

การพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพระบบคัดกรองและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในศูนย์พักพิงชายขอบระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน ตำบลสะพุง อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ

Development of the Efficacy-enhanced Influenza Screening and Control System Model in a Border Temporary Shelter at Saphung Subdistrict, Sirattana District, Sisaket Province

ชัยนันต์ บุตรกาล ส.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ)

Chainan Bootkan M.P.H. (Health Management)

วรารณ กัลยาณสิทธิ์ พ.บ., วว. เวชศาสตร์ป้องกัน

Worawan Kallayanasit M.D., Dip. Thai Board of Preventive Medicine

(เวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว)

(Travel Medicine)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

Office of Disease Prevention and Control, Region 10 Ubon Ratchathani

Received: May 20, 2026

Revised: July 31, 2026

Accepted: August 5, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพระบบคัดกรองและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในศูนย์พักพิงชั่วคราวชายขอบระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน ตำบลสะพุง อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข คณะทำงานภาคประชาชน และผู้รับบริการได้รับรักษาโรคไข้หวัดใหญ่ ที่คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบคัดกรองโรค แบบบันทึกผลการดำเนินงานและแบบสนทนากลุ่ม ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์การแพร่เชื้อ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์และปัจจัยแวดล้อม ตรวจพบผู้ป่วยสะสม 28 ราย อัตราป่วยร้อยละ 1.98 โดยปัจจัยความแออัดและการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดรวดเร็ว การพัฒนาได้รูปแบบประกอบด้วยกลไก S-S-S คือ S-Staff (การพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงาน) S-Staff (จัดตั้งจุดตรวจโรคระบบทางเดินหายใจและใช้ชุดตรวจวินิจฉัยเร็ว) และ S-System (ประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การตรวจจับและวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การสอบสวนโรค การส่งต่อผู้ป่วย การจัดระบบสุขภาพ) ผลดำเนินการตามรูปแบบ พบผู้ป่วย 31 ราย อัตราป่วย ร้อยละ 2.19 และค่าสัมประสิทธิ์การแพร่เชื้อ ลดลงต่ำกว่าระดับวิกฤติ สามารถควบคุมการติดต่อจากคนสู่คน การตรวจพบโรคเร็วขึ้น เป็น 1-3 วัน การสอบสวนเร็วขึ้น เป็น 1 วัน การควบคุมโรคได้เบ็ดเสร็จเร็วขึ้นเป็น 2-4 วัน ประสิทธิภาพของรูปแบบสามารถค้นหาผู้ป่วยได้ครอบคลุม ตรวจจับและควบคุมการระบาดได้เร็ว ไม่พบผู้ป่วยอาการรุนแรงและผู้เสียชีวิต ผู้ปฏิบัติงานมีสมรรถนะสูง ดังนั้นรูปแบบ S-S-S ควรได้รับการบรรจุในแผนเฉพาะโรคไข้หวัดใหญ่ และบูรณาการเข้ากับงานประจำ เพื่อสร้างความยั่งยืนของการจัดการโรคติดต่อในพื้นที่ สามารถยกระดับการดำเนินงานตอบโต้การระบาดในภาวะฉุกเฉินที่ศูนย์พักพิงขนาดรองรับ 1,001-3,000 คนได้ดียิ่งขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ที่ศูนย์พักพิงขนาดเดียวกันในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ: การเพิ่มประสิทธิภาพ การคัดกรอง การควบคุมโรค ไข้หวัดใหญ่

Abstract

This action research aimed to develop a model for enhancing the efficacy of the influenza screening and control system in border temporary shelters at Saphung Subdistrict, Sirattana District, Sisaket Province. Target populations comprised three groups selected based on inclusion criteria: healthcare personnel, community-based working groups, and patients receiving treatment for influenza. Data were collected using a disease screening form, an operational performance record form, and a group discussion form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the effective reproduction number, while qualitative data were analyzed using content analysis. The results revealed that situation and environmental factors were key. A cumulative total of 28 cases was detected, representing an attack rate of 1.98%. Overcrowding and group living were identified as key environmental factors driving rapid transmission of outbreaks. The developed model comprised the “S-S-S” mechanisms: S-Staff (operator capacity building), S-Stuff (establishing an Acute Respiratory Infection corner and utilizing rapid diagnostic test kits), and S-System (environmental risk assessment, active case finding, preliminary disease detection and diagnosis, disease investigation, patient referral, and sanitation management). Following model implementation, 31 cases were identified, representing an attack rate of 2.19%. The effective reproduction number decreased below the critical threshold, indicating the potential to control person-to-person transmission. Disease detection was accelerated to 1–3 days, disease investigation was sped up to 1 day, and complete disease control was achieved in 2–4 days. The efficacy of the model was demonstrated by comprehensive case detection, rapid outbreak detection and control, zero severe cases or deaths, and high operator competency. Therefore, the S-S-S Model should be officially incorporated into influenza-specific plans and integrated into routine operations to establish sustainable communicable disease management in the area. This model can enhance emergency outbreak response in temporary shelters with a capacity of 1,001 to 3,000 people and can be practically applied to other temporary shelters of similar sizes and comparable contexts.

Keywords: Efficacy enhancement, Screening, Disease control, Influenza

บทนำ

ปัญหาความขัดแย้งและการปะทะกันบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา ในช่วงเดือนกรกฎาคม⁽¹⁾ และเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568^(2,3) ทำให้ประชาชนในพื้นที่ชายขอบระหว่างประเทศเพื่อนบ้านไม่มีความปลอดภัย เกิดภาวะวิกฤติจำเป็นต้องอพยพเข้าอาศัยในศูนย์พักพิงชั่วคราวจำนวนมาก ส่งผลให้สภาพแวดล้อมที่อาศัยไม่เหมาะสม เอื้อต่อการเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อภายในศูนย์พักพิงจังหวัดที่ได้รับผลกระทบ ประกอบด้วย จันทบุรี สระแก้ว ตราด บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ และอุบลราชธานี ซึ่งอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6, 9 และ 10 มีศูนย์พักพิง 1,011 แห่ง ผู้อพยพจำนวน 287,577 ราย

ในส่วนเขตสุขภาพที่ 10 มีชายแดนที่ได้รับผลกระทบ 2 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานีและศรีสะเกษ มีศูนย์พักพิง 624 แห่ง ผู้อพยพ จำนวน 157,787 ราย ในจำนวนนี้เป็นศูนย์พักพิงในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 530 แห่ง ซึ่งมากที่สุดของประเทศมีผู้อพยพจำนวน 121,066 ราย โดยเฉพาะอำเภอศรีรัตนะ ได้จัดตั้งศูนย์พักพิงในวัด 7 แห่ง รองรับผู้อพยพจากอำเภอกันทรลักษ์ จำนวน 4,572 ราย เกิดปัญหาศูนย์พักพิงมีความแออัดเกินความสามารถที่รองรับได้ ถึง 1.69 เท่า เป็นลำดับ 2 รองจากอำเภอไพรบึง⁽⁴⁾

