



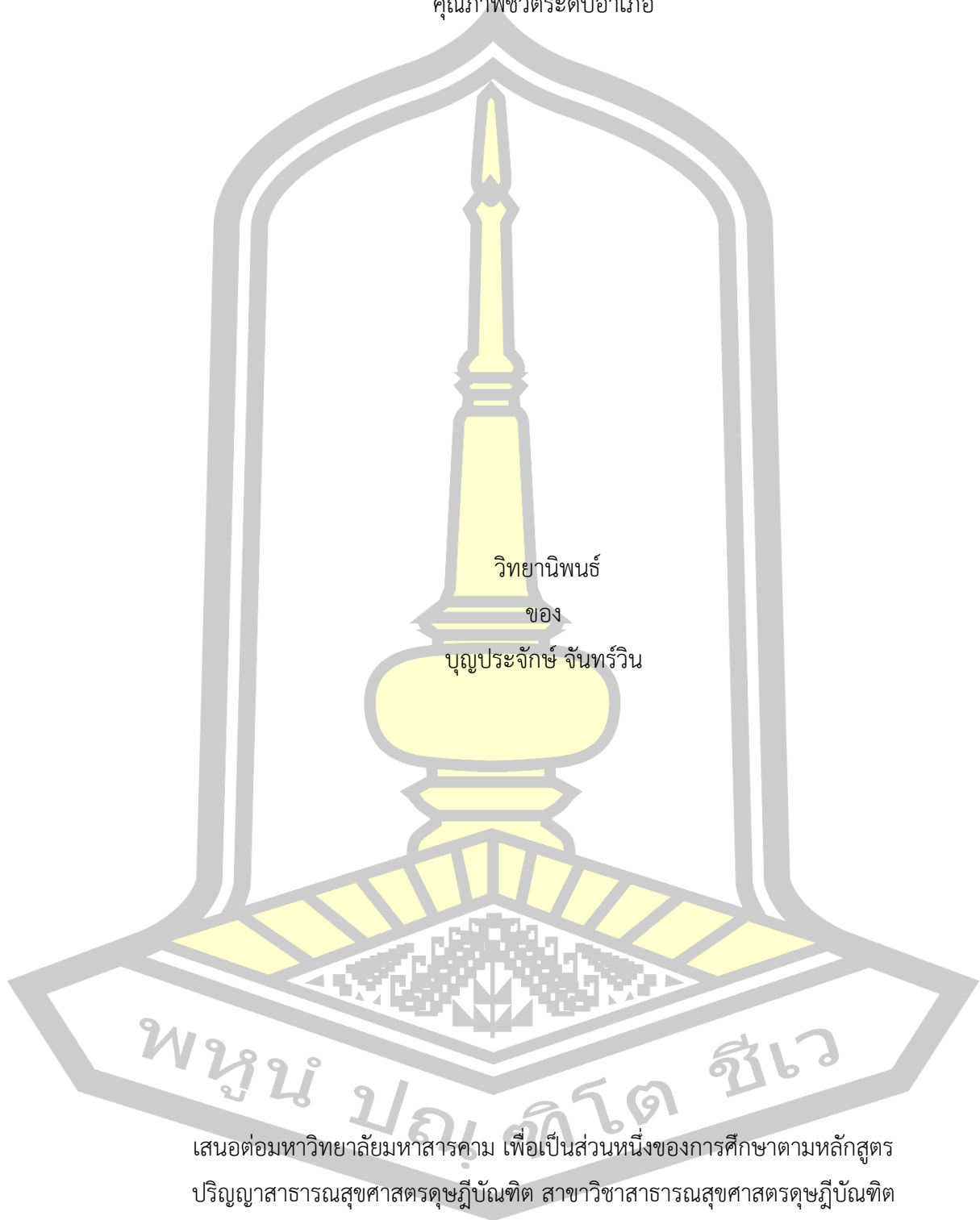
การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนตามมาตรฐานการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

วิทยานิพนธ์
ของ
บุญประจักษ์ จันทร์วิน

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
พฤศจิกายน 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนตามมาตรฐานการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

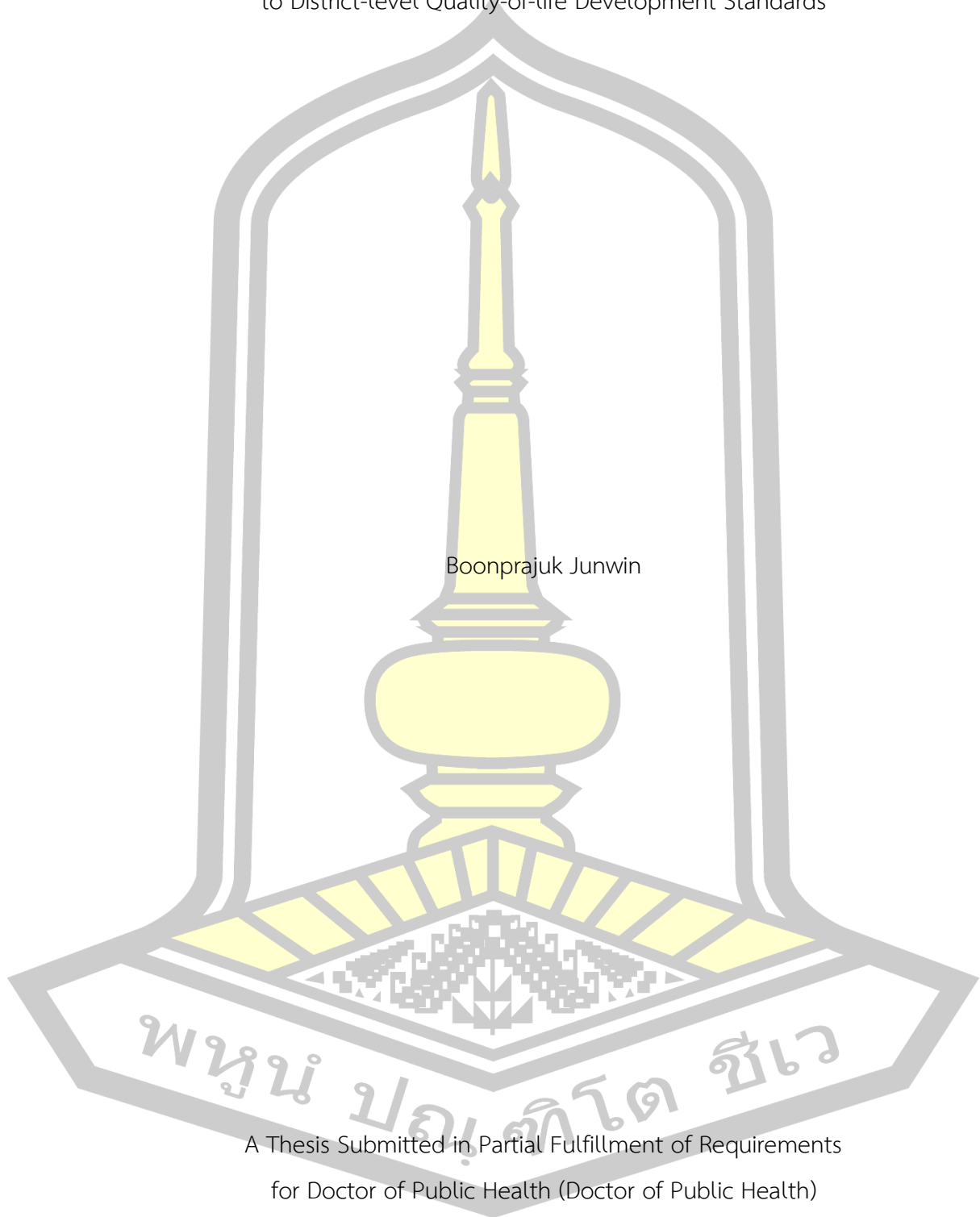


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

พฤศจิกายน 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Developing a Model for Epidemic Prevention and Control in Communities According
to District-level Quality-of-life Development Standards



Boonprajuk Junwin

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

November 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายบุญประจักษ์ จันทร์วิน แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. วรางคณา จันทร์คง)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

กรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล)

กรรมการ

(รศ. ดร. สุณีรัตน์ ยิ่งยืน)

กรรมการ

(รศ. ดร. สุ่มทนา กลางคาร)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. สุ่มทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ		
ผู้วิจัย	บุญประจักษ์ จันทร์วิน		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จตุพร เหลืองอุบล		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2566

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2565 – มิถุนายน 2566 แบ่งการศึกษาเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 เพื่อศึกษาสภาพบริบทพื้นที่ และศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ประชากรเป้าหมาย จำนวน 492 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 475 คน กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 23 อำเภอ สุ่มกลุ่มเป้าหมาย 5 อำเภอ ด้วยการหยิบลากอย่างง่าย ได้แก่ อำเภอช้างกลาง อำเภอนบพิตำ อำเภอหัวไทร อำเภอร่อนพิบูลย์ และอำเภอทุ่งสง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวคำถามสนทนากลุ่ม ส่วนขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การวางแผน (2) การปฏิบัติ (3) การสังเกตการณ์ และ (4) การสะท้อนผล ดำเนินการในพื้นที่อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำไปสู่องค์ประกอบของรูปแบบ 6 มิติ ประกอบด้วย (1) การประชุมและใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา (2) พัฒนาช่องทางสื่อสารและประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับการระบาด (3) การวางแผนและประเมินผลร่วมกัน (4) การสร้างขวัญและกำลังใจ (5) การใช้ทรัพยากรและพัฒนาทักษะ และ (6) การบูรณาการและประเมินผลระบบ และผลการประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE มีการประเมินครบทุกมิติ และอยู่ในขั้นบูรณาการ มีคะแนนระดับ 5 หลังการพัฒนาแบบโดยดำเนินการกิจกรรมครอบคลุมทั้ง 10 มิติ กิจกรรมที่ดำเนินการโดยชุมชน มีการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม

ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงประชาชน และทำให้เกิดกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติที่แท้จริง ประกอบกับหากมีการปฏิบัติตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง การบูรณาการเชิงพื้นที่ทั้งภาคประชาชน หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และมีการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกันอย่างชัดเจน ทั้งนี้ ตั้งอยู่บนพื้นฐานเชิงบริบทของแต่ละอำเภอ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลโดยตรงต่อการป้องกันและควบคุมโรคระบาดอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ ควรนำมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมาบริหารจัดการที่จะต้องเน้นการเตรียมความพร้อมแบบบูรณาการ ด้วยการสนับสนุน การให้คำปรึกษา และการให้ความสำคัญกับการกำหนดแนวทางการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดเครือข่ายที่เหมาะสม รวมไปถึงจะต้องเผยแพร่ข้อมูลที่จำเป็นที่ตระหนักถึงบทบาทสำคัญของคณะกรรมการ เมื่อเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่ควรเน้นให้เห็นการจัดการระบบ ในสถานะที่มีการระบาดของโรคจะต้องมีการทำงานและมีการประสานงานกันทุกองค์กรในอำเภอ ซึ่งจะสะท้อนไปถึงแนวทางการดำเนินงานที่ดี และความท้าทายในความสำเร็จ

คำสำคัญ : รูปแบบในการดำเนินงาน, การป้องกันและควบคุมโรค, โรคระบาด, มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ



TITLE	Developing a Model for Epidemic Prevention and Control in Communities According to District-level Quality-of-life Development Standards		
AUTHOR	Boonprajuk Junwin		
ADVISORS	Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D. Assistant Professor Jatuporn Luangubol , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Public Health	MAJOR	Doctor of Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2023

ABSTRACT

This action research aimed to develop a community epidemic prevention and control model by adhering to the quality-of-life improvement standards at the district level in Nakhon Si Thammarat province. The study spanned two phases from June 2022 to June 2023.

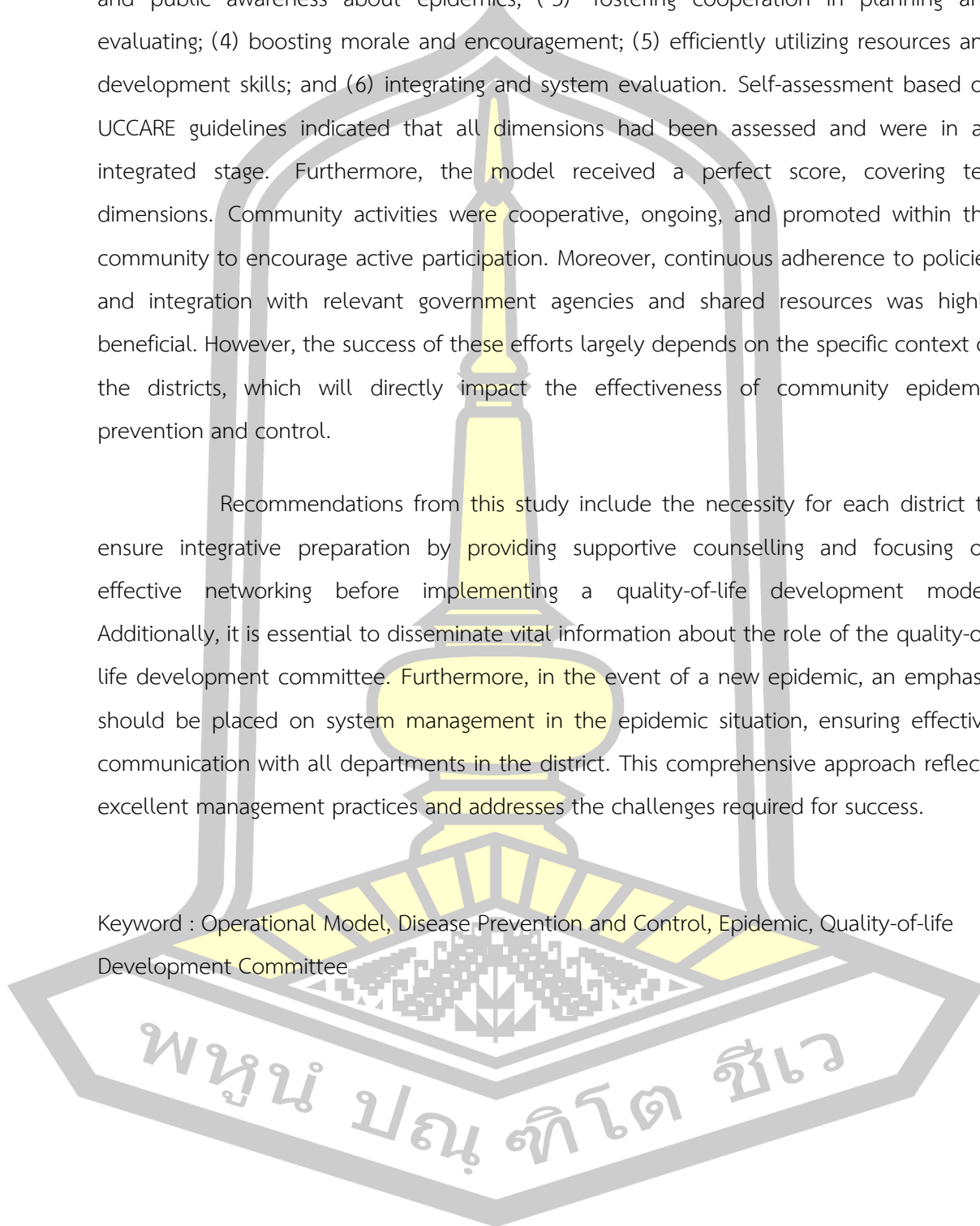
The first phase involved two main steps. Step 1 focused on studying the local context and identifying key factors in preventing and controlling epidemics within the community. The sample size was determined by comparing the proportion of the known population (492 persons) to 475. The qualitative study sample was randomly selected from a pool of 23 individuals who were part of the district-level quality-of-life development committee. Five districts participated in this study, namely Chang Klang District, Nop Phitam District, Hua Sai District, Ron Phibun District, and Thung Song District. Data collection involved questionnaires for the qualitative study and semi-structured questions for the qualitative study (focus group). Quantitative data were analysed using various statistical methods, including mean, standard deviation, frequency, percentage, multiple regression, and confirmatory factor analysis. Step 2 The action research phase consists of four steps: 1) Planning, 2) Implementation, 3) Observation and 4) Reflection, carried out in Phrom Khiri District, Nakhon Si Thammarat.

This research finding revealed that the development of a community epidemic prevention and control model, in line with the quality-of-life improvement standard set by the district-level quality-of-life development committee, encompasses six

dimensions : (1) applying the results to epidemics actions; (2) improving communication and public awareness about epidemics; (3) fostering cooperation in planning and evaluating; (4) boosting morale and encouragement; (5) efficiently utilizing resources and development skills; and (6) integrating and system evaluation. Self-assessment based on UCCARE guidelines indicated that all dimensions had been assessed and were in an integrated stage. Furthermore, the model received a perfect score, covering ten dimensions. Community activities were cooperative, ongoing, and promoted within the community to encourage active participation. Moreover, continuous adherence to policies and integration with relevant government agencies and shared resources was highly beneficial. However, the success of these efforts largely depends on the specific context of the districts, which will directly impact the effectiveness of community epidemic prevention and control.

Recommendations from this study include the necessity for each district to ensure integrative preparation by providing supportive counselling and focusing on effective networking before implementing a quality-of-life development model. Additionally, it is essential to disseminate vital information about the role of the quality-of-life development committee. Furthermore, in the event of a new epidemic, an emphasis should be placed on system management in the epidemic situation, ensuring effective communication with all departments in the district. This comprehensive approach reflects excellent management practices and addresses the challenges required for success.

Keyword : Operational Model, Disease Prevention and Control, Epidemic, Quality-of-life Development Committee



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับอนุมัติทุนอุดหนุนวิจัยประเภทนิสิตบัณฑิตศึกษา ประจำปีงบประมาณ 2566 จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ และประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ พรหมสัตยพรต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ช่วยชี้แนะให้คำปรึกษาแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มัทนา กลางคาร รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล และ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุณิรัตน์ ยั่งยืน กรรมการสอบ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการดำเนินการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ทำให้รายงานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และ ดร.กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้เครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ และ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอช้างกลาง อำเภอนบพิตำ อำเภอหัวไทร อำเภอร่อนพิบูลย์ และอำเภอทุ่งสง รวมไปถึงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลทอนหงส์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ้ายคูและบ้านดอนคา เจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทุกคนที่เกี่ยวข้อง ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และอนุเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

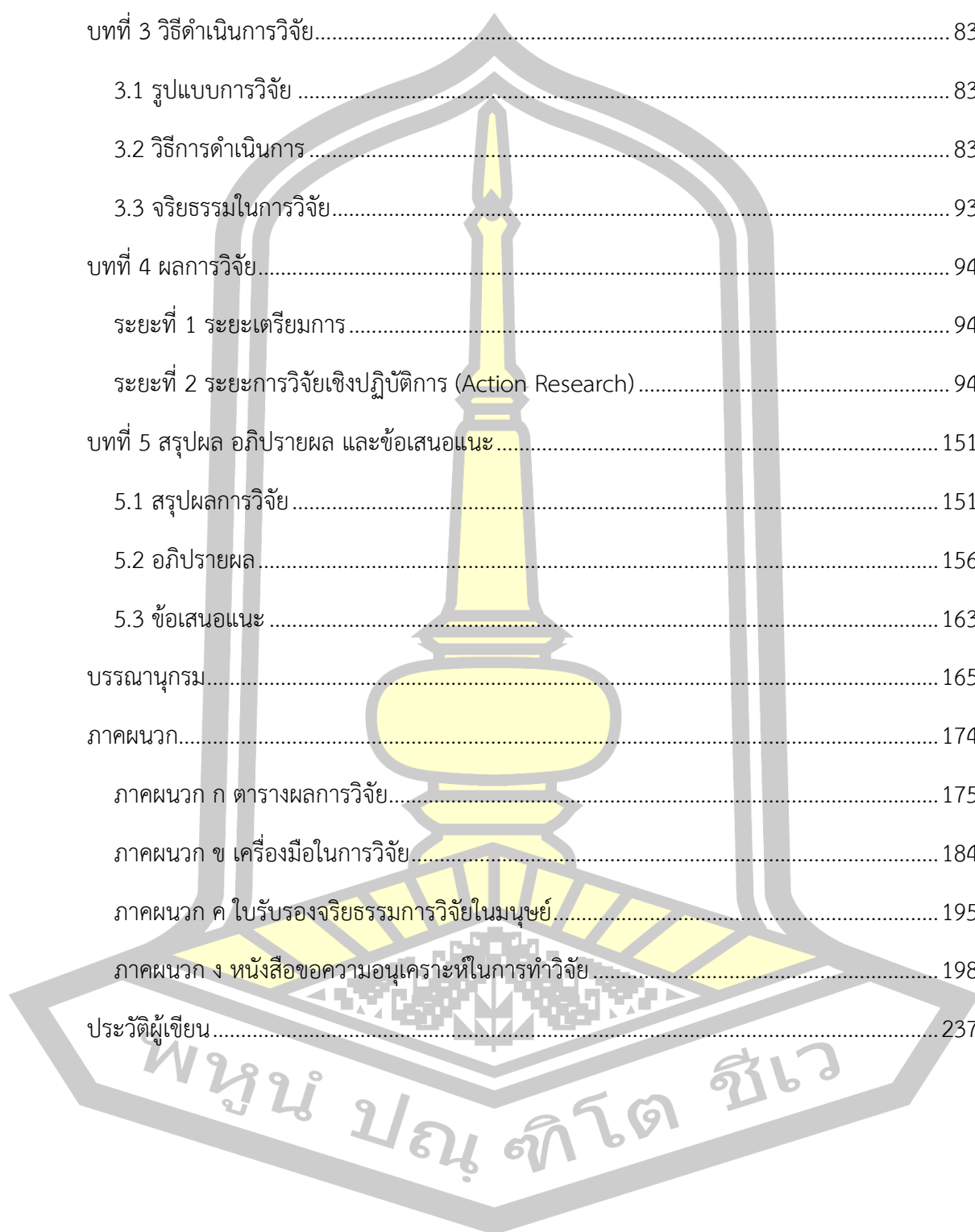
สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ เจ้าหน้าที่ กลุ่มเพื่อนนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต รุ่นที่ 12 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณผู้บริหารสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาในครั้งนี้ ความสำเร็จและความภาคภูมิใจทั้งหมดนี้ ผู้ศึกษาขอมอบและตอบแทนพระคุณบิดา มารดา คณาจารย์ทุกท่านที่เป็นกำลังใจสำคัญ ทำให้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้

บุญประจักษ์ จันทร์วิน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.5 นิยามศัพท์.....	6
บทที่ 2 ปรีทัศน์เอกสารข้อมูล.....	10
2.1 โรคระบาด.....	10
2.2 สถานการณ์ของโรคระบาด.....	16
2.3 หลักการป้องกันและควบคุมโรค.....	20
2.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ.....	26
2.5 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ.....	37
2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	50
2.7 บริบทของจังหวัดนครศรีธรรมราช และการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ.....	60
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	68

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	81
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	83
3.1 รูปแบบการวิจัย	83
3.2 วิธีการดำเนินการ	83
3.3 จริยธรรมในการวิจัย.....	93
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	94
ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ.....	94
ระยะที่ 2 ระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	94
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	151
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	151
5.2 อภิปรายผล.....	156
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	163
บรรณานุกรม.....	165
ภาคผนวก.....	174
ภาคผนวก ก ตารางผลการวิจัย.....	175
ภาคผนวก ข เครื่องมือในการวิจัย.....	184
ภาคผนวก ค ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	195
ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย.....	198
ประวัติผู้เขียน.....	237



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2565 จำแนกรายอำเภอ.....	63
ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของอำเภอที่ดำเนินการขับเคลื่อนประเด็นที่สำคัญตามบริบทพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ปี พ.ศ. 2565	67
ตารางที่ 3 แสดงค่าสถิติประเมินความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์.....	90
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 475).....	105
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ.....	107
ตารางที่ 6 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้วัดการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน	109
ตารางที่ 7 แสดงค่าสถิติประเมินความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์.....	111
ตารางที่ 8 ผลของโมเดลองค์ประกอบของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน	112
ตารางที่ 9 ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกมาเป็นโมเดลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	115
ตารางที่ 10 ผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช.....	126
ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช	176
ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช	177

ตารางที่ 13 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช..... 178

ตารางที่ 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช 179

ตารางที่ 15 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช..... 180

ตารางที่ 16 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช..... 181

ตารางที่ 17 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช..... 182



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปภาพที่ 1 แผนภาพแสดงขั้นตอนการสร้างรูปแบบสร้างความสัมพันธ์	32
รูปภาพที่ 2 แผนภาพแสดงการศึกษาปรากฏการณ์โดยวิธีการสร้างโมเดล	34
รูปภาพที่ 3 แบบจำลองกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ..	54
รูปภาพที่ 4 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Wilkinson.....	56
รูปภาพที่ 5 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick	57
รูปภาพที่ 6 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Stringer.....	59
รูปภาพที่ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	82
รูปภาพที่ 8 รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ.....	120
รูปภาพที่ 9 รูปแบบกิจกรรมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	138
รูปภาพที่ 10 แสดงโมเดลองค์ประกอบของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	183



บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาได้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่องทั้งโรคติดเชื้อชนิดใหม่ที่เพิ่งเคยค้นพบการระบาดในคนหรือโรคติดเชื้อที่พบในพื้นที่ใหม่ รวมทั้งโรคที่เพิ่งเคยค้นพบการติดเชื้อในสัตว์แล้วมีแนวโน้มที่ติดต่อมายังคน เช่น ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2546 พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือโรคซาร์ส, ปี พ.ศ. 2552 พบการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ (H1N1) 2009 หรือไข้หวัดใหญ่ 2009, ปี พ.ศ. 2555 มีการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ที่เกิดจากเชื้อที่มีความรุนแรงก็พบบ่อยขึ้น, ปี พ.ศ. 2559 การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตก, ปี พ.ศ. 2555 - 2558 ได้พบการระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส ในภูมิภาคตะวันออกกลาง รวมถึงมีผู้ป่วยเดินทางเข้ามาในประเทศไทย และในปี พ.ศ. 2558 พบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในทวีปอเมริกา และประเทศในกลุ่มประเทศลาตินอเมริกาและแคริบเบียน โดยในประเทศไทยก็มีรายงานการพบผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาด้วย (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2559) และล่าสุดในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 พบการระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) มีรายงานผู้ป่วยครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งขณะนั้นมีรายงานผู้ป่วยทั่วโลก 207 ประเทศ (World Health Organization, 2020)

การระบาดของโรคโควิด-19 ได้แพร่อย่างรวดเร็ว ทำให้หลายประเทศทั่วโลกไม่สามารถรับมือได้ทัน อีกทั้งยังมีการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสนี้อีกด้วย การระบาดของโรคพบผู้ป่วยรายแรกจนถึง 7 เมษายน พ.ศ. 2565 ทั่วโลก 495,412,995 ราย เสียชีวิต 6,191,495 ราย คิดอัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.25 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยยืนยัน 3,833,048 ราย เสียชีวิต 25,880 ราย คิดอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.68 โดยจังหวัดที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ กรุงเทพมหานคร, สมุทรปราการ, ชลบุรี, สมุทรสาคร และนครศรีธรรมราช (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 114,481 ราย เสียชีวิต 576 ราย คิดอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.52 การระบาดของโรคโควิด-19 ในระลอกเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ข้อมูล ณ วันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยทั้งหมด 64,258 ราย เสียชีวิต 136 ราย คิดอัตราป่วยตายร้อยละ 0.25 เฉลี่ยพบผู้ป่วย จำนวน 1,417 รายต่อวัน อำเภอที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อำเภอเมือง สีชล พุ่งสง ร่อนพิบูลย์ และท่าศาลา (สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2565) แนวทางป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ยึดหลัก D-M-H-T-A รวมไปถึงการควบคุมโรคระหว่างประเทศ จัดหาวัคซีนเข้ามาอย่างต่อเนื่อง และมีการเฝ้าระวัง การค้นหาเชิงรุกในชุมชน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการขับเคลื่อนและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยมีการสนับสนุนระบบการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน การขับเคลื่อนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนดังกล่าว ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ “พขอ.” ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน มีการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ มีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานต่าง ๆ ในการพัฒนาและขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชาชน หลักการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนั้นเป็นการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชนในอำเภอ ในการดูแลสุขภาพทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2561, 2561) หลักการสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีองค์ประกอบอยู่ 3 ประการ คือ ภาวะการณ้นำร่วม (Collective Leadership) การบูรณาการ (Integration) และการมีส่วนร่วม (Participation) สำหรับคณะกรรมการของ พขอ. ประกอบไปด้วย 1) นายอำเภอ เป็นประธาน 2) สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ 3) ผู้แทนส่วนราชการที่นายอำเภอแต่งตั้งไม่เกิน 6 คน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน 4) ผู้แทนภาคเอกชนโดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ผู้แทนสถานประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข ผู้แทนสถานศึกษาเอกชน หรือผู้แทนสถานประกอบกิจการอื่น เป็นกรรมการไม่เกิน 6 คน และ 5) ผู้แทนภาคประชาชน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชน ท้องถิ่นภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือศาสนา ผู้นำทางศาสนา เครือข่ายหรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เครือข่ายอาสาสมัคร เครือข่ายหรือองค์กรผู้บริโภค เครือข่ายหรือองค์กรเกี่ยวกับการสื่อสารมวลชน หรือเครือข่ายหรือองค์กรอื่น เป็นกรรมการไม่เกิน 7 คน รวมคณะกรรมการไม่เกิน 21 คน ทั้งนี้ ให้นายอำเภอแต่งตั้งเลขานุการร่วม จำนวนไม่เกิน 2 คน ในการนำระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) มาเป็นแนวทางการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการภาคีเน้นเป้าหมายผ่านกระบวนการชื่นชม และจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งในการทำงานได้อาศัยกรอบมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยกันองค์ประกอบ 6 ด้าน หรือเรียกว่า “UCCARE” ดังนี้ 1) การทำงานร่วมกันเป็นทีม (Unity District Health Team) เป็น

การทำงานร่วมกันเป็นทีม ร่วมรับผิดชอบประเด็นปัญหาสุขภาพ ร่วมดำเนินการ และร่วมติดตามอย่างต่อเนื่อง 2) การทำให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีขึ้น (Customer Focus) เป็นการจัดการกระบวนการเพื่อให้ประชาชนรับรู้และเข้าใจ ได้รับบริการตามความจำเป็น และมีความต้องการของประชาชน 3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community Participation) เป็นการร่วมกันประชุมวางแผน ร่วมดำเนินการในกิจกรรม และร่วมติดตามโดยการมีประชุมเพื่อติดตาม ทบทวน ปรับปรุงกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 4) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation) เป็นการหาแนวทางหรือวิธีการที่ชัดเจนในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจกับบุคลากรที่สามารถที่จะสร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้บุคลากรมีความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่าและเกิดความผูกพัน 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) เป็นการหาแนวทางใช้ทรัพยากรร่วมกัน และมีการพัฒนาบุคลากร เพื่อการสนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน และ 6) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) เป็นการจัดการระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกับประชาชนและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี

ในการระบาดของโรคโควิด-19 ก่อให้เกิดผลกระทบในระดับมหภาคทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา การคมนาคม และด้านสาธารณสุข ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการดำเนินการควบคุม ป้องกัน การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งต้องทำให้ทุกอำเภอต้องระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนเข้าสู่พื้นที่ทุกระดับ ที่ผ่านมา จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคที่ระบาดในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับโรคโควิด-19 ในการจัดการด้านสาธารณสุขในระยะแรก ส่วนใหญ่เป็นการจัดการเพื่อการรับเหตุเฉพาะหน้าเพื่อดำเนินการจัดการในระยะต่อไป ลักษณะการทำงานของหน่วยงาน ยังไม่ได้เริ่มการดำเนินงานแบบบูรณาการอย่างเต็มที่ ในขณะที่สถานการณ์การระบาดเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว นโยบาย และมาตรการที่ออกมาในช่วงเวลานั้นไม่สามารถจำกัดหรือควบคุมการระบาดได้ สะท้อนได้จากจำนวนการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มขึ้นทุกวันซึ่งโรคระบาดที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มที่ซับซ้อน มีความรุนแรง และควบคุมที่ยากขึ้น การดำเนินงานตามกรอบมาตรฐาน UCCARE ของ พชอ. จึงเป็นกลไกหนึ่งที่สำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ปัญหาโรคระบาด และเป็นการพัฒนาที่ตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง ทั้งนี้ยังเป็นรูปแบบการบริหารแบบกระจายอำนาจของภาครัฐอีกวิธีหนึ่งที่มุ่งส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับตั้งแต่ระดับการกำหนดนโยบายไปจนถึงระดับปฏิบัติการ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2560) สำหรับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดของแต่ละอำเภอในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การดำเนินงานโรคระบาดมีความแตกต่างกัน การสื่อสารนโยบายลงไม่ถึงระดับพื้นที่ ขาดความเชื่อมโยงระบบสุขภาพในระดับอำเภอ การนำประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคระบาดยังไม่ถูกนำมา

