครรภ์ และคลินิกตรวจรักษาทั่วไป 2) กลุ่มที่มีอาการทางเดินหายใจส่วนบนและ 3) กลุ่มสงสัยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคในกรณีของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสามารถลดและจัดการความเสี่ยงของการติดต่อในกลุ่มผู้รับบริการทั้งสามกลุ่มได้ด้วยวิธีการจัดให้มีจุดคัดกรองเบื้องต้น ซึ่งจุดคัดกรองจำเป็นต้องมีอ่างล้างมือสบู่และกระดาษใช้แล้วทิ้งที่เอื้อต่อการล้างมือและจัดให้มีช่องทางของผู้รับบริการกลุ่มไว้รับสัมผัส เช่น ผู้สูงอายุผู้พิการด้วยการกำหนดพื้นที่ หรือโซนให้มีความชัดเจน และเป็นพื้นที่ที่เอื้อต่อเข้าถึงได้โดยสะดวกและปลอดภัย

ถัดมาในระยะของการเข้ารับบริการ ผู้รับบริการทุกรายที่มารับบริการควรดำเนินการล้างมือก่อนเข้ารับบริการวัดตรวจสัญญาณชีพหรือวัดความดันโลหิต และดำเนินการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่คลินิกต่าง ๆ เช่นคลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกโรคเรื้อรัง โดยให้กระจายการให้บริการเป็นอาทิตย์ละ 2-3 วัน กล่าวคือ กรณีของคลินิกสุขภาพเด็กดีให้กระจายการบริการเป็น 2 วัน วันแรกเป็นผู้รับบริการที่เป็นชนิด Single Dose และวันที่สองเป็นชนิด MultipleDose โดยจะใช้การโทรแจ้งกับผู้ป่วยบริการซึ่งได้ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการไว้ก่อนแล้วและก่อนการทำหัตถการ ควรจัดให้มีฝ่ายที่ใช้อุปกรณ์และทำความสะอาดต่อครั้งที่ให้บริการ ขณะที่คลินิกโรคเรื้อรังมีการกระจายการให้บริการ โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังเป็น 2-3 วันช่วงเช้าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานช่วงบ่ายเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการให้บริการตรวจสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดของสถานการณ์โรคระบาด การดำเนินการกรณีการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดถูกออกแบบจากแพทย์ซึ่งออกตรวจโรคให้ผู้ป่วยไม่อดอาหารได้เนื่องจากผลเลือด

กรณีไม่อดอาหารไม่ต่างกันมากเมื่อเปรียบเทียบการอดอาหาร ผู้ป่วยที่ไม่ได้อดอาหารให้ระบุเป็นการสุ่มค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Random Sugar) ซึ่งเกณฑ์ต้องไม่เกิน 200 mg/dL ทำให้สามารถดำเนินการนัดและเจาะเลือดผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ทั้งวัน รวมถึงการขยายการอ่านผลทางห้องปฏิบัติการเป็น 2 วัน กรณีแพทย์ไม่สามารถมาได้จำเป็นต้องนำผลทางห้องปฏิบัติการที่ตรวจไปดูและสั่งยาให้ และให้แยกกลุ่มที่ผลทางห้องปฏิบัติการไม่ดีหรือกลุ่มสีแดงต้องพบแพทย์

องค์ประกอบที่ 3 การค้นหา กำจัด และติดตามความเสี่ยงในชุมชน (Community Active Risk Finding; C1)