ระหว่างวันที่ 8 - 28 ธันวาคม 2568 พบการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในศูนย์พักพิงสูงสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอาการอื่น ทั่วประเทศมีอัตราป่วย ร้อยละ 0.43 เขตสุขภาพที่ 10 มีอัตราป่วย ร้อยละ 0.52 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ ยิ่งไปกว่านั้นจังหวัดศรีสะเกษ มีอัตราป่วย ร้อยละ 0.70 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศและเขตสุขภาพที่ 10⁽⁴⁾ สอดคล้องกับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในช่วงเวลาเดียวกัน มีอัตราป่วยสูงสุดเมื่อเทียบกับโรคอื่นในพื้นที่เดียวกัน ระดับประเทศ พบอัตราป่วย 1,619.21 ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 10 พบอัตราป่วยที่ 1,660.05 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าในระดับประเทศ และจังหวัดศรีสะเกษ พบอัตราป่วย 1,161.83 ต่อประชากรแสนคน⁽⁵⁾ จากสภาพศูนย์พักพิงที่มีคนจากหลากหลายแห่งมารวมตัวกัน เป็นปัจจัยเสริมให้เกิดการระบาดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ซึ่งเป็นโรคติดต่อตามฤดูกาล โดยเฉพาะชนิด A กับ B ที่การแพร่เชื้อติดต่อจากคนสู่คน⁽⁶⁾ มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว เด็ก และหญิงตั้งครรภ์ อาจทำให้ปอดอักเสบรุนแรงและเสี่ยงเสียชีวิตได้ สิ่งแวดล้อมที่แออัดทำให้ผู้ป่วยได้นอนใกล้ชิดกันในระยะห่างที่ไม่เพียงพอ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อได้ถึง 1.77 เท่า รวมถึงพฤติกรรมส่วนบุคคลผู้ป่วยแบ่งปันแก้วน้ำส่วนตัวใช้ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงได้ถึง 1.83 เท่า⁽⁷⁾ ผู้สูงอายุอาศัยในศูนย์พักพิง มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคได้ถึง 9.39 เท่า⁽⁸⁾ นอกจากนี้วัดมักเป็นสถานที่เกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคไข้หวัดใหญ่อย่อยครั้ง⁽⁹⁾ ประกอบกับการเฝ้าระวังโรคในศูนย์พักพิง มักมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบที่ไม่ผ่านการอบรมด้านระบาดวิทยา ส่งผลให้ตรวจจับโรคได้ล่าช้าสอบสวนและควบคุมการระบาดไม่ทันสถานการณ์⁽¹⁰⁾ มีผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่หน่วยงานมีภาระงานล้นมือและสิ้นเปลืองทรัพยากรเกินความจำเป็น รวมถึงการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่เป็นระบบชัดเจน⁽¹¹⁾ มีผลกระทบให้กลายเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค ทำให้กลุ่มเสี่ยงได้สัมผัสเชื้อโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี (สคร.10) ได้รับมอบหมายจากกรมควบคุมโรคให้รับผิดชอบศูนย์พักพิงชั่วคราวขนาด L รองรับผู้ประสบภัย

1,001-3,000 คน พื้นที่วัดแห่งหนึ่ง ตำบลสะพุง อำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ รูปแบบการตรวจจับโรคไข้หวัดใหญ่เดิม จะมีการจัดจุดปฐมพยาบาล รักษาผู้ป่วยตามอาการ และรายงานโรคเป็นกลุ่มอาการทางเดินหายใจตามระบบเฝ้าระวังโรคเชิงรับ ซึ่งมีความล่าช้าเนื่องจากไม่มีการตรวจวินิจฉัยด้วยชุดตรวจแบบเร็ว เจ้าหน้าที่มีการหมุนเวียนงานทำให้ขาดทักษะเฉพาะทาง จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพระบบคัดกรองและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ที่สอดคล้องกับบริบทการใช้วัดเป็นศูนย์พักพิงชั่วคราว ที่ผ่านมามีกรณีศึกษาแต่ส่วนใหญ่เป็นค่ายผู้ลี้ภัยขนาดใหญ่และศูนย์พักพิงสากลที่มีความพร้อมโครงสร้างพื้นฐาน จึงยังคงมีช่องว่างสำหรับศูนย์พักพิงชั่วคราว ได้แก่ ไม่มีขั้นตอนดำเนินงาน วัสดุ เครื่องมือสนับสนุนการควบคุมโรคที่ออกแบบมาโดยเฉพาะที่เป็นศูนย์ที่จัดตั้งในวัดซึ่งระบบสุขภาพไม่ได้ออกแบบมารองรับมวลชนจำนวนมาก ไม่มีกลไกระบบประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การเฝ้าระวังโรคเชิงรุก การสอบสวนและควบคุมการระบาดในการจัดการกับโรคไข้หวัดใหญ่ รวมถึงเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ ไม่มีการเตรียมพร้อมสนับสนุนการเรียนรู้ที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติงานได้เพื่อตอบโต้โรคนี้ จึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วน ในการลดช่องว่างของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประสบการณ์ยังน้อยในการตอบโต้เหตุการณ์ในศูนย์พักพิงกรณีสงครามมาก่อน จึงเป็นที่มาของการพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพระบบคัดกรองและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ด้วยการนำแนวทางเฝ้าระวังและสอบสวนทางระบาดวิทยาในศูนย์พักพิงชั่วคราว⁽¹²⁾ มาเป็นหลักคิดสำหรับงานวิจัยนี้ ที่มุ่งพัฒนากิจกรรมเชิงรุกของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ (จพต.) ในพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดป่วย ลดตายในกลุ่มผู้อพยพ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับคนไทยในพื้นที่วิกฤติชายแดนได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อการระบาดในศูนย์พักพิงชั่วคราว ที่ตำบลสะพุง อำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิผลระบบคัดกรอง และควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในศูนย์พักพิงชั่วคราว ที่ตำบลสะพุง อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการเพิ่มประสิทธิผลระบบคัดกรอง และควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในศูนย์พักพิงชั่วคราว ที่ตำบลสะพุง อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) จากการพัฒนางานประจำของกระบวนการดำเนินงานตอบโต้การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ตามภารกิจในพื้นที่เฉพาะประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart⁽¹³⁾ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติงาน (Action: A) การสังเกตผล (Observation: O) และการสะท้อนผล (Reflection: R) ระหว่างวันที่ 8 ธันวาคม 2568 – 9 มกราคม 2569 ดำเนินงาน 4 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์โรคและจัดทำแผนปฏิบัติงาน 2) การปฏิบัติงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น 3) การประเมินผลปฏิบัติงานตามรูปแบบ 4) การถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติงาน

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร เป็นบุคลากรและผู้รับบริการภายใต้การดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ.2558 ในพื้นที่ศูนย์พักพิงชั่วคราวที่รับผิดชอบ ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี (สคร.10) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (สสจ. ศรีสะเกษ) หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่ออำเภอศรีรัตน (CDCU อำเภอศรีรัตน) คณะทำงานประจำศูนย์พักพิง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งปฏิบัติหน้าที่คัดกรองและควบคุมโรคเบื้องต้น 2) ผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ทุกกลุ่มอายุที่อยู่ในศูนย์พักพิงได้รับการตรวจและวินิจฉัยโรค ณ จุดบริการของศูนย์พักพิงชั่วคราว