เป็นแก้ไขปัญหาพร้อมกัน ขาดการบูรณาการที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากร ระบบการทำงานของ พขอ. ยังเป็นระบบสั่งการ ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าประชาชนหรือแม้กระทั่งคณะกรรมการ พขอ. ยังคิดว่าเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข บางอำเภอยังไม่ได้นำปัญหาการระบาดของโรคระบาดมาแก้ไข และยังไม่ได้ดำเนินงานตามกรอบมาตรฐานการพัฒนา UCCARE อย่างจริงจัง ทั้งนี้ ยังพบว่า ทั้งก่อนและขณะเกิดโรคระบาด คณะกรรมการมีการประชุมที่ไม่ต่อเนื่อง คณะกรรมการบางคนยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตัวเองที่ชัดเจน ข้อมูลของโรคระบาดในชุมชนขาดความเชื่อมโยงที่ลงสู่ประชาชนที่แท้จริง ขาดกลไกการมีส่วนร่วมและการบูรณาการในการจัดการการระบาดของโรค มาตรการไม่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคระบาดของประชาชน ดังนั้น จึงเชื่อว่าหาก พขอ. สามารถนำกรอบมาตรฐานการพัฒนาตาม UCCARE มาใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนที่เหมาะสม มีกลไกที่มีส่วนร่วมอย่างจริงจัง จะเป็นการพัฒนาศักยภาพของภาครัฐ ภายใต้ความคาดหวังของประชาชนต่อการนำพาความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นพื้นที่ที่พบการระบาดของโรค ซึ่งการระบาดในครั้งนี้ พบผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทั้งหมด 6,868 ราย เสียชีวิต จำนวน 5 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.07 ซึ่งในระลอกเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยทั้งหมด 5,585 ราย เสียชีวิตทั้งหมด 6 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย 0.11 โดยสถานการณ์การระบาดของโรคในรอบ 28 วัน มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 125 คนต่อวัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2565) จะเห็นได้ว่าอำเภอพรหมคีรี ยังมีการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีการป้องกันและควบคุมโรคระบาดอย่างต่อเนื่อง แต่ทั้งนี้ การดำเนินงานยังขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนอย่างจริงจัง ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าโรคระบาดที่เกิดขึ้นเป็นโรคระบาดที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่สามารถแพร่ระบาดได้รวดเร็ว ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึงประชาชนขาดการเตรียมความพร้อมในการรับมือที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในการระบาดช่วงแรกยังไม่มีวัคซีนบริการให้กับประชาชนจึงทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้ แต่จากการระบาดของโรคมีระยะเวลาที่ยาวนานจนมีการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัส ในปัจจุบันถึงแม้จะมีวัคซีนฉีดให้กับประชาชน แต่ทั้งนี้ประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญของวัคซีนที่รัฐบาลมีการรณรงค์ให้ฉีดวัคซีนเพื่อลดความรุนแรงหากติดเชื้อ ซึ่งอำเภอพรหมคีรี มีอัตราการฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 เพียงร้อยละ 83.32 เท่านั้น ฉะนั้น ถึงแม้ว่าจะเกิดโรคระบาดในชุมชนเช่นเดียวกับโรคโควิด-19 หากอำเภอพรหมคีรี มีการเตรียมการรับมือที่ดี โดยมีรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคระบาด ตามกรอบมาตรฐานการพัฒนาตาม UCCARE เพื่อการขับเคลื่อนในการแก้ปัญหาการระบาดของโรคระบาดในอนาคต ซึ่งเจตนารมณ์ของการกำหนดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ พขอ. จะให้ความสำคัญกับกระบวนการจากพื้นที่บนพื้นฐานของการมีข้อมูลที่ได้มาจากการมีปฏิสัมพันธ์การดำเนินกิจกรรม และการดำเนินการต่าง ๆ รวมไปถึงการเรียกใช้ส่วนราชการ

หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่เป็นหน่วยงานกลาง ประสานงาน ปฏิบัติการ และประสานการปฏิบัติให้เกิด การขับเคลื่อน รวมไปถึงการจัดเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการควบคุม กำกับ และประเมินผล เพื่อให้ทราบสถานการณ์การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตในอำเภอ หากได้พัฒนารูปแบบ การป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ให้มี การร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาด โดยยึดหลักตามมาตรฐานการพัฒนาทั้ง 6 องค์ประกอบ ก็จะสามารถที่จะป้องกันและควบคุมโรคที่ได้ผลดียิ่งขึ้น และยังเป็นการพัฒนาแบบ การป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตที่เหมาะสมกับพื้นที่จังหวัด นครศรีธรรมราช

1.2 คำถามการวิจัย

การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช ควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัด นครศรีธรรมราช

1.3.2.2 เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาด ในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.3.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.4. ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ด้านเนื้อหา การศึกษานี้มุ่งศึกษาบริบท สภาพปัญหา และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และศึกษามาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 6 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) 2) การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Customer Focus) 3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community Participation) 4) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation) 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) 6) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาด ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.4.2 ด้านประชากรและกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

ประชากรในการศึกษาเชิงปริมาณ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 492 คน เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และศึกษามาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 6 องค์ประกอบ

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 1) นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ 2) สาธารณสุขอำเภอ เป็นกรรมการและเลขานุการ 3) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ จำนวน 6 คน มีกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน 4) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ จำนวน 4 คน 5) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ จำนวน 6 คน และ 6) ผู้ช่วยเลขานุการ จำนวน 2 คน รวมคณะกรรมการทั้งหมดไม่เกิน 21 คน จำนวน 5 แห่ง รวมทั้งหมด 84 คน

1.4.3 ด้านพื้นที่ พื้นที่ในการวิจัยจำเป็นต้องเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคระบาดในชุมชนจึงมีการสุ่มอำเภอ 1 แห่ง อำเภอที่สุ่มได้ คือ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.4.4 ด้านเวลา ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่พฤษภาคม 2565 – เมษายน พ.ศ. 2566

1.5. นิยามศัพท์

1.5.1 โรคระบาด หมายถึง การเกิดโรคระบาดในพื้นที่อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช และมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นผิดปกติ มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าที่คาดการณ์ ทั้งที่เป็น

โรคประจำถิ่น เช่น โรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก และโรคเลปโตสไปโรซิส เป็นต้น หรือในกรณีเกิดโรคอุบัติใหม่ ถึงแม้จะมีผู้ป่วยรายเดียว เช่น โรคโควิด-19

1.5.2 การป้องกันโรคระบาดในชุมชน หมายถึง การที่อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการป้องกันไม่ให้เกิดโรคระบาดกับบุคคลในชุมชน โดยทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี มีการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อไม่ให้เกิดโรคระบาด หากเกิดโรคระบาดในชุมชนจะมีการหาสาเหตุให้การรักษาและป้องกันการเกิดความพิการ ซึ่งสามารถแบ่งการป้องกันโรคระบาดในชุมชนออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

1.5.2.1 การป้องกันชั้นก่อนปฐมภูมิ (Primordial Prevention) หมายถึง การที่อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ส่งเสริมให้ประชาชนลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการสร้างเสริมให้สุขภาพแข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ การเว้นระยะห่างทางสังคม และการรับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลาง เป็นต้น

1.5.2.2 การป้องกันชั้นปฐมภูมิ (Primary Prevention) หมายถึง การที่อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ให้มีการป้องกันการเกิดโรคและลดปัจจัยการระบาดของโรคที่ระบาดในชุมชน เช่น การฉีดวัคซีนของโรคที่ระบาดในชุมชน การรับประทานยาเพื่อป้องกันการเกิดโรค เป็นต้น

1.5.2.3 การป้องกันชั้นทุติยภูมิ (Secondary Prevention) หมายถึง การที่อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ค้นหาโรคและแหล่งรังโรค การตรวจคัดกรองโรค ซึ่งหากพบผู้ป่วยจะให้การรักษาได้ทันที

1.5.2.4 การป้องกันชั้นตติยภูมิ (Tertiary Prevention) หมายถึง การที่อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการเกิดโรคมีการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วยหลังการรักษาและการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดโรคซ้ำอีก

1.5.3 การควบคุมโรคระบาดในชุมชน หมายถึง การที่อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช มีมาตรการหรือกิจกรรมหลักการเกิดโรคระบาดในชุมชน เพื่อให้โรคระบาดในชุมชนสงบเร็วที่สุด ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและความเป็นอยู่ เช่น ความเจ็บป่วย ความพิการ การตาย ความสูญเสียทางเศรษฐกิจน้อยที่สุด และไม่เกิดขึ้นอีก แต่หากเกิดขึ้นก็สามารถรับมือได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.5.4 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จากนายอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.

2561 ประกอบด้วย 1) นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ 2) สาธารณสุขอำเภอ เป็นกรรมการและเลขานุการ 3) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ จำนวน 6 คน มีกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน 4) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ จำนวน 4 คน และ 5) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ จำนวน 6 คน และ 6) ผู้ช่วยเลขานุการ จำนวน 2 คน รวมคณะกรรมการทั้งหมดไม่เกิน 21 คน

1.5.5 มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (UCCARE) หมายถึง แนวทางการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ มีการบูรณาการภาคีเครือข่าย โดยเน้นเป้าหมายผ่านกระบวนการชื่นชม และจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) 2) การทำให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีขึ้น (Customer Focus) 3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community Participation) 4) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation) 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) และ 6) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) ดังนี้

1.5.5.1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) หมายถึง การที่นายอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ได้ดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่กำหนดให้มีการประชุม วิเคราะห์ปัญหาโรคระบาด กำหนดประเด็นปัญหา และวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อการทำงานร่วมกันที่เป็นทีม ร่วมกันรับผิดชอบ ประเด็นปัญหาสุขภาพ ร่วมกันดำเนินงาน และร่วมกันติดตามอย่างต่อเนื่อง

1.5.5.2 การทำให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีขึ้น (Customer Focus) หมายถึง การที่อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้จัดกระบวนการเพื่อให้ประชาชนรับรู้และเข้าใจการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามความต้องการของประชาชน จัดผ่านการประชุมของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หน่วยอำเภอเคลื่อนที่ หรือป่ายประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคระบาดที่เกิดขึ้นในพื้นที่

1.5.5.3 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community Participation) หมายถึง การที่อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยได้ร่วมกันประชุม วางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมติดตามในกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

1.5.5.4 การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation) หมายถึง การที่อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนบรรลุเป้าหมาย และมีการสร้างขวัญกำลังใจ และพัฒนาเพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความผูกพันกันในองค์กร

1.5.5.5 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) หมายถึง การที่อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีการสนับสนุนและใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทั้งทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และวัสดุสิ่งของ เพื่อการสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ส่งผลให้เกิดมีรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนที่ยั่งยืน

1.5.5.6 การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) หมายถึง การที่อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยได้จัดระบบการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนสำหรับประชาชนที่สอดคล้องกับบริบทของอำเภอพรหมคีรี

1.5.6 แนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน หมายถึง การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามมาตรฐานการพัฒนา 6 องค์ประกอบของ UCCARE

1.5.7 การประเมินผลรูปแบบ หมายถึง การประเมินตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ประเด็นปัญหาการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และประเมินปัจจัยแห่งความสำเร็จของอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เป็นความรู้ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

2.1 โรคระบาด

2.2 สถานการณ์ของโรคระบาด

2.3 หลักการป้องกันและควบคุมโรค

2.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบ

2.5 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.7 บริบทของจังหวัดนครศรีธรรมราช และการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 โรคระบาด

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ให้ความหมายของโรคระบาดว่า โรคระบาด คือ โรคติดต่อหรือโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคแน่ชัด ซึ่งอาจแพร่ไปยังผู้อื่นได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง หรือมีภาวะของการเกิดโรคมามากผิดปกติกว่าที่เคยเป็น

การระบาดของโรคมักได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. Epidemic หมายถึง เหตุการณ์ที่มีความถี่หรือจำนวนของผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยมากผิดปกติเกินกว่าจำนวนที่เคยรวบรวมไว้เดิมในระยะเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ โดยทั่วไป เกณฑ์ในการวัดการระบาดแบบ Epidemic คือ ค่าเฉลี่ยบวกสองเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean+2SD) หรือมัธยฐาน (Median)

2. Outbreak หมายถึง เหตุการณ์ที่ผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย เกิดขึ้นกับคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ในระยะเวลาอันสั้น หลังจากร่วมกิจกรรมด้วยกันมา ดังนั้น การเกิด Outbreak หลาย ๆ ครั้งของพื้นที่หนึ่ง ๆ ในปีใดปีหนึ่ง ก็อาจยังไม่ถือได้ว่า มีการระบาดแบบ Epidemic เกิดขึ้น จนกว่า

จำนวนความถี่ผู้ป่วยจะเกิดขึ้นมากกว่าจำนวนความถี่ที่เคยเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาเดียวกันในปีก่อนที่ผ่านมา จึงถือว่ามีการระบาดแบบ Epidemic

3. โรคติดต่ออันตราย ซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นในชุมชนมาก่อน หรือเคยเกิดขึ้นมานานแล้วและกลับมาเป็นอีก ถึงแม้มีผู้ป่วยเพียง 1 ราย ก็ถือว่าเป็นการระบาด เช่น โรคฝีดาษ ไข้ทรพิษ อีโบล่า ไข้เหลือง กาฬโรค คุดทะราด เป็นต้น

2.1.1 การดำเนินงานทางวิทยาการระบาดในชุมชน (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หน่วยที่ 1 - 7, 2556)

2.1.1.1 หลักการดำเนินงานทางวิทยาการระบาดในชุมชน

การศึกษาการกระจายของโรคในชุมชน (Study Distribution of Diseases in the Community) จะต้องมีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บของประชากรจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางวิทยาการระบาด (Epidemiological Surveillance) เช่น ข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรค (Disease Surveillance) และข้อมูลจากการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม (Environmental Surveillance) เป็นต้น การได้มาซึ่งการกระจายของโรคหรือปัญหาของชุมชนจะต้องมีวิธีการเก็บข้อมูลอย่างมีระบบ และมีความถูกต้องแน่นอนมากที่สุด รวมทั้งวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้น ร่วมกับข้อมูลด้านสังคมและประชากร ซึ่งข้อมูลข่าวสารที่ได้สามารถอธิบายการเกิดและการกระจายของโรคตามลักษณะของบุคคล เวลา และสถานที่ การศึกษาในขั้นนี้ส่วนใหญ่จะมุ่งที่การบรรยายสภาวะของการเกิดโรคในชุมชนตามปัจจัยต่าง ๆ จึงเรียกว่า “วิทยาการระบาดเชิงพรรณนา” หรือ “Descriptive Epidemiology”

จากความรู้ที่ได้จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของโรคและสามารถอธิบายการกระจายของโรคหรือปัญหาหรือภัยในชุมชนดังกล่าว ทำให้ทราบแนวทางที่จะศึกษาต่อไปอย่างไร เพื่อหาคำตอบปัจจัยกำหนดโรคหรือสาเหตุการเกิดโรค ซึ่งการศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรค (Causal Factors) หรือปัจจัยอันตราย (Risk Factors) ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคหรือปัจจัยอันตรายนี้ ถ้ามีอยู่ในผู้ใดหรือกลุ่มใดจะทำให้กลุ่มนั้นเสี่ยงต่อการเกิดโรคมกกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัจจัยนี้ เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่จะตายด้วยโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ ดังนั้น บุหรี่จึงเป็นอันตรายสำหรับมะเร็งปอด ในการศึกษาถึงปัจจัยเหล่านี้จะต้องอาศัยข้อมูลจากวิทยาการระบาดเชิงพรรณนาเป็นรากฐาน เพราะการที่เราทราบว่าโรคนั้น ๆ เกิดมากในบุคคลที่มีลักษณะอย่างไร การเกิดโรคมีการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาหรือฤดูกาลหรือไม่ และภูมิภาคอย่างไรใดที่มีโรคนี้อันเกิดขึ้นมากหรือน้อย ทำให้สามารถนำมาประมวลและตั้งสมมติฐานได้ว่าปัจจัยใดน่าจะเป็นสาเหตุของโรค และดำเนินการศึกษา โดยวิจัยหรือทดลองต่าง ๆ ทางวิทยาการระบาดเพื่อพิสูจน์สมมติฐานเหล่านี้ รวมทั้งใช้เหตุผลและหลักการประกอบความรู้ในสาขาอื่น ๆ เช่น วิชาแพทย์ทางคลินิก สรีรวิทยา หรือพยาธิวิทยา อธิบายกลไกที่ปัจจัยนั้น ๆ ก่อให้เกิดโรคด้วย จะเห็นได้ว่า การศึกษาในขั้นนี้จะต้องมีการตั้งสมมติฐาน

และพิสูจน์สมมติฐาน ตลอดจนใช้เหตุวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ต่าง ๆ จึงเรียกว่า “วิทยาการระบาดเชิงวิเคราะห์” หรือ “Analysis Epidemiology”

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคหรือปัญหาหรือภัยในชุมชน จำเป็นต้องทำการสอบสวนการระบาดของโรคตามขั้นตอน โดยการยืนยันการวินิจฉัย การยืนยันการระบาดของโรค การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์แจกแจงข้อมูลเชิงพรรณนา การตั้งสมมติฐานและการทดสอบสมมติฐาน การสำรวจข้อมูลเพิ่มเติม การสรุปผล การสอบสวนโรค และการเขียนรายงานเพื่อเสนอต่อผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการป้องกันโรค

สำหรับขั้นตอนการดำเนินงานวิทยาการระบาดในชุมชนทั้งการศึกษาการกระจายของโรคในชุมชน และเพื่อหาสาเหตุของโรคนั้น มีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 รวบรวมข้อมูล (Collecting Epidemiological Data) วัตถุประสงค์ในการกระทำขั้นนี้ก็เพื่อทราบสถานะที่เป็นจริงของโรคที่เกิดขึ้นในชุมชน ชนิดของข้อมูลหลักที่ควรเก็บ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคทั้งปริมาณและคุณภาพ ประชากรที่เป็นโรค สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในชุมชนนั้น วิธีการเก็บข้อมูลอาจทำได้โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น บันทึกผู้ป่วยของสถานพยาบาลต่าง ๆ ผลการทดลองทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรคหรือจากการสำรวจ รวมทั้งสถิติชีพและประชากรต่าง ๆ การวิเคราะห์ข้อมูลควรยึดหลักการเปลี่ยนแปลงของโรคตามปัจจัยของบุคคล เวลา และสถานที่

ขั้นที่ 2 การตั้งสมมติฐาน (Formulation of Hypothesis) วิทยาการระบาดได้อธิบายถึงวิธีการต่าง ๆ ในการตั้งสมมติฐานเพื่อพิสูจน์สาเหตุของโรคหรือปัจจัยอันตรายไว้เช่นกัน เช่น โดยวิธีเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการเกิดโรคในกลุ่มคน 2 กลุ่ม ซึ่งมีความแตกต่างในลักษณะบางอย่าง หรือโดยการดูแลการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเกิดโรคกับการเปลี่ยนแปลงในปริมาณของปัจจัยที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุของโรค เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การทดสอบสมมติฐานทางวิทยาการระบาด (Testing Epidemiological Hypothesis) วิธีการพิสูจน์สมมติฐานทำโดยการศึกษาวิจัยในรูปแบบต่าง ๆ กัน ซึ่งอาจจะแบ่งอย่างกว้าง ๆ เป็น 2 รูปแบบ คือ

1) การศึกษาโดยการศึกษาเชิงสังเกตการณ์ (Observational Study) คือ การศึกษาโดยการสังเกตความเปลี่ยนแปลง ในอัตราการเกิดโรคกับประชาชนที่มีลักษณะหรือปัจจัยที่สงสัยต่าง ๆ กัน ในการนี้อาจทำได้ทั้งการศึกษาแบบติดตามผลในระยะยาว (Prospective Study) หรือการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) หรือโดยเปรียบเทียบการเกิดโรคกับปัจจัยที่สงสัยในเวลาเดียวกัน (Cross-sectional Study) วิธีนี้ผู้ศึกษาจะบันทึกข้อมูลของการเกิดโรคและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยไม่ได้มีส่วนจัดการให้เกิดสภาวะหรือปัจจัยนั้นขึ้นเลย

2) การศึกษาโดยการทดลอง (Experimental Study) วิธีการแปลผลหรือรูปแบบการวิจัยกลุ่มการทดลองได้รับปัจจัยในรูปแบบและปริมาณที่ต่างกัน และวัดอัตราการเกิดโรคในกลุ่มต่าง ๆ เหล่านั้น

ขั้นที่ 4 อธิบายกลไกของการเกิดโรค (Mechanism of Diseases) การศึกษาในขั้นนี้มุ่งที่ใช้วิชาการต่าง ๆ นอกไปจากวิทยาการระบาด อธิบายถึงกลไกที่ปัจจัยเหล่านั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวเคมีหรือระดับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายและก่อให้เกิดโรคขึ้น บางครั้งอาจจะต้องทดลองในสัตว์ทดลองด้วย เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นสาเหตุที่แท้จริง

กลไกการเกิดโรคและปัญหาต่าง ๆ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการจัดการกับปัญหาสุขภาพ ปัญหาของโรคหรือภัยในชุมชน และส่งต่อให้ผู้รับผิดชอบโดยตรงได้ดำเนินการต่อไป และยังขั้นตอนการสรุปและประเมินผลด้วย

ดังนั้น ในกระบวนการหรือวิธีการดำเนินงานทางวิทยาการระบาดจะพบว่าผู้รับผิดชอบจะต้องเกิดขึ้นจากหลายภาคส่วนร่วมกันในการทำงาน งานวิทยาการระบาดจัดเป็นงานรวบรวมข้อมูลหรือการเฝ้าระวัง สอบสวนหาสาเหตุ และให้แนวทางในการดำเนินการ ต่อจากนั้นภาคส่วนอื่นก็จะมารับช่วงต่อเพื่อนำแนวทางนั้นไปดำเนินการต่อไป

2.2.1.2 ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (Surveillance and Rapid Response Team; SRRT)

ประเทศไทยมีการเตรียมความพร้อมของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งประกอบด้วยทีมระดับส่วนกลาง เขต จังหวัด อำเภอ ทีมดังกล่าวมีความสำคัญต่อการรับมือกับโรคและภัยคุกคามที่เป็นปัญหาสุขภาพต่อประชาชน ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563) ได้กล่าวถึง วิวัฒนาการทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ ในอดีตเมื่อมีการระบาดของโรค เจ้าหน้าที่ระดับวิทยาจังหวัดจะทำหน้าที่ในการสอบสวนโรค หากเป็นโรคระบาดที่มีขนาดค่อนข้างใหญ่ เช่น การระบาดของอหิวาตกโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจควบคุมโรค เรียกเจ้าหน้าที่ระดับวิทยา เจ้าหน้าที่ควบคุมโรค และเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งปกติสังกัดคนละฝ่าย/กลุ่มงาน ให้มาปฏิบัติงานเป็นทีมปฏิบัติการร่วมกัน เมื่อภารกิจเสร็จสิ้น ทีมดังกล่าวจะสลายตัวไป ในช่วงไตรมาสแรกของปี พ.ศ. 2547 ได้เกิดการระบาดของอหิวาตกโรคในประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วย 1,003 ราย เสียชีวิต 4 ราย จาก 42 จังหวัด เป็นการระบาดใหญ่ 3 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี และสกลนคร ในเวลาเดียวกันมีการระบาดของไข้หวัดนก ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ พบผู้ป่วยยืนยัน 12 ราย เสียชีวิต 8 ราย ใน 9 จังหวัด เนื่องจากใกล้เทศกาลสงกรานต์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสมัยนั้น คือ นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือได้มอบนโยบายให้ทุกจังหวัดจัด

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team; SRRT) โดยมี นายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกันของแต่ละจังหวัดเป็นหัวหน้าทีม ทำการเฝ้าระวังสอบสวน และ ควบคุมโรค ให้มีทีม SRRT ขยายลงไปถึงเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (CUP) ซึ่งให้ ผู้อำนวยการ CUP ใช้งบประมาณ Prevention and Promotion (P&P) ในการป้องกันควบคุมโรค

คำว่า “SRRT” เป็นคำที่ย่อมาจาก Surveillance and Rapid Response Team ภาษาไทยใช้คำว่า “ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว” เป็นคำดั้งเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ อย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ทำหน้าที่ตรวจจับความผิดปกติของโรค/ภัยสุขภาพ สอบสวนหา สาเหตุ และควบคุมโรคขั้นต้น ในภาวะปกติซึ่งสอดคล้องตามพันธะสัญญาภูมิภาคนามัยระหว่างประเทศ กำหนดให้ทีมระดับพื้นที่ (Local Level) ต้องมีสมรรถนะ 3 ข้อ คือ Detect Report และ Response

คำว่า “SAT” และ “JIT” เป็นคำใหม่ที่กรมควบคุมโรคเริ่มนำมาใช้ในปี พ.ศ. 2559 เนื่องจากเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข คือ ศ.นพ.รัชตะ รัชตะ นาวิน ได้ร่วมประชุมหารือความมั่นคงด้านสุขภาพของโลก (Global Health Security; GHSA) 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่การป้องกันโรคระบาดที่ป้องกันได้ (Prevent) การตรวจจับสัญญาณภัยคุกคามการ ระบาด (Detect) และการตอบโต้ภัยคุกคามอย่างรวดเร็ว (Response) ประเทศไทยได้บูรณาการ GHSA และ IHR กำหนดเป้าหมาย 12 เรื่อง ซึ่ง 1 ใน 12 เป้าหมาย คือ การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center; EOC) กรอบการทำงานของ EOC มีผู้ปฏิบัติงานเฝ้า ระวังสอบสวนควบคุมโรค คือ ทีม SRRT เดิมอยู่

บทบาทภารกิจของทีม SRRT มีดังนี้

1. เฝ้าระวังโรคติดต่อที่แพร่ระบาดรวดเร็วรุนแรง
2. ตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency)
3. สอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพทันการณ์
4. ควบคุมโรคขั้นต้น (Containment) ทันที
5. แลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรคและร่วมมือกันเป็นเครือข่าย ทั้งภายในและ ต่างประเทศผ่านจุดประสานงานภูมิภาคนามัยระหว่างประเทศ

ภารกิจของทีม SRRT ในการตอบสนองเหตุการณ์ เน้นการเฝ้าระวัง หยุดหรือจำกัด การแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว ทีม SRRT ไม่ได้มีภารกิจในการควบคุมโรคจนเสร็จสมบูรณ์ ตัวอย่างเช่น กรณีโรคไข้หวัดนก

ทีม SRRT เริ่มดำเนินการภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่พบผู้ป่วย เพื่อควบคุมการ แพร่กระจายโรคในเบื้องต้น (Outbreak Containment) และทีม SRRT ไม่ได้มีภารกิจในการกัก

รักษาพยาบาล บรรเทาทุกข์ หรือฟื้นฟูสภาพทั้งกาย ใจ และสิ่งแวดล้อม แต่ทีม SRRT ให้ข้อเสนอแนะ ประสานและปฏิบัติงานร่วมกับทีมหรือ หน่วยงานที่มีหน้าที่เฉพาะได้

แต่ในภาวะฉุกเฉินมีความจำเป็นต้องแบ่งภารกิจให้ชัดเจน ทีม SRRT เดิมมีความจำเป็นต้องแบ่งภารกิจให้ชัดเจน จึงมีการจัดทีมใหม่เป็น 1) ทีมตระหนักรู้ (Situation Awareness Team; SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตามตรวจจับ วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น ๆ ทำหน้าที่รับแจ้งเหตุการณ์ ตรวจสอบ การตรวจสอบ ยืนยัน (Verify) วิเคราะห์สถานการณ์ และประเมินความเสี่ยง (Situation Analysis & Risk Assessment) การรายงานต่อ (Reporting/Notification) สรุปและเขียนรายงาน และ 2) ทีมสอบสวนโรค (Joint Investigation Team) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรค หรือภัยสุขภาพ ค้นหาสาเหตุ และแหล่งรังโรค เพื่อนำไปสู่การควบคุมและป้องกัน พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติการกลับไปยังผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องอย่างทันท่วงที

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า เมื่ออำเภอรพมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช พบโรคระบาดที่เกิดขึ้นในชุมชน อำเภอรพมคีรี จะดำเนินการวิเคราะห์การกระจายของโรค โดยได้ศึกษาตามลักษณะของบุคคล สถานที่ เวลา และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงมีการค้นหาสาเหตุของปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหรือปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคระบาด และอำเภอรพมคีรี ได้มีการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคระบาดอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ อำเภอรพมคีรี ยังมีการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากการเก็บรวบรวมข้อมูลการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอ และการแปลความหมายให้กับผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะให้ทราบถึงข้อมูลที่เป็นความจริงที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษาจะครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านสิ่งทำให้เกิดโรค (Agent Factors) ปัจจัยด้านโฮสต์ (Host Factors) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Factors) สำหรับการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคระบาดในชุมชน อำเภอรพมคีรี ได้การสอบสวนการระบาดของโรคตามขั้นตอนระบาดวิทยา ซึ่งประกอบด้วยการยืนยันการวินิจฉัยการยืนยันการระบาดของโรค การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ แจกแจงข้อมูลเชิงพรรณนาการตั้งสมมติฐานและการทดสอบสมมติฐาน การสำรวจข้อมูลเพิ่มเติม การสรุปผลการสอบสวนโรคและการเขียนรายงานเพื่อเสนอต่อผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค

ดังนั้น อำเภอรพมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงมีกระบวนการหรือวิธีการดำเนินงานทางวิทยาการระบาด โดยอาศัยหน่วยงานหรือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรคระบาด เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ว่าการอำเภอ หน่วยงานภาครัฐ

ภาคเอกชน และองค์กรในชุมชน ซึ่งอาจจะมีการแต่งตั้งจากผู้ที่มีอำนาจหรือองค์กรที่แต่งตั้งตามภารกิจ เช่น ทีม SRRT และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นต้น

2.2 สถานการณ์ของโรคระบาด

การเกิดโรคระบาดเป็นผลจากปัจจัยหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร การเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรค การขยายที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดการติดต่อภายในชุมชน การเปลี่ยนแปลงด้านวิถีชีวิตและพฤติกรรมของมนุษย์ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การรบกวนธรรมชาติและระบบนิเวศวิทยา การเดินทางที่สะดวก ทำให้โรคแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนมีส่วนทำให้เกิดโรคระบาดขึ้นอย่างมากมาย ซึ่งในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาได้เกิดการระบาดของโรคระบาดขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ทั้งโรคติดเชื้อชนิดใหม่ที่เพิ่งเคยค้นพบการระบาดในคน หรือโรคติดเชื้อที่พบในพื้นที่ใหม่ รวมทั้งโรคที่เพิ่งเคยค้นพบ การติดเชื้อในสัตว์แล้วมีแนวโน้มที่ติดต่อมายังคน ซึ่งโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) ส่วนใหญ่เป็นโรคระบาดที่มีการระบาดทั่วโลก มีแนวโน้มความถี่และความรุนแรงขึ้น โดยการเกิดโรคระบาดใหญ่ระหว่าง พ.ศ. 2500 – ปัจจุบัน ดังนี้

พ.ศ. 2500 พบการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ (H2N2) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เป็นโรคระบาดใหญ่

พ.ศ. 2524 พบการระบาดของโรคเอดส์ เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เป็นโรคระบาดใหญ่

พ.ศ. 2546 พบการระบาดของโรคซาร์ส

พ.ศ. 2552 พบการระบาดของโรคไข้หวัดหมู (H1N1) เป็นโรคระบาดที่เป็นโรคระบาดใหญ่

พ.ศ. 2557 พบการระบาดของโรคอีโบล่า

พ.ศ. 2558 พบการระบาดของโรคซิกา

พ.ศ. 2558 พบการระบาดของโรคเมอร์ส

พ.ศ. 2562 พบการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดที่เป็นโรคระบาดใหญ่

ทั้งนี้ โรคระบาดที่เกิดขึ้น บางโรคเป็นโรคอุบัติใหม่ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้คำนิยามโรคติดต่ออุบัติใหม่ไว้เป็น 5 กลุ่ม คือ

1) โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่ (New Infectious Diseases) เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส

2) โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ (New Geographical Areas) เป็นโรคที่มาจากประเทศหนึ่ง และต่อมาเกิดการแพร่ระบาดไปอีกประเทศหนึ่งซึ่งไม่เคยมีโรคนี้อีกเกิดขึ้นมาก่อน หรือข้ามทวีป เช่น ซาร์ส หรือโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์สที่เคยมีการแพร่ระบาดใน

ประเทศแถบตะวันออกกลาง ในปี พ.ศ. 2555 และต่อมาในปี พ.ศ. 2558 พบมีการระบาดในประเทศเกาหลีใต้ ดังนั้น สำหรับโรคเมอร์สในประเทศเกาหลีใต้ถือว่าเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ และปี 2563 มีการระบาดของโรคโควิด-19 ที่พบผู้ป่วยครั้งแรกในประเทศจีน

3) โรคติดต่ออุบัติซ้ำ (Re-emerging Infectious Diseases) โรคติดต่อที่เคยระบาดในอดีต และสงบไปนานแล้วแต่กลับมาระบาดอีก เช่น กาฬโรค

4) โรคจากเชื้อดื้อยา (Drug Resistant Pathogens) เช่น โรคฉี่หนูที่เกิดจากเชื้อดื้อยา

5) โรคจากเหตุการณ์จงใจกระทำของมนุษย์ด้วยสารชีวะ (Bioterrorism) โดยใช้เชื้อโรคหลายชนิดผลิตเป็นอาวุธ เช่น เชื้อแอนแทรกซ์ และไซทรพิษ เป็นต้น

ปัจจุบันภัยโรคระบาดจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่คุกคามต่อสุขภาพของคนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเมือง และทำให้เกิดความโกลาหลของประชาชนในประเทศหรือในบริเวณที่มีการพบผู้ติดเชื้อ หรือมีการแพร่ระบาดของโรคได้เป็นอย่างมาก โรคระบาดที่เกิดขึ้นแล้วแต่มีความซับซ้อน ส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกิดจากสัตว์ และมีการติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค เช่น ยุง ความสะอาดในการคมนาคมขนส่ง การขาดความรู้ความเข้าใจ ในการป้องกันตนเอง และการควบคุมโรคของประชาชน รวมถึงปัจจัยจากสภาวะร่างกายของคน เช่น ประชากร กลุ่มเสี่ยงที่มีความต้านทานต่อการติดโรคต่ำ ประชากรกลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสกับโรคมก เป็นต้น (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ในที่นี้จะกล่าวถึงสถานการณ์ของโรคโควิด-19 ดังนี้

สถานการณ์การระบาดของโรคระบาดใหญ่ครั้งล่าสุด คือ โรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจ พบผู้ป่วยยืนยันครั้งแรกตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 และได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ ในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 นอกจากนี้ยังพบข้อมูลการประมาณการตัวเลขผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มจะสูงขึ้นทั่วโลกเนื่องจากวิกฤติโรคระบาดใหญ่โรคโควิด-19 ในประเทศไทย พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2562 เท่ากับ 6.32 ต่อประชากรแสนคน เป็น 6.64 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ในอนาคตประเทศไทยมีโอกาสเผชิญกับโรคระบาดใหญ่อื่น ๆ ซึ่งยังไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่ชัดว่าจะเกิดขึ้นอีกเมื่อไหร่ และสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 จะสิ้นสุดลงเมื่อใด

โรคระบาดใหญ่โรคโควิด-19 ทำให้เห็นการบริหารจัดการในระดับชาติ องค์กร และชุมชน ซึ่งมาตรการจากการบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพได้ส่งผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อประชาชนในประเทศ เช่น มาตรการปิดเมือง ระวังการเดินทาง การดำเนินกิจการและกิจกรรมทาง

สังคมต่าง ๆ ที่ทำให้คนจำนวนมาก ขาดรายได้ การกระจายอาหารติดขัด และได้รับผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดจากการระบาดใหญ่ ทั่วโลก การสูญเสียแหล่งรายได้จากการท่องเที่ยวและการค้าระหว่างประเทศหยุดชะงักลง ในการกำหนดและดำเนินงานมาตรการที่หลากหลาย ทั้งในระดับนานาชาติ ระดับชาติ และระดับพื้นที่ โดยสรุป ดังนี้

1. มาตรการรายงานสถานการณ์ข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตรายวันเพื่อเฝ้าระวังและควบคุมการระบาด โดยองค์การอนามัยโลกมีมาตรการให้ประเทศต่าง ๆ รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด-19 อย่างเปิดเผยและโปร่งใส

2. มาตรการล็อกดาวน์ (Lockdown) ทั้งในระดับชาติและเฉพาะพื้นที่ ส่งผลให้คนจำนวนมากต้องกักตัวในบ้าน เกิดวิถีชีวิตใหม่จากมาตรการล็อกดาวน์ การทำงานที่บ้านผ่านระบบออนไลน์ ไม่สามารถไปที่สาธารณะ หรือในสถานที่แออัดที่มีคนจำนวนมาก ต้องมีมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม

3. มาตรการด้านการสื่อสารความเสี่ยงที่ทันเวลา ทันสถานการณ์ และเป็นระบบสอดคล้องกับสถานการณ์ ดังจะเห็นการรายงานข้อมูลสถานการณ์จำนวนผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกวัน และการสื่อสารอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายจะช่วยลดความเข้าใจผิด ลดความวิตกกังวล ลดความตื่นตระหนก รวมทั้งเสริมสร้างให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคที่ถูกต้องได้ ทั้งยังเป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ลดความตื่นตระหนก และสร้างพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม ศาสนา วัฒนธรรม และเศรษฐกิจทั้งต่อประชาชนเองและประเทศชาติ รวมทั้งการรับฟังประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบในภาวะฉุกเฉินประชาชนมีสิทธิที่จะรู้การปกป้องตัวเองจากความเสี่ยงต่อสุขภาพและชีวิต และต้องได้รับข้อมูลสำหรับการตัดสินใจปฏิบัติ เพื่อปกป้องตนเอง บุคคลที่รัก และคนที่อยู่รอบ ๆ จากการเจ็บป่วยและสูญเสียจากความเสี่ยง ประสิทธิภาพของการสื่อสารความเสี่ยงไม่ใช่เพียงรักษาชีวิตและลดการเจ็บป่วย แต่ยังสามารถลดผลกระทบต่อความมั่นคงทางสังคม เศรษฐกิจ และนโยบายในระหว่างภาวะฉุกเฉินนั้น ๆ ได้ นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องสื่อสารสร้างความรอบรู้ให้ประชาชนด้วยข้อมูลที่เข้าใจง่าย ปฏิบัติได้จริง เพื่อลดความตื่นตระหนก

4. มาตรการตรวจคัดกรอง แยกกัก กักกัน หรือคุมไว้สังเกต เพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคจากผู้เดินทางซึ่งมาจากท้องที่หรือเมืองท่านอกราชอาณาจักร มาตรการกักตัวในผู้ที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อ และผู้เดินทางมาจากต่างประเทศซึ่งจำเป็นต้องมีมาตรการควบคุมการกักตัวอย่างเข้มงวดเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน ตามหลักเกณฑ์แนวทางที่รัฐกำหนด เช่น การกักตัวที่บ้าน (Home Quarantine) การกักตัวในพื้นที่กักกันโรคแห่งรัฐระดับจังหวัด (Local Quarantine) การกักตัวในพื้นที่กักกันโรคแห่งรัฐระดับประเทศ (State Quarantine) และการกักตัวในพื้นที่กักกันโรคแห่งรัฐทางเลือก (Alternative

State Quarantine) ซึ่งเป็นสถานที่กักกันผู้เดินทางทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาราชอาณาจักรไทยในทุกช่องทางการเดินทาง โดยใช้สถานประกอบการธุรกิจโรงแรม หรือสถานที่ที่รัฐ โดยยินยอมชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดระหว่างกักกันตนโดยสมัครใจ

5. มาตรการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับการขนส่งสาธารณะ คอนโดมิเนียมและอาคารที่พักอาศัย ศาสนสถาน (วัด โบสถ์ มัสยิด ศาลเจ้า และสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาอื่น ๆ) ร้านอาหาร ตลาดสด อาคารสาธารณะ สถานที่ราชการ สถานที่ทำงานเอกชน และสถานประกอบการ ห้างสรรพสินค้าหรือศูนย์การค้า เรือขนส่ง โรงแรมที่พัก การจัดการขยะ หน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

6. มาตรการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เน้นการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลเพื่อป้องกันและลดการแพร่เชื้อโรคโควิด-19 ด้วยหลักการ 3 ล. “ลด เลี่ยง ดูแล” ได้แก่ 1) ลดสัมผัส เช่น การณรงค์ให้สวมใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่และน้ำ หรือเจลแอลกอฮอล์ 2) เลี่ยงจุดเสี่ยง Social Distancing 3) ดูแลสุขภาพตนเองและสังคม เช่น ไม่ใช้ของร่วมกัน การใช้ช้อนกลาง เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและการรับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม ได้ให้การสนับสนุนการตรวจหาเชื้อในผู้ที่มีความเสี่ยงและการรักษาผู้ป่วยด้วย ขณะที่ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้เข้ามามีบทบาทในการจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ที่ขาดแคลน เช่น หน้ากากอนามัย ชุดป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น

7. มาตรการการดูแลด้านสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยปี พ.ศ. 2563 - 2564 มุ่งเน้นการลดผลกระทบทางสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน และเพิ่มศักยภาพทางจิตใจในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีภูมิคุ้มกันทางใจ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

8. มาตรการด้านกฎหมาย อาทิ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2558 ซึ่งในสถานการณ์โรคโควิด-19 พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ฯ มีบทบาทอย่างมากในการกำกับดูแลหรือออกคำสั่งที่เป็นภาพรวมของประเทศ ซึ่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ ฯ ยังมีความสมบูรณ์ไม่เพียงพอที่จะป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ อีกทั้งการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการ ฯ เป็นระยะเวลานาน

9. การจัดตั้งกลไกกลางระดับชาติ ในการบริหารจัดการโรคระบาดใหญ่โรคโควิด-19 โดยคณะรัฐมนตรีมีมติมอบหมายให้สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หรือ ศบค. มีนายกรัฐมนตรีเป็นหัวหน้า เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบายและมาตรการเร่งด่วนในการบริหารสถานการณ์ โดยให้คณะกรรมการอำนวยการเตรียม

ความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ และศูนย์ข้อมูลมาตรการแก้ไขปัญหาจากโรคโควิด-19 ปฏิบัติหน้าที่ภายใต้ ศบค.

10. แนวทางการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยแบ่งตามกลยุทธ์ 6 ด้านของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ 1) การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด่านสถานพยาบาลและชุมชน 2) การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ 3) การติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดในชุมชน 4) การสื่อสารความเสี่ยง 5) การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย และ 6) การประสานงานและจัดการข้อมูล

จากข้อมูลที่กำลังมาข้างหน้า ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคระบาด โดยอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วน ตั้งแต่ระดับส่วนภูมิภาคตลอดจนระดับ ประเทศ การประเมินความเสี่ยงและแนวโน้มของการเกิดโรค เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค โดยจะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและการกำหนดทิศทางแนวทางการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง และเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า โรคระบาดที่เกิดขึ้นยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช และยังคงเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังและจับตาอย่างต่อเนื่อง โดยในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เนื่องจากยังมีผู้เดินทางเข้า – ออกอย่างต่อเนื่องทั้งนักธุรกิจ นักท่องเที่ยว และแรงงานต่าง ๆ ซึ่งการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดการแพร่ระบาดไปในวงกว้าง จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมระบบต่าง ๆ ให้สามารถรองรับหากพบผู้ป่วยและผู้ป่วยสงสัย ทั้งระบบเฝ้าระวังคัดกรองที่โรงพยาบาล และชุมชน ระบบการดูแลรักษา ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และระบบการสำรองยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา

2.3 หลักการป้องกันและควบคุมโรค

แนวคิดการป้องกันและควบคุมโรคอยู่บนพื้นฐานของธรรมชาติของการเกิดโรค (Natural History of Disease) การแพร่กระจายของโรค รวมถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ มนุษย์ (Host) สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) เนื่องจากโรคแต่ละชนิดมีลักษณะการเกิดโรคที่ต่างกัน การแพร่กระจายของโรคแต่ละชนิดก็แตกต่างกัน รวมถึงสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคแต่ละชนิดก็ไม่เหมือนกัน ดังนั้น ควรนำหลักการเหล่านี้มาใช้เป็นส่วนประกอบสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพเพื่อกำจัดหรือลดอุบัติการณ์การเกิดโรคในมนุษย์ (อาจินต์ สงทับ, 2564)

จากหลักการธรรมชาติของการเกิดโรคเปรียบเสมือนภูเขาน้ำแข็งที่ลอยอยู่บนมหาสมุทร ซึ่งสามารถแบ่งน้ำแข็งได้เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ลอยเหนือน้ำ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่น้อยเมื่อเทียบกับน้ำแข็งทั้งก้อน และส่วนที่จมอยู่ใต้น้ำ ซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนใหญ่ของก้อนน้ำแข็ง เช่นเดียวกันหากก้อนน้ำแข็งนี้เปรียบเทียบกับประชาชนในชุมชน ก็สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มที่สามารถเข้าถึงระบบบริการได้เมื่อเจ็บป่วยไม่สบาย ซึ่งเป็นกลุ่มคนจำนวนน้อยของประชาชนทั้งหมดในชุมชน ประชาชนส่วนใหญ่ที่อยู่ในชุมชน ประกอบด้วยผู้ที่ป่วยที่ซื้อยารับประทานเอง ผู้ที่มีอาการเล็กน้อย อาจไม่ต้องรักษาก็สามารถหายเองได้ บางคนอาจติดเชื้อหรืออยู่ในระยะฟักตัวของโรคยังไม่แสดงอาการและกลุ่มที่มากที่สุด คือ คนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งคนที่แข็งแรงและผู้ที่มีไวรัส เช่น เด็ก และผู้สูงอายุ ดังนั้น ในการป้องกันและควบคุมโรค บุคลากรด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงประชาชนทุกกลุ่มที่อยู่ในชุมชนตามลักษณะธรรมชาติการเกิดโรค การกระจายของโรค รวมถึงการศึกษาค้นหาสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค เพื่อให้สามารถระบุกลุ่มเสี่ยง กลุ่มคนที่เปราะบางหรือกลุ่มที่เสียชีวิตของการเกิดโรคนั้น ๆ ได้ ซึ่งในที่นี้จะกล่าวหลักการออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.3.1 การป้องกัน (Disease Prevention) หมายถึง วิธีการหรือมาตรการที่นำมาใช้เพื่อช่วยไม่ให้เกิดโรค หรือผลกระทบที่จะตามมาในประชาชน ซึ่งการป้องกันโรคสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การป้องกันก่อนปฐมภูมิ (Primordial Prevention) หรือการป้องกันเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ประเพณี พฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เป็นต้น การป้องกันในระยะนี้เป็น การป้องกันในประชาชนที่มีโอกาสเกิดความเสียหายในการเกิดโรคและภัยสุขภาพ เช่น จากข้อมูลที่ผ่านมาของชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า ประชาชนมีปัญหาด้านสุขภาพของโรคอ้วนและโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงานซึ่งเกิดจากโรคอ้วนที่สะสมตั้งแต่วัยเด็กหรือวัยรุ่น ดังนั้น บุคลากรด้านสุขภาพจึงได้จัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดหวาน ไขมัน ไขมัน และเพิ่มการทำกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะอ้วนในกลุ่มวัยเด็ก อีกกรณี เช่น จากรายงานการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจของประชาชนในภาคเหนือของทุกปีที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เกิดโรคระบบทางเดินหายใจที่มีสาเหตุจากการได้รับฝุ่นควันจากการเผาป่า ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงได้มีนโยบายให้ความรู้กับประชาชนเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและวิถีชีวิตเพื่อไม่ให้มีการเผาป่า อันจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคและภัยด้านสุขภาพของประชาชนในปีต่อไป ตามความเป็นจริงแล้ว การป้องกันก่อนปฐมภูมินี้ก็เป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งของการป้องกันปฐมภูมินั่นเอง

ระดับที่ 2 การป้องกันปฐมภูมิ หรือการป้องกันก่อนการเกิดโรค (Primary Prevention) คือ การป้องกันโรคก่อนระยะที่โรคเกิดขึ้น ซึ่งระยะนี้นับว่าเป็นระยะการป้องกันที่ดีที่สุด เนื่องจากโรคยังไม่เกิดขึ้น สามารถทำได้ง่าย ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก และได้ผลมากกว่าการป้องกันโรค

ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยวัตถุประสงค์หลักของการป้องกันโรคในระยะนี้ คือ การส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับสภาพความเป็นอยู่ หรือการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ เพื่อให้สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ ดังนั้น ประชาชนก็มีสุขภาพที่แข็งแรงและปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เช่น

1) ส่งเสริมให้ประชาชนปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะด้วยการกำจัดกวาดขยะ และปรับปรุงพื้นที่ให้สะอาดเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของสัตว์นำโรค เช่น ยุง หนู แมลงวัน แมลงสาบ เป็นต้น

2) ให้ความรู้กับประชาชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร หรือสัมผัสสิ่งปนเปื้อนเพื่อป้องกันโรคระบบทางเดินอาหาร หรือปรับเปลี่ยนทัศนคติในการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เพื่อป้องกันโรคพยาธิ หรือการรณรงค์โครงการ กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ เป็นต้น

3) แนะนำให้ประชาชนรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ตามหลักโภชนาการและเหมาะสมกับกลุ่มวัย เช่น ทารก เด็กเล็ก วัยรุ่น วัยชรา หญิงมีครรภ์ แม่ระยะให้นมลูก หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น

4) การให้ภูมิคุ้มกันโรคเพื่อป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ โดยการใช้วัคซีนในเด็ก เช่น วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โควโรโปลิโอ และวัณโรค การให้ภูมิคุ้มกันโรคในผู้สูงอายุ เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น

5) การส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับทุกกลุ่มวัยเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเครียด เป็นต้น

6) การจัดหาสถานพักผ่อนหย่อนใจในชุมชนเพื่อทำกิจกรรมทางกาย สันทนาการ ออกกำลังกาย เช่น สนามกีฬา สนามเด็กเล่น ทางเดิน วิ่ง หรือปั่นจักรยาน รวมทั้งสถานที่สำหรับประกอบอาชีพที่ปลอดภัยและเหมาะสม

7) การจัดบริการให้ความปลอดภัยในด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ภัยจากการประกอบอาชีพ การจราจร และการเดินทางท่องเที่ยว

8) การจัดคลินิกให้มีบริการด้านการตรวจสุขภาพ สำหรับเด็กทารกแต่ก่อนวัยเรียน เพื่อเฝ้าระวังพัฒนาการเจริญเติบโตด้านต่าง ๆ การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน

ระดับที่ 3 การป้องกันทุติยภูมิ หรือการป้องกันในระยะเกิดโรค (Secondary Prevention) คือ การป้องกันในระยะมีโรคเกิดขึ้นแล้ว โดยระยะนี้จะมีวัตถุประสงค์เพื่อการระงับกระบวนการดำเนินของโรค การป้องกันการแพร่เชื้อ และระบอดของโรคไปยังบุคคลอื่นหรือชุมชนอื่น

โดยมุ่งเน้นการคัดกรองเพื่อให้สามารถพบโรคโดยเร็วที่สุดก่อนมีอาการและให้การรักษาโดยทันที การค้นพบโรคในระยะแรก และให้การรักษาอย่างทันท่วงทีนั้น จะได้ผลการรักษาที่ดีกว่าการค้นพบโรคในระยะหลัง ๆ ซึ่งทำให้การรักษาช้า ในระยะนี้จะช่วยลดความชุกของโรค (Prevalence) เนื่องจากเราสามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้เร็ว ดังนั้น การเกิดอุบัติการณ์หรือผู้ป่วยใหม่จะไม่เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยเก่าก็ได้รับการรักษาให้หายด้วยซึ่งกิจกรรมการป้องกันในระยะมีโรคนี้ เช่น

1) การจัดคลินิกให้บริการคัดกรองโรคต่าง ๆ เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และรีบทำการรักษา เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

2) การค้นหาผู้ป่วยให้ได้ในระยะเริ่มแรก โดยเฉพาะในกรณีเกิดโรคที่เกิดขึ้นเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงและสามารถแพร่เชื้อโรคไปยังบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนได้ง่าย และรวดเร็ว เช่น ไข้เลือดออกไวรัสซิกา ไข้หวัดใหญ่ อหิวาตกโรค หัด โรคคอตีบ โรค COVID-19 เป็นต้น หากสามารถค้นหาผู้ป่วยเหล่านี้ได้ในระยะเริ่มแรกที่มีอาการและโรคยังไม่แพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น ทำให้ระงับกระบวนการดำเนินของโรคได้ ช่วยให้การรักษาได้รวดเร็วและถูกต้องและสามารถป้องกันไม่ให้โรคติดต่อไปยังผู้อื่น รวมทั้งสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผลเสียที่อาจตามมา เช่น ความพิการ เสียชีวิต คุณภาพชีวิต ฐานะเศรษฐกิจ และสังคม เป็นต้น

3) การวินิจฉัยโรคและให้การรักษาอย่างทันท่วงที หากได้รับการวินิจฉัยได้ถูกต้อง และรวดเร็ว จะสามารถช่วยให้การรักษาโรคถูกต้องและมีประสิทธิภาพ มีผลให้ความเจ็บป่วยหายได้รวดเร็วและสามารถป้องกันผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาได้เป็นอย่างดี การรักษายังมีผลในด้านการกำจัดแหล่งแพร่โรค ซึ่งอยู่ในตัวผู้ป่วยได้ด้วย เช่น การวินิจฉัยวัณโรคปอดสามารถลดการแพร่กระจายของโรคปอดไปสู่กลุ่มในชุมชน เพราะการรักษาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดระยะการติดเชื้อและการดำเนินโรคในผู้ป่วย

4) การป้องกันการแพร่เชื้อ สำหรับโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่นในชุมชนได้ โดยปะปนกับอาหาร น้ำ และแมลงนำโรคชนิดต่าง ๆ การดำเนินการเกี่ยวกับการกำจัดเชื้ออยู่ในน้ำ อาหาร และสิ่งแวดล้อมที่เป็นสื่อนำโรคด้วยวิธีการควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค การปรับปรุงคุณภาพน้ำให้สะอาด ปราศจากเชื้อ โดยเติมคลอรีน ตลอดจนการปรับปรุงด้านสุขาภิบาลอาหาร และสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมสามารถป้องกันการแพร่เชื้อโรคได้

5) การใช้กฎหมายสาธารณสุข เมื่อมีโรคติดต่อร้ายแรงเกิดขึ้น แม้ว่าจะได้ใช้มาตรการป้องกันและควบคุมโรควิธีการต่าง ๆ แล้ว แต่ไม่ได้ผล เนื่องจากไม่ได้รับความร่วมมือจากประชาชน จึงต้องใช้มาตรการทางกฎหมายเข้ามาช่วยสนับสนุนเพื่อการควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น ในขณะมีภาวะระบาดของโรค COVID-19 รัฐบาลมีนโยบายในลักษณะของกฎหมายบังคับ การออกนอกบ้านในเวลาที่กำหนด การปิดสถานบริการบางชนิด การทำงานที่บ้าน ร่วมกับการปฏิบัติ

ตัวตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค เช่น การใส่หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง (Social Distancing) และการล้างมือ เป็นต้น

ระดับที่ 4 การป้องกันตติยภูมิ หรือการป้องกันการเกิดซ้ำ ความพิการ การไร้สมรรถภาพ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Tertiary Prevention) ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หาย โดยเร็วเป็นการลดผลเสียและอาการแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังการเกิดโรค รวมทั้ง การติดตามสังเกต และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ (Recurrence) การป้องกัน ในระยะนี้จะรวมถึงการบำบัดความพิการ และฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจด้วย การให้บริการ ฟื้นฟูสุขภาพระยะสิ้นสุดของโรคเป็นการฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยลดความพิการที่จะเกิดขึ้น โดยการ ทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรืออรรถบำบัด เป็นต้น การดำเนินงานจะเกิดผลดีต้อง ประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้ เช่น

1) การรักษาโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพ ในกรณีที่สถานบริการไม่สามารถให้ การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนได้ ก็สามารถใช้ระบบการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ การรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเท่าเทียม เสมอภาค และสามารถเข้าถึงบริการได้ เช่น การให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข ร่วมให้บริการเปิดคลินิกโรคเรื้อรังในชุมชน

2.3.2 การควบคุมโรค (Disease Control) หมายถึง การนำมาตรการและกิจกรรม มาดำเนินการหลังจากที่โรคหรือภัยเกิดขึ้นแล้ว เพื่อลดหรือหยุดอัตราการเกิด การตาย ความพิการ การสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมจากโรคหรือภัยนั้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพเมื่อ มีโรคเกิดขึ้นในชุมชน วัตถุประสงค์หลักของการควบคุมโรค คือ เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหรือ จำนวนผู้ป่วยใหม่ ระยะเวลาการเกิดโรค การแพร่กระจายของเชื้อโรค และผลจากการติดเชื้อที่จะตามมาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นต้น การควบคุมโรคในกรณีนี้สามารถ ทำให้สำเร็จได้โดยการรักษาโรคนั้น ๆ ร่วมด้วย ผลที่ตามมาจะเป็นการลดความชุกของโรค (Prevalence) ได้ในที่สุด นั่นคือ ทำให้ทั้งผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยใหม่ลดลงจากผลของการรักษา แต่หาก เพิ่มมาตรการป้องกันด้วยจะเป็นการลดทั้งอุบัติการณ์และความชุกของโรคในชุมชนไปได้พร้อมกัน

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าทั้งการป้องกันและควบคุมโรคสามารถทำควบคู่พร้อม ๆ กันไปได้ เนื่องจากกิจกรรมการควบคุมโรคก็เน้นกิจกรรมการป้องกันโรคระยะปฐมภูมิ หรือระยะก่อนการ เกิดโรค และระยะทุติยภูมิหรือระยะที่มีโรคเกิดขึ้นแล้ว จึงทำให้นักวิทยาศาสตร์ระบาดมักใช้คำว่า การควบคุมป้องกันโรคควบคู่กันไปได้ ซึ่งมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน

สามารถแบ่งได้ตามลักษณะของกิจกรรมการดำเนินงาน (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หน่วยที่ 8 - 15, 2556) ได้แก่

1) มาตรการหลักหรือมาตรการเฉพาะโรค เป็นมาตรการสำคัญที่ใช้ในการป้องกันและควบคุมเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่จะกวาดล้าง กำจัด ลด หรือยับยั้งการเกิดโรค และการดำเนินของโรค โดยนำมาใช้เพื่อกำจัดและลดแหล่งแพร่โรคในชุมชน การกำจัดหรือยับยั้งการแพร่โรคโดยผ่านสื่อโรคที่มีอยู่ การลดจำนวนบุคคลหรือกลุ่มคนที่ไวต่อการรับและเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง หรืออาจมีผลต่อปัจจัยอื่น ๆ ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมาตรการหลักที่จะนำมาใช้ว่ามีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงความเป็นไปได้ทางวิชาการ ทางเศรษฐกิจ และการยอมรับของชุมชนและสังคมร่วมด้วย

2) มาตรการรองหรือมาตรการสนับสนุน เป็นมาตรการทั่วไปที่สนับสนุนมาตรการหลักให้สามารถดำเนินการได้ผลดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้น มาตรการสนับสนุนนี้สามารถใช้กับโรคหรือปัญหาสาธารณสุขโดยทั่วไปได้ มาตรการเหล่านี้ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

(2.1) การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและรวดเร็ว

(2.2) การแยกหรือกักกันผู้ป่วยออกจากบุคคลอื่นในชุมชน ในกรณีผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงเพื่อให้การรักษาหรือสังเกตอาการ รวมทั้งเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปในชุมชน

(2.3) การรักษาให้หายขาดทั้งผู้ป่วยและผู้ที่เป็นพาหนะนำโรค

(2.4) การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการระวังรักษาสุขภาพอนามัย และการป้องกันการสัมผัสกับสิ่งก่อโรค

(2.5) การแจ้งโรคหรือการรายงานโรคให้แก่หน่วยงานที่รับผิดชอบตามลำดับ โดยเฉพาะเมื่อมีโรคติดต่ออันตรายร้ายแรงหรือโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความเกิดขึ้นในพื้นที่

(2.6) การใช้มาตรการตามกฎหมายและพระราชบัญญัติสาธารณสุข

(2.7) การศึกษา การสอบสวน และการค้นคว้าทางวิทยาการระบอบเพิ่มเติม หากโรคที่เกิดขึ้นยังไม่ทราบสาเหตุ หรือปัจจัยการเกิดโรคที่ชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า หลักการป้องกันและควบคุมโรคระบาด สามารถที่จะทำควบคู่กันไปได้พร้อม ๆ กัน โดยอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินการออกเป็น 4 ระดับ คือ 1) ระดับก่อนปฐมภูมิ (Primordial Prevention) เป็นการป้องกันเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกาย แนะนำให้ประชาชนรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 2) ระดับปฐมภูมิ หรือการป้องกันก่อนการเกิดโรค (Primary Prevention) เป็นการป้องกันโรคก่อนระยะที่โรคเกิดขึ้น เช่น ส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมให้ประชาชนปรับสภาพความเป็นอยู่หรือการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่เพื่อให้

ป้องกันการเกิดโรค รวมไปถึงแนะนำให้ประชาชนได้รับฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดความรุนแรงของโรค 3) ระดับทุติยภูมิ หรือการป้องกันในระยะเกิดโรค (Secondary Prevention) เป็นการป้องกันในระยะมีโรคเกิดขึ้นแล้ว เช่น เร่งคัดกรองประชาชนให้พบโรคโดยเร็วที่สุดก่อนมีอาการและให้การรักษาโดยทันที 4) ระดับตติยภูมิหรือการป้องกันการเกิดความพิการ การไร้สมรรถภาพ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Tertiary Prevention) เป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็วที่สุด เป็นการลดผลเสียและอาการแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังการเกิดโรค รวมทั้งการติดตามสังเกตและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

2.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ

2.4.1 แนวคิดและทฤษฎีการพัฒนา

คำว่า “การพัฒนา” ใช้ในภาษาอังกฤษว่า “Development” มีการนำมาใช้เฉพาะ และนำไปประกอบกับคำอื่น ๆ ก็ได้ เช่น การพัฒนาประเทศ การพัฒนาชนบท การพัฒนาเมือง การพัฒนาตนการพัฒนาเพื่อความยั่งยืน การพัฒนาสังคม เป็นต้น ดังนั้น การนำคำว่าพัฒนาไปใช้ ก็จะมีการแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ที่จะนำไปใช้

การพัฒนาตามทัศนะของมีนักวิชาการและบุคคลสำคัญ ได้รวบรวมความหมายไว้หลายท่าน ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

สังัด อุทรานันท์ (2532) กล่าวว่า การพัฒนา ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Development” ซึ่งมีความหมายอยู่ 2 ลักษณะ คือ การทำให้ดีขึ้นหรือทำให้สมบูรณ์ขึ้นหรือการทำให้เกิดขึ้น

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2534) อธิบายว่า การพัฒนาเป็นเสมือนกลวิธี หรือ มรรควิธี (Means) ที่นำไปให้เกิดผล (Ends) ที่ต้องการ คือ คุณภาพชีวิต ชุมชน และสังคมดีขึ้นและนอกจากจะเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นแล้วยังมีการกำหนดอัตราการเปลี่ยนแปลง (Rate of Change) เอาไว้ด้วย

ดิเรก ฤกษ์หรัย (2543) ให้ความหมายว่า การพัฒนานั้นเป็นกระบวนการ (Process) ที่จะต้องมีองค์ประกอบของเครื่องชี้วัดที่สำคัญและต้องผสมผสานระหว่างการเปลี่ยนแปลง (Change) ในทางบวก การเปลี่ยนแปลงนั้นต้องมีการควบคุม (Control) ทิศทางของการเปลี่ยนแปลงได้ และผลของการเปลี่ยนแปลงนั้นต้องเกิดความเสมอภาค (Equity)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546) ได้ให้ความหมายของคำว่า “พัฒนา” ว่าหมายถึง การทำให้มีความเจริญ

สนธยา พลศรี (2547) กล่าวว่า การพัฒนา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้คุณภาพดีกว่าเดิม ทำให้เกิดความเจริญเติบโตของงามและดีขึ้น จนเป็นที่พึงพอใจ ซึ่งความหมายนี้เป็นความหมายที่รู้จักโดยทั่วไป เพราะนำมาใช้มากกว่าความหมายอื่น ๆ

