รูปแบบการดูแลครอบครัวและชุมชนเสี่ยงสูงในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

Model of Caring for High Risk Families and Communities in the COVID-19 Infection by Participatory Action Research : PAR

ทินเทวัญ พุทธลา*

Tintawan Puttala

Corresponding author : Email : tintawanpui@gmail.com

(Received: February 1,2021; Revised: February 10, 2021; Accepted: February 25, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลครอบครัวและชุมชนเสี่ยงสูงในสถานการณ์ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และเปรียบเทียบความรู้ ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนการดูแลครอบครัวและชุมชนเสี่ยงสูงในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน และครอบครัวผู้ติดเชื้อ จำนวน 50 คน ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบทดสอบ ความรู้ แบบวัดความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบสมมติฐานด้วย paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา

ผลการวิจัย : กระบวนการพัฒนารูปแบบมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย ขั้นทำความเข้าใจปัญหา การกำหนดรูปแบบการดำเนินงาน การดำเนินการและประเมินผล พบปัญหาที่นำมาจัดทำแผนงาน คือ ความกังวล ความกลัวที่ตนเองจะติดเชื้อและป่วยจนถึงเสียชีวิต การป้องกันไม่ให้ตนเองป่วยและเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยจะสอบถามกับใครได้บ้าง และหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : กระบวนการพัฒนารูปแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในสถานการณ์ โควิด 19 ทำให้ประชาชนในหมู่บ้านปรับตัวปรับจิตใจให้พร้อมเรียนรู้ครั้งใหญ่ที่จะรับมือกับ การดำเนินชีวิตในรูปแบบใหม่ ก้าวผ่านความไม่เข้าใจ ความวิตกกังวล ความกลัว ความไม่มั่นใจ โดยการมีส่วนร่วมของคนในหมู่บ้าน เป็นพัฒนาการของชุมชนที่สำคัญยิ่ง เมื่อพบวิกฤตใดๆ ผ่าน เข้ามาชุมชนก็จะสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ : รูปแบบ ; ชุมชนเสี่ยงสูง ; ไวรัสโคโรนา 2019

---

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงขวัญ

ABSTRACT

Purposes : To study the model of care for families and high-risk communities in corona 19 virus infection situations. It is a process of community participation and studies of knowledge, anxiety and practices in preventing infection with corona virus 2019 before and after development.

Study design : It is a community-based research on family care and high-risk communities in corona virus infection situations 2019.

Materials and methods : The population and samples are community leaders, public health volunteers, people, infected families, and 50 people. position and those associated with the infected person. Quantitative data compiled by questionnaires, knowledge, anxiety and practices in the prevention of corona virus infection 2019 analyzed data with percentage, average, standard deviation, and hypothesis test. paired t test at statistically significant level of .05 qualitative data collect data by engaging observations, group conversations and in-depth interviews, and analyze content data.

Main findings : The research results showed that The community participation model development process consisted of 4 steps: 1). Problem understanding step 2) Operation model setting 3) Action 4) Evaluation phase. The problems to create a plan which are: 1 concern, fear of being infected and sick to death 2.preventing myself from getting sick 3.when there is a problem or question, who can I ask? The subjects had better knowledge, anxiety, and post-development anti-COVID-19 practices than before, and had a statistically significant difference at .05

Conclusion and recommendations : Community Engagement Development Process In the 19th scenario, the villagers adjusted their minds to learn the big things that were going to cope with the new way of life. Step through incomprehension, anxiety, fear. Uncertainty by the participation of the people in the village. It's an important community development. When a crisis comes through, the community can manage it on its own.

Keywords : Model ; High risk community ; Corona virus 2019

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นไวรัสอุบัติใหม่ที่พบว่ามีการระบาดตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2562 โดยรายงานครั้งแรกที่มณฑลหูเป่ย สาธารณรัฐประชาชนจีน เชื้อไวรัส COVID -19 สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทางการไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลายของคน ผู้ติดเชื้อจะมีอาการหลายแบบตั้งแต่ติดเชื้อไม่มีอาการ อาการเล็กน้อยคล้ายเป็นไข้หวัดธรรมดา อาการปานกลางเป็นปอดอักเสบ และอาการรุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern:PHEIC)[1] เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 สำหรับประเทศไทย ได้มีมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคตั้งแต่เริ่มพบการระบาดในประเทศจีน ตรวจพบผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้เดินทางจากประเทศจีนในวันที่ 8 มกราคม 2563 ได้รับการตรวจยืนยันผลและแถลงสถานการณ์ในวันที่ 14 มกราคม 2563 ผู้ป่วยช่วงแรกเป็นผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง การขยายพื้นที่ระบาดในต่างประเทศเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับ ผู้ติดเชื้อจากการเดินทางไปยังพื้นที่ระบาดอาจ

มีอาการเล็กน้อยทำให้ไม่มีการตรวจหาการติดเชื้อ การพบผู้ป่วยกลุ่มถัดมาคือ ผู้ประกอบอาชีพสัมผัสกับนักท่องเที่ยว จากนั้นพบการติดเชื้อในกลุ่มนักท่องเที่ยวไทย ที่นิยมไปกินดื่ม การระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนใหญ่คือการระบาดในสนามมวยลุมพินี สนามมวยราชดำเนิน ซึ่งทำให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จนต้องมีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563[2]