กลุ่มเป้าหมาย

1. การศึกษาสถานการณ์โรคและจัดทำแผนปฏิบัติงานกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย บุคลากรผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรคระดับในพื้นที่ศูนย์พักพิงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวมทั้งสิ้น 30 คน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขจาก สคร.10 จำนวน 3 คน สสจ.ศรีสะเกษ จำนวน 5 คน และ CDCU อำเภอศรีรัตน จำนวน 5 คน คณะทำงานประจำศูนย์พักพิง จำนวน 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 12 คน

2. การปฏิบัติงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย บุคลากรผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรคระดับในพื้นที่ศูนย์พักพิงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวมทั้งสิ้น 30 คน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขจาก สคร.10 จำนวน 3 คน สสจ.ศรีสะเกษ จำนวน 5 คน และ CDCU อำเภอศรีรัตน จำนวน 5 คน คณะทำงานประจำศูนย์พักพิง จำนวน 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 12 คน

3. การประเมินผลปฏิบัติงานตามรูปแบบ กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่รับบริการตรวจ และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ภายใต้ภารกิจการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยในภาวะเร่งด่วน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ขณะป่วยอาศัยอยู่ในศูนย์พักพิงทั้งหมด 59 คน เกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) ผู้รับบริการที่ตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่จากชุดตรวจวินิจฉัยเร็ว (RDT) และได้รับการวินิจฉัยยืนยันโดยแพทย์ 2) ผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ ที่เข้ารับบริการตามรูปแบบในระบบคัดกรองและควบคุมโรคที่ศูนย์พักพิง 3) ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมครบถ้วนตามกระบวนการวิจัย 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงต้องส่งต่อรักษาไปที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือเสียชีวิต และ 2) ผู้รับบริการที่ย้ายออกจากพื้นที่ศูนย์พักพิงก่อนสิ้นสุดกระบวนการประเมินผล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning: P) วิเคราะห์สถานการณ์การระบาดของโรคในศูนย์พักพิง และจัดทำแผนการปฏิบัติงานในการเพิ่มประสิทธิภาพระบบคัดกรองและควบคุมโรค โดยจัดประชุม กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรระดับวิทยาและควบคุมโรคในศูนย์พักพิงจาก สคร.10 สสจ.ศรีสะเกษ CDCU อำเภอศรีรัตนะ คณะทำงานประจำศูนย์พักพิงอสม. ในการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อการระบาดของโรค ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ตลอดจนทบทวนข้อมูลเอกสารการรักษาผู้ป่วย และการเฝ้าระวังโรคไขหวัดใหญ่ของโรงพยาบาลศรีรัตนะ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action: A) นำข้อมูลจากระยะที่ 1 ร่วมกำหนดรูปแบบกิจกรรม ผู้รับผิดชอบ และนำไปปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยประยุกต์กรอบแนวคิดสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน⁽¹⁴⁾ ผ่าน 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ (1) ด้านบุคลากรและบทบาทหน้าที่ (Staff) มุ่งเน้นพัฒนาสมรรถนะและจัดแบ่งบทบาทหน้าที่พนักงานตามระดับทักษะ โดยมีทีมระดับวิทยาจาก สคร.10 และ สสจ.ศรีสะเกษ เป็นพี่เลี้ยงทางเทคนิค และใช้กระบวนการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน⁽¹⁵⁾ (2) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Stuff) การจัดการทรัพยากรให้พร้อมและเพียงพอต่อการใช้งาน⁽¹⁴⁾ ภายใต้การควบคุมการติดเชื้อ และการทำลายเชื้อตามหลัก Airborne & Droplet Precautions⁽¹⁶⁾ (3) ด้านระบบงาน (System) มีระบบการดำเนินงานชัดเจน มีการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและการรายงานโรคในศูนย์พักพิง⁽¹²⁾ จุดคัดกรองแยกโรคด้วย Acute Respiratory Infection (ARI) Corner⁽¹⁷⁾ ระบบการสอบสวนโรคด้วยระดับวิทยาเชิงพรรณนา⁽¹⁸⁾ รวมถึงระบบจัดการควบคุมการระบาด การสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยสบู่ การแยกกักตัว การจัดการอาคารที่พักให้อากาศถ่ายเท อีกทั้งการทำความสะอาดและกำจัดเชื้อโรคในอาคารที่พัก และห้องน้ำทุกวัน⁽¹⁶⁾

ระยะที่ 3 การสังเกตผล (Observation: O) เป็นขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติตามรูปแบบ

ระยะเวลา 1 สัปดาห์ บุคลากรระดับวิทยา สคร.10 และ สสจ.ศรีสะเกษ ร่วมกันประเมิน 4 ประเด็น ประกอบด้วย (1) สามารถตรวจพบผู้ป่วยใน 7 วัน (2) สามารถแจ้งรายงานและสอบสวนผู้ป่วยใน 1 วัน (3) สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้เบ็ดเสร็จใน 7 วัน⁽¹⁹⁾ (4) สามารถจำกัดวงการแพร่เชื้อได้พบค่าสัมประสิทธิ์การแพร่เชื้อต่ำกว่าระดับวิกฤต ($R_t < 1$)⁽²⁰⁾ เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection: R) เป็นขั้นตอนการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) บุคลากร สคร.10 สสจ.ศรีสะเกษ CDCU ศรีรัตนะ เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ และอสม. ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในศูนย์พักพิง ร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนแนวทางแก้ไขข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือระยะวางแผน เป็นทะเบียนบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคไขหวัดใหญ่ในศูนย์พักพิง
2. เครื่องมือระยะการปฏิบัติ ได้แก่ แบบรายงานโรคและแบบประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมศูนย์พักพิงเพื่อควบคุมโรค⁽¹²⁾ องค์ความรู้ และคู่มือปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไขหวัดใหญ่⁽¹⁷⁾ แบบสอบสวนโรคไขหวัดใหญ่⁽¹⁸⁾ สื่อ Infographic เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่ต้องระวังในศูนย์พักพิงผู้อพยพ⁽²¹⁾ ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานกรมควบคุมโรค นำมาใช้แบบไม่แก้ไขเนื้อหา ในการรักษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ
3. เครื่องมือระยะสังเกตผล เป็นการประเมินเชิงเวลาตามมาตรการ 7-1-7⁽¹⁹⁾ ประเมิน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ระยะเวลาที่ได้ใช้ตรวจจับโรค 2) การรายงานและออกสอบสวนโรค 3) การดำเนินการควบคุมโรค ข้อมูลเพื่อติดตามค่าสัมประสิทธิ์การแพร่เชื้อด้วยแบบบันทึกข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายวัน
4. เครื่องมือระยะสะท้อนผล เป็นกระบวนการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการกิจ (AAR Interview Guide) ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มย่อย ด้วยแบบการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างได้พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน⁽¹⁴⁾ สำหรับใช้สร้าง