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2547) กล่าวว่า การพัฒนา คือ การเปลี่ยนแปลงตามแผนหรือเปลี่ยนแปลงที่มีการกำหนดทิศทาง (Planned or Directed Change) นั่นคือ การพัฒนามิได้เป็นเรื่องธรรมชาติหากเป็นความพยายามของมนุษย์ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น โดยกำหนดทิศทางหรือรายละเอียดเอาไว้ล่วงหน้าว่าจะพัฒนาอะไร พัฒนาอย่างไร เข้าเร็วอย่างไร ใครจะเป็นผู้พัฒนา และใครจะเป็นผู้ถูกพัฒนา เป็นต้น

พจน์ พจนพานิชย์กุล (2556) กล่าวว่า การพัฒนา (Development) คือ การทำให้ดีขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงเพื่อสิ่งที่ดีกว่า (Change for the Better)

สรุปความหมาย “การพัฒนา” หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแผนการที่มีการกำหนดทิศทาง เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความเจริญ หรือการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดความงอกงาม และทำให้มีความสมบูรณ์ขึ้น โดยเป้าหมายของการพัฒนาเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์หรือเรื่องของการพัฒนา

ฉะนั้น การพัฒนาจะถูกนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน จึงทำให้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแตกต่างกันออกไปหลาย ๆ แนวคิด ซึ่งสามารถจำแนกออกมาได้ดังนี้

1. แนวคิดด้านมนุษยนิยม แนวคิดนี้เป็นการอธิบายแนวคิดพื้นฐานการพัฒนาของมนุษย์ที่เน้นเรื่องค่านิยมกับจริยธรรม โดยมองว่าเป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาอยู่ที่มนุษย์ และค่านิยมด้านจริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญในสังคมมนุษย์ แนวคิดนี้ถือได้ว่า คนเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนา คนเป็นผู้บันดาลให้เกิดขึ้น หรือดับสลายของสิ่งต่าง ๆ ได้ โดยจุดหมายปลายทางของการพัฒนา คือ การพัฒนาคนที่ทำให้คนมีทั้งคุณภาพและคุณธรรม (วิรัช เตียงหงษากุล, 2529)

2. แนวคิดทางด้านเศรษฐกิจ เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะเน้นไปในเรื่องของการออมและการลงทุน มองว่าการพัฒนาเปรียบเสมือนการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยถือว่าเมื่อมีกระบวนการพัฒนาเกิดขึ้นแล้ว ผลแห่งการพัฒนายจะแพร่กระจายไปยังประชาชนทีละน้อย และประชาชนจะพัฒนาตามไปด้วย ซึ่งผลประโยชน์ของการเจริญเติบโตจะกระจายไปสู่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ในรูปของงานและโอกาสทางเศรษฐกิจ โดยผลของการกระจายนี้จะเพิ่มผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจให้แก่กลุ่มที่ยากจนกว่า

3. แนวความคิดด้านความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศต่าง ๆ ซึ่งแต่ละประเทศเริ่มตระหนักว่าการดำเนินการพัฒนาที่ผ่านมาไม่ได้ส่งผลให้ประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการพัฒนาควรจะถูกกำหนดให้ไปสู่แนวความคิดความจำเป็นขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม การศึกษา และสุขภาพอนามัย รวมไปถึง

ความต้องการด้านต่าง ๆ ของประชาชนเป็นอันดับแรก แทนการมุ่งลงทุนในด้านอุตสาหกรรม นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการพัฒนา และแนวทางในการปฏิบัติแล้วการพัฒนาจะมุ่งไปที่สวัสดิการของประชาชนเพื่อลดความยากจน ลดการว่างงาน และลดความไม่เท่าเทียมกันด้วย

4. แนวความคิดแบบการปฏิบัติทางสังคม เป็นแนวคิดที่เกิดจากรัฐบาลของประเทศต่าง ๆ พยายามที่จะปรับปรุง แก้ไขปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในรูปแบบของการวางแผนและปฏิบัติการ เช่น การปฏิรูปที่ดิน การสหกรณ์ การพัฒนาชนบท เป็นต้น และเรียกวิธีการนี้ว่า “การพัฒนา” (สนธยา พลศรี, 2547)

5. แนวคิดแบบความขัดแย้งทางสังคม เป็นแนวคิดของการพัฒนาประเทศด้วยระบอบสังคมนิยม ที่นำทฤษฎีความขัดแย้งมาใช้เป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและระบบสังคม โดยถือว่าการนำระบอบสังคมนิยมเข้ามาใช้แทนระบบที่ใช้อยู่เดิม ถือเป็นการพัฒนาในแนวความคิดนี้ (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2534)

6. แนวคิดแบบการพัฒนาชุมชน เป็นแนวคิดที่องค์การสหประชาชาตินำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาที่กล่าวมาแล้วในเรื่องความเป็นมาของการพัฒนา กล่าวคือ การให้คนและกลุ่มคนในชุมชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและเป็นผู้ที่ได้รับผลของการพัฒนาตามหลักการและวิธีการพัฒนาชุมชน

7. แนวคิดแบบการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นแนวคิดที่องค์การสหประชาชาติเรียกร้องให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ได้ตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้ทรัพยากรอย่างฟุ่มเฟือยจนเกินขีดจำกัดของทรัพยากรโลก เป็นแนวคิดการพัฒนาที่ต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของทุกด้านอย่างสมดุลใน 5 ด้าน คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ ด้านวัฒนธรรม ด้านสังคม และด้านการเมือง

สรุปแนวคิดและทฤษฎีการพัฒนา ได้ว่า การพัฒนา คือ กระบวนการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีกว่าเดิม ซึ่งเกิดจากความพยายามของมนุษย์ โดยการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบ เป็นลำดับขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง เกิดขึ้นตลอดเวลาไม่หยุดนิ่ง มีการเตรียมการล่วงหน้า โดยนำกลวิธีมาใช้เพื่อกำหนดเป้าหมาย และกลวิธีนั้นต้องนำไปปฏิบัติจริง การพัฒนา นอกจากจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อมนุษย์ สังคม และสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์แล้ว รูปแบบ กระบวนการ และวิธีการพัฒนาก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากมนุษย์และสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

2.4.2 แนวคิดและทฤษฎีรูปแบบ

รูปแบบเป็นสิ่งที่สร้างขึ้นไว้เป็นแนวทางในการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้ความหมาย พอสรุปได้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ได้ให้ความหมายไว้ว่า รูปแบบ หมายถึง รูปที่กำหนดขึ้นเป็นหลักหรือเป็นแนว ซึ่งเป็นที่ยอมรับแสดงว่าเป็นสิ่งนั้น ๆ เช่น รูปแบบบ้าน เป็นต้น

ทิตนา แคมมณี (2550) กล่าวว่า รูปแบบ (Model) เป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เป็นคำอธิบาย แผนผัง ไดอะแกรม หรือแผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น รูปแบบจึงเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในกาสืบเสาะหาคำตอบ ความรู้ ความเข้าใจ ในปรากฏการณ์ทั้งหลาย

ณัฐศักดิ์ จันทร์ผล (2552) ได้กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง โครงสร้าง โปรแกรมแบบจำลอง หรือตัวแบบที่จำลองสภาพความเป็นจริงที่สร้างขึ้นจากการลดทอนเวลาและทศะพิจารณาว่ามีสิ่งใดบ้างที่จะต้องนำมาศึกษาเพื่อใช้ทดแทนแนวคิดหรือปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง โดยอธิบายความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ของรูปแบบนั้น ๆ

คัมภีร์ สุดแท้ (2553) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่สร้าง หรือพัฒนาขึ้น แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญ ๆ ของเรื่องให้เข้าใจง่ายขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

ปัญญา ทองนิล (2553) ได้กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างที่เกิดจากทฤษฎี ประสบการณ์ การคาดการณ์ นำเสนอในรูปของข้อความ หรือแผนผัง

มาลี สืบกระแสน (2552) ได้กล่าวว่า รูปแบบ มี 2 ลักษณะ คือ

- 1) รูปแบบจำลองของสิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่น ระบบการปฏิบัติงาน
- 2) รูปแบบที่เป็นแบบจำลองของสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

โดยรูปแบบอาจแสดงความสัมพันธ์ด้วยเส้นโยงแสดงในรูปแผนภาพ หรือเขียนในรูปสมการคณิตศาสตร์ หรือสมการพยากรณ์ หรือเขียนเป็นข้อความ จำนวน ภาพ แผนภูมิ หรือรูปสามมิติ

ทั้งนี้ยังมีนักวิชาการต่างประเทศที่ได้ให้ความหมายรูปแบบ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

Husen & Postlethwaite (1994) ได้ให้ความหมายว่า รูปแบบ คือ โครงสร้างที่ถูกนำเสนอเพื่อใช้วินิจฉัยความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่สร้างมาจากเหตุการณ์ การหยั่งรู้ด้วยวิธีการอุปมาอุปมัย หรือได้มาจากทฤษฎี รูปแบบจึงไม่ใช่ทฤษฎี

Raj (1996) ได้ให้ความหมายของคำว่ารูปแบบ (Model) ไว้ 2 ความหมาย คือ

1. รูปแบบ คือ รูปย่อของความจริงของปรากฏการณ์ ซึ่งแสดงด้วยข้อความจำนวน หรือภาพ โดยการลดทอนเวลาและทศะ ทำให้เข้าใจความจริงของปรากฏการณ์ได้ดียิ่งขึ้น
2. รูปแบบ คือ ตัวแทนของการใช้แนวความคิดของโปรแกรมที่กำหนดเฉพาะ

โดยสรุป รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองอย่างง่ายหรือย่อส่วน (Simplified Form) ของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้เสนอรูปแบบดังกล่าว ได้ศึกษาและพัฒนาขึ้นมาเพื่อแสดงหรืออธิบายปรากฏการณ์ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น หรือในบางกรณีอาจจะใช้ประโยชน์ในการทำนายปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนอาจใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง

Good (2005) ได้รวบรวมความหมายของ “รูปแบบ” เอาไว้ 4 ความหมาย คือ

1. รูปแบบเป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ
2. รูปแบบเป็นตัวอย่างเพื่อเลียนแบบ เช่น ตัวอย่างในการออกเสียงภาษาต่างประเทศ เพื่อให้ผู้เรียนได้เลียนแบบ เป็นต้น
3. รูปแบบเป็นแผนภูมิหรือรูปสามมิติ ซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลักการหรือแนวคิด
4. รูปแบบเป็นชุดของปัจจัยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ซึ่งกันและกัน ซึ่งรวมตัวกันเป็นตัวและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคม อาจจะเขียนออกมาเป็นสูตรทางคณิตศาสตร์หรือบรรยายเป็นภาษาก็ได้

AR Dictionary (2008) ได้ให้นิยามความหมายของรูปแบบ (Model) ว่าหมายถึงแบบจำลองที่เป็นสัดส่วนหรือเป็นประเภทเดียวกันกับของจริง หรือสัญลักษณ์ของการเป็นตัวแทนสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่คาดว่าจะเกิดในอนาคต หรือแบบแผนของสิ่งที่เตรียมไว้

Thinkexist (2008) ได้ให้ความหมายของคำว่ารูปแบบ หรือ Model ไว้ว่า เป็นแบบจำลองระบบการปฏิบัติงาน หรือแบบแปลนของการก่อสร้างที่วาดไว้ล่วงหน้า หรือสิ่งของที่เป็นตัวแทนแสดงความของสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรือสิ่งที่เตรียมเอาไว้ล่วงหน้า

สรุปความหมายรูปแบบได้ว่า “รูปแบบ” หมายถึง วิธีการดำเนินงาน หลักการทางกรอบความคิดและเกณฑ์ต่าง ๆ ที่สามารถยึดเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยแสดงถึงความสัมพันธ์ของ 2 ชุดตัวแปร ประกอบไปด้วย กระบวนการปฏิบัติงานและงานวิชาการ ที่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน

สำหรับประเภทของรูปแบบ ได้มีผู้จำแนก สรุปได้ดังนี้

Smith & Other (1980) สามารถจำแนกรูปแบบออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical Model) จำแนกออกเป็น
 - 1) รูปแบบคล้ายจริง (Iconic Model) มีลักษณะคล้ายของจริง เช่น เครื่องบินจำลอง หุ่นไล่กา หุ่นตามร้านตัดเสื้อ เป็นต้น
 - 2) รูปแบบเหมือนจริง (Analog Model) มีลักษณะคล้ายปรากฏการณ์จริง เช่น การทดลองทางเคมีในห้องปฏิบัติการก่อนจะทำการทดลอง เครื่องบินจำลองที่บินได้ หรือเครื่องฝึกหัดบิน เป็นต้น รูปแบบชนิดนี้มีความใกล้เคียงความจริงมากกว่าแบบแรก

2) รูปแบบเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Model) จำแนกออกเป็น

1) รูปแบบข้อความ (Verbal model) หรือรูปแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Model) เป็นการใช้อธิบายปฏิกิริยาธรรมดากับการอธิบายโดยย่อ เช่น คำพรรณนาลักษณะงาน คำอธิบายรายวิชา เป็นต้น

2) รูปแบบทางคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) หรือรูปแบบเชิงปริมาณ (Quantitative Model) เช่น สมการ และโปรแกรมเชิงเส้น เป็นต้น

Keeves (1988) ได้จำแนกรูปแบบออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1) รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue Model) เป็นรูปแบบเชิงกายภาพส่วนใหญ่ใช้ในด้านวิทยาศาสตร์ เช่น รูปแบบโครงสร้างอะตอม สร้างขึ้นโดยหลักการเปรียบเทียบโครงสร้างของรูปแบบให้สอดคล้องกับลักษณะที่คล้ายกันทางกายภาพ สอดคล้องกับข้อมูลความรู้ที่มีอยู่ในลักษณะนั้นด้วย รูปแบบที่สร้างขึ้นต้องมียุทธศาสตร์ประกอบชัดเจน สามารถนำไปทดสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ และสามารถนำไปใช้ในการหาข้อสรุปของปรากฏการณ์ได้อย่างกว้างขวาง เช่น รูปแบบจำนวนนักเรียนในโรงเรียน สร้างขึ้นโดยการเปรียบเทียบกับลักษณะลงน้ำที่ประกอบด้วยท่อน้ำเข้าและท่อน้ำออก ปริมาณที่ไหลเข้าถึงเปรียบเทียบกับจำนวนนักเรียนที่เข้าโรงเรียน อัตราการเกิด อัตราการย้ายเข้า อัตราการรับเด็กอายุต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนปริมาณน้ำที่ไหลออกเปรียบเทียบกับจำนวนนักเรียนที่ออกจากโรงเรียน เนื่องจากพันธุศาสตร์การศึกษา การย้ายออก การจบการศึกษา สำหรับปริมาณน้ำที่เหลือในถัง เปรียบเทียบกับจำนวนนักเรียนที่เหลืออยู่ในโรงเรียน เป็นต้น จุดมุ่งหมายของรูปแบบนี้เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงจำนวนนักเรียนในโรงเรียน

2) รูปแบบเชิงข้อความ (Semantic Model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น และใช้ข้อความในการอธิบายเพื่อให้เกิดความกระจ่างมากขึ้น แต่จุดอ่อนของรูปแบบประเภทนี้ คือ ขาดความชัดเจนแน่นอน ทำให้ยากแก่การทดสอบรูปแบบ แต่อย่างไรก็ตาม ได้มีการนำรูปแบบนี้มาใช้ในการศึกษามาก เช่น รูปแบบการเรียนรู้ในโรงเรียน

3) รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) เป็นรูปแบบที่ใช้แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปร โดยใช้สัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ปัจจุบันมีแนวโน้มว่าจะนำไปใช้ในด้านพฤติกรรมศาสตร์มากขึ้น โดยเฉพาะในการวัดและประเมินผลทางการศึกษา รูปแบบลักษณะนี้ส่วนมากพัฒนามาจากรูปแบบเชิงข้อความ

4) รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal Model) เป็นรูปแบบที่เริ่มจากการนำเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) ในการศึกษาเกี่ยวกับพันธุศาสตร์ รูปแบบเชิงสาเหตุนี้ทำให้สามารถศึกษารูปแบบเชิงข้อความที่มีตัวแปรสลับซับซ้อนได้ แนวคิดสำคัญของรูปแบบนี้ คือ

ต้องสร้างจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหรืองานวิจัยที่มีมาแล้ว รูปแบบจะเขียนในลักษณะสมการเส้นตรง แต่ละสมการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปร จากนั้นมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในสภาพการณ์ที่เป็นจริงเพื่อทดสอบรูปแบบ ซึ่งรูปแบบเชิงสาเหตุนี้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

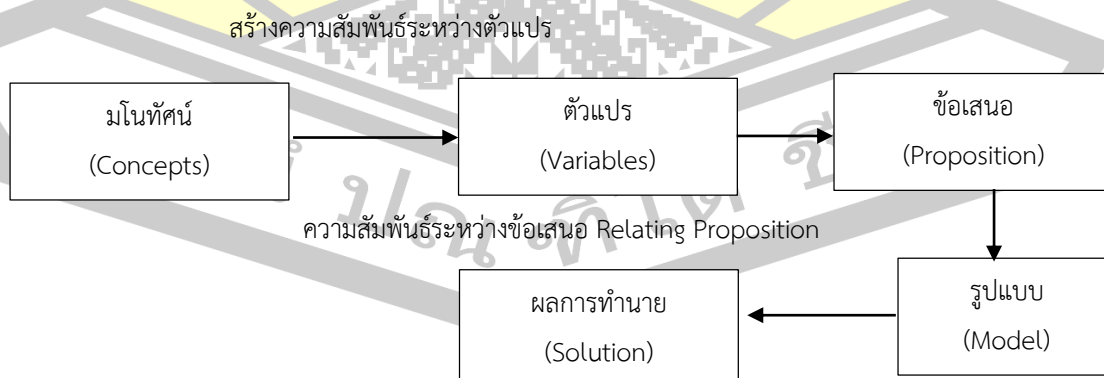
(1) รูปแบบระบบเส้นเดียว (Recursive Model) เป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรด้วยเส้นโยงที่มีทิศทางของการเป็นสาเหตุในทิศทางเดียว โดยไม่มีความสัมพันธ์ย้อนกลับ

(2) รูปแบบระบบเส้นคู่ (Non-recursive Model) เป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรภายในตัวแปรหนึ่งอาจเป็นทั้งตัวแปรเชิงสาเหตุและเชิงผลพร้อมกัน จึงมีทิศทางความสัมพันธ์ย้อนกลับได้

สรุปได้ว่า รูปแบบเป็นแบบจำลองในการปฏิบัติงาน ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ของ 2 ชุดตัวแปร ประกอบไปด้วย กระบวนการปฏิบัติงานและงานวิชาการที่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน โดยรูปแบบเป็นสิ่งที่สร้างและพัฒนาขึ้น โดยแต่ละสาขาจะมีรูปแบบที่แตกต่างกันไป ดังนี้ 1) รูปแบบการอุปมาอุปไมยจะเป็นการเทียบเคียงปรากฏการณ์ซึ่งเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ 2) รูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ 3) รูปแบบที่ใช้สมการทางคณิตศาสตร์เป็นสื่อในการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ และ 4) รูปแบบที่นำมาเอาตัวแปรต่าง ๆ มาสัมพันธ์กันเชิงสาเหตุและผลที่เกิดขึ้น

2.4.3 การสร้างและพัฒนารูปแบบ

Keeve (1988) ได้อธิบายการสร้างรูปแบบ ไว้ว่ากล่าวคือ การกำหนดมโนทัศน์ที่ เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ เพื่อชี้ให้เห็นว่ารูปแบบเสนออะไร เสนออย่างไร เพื่อให้ได้ อะไร สิ่งที่ได้นั้นสามารถอธิบายปรากฏการณ์อะไร และนำไปสู่ข้อค้นพบอะไรใหม่ ๆ ซึ่งสามารถเขียน ขั้นตอนการสร้างรูปแบบ ได้ดังนี้



รูปภาพที่ 1 แผนภาพแสดงขั้นตอนการสร้างรูปแบบสร้างความสัมพันธ์

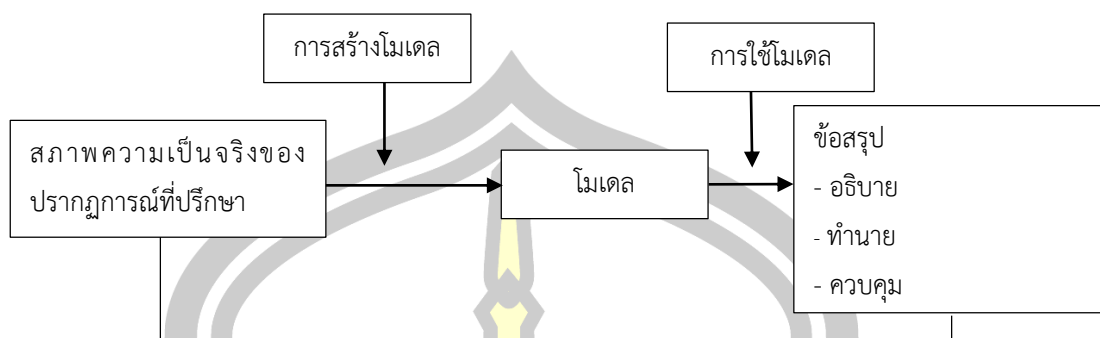
กล่าวโดยสรุป รูปแบบที่จะนำไปใช้ให้ได้ประโยชน์สูงสุดนั้นต้องประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญ คือ มีความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง สามารถทำนายผลได้ สามารถขยายความผลทำนายได้ กว้างขวางขึ้น และสามารถนำไปสู่แนวความคิดใหม่ ๆ สำหรับการพัฒนารูปแบบนั้น ผู้วิจัยจะต้องศึกษาแนวคิด ทฤษฎีในการสร้างรูปแบบ นำเอาข้อมูลที่จัดเก็บมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อกำหนดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของรูปแบบ กำหนดโครงสร้างและข้อเสนอของรูปแบบอย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่ผลสรุปเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่มุ่งหวังของการวิจัย มีการทดสอบและปรับปรุงรูปแบบก่อนนำรูปแบบไปใช้งานจริง และมีการประเมินผลหลังจากการนำรูปแบบไปใช้งานจริง

Keeves (1988) ได้กล่าวถึงหลักการอย่างกว้าง ๆ เพื่อกำกับการสร้างรูปแบบไว้ 4 ประการ คือ

- 1) รูปแบบควรประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้างของตัวแปรมากกว่า ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงแบบธรรมดา อย่างไรก็ตาม การเชื่อมโยงแบบเส้นตรงแบบธรรมดาทั่วไปนั้นก็ยังมีประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยในช่วงต้นของการพัฒนารูปแบบ
- 2) รูปแบบควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้น จากการใช้รูปแบบ สามารถตรวจสอบได้โดยการสังเกตและหาข้อสนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้
- 3) รูปแบบควรจะต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลในเรื่องที่จะศึกษา ดังนั้น นอกจากจะเป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ได้ ควรใช้การอธิบายปรากฏการณ์ได้ด้วย
- 4) นอกจากคุณสมบัติต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างมโนทัศน์ใหม่ และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่ ซึ่งเป็นการขยายองค์ความรู้ในเรื่องที่เราากำลังศึกษาด้วย

มียากวะ (2550) ได้อธิบายการสร้างโมเดลว่า เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ทางธรรมชาติหรือสังคมเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งอาจจะไม่ศึกษาปรากฏการณ์เรื่องนั้นโดยตรงก็ได้ แต่เป็นการศึกษาโดยวิธีการสร้างโมเดล เพื่อหาข้อสรุปที่สามารถนำไปอธิบาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์ที่ศึกษา ดังแผนภาพที่ 2

พูน ปณ ทิโต ชีเว



รูปภาพที่ 2 แผนภาพแสดงการศึกษาปรากฏการณ์โดยวิธีการสร้างโมเดล

โมเดลที่ใช้ศึกษาค้นคว้าปรากฏการณ์ทางสังคมต้องมีคุณสมบัติ 2 ประการ คือ
 ประการที่ 1 มีลักษณะสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของปรากฏการณ์ของเรื่อง
 ที่จะศึกษา

ประการที่ 2 สามารถนำไปใช้หาข้อสรุปเพื่ออธิบาย ทำนาย หรือควบคุม
 ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง

คุณสมบัติของโมเดลทั้ง 2 ประการนี้ มีลักษณะขัดแย้งกันเอง กล่าวคือ ถ้าเราสร้าง
 โมเดลให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของปรากฏการณ์มาเท่าใด โมเดลจะสลับซับซ้อนมากขึ้น
 ทำให้การนำโมเดลไปใช้มีความยุ่งยาก ในทางตรงกันข้าม ถ้าเราเน้นความสะดวกในการนำเอาโมเดล
 ไปใช้อธิบายปรากฏการณ์ ก็ต้องเขียนโมเดลให้ง่ายเข้าไว้ โมเดลก็ไม่ค่อยสอดคล้องกับสภาพความ
 เป็นจริงของปรากฏการณ์ ซึ่งทำให้การนำโมเดลไปใช้อธิบาย ทำนาย และควบคุมปรากฏการณ์ได้
 จำกัด จุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การสร้างโมเดลก็เพื่อทดสอบ หรือตรวจสอบโมเดลนั้นด้วยข้อมูล
 เชิงประจักษ์

ดังนั้น โมเดลที่สร้างขึ้นจึงมีความชัดเจน และเหมาะสมกับวิธีการทดสอบ โดยปกติแล้ว
 การวิจัยทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มักจะทดสอบโมเดลด้วยวิธีการทางสถิติ การสร้าง
 โมเดล การเก็บรวบรวมข้อมูล และการทดสอบโมเดล เป็นกิจกรรมที่ต้องบูรณาการเข้าด้วยกัน
 เนื่องจากโครงสร้างของโมเดลจะเป็นตัวกำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะ
 นำไปใช้ทดสอบโมเดล ผลของการทดสอบโมเดลย่อมนำไปสู่การยอมรับและปฏิเสธโมเดลนั้น

วาโร เฟ็งสวัสดี (2553) ได้กล่าวว่า การสร้างและพัฒนาารูปแบบ สามารถแบ่งออก
 ได้เป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนา
 รูปแบบขึ้นมาก่อน เป็นรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis Model) โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และ

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษารายกรณี หน่วยงานที่ดำเนินการในเรื่องนั้น ๆ ได้เป็นอย่างดี ซึ่งผลการศึกษาจะนำไปใช้กำหนดองค์ประกอบ หรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบในขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยหลักการของเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญ ซึ่งโดยทั่วไปการศึกษาในขั้นตอนนี้จะมีขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

1) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นร่างกรอบแนวคิดการวิจัย

2) การศึกษาจากบริบทจริง ในขั้นตอนนี้อาจจะดำเนินการได้หลายวิธี ดังนี้

(1) การศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินการในปัจจุบันของหรือพื้นที่ที่จะศึกษา โดยศึกษาความคิดเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ซึ่งวิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจ การสนทนากลุ่ม เป็นต้น

(2) การศึกษารายกรณี (Case Study) หรือพหุกรณีหน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จหรือมีแนวโน้มที่ดีในเรื่องที่ศึกษา เพื่อนำมาเป็นสารสนเทศที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบ

(3) การศึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ วิธีการศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นต้น

3) การจัดทำรูปแบบ ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจะใช้สารสนเทศที่ได้ในข้อ 1.1 และ 1.2 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อนำมาจัดทำรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ภายหลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบในขั้นแรกแล้ว จำเป็นที่จะต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบดังกล่าว เพราะรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ถึงแม้จะพัฒนาโดยมีรากฐานจากทฤษฎี แนวความคิดรูปแบบของบุคคลอื่น และผลการวิจัยที่ผ่านมา แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบตามสมมติฐาน ซึ่งจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวังหรือไม่ การเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริง หรือทดลองใช้รูปแบบในสถานการณ์จริง จะช่วยให้ทราบอิทธิพล หรือความสำคัญขององค์ประกอบย่อย หรือตัวแปรต่าง ๆ ในรูปแบบ ผู้วิจัยอาจจะปรับปรุงรูปแบบใหม่โดยการตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่า ไม่มีอิทธิพลหรือมีความสำคัญน้อยออกจากรูปแบบ ซึ่งจะทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

วีระยุทธ ชาตะกาญจน์ (2557) ได้สรุปขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ดังนี้

1) กำหนดกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทำการคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความสามารถ และความชำนาญในเรื่องที่จะศึกษา ขนาดของกลุ่มที่เพียงพออยู่ระหว่าง 10 – 15 คน หากผู้เชี่ยวชาญมี

ขนาดตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนจะน้อยมากจนคงที่ซึ่งผู้วิจัยที่ใช้เทคนิคเดลฟายมักนิยมกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญไม่น้อยกว่า 17 คน

2) กำหนดประเด็นแนวโน้มนิยมและสร้างเครื่องมือในการวิจัย การเก็บข้อมูลจะใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือสำคัญ ซึ่งจะใช้แบบสอบถามปลายเปิด และแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราประมาณค่า

3) ทำเดลฟายรอบที่ 1 โดยส่งแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลกว้าง ๆ จากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้คำถามปลายเปิด การเก็บข้อมูลรอบนี้ต้องชี้แจงจุดมุ่งหมายของการเก็บข้อมูล

4) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ในรอบที่หนึ่ง ทั้งนี้ต้องทำการวิเคราะห์เนื้อหาสรุปประเด็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด เพื่อนำไปให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นต่าง ๆ ที่ปรากฏในข้อความทุกประเด็น จัดทำแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายปิดในรูปมาตราประมาณค่าสำหรับเก็บข้อมูลในรอบที่สอง

5) ทำเดลฟายรอบที่สอง ในรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจะได้รับข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติที่เป็นของกลุ่มโดยส่วนรวม ผนวกด้วยคำตอบเดิมของตนเอง แล้วขอให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนพิจารณาตอบใหม่

6) ทำเดลฟายที่สามหรือที่สี่ ขึ้นอยู่กับการได้ข้อสรุปที่มีฉันทามติ โดยปกติการรวบรวมข้อมูล โดยใช้เทคนิคเดลฟายอย่างน้อยที่สุดจะต้องใช้สองรอบ แต่ไม่ควรเกิน 4 รอบ

7) สรุปและอภิปราย โดยการเสนอแนวโน้มนิยมที่มีฉันทามติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ การกำหนดระดับความสอดคล้องทางความคิด หรือการหาฉันทามติในเทคนิคเดลฟาย สามารถกำหนดได้ด้วยค่าสถิติ 2 ประเภท ดังนี้

ประเภทแรก คือ กำหนดด้วยค่าร้อยละ เพื่อแสดงให้เห็นอัตราส่วนผู้ที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าอยู่ในระดับใด และมีการแสดงแจกแจงความถี่ของผู้ให้ข้อมูลว่ามีลักษณะของค่าตอบกระจายในลักษณะใด

ประเภทที่สอง คือ การใช้สถิติที่วัดแนวโน้มนิยมเข้าสู่ส่วนกลาง เพื่อบ่งบอกระดับความคิดเห็นของกลุ่มในลักษณะสรุปรวม และแสดงค่าสถิติการกระจาย เพื่อให้ทราบระดับความแตกต่างทางความคิดเห็นของสมาชิกว่ามีมากน้อยเพียงใด

เกณฑ์ที่ใช้ในการระบุฉันทามติจึงขึ้นอยู่กับลักษณะของสถิติที่ใช้ การตรวจสอบระดับฉันทามติมีเกณฑ์พิจารณา 2 ส่วน คือ การกำหนดระดับความเห็นพ้องกันของเสียงส่วนใหญ่ และการกำหนดเกณฑ์การยุติกระบวนการเดลฟาย เมื่อสมาชิกไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงทางความคิดจากรอบที่แล้ว

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้วิจัยมีการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคที่เป็นโรคระบาดมีจำนวนลดลง โดยทำการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อมากำหนดกรอบแนวคิด จากนั้นทำการศึกษาบริบท แนวทางการพัฒนารูปแบบ ผลของการพัฒนารูปแบบ และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการควบคุมและป้องกันโรคระบาดในชุมชน เพื่อให้ได้รูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