การค้นหา กำจัด และติดตามความเสี่ยงในชุมชน คือ กระบวนการในการดำเนินการร่วมกันของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เริ่มจากชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำที่เป็นทางการได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน และผู้นำที่ไม่เป็นทางการ เช่น หมอพื้นบ้าน ไต้อีหม่าม พระ ร่วมกันออกแบบกระบวนการ เพื่อจัดการความเสี่ยงในชุมชน ด้วยการค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่ที่พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อน พร้อมเฝ้าระวังสถานที่เสี่ยงที่มีผู้เดินทางมากและเฝ้าระวังผู้เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยงเป็นเวลา 14 วัน การติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยยืนยันทุกรายการดำเนินการแยกผู้ป่วยผู้สัมผัสเสี่ยงสูง-ต่ำ โดยการดำเนินการคัดกรองหลักและการติดตามผู้ป่วยเป็นบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินงานด้วยการแจ้งผ่านไลน์กลุ่มหากผู้ป่วยไม่ดำเนินการตามข้อเสนอแนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะมีกำนันและผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ดำเนินการติดตามร่วมด้วย สำหรับประเพณีและกิจกรรมในชุมชนเช่นการจัดงานศพในระยะแรกต้องจัดให้มีเจลล้างมือ การเว้นระยะห่าง และลดจำนวนของผู้นั่งร่วมโต๊ะให้ลดลง ซึ่งถัดมาหลังจากมีประกาศ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ทำให้การดำเนินการจัดงานศพ บางพื้นที่ในตำบลปรับรูปแบบการจัดอาหารเป็นข้าวกล่องและจัดบำเพ็ญกุศลศพไม่เกิน 3 วัน

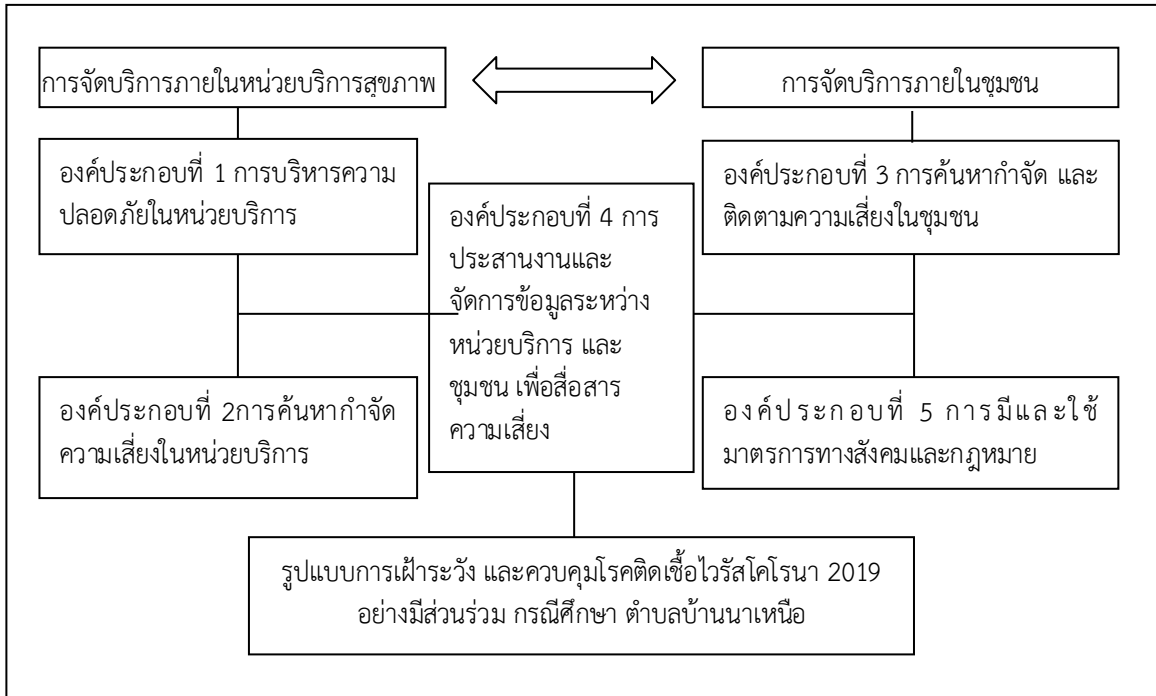
องค์ประกอบที่ 4 การประสานงานและจัดการข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ และชุมชนเพื่อสื่อสารความเสี่ยง(Coordinating and Joint Information for communication; C2)

