ผลของรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม จังหวัดขอนแก่น

Results of a Surveillance and Control Model for Community-Acquired Pneumonia Among High-Risk Groups Supported by Social Support Mechanisms in Khon Kaen Province

*จักรสันต์ เลยหยุด ปร.ด. (การพัฒนาสุขภาพชุมชน)**
*นางวราภรณ์ นาทัน พย.บ.***
*อานนท์ สีหาลุน วท.บ. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)**

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*
*** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงหวาน*

*Jugsun Loeiyood Ph.D. (Community Health Development) **
*Waraporn Natan B.N.S.***
*Anont Sihalun B.Sc. (Environmental Health) **

** Khon Kaen Provincial Health Office*
*** Muang Wan Health Promoting Hospital*

Received: July 6, 2026
Revised: August 18, 2026
Accepted: August 19, 2026

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ขั้นตอนการศึกษา ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาโดยสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง 21 คน และพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 2 ทดลองใช้รูปแบบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 9 แห่ง เก็บข้อมูล กลุ่มเสี่ยง 49 คน และ อสม. 73 คน และปรับปรุงรูปแบบ ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปใช้ใน รพ.สต. 52 แห่ง แล้วประเมินความพึงพอใจ กลุ่มเสี่ยงโรคปอดอักเสบ 221 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 256 คน ประเมินอัตราป่วยโดยเก็บข้อมูลการป่วย จาก HDC และถอดบทเรียน กลุ่มตัวอย่าง 30 คน เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้ มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) 0.78 แบบสอบถาม ทัศนคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจ ความเชื่อมั่น 0.84, 0.88 และ 0.80 และแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการป่วย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อัตราป่วย เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ด้วยสถิติ Paired t-test และ เปรียบเทียบอัตราป่วยด้วยสถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและผู้ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ เยี่ยมบ้านคัดกรองกลุ่มเสี่ยง จำแนกกลุ่ม ปกติ ป่วยไม่รุนแรงและป่วยรุนแรง คืนข้อมูลและสื่อสารความเสี่ยง จัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย อสม. มีความรู้สูงขึ้น 1.13 (95%CI: 1.05-1.20, p-value <0.001) ทัศนคติ สูงขึ้น 1.14 (95%CI: 1.05-1.23, p-value <0.001) และพฤติกรรม สูงขึ้น 1.17 (95%CI: 1.08-1.26, p-value <0.001) กลุ่มเสี่ยงความรู้ สูงขึ้น 1.54 (95%CI: 1.36-1.72, p-value <0.001) ทัศนคติ สูงขึ้น 0.92 (95%CI: 0.61-0.95, p-value <0.001) และพฤติกรรม สูงขึ้น 1.06 (95%CI: 0.92-1.20, p-value <0.001) ผลลัพธ์พบว่าอัตราป่วยรายใหม่ลดลงจาก

Corresponding Author: จักรสันต์ เลยหยุด *E-mail: loeiyoodj@gmail.com*

ร้อยละ 0.74 เป็น 0.62 เมื่อเปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกัน ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบของกลุ่มเสี่ยงและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อยู่ในระดับปานกลาง

คำสำคัญ: รูปแบบ การเฝ้าระวังและควบคุมโรค ปอดอักเสบ ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a community-based surveillance and control model for pneumonia among high-risk groups, utilizing social support factors. The study was conducted in three phases. Phase 1 involved problem identification through focus group discussions with a sample of 21 participants, followed by model development. Phase 2 involved a pilot implementation of the model at 9 Tambon Health Promoting Hospitals (THPHs), with data collected from 49 high-risk individuals and 73 Village Health Volunteers (VHVs), followed by model refinement. Phase 3 involved implementing the model at 52 THPHs, followed by satisfaction evaluation among 221 individuals in the pneumonia risk group and 256 stakeholders; morbidity rate evaluation using illness data obtained from the Health Data Center (HDC); and lesson-learning synthesis with a sample of 30 participants. The data collection instruments included a knowledge questionnaire (KR-20 reliability coefficient = 0.78), attitude, practice, and satisfaction questionnaires (reliability coefficients of 0.84, 0.88, and 0.80, respectively), and an illness data collection form. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and morbidity rate. Mean scores were compared using the paired t-test, and morbidity rates were compared using the chi-square test.