2.5 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ระบบสุขภาพอำเภอ หรือ District Health System (DHS) ถือเป็นหน่วยงานของการจัดการระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสูงเนื่องจากมีความเชื่อมโยงกันระหว่างองค์ประกอบครบภายในระบบเอง หรือที่เรียกว่า Self-contained Segment โดยที่ความเป็นอำเภอมีความแตกต่างไปจากความเป็นตำบล กล่าวคือ ภาคส่วนและองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดศักยภาพของการพึ่งพาตนเอง ในระดับตำบลมีน้อยกว่าในระดับอำเภอ และมีความแตกต่างไปจากความเป็นจังหวัด กล่าวคือ ภาคส่วนและองค์ประกอบต่าง ๆ ที่อยู่ภายใต้ในระดับจังหวัดมีความใกล้ชิดประชาชนน้อยกว่าในระดับอำเภอ ฉะนั้น ระบบสุขภาพจะต้องมีความร่วมมือกันทั้งโรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิในชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รัฐบาลท้องถิ่น รวมไปถึงภาคส่วนต่าง ๆ ภายในอำเภอที่มีบทบาทในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนทุกคนและมีประชากรอยู่ในขอบเขตความรับผิดชอบที่ชัดเจน พร้อมกับมีขอบเขตทางภูมิศาสตร์ การมีศักยภาพที่ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกับองค์ประกอบต่าง ๆ ทั้งภายในตัวระบบเองและจากภายนอกระบบ ซึ่งมีผลต่อความสามารถ (Performance) ในการทำหน้าที่รองรับและขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ ของระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System)

สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2557) ได้กล่าวถึงการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยให้นิยามในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอไว้ดังนี้

“ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” คือ ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน

“ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ” หมายถึง การทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันทุกภาคส่วนที่มีลักษณะซับซ้อน มีความสัมพันธ์สามารถประสานและเชื่อมโยงเข้ากันได้ โดยมีเป้าหมายเดียวกัน

“ทุกภาคส่วน” หมายถึง องค์กรภาคีในพื้นที่ อาทิ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน หน่วยงานเอกชนส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม เป็นต้น

“การบูรณาการทรัพยากร” หมายถึง การจัดการและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ระบบข้อมูล สารสนเทศและเทคโนโลยี ร่วมกับองค์กรภาคีต่าง ๆ ในพื้นที่ตามสภาพปัญหา

“บริบท” ซึ่งสามารถจำแนกเป็นบริบทชุมชน และบริบทองค์กร รายละเอียด ดังนี้

1. บริบทชุมชน: เชื่อมโยงกับความจำเป็นด้านสุขภาพและการจัดบริการทั้งปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต ดังนี้

1.1 สภาพทางกายภาพและสังคมของชุมชน และแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง เช่น ความเป็นชุมชนเมือง ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท การประกอบอาชีพ พฤติกรรมการกินการอยู่ การเลี้ยงดูบุตรหลาน ฯลฯ ซึ่งส่งผลต่อ “ปัญหา ความจำเป็น ความต้องการด้านสุขภาพ” ของผู้คนในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

1.2 ศักยภาพของผู้นำชุมชน ในการจัดการกับ “ปัญหา ความจำเป็น ความต้องการด้านสุขภาพ” ของผู้คนในชุมชน

1.3 ทูทางสังคม ศักยภาพ ความพร้อมของชุมชนในการจัดการกับ “ปัญหา ความจำเป็น ความต้องการด้านสุขภาพ” ของผู้คนในชุมชน เช่น ภูมิปัญญา ความคิด ความเชื่อ ทรัพยากร องค์กรกลุ่มคน การจัดการระบบที่มีอยู่ในชุมชน ฯลฯ

2. บริบทองค์กร: สภาพพื้นฐานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและระบบบริการปฐมภูมิ สะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมในการจัดบริการเพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน

“กระบวนการชื่นชม” หมายถึง วิธีการ ขั้นตอน หรือกรรมวิธี เพื่อสร้างความปิติ ยินดี และให้คุณค่าต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

“การจัดการความรู้” หมายถึง การรวบรวม สร้าง จัดระเบียบ แลกเปลี่ยนและประยุกต์ใช้ความรู้จากการเรียนรู้ และการปฏิบัติ โดยพัฒนาระบบจากข้อมูลไปสู่สารสนเทศ เพื่อให้เกิดความรู้และปัญญา รวมทั้งเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ เกิดการเรียนรู้ขยายผลได้

“การพึ่งตนเอง” หมายถึง ความสามารถในการดำรงตนอยู่ได้อย่างอิสระ มั่นคง สมบูรณ์ ซึ่งการพึ่งตนเองได้นั้น มีทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

“สุขภาวะ” หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา

ในการพัฒนาระบบสุขภาพจำเป็นต้องพัฒนาที่ระดับอำเภอ เป็นเพราะว่า การพัฒนาในระดับอำเภอจะมีความเหมาะสมที่สุด รายละเอียดดังนี้

1. สามารถเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งระดับอำเภอมีความใกล้ชิดมากพอต่อการรับรู้ถึงปัญหา ความต้องการ และความจำเป็นในพื้นที่ (Local Needs) โดยสามารถกำหนดนโยบาย วางแผนการพัฒนาทั้งอำเภอได้อย่างเหมาะสม

2. สามารถประสานงานและกระจายทรัพยากรในส่วนบุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการ และใช้ประโยชน์ระบบข้อมูลร่วมกับองค์กรภาคีในพื้นที่อย่างครอบคลุมและเป็นธรรมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่

3. สามารถบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาทั้งในเชิงบริหารจัดการบริการสุขภาพและสังคมได้อย่างเป็นระบบ

การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีเป้าหมายในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น สามารถพึ่งตนเองและดูแลสุขภาพตนเองได้ดี เพิ่มมากขึ้น และชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน

2. สถานะสุขภาพ (Health Status) ของประชาชนในอำเภอดีขึ้น สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และมีศักยภาพพอที่จะเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

3. เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง มีพลังในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะในอำเภอ และพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

4. ทำให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน

เพื่อให้การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้เกิดการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย พร้อมด้วยหน่วยงานต่าง ๆ ในการพัฒนาและขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพชีวิตและความเป็นอยู่ และสุขภาพของประชาชนในอำเภอ จึงได้ให้แนวคิดหลักการแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการผลักดันให้การดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม และมีคุณภาพ โดยใช้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นผู้ขับเคลื่อน เป็นมิติใหม่ของการปฏิรูปสู่ Thailand 4.0 และการสร้างความร่วมมือให้บรรลุยุทธศาสตร์ชาติในหลาย ๆ ด้าน มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพให้การสนับสนุน ซึ่งโดยหลักการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่สำคัญนั้น เป็นการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชนในอำเภอในการดูแลสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

ทั้งนี้ เชื่อว่าอำเภอเป็นพื้นที่ในระดับที่มีความเหมาะสมในการจัดการ ไม่เล็กหรือใหญ่เกินไปที่จะก่อให้เกิดพลังต่อการพัฒนา โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และมีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการคณะกรรมการ อีกทั้งคณะกรรมการยังประกอบด้วยหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน เข้ามาร่วมกันบริหารจัดการภายใต้การดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งจะทำให้เกิดการแก้ปัญหาและการพัฒนาที่ตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เป็นการกระจายอำนาจในการบริหารการจัดการของภาครัฐอีกรูปแบบหนึ่ง ส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลชีวิตความเป็นอยู่ และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งแนวคิดและหลักการที่สำคัญ ได้มีแนวทางการขับเคลื่อนที่กล่าวไว้ในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ดังนี้

2.5.1 การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การสัมผัส การรับรู้ และการเข้าถึงสภาพปัญหา ตลอดจนทราบถึงศักยภาพทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการบนพื้นฐานของความใกล้ชิดของประชาชนขององค์ประกอบและภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่มีอยู่ภายในอำเภอ ส่งผลให้ “ความเป็นอำเภอ” มีศักยภาพของการเป็นตัวของตัวเอง พึ่งพาตนเอง และพึ่งพากันเอง ประกอบกับการมีศักยภาพดังกล่าวที่สามารถรองรับได้ เพื่อการมีปฏิสัมพันธ์อย่างสมดุล กับการขับเคลื่อนตามนโยบายหรือกิจกรรมที่ต่อเนื่องทั้งจากส่วนกลาง เขต หรือจังหวัด และปัจจัยต่าง ๆ จากภายนอกบนพื้นฐานของการตอบสนองตามความจำเป็นต่อสุขภาวะ และคุณภาพชีวิต ตามความจำเพาะของแต่ละบริบท กล่าวได้ว่าเป็นศักยภาพของการสร้างสมดุลตามคุณลักษณะของการมีชีวิต กล่าวคือ มุ่งมั่น ปรับตัว ซ่อมแซม เชื่อมต่อ สร้างเสริม สร้างใหม่ สร้างสมดุลในความหลากหลาย ซึ่งสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริหารจัดการบนพื้นฐานของ “การมีภาวะการนำร่วม” โดยการมีส่วนร่วมจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ได้รับการพิสูจน์ว่า มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของการมีชีวิตดังกล่าว

เป้าหมายของการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มุ่งเน้นไปที่การมีสุขภาวะ/คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยสุขภาวะที่ดีต้องครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา มีความอิสระเป็นตัวของตัวเองทางสุขภาพ สามารถพึ่งตนเอง ดูแลตนเอง มีความรู้ มีความฉลาด และตื่นรู้ทางสุขภาพ บนพื้นฐานของการอยู่กับปัจจุบันได้ดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลในระยะยาว ให้ความสำคัญกับการอยู่กับปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่บ้าน ในครอบครัว และในชุมชนได้ดี ทำให้มี “คุณภาพชีวิตที่ดี” ทั้งนี้ในกรณีที่มี “ทุกขภาวะ” ที่เกินกว่าศักยภาพของการพึ่งและดูแลตนเอง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ/การให้การดูแลผ่านการมีวัฒนธรรมและการบริหารจัดการตามคุณลักษณะ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน/คนไทยใส่ใจดูแลกัน”

สำหรับเป้าหมาย “คนอำเภอดีด้วยกันไม่ทอดทิ้งกัน/คนไทยใส่ใจดูแลกัน” หมายถึง ทรัพยากรที่มีและ/หรือ ที่มีการรวบรวมจากการแบ่งปัน เอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผ่านกระบวนการต่าง ๆ ทั้งนี้ นอกจากระบบรับสวัสดิการ ระบบประกันสุขภาพ และกลไกต่าง ๆ ในภาครัฐแล้ว ยังจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความรู้สึกที่มีเอื้อโย เห็นอกเห็นใจ และไม่ทอดทิ้งกัน มีการบริหารจัดการ จัดสรร แบ่งปันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิต ของรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการ/ การดูแล ทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมที่มี “คุณภาพ” ตามความจำเป็น โดยคำว่าคุณภาพในที่นี้จะ ครอบคลุมถึงความเป็นองค์กรรวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน มีประสิทธิผล และมีความปลอดภัย ทั้งนี้ จะต้อง ผ่านกลไกการเชื่อมโยงและยึดโยงอย่างเป็นระบบ ระหว่างระบบในภาพรวมของประเทศและในระดับ อำเภอกับประชาชนทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ร่วมในระดับ นานาชาติตามคุณลักษณะของ “การมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง”

2.5.2 หลักการที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบไปด้วยหลัก 3 ประการ ดังนี้

2.5.2.1 ภาวะการณ้นำร่วม (Collective Leadership) หมายถึง ภาวะการณำที่ให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงและการทำให้เกิดเป็นความร่วมมือขององค์กรประกอบและภาคส่วนต่าง ๆ สร้างพื้นที่ของการมีส่วนร่วม ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมและการขับเคลื่อนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีพลัง และมีความยั่งยืน ด้วยเป้าหมายของการทำให้เกิดเป็นวัฒนธรรม “คนอำเภอดีด้วยกันไม่ทอดทิ้งกัน” “คนไทยใส่ใจดูแลกัน” ทั้งนี้องค์กรประกอบของสมรรถนะที่ส่งผลให้เกิดเป็นภาวะการณำร่วม ที่สำคัญประกอบด้วย

1) การควบคุมตนเอง หมายถึง ความสามารถในการระลึกและรู้เท่าทันการรับรู้และอารมณ์ของตนเองและควบคุมได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับความเครียดหรือภาวะที่เกิดความกดดันทางอารมณ์อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การมีพฤติกรรมการตอบโต้ที่สงบ สร้างสรรค์ แม้จะถูกยั่ว สามารถแก้ไขสถานการณ์โดยไม่เกิดความรุนแรงทางอารมณ์ รวมถึงการควบคุมตนเองมีผลให้ผู้อื่นสามารถสงบลงได้ เป็นต้น

2) การให้คุณค่า หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ และไม่ปฏิเสธการรับรู้ ความเชื่อที่นำไปสู่การให้ความสำคัญและการเห็นถึงคุณค่าหรือค่านิยม ซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างกัน ของสมาชิกและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิตภายในอำเภอ เช่น การเห็นคุณค่าและให้ความสำคัญกับการไม่ทอดทิ้งกัน ความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ ความโปร่งใสตรวจสอบได้ เป็นต้น เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนทั้งอย่างเป็นทางการและ ไม่เป็นทางการ บนพื้นฐานของการประนีประนอม และพัฒนาเป็นคุณค่าร่วมเพื่อพัฒนาให้ความเป็น อำเภอมີคุณลักษณะตามคุณค่าร่วมดังกล่าวร่วมกัน

3) ความสัมพันธ์ หมายถึง ความสามารถในการสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วม การได้รับความร่วมมือ ทั้งนี้การสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ควรอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้และเข้าใจความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ภายในอำเภอ เพื่อพัฒนาให้เกิดเป็นฐานร่วม ซึ่งเป็นเงื่อนไขของการแก้ปัญหาพร้อมไปกับการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขับเคลื่อน หรือการแก้ปัญหาที่มีองค์ประกอบของความยากเชิงสังคม

4) การสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการรับฟัง รับข้อมูล พูด ส่งข้อมูล พูดคุย ติดต่อสื่อสารทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ กับสมาชิกที่มีบทบาทที่แตกต่างภายในอำเภอ เพื่อลดการรับรู้หรือการมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ไม่ตรงกัน หรือไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิต ทั้งนี้รวมถึงความสามารถในการสื่อสารเพื่อติดต่อประสานงานหรือเจรจากับผู้เกี่ยวข้อง ในกรณีที่มีการแก้ปัญหาหรือการดำเนินการเพื่อพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่มีองค์ประกอบของความยากเชิงวิชาการ และมีความจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องเฉพาะด้าน

5) การนำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง ความสามารถในการกระตุ้นหรือผลักดัน การเปลี่ยนแปลงบนพื้นฐานของการทราบถึงประเด็น ซึ่งมีความเป็นพลวัตที่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้คุณลักษณะของ “ความเป็นอำเภอ” มีพัฒนาการที่เข้าใจและเป็นไปตามคุณลักษณะพึงประสงค์ตามเป้าหมายของการขับเคลื่อน และการมีส่วนร่วม “คุณค่าร่วม” ในระดับอำเภอร่วมกัน เช่น “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” บนพื้นฐานของการรับรู้ และสัมผัสได้ถึงแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น ความเคยชิน ความกลัวต่อความไม่แน่นอนของการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น และสามารถโน้มน้าวสร้างขวัญกำลังใจในการทำให้ในที่สุดการเปลี่ยนแปลงสามารถเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่น

6) อำนาจ หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ และใช้อำนาจ ทั้งอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายตามกฎหมาย ข้อบังคับ หรือสายบังคับบัญชา (Authority) และพลังอำนาจ (Power) ที่มีของตนเองและองค์ประกอบต่าง ๆ ภายในอำเภอ ที่มีส่วนช่วยเสริมหรือเพิ่มพลังการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิต พร้อมกับตระหนักถึงผลกระทบของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของอำนาจต่าง ๆ เหล่านี้ บนพื้นฐานของการทำให้ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวเกิดประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ มีการดำเนินการไปด้วยกัน หรือมีการดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน

2.5.2.2 การบูรณาการ (Integration) หมายถึง การเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว บนพื้นฐานของการลดช่องว่าง ลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินการ การขับเคลื่อนต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิตขององค์กรประกอบและภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในอำเภอ จนกระทั่งทำให้ช่องว่างและความซ้ำซ้อนของการดำเนินกิจกรรมและการขับเคลื่อนต่าง ๆ ดึงกล่าวหมดไป

อนึ่งการบูรณาการให้ผลที่มากกว่า การนำผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินการโดยองค์กรประกอบและภาคส่วนต่าง ๆ (ในกรณีที่ไม่มีการบูรณาการ) มารวมกัน และมากกว่าการดำเนินการในลักษณะเพียงเพื่อให้มีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Alignment)

การบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะที่ส่งผลต่อกัน ดังนี้

1. การบูรณาการเชิงบริหารจัดการ (Managerial Integration) หมายถึง การบริหารจัดการที่ให้ช่องว่าง และความซ้ำซ้อนของการใช้ทรัพยากรที่มาจากภาคส่วนและองค์กรประกอบต่าง ๆ หมดไป มีความเป็นหนึ่งเดียว ทำให้ทรัพยากรที่มีอยู่ถูกนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการบรรลุเป้าหมาย ผ่านการบูรณาการเชิงปฏิบัติการในลักษณะที่ทำให้การดำเนินการที่มีความเชื่อมโยงในทางปฏิบัติ เป็นการดำเนินการที่ส่งเสริมซึ่งกันและกันอย่างเต็มศักยภาพ

2. การบูรณาการเชิงปฏิบัติการ (Operational Integration) หมายถึง การดำเนินการที่มีความเชื่อมโยงเป็นทีม/ภาคีเครือข่ายทั้งแนวนราบ/แนวตั้ง โดยไม่มีช่องว่างและไม่มีซ้ำซ้อน ตลอดจนมีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้เกิดการบูรณาการระหว่างการดูแลและการให้บริการทางสุขภาพ การดูแลและการให้บริการทางสังคม การลดภาวะคุกคามและความเสี่ยงทางสุขภาพและสุขภาวะ ตลอดจนมีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้เกิดการบูรณาการระหว่างการดูแลและการให้บริการทางสุขภาพ การดูแลและการให้บริการทางสังคม การลดภาวะคุกคามและความเสี่ยงทางสุขภาพและสุขภาวะ ตลอดจนกิจกรรมการสร้างและส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพต่าง ๆ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การดูแลและให้บริการร่วมกันเป็นทีมและเป็นภาคีเครือข่ายของวิชาชีพต่าง ๆ เป็นการให้การดูแลและให้บริการร่วมกับจิตอาสา อาสาสมัคร สาธารณสุข สมาชิกในชุมชน และสมาชิกในครอบครัว บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักยภาพของรายบุคคลในบริบทของครอบครัว ครอบครัวในบริบทของชุมชน และชุมชนในบริบทของความเป็นอำเภอ

2.5.2.3 การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ การดำเนินกิจกรรมและการดำเนินการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์ การวิเคราะห์ปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินการตามแผน การควบคุมกำกับ การประเมินผล ที่มีองค์กรประกอบ ดังนี้

1. การพูดคุยแลกเปลี่ยน (Dialogue) ทั้งอย่างเป็นทางการ เช่น การพูดคุยแลกเปลี่ยนในขณะทำหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ การทำประชาคม การประชุมในคณะกรรมการ อนุกรรมการ ฯ การประชุมที่มีการจัดอย่างสม่ำเสมอหรือที่มีการจัดการอย่างเป็นทางการ เป็นต้น และไม่เป็นทางการ เช่น ในขณะดำเนินกิจกรรมประจำวัน กิจกรรมงานบุญ กิจกรรมในเทศกาลต่าง ๆ เป็นต้น ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน ตำบล องค์กรประกอบ และภาคส่วนต่าง ๆ บนพื้นฐานของการเปิดรับหลักเหตุผลและตรรกะ (Logics) ที่เหมือนและแตกต่าง ซึ่งเป็นพื้นฐานของการทำให้เกิดความรู้สึกถึงการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่ง (Engagement) การเป็นหุ้นส่วน (Partnership) และการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ (Ownership) ส่งผลให้เกิดเป็นฐานร่วม (Common Ground) เพื่อการขับเคลื่อนในระดับที่มีความจำเป็นต้องการขับเคลื่อน

2. การตัดสินใจร่วมกัน (Common Decision) หมายถึง การตัดสินใจบนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับการทำให้เห็นถึงทางเลือก และเปิดโอกาสให้มีการร่วมกันเลือก ส่งผลให้การตัดสินใจดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานของการมีความเห็นร่วม (Common/Mutual Agreement) ที่มีองค์ประกอบของความเข้าใจตรงกัน (Common Understanding) บนพื้นฐานของการมีหลักเหตุผลหรือตรรกะที่ไม่แตกต่างหรืออยู่ในแนวทางเดียวกัน และมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน (Mutual Understanding) บนพื้นฐานของการมีหลักเหตุผลหรือตรรกะที่ถึงแม้จะมีความแตกต่างหรือไม่อยู่ในแนวทางเดียวกันเป็นองค์ประกอบสำคัญ

3. การดำเนินการตามที่มีการตัดสินใจร่วมกัน (Decision Implementation) เป็นองค์ประกอบที่ทั้งสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของกระบวนการของการมีส่วนร่วม และช่วยกระตุ้นให้กระบวนการมีส่วนร่วมมีพัฒนาการ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ความเป็นระบบ กล่าวคือเป็นองค์ประกอบที่ทำให้เห็นถึงปรากฏการณ์ เช่น ปรากฏการณ์ของคนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน นอกจากช่วยเพิ่มระดับของความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ และความพร้อมของการร่วมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ยังทำให้เห็นถึงการเสริมซึ่งกันและกันของความเชี่ยวชาญที่แตกต่าง (Different Expertise) เป็นการมีส่วนร่วมที่สะท้อนศักยภาพของการร่วมดูแลและร่วมรับผิดชอบ (Sharing Responsibility) พร้อมไปกับการมีส่วนร่วมบริหารจัดการในการทำให้เกิดการพึ่งพากันเอง (Self-management) ส่งผลต่อการเพิ่มศักยภาพ (Empowerment) ที่ทำให้เห็นถึงทางเลือกทางออก และการเพิ่มความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) เป็นกลไกสำคัญของการทำให้เกิดการพึ่งตนเอง (Self-reliance) และดูแลตนเอง (Self-care) ตามกระบวนการของการมีส่วนร่วมที่มีความสมบูรณ์ (Full Participation)

อนึ่ง การมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอที่มีองค์ประกอบที่เป็นตัวแทนจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นเงื่อนไขพื้นฐานที่สำคัญในการทำให้การมีส่วนร่วมเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ มีพัฒนาการที่ต่อเนื่อง และมีความยั่งยืน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน

และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มี ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่ เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 กำหนดให้ในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัดเว้นแต่กรุงเทพมหานครมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พขอ.) โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นที่ปรึกษา พขอ. จึงประกอบไปด้วยนายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกจำนวน ไม่เกิน 21 คนซึ่งนายอำเภอแต่งตั้งจากบุคคล ดังต่อไปนี้

1. ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ จำนวนไม่เกิน 6 คน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้ง จากกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน เป็นกรรมการ
2. ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ จำนวนไม่เกิน 6 คน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบ วิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษา เอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบธุรกิจอื่น เป็นกรรมการ
3. ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ จำนวนไม่เกิน 7 คน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้ หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมและชุมชนท้องถิ่น หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในอำเภอ เป็นกรรมการ
4. ให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นายอำเภอแต่งตั้ง กรรมการตามข้อ 1), 2) และ 3) เป็นเลขานุการร่วมได้อีกจำนวนไม่เกิน 2 คน และในการประชุม คณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็น องค์ประชุม แต่ทั้งนี้ นายอำเภอและกรรมการอื่นที่นายอำเภอแต่งตั้ง ต้องมีสัญชาติไทย และมีอายุ ไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์ มีที่อยู่หรือปฏิบัติงานอยู่ในเขตพื้นที่ ในกรณีที่มีความจำเป็นหรือ เห็นสมควรเพื่อประโยชน์ของทางราชการ นายอำเภออาจแต่งตั้งกรรมการซึ่งมิใช่บุคคลสัญชาติไทยได้ โดยบุคคลนั้นต้องมีที่อยู่ในพื้นที่นั้นมาไม่น้อยกว่า 5 ปี และกรรมการมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับการแต่งตั้ง และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ เมื่อครบกำหนดตามวาระ หากยังมีได้มี การแต่งตั้งกรรมการขึ้นใหม่แทนให้กรรมการซึ่งพ้นตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติ หน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับการแต่งตั้งใหม่เข้ามารับหน้าที่ หากกรรมการพ้นตำแหน่งก่อน วาระ ให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการขึ้นมาแทนตำแหน่งที่ว่างโดยเร็ว

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ตามที่คณะกรรมการกำหนด
 2. กำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในพื้นที่
 3. ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ตามที่คณะกรรมการกำหนดและแผนงาน และเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ตามข้อ 2) ให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น
 4. สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และผู้ประกอบการในพื้นที่ เพื่อตอบสนองและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามข้อ 1) และ 2)
 5. ประสานงานหรือร่วมมือกับ พชอ. อื่น หรือ พชข. คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน หรือหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกพื้นที่ เพื่อแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 6. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เป็นไปตามข้อ 1) และ 2)
 7. ปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะกรรมการหรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย
- การดำเนินการตามข้อ 2) ให้ พชอ. ประสานงานและร่วมกับหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ โคนขอให้หน่วยงานดังกล่าวส่งข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องหรือที่จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแผนงานและเป้าหมายดังกล่าวที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ ทั้งนี้การกำหนดแผนงานและเป้าหมายดังกล่าวให้คำนึงถึงแผนพัฒนาจังหวัดและแผนพัฒนากลุ่มจังหวัดที่อำเภอนั้นอยู่ในพื้นที่ด้วย

สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักงานเลขานุการของ พชอ. รับผิดชอบในงานเลขานุการและงานธุรการของ พชอ. และคณะอนุกรรมการที่ พชอ. แต่งตั้ง รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวกับการดำเนินงานของ พชอ. ตลอดจนปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ พชอ. มอบหมาย และให้ดำเนินการในเรื่องดังต่อไปนี้ด้วย

1. เป็นหน่วยงานกลางในการขับเคลื่อนตามเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

2. สนับสนุนและอำนวยความสะดวกด้านข้อมูลข่าวสารและการดำเนินงานของ พชอ. รวมทั้งประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานต่างๆ เพื่อให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรับผิดชอบในการเบิกค่าใช้จ่ายประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง

2.5.3 องค์ประกอบของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้นำระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) มาเป็นแนวทางการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ มีการบูรณาการภาคีเครือข่ายโดยเน้นเป้าหมายผ่านกระบวนการชื่นชม และจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน แต่ละด้านจะมีแนวทางการพัฒนา 5 ชั้น ดังนี้

1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) มีแนวทางการพัฒนา ดังนี้

ชั้นที่ 1 มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ

ชั้นที่ 2 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็น และ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย

ชั้นที่ 3 กลุ่มทำงานร่วมประสานเป็นทีม เป็นการทำงานระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน

ชั้นที่ 4 บูรณาการครบถ้วน เป็นโครงข่ายที่มิดชิดกันทั้งแนวตั้งและแนวนอน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย

ชั้นที่ 5 ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นทีม กับเครือข่ายสุขภาพในทุกประเด็นสุขภาพ

2. ประชาชนและผู้รับบริการได้รับบริการตามความจำเป็น (Customer Focus) มีแนวทางการพัฒนา ดังนี้

ชั้นที่ 1 มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการเป็นแบบ เชิงรับ

ชั้นที่ 2 มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการที่หลากหลายอย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง

ชั้นที่ 3 มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการ แต่ละกลุ่มประชากรส่วนใหญ่และนำมาแก้ไขปรับปรุงระบบงาน

ชั้นที่ 4 มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่มให้สอดคล้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นที่ 5 ความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่าง ๆ จนทำให้ประชาชนเชื่อมั่น ศรัทธาผูกพัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

3. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของชุมชน (Community Participation) มีแนวทางการพัฒนา ดังนี้

ขั้นที่ 1 มีแนวทางหรือเริ่มให้ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ

ขั้นที่ 2 ดำเนินการให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมรับรู้ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพในงานที่หลากหลาย และขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น

ขั้นที่ 3 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิและมีการขยายวงได้ค่อนข้างครอบคลุม

ขั้นที่ 4 ชุมชนและเครือข่าย ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพและมีการทบทวน เรียนรู้ปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมให้เหมาะสมมากขึ้น

ขั้นที่ 5 ชุมชนและเครือข่ายร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผลจนร่วมเป็นเจ้าของการดำเนินงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

4. การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation) มีแนวทางการพัฒนา ดังนี้

ขั้นที่ 1 มีแนวทาง หรือวิธีการที่ชัดเจน หรือเริ่มดำเนินการในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจของบุคลากร

ขั้นที่ 2 มีการขยายการดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นในแต่ละหน่วยงานหรือในแต่ละระดับ

ขั้นที่ 3 ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจและความผูกพัน (Engagement) ของบุคลากร ให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ

ขั้นที่ 4 เครือข่ายสุขภาพมีการเรียนรู้ทบทวนกระบวนการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบท

ขั้นที่ 5 สร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้บุคลากรมีความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่า และเกิดความผูกพันในงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

5. การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) มีแนวทางการพัฒนาดังนี้

ขั้นที่ 1 มีแนวทางหรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกันและพัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

ขั้นที่ 2 มีการดำเนินการร่วมกันในการใช้ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรในบางประเด็นหรือบางระบบ

ขั้นที่ 3 มีการจัดการทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุมตามบริบทและความจำเป็นของพื้นที่เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ

ขั้นที่ 4 มีการทบทวนและปรับปรุงการจัดการทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ขั้นที่ 5 การจัดการทรัพยากรร่วมกันโดยยึดเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ (ไม่มีกำแพงกัน) และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน

6. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) มีแนวทางการพัฒนา ดังนี้

ขั้นที่ 1 มีแนวทางหรือเริ่มดำเนินการจัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในแต่ละกลุ่มตามบริบทของชุมชน

ขั้นที่ 2 การจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบทตามความต้องการของผู้รับบริการประชาชน และชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาสูง

ขั้นที่ 3 มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบท ตามความต้องการของผู้รับบริการประชาชนแต่ละกลุ่ม และชุมชนที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่

ขั้นที่ 4 มีการเรียนรู้ทบทวนการจัดระบบดูแลสุขภาพและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องมากขึ้น

ขั้นที่ 5 มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน ภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้องส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดี

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ประกอบไปด้วยนายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ ตัวแทนภาครัฐ ทั้งหมด 6 คน ตัวแทนภาคเอกชน จำนวน 4 คน ตัวแทนภาคประชาชน จำนวน 6 คน กรรมการและเลขานุการ คือ สาธารณสุขอำเภอ และมีผู้ช่วยเลขานุการอีก จำนวน 2 คน รวม 20 คน การดำเนินงานของอำเภอพรหมคีรี ได้ดำเนินการตามแนวทาง UCCARE ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) 2) ประชาชนและผู้รับบริการได้รับบริการตามความจำเป็น (Customer Focus) 3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของชุมชน (Community Participation) 4) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

(Appreciation) 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) และ 6) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care)

2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.6.1 ความเป็นมาและความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแปลตรงตัวมาจากภาษาอังกฤษที่ว่า Action Research เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง (Improving by Changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นอยู่เอง การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจและปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่า มีปัญหา หรือช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ นโยบายกับการสะท้อนการปฏิบัติงาน และการวิจัยกับการกระทำ ทำการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคม ชุมชน หรือองค์กรแห่งใดแห่งหนึ่ง เพื่อต้องการพัฒนาหาหลักการ เหตุผล และวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สอดคล้องกับสถานะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นที่รู้จักและมีการกล่าวถึงอย่างกว้างขวาง ยิ่งไปกว่านั้นยังถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาชุมชน สถานศึกษา สถาบัน และองค์กรต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนซึ่งได้มีนักวิชาการให้ความหมายของคำว่าวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

Zuber-Skerrit (1995) ได้กล่าวว่า เป็นการวิจัยเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติ สร้างนวัตกรรมพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงการกระทำทางสังคม และทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจการกระทำของตนเองดีขึ้น

Kemmis & McTaggart (1988) ได้กล่าวว่า เป็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดปัญหาและการแก้ไขปัญหา โดยไม่ได้เริ่มจากการมองปัญหาว่าเป็นความผิดปกติแต่จะทำความเข้าใจสภาพที่เป็นอยู่และพยายามปรับปรุงให้ดีขึ้น ซึ่งการวิจัยนี้ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่น ๆ ในเชิงเทคนิค แต่แตกต่างในด้านวิธีการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

องอาจ นัยวัฒน์ (2548) ได้กล่าวว่า เป็นการวิจัยที่ทำโดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาที่ค้นพบหรือสร้างสรรค์ขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์

สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวมทั้งกลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงาน ตลอดจนบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรมและด้านอื่น ๆ ที่แวดล้อมหรือเกิดขึ้นในสถานที่เหล่านั้น