การประสานงานและจัดการข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ และชุมชนเพื่อสื่อสารความเสี่ยง คือ กระบวนการในการนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ การนำข้อมูลจากฐานข้อมูล Hospital OS ของโรงพยาบาลแม่ข่าย ฐานข้อมูล JHCIS และการสำรวจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รายงานการสอบสวนโรค มาทำการวิเคราะห์และจัดทำเป็นข้อมูลสารสนเทศเพื่อสื่อสารให้ประชาชนในชุมชนรับทราบ เพื่อสามารถเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อจากโรคได้ ซึ่งการสื่อสารความเสี่ยงไปยังชุมชนทำให้ชุมชนไม่ตื่นตระหนก แต่สามารถสร้างการรับรู้ ความเข้าใจให้ชุมชนสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเช่นการจัดกิจกรรมรณรงค์การป้องกันตนเอง ตามมาตรการ DMHTT เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อด้วยสื่อประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย เป็นต้น นอกจากนี้มีการดำเนินการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย ทำให้สามารถยืนยันผู้ป่วยได้ทันเวลาและถูกต้องร้อยละ 100

องค์ประกอบที่ 5 การมีและใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย (Community intervention and Law enforcement; C3)

การมีและใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมายคือกระบวนการในการกำหนดมาตรการทางสังคม ข้อกำหนด เงื่อนไข หรือข้อตกลงร่วมกัน และเป็นมติที่คนในชุมชนจะต้องปฏิบัติ รวมไปถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ กล่าวคือ การดำเนินการหลังมาตรการของรัฐเริ่มผ่อนคลายนโยบาย มาตรการของชุมชนที่มีอยู่เดิมซึ่งประกอบด้วย การกักตัวของผู้ป่วย การจัดให้มีด่านชุมชนเพื่อเฝ้าระวังครอบคลุมทุกหมู่บ้าน หรือการแจ้งให้กำนันผู้ใหญ่บ้านทราบ กรณีมีคนนอกพื้นที่เดินทางเข้ามาและอาศัยในพื้นที่ถูกลดมาตรการและความเข้มงวดลง และผู้ติดเชื้อสามารถดำเนินการดูแลตัวเองได้ที่บ้าน อย่างไรก็ตาม แนวทางการดำเนินการตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 ยังคงถูกใช้และมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมและมีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจะเป็นผู้ดำเนินการหลักในการดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง ร่วมกับการตรวจสอบซ้ำด้วยวิธีการมีที่เลี้ยงจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับจังหวัดยืนยันและรับรองในระยะเวลา 2 ปี ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือได้รับการรับรองแล้ว

การเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีส่วนร่วมกรณีศึกษาตำบลบ้านนาเหนือ อำเภ่อ่าวลึก จังหวัดกระบี่สามารถอธิบายรูปแบบได้ดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อภิปรายผล

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนตำบลบ้านนาเหนือ อำเภ่อ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การบริหารความปลอดภัยในหน่วยบริการ 2) การค้นหาหรือกำจัดความเสี่ยงในหน่วยบริการ 3) การค้นหาการจัดและติดตามความเสี่ยงในชุมชน 4) การประสานงานและจัดการข้อมูลระหว่างหน่วยบริการและชุมชนเพื่อสื่อสารความเสี่ยงและ 5) การมีและใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมายหรือรูปแบบ 2I3C ทำให้ไม่พบการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ตำบลนาเหนือ ซึ่งบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสำคัญต่อการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด่านสถานพยาบาลและชุมชน การติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดในชุมชน⁽¹⁸⁾ ทั้งนี้พยาบาลพี่เลี้ยงที่อยู่ในระดับอำเภอล้วนและดูแลมาตรฐานการติดเชื้อมีบทบาทสำคัญในการนิเทศและประเมินส่วนขาดร่วมกันทั้งบุคลากรและอุปกรณ์ป้องกันร่างกายให้มีความเพียงพอ และการดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยไม่พบการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของพยาบาลและไม่พบการแพร่กระจายเชื้อจากผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽³⁾