โดยการระบาดจากสนามมวยลุมพินีครั้งนั้น มีผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลับมาที่บ้านจังหวัดร้อยเอ็ด พร้อมครอบครัว เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2563 มีอาการไข้ ไอ น้ำมูก ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ และได้รับการตรวจพบว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายแรกของจังหวัด ทำให้บุคลากร ครอบครัว ชุมชน และประชาชน มีความไม่เข้าใจ หวาดวิตก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดที่โรงพยาบาลศูนย์และครอบครัว ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยถูกกักกันเพื่อสังเกตการณ์เริ่มป่วย (Quarantine) ซึ่งเป็นกระบวนการจำกัดกิจกรรมของบุคคลที่มีความเสี่ยง เนื่องจากสัมผัสกับผู้ติดเชื้อระหว่างช่วงที่แพร่เชื้อ ทำให้ประชาชนมีความกังวลว่าตัวเองจะป่วยและอาจจะเสียชีวิตได้ ไม่เข้าใจว่ากลุ่มเสี่ยงสูงที่จะได้รับการรักษาจากแพทย์ คือ ผู้ที่มีอาการเช่นไร เมื่อไม่มีผู้ใดให้ความกระจ่างกับข้อสงสัยของประชาชนในชุมชนที่มีผู้ป่วยอาศัยอยู่ ทำให้เกิดความวุ่นวายในชุมชน และเกิดความสับสนของบุคลากรเนื่องจากยังไม่มีความรู้ถึงโรค อาการ การติดต่อ การส่งต่อผู้ป่วย การประสานการดูแลระหว่างพื้นที่กับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์

อย่างไรก็ตามการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบปัญหาในการจัดการสถานการณ์โรคติดต่อที่เป็นภาวะเร่งด่วนทั้งเป็นปัญหาของบุคลากรสาธารณสุขในระดับอำเภอและปัญหาของประชาชนในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย ที่ต้องสร้างความเข้าใจในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เนื่องจากเป็นโรคใหม่ที่มีการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วและรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต การดำเนินงานทุกกระบวนการ จึงต้องอาศัยความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่ และผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย แต่อยู่นอกพื้นที่ อำเภอเชียงขวัญ เป็นการดำเนินงานที่ต้องทำอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ควบคุมสถานการณ์ความไม่เข้าใจ ความว้าวุ่นที่เกิดขึ้นให้จบลงในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งต้องใช้ความร่วมมือจากทุกเครือข่าย ผู้วิจัยจึงเลือกการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มุ่งเน้นการสร้างศักยภาพให้กับประชาชน เพื่อทำให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้มีบทบาทหลักในการกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนได้แสดงความคิดเห็น ร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผลในเรื่องที่เป็นปัญหา หรือการพัฒนาชุมชนของตนเอง[3] ลักษณะที่สำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ 1) การเป็นวงจรที่ประกอบด้วย การสังเกต การสะท้อนคิด การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การแลกเปลี่ยน 2) เป็นวิธีการที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง 3) เป็นการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ 4) เป็นพลวัตร มีความยืดหยุ่นมากในแง่ของกิจกรรม 5) เป็นการพัฒนา 6) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างมีวิจารณญาณ โดยมีวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์[4] ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลครอบครัวและชุมชนเสี่ยงสูงในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เป็นกระบวนการวิจัยที่มุ่งศึกษาชุมชนด้วยนักวิจัยร่วมกับผู้มีส่วนร่วม ร่วมกันทำงานกันอย่างเป็นระบบผ่านวงรอบด้วยการเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหา ปฏิบัติตามแผน และ

ติดตามประเมินผล สะท้อนถึงวิธีการเปลี่ยนสถานการณ์หรือการสร้างความสามารถของชุมชน โดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง และทุกขั้นตอนมีสมาชิกของชุมชนเข้าร่วมด้วย[5] ระยะเวลาดำเนินการ 18 มีนาคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2563 ในพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน ครอบครัว ผู้ติดเชื้อ จำนวน 50 คนโดยผู้วิจัยเป็นผู้ขอเข้าพบกลุ่มประชากร ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการทำวิจัย เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าโดยบทบาทหน้าที่ตำแหน่ง และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คืออ่านหนังสือไทยและสื่อสารถามตอบภาษาไทย ได้ยินยอมเข้าร่วมโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนจบโครงการเป็นเวลา 45 วัน และเกณฑ์คัดออกคือป่วยด้วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โรคทางระบบประสาท พิการทางสมองและโรคจิต เกณฑ์ในการให้เลิกจากการศึกษาคือเก็บข้อมูลครบก่อนวันกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน และมีการปรับแผนเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์และปัญหาที่พบเป็นรายวัน โดยมีขั้นตอนและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สำคัญดังนี้