Johnson (2008) ให้ความหมายว่า เป็นการวิจัยระหว่างการปฏิบัติงานเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่ โดยเป็นกระบวนการศึกษาสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของสถานศึกษาเพื่อทำความเข้าใจและพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงาน

2.6.2 ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เมื่อพิจารณาจากความหมายดังกล่าวจะเห็นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะที่สำคัญ 8 ประการ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2555) คือ

1. เป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลง โดยที่ความสำคัญของปัญหาที่จะต้องดำเนินการวิจัยจะแสดงถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานในปัจจุบันที่ไม่เป็นที่พึงพอใจ ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากมีช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ นโยบายกับการปฏิบัติหรืออื่น ๆ ทำให้ผลลัพธ์ด้อยคุณภาพ หรือมีความจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์หรือเพื่อการแข่งขัน หรือต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในระดับบุคคลและชุมชนให้เป็นไปในแนวทางที่พึงประสงค์ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการจะไปทำให้เกิดการพัฒนาต่าง ๆ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น

2. เป็นการวิจัยที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการที่จะตระหนักถึงปัญหา ต้องการแก้ปัญหา กำหนดเป้าหมาย และวิธีการปฏิบัตินั้น ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ต้องเข้ามามีส่วนร่วมตลอดกระบวนการวิจัย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน พัฒนาไปด้วยกันและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

3. เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ ในกระบวนการวิจัย บุคลากรหรือกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องจะสะท้อนการปฏิบัติ ในการทดลองปฏิบัติการต่าง ๆ ที่ตกลงกันในสถานการณ์ที่เป็นจริงเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาให้ดีขึ้น

4. เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์อย่างแท้จริงตามธรรมชาติของสถานการณ์นั้น ๆ จึงต้องใช้การวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ อันจะนำไปสู่การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก้ไขอย่างลึกซึ้งและเหมาะสม

5. เป็นการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ การเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้นจะได้อาจการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนที่จะทำให้การเรียนรู้เป็นระบบเกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษา และเรียนรู้วิธีการที่จะพัฒนากิจกรรมนั้น ๆ

6. เป็นกระบวนการทางการเมือง เนื่องจากธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงมักจะมีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเสมอ จึงจะต้องมีการประสานประโยชน์ที่ทุกคนจะได้จากการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ

7. เป็นการบันทึกอย่างเป็นระบบ ตลอดกระบวนการวิจัยจะมีการบันทึกความก้าวหน้า และการสะท้อนการปฏิบัติของกลุ่มอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษาและวิธีการศึกษา

8. เป็นการสร้างทฤษฎี จากข้อมูลองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้ในกระบวนการวิจัย จะทำให้ได้ เหตุผลของการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากปรากฏการณ์ที่ศึกษา นำมาประมวลเป็นแนวคิด หลักการและสร้างทฤษฎีได้

2.6.3 ความเชื่อพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความเชื่อพื้นฐาน (Basic Assumptions) อยู่ 4 ประการ คือ

1. วิธีการแก้ปัญหาที่ได้มาจากการศึกษาค้นคว้าจะมีประสิทธิภาพและเชื่อถือได้มากกว่า วิธีแก้ปัญหาที่ได้มาจากการสั่งการของผู้มีอำนาจหรือผู้บริหาร โดยการแก้ปัญหาแบบสั่งการนั้น มักเกิดมาจากการสั่งสมประสบการณ์และการใช้สามัญสำนึกเป็นหลัก ซึ่งมักจะขาดข้อมูลและ หลักฐานที่จะใช้ประกอบการตัดสินใจ

2. การวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาของผู้ปฏิบัติงานที่ดำเนินการเองโดยผู้ปฏิบัติงานจะมี โอกาสแก้ปัญหาของเขาได้สำเร็จมากกว่าการวิจัยเพื่อการแก้ปัญหาที่ทำโดยบุคคลอื่น

3. การวิจัยเป็นเรื่องของการวิเคราะห์ปัญหา การค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา การทดสอบ และการประเมินผลวิธีการแก้ปัญหา การวิจัยเป็นทักษะที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ โดยผู้ปฏิบัติงานทุกคน การวิจัยไม่ได้เป็นสิทธิพิเศษของผู้เชี่ยวชาญคนใดคนหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

4. การพัฒนาความสามารถของบุคคลโดยการฝึกหัด ถือว่าเป็นรากฐานของ การพัฒนาการปฏิบัติงาน

2.6.4 กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนามาจากฐานคติความเชื่อที่มุ่งเน้นบูรณาการ เชื่อมโยงความรู้ หรือทฤษฎีเชิงปฏิบัติการที่ได้จากการทำวิจัยกับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง ๆ ใน สนาม หรือสถานที่ปฏิบัติงานผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยอาศัยการสะท้อนความคิด ใคร่ครวญไปมาใน เชิงวิพากษ์ ผลการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำไปตามแผนการที่วางไว้ว่า สามารถแก้ไขปัญหาคือ สำเร็จหรือไม่ อย่างไร รวมทั้งมีปัจจัยกีดขวางและขัดขวางความสำเร็จในการแก้ปัญหอะไรบ้าง และ จะต้องดำเนินการอย่างไร จึงจะทำให้เข้าสู่สภาวะการณ์ที่นำความสำเร็จนั้นมา

ดังนั้น กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มี ลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรที่ต่อเนื่องกัน (Spiral of Steps) ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี นักวิชาการได้ให้แนวคิดถึงกระบวนการการดำเนินงาน ดังนี้

1. วิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart

กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก รายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางการปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้าโดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์ หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข ตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุน ขัดขวางความสำเร็จในการแก้ปัญหา ปัญหาการต่อต้าน รวมทั้งสถานการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อม ปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

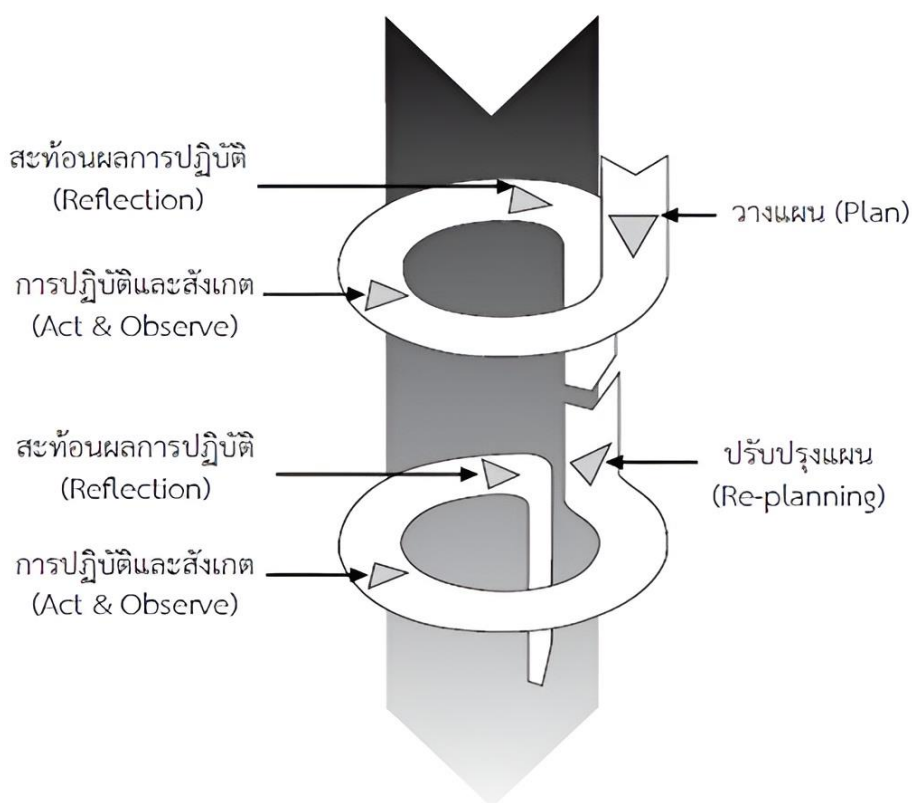
ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่าง ะมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการ ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดของสถานการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขและปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไป อย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ กระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัย สนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการ วางแผนไว้ล่วงหน้าอย่างคร่าว ๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็น แนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่ บันทึกรวบรวมไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหา ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มใน ลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จนเป็น วิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือ เกลียวต่อไป

แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรม หลักที่หมุนเคลื่อนไปเป็นวัฏจักรของกระบวนการวิจัยทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิด ความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไกการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้แก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่อง ซึ่งกล่าวอีกนัย

หนึ่งได้ว่า เป็นการดำเนินงานวิจัยที่ไม่แยกกิจกรรมการสืบค้นความรู้ ความจริงออกจากกิจกรรมการพัฒนา เป็นดังแสดงรายละเอียดตามรูปภาพที่ 3



รูปภาพที่ 3 แบบจำลองกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (อ้างใน Kemmis & McTaggart, 1988)

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Wilkinson

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Wilkinson (1998) มีขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เป็นวงจรต่อเนื่องกันไป หมุนเป็นเกลียวต่อเนื่องกันไปหลายวงจร ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 4 กระบวนการ ดังต่อไปนี้

1) การวางแผน (Plan) ดังนี้

(1) เป็นการศึกษาร่วมกัน กลุ่มเป้าหมาย เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญต่อการวิจัยในขั้นตอนต่อไปเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาร่วมกันกลุ่มเป้าหมายในด้านต่าง ๆ ให้ครอบคลุม ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาข้อมูลบริบทชุมชนต่าง ๆ ให้รอบด้าน มีการวิเคราะห์ศักยภาพทุนของชุมชนในทุก ๆ ด้านทั้งด้านทุนมนุษย์ ทรัพยากรธรรมชาติ การเมืองการปกครอง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ภูมิปัญญา

(2) การวิเคราะห์สภาพปัญหาของชุมชน และปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับปัญหาเหล่านั้น รวมทั้งการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับประเด็นปัญหานั้น (Stakeholder Analysis) และสร้างสัมพันธภาพ สร้างเครือข่ายกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

(3) การตั้งโจทย์วิจัยร่วมกับชุมชน เป็นการร่วมกันกำหนดโจทย์วิจัยที่เป็นปัญหาของชุมชนร่วมกันระหว่างนักวิจัย และชุมชน ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญมาก เนื่องจากการได้มาซึ่งโจทย์วิจัยร่วมที่มีความสำคัญต่อชุมชน มีความเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะต่อไป

(4) การร่วมกันในการศึกษาวิเคราะห์ปัญหา และร่วมกันคิดกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาปรับปรุงสถานะของชุมชนที่เป็นอยู่ของนักวิจัยและชุมชน โดยควรมีแนวทางที่สามารถตอบคำถามให้ครอบคลุมทั้งคำถาม อะไร ทำไม อย่างไร เมื่อไร ใครรับผิดชอบ และสถานที่ที่ไหน

(5) การจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ปัญหา โดยมีการระบุผู้รับผิดชอบ รวมทั้งการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน

ในขั้นตอนนี้ อาจมีการนำเทคนิคต่าง ๆ มาช่วย เช่น การทำแผนที่ทางสังคม (Social Mapping) การวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) การประเมินชุมชนอย่างเร่งด่วน (Rapid Assessment Procedures: RAP) การประเมินความต้องการจำเป็น (Need Assessment) หรือเทคนิค AIC

2) การปฏิบัติ (Act) ในขั้นนี้ ควรมีการสื่อสารแผนงาน/โครงการ แก่ชุมชน มีการทำความเข้าใจร่วมกันของทุกฝ่ายในชุมชนก่อนการดำเนินการตามแผน และเมื่อทุกฝ่ายเข้าใจตรงกันแล้ว จึงมีการดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ โดยทุกฝ่ายจะต้องมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งควรเป็นการมีส่วนร่วมตามบทบาทและศักยภาพที่เหมาะสมของแต่ละฝ่ายแตกต่างกันออกไป ตามข้อตกลงกัน โดยทุกฝ่ายต้องทำอย่างจริงจัง ครบทุกขั้นตอน ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้

นอกจากนี้ ยังต้องมีการวิเคราะห์ทบทวนการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องตลอดการดำเนินงาน โดยอาจมีการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้

3) การสังเกตการณ์ (Observe) ในทุกกระบวนการของการวิจัย จะต้องมีการสังเกตการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นควบคู่ไปด้วย และเก็บข้อมูลเหล่านั้นไว้ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน โดยในการเก็บข้อมูลจะให้ความสำคัญกับแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ใช้วิธีการและเครื่องมือที่หลากหลาย ทั้งวิธีการในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เช่น การใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกต การจดบันทึก หรือการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลในการสังเกตการณ์ควรครอบคลุมในด้านต่าง ๆ คือ

(1) ด้านกระบวนการทำงาน

- (2) ด้านผลการปฏิบัติงานตามแผน
- (3) ด้านบริบท สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง
- (4) ด้านข้อจำกัดของการปฏิบัติ

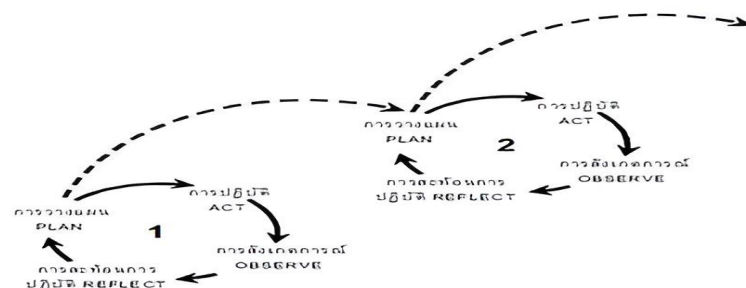
4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) เป็นกระบวนการที่สำคัญมาก ที่ต้องการให้ทุกฝ่ายได้ร่วมกันวิเคราะห์ อภิปรายผล และประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้มาร่วมกันสะท้อนระหว่างนักวิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย โดยกระบวนการสะท้อนผล ต้องเป็นการพิจารณาใคร่ครวญประเมินและวิพากษ์ตนเองอย่างลึกซึ้ง อาจใช้วิภาษวิธี (Dialectical Critique) ในการทำความเข้าใจระบบความสัมพันธ์ ที่เชื่อมโยงระหว่างปรากฏการณ์กับบริบทของปรากฏการณ์นั้น และความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์นั้นขึ้น

การสะท้อนการปฏิบัติ ต้องทำทั้งในระหว่างการปฏิบัติ และเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติ โดยอาจใช้เทคนิคต่าง ๆ เข้ามาช่วย เช่น การถอดบทเรียน การประเมินเสริมพลัง

การสะท้อนการปฏิบัติ ควรครอบคลุมในเรื่องของ

- (1) สะท้อนถึงบรรยากาศ สภาพการณ์ ข้อค้นพบที่เกิดขึ้น
- (2) สะท้อนในลักษณะการประเมิน วิพากษ์สิ่งที่ดำเนินการข้อค้นพบ
- (3) สะท้อนในลักษณะการให้คำอธิบายถึงข้อค้นพบ
- (4) สะท้อนในการค้นหาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติต่อไป เป็นการนำผลที่

ค้นพบไปประยุกต์ใช้ ผลของการสะท้อนการปฏิบัติที่ลุ่มลึกร่วมกัน จะทำให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถแสดงได้ตามรูปภาพที่ 4



รูปภาพที่ 4 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Wilkinson

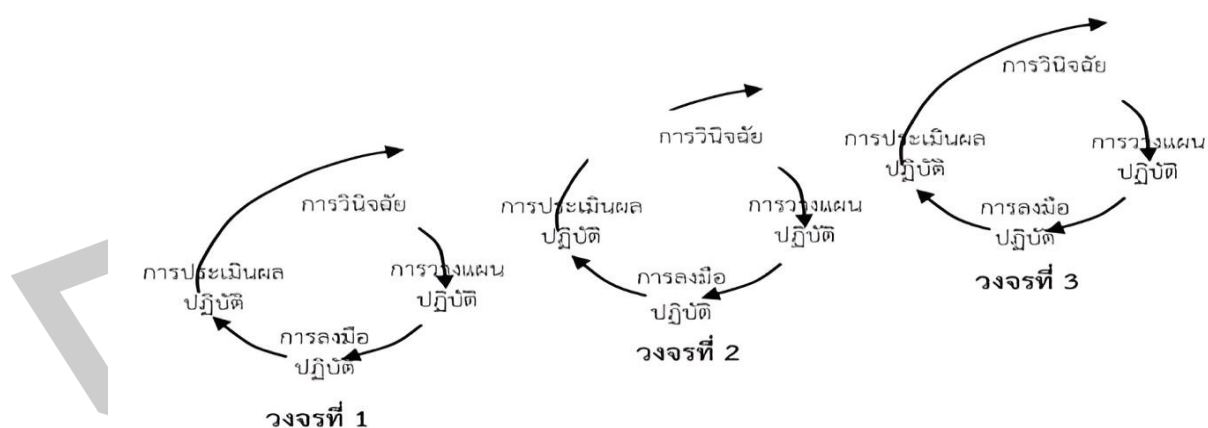
(อ้างอิงใน Kemmis & Wilkinson, 1998)

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick (2001) ได้แบ่งเป็นขั้นตอนเบื้องต้น 1 ขั้นตอน คือ การทำความเข้าใจบริบทของปัญหาพื้นที่ที่ต้องการแก้ไข และการกำหนดจุดมุ่งหมายการปฏิบัติการ และมีขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การวินิจฉัย (Diagnosing) เป็นการวินิจฉัยสภาพการณ์ของปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไขรวม ทั้งการระบุนกรอบแนวคิดทฤษฎีและหลักการพื้นฐานสำหรับใช้รองรับการปฏิบัติงาน
- 2) การวางแผนปฏิบัติการ (Planning) โดยอาศัยข้อมูลจากผลการวินิจฉัยในขั้นตอนนี้ แรกและความร่วมมือร่วมใจจากบุคลากรฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน
- 3) การลงมือปฏิบัติการ (Taking Action) เป็นการลงมือปฏิบัติการตามแผนการที่วางไว้ทีละขั้นตอน
- 4) การประเมินผลการปฏิบัติการ (Evaluation Action) การประเมินจะเกิดขึ้นได้ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ เป็นการตรวจสอบดูความถูกต้องและความเหมาะสมของการวินิจฉัยและการปฏิบัติตามแผน สารสนเทศที่ได้จากการประเมินในขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงจรรอบต่อไป

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick สามารถสรุปเป็นรูปภาพที่ 5 ดังนี้



รูปภาพที่ 5 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick
(อ้างอิงใน Coghlan & Brannick, 2001)

4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดขององอาจ นัยวัฒน์

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดขององอาจ นัยวัฒน์ (2548) ได้สรุปเป็นขั้นตอนย่อย ๆ 10 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- 1) ระบุแนวคิดและนิยามปัญหาอย่างชัดเจน
- 2) รวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องเพื่ออธิบายข้อเท็จจริงของสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง หรือพัฒนา
- 3) วางแผนเพื่อกำหนดยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหา
- 4) นำยุทธวิธีปฏิบัติที่วางไว้ไปลงมือปฏิบัติจริง
- 5) สังเกตการณ์ ติดตามตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติงานตามยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือกระทำไปแล้ว
- 6) สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือปฏิบัติแล้ว โดยอาศัยการคิดในเชิงวิพากษ์ด้วยทัศนะอันหลากหลายจากนักวิจัยเชิงปฏิบัติการและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย บนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานร่องรอยต่างๆ ที่ได้รับจากขั้นตอนที่ (5)
- 7) ทบทวนและปรับปรุงแผนยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ปัญหา
- 8) นำแผนยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับแล้วไปลงมือปฏิบัติจริง
- 9) สะท้อนกลับผลของการนพยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับและลงมือปฏิบัติแล้ว
- 10) ดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ จนกระทั่งนักวิจัยเชิงปฏิบัติการและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความเห็นร่วมกันอย่างสอดคล้องว่า สถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้นได้รับการปรับปรุงแก้ไขจนอยู่ในระดับที่พอใจ ภายใต้ข้อจำกัดทางด้านเวลาและทรัพยากรของการวิจัย

5. วิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Stringer

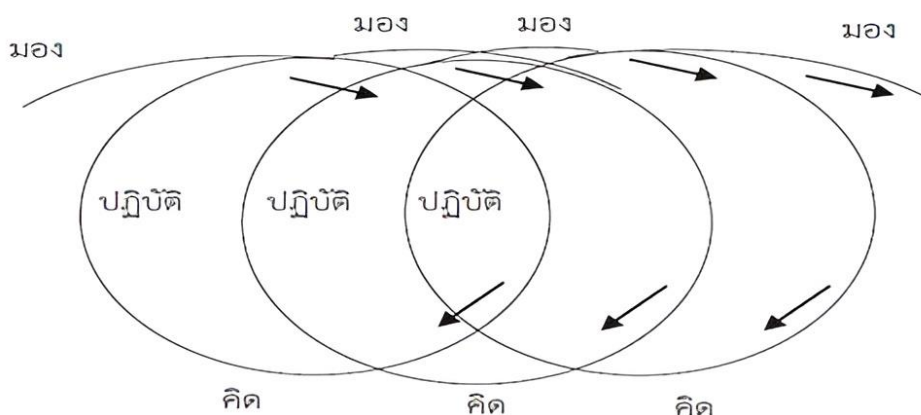
กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Stringer (2007) ได้แบ่งกระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก รายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นสังเกตหรือมอง (มอง) ในขั้นแรกนี้มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อช่วยให้บุคคลทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยได้เข้าใจสภาพปัญหา ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยอุปสรรคที่มีผลต่อการปรับปรุงแก้ไขปัญหาหรือบริบทอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาที่ต้องการแก้ไขอย่างถ่องแท้และชัดเจน เพื่อที่จะได้คิดหาหนทางที่จะนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมายดังกล่าว

นักวิจัยที่เป็นบุคคลภายนอกจะเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย บุคคลภายในองค์กรหรือชุมชนทำหน้าที่นิยามปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนพรรณนารายละเอียดเกี่ยวกับบริบทแวดล้อมองค์กรหรือชุมชนและสถานการณ์เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับปัญหา นอกจากนี้ยังร่วมมือกันเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและบริบทแวดล้อม โดยวิธีการสังเกตการณ์ สัมภาษณ์ หรือการศึกษาเอกสาร

ขั้นที่ 2 ขั้นวิเคราะห์ (คิด) เป็นขั้นของการตีความและวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จากขั้นตอนแรก โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความชัดเจนและขยายความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขมากยิ่งขึ้น รวมทั้งกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงานในขั้นตอนที่ 3

ขั้นที่ 3 ขั้นปฏิบัติ (ปฏิบัติ) ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะได้ลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาให้สำเร็จลุล่วงไปตามที่คิดวิเคราะห์ไว้ โดยมีการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นกลยุทธ์สำคัญ เพื่อระบุความสำเร็จของการแก้ไขปัญหาว่าอยู่ในระดับใด มีประเด็นใดบ้างที่จะต้องทำการแก้ไขในวงจรรอบต่อไป โดยกิจกรรมทั้ง 3 ขั้นตอนนี้ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นวัฏจักรซ้ำกันหลายรอบ (Recycling Set of Activities) ดังรูปภาพที่ 6 ดังนี้



รูปภาพที่ 6 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Stringer
(อ้างใน Stringer, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นวิธีการแสวงหาความรู้ ความจริง โดยการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ จากนั้นนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนางานที่ปฏิบัติอยู่เพื่อลดช่องว่างระหว่างการนำทฤษฎีไปใช้ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่เป็นจริง รวมทั้งมุ่งพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอีกด้วย จากการเกิดโรคระบาดที่ผ่านมา อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินการตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งการระบาดของโรคโควิด-19 การดำเนินงานยังพบผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นและต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลา รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพที่เพียงพอ ทำให้มีการแพร่ระบาดที่รวดเร็ว ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะว่าผู้ที่เกี่ยวข้องรวมถึงประชาชนขาดเวลาในการเตรียม

ความรู้ และความพร้อมที่ถูกต้อง ส่งผลให้การป้องกันและควบคุมโรคระบาดไม่มีประสิทธิภาพ และอาจจะยังขาดการประเมินในการป้องกันและควบคุมโรคที่สมบูรณ์ ส่งผลให้มีการระบาดของโรคในชุมชน

เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนสามารถประเมินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ที่ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผน (Plan) เป็นการศึกษาชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพของชุมชนในด้านต่าง ๆ ทุกด้าน 2) การปฏิบัติ (Act) ขั้นตอนนี้เป็นการทำความเข้าใจร่วมกันของทุกฝ่ายในชุมชนก่อนดำเนินการตามแผน และมีการวิเคราะห์ทบทวนบทบาทร่วมกัน ซึ่งทุกฝ่ายจะต้องทำอย่างจริงจัง ครบทุกขั้นตอน ตามระยะเวลาที่กำหนด 3) การสังเกตการณ์ (Observe) ซึ่งจะต้องมีการสังเกตการณ์สิ่งที่เกิดขึ้น มีการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกันในด้านต่าง ๆ และ 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) เป็นขั้นตอนที่ทุกฝ่ายต้องร่วมกันวิเคราะห์ อภิปรายผล และประเมินผลปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ นำข้อมูลมาสะท้อนกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่ครอบคลุมทุกเรื่อง เมื่อสิ้นสุดจะได้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.7 บริบทของจังหวัดนครศรีธรรมราช และการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2.7.1 ข้อมูลบริบททั่วไปของจังหวัดนครศรีธรรมราช (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2565)

จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งอยู่ทางตอนกลางของภาคใต้ ห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ 780 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 9,942.502 ตร.กม. หรือประมาณ 6,214,064 ไร่ มีพื้นที่มากเป็นลำดับที่ 16 ของประเทศ หรือประมาณร้อยละ 1.98 ของพื้นที่ทั้งประเทศ ที่ตั้งของจังหวัดอยู่ประมาณละติจูดที่ 9 องศาเหนือ และลองจิจูด 10 องศาตะวันออก แบ่งเขตการปกครองตามลักษณะพื้นที่ ออกเป็น 23 อำเภอ 165 ตำบล 1,552 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 1,549,344 คน อำเภอที่ประชาชนอาศัยอยู่มากที่สุด คือ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จำนวน 270,514 คน รองลงมาคือ อำเภอทุ่งสง จำนวน 117,581 คน และอำเภอท่าศาลา จำนวน 117,851 คน ส่วนอำเภอที่มีประชากรอาศัยอยู่น้อยที่สุด คือ อำเภอนาบอน จำนวน 2,6398 คน

ลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดนครศรีธรรมราช แบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ บริเวณเทือกเขาตอนกลาง บริเวณที่ราบชายฝั่งด้านตะวันออก บริเวณที่ราบด้านตะวันตก มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับจังหวัดสุราษฎร์ธานีและอ่าวบ้านดอน

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอ่าวไทยเป็นชายฝั่งทะเล มีความยาวตั้งแต่ตอนเหนือของ
อำเภอขนอม ลงไปทางใต้ของอำเภอหัวไทรประมาณ 225 กิโลเมตร
ทิศตะวันตก ติดต่อกับจังหวัดสุราษฎร์ธานีและจังหวัดกระบี่

มีส่วนราชการส่วนภูมิภาค จำนวน 34 ส่วนราชการ และอำเภอ 23 อำเภอ ส่วนราชการ
ส่วนกลาง 97 หน่วยงาน และปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 185 แห่ง ประกอบด้วย องค์การบริหาร
ส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาล 54 แห่ง (แยกเป็นเทศบาลนคร 1 แห่ง เทศบาลเมือง 3 แห่ง และ
เทศบาลตำบล 50 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 130 แห่ง

ประชาชนนับถือศาสนาพุทธ มากที่สุด ร้อยละ 93.32 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 06.40
ศาสนาคริสต์ และอื่น ๆ ร้อยละ 0.28

สถานการณ์การระบาดของโรคระบาดในปัจจุบัน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบการ
ระบาดของโรคโควิด-19 โดยการระบาดระลอกแรก (1 ม.ค. - 15 ธ.ค. พ.ศ. 2563) พบผู้ติดเชื้อยืนยัน
เชื้อโควิด-19 ตรวจด้วยวิธี Real Time Polymerase Reaction (RT-PCR) จำนวน 12 ราย คิดเป็น
อัตราป่วย 0.77 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 1 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 8.33 พบผู้ติดเชื้อ
รายแรกที่อำเภอท่าศาลา เป็นเพศชาย ซึ่งเป็นนักศึกษาเดินทางกลับจากประเทศอิหร่าน และ
พบผู้ป่วยรายสุดท้ายในอำเภอบางขัน การป่วยเกิดจากเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัว มีปัจจัยเสี่ยง
ของการระบาดในระลอกแรก แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเดินทางกลับจากพื้นที่เขตติดโรคติดต่อ
อันตราย (ต่างประเทศ) กลุ่มเดินทางไปที่มีการระบาดจากสนามมวยกรุงเทพมหานคร (ในประเทศ)
และกลุ่มที่เดินทางไปในพื้นที่ชุมชนที่มีคนจำนวนมาก (ตลาด)

การระบาดระลอกใหม่ (16 ธ.ค. พ.ศ. 2563 – 31 มี.ค. พ.ศ. 2564) พบผู้ติดเชื้อยืนยัน
โควิด-19 จำนวน 4 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.26 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้เสียชีวิต ผู้ติดเชื้อรายแรก
ในระลอกนี้ พบที่อำเภอท่าศาลา มีอาชีพค้าขายเครื่องแกงที่ตลาด จังหวัดสมุทรสาคร ผู้ติดเชื้อทั้ง
4 ราย มีประวัติเชื่อมโยงกับการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของจังหวัดสมุทรสาคร และผู้สัมผัสใกล้ชิดของ
ผู้ติดเชื้อยืนยันจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีประวัติเดินทางไปจังหวัดสมุทรสาครเช่นกัน ปัจจัยเสี่ยงของ
การระบาดในระลอกนี้ มาจากการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด

การระบาดระลอกเดือนเมษายน 2564 (1 เม.ย. - 31 ธ.ค. พ.ศ. 2564) พบผู้ติดเชื้อ
ยืนยันโควิด-19 ตรวจด้วยวิธี Real Time Polymerase Reaction (RT-PCR) 49,562 ราย คิดเป็น
อัตราป่วย 3,196.06 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 337 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 7.13
และผู้ติดเชื้อเข้าข่ายโรคโควิด-19 ตรวจด้วยวิธี Antigen Test Kit (ATK) 4,650 ราย พบผู้ติดเชื้อ
รายแรกในระลอกนี้เป็นกลุ่มผู้เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค จัดกิจกรรมการกุศล
แข่งกีฬาฟุตบอล ที่อำเภอพิปูนอีกหลายกลุ่มในช่วงเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2564 มีการ
สอบสวนโรค ติดตามผู้สัมผัสโรค ควบคุมการระบาดกลุ่มก้อนที่สำคัญ เริ่มต้นจะพบในญาติเดินทางมา

จากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค เช่น กรุงเทพมหานคร สมุทรสาคร ภูเก็ต เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงเป็นการทำกิจกรรมร่วมกันหรืออยู่ในชุมชนแออัด และไม่ดำเนินตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคส่วนบุคคล พุศุคย ไม่สวมหน้ากากอนามัย รับประทานอาหารร่วมกัน ทำกิจกรรมรวมกลุ่ม เช่น ทำงานในโรงงาน การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ร่วมงานศพ งานแต่งงาน งานบวช และยังมีการเล่น การพนันเป็นกลุ่มก้อน ทำให้มีการระบาดกระจายในวงกว้างหลายอำเภอ มีผู้สัมผัสติดเชื้อจำนวนมาก การควบคุมการระบาดให้สงบลงได้ต้องใช้เวลานาน ผู้เสียชีวิตในระลอกนี้เป็นบุคคลที่มีภาวะเสี่ยง ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่จะเป็นการติดเชื้อจากคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด โดยการระบาดระลอกนี้พบผู้ติดเชื้อทุกอำเภอ อำเภอที่พบผู้ติดเชื้อสูง 5 ลำดับแรก คือ อำเภอเมือง รองลงมา อำเภอท่าศาลา อำเภอทุ่งสง อำเภอสิชล และอำเภอปากพนัง ตามลำดับ

