# การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

# The Development of a Area Bases Disease Surveillance, Prevention, and Control System Through a Participatory Planning Process by the Health Service Network in Atsamat District, Roi-Et Province

**วิชัย พลสะทอน***

**Wichai Polsathorn**

Corresponding author: e-mail: pcwich@hotmail.com

(Received: July 24, 2024; Revised: July 31, 2024; Accepted: August 31, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ 1) คณะกรรมการ พชอ. อำเภออาจสามารถ จำนวน 11 คน 2) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล 10 คน 3) นายกเทศมนตรีและองค์การบริหารส่วนตำบล 11 คน และ 4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 คน รวม 45 คน ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกและแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา % Differences และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

**ผลการวิจัย :** 1) สถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่พบปัญหาทั้งเชิงระบบทั้งด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ 2) ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อประกอบด้วย 8 ขั้น คือ การประเมินสถานการณ์เบื้องต้น (Preliminary situation assessment) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค (Development of a disease surveillance system) การจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรค (Formulation of prevention and control plans) การจัดตั้งเครือข่ายความร่วมมือ (Establishment of collaborative networks) การฝึกอบรมบุคลากรและการให้ความรู้แก่ชุมชน (Training of personnel and community education) การจัดการตอบสนองเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak response management) การประเมินผลและการปรับปรุง (Evaluation and improvement) และการสื่อสารและรายงานผล (Communication and reporting) และ 3) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีส่วนร่วมและกระบวนการบริหารเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ โดยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 36.21 และ 33.22 ตามลำดับ

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ได้ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

**คำสำคัญ :** ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ; กระบวนการวางแผน; เครือข่ายสุขภาพ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออาจสามารถ

## Abstract

**Purposes :** To study the situation, develop systems, and evaluate outcomes for the surveillance, prevention, and control of communicable diseases within the health service network of Atsamat District, Roi Et Province.

**Study design :** Action Research : AR.

**Materials and Methods :** Key informants consisted of four groups: (1) 11 members of the Atsamat District Health Promotion Committee (PCHO), (2) 10 village health volunteer leaders at the sub-district level, (3) 11 mayors and sub-district administrative organization leaders, and (4) 13 directors of sub-district health promotion hospitals, totaling 45 individuals. The study was conducted from April to August 2024. Data were collected using questionnaires, record forms, and focus group discussion guides, and analyzed using descriptive statistics, percentage differences, and content analysis.

**Main findings :** 1) The situation regarding the surveillance, prevention, and control of communicable diseases in the area revealed systemic issues, including problems with inputs, operational processes, and outcomes. 2) The surveillance, prevention, and control system for communicable diseases comprised eight steps: A preliminary situation assessment, Development of a disease surveillance system, Formulation of prevention and control plans, Establishment of collaborative networks, Training of personnel and community education, Outbreak response management, Evaluation and improvement, and communication and reporting and 3) The participation of key informants and the management process for disease surveillance, prevention, and control in the area increased by 36.21% and 33.22%, respectively.

**Conclusion and recommendations :** The findings of this study resulted in a participatory disease surveillance, prevention, and control system within the community network.

**Keywords :** Area bases disease surveillance; Prevention and control system; Participatory planning process; Health service network

*Public Health Technical Officer, Professional Level, Atsamat District Public Health Office.

## บทนำ

แนวโน้มความเสี่ยงสำหรับประเทศไทยซึ่งปัจจุบันภัยโรคติดต่ออุบัติใหม่จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่คุกคามต่อสุขภาพของคน ทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเมือง และทำให้เกิดความโกลาหลของประชาชนในประเทศหรือในบริเวณที่มีการพบผู้ติดเชื้อ หรือมีการแพร่ระบาดของโรคได้เป็นอย่างมาก โรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นล้วนแล้วแต่มีความซับซ้อน ส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกิดจากสัตว์ และมีการติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค เช่น ยุง ความสะดวกในการคมนาคมขนส่ง การขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเอง และการควบคุมโรคของประชาชน รวมถึงปัจจัยจากสภาวะร่างกายของคน เช่น ประชากรกลุ่มที่มีความต้านทานต่อการติดโรคต่ำ ประชากรกลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสกับโรคมาก เป็นต้น จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่โดยอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วน ตั้งแต่ระดับส่วนภูมิภาคตลอดจนระดับประเทศ การประเมินความเสี่ยงและแนวโน้มของการเกิดโรคเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรค โดยจะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและการกำหนดทิศทาง แนวทางการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง และเฉพาะเจาะจงมากขึ้น โดยจากสถิติการเกิดโรคที่ผ่านมาโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความเสี่ยงในประเทศไทย[1] ดังนั้น การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจึงเป็นกิจกรรมสืบเนื่องจากการพัฒนาด้านควบคุมป้องกันปัญหาความเจ็บป่วยของคนในอดีตโดยระยะแรกเมื่อเกิดการเจ็บป่วยล้มตายจำนวนมากจากโรคติดต่อร้ายแรง ซึ่งขณะนั้นยังไม่ทราบสาเหตุได้มีการใช้มาตรการกักกัน (Quarantine) ตัวผู้ป่วยไว้อีกสังคมต่างหากจนกว่าโรคจะสงบ ครั้งต่อมาโรคติดต่อเหล่านั้นลดความรุนแรง และสาเหตุของโรคเริ่มเป็นที่รู้จักมากขึ้น จนเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องแยกผู้ป่วยจากสังคมคนปกติจึงเปลี่ยนมาใช้มาตรการแยกกักผู้ป่วย (Isolation) เมื่อระบบสาธารณสุขได้พัฒนางานเวชศาสตร์ป้องกันจนเป็นที่ยอมรับว่าควรมีมาตรการป้องกันก่อนเกิดปัญหา จึงเกิดความจำเป็นที่จะต้องติดตามรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหานั้นๆ อย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เหตุการณ์ยังปกติ การดำเนินการดังกล่าวเรียกว่าการเฝ้าระวัง (Surveillance) ซึ่งมี 3 ลักษณะ คือ (1) การเฝ้าระวังเฉพาะบุคคล (Individual surveillance) เป็นการติดตามเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรค เพื่อรับทราบได้ทันท่วงที และให้คำแนะนำช่วยเหลือ[2] เมื่อมีอาการแสดงจากโรคที่สัมผัส โดยไม่ต้องจำกัดการประกอบกิจกรรมหรือที่พักอาศัยถือเป็นมาตรการควบคุมป้องกันโรคอย่างหนึ่ง (2) การเฝ้าระวังโรค (Disease surveillance) เป็นการติดตามเฝ้าระวังการเกิดและกระจายของโรค หรือเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการถ่ายทอดโรคในพื้นที่ที่กำหนด และ (3) การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (Epidemiological surveilance) เป็นการติดตามเฝ้าระวังบุคคล สถานที่ เวลา และองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหรือภัยสุขภาพของประชาชน และหัวใจของการเฝ้าระวัง คือ การเกาะติดสถานการณ์อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ เพื่อให้ได้ความรู้เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยของคน สถานการณ์ของปัญหา และรีบดำเนินการป้องกันหรือควบคุมปัญหา (Surveillance for public health action)[3]