The results showed that the developed model comprised the following components: establishing a registry of high-risk individuals and influenza-vaccinated persons; conducting home visits to screen high-risk individuals; classifying individuals into normal, mild illness, and severe illness groups; providing data feedback and risk communication; and managing the community environment. The sample's mean scores after model implementation were significantly higher than before implementation. Among VHVs, knowledge scores increased by 1.13 (95% CI: 1.05-1.20, p-value <0.001), attitude scores increased by 1.14 (95% CI: 1.05-1.23, p-value <0.001), and practice scores increased by 1.17 (95% CI: 1.08-1.26, p-value <0.001). Among the high-risk group, knowledge scores increased by 1.54 (95% CI: 1.36-1.72, p-value <0.001), attitude scores increased by 0.92 (95% CI: 0.61-0.95, p-value < 0.001), and practice scores increased by 1.06 (95% CI: 0.92-1.20, p-value <0.001). The results also showed that the new-case morbidity rate decreased from 0.74% to 0.62% when compared over the same period. Satisfaction with the model among the high-risk group and stakeholders was at a moderate level.

Keywords: Model, Disease surveillance and control, Pneumonia, Social support mechanisms

บทนำ

สถานการณ์โรคปอดอักเสบในชุมชน (Community-acquired pneumonia: CAP) ภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลกพบอัตราการเกิดโรครายใหม่ 1.50–4.00 รายต่อประชากรพันคนต่อปี กระจายตามภูมิศาสตร์ ฤดูกาล และคุณลักษณะของประชากร[1] สถานการณ์ความรุนแรงพบผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบในผู้ใหญ่ 2.5 ล้านคน และเด็กเสียชีวิต 672,000 คน มีการศึกษาภาระโรคด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ในปี 2019 พบว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาระโรค (Leading causes of disease burden) ในปี 2021 สูญเสียปีสุขภาวะ 82.50 (72.90-93.20) ล้านปี เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดภาระโรคอันดับ 1-5 ของการเจ็บป่วย[2]

สถานการณ์โรคปอดอักเสบในชุมชน ประเทศไทย ปี 2563-2567 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมีอัตราป่วย 301.42, 251.47, 360.60, 458.02 และ 639.61 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ[3] สำหรับในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น พบว่า อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ปี 2563-2567 มีอัตราป่วย 568.27, 448.16, 590.83, 761.88 และ 677.74 ต่อแสนประชากร นอกจากนั้นโรคปอดอักเสบยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดขอนแก่น ในปี 2563-2567 โดยในปี 2567 พบอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ประกอบด้วย ซำสูง 2,004.96 หนองเรือ 1,302.22 อุบลรัตน์ 1,255.87 พระยืน 955.66 และน้ำพอง 731.91 ต่อแสนประชากร จึงกำหนดเข็มมุ่งในการจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทสภาพปัญหา[4]

การแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน อสม. ปฏิบัติงานภายใต้แนวคิดการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นด้านการป้องกันและควบคุมโรค ดำเนินงานเชิงรุกเพื่อลดความเสี่ยงและอัตราการเกิดโรคต่าง ๆ ในชุมชน[5] จังหวัดขอนแก่นแก้ไขปัญหาโรคปอดอักเสบในชุมชนด้วยกระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน มีการให้สุขศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม รวมถึงสำรวจรายชื่อประชาชนที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่และลดภาวะแทรกซ้อนป้องกันโรคปอดอักเสบในชุมชน

การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนพึ่งตนเองในการจัดการภาวะสุขภาพในระยะยาวให้ยั่งยืน สิ่งสำคัญคือการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชนได้อย่างเหมาะสม เน้นการมีส่วนร่วมตามบริบทของชุมชนและการช่วยเหลือเกื้อกูลในสังคม[6] โดยปัจจัยสนับสนุนทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของประชาชน 1) ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 2) การช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการ ช่วยเหลือกันในครอบครัวและระหว่างเพื่อนบ้าน 3) การร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในชุมชน การดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น[7] ทั้งนี้ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การสนับสนุนด้านจิตใจ ทรัพยากร หรือข้อมูลข่าวสารที่บุคคลได้รับจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพ คือ สภาพการณ์ หรือพฤติกรรมโดยตรง ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคล

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาโรคปอดอักเสบ พบว่ามีการศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลและพัฒนาแนวทางรักษาโรคปอดอักเสบในระดับโรงพยาบาล มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลและการใช้แนวทาง คู่มือ และกระบวนการปฏิบัติตามมาตรฐาน (CPG) ในสถานพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าการยกระดับสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับแนวทางดูแลที่เหมาะสมและทันสมัย สามารถลดภาวะหายใจล้มเหลว การติดเชื้อในกระแสเลือด และอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยปอดอักเสบได้อย่างมีนัยสำคัญ[8-10] นอกจากนั้นยังมีการศึกษาคัดกรองเชิงรุกและการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อในระดับชุมชน โดย อสม. และแกนนำชุมชนช่วยเพิ่มอัตราการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ ลดความล่าช้าในการเข้าสู่กระบวนการรักษา และลดอัตราการเจ็บป่วยในภาพรวมของชุมชนได้ดีกว่าการตั้งรับในสถานพยาบาล[11,12] รวมถึงมีการศึกษาปัจจัยสนับสนุนทางสังคมและการสื่อสารความเสี่ยงในชุมชน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและด้านอารมณ์ จาก อสม. และครอบครัวเป็นตัวกลางสำคัญที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจากชุมชนจะช่วยให้เข้าถึงการรักษาได้อย่างมีประสิทธิผล[13,14]

จากผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการป้องกันและรักษาโรคปอดอักเสบภายในโรงพยาบาล โดยใช้บุคลากรวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินงานหลักแต่ยังขาดรูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคในระดับชุมชนที่มุ่งให้ชุมชนพึ่งพาตนเอง รวมถึงยังขาดการนำแนวคิดปัจจัยสนับสนุนทางสังคม 4 มิติ ได้แก่ 1) ข้อมูล 2) อารมณ์ 3) สิ่งของ 4) บริการและการประเมิน ให้ประชาชนช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันในชุมชน รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เข้าสู่กระบวนการรักษาในสถานพยาบาลล่าช้า

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นการศึกษาโดยการเปลี่ยนผ่านจากการตั้งรับในโรงพยาบาลสู่การสร้างรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคเชิงรุกในชุมชน ด้วยกลไก อสม. ผู้นำชุมชน และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ในการยกระดับความรู้และพฤติกรรมของคนในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรค อัตราป่วยปอดอักเสบ และความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง
4. เพื่อถอดบทเรียน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และโอกาสพัฒนาของรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบในชุมชน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) ศึกษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นทั้ง 26 อำเภอ ระยะเวลา พฤษภาคม 2568 – มิถุนายน 2569 ขั้นตอนดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้ 1) ศึกษาปัญหาและพัฒนารูปแบบ 2) ตรวจสอบประสิทธิผลและปรับปรุงรูปแบบ 3) นำรูปแบบขยายผลในประชากร