ตารางที่ 1 ขั้นตอนและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอน	กิจกรรม	เครื่องมือ
1. ขั้นทำความเข้าใจปัญหา	1. ประชุมชี้แจง โครงการและคืนข้อมูลการพบผู้ติดเชื้อโควิด 2. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มทักษะแนวคิดการทำ PAR 3. วิเคราะห์ชุมชนและสถานการณ์ การนำความรู้สู่การปฏิบัติ ในการดูแลครอบครัวและชุมชนในการก้าวผ่าน	แบบบันทึกการสังเกตในระหว่างดำเนินกิจกรรม
2. ขั้นกำหนดรูปแบบการดำเนินงาน	1. กำหนดประเด็นปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติ 2. วางแผนปฏิบัติการ 3. เสนอรูปแบบการดูแลไปที่ พชอ.และ พชต.	แบบบันทึกการสังเกตในระหว่างดำเนินกิจกรรม
3. ขั้นดำเนินการ	1. ปฏิบัติการตามแผน 2. วิเคราะห์การดำเนินงานทุกวัน 3. ติดตาม ประเมินผลและปรับเปลี่ยนกลวิธีทุกวัน	แบบบันทึกการสังเกตในระหว่างดำเนินกิจกรรม
4. ขั้นประเมินผล	1. ประเมินกระบวนการมีส่วนร่วม โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูล 2. รายงานผลแก่เครือข่าย ชุมชน พชอ.และ พชต. เป็นระยะ	1.แบบบันทึกการสังเกตในระหว่างดำเนินกิจกรรม 2.แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 3.การสนทนากลุ่ม

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามความรู้ แบบวัดความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ข้อคำถามได้จากเอกสารวิชาการจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 1 คือขั้นทำความเข้าใจข้อมูลที่กลุ่มเป้าหมายยังไม่เข้าใจ ความวิตกกังวล ความกลัว จากการไม่ทราบลักษณะของโรคไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากเป็นโรคระบาดใหม่และไม่คาดคิดว่าจะมี ผู้ติดเชื้ออยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีตัวอย่างหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การติดเชื้อ ยังไม่มีความเข้าใจที่ตรงกันของประชาชนในหมู่บ้าน เกิดความสับสน นำไปสู่การ ทะเลาะกันในหมู่บ้าน ประกอบกับเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ความรวดเร็วในการดำเนินงาน การจัดทำแบบสอบถามจึงผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญในอำเภอเชียงขวัญ คือ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานไวรัสโคโรนา 2019 งานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบด้านการควบคุมสอบสวนโรค จำนวน 5 คน ข้อคำถามแยกเป็นความรู้ จำนวน 10 ข้อ คำตอบถูกผิดความวิตกกังวล จำนวน 5 ข้อ คำตอบ จำนวนครั้งที่เกิดภายใน 7 วัน แบ่งเป็น 3 ข้อคำตอบคือ มีอาการเกือบทุกวัน มีอาการ 1-3 ครั้งและไม่มีอาการ และการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ คำตอบ จำนวนครั้งที่ปฏิบัติภายใน 7 วัน แบ่งเป็น 3 ข้อคำตอบคือ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 1-3 ครั้งและไม่ปฏิบัติ รวมข้อคำถามทั้งหมดเป็น 25 ข้อ

1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.2.1 แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participative Observation) คือการเข้าไปมีส่วนร่วมเรียนรู้พัฒนารูปแบบของการจัดระบบให้มีความสอดคล้องกับบริบทในแต่ละครั้งของการดำเนินกิจกรรม/โครงการ ตั้งแต่การเข้าร่วมประชุม การทำกิจกรรม การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรม ผู้ที่ทำการบันทึก คือ ผู้วิจัย และมีการตรวจยืนยันข้อมูลโดยผู้บันทึกอีก 1 คน จำนวน 3 ครั้ง เมื่อเริ่มต้น ขณะและสิ้นสุดการดำเนินโครงการ

1.2.2 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) และแบบสนทนากลุ่ม โดยมีโครงสร้างคำถามกว้างๆ ในกลุ่ม 1) ผู้นำชุมชน กลุ่มประชากร โดยผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้รู้เรื่องนั้นๆ ในประเด็น ปัญหาที่พบ เป้าหมายในการดำเนินกิจกรรม กระบวนการที่จะบรรลุเป้าหมาย การร่วมดูแลครอบครัวและชุมชนที่พบผู้ติดเชื้อ สิ่งที่อยากให้โรงพยาบาลและรพ.สต. ช่วยเหลือด้านสุขภาพ ด้านอื่นๆ 2) ครอบครัวผู้ติดเชื้อในประเด็นปัญหาที่พบสิ่งที่อยากให้โรงพยาบาลและรพ.สต. ช่วยเหลือด้านสุขภาพ ด้านอื่นๆ

ผู้ที่ทำการสัมภาษณ์และผู้นำในการสนทนากลุ่มคือผู้วิจัยโดยดำเนินการสัมภาษณ์และสนทนา 2 กลุ่มๆ 3 ครั้ง เมื่อเริ่มต้น ขณะและสิ้นสุดดำเนินโครงการ