จากเหตุการณ์เกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดอย่างกว้างขวางไปทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย โดยพบรายงานครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 สำหรับประเทศไทยได้รายงานผู้ป่วยรายแรกซึ่งเป็นผู้ป่วยนำเข้าชาวจีนในวันที่ 8 มกราคม 2563 และรายงานผู้ป่วยรายแรกที่ติดเชื้อภายในประเทศเมื่อ 30 มกราคม 2563 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย เมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 ซึ่งตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 ถึงมิถุนายน 2565 พบการระบาดในประเทศไทยหลายระลอก และเป็นไปอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2563 และต่อมามีการปรับแนวทางหรือมาตรการด้านสาธารณสุขทั้งการสอบสวนโรค

การดูแลรักษาผู้ป่วย การเฝ้าระวังโรค ฯลฯ ไปตามสถานการณ์ของการระบาดของโรคเป็นระยะๆ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงได้จากเว็บไซต์ของกรมควบคุมโรค[4]

เช่นเดียวกับสถานการณ์การควบคุมโรคติดต่อของอำเภอ อาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ดตั้งแต่ พ.ศ.2661-2567) ปี พ.ศ.2561 อัตราป่วย/ประชากรแสนคน พบว่า Diarrhoea 1,926.39, Food Poisoning 199.10, Hand foot and mouth disease 125.11, Chickenpox 98.20 , 5.D.H.F.Total 82.06 ตามลำดับ ; ปี พ.ศ.2562 อัตราป่วย/ประชากรแสนคน พบว่า Diarrhoea 1,763.66, D.H.F.Total 255.02, Food Poisoning 212.07, Hand foot and mouth disease 118.11, Chickenpox 65.17 ตามลำดับ; ปี พ.ศ. 2563 อัตราป่วย/ประชากรแสนคน พบว่า Diarrhoea 1,448.24 ,Food Poisoning 127.51, D.H.F.Total 110.06, Chickenpox 59.06, Hand foot and mouth disease 22.82 ตามลำดับ; ปี พ.ศ.2564 อัตราป่วย/ประชากรแสนคน พบว่า Diarrhoea 1,319.39, 2. Food Poisoning 93.9, Chickenpox 26.84, Hand foot and mouth disease 25.50, H.conjunctivitis 21.48 ตามลำดับ; ปี พ.ศ. 2565 อัตราป่วย/ประชากรแสนคน พบว่า Diarrhoea 1,123.43, Hand foot and mouth disease 163.7, Food Poisoning 120.80, D.H.F. Total 30.87, Melioidosis 29.53 ตามลำดับ; ปี พ.ศ.2566 อัตราป่วย/ประชากรแสนคน พบว่า Diarrhoea 625.47, Pneumonia 608.02, Food Poisoning 272.47, Hand foot and mouth disease 112.75, D.H.F.Total 42.95 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2567 (มกราคม - พฤษภาคม 2567) อัตราป่วย/ประชากรแสนคน 1. Pneumonia 285.89, 2.Food Poisoning 201.33, Coronavirus disease 2019 191.94 Influenza Total 110.06, Chickenpox 75.16 ตามลำดับ[5] ในทำนองเดียวกัน สถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออันตราย ดังเช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงสูงและสามารถแพร่สู่ผู้อื่นได้อย่างรวดเร็ว จากประสบการณ์การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โดยองค์กรปกครองท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ สรุปขบวนขับเคลื่อนงานอย่างน้อย 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การจัดบริการเพื่อเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ 2) ความร่วมมือกันของ 4 องค์กรหลัก (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน และท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน ตำบล) 3) ประสบการณ์ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และภูมิปัญญาของทุนทางสังคม ในการจัดการกับปัญหา และความต้องการและ 4) การนำใช้แนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อโดยชุมชนท้องถิ่น 8 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการพัฒนาศักยภาพ (2) ด้านการติดตาม เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสัมผัส และประชาชนที่เกี่ยวข้อง (3) ด้านการกำหนด กติกา ข้อตกลงในครอบครัวหมู่บ้าน ตำบล (4) ด้านการปรับพฤติกรรมบุคคลและครอบครัว (5) ด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนและพื้นที่สาธารณะ (6) ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของทุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ (7) ด้านการฟื้นฟูผู้ได้รับผลกระทบ และ (8) ด้านการจากการสรุปบทเรียนและการจัดการความรู้การสรุปบทเรียนการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นการสะท้อนศักยภาพของชุมชน[6] ในการจัดการกับสถานการณ์วิกฤต ที่สร้างผลกระทบต่อความเป็นอยู่ วิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ การสนับสนุนให้ผู้นำขององค์กรหลักในพื้นที่ ได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อโดยชุมชนท้องถิ่นซึ่งสะท้อนผลลัพธ์ของการดำเนินการในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อโดยชุมชนท้องถิ่น ที่มุ่งเน้นให้ชุมชนท้องถิ่นสามารถจัดการตนเองในการพัฒนาระบบงานและกลไกเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ อันเกี่ยวเนื่องกับพื้นที่อื่นในระดับอำเภอ จังหวัด ประเทศและทั่วโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3]