คำถามครอบคลุม 3 ประเด็น ได้แก่ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขข้อจำกัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบคัดกรองโรคโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ทุกข้อมีค่าตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป เครื่องมือมาตรฐานของกองระบาดวิทยา ได้แก่ แบบรายงานกลุ่มอาการที่เฝ้าระวัง แบบประเมินความเสี่ยงศูนย์พักพิงองค์ความรู้และคู่มือปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคใช้วัดใหญ่ นิยามโรคและแบบสอบสวนโรคใช้วัดใหญ่ และสื่อ Infographic นำมาใช้โดยไม่มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาใด ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบคัดกรองโรคที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มนักร้องที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 37 คน สอบถามประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อมูลแบบเลือกตอบ ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ อัตราส่วน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูล และหาค่าสัมประสิทธิ์การแพร่เชื้อ (R_t) ด้วยโปรแกรม R ด้วย Package Epiestim

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบการสนทนากลุ่มเชิงกึ่งโครงสร้างโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และนำเสนอข้อมูลด้วยการบรรยายเชิงพรรณนา

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากงานประจำสู่การวิจัย เพื่อตอบได้การระบาดของโรคใช้วัดใหญ่ในศูนย์พักพิงผู้อพยพกรณีสงคราม ด้วยอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 โดยได้รับอนุมัติแผนงานและงบประมาณจากหน่วยงานต้นสังกัด ได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด ดังนี้ 1) การเคารพในบุคคล การคัดกรองและเก็บสิ่งส่งตรวจจากผู้รับ

บริการได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนเพื่อให้เกิดความเข้าใจก่อนดำเนินการทุกครั้ง 2) การรักษาความลับ ที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บเป็นความลับเข้าถึงได้เฉพาะเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเชิงสถิติ 3) การไม่ก่อให้เกิดอันตรายดำเนินการเพื่อประโยชน์การพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน

ผลการวิจัย

1. ผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดการระบาดของโรคใช้วัดใหญ่

สถานการณ์โรคใช้วัดใหญ่ในศูนย์พักพิง มีผู้ป่วยสะสม 28 คน ทุกคนได้เข้ารับการรักษาระบบของโรงพยาบาล อัตราป่วย ร้อยละ 1.98 อัตราส่วนเพศหญิงต่อชาย เท่ากับ 2.11 : 1 ค่ามัธยฐานอายุ 35 ปี (ต่ำสุด 1 ปี 3 เดือน สูงสุด 74 ปี) เป็นผู้อพยพจากอำเภอกันทรลักษ์ ร้อยละ 96.43 เป็นแม่ครัวพักนอกศูนย์ ร้อยละ 3.57 ผู้ป่วยทุกรายมีอาการไข้ ร้อยละ 100.00 รองลงมา ไอ ร้อยละ 85.71 มีน้ำมูก ร้อยละ 60.71 เจ็บคอ ร้อยละ 50.00 ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 46.43 ผลตรวจ RDT ส่วนใหญ่ติดเชื้อไวรัส Influenza A ร้อยละ 74.07 รองลงมาติดเชื้อไวรัส Influenza B ร้อยละ 25.93 แหล่งรับเชื้อพบว่า เริ่มต้นเกิดการติดเชื้อในชุมชน โดยมีกลุ่มก่อนผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) ร้อยละ 25.00 ต่อมาเกิดการติดเชื้อจากการรวมกลุ่มที่มีผู้ป่วย กิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมสนทนากัน ร้อยละ 96.43 ผู้อพยพมารวมตัวกันเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2568 ผู้ป่วยคนแรกเริ่มป่วยเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2568 พบมากที่สุด 13 คน เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2568

ผลประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม มีผู้อพยพพักอาศัยในศูนย์พักพิงจำนวน 1,413 คน สภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการระบาด ได้แก่ การพักอาศัยอย่างแออัดในอาคารเกินความจุที่รองรับ (500 คน) 2.82 เท่า ไม่มีสถานที่เป็นจุดแยกโรค การนอนรวมกันบนเตียงหรือนอนรวมเป็นกลุ่มครอบครัว ระยะน้อยกว่า 1 เมตร น้ำประปาพบคลอรีนอิสระต่ำกว่า 0.2 ppm มีน้ำอุปโภค 12.74 ลิตรต่อคนต่อวัน ซึ่งไม่เพียงพอ น้ำดื่มบรรจุขวด

การกินอาหารรวมกลุ่มเป็นครอบครัว มักใช้ช้อนส่วนตัว ตักในถ้วยแ่งเดียวกัน อ่างล้างมือไม่เพียงพอ พบ 1 จุด ต่ออาคาร ทั้งศูนย์พบทั้งสิ้น 3 จุด ห้องส้วมไม่แยกชาย-หญิง รวมทั้งสิ้น 39 ห้อง อัตรา 1 ต่อ 36 คนต่อวัน ซึ่งไม่เพียงพอและถูกใช้งานอย่างหนาแน่น ไม่มีห้องส้วมแยกสำหรับผู้ป่วย พื้นห้องน้ำเปียกชื้น ใช้ชนร่วมกันเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ แนวทางพัฒนาและแก้ไข ดังนี้ จัดทำแผน และวางระบบการดำเนินงานคัดกรองและควบคุมโรค สนับสนุนคลังความรู้ JIT สำหรับใช้ปฏิบัติงานตอบโต้ การระบาด และสื่อ Infographic เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือเฝ้าระวังป้องกันโรค

2. ผลการพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพระบบ คัดกรอง และควบคุมโรคใช้วัดใหญ่

การร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาการระบาดของโรค ใช้วัดใหญ่ในศูนย์พักพิง สาเหตุหลักเกิดจากการติดเชื้อ ไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A และ B สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็ว ได้แก่ ความแออัดของที่พัก

การสุขาภิบาลไม่เหมาะสม เช่น อ่างล้างมือ ห้องส้วม และ น้ำอุปโภคบริโภคไม่เพียงพอ เกิดแนวความคิดการออกแบบรูปแบบ ตอบโต้การระบาดของโรคภายใต้ S-S-S Model for Influenza Control รวมทั้งสิ้น 7 กิจกรรม ครอบคลุมการพัฒนาคน (Staff) มีวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นและพร้อมใช้งาน (Stuff) และวางระบบปฏิบัติงานที่เฉพาะกับ ศูนย์พักพิง (System) ดังนี้

1) การจัดระบบเฝ้าระวังเชิงรุก สามารถคัดกรอง ผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งสิ้น 1,413 คน ตรวจพบผู้ป่วย ตามนิยาม จำนวน 31 คน ร้อยละ 2.19 ผลวินิจฉัย เบื้องต้นด้วย RDT ติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A และ B ร้อยละ 100.00 ทุกรายได้ดำเนินการตามขั้นตอน สอบสวนโรคและรายงานโรคตามระบบมาตรฐาน มีการแยกกักโรค และประสานส่งต่อเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศรีรัตนะได้ครบถ้วนร้อยละ 100.00 มีการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมต้วงจรเชื้อโรค ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงานรูปแบบ S-S-S Model for Influenza Control