การระบาดระลอก โอเมครอน ตั้งแต่ 1 มกราคม จนถึง 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ผู้ติดเชื้อยืนยันโควิด-19 (RT-PCR) 79,061 ราย ผู้ติดเชื้อเข้าข่ายโควิด-19 ติดเชื้อ (ATK) 55,848 รายเสียชีวิตสะสม 245 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มสูงมาตั้งแต่กลางเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ผู้ติดเชื้อสายพันธุ์โอไมครอนรายแรก เดินทางมาจากกรุงเทพมหานคร มางานศพญาติที่ อำเภอสิชลตรวจ ATK ด้วยตนเองก่อนเข้างานศพ พบการติดเชื้อและตรวจยืนยันด้วยวิธี RT-PCR โรงพยาบาลสิชล และส่งตรวจหาสายพันธุ์ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สุราษฎร์ธานี ผลพบเชื้อสายพันธุ์โอไมครอน ด้วยในช่วงแรกของการติดเชื้อสายพันธุ์โอไมครอน มีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง คือ กรุงเทพมหานครเป็นส่วนใหญ่ พบจำนวนผู้ติดเชื้อเฉลี่ยต่อวัน 245 รายในเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 จนมีมาตรการการผ่อนคลายการเดินทางในช่วงต้นเดือนกุมภาพันธ์ เทศกาลตรุษจีน มีผู้เดินทางเข้าออก จังหวัดนครศรีธรรมราช การพบปะญาติพี่น้อง การท่องเที่ยวสถานที่ต่าง ๆ การแพร่กระจายเชื้อมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกครั้ง จำนวนผู้ติดเชื้อเฉลี่ยต่อวัน 920 ราย ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 และเดือนมีนาคมค่าเฉลี่ยต่อวันสูงเป็น 2 เท่าของเดือนกุมภาพันธ์ คือ 2,155 รายต่อวัน และมีแนวโน้มลดลง จนถึงเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ติดเชื้อสูงขึ้นเล็กน้อยในรอบ 14 วันหลังเทศกาล จากนั้นจำนวนผู้ติดเชื้อลดลง เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน จำนวนผู้ติดเชื้อน้อยลง มีแนวโน้มสูงอีกครั้งในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา เป็นทิศทางเดียวกันกับการระบาดอีกระลอกทั่วประเทศ การแพร่กระจายเชื้อเป็นกลุ่มก้อนที่สำคัญ ยังคงเป็นการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนและนามาสู่คนในครอบครัวหรือผู้ร่วมงาน และกลุ่มนักเรียนหลังเปิดเรียนมากขึ้น

จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบาย การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ครบทุกอำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ซึ่งกระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 –2564 ประกอบด้วย

1. มีการแต่งตั้งปรับปรุงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้เป็นปัจจุบัน

2. มีการประชุม ทบทวนคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต มาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น

3. พื้นที่ดำเนินการประเมินตนเองตามประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE

4. มีการเยี่ยมเสริมพลังระดับจังหวัดโดยการบูรณาการร่วมกับการนิเทศงานระดับจังหวัด และการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ระดับจังหวัด

สำหรับผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2565 สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2565 จำแนกรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	ประเด็นส่วนกลางและประเด็นสำคัญตามบริบทพื้นที่ (อย่างน้อย 2 ประเด็น/อำเภอ)	ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ UCCARE					
			U	C	C	A	R	E
1	เมือง	1. COVID-19	5	4	4	5	4	5
		2. อุบัติเหตุทางถนน	5	5	5	5	5	5
		3. การกำจัดขยะ	5	4	4	4	4	4
		4. สัมผัสธารณะผ่านเกณฑ์	4	4	4	5	4	5
		5. โรคไข้เลือดออก	5	4	4	5	4	5
2	พรหมคีรี	1. COVID-19	5	5	5	5	5	5
		2. อาหารปลอดภัย	5	5	5	5	5	5
		3. ผู้สูงอายุ	5	5	5	5	5	5
3	สิชล	1. COVID-19	5	5	5	5	5	5
		2. สร้างวัฒนธรรมคนสิชลดูแลกันถึงวันสุดท้าย (LTC)	5	5	5	5	5	5
		3. ครอบครัวสุขสันต์ผลักดัน IQ เกิน 100	5	5	5	5	5	5

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ.
2565 จำแนกรายอำเภอ (ต่อ)

ลำดับ	อำเภอ	ประเด็นส่วนกลางและประเด็นสำคัญ ตามบริบทพื้นที่ (อย่างน้อย 2 ประเด็น/อำเภอ)	ผลการประเมินตนเองตาม องค์ประกอบ UCCARE					
			U	C	C	A	R	E
4	ท่าศาลา	1. COVID-19	5	5	5	5	5	5
		2. การป้องกันอุบัติเหตุ	4	4	4	4	4	4
		3. การออกกำลังกาย	4	4	4	4	4	4
		4. การกำจัดขยะ	4	4	4	4	4	4
		5. อาหารปลอดภัย	4	4	4	4	4	4
		6. ยาเสพติด TO BE NUMBER ONE	4	4	4	4	4	4
5	นบพิตำ	1. COVID-19	4	4	4	4	4	4
		2. ยาเสพติดและสุขภาพจิต	4	3	4	3	4	4
		3. การกำจัดขยะ	3	4	4	4	4	4
		4. การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	4	4	4	3	3	4
6	ขนอม	1. COVID-19	4	4	4	4	4	4
		2. การกำจัดขยะ	5	4	4	4	4	4
		3. อาหารปลอดภัย	4	4	3	3	3	3
7	ปากพนัง	1. COVID-19	5	5	5	5	5	5
		2. ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ	5	4	4	5	4	4
		3. พัฒนาการสมวัยเด็กไทยสมองดี	5	4	4	5	4	5
8	ลานสกา	1. COVID-19	5	5	5	5	5	5
		2. สุขภาพจิตและยาเสพติด	5	5	5	5	5	5
		3. อุบัติเหตุทางถนน	5	5	5	5	5	5
		4. กลุ่มโรค NCD	5	5	5	5	5	5
9	พระพรหม	1. COVID-19	5	5	4	5	5	5
		2. การกำจัดขยะ	3	3	3	3	3	3
		3. อุบัติเหตุ	3	3	3	3	3	3
		4. โรคพิษสุนัขบ้า	3	3	3	3	3	3
10	ช้างกลาง	1. COVID-19	5	4	5	5	5	5
		2. การดูแลผู้สูงอายุอำเภอช้างกลาง	5	4	5	5	4	4

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปี พ.ศ. 2565 จำแนกรายอำเภอ (ต่อ)

ลำดับ	อำเภอ	ประเด็นส่วนกลางและประเด็นสำคัญ ตามบริบทพื้นที่ (อย่างน้อย 2 ประเด็น/อำเภอ)	ผลการประเมินตนเองตาม องค์ประกอบ UCCARE					
			U	C	C	A	R	E
		3. การเฝ้าระวังป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงอำเภอข้างกลาง	4	5	5	4	5	4
11	ร่อนพิบูลย์	1. COVID-19	4	4	4	4	4	4
		2. ความปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางท้องถนน	5	5	5	5	5	5
		3. NCD	5	5	5	5	5	5
12	จุฬาภรณ์	1. COVID-19	5	5	5	5	5	5
		2. อาหารปลอดภัย	4	4	4	4	4	5
		3. ออกกำลังกาย	4	4	4	4	4	4
13	ชะอวด	1. COVID-19	5	5	4	4	5	4
		2. การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม	5	4	4	5	4	4
		3. การลดอุบัติเหตุทางท้องถนน	5	5	5	4	4	5
14	หัวไทร	1. COVID-19	4	4	4	4	4	4
		2. การดูแลผู้สูงอายุ	5	5	5	5	5	5
		3. การป้องกันเด็กจมน้ำ	5	5	5	5	5	5
		4. อาหารปลอดภัย	5	5	5	5	5	5
15	เฉลิมพระ เกียรติ	1. COVID-19	5	5	5	5	5	5
		2. การดูแลผู้สูงอายุ	4	4	4	4	4	4
		3. การป้องกันแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	4	4	4	4	4	4
16	เชียรใหญ่	1. COVID-19	5	5	5	4	5	5
		2. ยาเสพติด (TO BE NUMBER ONE)	5	5	5	5	5	5
		3. การดูแลช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ และ ผู้ป่วยติดเตียง	4	4	4	4	4	4
17	ทุ่งสง	1. COVID-19	4	4	4	4	4	4
		2. คนทุ่งสงปลอดภัยจากอุบัติเหตุ	3	3	3	3	3	3
		3. คนทุ่งสงปลอดภัยจากโรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูง	3	3	3	3	3	3
		4. การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียน	3	3	3	3	3	3

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดนครศรีธรรมราช
ปี พ.ศ. 2565 จำแนกรายอำเภอ (ต่อ)

ลำดับ	อำเภอ	ประเด็นส่วนกลางและประเด็นสำคัญ ตามบริบทพื้นที่ (อย่างน้อย 2 ประเด็น/อำเภอ)	ผลการประเมินตนเองตาม องค์ประกอบ UCCARE					
			U	C	C	A	R	E
18	พิปูน	1. COVID-19	3	4	4	3	3	3
		2. การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	3	3	4	4	4	5
		3. การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดใน ชุมชน (TO BE NUMBER ONE)	4	4	4	4	4	4
19	ฉวาง	1. COVID-19	4	4	4	4	4	4
		2. คัดกรองผู้บริโภค/อาหารปลอดภัย	4	4	4	4	4	4
		3. การจัดการขยะในชุมชนและโรงเรียน	4	4	4	4	4	4
		4. การป้องกันอุบัติเหตุ	4	4	4	4	4	4
		5. ยาเสพติด (TO BE NUMBER ONE)	4	4	4	4	4	4
20	ถ้ำพรรณรา	1. COVID-19	5	4	5	5	5	5
		2. ยาเสพติด (TO BE NUMBER ONE)	5	5	5	5	5	5
		3. พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน	5	5	5	5	5	5
21	ทุ่งใหญ่	1. COVID-19	5	5	5	5	5	5
		2. การจัดการขยะในชุมชน	4	4	4	4	4	4
		3. โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	4	4	4	4	4	4
22	นาบอน	1. COVID-19	4	4	4	4	4	4
		2. การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	3	3	4	3	3	3
		3. การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ	3	3	4	3	3	3
23	บางขัน	1. COVID-19	4	5	5	4	5	5
		2. การจัดการขยะ	5	5	5	5	5	5
		3. การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ และ ผู้ป่วยติดเตียง	5	5	5	5	5	5

การขับเคลื่อนประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต สามารถสรุป
ได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของอำเภอที่ดำเนินการขับเคลื่อนประเด็นที่สำคัญตามบริบทพื้นที่
เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ปี พ.ศ. 2565

ลำดับ	ประเด็นที่สำคัญตามบริบทพื้นที่	จำนวน	ร้อยละ
1	การจัดการขยะ	12	18.46
2	การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	9	13.85
3	อุบัติเหตุ	9	13.85
4	ยาเสพติด (To Be Number One) สุขภาพจิต	7	10.77
5	ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วยติดเตียง	6	9.23
6	อาหารปลอดภัย	6	9.23
7	การออกกำลังกาย	2	3.08
8	ใช้เลือดออก	2	3.08
9	ชุมชนลดเสียงลดโรค	2	3.08
10	การดูแลช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ และผู้ป่วยติดเตียง	1	1.54
11	การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียน	1	1.54
12	การป้องกันเด็กจมน้ำ	1	1.54
13	ครอบครัวสุขสันต์ผลัดกัน IQ เกิน 100	1	1.54
14	คุ้มครองผู้บริโภค/อาหารปลอดภัย	1	1.54
15	งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	1	1.54
16	พัฒนาการก่อนเด็กวัยเรียน	1	1.54

จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประเด็นที่แต่ละอำเภอนำมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น/อำเภอ ซึ่งประเด็นต่าง ๆ จะเป็นประเด็นส่วนกลาง และประเด็นสำคัญตามบริบทพื้นที่ โดยปัญหาโรค COVID-19 จะเป็นที่ถูกนำมาดำเนินงานแก้ไขเป็นอันดับแรกทุกอำเภอ ซึ่งเป็นประเด็นที่ส่วนกลางกำหนด สำหรับประเด็นที่ดำเนินการขับเคลื่อนประเด็นที่สำคัญตามบริบทพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต จะมีทั้งหมด 16 ประเด็น โดยการจัดการขยะ เป็นประเด็นที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเลือกที่จะแก้ปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)/อุบัติเหตุ และยาเสพติด (To Be Number One) สุขภาพจิต ตามลำดับ โดยปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีดังนี้

1. การมีนโยบาย การให้ความสำคัญ และสนับสนุนการดำเนินงาน พขอ. ของผู้บริหารทุกระดับของ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย
2. การนำเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่
3. การแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน/คณะอนุกรรมการ เพิ่มเติม เพื่อขับเคลื่อนประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ODOP) ในระดับตำบล ได้แก่ คณะกรรมการ พชต.
4. การสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนงานการดำเนินงาน พขอ.

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.8.1 งานวิจัยในประเทศ

2.8.1.1 การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในภาพรวม

ไพโรจน์ แสงจง (2560) ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง กลุ่มเป้าหมายเป็นคณะกรรมการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 43 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม สทนากลุ่ม และข้อมูลทุติยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงาน UCARE พบว่า คณะกรรมการมีการใช้ข้อมูลสถานการณ์ในการจัดทำแผนงาน โครงการผู้สูงอายุทั้งในระดับอำเภอและตำบล นำไปสู่การจัดบริการที่เหมาะสมตามบริบทและสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ภายใต้การหนุนเสริมการทำงานจากทั้งเครือข่ายภายในและเครือข่ายภายนอก ทำให้เกิดผลผลิตที่เป็นผลงาน โครงการ และกิจกรรม และเกิดนวัตกรรมที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายการมีส่วนร่วม ความภาคภูมิใจ และการเป็นเจ้าของภาพร่วมกันจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี ปัญหาอุปสรรค คือ คณะกรรมการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ขาดการประชุม ติดตาม และการประเมินผลที่ต่อเนื่อง

ฤทธิ เพชรนิล (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชุมพร จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 150 คน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 52.7 ของคณะกรรมการรู้ประเด็นปัญหาสุขภาพอำเภอ จากการประเมินผลการปฏิบัติงานด้วยตนเองของคณะกรรมการ พบว่า ร้อยละ 32.0 มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.3 มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 16.7 มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ และด้านการจัดบริการสุขภาพ มีการปฏิบัติในระดับสูงสุด ร้อยละ 42.7 รองลงมา คือ ด้านกำลังคนด้านสุขภาพมี

การปฏิบัติในระดับสูงสุด ร้อยละ 41.3 ส่วนด้านการอภิบาลระบบสุขภาพมีการปฏิบัติงานระดับสูง น้อยที่สุดร้อยละ 33.3 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ ได้แก่ ปัจจัยด้านระดับการศึกษาและด้านการรู้ปัญหาสุขภาพอำเภอ มีผลทำให้ระดับการปฏิบัติงานของ คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) ปัญหาอุปสรรคใน การปฏิบัติงานจากมุมมองของคณะกรรมการ คือ ไม่ทราบบทบาทหน้าที่และรูปแบบแนวทางการ ทำงานที่ชัดเจน ขาดการมีส่วนร่วม และการค้นหาปัญหาสุขภาพระดับอำเภอร่วมกัน

พรสวรรค์ พรภาณูจนวงศ์ (2562) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพ ระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 12 ปี 2558 - 2560 ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ 3 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 8 อำเภอ ได้แก่ จังหวัดพัทลุง (อำเภอควนขนุน อำเภอป่าพะยอม) จังหวัดสงขลา (อำเภอระโนด อำเภอสทิงพระ อำเภอหาดใหญ่ อำเภอนาทวี) จังหวัดนราธิวาส (อำเภอตากใบ อำเภอเรือเสาะ) กลุ่มตัวอย่างเป็น คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 10 - 20 คน ต่ออำเภอ รวม 99 คน กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มประชาชนในพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คนต่ออำเภอรวม 240 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ เขตสุขภาพที่ 12 ปี พ.ศ. 2558 พบว่า ปัจจัยด้าน ประสบการณ์ทำงานในชุมชน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ความพร้อมของชุมชน และสัมพันธภาพระหว่าง บุคคล มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอผลการดำเนินงานตาม ประเด็น OPOP ในทุกอำเภอผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3 ขึ้นไป และมีการพัฒนาที่ดีขึ้น มีผลลัพธ์ การแก้ไขปัญหา ส่วนผลการประเมินความพึงพอใจของคณะกรรมการ ฯ หลังดำเนินการ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป มากที่สุดในประเด็น “การเยี่ยมเสริมพลังดำเนินงานระบบสุขภาพ อำเภอ” ร้อยละ 100.00 ผลการประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อการพัฒนางานสาธารณสุข ด้วยระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไปมากที่สุด ในประเด็น “การ ให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอหรือในตำบล” ร้อยละ 98.8 รองลงมาในประเด็น “การ ดูแลสุขภาพของประชาชนหรือการแก้ปัญหาสาธารณสุขของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอหรือใน ตำบล” ร้อยละ 98.0 และขยายรูปแบบดำเนินการไปใน 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา

นัจรินทร์ เนื่องเฉลิม, ภคิน ไทยช่วย, กันติยา ศรีนิล และกุลจิรา สิงห์ขิต (2564) ได้ศึกษาการประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กรณีศึกษา อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ระดับความคิดเห็นของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) โดยส่วนใหญ่มี ความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (Mean= 3.90, SD= 0.75) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้าน กระบวนการมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.03, SD= 0.75) ด้านผลผลิต มีความคิดเห็น อยู่ในระดับมาก (Mean= 4.02, SD= 0.70) ด้านบริบทมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.97,

$SD= 0.74$) และด้านปัจจัยนำเข้ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.73, $SD= 0.77$) ระดับความคิดเห็นของประชาชนต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (Mean= 3.94, $SD= 1.00$) ด้านผลผลิต ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (Mean= 4.24, $SD= 0.86$) ด้านกระบวนการ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (Mean= 4.02, $SD= 0.96$) ด้านปัจจัยนำเข้า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (Mean= 3.81, $SD= 0.105$) และด้านบริบท ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (Mean= 3.80, $SD= 1.07$) เมื่อวิเคราะห์การประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดย CIPP Model พบว่า ระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.73, $SD= 0.90$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านบริบทมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.95, $SD= 0.73$) ด้านปัจจัยนำเข้ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.60, $SD= 0.79$) ด้านกระบวนการมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.79, $SD= 0.82$) ด้านผลผลิตมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.92, $SD= 1.25$)

ภัทรพงศ์ ชูเศษ, นภาพระไพ สาระ และอรอุมา ทางดี (2563) ที่ได้ศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 563 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า ประเด็นที่ พชอ. ให้ความสำคัญสูงสุด คือ ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส ร้อยละ 60.9 รองลงมาคือ ขยะและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 56.4 อุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 51.1 อันดับที่ 4 คือ วัยรุ่น ร้อยละ 41.0 นอกจากนั้น ได้แก่ เรื่องอาหารปลอดภัย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เด็กปฐมวัย และโรคติดต่อ ร้อยละ 39.0, 36.0, 34.2 และ 29.4 ตามลำดับ ในประเด็นการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า มีการดำเนินงานที่ต่อเนื่องผ่านกลไกคณะกรรมการอำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ และ พชอ. ร้อยละ 96.2 มีกิจกรรมที่ทำต่อเนื่อง คือ คลินิกวัยรุ่น ร้อยละ 50.1 รองลงมาคือ การรณรงค์ การอบรมให้ความรู้ หน่วยงานหลักที่ดำเนินงานคือ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ร้อยละ 61.3 และ 55.4 มี พชอ. ให้ความสำคัญในประเด็นวัยรุ่นเป็นลำดับแรก ร้อยละ 41.0 ซึ่งความต่อเนื่องและประสิทธิผลของการดำเนินงานเกิดจาก 1) มีเจ้าหน้าที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มขับเคลื่อน 2) การเห็นความสำคัญของปัญหาในพื้นที่และการหนุนเสริมจากภายนอก 3) มีระบบการดำเนินงานที่ลงตัวในระบบการทำงานปกติ 4) สัมพันธภาพของภาคีเครือข่าย และ 5) การจัดทำข้อมูลในการกำกับติดตาม มีข้อเสนอแนะ สสอ. เป็นหน่วยถ่ายทอดนโยบายและประสานงานเพื่อการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ รพ. มีการจัดระบบบริการที่เข้าถึงได้ง่าย โรงเรียนบูรณาการลงในหลักสูตร การจัดกิจกรรมของ

โรงเรียน การสร้างภูมิคุ้มกันและช่วยเหลือเด็ก การให้ความสำคัญของผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดำเนินงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก เข้าถึงวัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สนับสนุนงบประมาณต่อเนื่อง การพัฒนา สภาเด็กและเยาวชนให้เข้มแข็ง การจัดพื้นที่สร้างสรรค์ให้วัยรุ่น

ปัญญา พลศักดิ์ (2564) ได้ศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองศรีสะเกษ คณะอนุกรรมการแต่ละสาขา ผู้แทนจากส่วนราชการและสถานบริการสุขภาพในเขตอำเภอเมือง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และแบบประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE โดยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินของกระทรวงสาธารณสุข เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่มาจากทุกภาคส่วน ภายใต้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมกันแก้ปัญหา และร่วมรับประโยชน์ มีการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ วิเคราะห์ปัญหาและคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยมีวิสัยทัศน์ในการดำเนินงาน คือ เพื่อบูรณาการเป็นเมืองสุขภาพดี (Healthy City) โดยมีเป้าหมายให้คนเมืองศรีสะเกษเป็นคนสุขภาพดี มีสิ่งแวดล้อมที่ดีมีเศรษฐกิจที่ดี มีชุมชนและสังคมดี นอกจากนี้แล้วยังมียุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 5 ประเด็น ได้แก่ ปลอดภัย ปลอดภัย ออกกำลังกาย และการเพิ่มรายได้ 2) การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE พบว่า ประเด็นปัญหาทั้ง 5 ประเด็น ผ่านการประเมิน ระดับ 4 ขึ้นไป มีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นจากปีก่อน และมีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ การเชื่อมประสานข้อมูล และบูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดและอำเภอ สามารถนำทรัพยากรด้านคน เงินสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ได้ และประชาชนในพื้นที่มีความรู้ ความสามารถที่หลากหลายทำให้ง่ายต่อการพัฒนา และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการประชุมทบทวนประเด็นพัฒนา คืบข้อมูล และติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่องเป็นประจำ

มานะ ภูมิพันธุ์ (2564) ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) กรณีศึกษา: อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด เก็บข้อมูลจากแบบประเมิน UCCARE การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่มจากผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 46 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านบริบทการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) และการดำเนินโครงการมีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม มีการขับเคลื่อนทั้ง

ส่วนราชการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ชุมชนสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ด้วยกระบวนการเสริมพลัง สร้างคุณค่าให้กับคนทำงาน สะท้อนปัญหาและคืนข้อมูลสถานะสุขภาพให้ชุมชนรับทราบ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ ด้านการพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยเน้นให้ชุมชนและเครือข่ายต่าง ๆ ได้มีการออกแบบกิจกรรมด้วยชุมชนเอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเสริมพลัง การสร้างสัมพันธ์ภาพภายในทีม (Team Building) และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ รวมถึงให้ความสำคัญในการเป็นนักจัดกระบวนการเรียนรู้ในพื้นที่ของตนเอง ด้านกระบวนการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์เป้าหมาย และผลลัพธ์ของโครงการ มีการทำงานเป็นทีม ให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน ชุมชน และภาคีมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ ชื่นชม และให้คุณค่าซึ่งกันและกัน มีการแบ่งปันทรัพยากร และประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง 4) ด้านผลผลิตการดำเนินงานตามกิจกรรมของโครงการ ประสบผลสำเร็จและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ทั้งในด้านศักยภาพในการวางแผน การดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของพื้นที่ โดยมีโครงการที่ดำเนินงานในพื้นที่ 5 โครงการซึ่งได้ดำเนินการผ่านเวที พชอ. ปี พ.ศ. 2563 นั้นมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาและสถานะสุขภาพของพื้นที่อำเภอเมยวดี คณะกรรมการมีความคิดเห็นร่วมกันในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อขับเคลื่อนในประเด็นดำเนินการ และมีการเชื่อมโยงการทำงานลงสู่พื้นที่ คือ การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ได้อย่างเป็นรูปธรรม

2.8.1.2 การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอประเด็นการควบคุมและป้องกันโรค

ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี และภาสินี โทอินทร์ (2564) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดอุดรธานี - Udon Model COVID-19 ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี (Udon Model COVID-19) ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการเฝ้าระวัง คัดกรอง สอบสวน ควบคุม ป้องกัน โรคมีประสิทธิภาพ 2) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ภาคีเครือข่าย และประชาชนอย่างถูกต้อง รวดเร็ว 3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การประเมินผลหลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า ความรู้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลก่อนและหลังพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการประเมิน ความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบไปใช้ กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ปัจจัยแห่ง

ความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็งภายใต้ “คนอุดรไม่ทอดทิ้ง กันฝ่าฟันโควิด” โดยสื่อสารข้อมูล ความรู้ รวดเร็วด้วยเทคโนโลยีทันสมัย

อนุสรณ์ จันทสิทธิ์ (2564) ได้ศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรคโควิด-19 อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ: P CAN ID Model ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมขององค์กร หน่วยงาน และภาคีที่เกี่ยวข้อง (Participation: P) 2) การจัดวงปรึกษาหารือในการจัดการโรคโควิด-19 Mini EOC ระดับอำเภอ (COVID-19: C) 3) การจัดการข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Data Management: D) 4) การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 (Network: N) 5) การพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนโรคในระดับอำเภอ/ตำบล (Investigation: I) 6) การสร้างการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 (Awareness: A) ส่งผลให้พฤติกรรม การป้องกันโรคของประชาชนอยู่ในระดับสูง โดยก่อนดำเนินงานพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 323 คน ร้อยละ 85 หลังดำเนินงานพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 374 คน ร้อยละ 98.42 มีพฤติกรรม การป้องกันโรคเพิ่มขึ้น ร้อยละ 13.42 และแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า ก่อนดำเนินงาน เท่ากับ 0.28

กิตติ เหลาสุภาพ, อรุณ บุญสร้าง, อาวี บุตรสอน, สง่า ทับทิมหิน, วิโรจน์ เขมรัมย์, นิกรม กมฺพชาติ และอมรฤทธิ์ ชุ่มพันธ์ (2565) ได้ศึกษาการพัฒนาาระบบและกลไกการจัดการภาวะวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการจัดระบบการประสานความร่วมมือ โดยมีแนวทางความร่วมมืออย่างเป็นลายลักษณ์อักษร มีแนวทางการควบคุมป้องกันโรคชัดเจน โดยมีคู่มือในการควบคุมและป้องกันโรค มีการจัดการขยะติดเชื้ออย่างเหมาะสม มีการจัดทำแผนงบประมาณของเทศบาล และ อบต. เพื่อเตรียมการรองรับปัญหาการควบคุมป้องกันโรคในปีถัดไป มีการวางแผนเพื่อใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลหรือกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) เพื่อให้เพียงพอในการควบคุมป้องกันโรคในตำบล มีการจัดทำธรรมนูญตำบลในตำบลคำครั่งเพื่อเสริมการปฏิบัติงานให้เข้มแข็งมากขึ้น รวมทั้งมีความพร้อมในการเตรียมการรองรับภาวะวิกฤตจากโรคติดเชื้ออื่น ๆ

ทองศักดิ์ หลักเขต (2565) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอเมืองอุบลราชธานี ด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผลการศึกษา พบว่า 1) รูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมืองอุบลราชธานี ด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ คือ (1) การจัดการเชิงกลยุทธ์ (2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และ

ควบคุมโรค (3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนผ่านแนวคิด “เมืองอุบลไม่ทอดทิ้งกัน” (4) ค้นหา/คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ภายใต้กระบวนการ พขอ. (5) การจัดการระบบรักษาและให้ความรู้ (6) การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และพัฒนาระบบสารสนเทศ 2) ค่าเฉลี่ยความรู้ การมีส่วนร่วม และการปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบ ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมาก ผลการประเมินรูปแบบ พบว่า มีความสอดคล้องมีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ และมีการยอมรับได้ในการนำไปปฏิบัติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ Muangubon Model ประกอบด้วย Management: M คือ การบริหารจัดการ Unity: U คือ ความเป็นเอกภาพ Activity: A การปฏิบัติ Network: N คือ เครือข่าย Generate: G คือ การคิดค้นนวัตกรรม Ucover: U คือ การเปิดเผย Budget: B คือ งบประมาณ Opportunity: O คือ การวิเคราะห์ทรัพยากรในชุมชน News: N คือ ข่าวสาร Data: D คือ ข้อมูล Evaluation: E คือ การประเมินผล Learning: L คือ การเรียนรู้

วิชญพงษ์ จตุเทน (2565) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลบึงนคร อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนากลุ่มเป้าหมายมีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 38.63 การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 38.97 ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังเพิ่มขึ้น ร้อยละ 22.00 ทักษะการเฝ้าระวังเพิ่มขึ้น ร้อยละ 34.36 การปฏิบัติการเฝ้าระวังเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.15 ประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข็ม 1 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.93 เข็ม 2 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 14.79 เข็ม 3 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 66.35

สุวรรณี แสนสุข, บรรจบ แสนสุข, รัฐพล อินทวิชัย และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2565) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ได้แก่ 1) สรรหา พัฒนา คณะทำงาน เน้นคณะทำงานที่มีอยู่เดิม 2) กำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ตามประกาศของ ศบค. 3) จัดบริการที่จำเป็นและมอบหมายหน้าที่ ระดมความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม รักษา และฟื้นฟู โดยมอบหมายภารกิจแก่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 4) จัดระบบข้อมูลสารสนเทศ ใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศของ ศบค. ร่วมกับการรายงานโดยผู้นำชุมชน 5) จัดการด้านทรัพยากร เป็นการบูรณาการงบประมาณจากทุกภาคส่วนที่ร่วมปฏิบัติการ และ 6) เรียนรู้และพัฒนางาน มีการสื่อสารและเรียนรู้ร่วมกันทั้งระดับอำเภอ และตำบลอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการทดลอง ทำให้สมรรถนะของคณะกรรมการ พขอ. และการรับรู้ของประชาชนในการดำเนินงาน ๆ ของคณะกรรมการ พขอ. เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.006$ และ $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE เท่ากับ 4.5 บรรลุตัวชี้วัด อัตราความ

ครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเข็ม 2 การควบคุมการระบาดแบบคลัสเตอร์ให้สงบภายใน 28 วัน และลดอัตราการป่วยตายบรรลุตามเป้าหมาย

รัศมี สมรรถชัย และบุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล (2566) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองชัยภูมิ ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ คือ 1) การคัดกรองและเฝ้าระวังโรคในชุมชน มีการประชุม พชต.ทุกตำบลเพื่อถ่ายทอดแนวทาง และฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน เช่น การตรวจ ATK การใช้สารสนเทศในการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง 2) การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน (Community Isolation: CI) จำนวน 7 แห่ง โดยชุมชนเป็นผู้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์และดูแลความเรียบร้อย จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น และมีแพทย์จาก รพ.ชัยภูมิ และ รพ.สต. เป็นผู้ดูแลในการรักษาพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง 3) การติดตามผู้สัมผัส มีแนวทางการติดตามผู้สัมผัสโรค มีการเฝ้าระวังโรคในชุมชนและการตรวจ ATK เชิงรุก เพื่อค้นหาผู้สัมผัสและการรายงานเข้าระบบโดยใช้ Google Form 4) การสื่อสารความเสี่ยงมีแนวทางการสื่อสารความเสี่ยง โดย พชต. และภาคีเครือข่าย เดินเคาะประตูบ้านประชาชน เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและแนะนำการปฏิบัติตัวตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค 5) การใช้มาตรการทางสังคม มีแนวทางการใช้มาตรการและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง และแนวทางในการปิดหมู่บ้านเพื่อควบคุมโรคและป้องกันการระบาดในวงกว้าง 6) การประสานงานและจัดการข้อมูล โดยมีแนวทางประสานงานและจัดตั้งศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอำเภอเมืองชัยภูมิ มีระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนข้อมูลการตัดสินใจผู้บริหาร และส่งต่อข้อมูลสู่เครือข่าย

2.8.1.3 การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอประเด็นอื่น

ปริญดา ทุนคำ (2563) ได้ศึกษากระบวนการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประธานชมรมผู้สูงอายุ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 156 คน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผล คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งหมด 9 อำเภอในจังหวัดอุดรธานี คัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มเชิงช่วงชั้นอย่างเป็นสัดส่วน จำนวน 398 คน เครื่องมือในการศึกษา คือ แบบสอบถามแบบคำถามสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลสุขภาพในระดับมาก ต้องการสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐาน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกเยี่ยม ต้องการอาหารที่มีประโยชน์ ต้องการให้มีศูนย์กลางความรู้ในชุมชน การพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร 2) การสนับสนุนมีส่วนร่วม 3) พัฒนาระบบการดำเนินงาน 4) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์ในการพัฒนาศักยภาพ พบว่า 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น 2) เครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในทุกขั้นตอน เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มีการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่าย 3) มีระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่ชัดเจนเหมือนกันทั้งจังหวัด มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน ทุกเครือข่ายสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการดำเนินงานได้ 4) เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุ 5) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยหลังการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ด้าน ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