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเป็นขั้นตอนแรกของงานระบาดวิทยา เนื่องจากการเฝ้าระวังเป็นกระบวนการค้นหาและติดตามปัญหา เพื่อให้ทราบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

ของโรคหรือปัญหาสาธารณสุข ก่อนการสอบสวนโรคหรือการศึกษาทางระบาดวิทยา[7] ทั้งนี้กระบวนการเฝ้าระวังประกอบด้วยกระบวนการ 4 อย่าง คือ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลพร้อมข้อเสนอเพื่อแก้ปัญหา การเผยแพร่ผลเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหา โดยให้ความสำคัญกับ**การรู้เร็ว** เพื่อค้นหาการเกิดโรคหรือปัญหาสาธารณสุขอย่างทันท่วงที การเฝ้าระวังติดตามข้อมูลสถานการณ์ของโรคหรือปัญหาสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องจะช่วยค้นหาหรือทราบการระบาดของโรคในพื้นที่นั้นได้รวดเร็ว อาทิ กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อในประเทศต่างๆ ที่ทราบสถานการณ์ด้รวดเร็วจากระบบเฝ้าระวังของประเทศและเครือข่ายทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นการระบาดของโรคไข้หวัดนก (H5N1) ในคน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 จนถึงต้นมิถุนายน 2554 มีรายงานผู้ป่วยจาก 15 ประเทศทั่วโลก รวม 554 เสียชีวิต 324 ราย หรือ การระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในทุกภูมิภาคทั่วโลก ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2552 จนถึงปัจจุบัน เป็นต้น **การรู้ดี** เพื่อทราบรูปแบบ และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการเกิดโรคหรือปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหรือการเปลี่ยนแปลงนั้น และ**รู้วิธี** เพื่อจัดการกับโรคหรือปัญหาสาธารณสุขได้ตรงจุด ได้แนวทางกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ[3,8]

ระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทยถูกวางรากฐานกว่า 40 ปี เริ่มต้นจากโรคติดต่อที่สำคัญของประเทศ และเครือข่ายเฝ้าระวังครอบคลุมระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบล การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นบทบาทของบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข โดยเฉพาะภาครัฐ มีการรายงานข้อมูลโรคในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจากสถานบริการทางสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลทุกแห่ง ไปยังหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอจังหวัด จนถึงสำนักระบาดวิทยาในส่วนกลางจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจสังคม และโครงสร้างระบบราชการ รูปแบบการรายงานต้องปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์สถานพยาบาลเอกชนมีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการ[9] การพัฒนาระบบโทรคมนาคม และการสื่อสารเกิดควบคู่กับการเพิ่มขึ้นของปัญหาโรคไม่ติดต่อและโรคติตต่ออุบัติใหม่ ขณะที่โรคติดต่อที่มีอยู่เดิม ยังคงระบาดเป็นช่วงๆ ในหลายพื้นที่เหตุนี้จึงมีความจำเป็นต้องขยายขอบเขตการเฝ้าระวังออกนอกสถานบริการสาธารณสุข และพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อให้รู้สถานการณ์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพได้รวดเร็วยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถจังหวัดร้อยเอ็ดขึ้นเพื่อขยายขอบเขตการเฝ้าระวังออกนอกสถานบริการสาธารณสุข และพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อให้รู้สถานการณ์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพได้รวดเร็วยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและการฝ้าระวังในชุมชนจะเกิดได้ ประชาชนต้องเข้าใจก่อนว่าเฝ้าระวังไปทำไม เฝ้าระวังแล้วได้ประโยชน์อย่างไรต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

## วิธีดำเนินการวิจัย

**พื้นที่วิจัย** การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภออาจสามารถ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ดครั้งนี้ดำเนินการตั้งแต่เดือนเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2567 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[10] โดยมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)** โดย

1) ศึกษาบริบท และเก็บข้อมูลพื้นฐานของชุมชน 2) Pre-test กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย และ 3) ประชุมภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง โดยการนำเอาเทคนิคกระบวนการวางแผนมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control;= A-I-C) เป็นการระดมสมองในการวิเคราะห์พัฒนาหาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาของการเกิดโรค ปัจจัย แนวทางและวิธีการจัดการควบคุมป้องกันโรคที่ประสบความสำเร็จ

**ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)** ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ศึกษาดูงาน ประชุมให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ในชุมชน การสร้างและดำเนินงานเครือข่าย และการประกวด

**ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)** โดย 1) เข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศตรวจเยี่ยม สนับสนุนให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลงานที่ได้จากแผนงาน กิจกรรม โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator) และ 2) ร่วมประชุมผลการปฏิบัติงาน

**ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)** โดย 1) ถอดบทเรียนเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลระบบเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคโดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ 2) ประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) และสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และ 3) Post-test กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย

**ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ 1) คณะกรรมการ พชอ. อำเภออาจสามารถ จำนวน 11 คน 2) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล 10 คน 3) นายกเทศมนตรีและองค์การบริหารส่วนตำบล 11 คน และ 4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 คน รวม 45 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชนิด

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ**

1.1 แบบสอบสัมภาษณ์ทีมพัฒนาระบบการเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อมี 3 ส่วน ประกอบด้วย **ตอนที่ 1** ลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วยตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และตำแหน่งทางสังคม **ตอนที่ 2** วิธีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก และ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด จำนวน 12 ข้อ **ตอนที่ 3** การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด 2 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมน้อย 3 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง 4 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมาก และ 5 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด จำนวน 15 ข้อ **และตอนที่ 4** กระบวนการบริหารเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง จริงจังอย่างยิ่ง (มีเอกสารหลักฐานชัดเจน ตรวจสอบได้) 4 หมายถึงจริงจัง (มีเอกสารหลักฐานค่อนข้างชัดเจน) 3 หมายถึง จริงจังปานกลาง (มีการปฏิบัติบ้าง พอมีเอกสารหลักฐานบ้าง) 2 หมายถึง ก่อนข้างไม่จริงจัง (มีการปฏิบัติบ้าง เท่าที่โอกาสอำนวย) 1 หมายถึง ไม่จริงจัง (ไม่ปฏิบัติ) จำนวน 24 ข้อ