กิจกรรม	เครื่องมือดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ	ช่วงเวลา (ความถี่)	ผลการดำเนินงาน
1. การพัฒนาสมรรถนะ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ ถ่ายทอดองค์ความรู้ ด้วยกระบวนการเรียนรู้ แบบเพื่อนช่วยเพื่อน และแบ่งบทบาทหน้าที่ ตามทักษะให้แก่ CDCU อำเภอศรีรัตนะ เจ้าหน้าที่ศูนย์ และ อสม.	- คู่มือปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรค ใช้วัดใหญ่ - แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง - สื่อ Infographic	สคร.10 สสจ.ศรีสะเกษ	1 ครั้ง ก่อนปฏิบัติ งาน	บุคลากรทีม CDCU อำเภอศรีรัตนะ เจ้าหน้าที่ ศูนย์ และ อสม. ทุกคนมีความเข้าใจในแนวปฏิบัติ และมีทักษะเฉพาะทางที่พร้อมปฏิบัติงาน ร้อยละ 100
2. การสำรวจพื้นที่และ ประเมินความเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมใน ศูนย์พักพิง	แบบประเมิน ความเสี่ยง	CDCU อำเภอ ศรีรัตนะ	ปฏิบัติ 1 ครั้ง	รับรู้และระบุนความเสี่ยงใน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการ แพร่เชื้อในศูนย์พักพิง
3. การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (ACF) ตรวจวัดอุณหภูมิ และสอบถามอาการป่วย ตามนิยามโรค ทุกเรือน นอน	- เครื่องวัดอุณหภูมิ แบบอินฟราเรด - PPE ป้องกันตนเอง	อสม. เจ้าหน้าที่ศูนย์	ปฏิบัติทุกวัน เริ่มปฏิบัติงาน 08.00 น.	ได้วัดอุณหภูมิและ สอบถามอาการ 1,413 คน พบผู้ป่วย 31 คน ร้อยละ 2.19

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงานรูปแบบ S-S-S Model for Influenza Control (ต่อ)

กิจกรรม	เครื่องมือดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ	ช่วงเวลา (ความถี่)	ผลการดำเนินงาน
4. ตรวจจับและวินิจฉัยโรคเบื้องต้น จัดจุด ARI Corner เป็นที่โล่ง ห่างจากเรือนนอน 5 เมตร เป็นจุดซักประวัติและตรวจวินิจฉัยกรณีพบผู้ป่วย	- ชุดตรวจ RDT - แบบคัดกรองโรค - PPE ป้องกันตนเอง	CDCU อำเภอ ศรีรัตนะ สคร.10 สสจ.ศรีสะเกษ	ปฏิบัติทุกวัน เมื่อพบผู้ป่วย	ผู้ป่วย จำนวน 31 คน วินิจฉัยด้วย RDT ให้ผลบวก 31 คน ร้อยละ 100.0
5. การสอบสวนโรคผู้ป่วยที่ตรวจ RDT ให้ผลบวก เป็นรายบุคคล ลงทะเบียน และรายงานข้อมูลโรคให้กับศูนย์ระบาดวิทยาจังหวัดศรีสะเกษ	- แบบสอบสวนโรค - แบบลงทะเบียน - แบบรายงานโรค - สื่อ Infographic - PPE ป้องกันตนเอง	CDCU อำเภอ ศรีรัตนะ สคร.10 สสจ.ศรีสะเกษ	ปฏิบัติทุกวัน เมื่อพบผู้ป่วยที่มีผลบวกต่อเชื้อ Influenza A/B	ได้รับการสอบสวนและให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วย ถูกขึ้นทะเบียน และ รายงานข้อมูลผู้ป่วยที่ RDT ให้ผลบวก จำนวน 31 คน ร้อยละ 100.0
6. การประสานส่งต่อเข้าระบบรักษาโรงพยาบาลศรีรัตนะ และการแยกกักผู้ป่วย ตามวิธีมาตรฐานกรมควบคุมโรค	- ระบบการส่งต่อของโรงพยาบาลศรีรัตนะ - หน้ากากอนามัย และสบู่ล้างมือ	CDCU อำเภอ ศรีรัตนะ อสม. เจ้าหน้าที่ศูนย์	ปฏิบัติทุกวัน เมื่อพบผู้ป่วยที่มีผลบวกต่อเชื้อ Influenza A/B	ได้ประสานส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับรักษา และได้ติดตามการกักตัว ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย จำนวน 31 ราย ร้อยละ 100.0
7. การจัดระบบสุขาภิบาล การทำความสะอาด การทำลายเชื้อโรคตามจุดสัมผัสร่วมในที่พักห้องน้ำ และจัดอาคารให้ระบายอากาศ	- สารละลายโซเดียมไฮโปคลอไรต์ และผงซักฟอก - อุปกรณ์ทำความสะอาด	อสม. เจ้าหน้าที่ศูนย์	ปฏิบัติทุกวัน เริ่มปฏิบัติงาน 14.00 น.	ศูนย์พักพิง ได้รับการปรับปรุงสุขาภิบาลและเปิดหน้าต่างให้อากาศหมุนเวียน

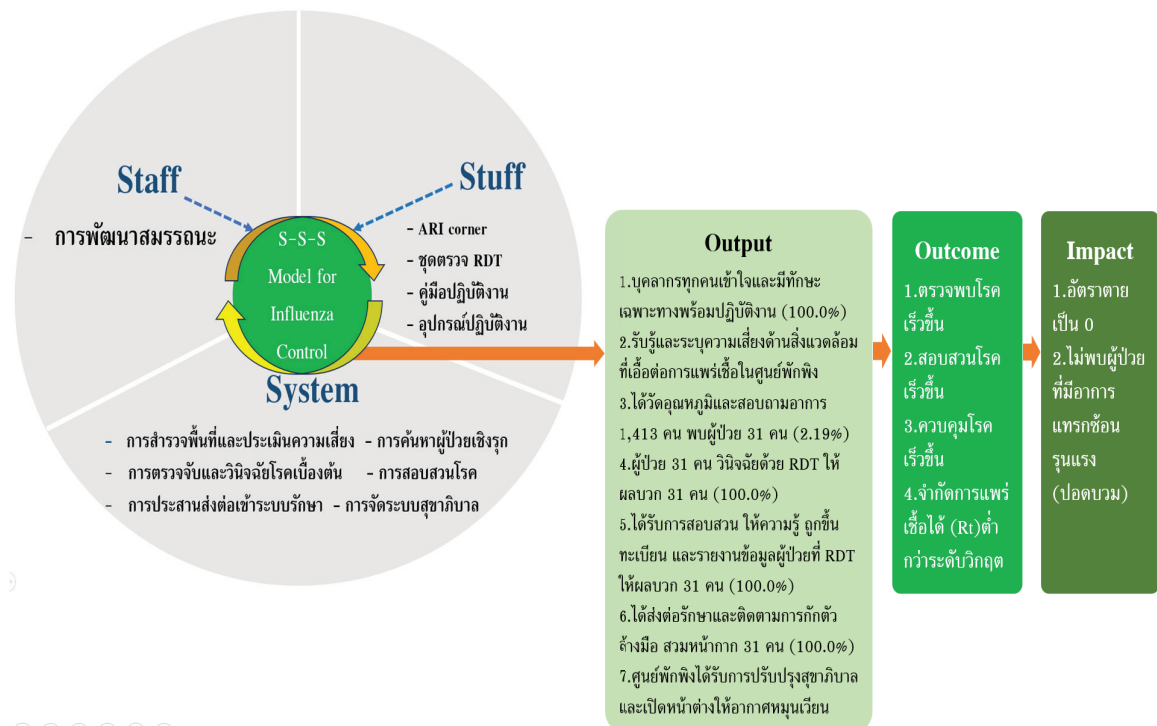
2) การประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบพบว่า สามารถเพิ่มประสิทธิผลระบบ ได้แก่ ตรวจพบโรคได้เร็วขึ้น Median 2 วัน (1-3 วัน) สอบสวนโรคได้เร็วขึ้น Median 1 วัน (1-1 วัน) ควบคุมโรคได้เร็วขึ้น Median 3 วัน (2-4 วัน) และจำกัดวงการแพร่เชื้อได้ (R_t) ต่ำกว่าระดับวิกฤตที่ Median 0.82 (0.59-1.91) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ เปรียบเทียบก่อน-หลังนำรูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพเชิงระบบไปใช้ (n=59)