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ประชากร กลุ่มเป้าหมาย และการรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและพัฒนารูปแบบ (Research 1: R1 and Development : D1) เดือนพฤษภาคม– สิงหาคม 2568 ทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการเฝ้าระวังโรคและควบคุมโรคปอดอักเสบในชุมชน ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของกลุ่มเสี่ยงโรคปอดอักเสบ (R1) คัดเลือกพื้นที่อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับ เลือก รพ.สต.ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา 10 แห่ง โดยการสนทนากลุ่ม ด้วยแนวคำถามแบบมีโครงสร้างที่ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมของประเด็น ภาษา และลำดับข้อคำถาม แล้วปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ สนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ รพ.สต.ม่วงหวาน 15 หมู่บ้าน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน กรรมการหมู่บ้าน อสม. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล พระภิกษุ ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กครูอนามัยโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 21 คน ที่ปฏิบัติงานในชุมชน ด้านสังคม คุณภาพชีวิต สาธารณสุข ไม่น้อยกว่า 12 เดือน มีบทบาทสนับสนุนกิจกรรมในชุมชนและยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยนำข้อมูลไปพัฒนาต้นแบบ (D1) ด้วยกระบวนการ AIC ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ รพ.สต.ม่วงหวาน 15 หมู่บ้าน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน กรรมการหมู่บ้าน อสม. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล พระภิกษุ ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กครูอนามัยโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 21 คน จัดทำแผนแก้ไขปัญหา จัดโครงสร้างการบริหารจัดการในชุมชน ออกแบบรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรค จัดการระบบข้อมูล สร้างเครื่องมือ จัดทำสื่อความรู้ และแบบประเมินความเสี่ยง โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ให้ข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 2 ตรวจสอบประสิทธิผลและปรับปรุงรูปแบบ (Research 2: R2 and Development: D2) เดือนกันยายน-ธันวาคม 2568 นำต้นแบบที่ได้จาก D1 ไปทดลองในพื้นที่ รพ.สต. 9 แห่ง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประเมินประสิทธิผล ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ เก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง กรณีเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสำหรับประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน[15] อายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยินยอมเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคปอดอักเสบ จำนวน 49 คน ตัวแทน อสม. จำนวน 73 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้จาก R2 ไปปรับปรุงแก้ไขต้นแบบ (D2) แบบสอบถามประกอบด้วย การประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ดังนี้

แบบสอบถามความรู้ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ และ ประเมินความรู้ 5 ด้าน 25 ข้อ ลักษณะคำถาม-คำตอบเป็นแบบถูก-ผิด ด้านการเกิดโรค ด้านอาการโรคปอดอักเสบ ด้านสาเหตุการเกิดโรค ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันโรค วิเคราะห์ค่า IOC = 0.81 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนอกพื้นที่เป้าหมายทำการศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยง KR-20=0.78

แบบสอบถามทัศนคติ ข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ ทัศนคติ 3 ด้าน รวม 15 ข้อ ลักษณะคำถามคำตอบ 5 ระดับ แบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ประกอบด้วย ด้านการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ด้านการเฝ้าระวังและควบคุมโรค ด้านความรับผิดชอบต่อสังคมและส่วนรวม วิเคราะห์ค่า IOC = 0.84 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนอกพื้นที่เป้าหมายทำการศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.84 แบบสอบถามพฤติกรรม 7 ด้าน 28 ข้อ ลักษณะเลือกตอบคำตอบ 5 ระดับ แบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ด้านสำรวจกลุ่มเสี่ยง ด้านการประเมินสงสัยปอดอักเสบ ด้านการเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล ด้านการคืนข้อมูลให้ชุมชน ด้านการควบคุมกลุ่มสุขภาพดี ด้านการควบคุมกลุ่มอาการไม่รุนแรง และด้านการควบคุมกลุ่มอาการรุนแรง วิเคราะห์ค่า IOC = 0.85 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนอกพื้นที่เป้าหมายทำการศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.88

ระยะที่ 3 นำรูปแบบขยายผลในประชากร ปรับปรุงต้นแบบและติดตามผล (Research3: R3 and Development: D3) มกราคม-มิถุนายน 2569 นำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปดำเนินการในพื้นที่คัดเลือกจากอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก แล้วคัดเลือก รพ.สต. ที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินการ อำเภอละ 2 แห่ง รวม 52 แห่ง ประเมินความพึงพอใจด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจ 5 ด้าน 25 ข้อ ด้านการสื่อสารความเสี่ยง ด้านการป้องกันโรค ด้านการเฝ้าระวังโรค ด้านการควบคุมโรค และด้านการส่งต่อผู้ป่วย วิเคราะห์ค่า IOC = 0.87 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นอกพื้นที่เป้าหมายทำการศึกษา วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.80 เก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย คำนวณจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยกรณีที่ทราบจำนวนประชากร[15] เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคปอดอักเสบ 221 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 256 คน และประเมินอัตราป่วยโรคปอดอักเสบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยปอดอักเสบจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล เพศ อายุ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ประเภท กลุ่มเสี่ยง วันที่วินิจฉัย รหัส ICD-10 การแปลผลคะแนน โดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ[16] สูง ปานกลาง ต่ำ และการถอดบทเรียนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระดับชุมชน ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และผู้เชี่ยวชาญ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ สภาพปัญหา วิเคราะห์ด้วยการจำแนกประเภทข้อมูลเป็นหมวดหมู่ ตามลักษณะของข้อมูลนั้น ๆ ที่มีอยู่ร่วมกันและ จำแนกเปรียบเทียบส่วนแตกต่างข้อมูลแล้วตีความและสรุปผล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบอัตราป่วยด้วยสถิติ Chi-square test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูลโดยกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและถอนตัวได้ตลอดระยะดำเนินการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การเข้าถึงข้อมูลการแพทย์และสุขภาพได้รับอนุญาตด้วยบัญชีการใช้งานเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มเป้าหมาย และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ REC 055/2568