2. การตรวจสอบข้อมูล ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลมีความเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงใช้หลักการสามเส้า (Triangulation) โดยอาศัยความแตกต่างด้านแหล่งข้อมูล สถานที่และความแตกต่างด้านเวลามาพิจารณาถึงความเสมอต้นเสมอปลายของข้อมูล ได้แก่ 1) การตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันคือ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และจากการสังเกตการณ์มาเปรียบเทียบ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายกลุ่มแต่ละกลุ่ม เพื่อตรวจสอบความถูกต้องว่าจะเหมือนกันหรือแตกต่างกัน 2) การตรวจสอบโดยการเก็บข้อมูลเดียวกันในเวลาที่ต่างกัน แล้วนำมาเปรียบเทียบว่าข้อมูลเหมือนเดิมหรือขัดแย้งกัน และ 3) การตรวจสอบโดยการเก็บข้อมูลเดียวกันโดยผู้บันทึก 2 คน เช่น แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมที่มีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการบันทึกข้อมูลว่ามีความเหมือนกันหรือแตกต่างกัน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย : วิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0032564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลเชิงปริมาณ นำเสนอเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t - test (One group pre-test post-test)

2.ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มครอบครัวผู้ติดเชื้อ และกลุ่มประชาชน ในประเด็นการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมนำสู่การปฏิบัติและร่วมประเมินผล โดยข้อมูลจากการสังเกตจะบันทึกในแบบบันทึกภาคสนาม ข้อมูลสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มจะถูกบันทึกในเทปบันทึกเสียงและถอดข้อความ แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหาจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า กลุ่มเป้าหมายจำนวน 50 คน เป็น ผู้นำชุมชนทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จำนวน 8 คน (16.0%) อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน (20.0%) ประชาชนทั่วไป 26 คน (52.0%) และครอบครัวผู้ติดเชื้อ 6 คน (12.0%) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (62%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (58%) สถานภาพสมรสคู่ (64%)

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการดูแลครอบครัวและชุมชนเสี่ยงสูงในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการดำเนินการ 4 ระยะ สามารถสรุปเป็นรูปแบบดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทำความเข้าใจปัญหา เป็นขั้นตอนที่สำคัญ โดยการวิเคราะห์พื้นที่โดยการสอบถามจากบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ครอบครัว ผู้ติดเชื้อ จำนวน 50 คน โดยเป็นการอธิบายและให้ข้อมูลด้านโรค การดูแลครอบครัวและชุมชน ภาวะเครียดที่จะเกิดขึ้น ความสับสน การจัดการปัญหาหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นโดยคนในชุมชน และมีการจัดลำดับปัญหาที่พบในขณะนั้นดังนี้

ลำดับที่ 1 ความกังวล ความกลัว ที่ตนเองจะติดเชื้อและป่วยจนถึงเสียชีวิตเนื่องจาก ไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร ได้ยินข่าวที่น่ากลัวมีการป่วยหนักและเสียชีวิตจำนวนมาก

ลำดับที่ 2 การป้องกันไม่ให้ตนเองป่วย เนื่องจากไม่ทราบว่าจะต้องทำอย่างไร เพื่อป้องกันตนเองและครอบครัว ชุมชน เนื่องจากมีผู้ติดเชื้ออยู่ในหมู่บ้าน และการติดต่อแพร่กระจายเชื้ออย่างไร มาตรการของชุมชนจะทำอย่างไร งานบุญประเพณี กิจกรรมในหมู่บ้านที่มีการรวมของคนจำนวนมาก ตลาดนัด วัด

ลำดับที่ 3 เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยจะสอบถามกับใครได้บ้าง เนื่องจาก ความสับสนของประชาชนในหมู่บ้าน การถูกถามจากคนรอบข้างของหมู่บ้าน ญาติพี่น้อง และอาการต่างๆ ที่สงสัยว่าตนเองมีการติดเชื้อหรือไม่ การทำความสะอาดบ้าน สิ่งของเท่าไหร่ถึงจะมั่นใจว่าจะไม่มีเชื้อโรค ฯลฯ

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดรูปแบบการดำเนินงาน เมื่อผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้ปัญหาที่พบในขณะนั้น จึงได้หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยการสร้างมาตรการป้องกันและสร้างความปลอดภัยในชุมชน การสื่อสารให้ความรู้ในการดูแลป้องกันตนเองและผู้อื่นกำหนดกิจกรรม วันที่ ช่วงเวลา และผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการ มีการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดขึ้น พบปัญหามากมาย ได้แก่ ความไม่มั่นใจว่าครอบครัวผู้ติดเชื้อจะกักตัวเอง ความเครียดของครอบครัวผู้ติดเชื้อที่ดูเหมือนเป็นภาระของคนในชุมชน ถึงแม้ชุมชนจะยินดีร่วมมาดูแล ทำความสะอาดบริเวณบ้าน รอบๆ บ้าน การที่อาสาสมัครสาธารณสุขมาวัดอุณหภูมิร่างกายทุกวัน อุปกรณ์ในการป้องกันคือหน้ากากอนามัยไม่เพียงพอ เจลล้างมือ รวมถึงการที่ชุมชนเป็นผู้จัดหาอาหาร เครื่องใช้มาให้ครอบครัว การตามหา กลุ่มเสี่ยงสูงที่ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อมาคัดกรอง