ประเด็น	ก่อนใช้รูปแบบ Median (Min-Max)	หลังใช้รูปแบบ Median (Min-Max)	ผลลัพธ์
การตรวจจับโรค (วัน)	2 (2 - 4)	2 (1 - 3)	ตรวจพบโรคเร็วขึ้น
การแจ้งรายงานและสอบสวนโรค (วัน)	1 (1 - 6)	1 (1 - 1)	สอบสวนโรคเร็วขึ้น
การควบคุมโรคได้เบ็ดเสร็จ (วัน)	5 (4 - 6)	3 (2 - 4)	ควบคุมโรคเร็วขึ้น
ความสามารถหยุดยั้งการแพร่เชื้อ (R_t)	1.98 (1.04 - 4.12)	0.82 (0.59 - 1.91)	R_t ต่ำกว่าระดับวิกฤต

3) การสะท้อนผล จากการถอดบทเรียน พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้ (1) ผู้ปฏิบัติมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน เกิดทักษะเฉพาะทางและพร้อมทำงานได้ทันที (2) การวินิจฉัยด้วยชุดตรวจ RDT สามารถแยกผู้ติดเชื้อได้อย่างแม่นยำตั้งแต่ระยะเริ่มมีอาการ ส่งผลให้สอบสวนโรคและแยกกักผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น ลดการแพร่เชื้อได้ (3) เปลี่ยนวิธีทำงานด้วยการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (ACF) จัดหาเครื่องมือที่ใช้งานสะดวกและเพียงพอ สามารถคัดกรองโรคครอบคลุม และการจัดตั้ง ARI Corner รองรับการจัดการโรคได้เป็นระบบ ทั้งตรวจวินิจฉัย สอบสวนโรค และดูแลรักษาได้ครบถ้วน

(4) การมีส่วนร่วมแบบจิตอาสาปรับปรุงสุขภาพให้เหมาะสม ปัญหาอุปสรรค พบว่า ความแออัดภายในศูนย์พักพิงทำให้ไม่สามารถจัดโซนแยกกักโรค แก้ปัญหาโดยให้ผู้ป่วยกักตัว 7 วัน แยกใช้สิ่งของ สวมหน้ากาก ล้างมือ กำกับติดตามโดย อสม. และเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฯ อย่างต่อเนื่อง การจัดระบบงานมีความชัดเจน เหมาะสม จำเพาะกับศูนย์พักพิง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพผลตอบได้ การระบาดของโรคใช้พื้นที่ใหญ่ ตรวจจับ สอบสวน ควบคุม แยกกักโรคได้เร็วขึ้น ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง (ปอดบวม) และอัตราการตายเป็น 0 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 S-S-S Model for Influenza Control ที่ศูนย์พักพิง อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ

อภิปรายผล

สถานการณ์และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ จากผลการวิจัยนี้ การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A และ B ในศูนย์พักพิงที่เป็นวัด เกิดขึ้นเป็นกลุ่มก้อนผู้ป่วย มีการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ซึ่งสะท้อนถึงภาวะภูมิคุ้มกันโรคลดลงจนเกิดความไวต่อการรับเชื้อ สาเหตุหลักเกิดจากการติดเชื้อภายในครอบครัว การสัมผัสใกล้ชิด และการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยในสถานที่ปิดก่อนการวินิจฉัย สอดคล้องกับการศึกษาของคณิงนิจ เยื่อโย ที่พบว่า การระบาดของไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด B ของสามเณร ณ วัดแห่งหนึ่ง เกี่ยวข้องกับการขาดภูมิคุ้มกันโรคและทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย⁽²²⁾ โดยปัจจัยแวดล้อมในวัดเอื้อให้เชื้อแพร่กระจายวงกว้างไปทุกอาคาร ได้แก่ การอยู่อาศัยอย่างแออัด ไม่มีอาคารและห้องน้ำสำหรับแยกผู้ป่วย ปริมาณน้ำอุปโภคไม่เพียงพอต่อการล้างมือ น้ำประปาขาดคลอรีนอิสระคงเหลือจำนวนอ่างล้างมือไม่เพียงพอ การใช้งานห้องน้ำหนาแน่น ใช้ชั้นร่วมกัน และพื้นเปียกตลอดเวลาตลอดจนกินอาหารกันเป็นกลุ่ม เป็นความเสี่ยงผ่านการติดเชื้อจากการสัมผัส สอดคล้องกับการศึกษาของ วรชยาณันท์ เลิศพงษ์ชากร ระบุถึงการโดยสารรรับส่งนักเรียนร่วมกับผู้ป่วยซึ่งเป็นพื้นที่จำกัดมีโอกาสติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ได้⁽²³⁾

การพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพระบบคัดกรอง และควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ได้นำวงจรปฏิบัติการ PAOR มาขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ จนเกิดเป็นแผนปฏิบัติการ มี 7 กิจกรรม ประกอบด้วย การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร การประเมินความเสี่ยง การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การจัดตั้ง ARI corner การสอบสวนโรค การส่งต่อเข้ารับรักษาและแยกกักผู้ป่วย รวมถึงการจัดระบบสุขภาพ ผลการวิจัยนี้ (1) ด้านบุคลากร (S-Staff) พบว่าการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน โดยมีผู้เชี่ยวชาญจาก สคร.10 และ สสจ.ศรีสะเกษ เป็นพี่เลี้ยงถ่ายทอดความรู้ช่วยจัดแบ่งหน้าที่ให้ชัดเจนขึ้น ทำให้บุคลากรหน้างานในพื้นที่มีทักษะเฉพาะไปใช้ปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจเมื่อมีข้อติดขัดมีพี่เลี้ยงช่วยแก้ไขได้ทันที