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยง จังหวัดขอนแก่น (R1)

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จำนวน 21 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 มีอายุเฉลี่ย 41.86 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.88 ปี ด้านการศึกษา พบว่า สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 52.38 รองลงมาเป็นระดับปริญญาตรี ร้อยละ 28.57 ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 47.62 ผลการทบทวนแนวทางการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชน พบว่า ได้ดำเนินการสำรวจรายชื่อประชาชนเพื่อรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่โดย อสม. เป็นผู้สำรวจส่งรายชื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ได้ดำเนินการเฝ้าระวังสังเกตอาการผู้ที่มีความเสี่ยงโรคปอดอักเสบ รวมถึงไม่ทราบว่าโรคปอดอักเสบมีผลกระทบทำให้เสียชีวิตเป็นอันดับ 1 สรุปปัญหาในการดำเนินงานที่ผ่านมา อสม. ผู้นำชุมชน ยังขาดความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในมิติทางสังคม การช่วยเหลือกันในครอบครัว ในชุมชน และหน่วยงานภาครัฐให้การช่วยเหลือ ชุมชนยังไม่มีข้อมูลสารสนเทศที่เพียงพอในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบ เช่น ทะเบียนกลุ่มเสี่ยง ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับวัคซีน ทะเบียนกลุ่มป่วย ยังขาดช่องทางสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพ รวมถึงยังขาดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนไปหน่วยบริการสาธารณสุขส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้ามีโรคแทรกซ้อน

2. พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม (D1)

รูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบประกอบด้วยการจัดทำแผนปฏิบัติในชุมชน 4 ด้าน 1) อบรม อสม. และผู้นำชุมชนในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค 2) พัฒนาข้อมูลสารสนเทศ การเฝ้าระวังและควบคุมโรค 3) พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพ 4) พัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยบริการสาธารณสุข มีกระบวนการปฏิบัติงาน 3 ด้าน (1) การเฝ้าระวัง สำรวจกลุ่มเสี่ยง จัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยง เยี่ยมบ้านและคัดกรอง จำแนกกลุ่มสุขภาพดี เจ็บป่วยไม่รุนแรง เจ็บป่วยรุนแรง และรายงานข้อมูลไปยังหน่วยบริการสาธารณสุข และคืนข้อมูลสถานการณ์โรคให้ชุมชน (2) การควบคุมโรคกลุ่มปกติด้วยการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มป่วยไม่รุนแรง สังเกตอาการ ดูแลรักษา ด้วยตนเอง และสำหรับกลุ่มป่วยรุนแรงส่งต่อไปรับการรักษาที่หน่วยบริการสาธารณสุข (3) การควบคุมกำกับและประเมินผลเป็นระยะ

3. ประเมินผลของรูปแบบต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรค อัตราป่วยปอดอักเสบ และความพึงพอใจต่อรูปแบบ

3.1 ผลของรูปแบบ (R1) พบว่า อสม. จำนวน 73 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.16 อายุเฉลี่ย 54.97 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.75 ปี สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.01 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 67.12 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องปอดอักเสบ หลังดำเนินการ เพิ่มขึ้น 1.13 (95%CI: 1.05–1.20, p-value <0.001) คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อโรคปอดอักเสบหลังดำเนินการ เพิ่มขึ้น 1.14 (95%CI: 1.05–1.23, p-value <0.001) พฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบหลังการดำเนินการ เพิ่มขึ้น 1.17 (95%CI: 1.08–1.26, p-value <0.001) คะแนนเฉลี่ยทุกด้านหลังการดำเนินการเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบของ อสม. (n=73)