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ** ประกอบด้วย

2.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อศึกษาสภาพปัญหาในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อซึ่งแนวทางการสนทนามีดังต่อไปนี้ 1) แนวทางในการสนทนากลุ่มสำหรับการสนทนากลุ่มองค์กรภาครัฐ ประเด็นในการสนทนากลุ่มประกอบด้วย การรับทราบสถานการณ์โรค การสนับสนุนหรือบริการต่างๆ ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อปัญหาอุปสรรคในการเฝ้าระวังป้องกันละควบคุมโรคและข้อเสนอแนะ และ 2) แนวทางในการสนทนากลุ่มสำหรับสนทนากลุ่มองค์กรชุมชน และ

กลุ่มตัวแทนประชาชนประเด็นในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคการรับทราบสถานการณ์โรคการสนับสนุนหรือบริการต่างๆ ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคปัญหาอุปสรรคในการเฝ้าระวังป้องกันละควบคุมโรคและข้อเสนอแนะ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มทักษะแนวคิดหลักการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในพัฒนาระบบการเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกัน และควบคุมโรค เทคนิคกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control, AIC) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นและส่งเสริมการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ตัดสินใจเลือกและกำหนดรูปแบบระบบการเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคโดยใช้แบบบันทึกกิจกรรม แบบบันทึกภาคสนามแบบบันทึกการสังเกต แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

**การสร้างเครื่องมือวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ เพื่อพิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วจึงได้นำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา ภาษา และความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of Congruence) ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ให้แนนในแต่ละข้อออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ให้ +1 เมื่อข้อคำถามคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถาม คำตอบสอดคล้อง และครอบคลุมตัวแปรการวิจัย และให้ -1 เมื่อข้อคำถามคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยโดยคิดคิดจากคะแนนรวมของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนค่า IOC มากกว่า 0.50 ขึ้นไปถือว่าข้อความนั้นผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันเมื่อปรับปรุงเรียบร้อยแล้วนำเครื่องมือมาตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha - Coefficient) โดยได้ค่าคำนวณที่ 0.85

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

การดำเนินการวิจัยผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนดำเนินการแบ่งออกได้เป็น ดังนี้

**ขั้นเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย** โดย 1) ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2) จัดทำบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย 3) ประสานงานกับผู้นำชุมชนและชุมชนเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน เนื่องจากการวิจัยเป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาชนต้องมีความเชื่อถือ และให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างเต็มใจจึงจะทำให้งานวิจัยประสบผลสำเร็จ โดยการเข้าไปพบปะพูดคุยกับผู้นำชุมชนแกนนำในชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย รูปแบบ แผนงาน ระยะเวลาที่จะดำเนินการขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 4) ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบพื้นที่เข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สมาชิกสภาเทสบาลตำบล ครู กรรมการหมู่บ้าน อสม. และประชาชนในพื้นที่เพื่อเตรียมความพร้อมของคณะทำงานและเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย 5) เตรียมกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยผู้วิจัยได้เข้าพบและแนะนำตัวเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลและ 6) ดำเนินการวิจัย ในเบื้องต้นโดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเอกสาร ทะเบียน สถิติรายงานที่เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนแบบบันทึกประวัติครอบครัว ทะเบียนตรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย และสถิติการระบาดของโรคของอำเภออาจสามารถ

**ขั้นปฏิบัติการวิจัย** การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมการพัฒนระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคที่แต่งตั้งขึ้น (ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน ครู อสม. จนท.สาธารณสุข ประชาชนในพื้นที่ กรรมการกองทุนสุขภาพ อบต.) จำนวน 3 ครั้ง และได้พัฒนากระบวนการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยการนำเอาเทคนิคกระบวนการวางแผนมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AppreciationInfluence Control =A - I - C ในการประชุมแต่ละครั้งให้เกิดการดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)** เดือนเมษายน 2567 ระยะเวลา 2 สัปดาห์ วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินงานป้องกันโรคเป็นการใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และวิเคราะห์สถานการณ์ในการดำเนินงานการพัฒนาระบบฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคที่ผ่านมาก่อนการดำเนินการพัฒนางาน

2. ประชุม/ สนทนากลุ่ม กับทีมพัฒนาระบบการเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรค (ผู้นำชุมชน, กรรมการหมู่บ้าน กรรมการกองทุนสุขภาพ อบต. อสม ครู. ผู้นำเยาวชน. จนท.สาธารณสุข และผู้ดูแลเด็ก) ตามประเด็นปัญหาและส่วนที่ขาดพร้อมให้นำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์ ร่วมกันวางแผนกำหนดกรอบแนวทางและแผนการปฏิบัติการดำเนินงานพัฒนระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคใช้เวลา 1 วัน

3. จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคให้กับทีมพัฒนาฯ (ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน กรรมการกองทุนสุขภาพ อบต. อสม. ครู ประชาชน จนท.สาธารณสุข และผู้ดูแลเด็ก) โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) และขั้นตอนการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control : C) โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และกิจกรรมสร้างความคุ้นเคย ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 2 วัน โดยจัดให้มีกิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมวันแรก โดย** 1) พิธีเปิด โดยกล่าวถึงความมุ่งหมายของการอบรมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาระบบฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของทีมพัฒนาฯ (ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน กรรมการกองทุนสุขภาพ อบต., อสม. ครู ประชาชนในพื้นที่ และจนท.สาธารณสุข) ได้ตระหนักถึงความสำคัญต่อการดำเนินงานและให้ความร่วมมือในการอบรมครั้งนี้ 2) ผู้วิจัยแนะนำตัว เพื่อให้ผู้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการได้รู้จักทีมวิทยากร และชี้แจงให้ทราบถึงความมุ่งหมายของการอบรมเชิงปฏิบัติการ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกัน และควบคุมโรค 3) การสร้างกลุ่มสัมพันธ์โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความคุ้นเคย และการได้รู้จักกันมากขึ้นของผู้เข้ารับการอบรม รวมถึงการมีส่วนร่วมในการกำหนดกติกาของการอบรมร่วมกัน 4) การวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคโดยการวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อค้นหาปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้การดำเนินงานไม่ได้รับความร่วมมือและไม่ประสบความสำเร็จ และ 5) คืนข้อมูลด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย การรณรงค์สร้างสุขภาพตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและควบคุมโรค ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของการเกิดโรค การเฝ้าระวังและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคและการมีส่วนได้ส่วนเสียในการป้องกันและควบคุมโรคโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A)

**กิจกรรมวันที่สอง** โดย 1) จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และการทบทวนบทเรียนที่ผ่านมาให้ผู้เรียนได้ตื่นตัวและเตรียมความพร้อมที่จะนำเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการต่อไปแบ่งกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม โดยกระจายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้มีลักษณะคล้ายๆ กัน ทุกกลุ่ม

วิเคราะห์สภาพ ปัญหาอุปสรรค การดำเนินงาน การจัดการป้องกันและควบคุมโรคที่ผ่านมาในอดีตจนถึงปัจจุบัน และหาภาพความต้องการที่อยากเห็นในอนาคตสำหรับระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกัน และควบคุมโรค พร้อมนำเสนอในที่ประชุมรวม เพื่อการวิเคราะห์ร่วมกันและร่วมพิจารณาหาแนวทางในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคให้เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ และส่งตัวแทนกลุ่มออกมานำเสนอ และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มอื่นๆ สามารถซักถาม หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ในประเด็นที่ขาดหาย และวิทยากรจะช่วยเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถอธิบายให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้น จากการนำเสนอของกลุ่ม 2) กลุ่มย่อยร่วมกันจัดลำดับความสำคัญ และจำแนกกิจกรรมที่ได้รับรู้ร่วมกันจากการนำเสนอและพิจารณาร่วมกันในกลุ่มใหญ่ที่ผ่านมา โดยแยกออกเป็น กิจกรรมที่ชุมชนสามารถทำได้เอง กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกันกับคนอื่นหรือหน่วยงานอื่น และกิจกรรมที่จำเป็นต้องให้คนอื่นหรือหน่วยงานอื่นๆ รับไปทำ แล้วส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอในที่ประชุมรวม เพื่อร่วมพิจารณาและจัดลำดับความสำคัญในภาพรวมและเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มอื่นๆสามารถซักถาม หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ในประเด็นที่ขาดหาย และวิทยากรจะช่วยเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถอธิบายให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้นจากการนำเสนอของกลุ่ม โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ในขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence :I) และ 3) กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกัน และควบคุมโรค ให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ให้เกิดความชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น แบ่งหน้าที่ในการดำเนินงาน ความรับผิดชอบงาน ตามความถนัดโดยเปิดโอกาสให้ทุกคนได้มีโอกาสเลือกหัวข้อ ประเด็นกิจกรรมที่ตนเองสนใจไปรับผิดชอบเพื่อให้เกิดความชัดเจนในภารกิจของตน โดยการจัดทำเป็นคำสั่งแต่งตั้งในรูปแบบของคณะกรรมการ คณะทำงาน รับผิดชอบติดตามกำกับแผนงาน/โครงการที่จะต้องดำเนินการ รวมทั้งกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับคณะกรรมการ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ในขั้นตอนของการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control : C) โดยผู้เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการทำแบบสอบถามการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หรือระบบรายงาน 506 ทางระบาดวิทยา การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และฝึกซ้อมแผนปฏิบัติ แล้วจัดทำข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงานในการพัฒนา ฯ รวมทั้งมอบภารกิจการดำเนินงานการจัดทำแผนงาน/ โครงการ ปิดการอบรมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้

**ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)** เดือนมิถุนายน 2567 ระยะเวลา 4 สัปดาห์เป็นการนำแผนงานหรือโครงการหรือแนวทางการดำเนินซึ่งได้กำหนดกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคไปสู่การปฏิบัติตามแผนโดยการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้ดำเนินการให้เป็นไปตามแผนงานหรือแนวทางดำเนินการในแต่ละกิจกรรมที่ได้มาจากการคัดเลือกของกลุ่มรวม เพื่อให้ได้ตามเป้าประสงค์ ได้แก่ ประชุมให้ความรู้, ประชาสัมพันธ์รณรงค์ในชุมชน, การสร้างและดำเนินงานเครือข่าย, จัดตั้งกองทุน, การประกวดบ้าน/ คุ้มดีเด่นในการป้องกันโรคในชุมชน

**ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Obsenving)** เดือนกรกฎาคม 2567 ระยะเวลา 2 สัปดาห์เป็นการสังเกตผลในขั้นตอนปฏิบัติเพื่อประเมินผลที่เกิดขึ้นและการตีความปรากฏการณ์ระบบองค์ความรู้ใหม่เกิดขึ้น การสังเกตการปฏิบัติในกิจกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคของประชาชน การอบรมพัฒนาศักยภาพ การนิเทศติดตาม สนับสนุนโดยการจดบันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการ คือ ในขั้นตอนของการวางแผน การปฏิบัติการตามแผนการสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติการ รวบรวมข้อมูล การปฏิบัติการที่เกิดขึ้นเก็บสะสมไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรการปฏิบัติการในครั้งต่อไป และเพื่อใช้เป็นข้อมูลวิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

**ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)** เดือนสิงหาคม 2567 ระยะเวลา 1 สัปดาห์

ถอดเป็นขั้นตอนเพื่อการให้ได้มาซึ่งแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน และในขั้นตอนนี้จะประชุมผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดทำแผนกลยุทธ์ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรค โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) จัดเวทีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานของทีมพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน กรรมการกองทุนสุขภาพ อบต. อสม. ครู ผู้นำเยาวชน จนท.สาธารณสุข และผู้ดูแลเด็ก) เพื่อร่วมกันทบทวนแนวทาง ผลการปฏิบัติงาน ปัญหาอุปสรรค ข้อขัดแย้ง สรุปประเด็นที่จะใช้ประกอบเป็นการวางแผนการดำเนินงานในครั้งต่อไป ใช้เวลา 1 วัน 2) การนิเทศ ติดตามสนับสนุน ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะ 3) สัมภาษณ์ แบบเจาะลึก (In - depth Interview) เพื่อหาข้อมูลปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาการดำเนินงานการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรค และ 4) เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ และกระบวนการบริหารเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** โดย 1) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่การศึกษา ได้แก่ แผนที่ชุมชน ประวัติความเป็นมา สภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร และปัญหาด้านต่างๆ ในชุมชน 2) ใช้แบบสัมภาษณ์การเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญก่อน และหลังการวิจัย 3) จากแบบบันทึกกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control; AIC) เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรค 4) ใช้การสังกตแบบมีส่วนร่วมและจดบันทึก (Observation and Record) ใช้ในการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยสังเกตและบันทึกกิจกรรมของผู้เข้าร่วมในการวิจัย และในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามขั้นตอนในการวิจัย 5)ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และ 6) ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview)

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาน โดย 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลจากแบบสอบถามการดำเนินการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรค โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ และกระบวนการบริหารเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Percentage differences และ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมู่ตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัยจึงมีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ดังนี้ 1) ส่งโครงร่างวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัย ด้านจริยธรรมคณะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (รหัสหนังสือรับรอง COE 1542566) ให้เครือข่ายสุขภาพที่เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ในจดหมายที่ส่งแบบสอบถามทุกฉบับ และเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยระบุข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

## ผลการวิจัย

**1. การศึกษาสถานการณ์เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมด 52 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

(53.80%) อายุเฉลี่ย 50 ปี (SD.= 8.19) สถานภาพสมรสแล้ว (90.40%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (36.60%) ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (57.70%) และตำแหน่งทางสังคมเป็นภาคีเครือข่าย (46.20%) ดังแสดงในตารางที่ 1 ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มปัญหาเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพไม่เท่าเทียม โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทและห่างไกลมักมีการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้การเฝ้าระวังและควบคุมโรคทำได้ยากลำบาก การรับรู้และความเข้าใจของประชาชน ซึ่งได้แก่ ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคติดต่อและวิธีป้องกันทำให้ชุมชนบางแห่งละเลยมาตรการป้องกัน ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาด การขาดแคลนทรัพยากร: การขาดแคลนทรัพยากร เช่น งบประมาณ บุคลากร และวัคซีน ทำให้การเฝ้าระวังและป้องกันโรคไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น การรวมตัวในครอบครัวใหญ่ หรือพิธีกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค อาจทำให้โรคติดต่อแพร่ระบาดได้ง่าย และการขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาล หน่วยงานท้องถิ่น และองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร ส่งผลให้การควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร[11-15]

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากรผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (n=52)

| | ลักษณะทางประชากร | จำนวน(%) |
|---|---|---|
| **เพศ** | ชาย | 24(46.20) |
| | หญิง | 28(53.80) |
| **อายุ(ปี)** | Mean(SD.) | 49.78(8.19) |
| | Min(Max) | 28(64) |
| **สถานภาพสมรส** | โสด | 2(3.80) |
| | สมรส | 47(90.40) |
| | หย่า/ หม้าย/ แยก | 3(5.80) |
| **ระดับการศึกษา** | ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น | 4(7.70) |
| | ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย | 19(36.60) |
| | ปวส./อนุปริญญา | 14(26.90) |
| | ปริญญาตรี | 15(28.80) |
| **อาชีพ** | เกษตรกรรม | 8(15.40) |
| | รับจ้าง | 7(13.60) |
| | รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ | 30(57.70) |
| | ค้าขาย | 2(3.80) |
| | แม่บ้าน | 5(9.60) |
| **ตำแหน่งทางสังคม** | อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) | 10(19.20) |
| | สมาชิก อบต. | 1(1.90) |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ลักษณะทางประชากร | จำนวน(%) |
|---|---|
| ผู้นำหมู่บ้าน | 9(17.30) |
| กรรมการหมู่บ้าน | 8(15.40) |
| อื่นๆ ภาคีเครือข่าย | 24(46.20) |

**2. ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ** ข้อค้นจากสนทนากลุ่มและการสังเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบ 8 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินสถานการณ์เบื้องต้น เช่น ประเมินปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม สุขอนามัย และพฤติกรรมของประชากรที่อาจส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรค หรือใช้เครื่องมือเช่น การวิเคราะห์ SWOT เพื่อประเมินความพร้อมในการเผชิญกับโรคในพื้นที่ชนบท (2) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค เป็นการพัฒนาระบบการรายงานที่รวมข้อมูลจากโรงพยาบาลและคลินิกในท้องถิ่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเฝ้าระวังโรค เช่น การรายงานผ่านแอปพลิเคชันมือถือหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ (3) การจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคโดยกำหนดมาตรการป้องกัน เช่น การฉีดวัคซีน, การส่งเสริมสุขอนามัย พัฒนาแผนการจัดการในกรณีเกิดการระบาด เช่น การแยกตัวผู้ติดเชื้อและการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ป้องกันโรค (4) การจัดตั้งเครือข่ายความร่วมมือ สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐ องค์กรเอกชน และชุมชนท้องถิ่นและจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความเข้าใจและวางแผนร่วมกัน (5) การฝึกอบรมบุคลากร และการให้ความรู้แก่ชุมชน ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีใหม่ๆ และให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันโรค และวิธีการดูแลตนเองเบื้องต้นอยางต่อเนื่อง (6) การจัดการตอบสนองเมื่อเกิดการระบาด จัดตั้งศูนย์ควบคุมโรคในพื้นที่เพื่อประสานงาน และตอบสนองต่อการระบาดอย่างรวดเร็วและใช้แผนปฏิบัติการที่วางไว้เพื่อจำกัดการแพร่กระจายของโรค (7) การประเมินผลและการปรับปรุง โดยการประเมินผลของมาตรการที่นำมาใช้และปรับปรุงตามผลการประเมินและใช้ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังเพื่อปรับปรุงแผนป้องกันและควบคุมโรคในอนาคต และ (8) การสื่อสารและรายงานผล รายงานผลการเฝ้าระวังและควบคุมโรคต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นแก่ชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วม