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล มีการประเมินผลเป็นระยะๆ ทุกวัน โดยผู้นำชุมชน ร่วมกับ บุคลากร รพ.สต. และผู้วิจัย และมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน และการประสานขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลอื่น โรงเรียน สมาคมแม่บ้านอำเภอ วิสาหกิจชุมชน เพื่อช่วยในการจัดทำผ้าปิดปากให้เพียงพอสามารถทำความสะอาดและนำกลับมาใช้ได้ การเพิ่มช่องทางการสื่อสารเดิมจะมาจากการประกาศเสียงตามหอกระจายข่าว การส่งข่าวข้อมูลความรู้ทาง รพ.สต.พบว่า ความเข้าใจยังไม่มากพอที่จะทำให้ประชาชนในหมู่บ้านสามารถป้องกันตนเองโดยการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ออกจากบ้าน การจำกัดบริเวณที่จะไปนอกบ้าน จึงได้เพิ่มช่องทางการสื่อสาร

และการลงเยี่ยมประชาชนในหมู่บ้านและครอบครัวทุกวัน ช่วงเวลา 08.30-10.00 น. โดยผู้วิจัยกับนักวิชาการสาธารณสุขเพื่อตอบปัญหาหรือข้อสงสัยและให้ช่องทางการสื่อสารทาง line ที่สามารถสอบถามได้ตลอดเวลา ประชาสัมพันธ์สื่อ Online ที่มีความน่าเชื่อถือคือจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และเพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับประชาชน การงดจัดงานบุญประเพณี การดำเนินการเมื่อต้องมีการรวมตัวกัน เช่น งานศพ ตลาดนัด โรงเรียน วัด

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การประชุมเชิงปฏิบัติการทุกครั้งได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายทั้งในเรื่องการตรงต่อเวลา การร่วมแสดงความคิดเห็น การให้คำปรึกษา การทำมาตรการของหมู่บ้านในการจัด/จำกัดพื้นที่ การงดงานรื่นเริง งานบุญประเพณี การดูแลทำความสะอาดในบ้านบริเวณรอบๆ บ้านผู้ติดเชื้อและสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน ในวัด ดังผลการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนว่า “คนในหมู่บ้านแข็งขันครับ พูดเข้าใจง่ายมีเหตุมีผล ร่วมแรงร่วมใจกันทำเพื่อหมู่บ้าน ครัวเรือนจะส่งคนในครอบครัวมาร่วมกิจกรรมเสมอ แต่ถ้าครอบครัวไหนไม่มีใครอยู่บ้าน เขาก็มาร่วมในช่วงเย็น ถ้ามีกฎกติกาในหมู่บ้าน ชาวบ้านก็เห็นดีด้วย โดยเฉพาะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน” และพบว่าในขั้นตอนการติดตามประเมินผลหลังจากหมู่บ้านได้กำหนดมาตรการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 นั้น ผู้ได้รับมอบหมายได้ดำเนินงานตามที่วางแผนเป็นอย่างดี พร้อมให้คำแนะนำในประชาชนที่ไม่ปฏิบัติตามกติกาหมู่บ้าน และได้มีการออกแบบการอยู่ร่วมงานศพของคนในหมู่บ้าน โดยการเว้นระยะห่างของผู้มาร่วมงาน การคัดกรองก่อนเข้าร่วมงาน การไม่รับประทานอาหารร่วมกัน โดยเจ้าภาพจัดอาหารให้เป็นชุด ๆ และมอบให้กับผู้มาร่วมงานกลับไปทานที่บ้าน การใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ร่วมงาน การเว้นระยะห่างของการวางดอกไม้จันทน์ สำหรับงานแต่งงาน งานบวช งานทำบุญบ้าน งานอื่น ๆ กติกาหมู่บ้านให้เลื่อนออกไปก่อน จนกว่าจะมีคำสั่งเปลี่ยนจากผู้นำระดับประเทศ ระดับจังหวัด