คะแนนรายด้าน	Mean	S.D.	$\bar{D}$	95%CI	t	p-value
ความรู้ก่อนดำเนินการ	2.61	0.43	1.13	1.05-1.20	29.63	<0.001
ความรู้หลังดำเนินการ	3.74	0.40				
ทัศนคติก่อนดำเนินการ	2.18	0.26	1.14	1.05-1.23	25.26	<0.001
ทัศนคติหลังดำเนินการ	3.32	0.39				
พฤติกรรมก่อนดำเนินการ	2.06	0.30	1.17	1.08-1.26	26.36	<0.001
พฤติกรรมหลังดำเนินการ	3.22	0.98				

กลุ่มเสี่ยงปอดอักเสบ จำนวน 49 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 48.98 มีอายุเฉลี่ย 41.43 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.32 ปี สำเร็จการศึกษามัธยมตอนปลาย/ปวช. เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 30.61 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 26.53 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องปอดอักเสบหลังดำเนินการ เพิ่มขึ้น 1.54 (95%CI: 1.36-1.72, p-value <0.001) ทัศนคติต่อโรคปอดอักเสบหลังดำเนินการ เพิ่มขึ้น 0.92 (95%CI: 0.61-0.95, p-value <0.001) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบหลังดำเนินการ เพิ่มขึ้น 1.06 (95%CI: 0.92-1.20, p-value <0.001) คะแนนเฉลี่ยทุกด้านหลังดำเนินการเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบของกลุ่มเสี่ยง (n=49)

คะแนนรายด้าน	Mean	S.D.	$\bar{D}$	95% CI	t	p-value
ความรู้ก่อนดำเนินการ	2.03	0.43	1.54	1.36-1.72	17.43	<0.001
ความรู้หลังดำเนินการ	3.57	0.47				
ทัศนคติก่อนดำเนินการ	2.20	0.28	0.92	0.61-0.95	10.46	<0.001
ทัศนคติหลังดำเนินการ	3.12	0.41				
พฤติกรรมก่อนดำเนินการ	1.95	0.45	1.06	0.92-1.20	15.12	<0.001
พฤติกรรมหลังดำเนินการ	3.01	0.39				

3.2 การเปรียบเทียบอัตราป่วยด้วยปอดอักเสบก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการของ รพ.สต. 52 แห่งที่ใช้รูปแบบ (R3) หลังดำเนินการ พบว่า อัตราป่วยด้วยปอดอักเสบของกลุ่มเสี่ยงในช่วงเวลาทำการศึกษาเปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกันปี 2568 อัตราป่วยรายใหม่ลดลงจากร้อยละ 0.74 เหลือ ร้อยละ 0.62 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบไคสแควร์อัตราป่วยรายใหม่ด้วยปอดอักเสบของกลุ่มเสี่ยงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ

ช่วงเวลา	ป่วย	ไม่ป่วย	รวม	χ^2	p-value
ก่อนดำเนินการ	668 (0.74%)	89,315 (99.26%)	89,983 (100%)	10.66	<0.001
หลังดำเนินการ	574 (0.62%)	92,456 (99.38%)	93,030 (100%)		
รวม	1,242 (0.68%)	181,771 (99.32%)	183,013 (100%)		

กลุ่มเสี่ยงโรคปอดอักเสบจำนวน 221 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.30 มีอายุเฉลี่ย 41.48 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.44 ปี สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.94 ส่วนประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 26.24 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงปอดอักเสบต่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.06, S.D.=0.33)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 256 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.91 มีอายุเฉลี่ย 50.13 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.04 ปี สำเร็จการศึกษาประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.42 ส่วนประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 42.58 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนต่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.02, S.D.=0.38)

4. ถอดบทเรียน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และโอกาสพัฒนาของรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 มีอายุเฉลี่ย 42.63 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.94 ปี สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 33.33 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การเยี่ยมบ้านและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงปอดอักเสบ การสื่อสารความเสี่ยงในชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มปกติ โอกาสพัฒนา คือ การดูแลรักษาและสังเกตอาการกลุ่มป่วยไม่รุนแรง รวมถึงการส่งต่อกลุ่มป่วยรุนแรงจากชุมชนไปยังสถานบริการสาธารณสุข