**3. ผลการประเมินผลลัพธ์เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ** หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่โดยรวมเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 36.21 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมวางแผนเพิ่มขึ้นมากที่สุด (35.98%) รองลงมา คือ การร่วมรับผลประโยชน์ (36.17%) และการมีส่วนร่วมดำเนินการ (36.10%) ตามลำดับ หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีกระบวนการบริหารเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ โดยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 33.22 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า 4.การกระจายผลการเฝ้าระวังให้ผู้เกี่ยวข้องใช้ประโยชน์เพิ่มขึ้นมากที่สุด (33.99%) รองลงมา คือ 3.การวิเคราะห์ข้อมูลและประเมินสถานการณ์โรค/เหตุการณ์ที่ได้รับแจ้ง (33.69%) ด้านการรวบรวมข้อมูลเฝ้าระวัง รายงานผู้ป่วย และข่าวการเกิดโรค (33.68%) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าด้านการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชนมีกระบวนการบริหารเพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่น้อยที่สุด (31.20%) ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าความแตกต่างคะแนนร้อยละของการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=52)

| การมีส่วนร่วม | ก่อนการพัฒนา | หลังการพัฒนา | % Differences |
|---|---|---|---|
| | Mean(SD.) | Mean(SD.) | |
| 1. การมีส่วนร่วมวางแผน | 2.04(0.62) | 3.76(0.80) | +35.98 |
| 2. การมีส่วนร่วมดำเนินการ | 2.03(0.68) | 3.75(0.84) | +36.10 |
| 3. การร่วมรับผลประโยชน์ | 2.00(0.83) | 3.70(1.12) | +36.17 |
| เฉลี่ยโดยรวม | 2.02(0.02) | 3.74(0.03) | +36.21 |

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบค่าความแตกต่างคะแนนร้อยละของกระบวนการบริหารเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=52)

| กระบวนการบริหาร | ก่อนการพัฒนา | หลังการพัฒนา | % Differences |
|---|---|---|---|
| | Mean(SD.) | Mean(SD.) | |
| 1. การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชน | 2.22(0.59) | 3.73(0.89) | +31.20 |
| 2. การรวบรวมข้อมูลเฝ้าระวัง รายงานผู้ป่วย และข่าวการเกิดโรค | 2.14(0.58) | 3.77(0.72) | +33.68 |
| 3. การวิเคราะห์ข้อมูลและประเมินสถานการณ์โรค/เหตุการณ์ที่ได้รับแจ้ง | 2.06(0.59) | 3.63(0.62) | +33.69 |
| 4. การกระจายผลการเฝ้าระวังให้ผู้เกี่ยวข้องใช้ประโยชน์ | 1.80(0.51) | 3.19(0.56) | +33.99 |
| เฉลี่ยโดยรวม | 2.05(0.18) | 3.58(0.27) | +33.22 |

## วิจารณ์

สถานการณ์เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ จากการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับผลการศึกษา ระยะก่อนพัฒนาประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ไม่ถูกต้อง ขาดการรับรู้ความเสี่ยง และความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่เหมาะสม ขาดมาตรการป้องกันโรค[16] เช่นเดียวกับผลการติดตามประเมินระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในภาพรวมของประเทศ พบประเด็นควรแก้ไข เช่น ความครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็วของการรายงานโรคในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากสถานบริการทางสาธารณสุขตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัดจนถึงสำนักระบาดวิทยาในส่วนกลาง ผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ในโรงพยาบาลหลายแห่งพบความครบถ้วนของการรายงาน ร้อยละ 14.3 -86.9 ขาดการวิเคราะห์และนำมาใช้ทันเวลา ทั้งๆ ที่มีการรวบรวมข้อมูลมากมาย เฉพาะอย่างยิ่งการรายงานโรคติดเชื้อต่างๆ แต่ส่วนใหญ่ไม่มีการแปลผลและให้ข้อเสนอสำหรับวางแผนแก้ไขปัญหา หรือกำหนดนโยบายการป้องกันควบคุมโรคของประเทศ การกระจายผลเฝ้าระวังให้หน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้องค่อนข้างล่าช้าและไม่ชัดเจน เฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลข่าวสารที่ลงถึงระดับชุมชน การเฝ้าระวังในชุมชนส่วนใหญ่เป็นบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ชุมชนยังไม่เข้ามามีส่วนร่วมมากนัก ประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจว่าการควบคุมป้องกันโรคเป็นหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุข ทั้งนี้หากระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนเข้มแข็งจนชุมชนตรจจับการเกิดโรค/ภัยได้เร็ว หาสาเหตุ และกำจัดจุดเริ่มต้นได้ ประชาชนในชุมชนจะปลอดภัยจากโรค/ภัยทางสุขภาพเพิ่มขึ้น[17]