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกและรายกลุ่มในกลุ่มครอบครัวพบว่ามีความเครียดสูงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ และเครียดทุกครั้งที่ได้มีการรวบรวมข้อมูล ความเครียดของครอบครัวไม่ใช่ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อแต่กลับเป็นความไม่สบายใจ ความทุกข์ที่คิดว่าตนเองเป็นผู้ทำให้เกิดความเสียหายชื่อเสียงของหมู่บ้าน ความอับอายที่แหล่งติดเชื้อเป็นสถานที่ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่กล้าไปพูดคุยกับใครถึงแม้จะมีเจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขมาพูดคุยและให้ความมั่นใจถึงความช่วยเหลือเกื้อกูลของคนในหมู่บ้านที่มีมาตลอด ดังคำพูดของภรรยาผู้ติดเชื้อว่า “บ่มีผู้ใดรังเกียจอิฉันดอกค่ะ แต่อิฉันบ่สบายใจ เป็นคนต้นเหตุ นอนกะบ่หลับ กินกะบ่อได่ ยิ่งเห็น ผู้นำชุมชน อสม. มาทำความสะอาดบ้านให้ ยิ่งอายเพิ่น คนฮู้เหมิ่ด คุณหมอมาประเมินความเครียด ซึมเศร้าอยู่ คุณหมอให้ยาคลายเครียดกับยานอนหลับมากิน แต่ก็ยังนอนไม่ค่อยหลับกับกังวลสารพัด” สัมพันธ์กับข้อมูลที่ได้จากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ที่รู้สึกว่าคนในครอบครัวมีความเครียดสูงมาก หน้าตาไม่สดชื่น ไม่ค่อยคุยกับใคร อยู่แต่ในบ้าน ไปสอบถามถึงความต้องการ เพื่อที่ผู้นำจะอาสาไปหามาให้โดยเฉพาะสิ่งที่ต้องการ ได้แก่ อาหารแห้ง ผ้าอนามัย เครื่องปรุงรส ไข่ อาหารกึ่งสำเร็จรูป

กลุ่มผู้นำชุมชนกลุ่มอาสาสมัครและประชาชนทั่วไป พบว่า ความเครียด วิตกกังวล ไม่มั่นใจเกี่ยวกับมาตรการหรือแนวทางที่ได้กำหนดขึ้นมาจะทำให้ไม่มีการแพร่ระบาดของโรค การแพร่ระบาดของโรคเกิดจากละอองฝอยน้ำลายเสมหะ สารคัดหลั่ง การปนเปื้อนแล้วจะจัดการได้จริงหรือไม่ เพราะเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น ทำความสะอาดบ้าน สิ่งของเครื่องใช้ สิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านประมาณนี้แล้วจะไม่มีการติดเชื้อเพิ่มหรือไม่ เป็นคำถามมากมายที่นำไปสู่ความสับสน ไม่เชื่อมั่นจากสื่อสาธารณะต่าง ๆ ที่นำเสนอหลายเรื่องที่ไม่เหมือนกัน เนื่องจากเป็นโรคใหม่ที่วงการสาธารณสุขยังไม่สามารถวินิจฉัยและให้การรักษาได้ถูกต้อง ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มที่ว่า “กลัวไปหมด กลัวแม้กระทั่งคนในครอบครัว คนข้างบ้าน จะไปไหนมาไหนสอบถามกันตลอด ใครไอใครจาม จะถูกมองหน้าและไม่ให้มาพูดคุยกับคนนอกบ้าน” “ใน เน็ตเขาพูดว่าโรคติดต่อตามอากาศอยู่แล้ว หน้ากากก็ป้องกันยากเพราะเราต้องถอดหน้ากากในช่วงทานข้าว ช่วงอยู่บ้าน อากาศเข้าไปอยู่ทุกที่ ในบ้านก็มี

เชื้อโรค” “ประสาทจะกินตายก่อนเชื้อโรค”

เมื่อผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในแต่ละครั้งที่มีการประชุม สนทนากลุ่ม จะมีคำถามมากมายที่แสดงถึงความไม่เข้าใจ ความกังวล ความเครียด ความไม่มั่นใจในมาตรการที่ได้กำหนดขึ้นมา ในกิจกรรมการดำเนินงานจึงมีการแก้ปัญหาในแต่ละประเด็นให้ชัดเจน เพื่อจะได้นำไปสู่การปฏิบัติของแต่ละทีมทำงาน โดยทีมงานจะเป็นผู้นำเสนอปัญหาที่หน้างานจริง ก่อนที่จะให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบปัญหาร่วมกัน นำเสนอวิธีแก้ไข การเข้าช่วยเหลือระหว่างทีมถ้าพบว่าปัญหาที่พบอาจจะจัดการไม่ได้ด้วยทีมเดียว ผู้วิจัยเห็นถึงความสามัคคีที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน ช่วยกันคิดหาทางแก้ไข โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลทางด้านการแพทย์ สำหรับกิจกรรม การแบ่งทีมทำงาน ระยะเวลาการทำงาน การติดตามงาน รวมถึงการไปให้กำลังใจครอบครัวโดยเลือกผู้ที่ครอบครัวให้ความไว้วางใจเข้าออกบ้านเป็นผู้เข้าไปดูแล รวมถึงการประสานงานเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา

หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้น (p<.001,.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเท่ากับ 9.8 และ 27.48 คะแนน (95%CI; 4.90,7.37 ; 10.36,11.24) ตามลำดับ แต่มีคะแนนความวิตกกังวลลดลง (p<.001) โดยมีความวิตกกังวลลดลงเท่ากับ 6.52 คะแนน (95%CI ; 4.05,5.06) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อความ	ก่อนการพัฒนา Mean(SD)	หลังการพัฒนา Mean(SD)	Mean diff	95%CI	p
ความรู้	3.7 (4.46)	9.8 (0.37)	6.14	4.90,7.37	<.001
ความวิตกกังวล	11.08 (1.46)	6.52 (1.16)	4.50	4.05,5.06	<.001
การปฏิบัติตน	16.24 (2.52)	27.48 (1.25)	11.24	10.36,11.24	<.001