สรุปและวิจารณ์ผล

การเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบก่อนพัฒนา อสม. และผู้นำชุมชนขาดความรู้และทักษะในการคัดกรองจำแนกกลุ่มเสี่ยง ขาดระบบสารสนเทศเฝ้าระวังและควบคุมโรค ทะเบียนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ขาดการสื่อสารความเสี่ยงและไม่มีระบบส่งต่อผู้ป่วยปอดอักเสบจากชุมชน

รูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบโดยใช้ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยแผนปฏิบัติ 4 ด้านสำคัญ 1) การอบรม อสม. และผู้นำชุมชน ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบ 2) การพัฒนาระบบสารสนเทศในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบ 3) การพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยง 4) การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชน

การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ส่งผลให้ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคของ อสม. และกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น อัตราป่วยรายใหม่ลดลง รวมถึงกลุ่มเสี่ยงและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การเยี่ยมบ้านคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การสื่อสารความเสี่ยงในชุมชนอย่างต่อเนื่องและโอกาสพัฒนา การคัดกรอง การสังเกตอาการกลุ่มป่วยไม่รุนแรงและการส่งต่อผู้ป่วยอาการรุนแรงจากชุมชนไปยังสถานบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การใช้แนวคิดปัจจัยสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคในระดับชุมชน สามารถแก้ปัญหาช่องว่างการทำงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในระยะก่อนพัฒนา

(R1) พบว่า ชุมชนขาดโครงสร้างการจัดระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังและควบคุมโรคปอดอักเสบในชุมชน อสม. ขาดทักษะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และขาดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนไปยังหน่วยบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระบุว่า ระบบเฝ้าระวังโรคในระดับชุมชนประสบปัญหาขาดการเชื่อมโยงข้อมูลและการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้การเข้าถึงการรักษามีความล่าช้า[17]

การนำแผนปฏิบัติไปดำเนินการในช่วงการพัฒนารูปแบบ (D1) ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย การอบรม อสม. การจัดการสารสนเทศ การสื่อสารความเสี่ยง และการจัดระบบส่งต่อในชุมชน พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคของ อสม. และกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก[18] เช่นเดียวกับรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน พบว่า การเพิ่มทักษะและสนับสนุนข้อมูลข่าวสารแก่อาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชน เป็นปัจจัยหลักที่ช่วยยกระดับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและการดูแลสุขภาพตนเองของคนในพื้นที่[19]

ด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ หลังจากนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในพื้นที่สามารถลดอัตราป่วยรายใหม่ (Incidence Rate) ของโรคปอดอักเสบในพื้นที่ รพ.สต. 52 แห่ง จาก 7.42 เหลือ 6.17 ต่อประชากรพันคน ทั้งนี้ผลการเปรียบเทียบดังกล่าวผู้วิจัยไม่ได้ควบคุมปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลทำให้การป่วยของกลุ่มเสี่ยงลดลง เช่น อุณหภูมิ ความชื้น การสัมผัสปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ดังนั้น ผลลัพธ์นี้จึงใช้เพื่อเป็นการประเมินผลของรูปแบบให้เห็นแนวโน้มอัตราป่วยในเบื้องต้น สอดคล้องกับการเฝ้าระวังโรคติดต่อเชิงรุกในชุมชนในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน พบว่า การเยี่ยมบ้านร่วมกับการคัดกรองและจำแนกกลุ่มเสี่ยงเชิงรุก ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยรุนแรงและควบคุมการระบาดในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิผล[11]

ด้านการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบกับผลการถอดบทเรียน ชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดบางประการ โดยเฉพาะการสังเกตอาการกลุ่มป่วย ไม่รุนแรงที่บ้าน และการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจากชุมชนไปยังโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับระบบส่งต่อจากชุมชนให้มีประสิทธิภาพสูงสุด จำเป็นต้องมีการสื่อสารข้อมูลการเจ็บป่วยอย่างรวดเร็ว และเพิ่มระบบช่องทางด่วน (Fast Track) เชื่อมโยงกับเครือข่ายการส่งต่อชุมชนให้มีเครือข่ายกู้ชีพให้ครอบคลุมทุกตำบลและวางระบบเฝ้าระวังโรคที่สำคัญ จัดบริการฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อ[14]