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SART ระดับตำบล รวม 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) จัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาร่วมกัน 2) สร้างเครือข่ายทีม SARTระดับตำบลในหมู่บ้าน 3) อบรมภาคีเครือข่ายทีม SRRT 4) จัดทำโครงสร้างการทำงานของทีมเฝ้าระวังโรคที่ชัดเจน 5) รณรงค์ทำความสะอาดและกำจัดแหล่งเพาะพันธ์ยุงลงลาย 6) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 7) เครือข่ายทีม SARTระดับตำบล การสำรวจประเมินความชุกลูกลูกน้ำยงลาย 8) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้[18]; ระยะพัฒนาประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเสียงและความรุนแรงของโรค พัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคออกแบบระบบบริการและมาตรการในการป้องกันโรค[16]; ระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ประกอบด้วยมาตรการความปลอดภัยด้านสาธารณสุข มาตรการการประชาสัมพันธ์ มาตรการด้านกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรค มาตรการเตรียมความพร้อมทางการแพทย์และเครือข่ายสุขภาพทุกระดับ และมาตรการความร่วมร่วมมือและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของประชาชน ระบบและกลไก มีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี/ความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก[19]

ผลการประเมินผลลัพธ์เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพบผลเช่นเดียวกับผลการประเมินผลลัพธ์เฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคของการดำเนินงานและคืนข้อมูลให้กับชุมชนและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านก่อนและหลังมีความแตกต่างกัน[18]; หลังการพัฒนามีคะแนนเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคการรับรู้ความเสียงและความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าก่อนการพัฒนา ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง[16]; ประสิทธิผลของระบบ และกลไกพบว่า การเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดอุบลราชธานีทั้งหมด 192,769 คน โดยพบในเดือนกรกฎาคม 2564 มีการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ที่เดินทางมากที่สุดจำนวน 32,715 คน รองลงมาคือเดือนธันวาคม 31,903 คน และเดือนพฤศจิกายน 29,400 คน ตามลำดับ และพบว่ามีแนวโน้มการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดอุบลราชธานีเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.8 ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ 23,369 ราย ผู้เสียชีวิต 193 ราย ส่งต่อ 246 ราย และรับไว้รักษา 23,369 ราย ผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้ และพฤติกรรมการเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของเครือข่ายสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก[19]

## ข้อเสนอแนะ

### 1) ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติการ

ควรมีการพิจารณาการมีส่วนร่วมวางแผน และการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความแตกต่างร้อยละน้อยกว่าทุกด้าน เช่น การระดมความคิดและสร้างการมีส่วนร่วม โดยการเชิญชวนตัวแทนจากกลุ่มชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อระดมความคิด และวางแผนร่วมกัน ทำให้ชุมชนรู้สึกว่ามีส่วนร่วม และเป็นเจ้าของโครงการ หรือการให้ความรู้และการฝึกอบรม โดยจัดการฝึกอบรมเพื่อให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับโรคติดต่อ วิธีการป้องกัน และแนวทางการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการฝึกอบรมแก่ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในชุมชน เช่น ผู้นำศาสนา ครูและอาสาสมัครและควรสร้าง

เครือข่ายที่มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน เช่น โรงเรียน วัด หน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่น และองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคถูกส่งต่ออย่างรวดเร็วและถูกต้อง

**2) ข้อเสนอแนะเชิงระบบหรือการจัดการ** ดังนี้

2.1) ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ในชุมชน เช่น โรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุข และศูนย์ข้อมูลชุมชน เพื่อให้การเฝ้าระวังโรคมีความรวดเร็วและแม่นยำ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ระบบรายงานออนไลน์และแอปพลิเคชันมือถือ เพื่อให้ข้อมูลถูกส่งต่อในเวลาจริง (Real-time) และสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจได้ทันทีการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายในชุมชน

2.2) ควรกำหนดมาตรการเฝ้าระวังโรคแบบบูรณาการ โดยกำหนดมาตรการเฝ้าระวังโรคที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกับนโยบายระดับชาติและระดับท้องถิ่น โดยเน้นการบูรณาการงานของหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพพัฒนากลยุทธ์ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสภาพการณ์ เพื่อรับมือกับโรคใหม่หรือการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที

2.3) ควรสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างความตระหนักรู้: ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังโรค รวมถึงการจัดกิจกรรมรณรงค์และการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักและปฏิบัติตามมาตรการป้องกันสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มเฝ้าระวังในชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถเฝ้าระวังโรคได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.4) การจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมและเพียงพอ โดยจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอให้กับการเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการเฝ้าระวัง และควบคุมโรค เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. แผนยุทธศาสตร์ตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชปถัมภ์; 2559.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1). นนทบุรี: ทีเอสอินเตอร์พริ้นท์; 2563.
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). ความรู้พื้นฐานด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน ควบคุมโรคสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. สำนักงานโครงการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด; 2555.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19: แนวทางการดำเนินงาน [อินเทอร์เน็ต] 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g menu2.php
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภออาจสามารถ. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ประจำปีพ.ศ.2566. งานยุทธศาสตร์; 2566.
6. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2552.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
8. สำนักระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีม

เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว(SRRT). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.

9. คำนวณ อึ้งชูศักดิ์. หลักวิชาและการประยุกต์ระบาดวิทยาสำหรับผู้บริหารสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันการพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
10. Kemmis S, Mc Taggart R, Nixon R. The action research planner: Doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014.
11. World Health Organization. Global health observatory data repository [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 30]. Available from: https://www.who.int/data/gho.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Principles of epidemiology in public health practice[Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 30]. Available from: https://www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/ss1978.pdf.
13. Ministry of Public Health. National strategic plan for communicable disease control [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 30]. Available from: https://www.moph.go.th/plan.
14. Global Health Security Agenda. Advancing global health security: 2023 update [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 30]. Available from: https://www.ghsagenda.org.
15. Health Systems Research Institute. Community communicable disease control obstacles and strategies [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 30]. Available from:https://www.hsri.or.th/research.
16. ฉวีวรรณ เผ่าพันธ์, มัณฑนา กลมเกลียว, วัชรินทร์ ทองสีเหลือง, ศุภนาถ รัตนดาดาษ. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในสถานศึกษา : กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาหารคาม. 2566;20(2):165-78.
17. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานโรค 506. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545.
18. ประเสริฐ ไหลหาโคตร์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับตำบล บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรพยาบาลมหาหารคาม. 2559;13(3):43-50.
19. วลีรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล. การพัฒนาระบบ และกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;3(5):55-71.