เมื่อแยกเป็นรายข้อคำถาม พบว่า ทั้งความรู้ ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการพัฒนาดีกว่าก่อนการพัฒนากลุ่มเป้าหมายตอบคำถามความรู้ได้ถูกต้องมากขึ้นดังตารางที่ 3 ความวิตกกังวลพบว่าลดลงจากที่มีอาการเกือบทุกวันมาเป็นมีอาการ 1-3 ครั้งใน 7 วันที่ผ่านมาและไม่มีอาการเกือบทุกข้อ ดังตารางที่ 4 การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าปฏิบัติตัวเป็นประจำมากขึ้นในทุกข้อ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 ร้อยละของคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=50)

ข้อคำถาม	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
1. โรคไวรัสโคโรนา 2019 แพร่เชื้อในอากาศผ่านทางฝอยละอองขนาดเล็กน้ำลาย เสมหะ	20	50
2. การทำความสะอาดบ้าน สิ่งของเครื่องใช้ด้วยผงซักฟอกก็สามารถทำลายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้	15	45
3. การอยู่ห่างจากบุคคลอื่นมากกว่า 1-2 เมตร เป็นการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	25	50
4. การสวมหน้ากากอนามัยเลือกขนาดที่ปิดปากปิดจมูก เมื่อออกจากบ้านตลอดเวลา	16	48
5. หน้ากากอนามัยแบบผ้าที่ใช้กับประชาชนสามารถซักทำความสะอาดแล้วนำกลับมาใช้ได้อีก	21	50
6. อาการของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ไข้ ไอ น้ำมูก หายใจไม่อิ่มอ่อนเพลีย	23	50
7. เมื่อไอ มีน้ำมูก จาม ให้สวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาและจำกัดตนเองให้อยู่แต่ในบ้าน	19	49
8. ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวเท่านั้น	13	50
9. การล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะหลังจับหรือใช้ของสาธารณะ หลังเข้าห้องน้ำและก่อนรับประทานอาหารเป็นการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	23	50
10. การไปตลาด วัด หรืองานที่มีคนจำนวนมากในหมู่บ้านที่รู้จักกันไม่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	20	50

ตารางที่ 4 ร้อยละคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา (n= 50)

อาการ	มีอาการเกือบทุกวัน		มีอาการ 1-3 ครั้ง		ไม่มีอาการ	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1. กังวลกลัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	40	5	10	5	0	40
2. นอนไม่ค่อยหลับตั้งแต่ได้ทราบว่ามีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน หมู่บ้าน	20	3	20	15	10	32
3.มีอาการเหมือนจะเป็นไข้ ไอ หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยง่าย	5	0	13	5	32	45
4. รับประทานอาหารได้ลดลงกว่าเดิม	15	4	16	13	19	33
5. รู้สึกเครียด	36	3	12	8	2	39

ตารางที่ 5 ร้อยละของคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 50)

การปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็นประจำ		ปฏิบัติ 1- 3 ครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1. สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้านและเมื่อต้องเข้าไปในที่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วย	0	46	8	4	42	0
2. ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล อย่างน้อย 20 วินาที โดยเฉพาะหลังจับหรือใช้ของสาธารณะ หลังเข้าห้องน้ำและก่อนรับประทานอาหาร	10	45	19	5	21	0
3. รับประทานอาหารปรุงร้อน สดใหม่และใช้ช้อนกลางทุกครั้ง	5	45	22	5	23	0
4. ให้คำแนะนำกับบุคคลอื่นในการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การทำความสะอาดสิ่งของในบ้านและรอบๆ บ้าน	0	50	5	0	45	0
5. อยู่ห่างจากบุคคลอื่น 1- 2 เมตรเสมอ	0	46	11	4	39	0
6. เมื่อไอ จาม ท่านใช้ผ้าเช็ดหน้า หรือแขนหรือมือท่านในการปิดปากเพื่อลดการฟุ้งกระจายของน้ำลาย น้ำมูก หรือสารคัดหลั่ง	6	44	16	6	28	0
7. ไปในที่ชุมชนที่มีคนไม่สวมหน้ากาก	40	0	10	4	0	46
8. รับประทานเนื้อสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ	5	0	10	5	35	45
9. ออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง	5	42	11	8	34	0

ตารางที่ 5 (ต่อ) ร้อยละของคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 50)

การปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็นประจำ		ปฏิบัติ 1- 3 ครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
10. นอนหลับพักผ่อนวันละอย่างน้อย 6 ชั่วโมง	33	40	12	8	5	2