สอดคล้องกับการศึกษาของ Raiyan Y Almaini ระบุถึงโปรแกรมการเรียนรู้แบบ Peer to Peer Coaching ช่วยให้ผู้ปฏิบัติหน้างานเพิ่มศักยภาพตนเองได้รวดเร็ว ทำงานอย่างเชื่อมั่น รู้สึกปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ⁽¹⁵⁾ (2) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (S-Staff) พบว่า ด้วยการแบ่งปันทรัพยากรเพื่อใช้ร่วมกันในทุกระดับมีพร้อมใช้และเพียงพอ โดยเฉพาะนำชุดตรวจ RDT มาใช้คัดกรองโรค ช่วยแยกผู้ติดเชื้อได้รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Jonathan L. Temte ที่ระบุการใช้ Rapid test คัดกรองสามารถตรวจจับโรคไข้หวัดใหญ่ได้รวดเร็วในสถานดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้ยาต้านไวรัสทันทั่วทั้ง⁽²⁴⁾ (3) ด้านระบบงาน (S-System) เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่จำเพาะ ยึดหยุ่นและมีเอกภาพ เริ่มต้นจากประเมินความเสี่ยงให้ได้รับรู้และระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในศูนย์พักพิง และการเฝ้าระวังเชิงรุก ใช้นิยามผู้ป่วยคู่กับใช้เครื่องวัดอุณหภูมิอินฟราเรดค้นหาเชิงรุกในผู้ป่วยพบได้ครอบคลุมทุกเรือนนอน และจัดตั้ง ARI corner ไว้คัดกรองโรคแบบ Verbal คู่กับใช้ RDT ในผู้ป่วยได้เข้าถึงการตรวจวินิจฉัยเร็ว สอบสวนและแยกผู้ป่วยที่ RDT ให้ผลบวก ได้ทันที และใช้สื่อ Infographic มาให้ความรู้ กำกับติดตามให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ และกักตัวอย่างเคร่งครัด โดยต้องรายงานผลปฏิบัติตัวให้เจ้าหน้าที่ทราบผ่านไลน์ในตอนเช้า สอดคล้องกับวิจัยของ Imen Ayouni ที่ระบุถึงการจัดการผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด ทั้งแยกกัก เว้นระยะห่าง สวมหน้ากาก ติดตามมาตรการช่วยบรรเทาการแพร่ระบาดของโรคได้⁽²⁵⁾ และร่วมกับจิตอาสาช่วยกันดูแลความสะอาด ทำลายเชื้อตามพื้นผิวสัมผัสในศูนย์พักพิงตามอาคาร ห้องน้ำ เปิดหน้าต่างให้อากาศไหลเวียน ต่อเนื่องทุกวัน สอดคล้องกับแนวทางกรมอนามัย แนะนำให้แบ่งบริเวณเป็นสัดส่วน ที่พักเน้นลดความแออัด ห้องน้ำดูแลตามหลักสุขาภิบาล น้ำไม่ท่วมขัง⁽²⁶⁾ โดยจุดแข็งของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ พี่เลี้ยงมีความเชี่ยวชาญมาเสริมสร้างศักยภาพผู้ปฏิบัติให้ทำงานอย่างเข้มแข็ง การตรวจจับโรคทำได้เร็วด้วย RDT การใช้ ARI Corner เป็นจุดจัดการผู้ป่วยแบบครบวงจรได้ทันที (ตรวจวินิจฉัย สอบสวน แยกผู้ป่วย) ส่วนจุดอ่อนที่เกิดขึ้นได้แก่ สถานที่คับแคบไม่สามารถจัดเขตแยกโรคได้

และผู้ป่วยเด็กขณะมีอาการยังละลายสมหน้าากอนามัย
ล้างมือ ได้ใกล้ชิดผู้ปกครองและเพื่อน

การประเมินผลรูปแบบ ผลการศึกษาชี้ว่า หลังใช้
รูปแบบได้ผลลัพธ์การปฏิบัติงานที่ดีขึ้น คือ การตรวจพบ
สอบสวน ควบคุมโรค แยกกักผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ซึ่งเป็นผล
โดยตรงจาก Staff มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น Stuff ใช้งานง่าย
ปกป้องผู้ปฏิบัติให้ปลอดภัย และจัดวาง System ช่วยให้
ปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน ลดข้อผิดพลาด ทำงานได้
รวดเร็วขึ้น และสามารถจำกัดการแพร่เชื้อได้นั้น เกิด
ผลกระทบที่ดี ไม่พบการเสียชีวิตและไม่มีการรุนแรง
สอดคล้องกับการศึกษาของชัยนันต์ บุตรกาล ระบุถึง
หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อได้รับการพัฒนาให้มี
ศักยภาพเพิ่มขึ้น สามารถตรวจพบโรค แจ้งรายงาน และ
กำจัดแหล่งแพร่เชื้อโรคแอนแทรกซ์ได้รวดเร็วขึ้น เกิด
ผลกระทบช่วยลดผู้ป่วย ลดการใช้ยาปฏิชีวนะ⁽²⁷⁾

สรุปผล

ผลจากการพัฒนารูปแบบเพิ่มประสิทธิผลระบบ
ด้วย S-S-S model เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญ บุคลากร
หน่วยงานปฏิบัติงานได้คุณภาพ มีเครื่องมือสนับสนุนที่
พร้อมและเพียงพอ เกิดการปรับเปลี่ยนการทำงานตรวจ
จับเร็ว ตอบโต้ทัน และป้องกันการแพร่เชื้อได้ เกิดผล
สำเร็จของการควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรผลักดันรูปแบบที่พัฒนาขึ้นบรรจุลงในแผน
เฉพาะโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza Specific Plan) เขต
สุขภาพที่ 10 โดยกำหนดเป็นกิจกรรมในการกิจการ
ปฏิบัติที่สำคัญระหว่างเกิดเหตุการณ์ ในระดับ Respond
Mode เพื่อการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้
ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอที่ดูแล
ศูนย์พักพิงขนาด 1,001 – 3,000 คน ควรนำเครื่องมือ
และระบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ ระบบการเฝ้าระวังเชิงรุกด้วย

ARI corner และ ACF ที่ใช้แบบคัดกรองโรคคู่กับเครื่อง
วัดอุณหภูมิอินฟราเรดทำให้ค้นหาผู้ป่วยได้ทั่วถึง และมี
RDT ช่วยวินิจฉัยโรคได้เร็ว คัดแยกผู้ป่วยได้ทันที อีกทั้ง
การสร้างเสริมสมรรถนะผู้ปฏิบัติผ่านพี่เลี้ยงถ่ายทอดองค์
ความรู้และฝึกทักษะผ่านเรียนรู้ร่วมกันแบบเพื่อนช่วย
เพื่อน ใช้เหตุการณ์จริงเป็นฐานฝึกปฏิบัติ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติ
มีทักษะเฉพาะทางทำงานอย่างมั่นใจและสามารถบูรณาการ
เข้ากับงานประจำได้

ข้อเสนอแนะเพื่อต่อยอดการศึกษาวิจัย

1) ควรนำไปประยุกต์ใช้เพิ่มประสิทธิผลการคัดกรอง
และควบคุมการระบาดของโรคติดต่อทางการหายใจ
หรือทางละอองน้ำมูก น้ำลาย ในศูนย์พักพิงขนาด
1,001–3,000 คน ที่บริบทใกล้เคียงกัน