ข้อเสนอแนะ

1. เชิงนโยบายควรกำหนดให้การคัดกรองโรคปอดอักเสบและการสื่อสารความเสี่ยงโรคปอดอักเสบในชุมชนในแผนปฏิบัติการด้านพัฒนาศักยภาพ อบรมฟื้นฟู อสม. และผู้นำชุมชน

2. เชิงปฏิบัติการ เน้นการสื่อสารความเสี่ยงโรคปอดอักเสบอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อกระตุ้นความตระหนักรู้ และส่งเสริมให้เกิดการดูแลเรื่องสุขภาพโดยปัจจัยทางสังคม

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้นวัตกรรมดิจิทัล แอปพลิเคชันติดตามอาการช่วยให้ อสม.ประเมินสัญญาณเตือนระดับความรุนแรง (Warning Signs) ของโรคปอดอักเสบ และจัดช่องทางด่วนการส่งต่อ (Fast Track) เพื่อยกระดับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Tsoumani E, Carter JA, Salomonsson S, Stephens JM, Bencina G. Clinical, economic, and humanistic burden of community acquired pneumonia in Europe: a systematic literature review. Expert Rev Vaccines 2023;22(1):876-84. doi: 10.1080/14760584.2023.2261785.

2. Murray CJL, GBD 2021 Collaborators. Findings from the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet 2024;403(10440):2259-62. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00769-4.
3. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. โรคปอดบวม, ปอดอักเสบ (Pneumonia) [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่สำคัญ: เอกสารประกอบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2567. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2567.
5. สุมิตรา วิชา, วนิดา อินทราชา, เครือวัลย์ สารเถื่อนแก้ว. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19: กรณีศึกษาจังหวัดลำปาง. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2566;19(1):37-48.
6. มณุเชษฐ์ มะโนธรรม. การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2565;14(2):295-308.
7. Rocco L, Suhrcke M. Is social capital good for health?: A European perspective. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012.
8. กฤษณา ชูเสน, กมลรัตน์ ลุนพิลา, อนุชธิดา ชาลี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลค้อวัง อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ 2567;4(1):16-33.
9. วรัญญา ศรีมารักษ์, จุฬาภรณ์ นิลภูมิ, นิภารัตน์ อาจคำพันธ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลยโสธร. ยโสธรเวชสาร 2568;27(1):2713062.
10. รัดเกล้า แก่นท้าว. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลวหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2568;10(4):23-33.
11. นวลปาง ชัชวาลย์. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านในตำบลสระคู อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2566;4(3):147-56.
12. อิสรภาพ มาเรือน, ชุมพล สุทธิ, แชน อะทะไชย,. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว โดยใช้กลไกผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน(ภาคเหนือ) 2568;35(2):77-89.
13. ฐิติวัลค์ แก้วประดับ, เสาวลักษ์ บัวศรี, จิรวรรณ กาลานุสนธิ์, อับดุลเลาะ เจ๊ะหลง. การสื่อสารความเสี่ยงของโรคอุบัติใหม่: บทเรียนตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยสังคม 2565;45(2):116-36.
14. อรุณรัตน์ คนเที่ยง. การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลนาบอน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข 2568;3(3):645-57.
15. พงษ์เดช สารการ. หลักการทางชีวสถิติและแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA. ขอนแก่น: สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์; 2566.
16. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977.
17. พรธิดา ศรีบุญเรือง, กระจ่าง ตลับนิล, วัลลภา ศรีบุญพิมพ์สวย. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลปะโค อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558;8(1):60-70.

18. นิฐิคุณ เขียวอยู่. การวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2567; 31(2):136-48.
19. อนิรุธ จันทพาส, รจนา ศรีเล็ก, กฤษฎา เหล็กเพชร, ดวงใจ พุทธเษม. รูปแบบการพัฒนา สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2569;11(1):1247-56.