วิจารณ์

รูปแบบการดูแลครอบครัวและชุมชนเสี่ยงสูงในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า เป็นกระบวนการที่เหมาะสมในสถานการณ์ ที่เร่งด่วน ที่จะทำอย่างไรให้สถานการณ์ตึงเครียด ในหมู่บ้านในครอบครัวกลับมาสู่สภาพปกติ เป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนในหมู่บ้าน เรียนรู้ในการแก้ปัญหาตามศักยภาพของชุมชน เกิดมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดูแลครอบครัวที่ติดเชื้อที่มีความเปราะบางของอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งในกระบวนการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาของหมู่บ้านนั้น เน้นการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ระดมความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชาชนในหมู่บ้าน ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ เกิดความภาคภูมิใจที่สามารถนำพาหมู่บ้านผ่านระยะวิกฤต จนถึงช่วงคลี่คลาย เกิดการพัฒนาศักยภาพของหมู่บ้านในการแก้ปัญหา สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแก้ปัญหา ติดตามประเมินผลการแก้ปัญหา โดยเน้นการทำงานเป็นทีม จริงจังตั้งใจ ตั้งเป้าหมายการดำเนินร่วมกัน ทุ่มเทกำลังกายกำลังใจกำลังความคิด มีความอดทนสูง ความใส่ใจของทีมหมู่บ้านและนักวิจัย[6]

สถานการณ์ของความสับสนในหมู่บ้านที่พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสถานการณ์ที่เกิดความตระหนกก่อนตระหนัก ทำให้ประชาชนเกิดความรู้ นำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต มาตรการป้องกันตัวเองหลายอย่างทั้งการใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือใช้เจลล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น การรักษาระยะห่างจากผู้อื่น การมีความรับผิดชอบในการกักตัวที่บ้าน[7] การทำจิตใจให้สบาย การลดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวที่เกิดจากการขาดความรู้ ขาดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การเผชิญความท้าทายครั้งใหญ่ ขาดวิธีรับมือทางด้านจิตใจ[8] ล้วนเป็นสิ่งที่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นไม่เคยต้องได้ปฏิบัติในอดีตที่ผ่านมา เกิดความไม่เข้าใจกัน ต่อต้านระหว่างกลุ่มที่เห็นด้วยกับไม่เห็นด้วยในมาตรการต่างๆ ที่หมู่บ้านกำหนดขึ้นมา โดยเฉพาะการต้องงดบุญประเพณี งานบวช งานแต่งงาน เป็นงานที่ปฏิบัติสืบเนื่องต่อกันมาตลอด เป็นงานที่ถูกวางแผนมานาน เตรียมสิ่งของอุปกรณ์ในการจัดงานแล้วต้องมางดในระยะเวลาสั้นๆ แต่เมื่อได้รับการสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การแพร่กระจายของเชื้อ การติดต่อ การป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องทุกวันในช่วงแรกของการรับทราบข่าวที่ทำให้เกิดความสับสนในหมู่บ้าน และที่สำคัญคือการสร้างสังคม สิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัยในหมู่บ้าน โดยเฉพาะทางด้านจิตสังคม ซึ่งได้แก่ ความหวัง ความปลอดภัย ความสงบ ความเชื่อมโยงทางสังคมและประสิทธิภาพของตนเองและชุมชนที่จะถูกแทรกเข้าไปอยู่ในทุกมาตรการทุกกระบวนการในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม[9]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ไปทำการศึกษาในกลุ่มโรคติดต่ออื่นๆ และกลุ่มโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะในการจัดการปัญหาที่มาแบบไม่คาดคิด

2. ควรมีการจัดการความรู้ด้านกระบวนการบริหารจัดการหมู่บ้าน ตำบลคุณภาพ อำเภอคุณภาพ เพื่อเป็นแนวทางและวิธีการต่อการนำไปประยุกต์ใช้กับงานอื่นๆ รวมทั้งสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนาระบบสุขภาพทุกระดับต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายอำเภอเชียงขวัญ สาธารณสุขอำเภอเชียงขวัญ ผู้บริหารอปท. ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประชาชนและผู้ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) ; 2563
2. ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย.ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2563, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137, ตอนพิเศษ 48ง. (ลงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563).
3. Phuangsomjit. Participatory Action Research on Research in Educational Administration. (Book 2) (Unit 6-10) ; 3rd edition). Bangkok: SukhothaiThammathirat Open University. (in Thai);2014
4. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และ พิมพิลา วงศ์ไชยา. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : ลักษณะสำคัญและการประยุกต์ใช้ในชุมชน.วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2560 ; 36(6) : 192-202.
5. สัญญา ยือราน และ ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร.การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561 ; 5(2), 288-300.
6. รัถยานภิศ พละศึก, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช และดลปภัฏ ทรงเลิศ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561 ; 5(1) : 211-223.
7. อวาทิพย์ แว. COVID-19 กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา 2563 ; 35(1) : 24-29.
8. กรมสุขภาพจิต. คำแนะนำมาตรการดูแลภาวะวิกฤติสุขภาพจิต (psychological crisis intervention) ในการระบาดของโรคปอดบวมจากโคโรนาไวรัส 2019 ของประเทศจีน: รูปแบบโรงพยาบาล West China [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต ; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://www.dmh.go.th/covid19/news1/view.asp?id=12
9. กรมสุขภาพจิต. มุมมองด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมของการระบาด COVID-19 Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต ; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://www.dmh.go.th/covid19/news1/view.asp?id=10