2) ควรต่อยอดการพัฒนารูปแบบสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรคและพัฒนารูปแบบระบบการ
จัดการคัดกรองเมื่อแรกรับและแยกกักโรค เพื่อควบคุม
การระบาดโรคไข้หวัดใหญ่ในศูนย์พักพิง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้บริหาร สดร.10 ที่อนุญาตให้ทำ
การศึกษาวิจัย คณะเจ้าหน้าที่ สดร.10 สสจ.ศรีสะเกษ
สสจ.อุบลราชธานี CDCU ศรีรัตนะ CDCU เดชอุดม
รวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้นำชุมชนอสม.ที่รับผิดชอบศูนย์พักพิง
อำเภอศรีรัตนะ และศูนย์พักพิงอำเภอเดชอุดม ที่
สนับสนุนให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมประชาสัมพันธ์. บันทึกเหตุการณ์พิพาทบริเวณ
ชายแดนไทย-กัมพูชา วันที่ 19 กันยายน 2568
[อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 16 เม.ย. 2569].
เข้าถึงได้จาก: [https://www.prd.go.th/th/content/
category/detail/id/3219/iid/425010](https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/3219/iid/425010).

2. กรมประชาสัมพันธ์. ศูนย์ปฏิบัติการพื้นที่กองทัพบกที่ 2 สรุปสถานการณ์ตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา 7 ธันวาคม 2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 16 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/3219/iid/451703>.
3. กรมประชาสัมพันธ์. สถานการณ์และการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข วันที่ 27 ธันวาคม 2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/33/iid/459843>.
4. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลศูนย์พักพิงชั่วคราว [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://visitcare.moph.go.th/shelter/>.
5. กองระบาดวิทยา. รายงานสถานการณ์โรค ที่ต้องเฝ้าระวัง (สำหรับเจ้าหน้าที่) [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/ddss/>.
6. กรมควบคุมโรค. ไข้หวัดใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=13.
7. Phiriyasart F, Jitmanee M, Sukhum L, Phuntara S, Juthong H, Panpa P, et al. Risk Factors Associated with an Influenza B Outbreak due to Inefficient Screening in a Prison in Thailand. OSIR 2024;17(2):62–9. doi: 10.59096/osir.v17i2.265960.
8. วันฉัตร เสาวงค์, นพรัตน์ คำใจ, กานดา อ่อนมาก, ชูสกุล พิริยะ, นัฐพนธ์ เอกรักษ์รุ่งเรือง. การสอบสวนโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด เอ และ บี ในศูนย์พักพิงผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2568; 56(12):e5845. doi: 10.59096/wesr.v56i12.5845.
9. กองระบาดวิทยา. การระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคไข้หวัดใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th/doc/journal_detail.php?publish=7292.
10. ปภานิจ สวงโท, ดารินทร์ อารีย์โชคชัย. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อกลุ่มโรคที่ต้องรายงานภายใน 24 ชั่วโมงในศูนย์พักพิงชั่วคราว บ้านต้นยาง บ้านแม่สุริน และบ้านใหม่ในสอย. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2555; 9(9):129–33.
11. กรมอนามัย. หลัก 4S สำหรับการจัดการศูนย์พักพิงชั่วคราวจากกรณีภาวะฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/info757_emergency_1.
12. กองระบาดวิทยา. แนวทางเฝ้าระวังและสอบสวนทางระบาดวิทยา กรณีอุทกภัย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/doe/pagecontent.php?page=784&dept=doe>.
13. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
14. กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน. กรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2566–2570. 2567. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2567.
15. Almaini RY, Alkharashi NM, Alshalhoub MZ, Almutairi AF, Alfadhliah AB, Almatroudi ZA. Impact of a peer-to-peer coaching program on emergency medicine residents: a pre-post intervention study. BMC Med Educ 2025;25(1):1427. doi: 10.1186/s12909-025-08046-1.

16. สถาบันบำราศนราดูร. หลักการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2569 [เข้าถึงเมื่อ 4 ก.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/Poster01.pdf>.
17. กองระบาดวิทยา. คลังความรู้สำหรับทีม JIT [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 25 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://sites.google.com/view/jit-ddc?usp=sharing>.
18. กองระบาดวิทยา. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. 2563. กรุงเทพฯ: แคนนากราฟฟิกส์; 2563.
19. Frieden TR, Christopher TL, Bocher AF, Buissonniere M, McClelland A. 7-1-7: an organising principle, target, and accountability metric to make the world safer from pandemics. *The Lancet* 2021;398(10300):638-40. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01250-2.
20. Lee Y, Lee DH, Kwon HD, Kim C, Lee J. Estimation of the reproduction number of influenza A(H1N1)pdm09 in South Korea using heterogeneous models. *BMC Infect Dis* 2021;21: 658. doi: 10.1186/s12879-021-06121-8.
21. กองระบาดวิทยา. โรคและภัยสุขภาพที่ต้องระวังและการป้องกันในศูนย์พักพิงผู้ป่วย [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 25 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th/oabc/journal_detail.php?publish=17674.
22. คณินิจ เยื่อใย, วรยศ ดาราสว่าง, รุ่งกานต์ แสงศรี, ศันสนีย์ วงศ์ม้วย, ปริญดา วัฒนศรี, กันทิลา ทวีวิทยการ. การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด B ในวัดแห่งหนึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ เดือนกันยายน 2560. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2564;52(41):589-97.
23. วรชยาพันธ์ เลิศพงษ์ชากร, ปิยะนุช อาจกล้า. การสอบสวนการระบาดโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A สายพันธุ์ H1N1 ในโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่ง ตำบลสำโรง อำเภอนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1-25 กุมภาพันธ์ 2568. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2568; 56(9):e5437. doi: 10.59096/wesr.v56i9.5437
24. Temte JL, Checovich MM, Barlow S, Shult PA, Reisdorf E, Haupt TE, et al. Rapid Detection of Influenza Outbreak in Long-Term Care Facilities Reduces Emergency Room Visits and Hospitalization: A Randomized Trial. *J Am Med Dir Assoc* 2023;24(12):1904-09. doi: 10.1016/j.jamda.2023.05.035
25. Ayouni I, Maatoug J, Dhoubi W, Zammit N, Fredj SB, Ghamman R, et al. Effective public health measure to mitigate the spread of COVID-19: a systematic review. *BMC Public Health* 2021; 21(1015):1-14. doi: 10.1186/s12889-021-11111-1.
26. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. การสุขาภิบาลที่פקอาศัยในศูนย์พักพิงชั่วคราว [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/info1257_toilet_14/.
27. ชัยนันต์ บุตรกาล, สำรวย ศรศรี. การพัฒนารูปแบบเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบเพื่อปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรคแอนแทรกซ์ของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อที่ถ่ายโอนภารกิจ ในพื้นที่ชายแดนเขตสุขภาพที่ 10 พ.ศ.2568. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2569; 11(1):736-46.