ขณะเดียวกัน การจัดการข้อมูลและการสื่อสารความเสี่ยงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งการสื่อสารข้อมูลผ่านกลุ่มไลน์ผู้ปฏิบัติงานในระดับชุมชน การสื่อสารข้อมูลให้กับชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจ ลดความตื่นตระหนก และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในชุมชน คือ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

และภาคีเครือข่าย โดยการสื่อสารข้อมูลความรู้อย่างรวดเร็วด้วยเทคโนโลยีทันสมัย⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ การพัฒนารูปแบบการจัดการข้อมูลและการสื่อสารโดยใช้ Application จาก Google drive เช่น Google form และ Google sheet ซึ่งง่ายต่อการใช้ประโยชน์และเข้าถึงข้อมูลได้จากทุกสถานที่และตลอดเวลา จะช่วยในการออกแบบระบบทั้งระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชน และการเฝ้าระวังโรคในโรงพยาบาล⁽²⁰⁾

สำหรับการจัดบริการในชุมชน ในองค์ประกอบที่ 3 ซึ่งเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชน คือกระบวนการในการค้นหาผู้ป่วยกำจัดและติดตามความเสี่ยงในชุมชนนั้น อาศัยกลไกสำคัญในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลที่สามารถชักจูง ดูแลและชี้แนะคนในชุมชนให้มีพฤติกรรมที่ดีได้ ทั้งการสวมหน้ากากปิดปากปิดจมูก การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การล้างมือ การเว้นระยะทางสังคม โดยพบว่า การดำเนินการเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโดยเฉพาะการเคาะประตูบ้านเพื่อให้ความรู้แบบถึงลูกถึงคน (เช่น การแจ้งข่าวเชิงรุกตามบ้านออกเสียงตามสายเดินแจกแผ่นพับเอกสารความรู้แจ้งผ่านกลุ่มไลน์ชุมชน/โทรศัพท์การบอกรายบุคคลการแจ้งตามคุ่มแจ้งในที่ประชุม) การค้นหาผู้ติดเชื้อ และรายงานอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง มีการวางแผนการดำเนินการอย่างชัดเจน^(21,22)

รูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีส่วนร่วม กรณีศึกษาตำบลบ้านนาเหนือ อำเภออ่าวลึกจังหวัดกระบี่เป็นการศึกษาจากสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาครัฐได้ลดระดับของมาตรการลงแล้ว อย่างไรก็ตาม การจัดการกระบวนการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไม่เฉพาะเพียงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้พร้อมต่อสถานการณ์ของโรคระบาดที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงความพร้อมของชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพซึ่งถูกกำกับโดยมาตรฐานบริการ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์ประกอบของรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อที่เกิดจากการพัฒนาไม่ได้ตายตัวสามารถใช้ในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อในสถานการณ์การระบาดอื่นๆ ได้ ทั้งนี้รูปแบบอาจเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ หรืออาจมีองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการใช้งานไปใช้ ซึ่งมีความเฉพาะในการบริหารจัดการของพื้นที่

2. องค์ประกอบทุกองค์ประกอบมีความสำคัญ และเป็นส่วนหนุนเสริมกันให้รูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีส่วนร่วมมีความเข้มแข็งซึ่งจำเป็นต้องนำมาดำเนินการไปพร้อมๆกัน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการถอดบทเรียนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีส่วนร่วม ในแต่ละพื้นที่ ที่มีการนำไปใช้เพื่อให้สามารถค้นหาปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ และการคงอยู่ของระบบที่จะนำไปสู่ความยั่งยืนได้

2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผล หรือปัจจัยเชิงทำนายต่อสมรรถนะของกลไกที่สนับสนุนรูปแบบให้สามารถขับเคลื่อนไปได้ตามเป้าหมายที่กำหนดได้

เอกสารอ้างอิง

1. Shi Q, Liu T. Should internal migrants be held accountable for spreading COVID-19? Environ Plan Econ Space. 2020;52:695–697.

2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค.66]. เข้าถึงได้จาก: https://ims.ddc.moph.go.th/files/OpsPlan_COVID19_250263.pdf

3. Sathira-Angkura T, Leelawongs S, Srisuthisak S, Puttapitukpol S, Yonchoho N, Jamsomboon K. Development of Nursing Administration Model in the COVID-19 Outbreak Situation of Hospitals under the Ministry of Public Health. *J Health Sci.* 2021;30:320–333.

4. รุ่งตะวัน ศรีบุรี. การแพร่ระบาดแบบวงกว้างของโรคโควิด-19 โดย Covid-19 superspreader. *เชียงใหม่เวชสาร.* 2564;60:395–406.

5. อรุณานท์ ปรีดา, อภิตดา นามแสง, วราภรณ์ เต็มแก้ว. แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ปฏิบัติหน้าที่ในอากาศยาน. *วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น.* 2564;5:29–42.

6. ปณณทัต ต้นชนปัญญากร, กล้านรงค์ วงศ์พิทักษ์, กุลภัสร์ชา มาอ่อน, พลอยณณารินทร์ ราวินิจ, อานันตยา ป้องกัน. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.* 2565;17:111–125.

7. พิทยุตม์ คงพวง, พิมพ์พรรณ อัมพันธ์ทอง, วชิรี เพ็ชรวงษ์, สุนันตรา ขำนวนทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (Covid-19) เข็มที่ 3 ของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ.* 2565;7:537–548.

8. ภาสกร ศรีทิพย์สุโข, บุญยี่ ศรีบำรุงวงศ์, พิชญ์ ต้นตยวรรค์, อารยา ศรีธธาพุทธ, พรรณศิริ ดำรงเลิศ, พีร์ จารุอำพรพรรณ. ประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย: การศึกษาในสถานการณ์จริง (ปีที่ 1) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5535>

9. อรจินดา บุรสมบุรณ์. มาตรการรับมือโควิด 19 ของไทยคงเดิม [อินเทอร์เน็ต]. สำนักข่าว กรมประชาสัมพันธ์. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 26 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG230506185137321>

10. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

11. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่; 2565.

12. วีรณัฐ ไตรรัตน์ภาส, ฐิติมา หมอทรัพย์, สมพร ประพฤติภักดี. แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน.* 2564;27:132–144.

13. พงษ์พิพัฒน์ ชุ่มสีดา, วินัย ทองภูบาล. กลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ.* 2564;7:158–175.

14. ชุตติมา ดีสวัสดิ์, พรทิพย์ กิระพงษ์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.* 2564;15:399–413.

15. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2565.

16. Zuber-Skerritt O, editor. *New Directions in Action Research.* London: Routledge; 1996.

17. องค์การบริหารส่วนตำบลนาเหนือ. แผนพัฒนาท้องถิ่น พ.ศ. 2566-2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/file/d/1vaLEelovZMVa7zZ6to9taekw-zUAmtd/view>

18.อัมพร ยานะ, วรัญญากรณ์ โนใจ, เอกพันธ์ คำภีระ, เฉลิมพล กำใจ. บทบาทพยาบาลชุมชนในสภาวะการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (Covid 19)ในพื้นที่จังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2564;22:82-94.

19.ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, ภาสินี ไทอินทร์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี-Udon Model COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30:53-61.

20.ถนอม นามวงศ์, แมน แสงภักดี, ภาณุพันธุ์ ธนปฐมสินชัย, จรรยา ดวงแก้ว, สุกัญญา คำพัฒน์, ปาริสุทธิ์ วิศิษฐ์ผจญชัย,และคณะ. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดยโสธร. วารสารควบคุมโรค. 2564;47:1179-1190.

21.กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีระธรรม, พยงค์ เทพอักษร. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2020;7:ก-จ.

22.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, เพ็ญญา ศรีหรั่ง, รัตนดาวรรณ คลังกลาง, จุฬารัตน์ห้าหวาย, ดิษฐพล ใจซื่อ, และคณะ. การถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 24 ม.ค.66]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5427>