สมจิตร พรหมจันทร์, สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ, วีรศักดิ์ เบ็ญอะหลี, จินตนา ด้วงปาน, ห่อกีปะ บัญโสีะ และนุชรินทร์ คงสินทร์ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการอย่างเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คนพิการ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบ District Health System (DHS) ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการภาคี เน้นเป้าหมายผ่านกระบวนการชื่นชมและจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยเน้นการเข้าถึงบริการของประชาชน การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและการกระจายระบบบริการที่มีคุณภาพลงสู่ประชาชน กำหนดประเด็นสุขภาพในการพัฒนาร่วมกันใน “หนึ่งโครงการหนึ่งอำเภอ: ประเด็นคนพิการ” (One District One Project: ODOP) มีองค์ประกอบ 5 ด้าน (UCARE) คือ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ มีการแต่งตั้งทีมระดับอำเภอ โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม กำหนดทิศทางการทำงานที่ชัดเจน มองเป้าหมายการทำงานร่วมกัน “เสริมสร้างสมรรถนะลดภาระ ไม่ทอดทิ้งกัน สานฝันด้วยทีม” 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน มีการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย โดยวางเป้าหมาย เสริมสร้างสมรรถนะ ลดภาระ ไม่ทอดทิ้งกัน สานฝันด้วยทีม และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน เกิดการวางแผนการดูแลคนพิการร่วมกัน 3) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง บุคลากรเห็นคุณค่าจากการทำงาน มีความสุข และมีสมรรถนะ โดยมีระบบพัฒนาคุณภาพของตนเอง ทั้งที่เป็นการเรียนรู้จากภายนอก และการเรียนรู้จากประสบการณ์ภายในเครือข่ายเอง โดยใช้พื้นฐานจากปัญหาในพื้นที่ 4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งในส่วนของบุคลากร วัสดุครุภัณฑ์ และงบประมาณต่าง ๆ นอกจากนี้ชุมชนมีการค้นหา และค้นพบทุนทางสังคม ซึ่งช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น หมอพื้นบ้าน โตะะบิแดด เป็นต้น มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในชุมชน และ 5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น มีการจัดบริการที่จำเป็นตามบริบทของพื้นที่ในกลุ่มคน

พิการ หลังการพัฒนา ทำให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพครอบคลุมทั้งทางด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม

2.8.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Nepal & Bhattarai (2020) ได้ค้นพบว่า ความล้มเหลวของระบบสุขภาพในประเทศเนปาล ซึ่งพบผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่เพิ่มมากขึ้นและต่อเนื่อง กลยุทธ์ของระบบสุขภาพที่สำคัญของประเทศเนปาล ประกอบไปด้วย การติดตาม แยกกัก ทดสอบ และรักษาผู้ป่วย แต่ประเทศเนปาลก็ยังไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการเพราะขาดสิ่งอำนวยความสะดวกด้านทรัพยากร การทดสอบที่ทันสมัย และศูนย์กักกันที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งนำไปสู่การจัดการที่ไม่ถูกต้อง รวมไปถึงความตื่นตระหนกและการขาดมาตรการป้องกันของบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนการลี้ภัยประเทศก็สร้างความเสียหายแก่ประเทศ การเจ็บป่วยและตายที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรค Covid-19 ก็เพิ่มมากขึ้น การลดจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 จึงต้องเตรียมความพร้อมของชุมชนและระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง

Pung, Park, Cook, & Lee (2020) ได้ศึกษาความเสี่ยงด้านอายุในการแพร่เชื้อโรค COVID-19 ที่อยู่ในครัวเรือน ประเทศสิงคโปร์ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนที่ประเทศสิงคโปร์จะดำเนินการตามมาตรการ Social Distancing ได้มีการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จำนวน 400 ราย การติดเชื้อมักพบที่บุคคลที่มีอายุมากขึ้นที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน ทั้งนี้ระดับท้องถิ่นได้สนับสนุนและสังเกตการณ์ติดเชื้อภายในชุมชนในโรงเรียนอนุบาล ซึ่งเป็นการสังเกตบุคลากรในโรงเรียนอนุบาล นักเรียน และผู้ปกครอง พบว่าเด็กอนุบาลมีโอกาสน้อยจะติดเชื้อ ฉะนั้นเพื่อลดการติดเชื้อในชุมชน ลดปฏิสัมพันธ์ของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จึงเห็นควรปิดโรงเรียน

Chen, Yang, Li, Huang, Chen, & Chiu. (2021) ได้ศึกษาการระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไต้หวัน ผลการศึกษาพบว่า การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อในครอบครัว ซึ่งกลยุทธ์ที่สำคัญในการลดการติดเชื้อเกิดจากการยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง มาตรการที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่ง คือ การการเฝ้าระวังบุคคลที่กลับจากเมืองอุฮั่น ประเทศจีน ทั้งนี้รัฐบาลก็มีนโยบายให้ประชาชนสวมใส่หน้ากากอนามัยการกักตัว และการติดตามตัวกับผู้ที่มีความเสี่ยง ประเทศไต้หวันมุ่งการควบคุมและป้องกันโรคไปที่ชุมชน ซึ่งจะต้องมีการติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างเคร่งครัด มีนโยบายกักตัวอย่างเข้มงวด เสริมความตระหนักในการล้างมือ และที่สำคัญ คือ การใส่หน้ากากอนามัยเพราะประสิทธิภาพด้านวัคซีนยังไม่แน่ชัด

Kitphati, Krates, Jitvigran, Nuchklang, Sankosa & Kenaphoom (2021) ได้ต้นแบบการพัฒนาการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 และการคุ้มครองสิทธิประชาชนในรูปแบบ New Normal โดยชุมชนเสมือนเครือข่ายบริการสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดมหาสารคาม วิธีการวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ประยุกต์ใช้เทคนิคการประชุม

เพื่อศึกษาการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 และคุ้มครองสิทธิของประชาชนในเขตจังหวัด อำเภอบึงสามพัน ในจังหวัดมหาสารคาม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) ครูฝึก 60 คน และ 2) สมาชิกชุมชนเสมือนจริงในต่างจังหวัด จำนวน 690 คน เนื้อหาจะถูกวิเคราะห์เพื่อหาข้อสรุปเชิงทฤษฎี ระยะที่ 2 : มีการสำรวจความคิดเห็นของอาจารย์ผู้สอน จำนวน 254 คน และสมาชิกชุมชนเสมือนของเครือข่ายบริการสุขภาพเบื้องต้น เครื่องมือวิจัยเป็นแบบประมาณการแบบสอบถามซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ และระยะที่ 3 สร้างต้นแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 และคุ้มครองสิทธิพลเมืองในวิถีใหม่โดยชุมชนเสมือน กำหนดเป้าหมายโดยผู้เชี่ยวชาญ 20 คน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาระบบต้นแบบ จากนั้นจึงปรับปรุงพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด-19 และคุ้มครองสิทธิพลเมืองในวิถีใหม่โดยชุมชนเสมือนที่เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่า ความสำเร็จในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 และการคุ้มครองสิทธิพลเมืองโดยรวมอยู่ในระดับสูง เรียงลำดับจากสูงไปต่ำได้ดังนี้ การสร้างเทคโนโลยีสารสนเทศชุมชนเสมือนจริง โครงสร้างพื้นฐานสำหรับการสื่อสาร การแจ้ง การส่งต่อ และการแสดงข้อมูลตามเวลาจริง ความสามารถของบุคลากรการปฏิบัติงานในกรณีฉุกเฉิน กลไกการจัดการสถานการณ์โรคระบาด การตระหนักรู้ของประชาชน และความร่วมมือและช่องทางการเข้าถึงบริการที่สามารถประเมินและคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นได้ ส่วนปัจจัยแบบมีเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของระบบเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 และการคุ้มครองสิทธิพลเมืองในรูปแบบ New Normal โดยชุมชนเสมือนของเครือข่ายบริการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่ามีตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ประการ ได้แก่ การสื่อสารมวลชน การมีส่วนร่วมมาตรการของรัฐบาล เทคโนโลยีสารสนเทศ ความคาดหวังต่อผลประโยชน์ และความพร้อมในการตอบสนองต่อสถานการณ์การดูแลสุขภาพ ตัวทำนายเหล่านี้ตัวแปรร่วมกันสามารถพยากรณ์ ความสำเร็จของการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 และคุ้มครองสิทธิพลเมืองในความคิดใหม่โดยชุมชนเสมือน 60.9 เปอร์เซ็นต์ และรูปแบบการพัฒนาเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 และคุ้มครองสิทธิพลเมืองในภาวะปกติใหม่โดยชุมชนเสมือนจริงที่เหมาะสมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิประกอบด้วยสององค์ประกอบหลัก 1) ความสำเร็จองค์ประกอบของการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมระบบ COVID-19 ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก และ 35 องค์ประกอบย่อย 2) ปัจจัยตามเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จมี 5 องค์ประกอบหลัก 42 องค์ประกอบย่อย ดังนั้นรูปแบบการพัฒนานี้ คือ เหมาะสมอย่างยิ่ง เป็นไปได้ และสามารถนำไปสู่ข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อเตรียม พัฒนา และสร้างความแข็งแกร่งให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Kong & Sun (2021) ได้ศึกษาการระบาดของ COVID-19 ในพื้นที่ชนบทของประเทศจีน ซึ่งพบปัญหาหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) ระบบการจัดการของรัฐบาลระดับล่างไม่สามารถตอบสนองความต้องการฉุกเฉินได้ การรับมือกับการระบาดของไวรัส COVID-19 ไม่สามารถพึ่งพา

รัฐบาลที่อยู่ระดับล่างเท่านั้นแต่พลังของชาวบ้านและองค์กรทางสังคมอื่น ๆ กลายเป็นกระแสหลัก และต้องพึ่งพาในการประสานงานของหน่วยงานต่าง ๆ 2) รูปแบบการตอบสนองฉุกเฉินที่มีอยู่สำหรับการจัดการเหตุฉุกเฉินในชนบทพื้นที่ของจีนค่อนข้างมีปฏิริยาและไม่เป็นระบบ 3) การเพิกเฉยต่อการแทรกแซงทางจิตใจของสาธารณชนในช่วงการระบาดของ COVID-19 ฉะนั้น การจัดการภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ชนบทที่มีประสิทธิภาพควรดำเนินการดังนี้ 1) ควรดำเนินการเร่งด่วนที่จะขยายการจัดการเหตุฉุกเฉินและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหลายฝ่ายของในระดับล่าง ซึ่งรัฐบาลมีบทบาทสำคัญมาก การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหลายฝ่าย และการจัดการควรให้โอกาสแก่องค์กรภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วม 2) ควรเสริมสร้างการออกแบบที่เป็นระบบของการจัดการเหตุฉุกเฉินในชนบทเร่งด่วน โดยต้องพิจารณาเชิงรุกและครอบคลุมการจัดการที่เหมาะสม กระบวนการจัดการเหตุฉุกเฉินในพื้นที่ชนบทควรได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย ในลักษณะบูรณาการเพื่อเสริมสร้างและปรับปรุงลักษณะระบบของภาวะฉุกเฉินในชนบทการจัดการและจัดการจัดการที่กระจัดกระจาย 3) ใส่ใจกับการแทรกแซงทางจิตใจในพื้นที่ชนบทในช่วงเวลาของการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาด เช่น การบริการทางจิตสังคม การสนับสนุนวัสดุ ข้อเสนอแนะการบริการด้านจิตใจควร 1) ส่งเสริมความรู้ทั่วไปด้านสุขภาพจิต การปรับสภาพจิตใจ 2) เสริมสร้างบริการทางการแพทย์ของแพทย์ประจำครอบครัว โดยเฉพาะสุขภาพจิตของคนในชนบท และ 3) ขยายช่องทางและความครอบคลุมของบริการการแทรกแซงทางจิตวิทยาในพื้นที่ชนบท ด้วยการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้มีการสื่อสารใหม่ ๆ เกิดขึ้นมากมาย

Li, Wang, Lv, & Lu (2021) ได้ศึกษาผลกระทบของการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในช่วงการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ของประเทศจีน ผลการศึกษาพบว่า มาตรการด้านสาธารณสุขที่ดำเนินการเพื่อป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เช่น การล้างมือบ่อย ๆ การสวมใส่ของหน้ากาก การเว้นระยะห่างทางสังคม และการแยกตัวของติดเชื้อ ตลอดจนนโยบายที่รัฐบาลใช้รวมถึงกฎหมายที่เข้มงวดกว่าด้วยโรคติดเชื้อ ประกอบกับการกักกันที่เข้มงวดยิ่งขึ้น และการจำกัดกิจกรรมสาธารณะในพื้นที่เสี่ยงสูงได้เข้ามามีบทบาทสำคัญไม่เพียงแต่ในป้องกัน COVID-19 แต่ยังเป็น การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อีกด้วย การค้นพบนี้ยังแสดงให้เห็นถึงบทบาทเชิงบวกของประชาชนที่มี ประสิทธิภาพต่อมาตรการด้านสุขภาพในช่วงการระบาดของ COVID-19 หรือแม้แต่ในการจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจโรคภัยไข้เจ็บในอนาคต ดังนั้นมาตรการด้านสาธารณสุขตลอดจนความร่วมมือของประชาชนและภาคีเครือข่ายจึงต้องยังปฏิบัติ แม้ว่าโรคติดเชื้อดังกล่าวจะลดการระบาดลง

Thu-Ha, Quang, Thanh, Minh-Duc, Mirzoev, & Anh-Bui (2021) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 โดยการศึกษาเชิงลึกในประเทศเวียดนาม ผลการศึกษาพบว่า โครงสร้างการควบคุมและป้องกันโรค COVID-19 ของรัฐบาลที่กำหนดขึ้น เพื่อให้ท้องถิ่นและชุมชนได้ปฏิบัติ ประกอบไปด้วยมาตรการ 4 ประการ คือ 1) การควบคุม โดยการ

ตรวจหาเชื้อ การแยกกักการกักกัน และการรักษาในโรงพยาบาล 2) การมีส่วนร่วมของแรงงานข้ามชาติในการป้องกันและควบคุมโรค 3) ด้านทรัพยากร โดยการเสริมสร้างศักยภาพที่เหมาะสมและโปร่งใส และ 4) การสื่อสารและความเชื่อมั่นที่มีต่อรัฐบาล จากมาตรการดังกล่าวได้แสดงถึงผลลัพธ์ว่า การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ที่สำคัญ ควรเน้นความร่วมมือของชุมชนที่มาจากหลายภาคส่วน ความร่วมมือที่เกิดขึ้นเฉพาะกิจ การระดมทรัพยากร และการกระจายอำนาจเพื่อการตัดสินใจ และสามารถที่พึ่งพาตนเองได้ รวมไปถึงการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ชัดเจน รวมไปถึงความเชื่อมั่นในมาตรการและรัฐบาลโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง

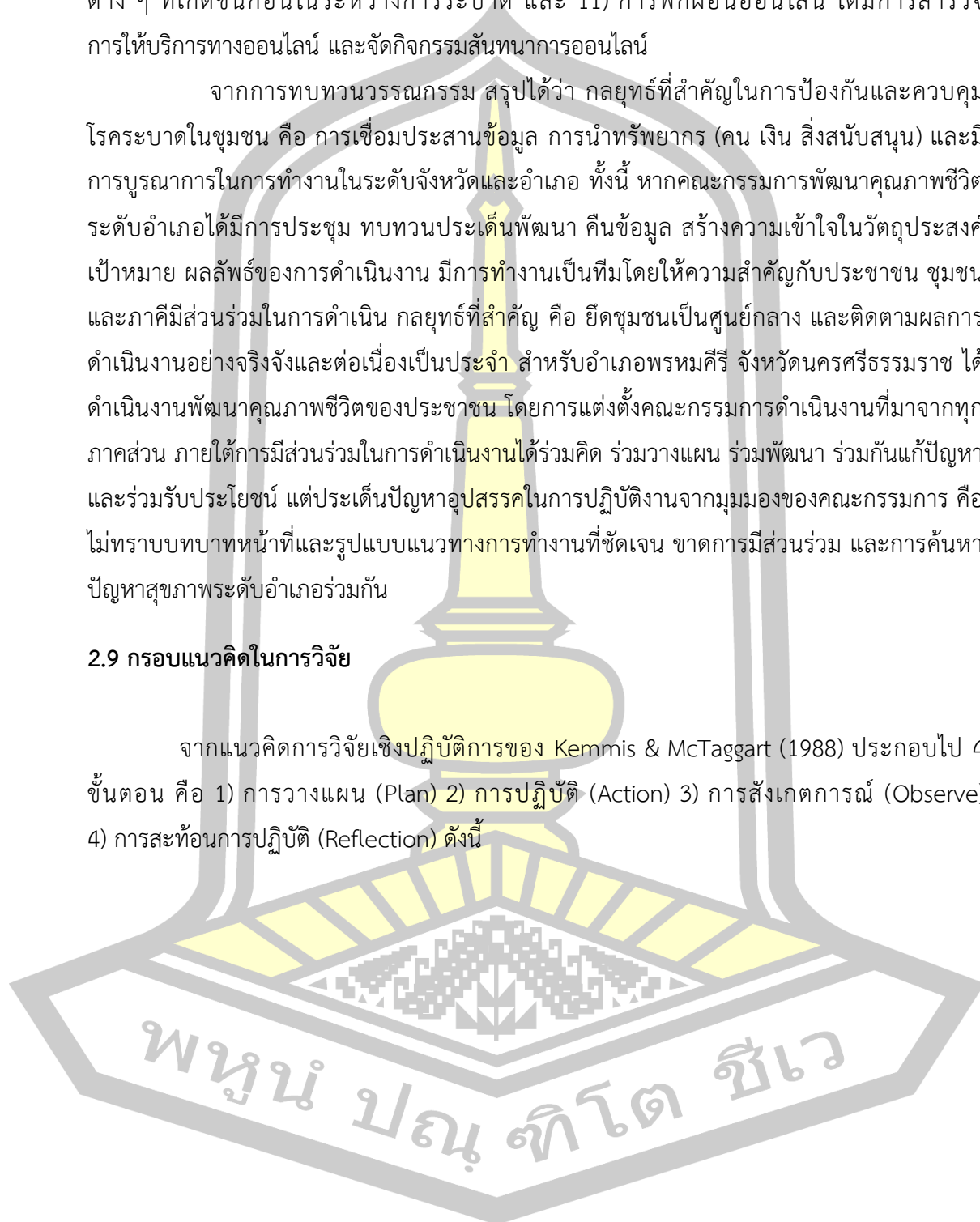
Wu, Zhang, Li, Li, & Zuo (2021) ได้ศึกษาการควบคุมและป้องกันโรค COVID-19 โดยศึกษาในชุมชน Mulin รัฐ Qingdao เป็นการศึกษาระดับคุณภาพ ซึ่งชุมชน Mulin ได้กำหนดให้ดำเนินการปิดชุมชนเพื่อป้องกันการระบาดของไวรัสโควิด-19 ซึ่งคณะกรรมการชุมชน Mulin ได้ดำเนินการตามมาตรการดังต่อไปนี้อย่างเคร่งครัด 1) เปิดทางเข้า/ออกเพียงแห่งเดียวและปิดทางเข้าอื่นทั้งหมด กลยุทธ์ทางเข้า-ออกทางเดียวทำให้ Mulin สามารถป้องกันการระบาดของ COVID-19 จากภายนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น 2) อนุญาตให้เข้าออกได้เฉพาะผู้อยู่อาศัยในชุมชนที่มีบัตรสุขภาพ ซึ่งสะท้อนถึงการจัดการประเภทการเข้าถึงของผู้อยู่อาศัยตามการลงทะเบียนข้อมูล และข้อมูลการลงทะเบียนทั้งหมดจะถูกสรุปไปยังประธานคณะกรรมการชุมชนและสร้างไฟล์บุคคลภายนอกเข้าสู่ชุมชน 3) การป้องกันการติดเชื้อในชุมชนเป็นการระดมความคิดของชุมชนเพื่อมาตรการป้องกันตนเอง มาตรการทางวิทยาศาสตร์เป็นวิธีที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อ 4) การให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อช่วยให้ผู้อยู่อาศัยเข้าใจถึงความจำเป็นของมาตรการป้องกันส่วนบุคคลและครัวเรือน 5) การกักตัวอยู่บ้าน 14 วัน สำหรับบุคคลที่เข้า/ออกชุมชน 6) การฆ่าเชื้อในอากาศและการจัดการของเสีย เป็นการฆ่าเชื้อไวรัสและป้องกันการติดเชื้อไวรัสภายในชุมชน โดยดำเนินการฆ่าเชื้อในพื้นที่ส่วนกลาง รวมถึงลิฟต์ บันได โรงจอดรถใต้ดิน และโถงอาคาร สำหรับพื้นที่กลางแจ้ง ทางเดิน ท่อระบายน้ำทิ้ง และถังขยะทั้งหมดจะถูกฆ่าเชื้อวันละสองครั้ง และปุ่มลิฟต์และที่จับประตูของแต่ละครัวเรือนจะถูกฆ่าเชื้อวันละครั้ง นอกจากนี้ เนื่องจากผู้อยู่อาศัยที่ถูกกักกันเป็นพาหะของไวรัส เจ้าหน้าที่ทำความสะอาดทางเข้าของผู้อยู่อาศัยที่ถูกกักกันสามครั้งต่อวัน 7) ยกเลิกการชุมนุมสาธารณะในช่วงที่เกิดโรคระบาด Mulin ได้หยุดกิจกรรมตามคำสั่งของคณะกรรมการชุมชน 8) การสื่อสารกับผู้อยู่อาศัย โดยสื่อสารข้อมูลกับผู้อยู่อาศัยในชุมชนเป็นตัวขับเคลื่อนสำหรับการดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดในชุมชนอย่างราบรื่น การสื่อสารจะมีหลายช่องทาง ทั้งที่ไม่ใช่ระบบดิจิทัล และออนไลน์ เนื้อหาการสื่อสาร จะเกี่ยวข้องกับนโยบายรัฐบาลและมาตรการป้องกันชุมชน 9) การให้บริการแก่ผู้อยู่อาศัย โดยได้สำรวจบริการอำนวยความสะดวกประเภทต่าง ๆ จากนั้นจะส่งสินค้าไปยังที่อยู่ของผู้อยู่อาศัยโดยตรง ซึ่งจะช่วยลดการติดเชื้อระหว่างกระบวนการซื้ออีกด้วย 10) การดูแลสุขภาพออนไลน์ โดยการให้บริการจัดซื้อและจัดส่งยาทาง

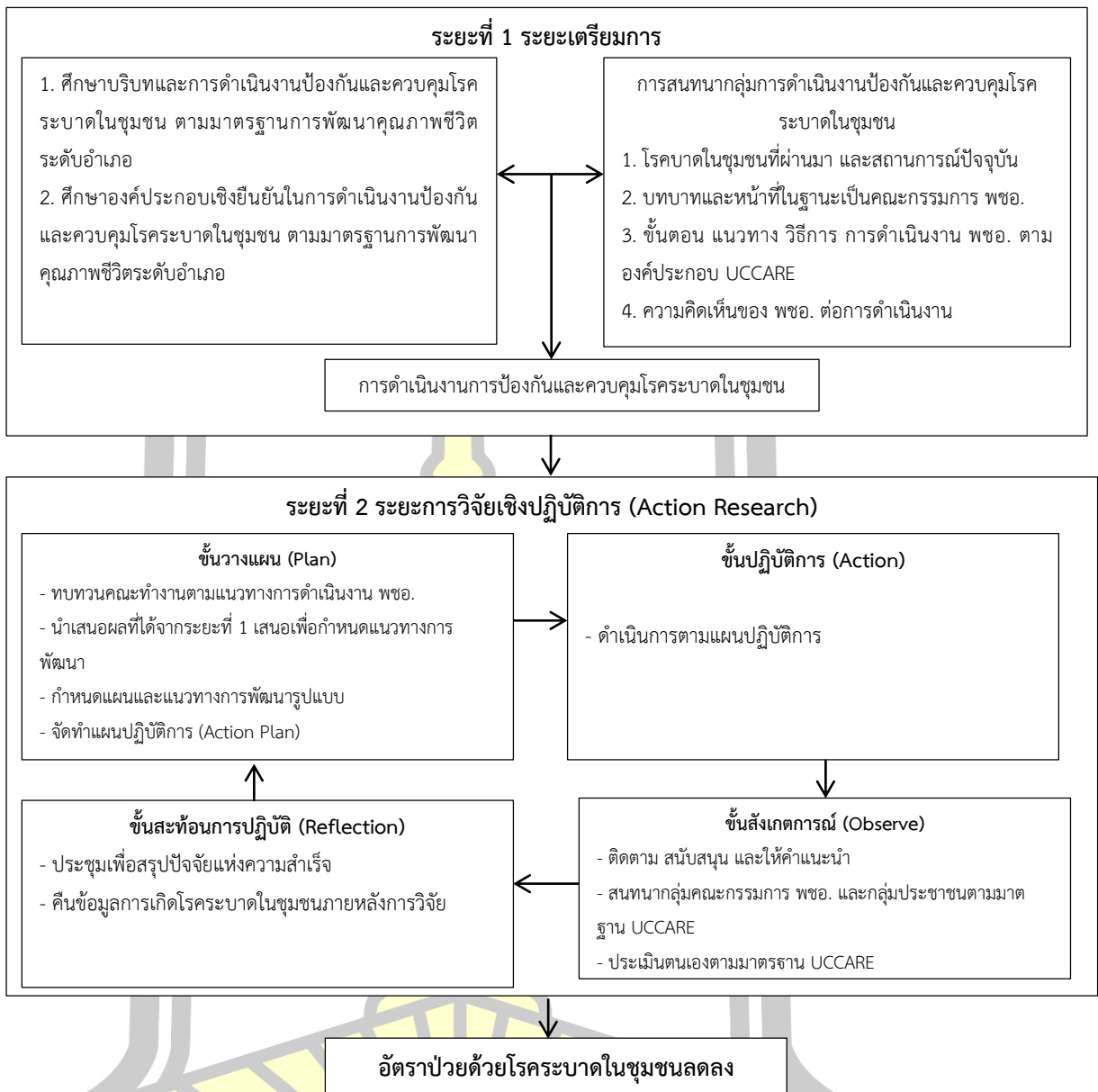
ไปรษณีย์ บริการนี้มีบทบาทเชิงบวกในการสร้างหลักประกันสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและสภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก่อนในระหว่างการระบาด และ 11) การพักผ่อนออนไลน์ ได้มีการสำรวจการให้บริการทางออนไลน์ และจัดกิจกรรมสนทนาการออนไลน์

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า กลยุทธ์ที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน คือ การเชื่อมประสานข้อมูล การนำทรัพยากร (คน เงิน สิ่งสนับสนุน) และมีการบูรณาการในการทำงานในระดับจังหวัดและอำเภอ ทั้งนี้ หากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้มีการประชุม ทบทวนประเด็นพัฒนา คืบข้อมูล สร้างความเข้าใจในวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน มีการทำงานเป็นทีมโดยให้ความสำคัญกับประชาชน ชุมชน และภาคีมีส่วนร่วมในการดำเนิน กลยุทธ์ที่สำคัญ คือ ยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง และติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่องเป็นประจำ สำหรับอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่มาจากทุกภาคส่วน ภายใต้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานได้ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมกันแก้ปัญหา และร่วมรับประโยชน์ แต่ประเด็นปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานจากมุมมองของคณะกรรมการ คือ ไม่ทราบบทบาทหน้าที่และรูปแบบแนวทางการทำงานที่ชัดเจน ขาดการมีส่วนร่วม และการค้นหาปัญหาสุขภาพระดับอำเภอร่วมกัน

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบไป 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกตการณ์ (Observe) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) ดังนี้





รูปภาพที่ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

พหุบัณฑิต

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย 2 ระยะ ดังต่อไปนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

3.2 วิธีการดำเนินการ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

ระยะเตรียมการเป็นการศึกษาสภาพบริบทพื้นที่ และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช รายละเอียด ดังนี้

3.2.1 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

1) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 23 อำเภอ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากแนวคิดอัตราส่วนของกลุ่มตัวอย่างกับจำนวนพารามิเตอร์หรือตัวแปรสังเกตได้ตามเกณฑ์ 10 - 20 ต่อ 1 ตัวแปรสังเกตได้ (Osborne & Costello, 2004) พบว่า กรอบแนวคิดการวิจัยมีตัวแปรสังเกตได้จำนวน 32 ตัวแปรสังเกตได้ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 320 - 640 ตัวอย่าง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 475 คน ซึ่งอยู่ในวงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ

2) กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 23 อำเภอ สุ่มกลุ่มเป้าหมาย โดยการหยิบบัตร

อย่างง่าย จากการแบ่งอำเภอที่พบผู้ป่วย 14 วันย้อนหลัง ณ วันที่ 7 เมษายน 2565 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พื้นที่สีชมพูอ่อน เป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วย 14 วันย้อนหลัง จำนวน 1 - 300 ราย มีจำนวน 11 อำเภอ อำเภอที่สุ่มได้ คือ อำเภอช้างกลาง และอำเภอนบพิตำ

กลุ่มที่ 2 พื้นที่สีชมพูเข้ม เป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วย 14 วันย้อนหลัง จำนวน 301 - 600 รายมีจำนวน 5 อำเภอ อำเภอที่สุ่มได้ คือ อำเภอหัวไทร

กลุ่มที่ 3 พื้นที่สีแดง เป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วย 14 วันย้อนหลัง จำนวน 601 - 900 ราย มีจำนวน 4 อำเภอ อำเภอที่สุ่มได้ คือ อำเภอร่อนพิบูลย์

กลุ่มที่ 4 พื้นที่สีแดงเข้ม เป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วย 14 วันย้อนหลัง จำนวน 900 รายขึ้นไป มีจำนวน 4 อำเภอ อำเภอที่สุ่มได้ คือ อำเภอทุ่งสง

เกณฑ์การคัดเลือก-คัดออกของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

(1.1) เป็นผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

(1.2) ยินดีและมีความพร้อมที่จะเข้าร่วมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

(2.1) เป็นผู้ที่ลาออกจากตำแหน่งหรือย้าย ในช่วงที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล

(2.2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีภารกิจ และไม่อยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ในช่วงที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล

(2.3) เป็นผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการทุกขั้นตอน

3) กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในระยะเวลาวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 20 คน

3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ประยุกต์ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (UCCARE) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ซึ่งมีแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพการสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพหลัก 6) บทบาทในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ 7) ประสบการณ์ในการทำงานการเป็นคณะกรรมการ พขอ.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ 2) ด้านการทำให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีขึ้น 3) ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 4) ด้านการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 5) ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร และ 6) ด้านการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม รายละเอียด ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ท่านมีระดับความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ท่านมีระดับความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

คะแนน 3 หมายถึง ท่านมีระดับความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ท่านมีระดับความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย

คะแนน 1 หมายถึง ท่านมีระดับความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายชื่อ และภาพรวม แบ่งระดับความคิดเห็นตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating Scale) มาจัดเป็น 3 ระดับ คือ มีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

มีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00

มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66

มีความคิดเห็นอยู่ในระดับต่ำ หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 6 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม รายละเอียด ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ท่านมีระดับการดำเนินงานตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ท่านมีระดับการดำเนินงานตรงกับข้อความนั้นมาก

คะแนน 3 หมายถึง ท่านมีระดับการดำเนินงานตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ท่านมีระดับการดำเนินงานตรงกับข้อความนั้นน้อย

คะแนน 1 หมายถึง ท่านมีระดับการดำเนินงานตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายชื่อ และภาพรวม แบ่งระดับการดำเนินงานแต่ละมาตรฐานระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating Scale) มาจัดเป็น 3 ระดับ คือ มีการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

มีการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00

มีการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66

มีการดำเนินงานอยู่ในระดับต่ำ หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33
เครื่องมือชุดที่ 2 เป็นคำถามสนทนากลุ่ม

เพื่อวิเคราะห์การดำเนินงาน ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามองค์ประกอบ UCCARE 6 ด้าน โดยมีคำถามในประเด็น ดังนี้

1. ที่ผ่านมา มีโรคระบาดที่เกิดขึ้นในชุมชนอะไรบ้าง และมีการจัดการโรคระบาดอย่างไร
2. ปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของโรคที่เกิดขึ้นในชุมชน เป็นอย่างไร
3. บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน เป็นอย่างไร
4. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีขั้นตอน แนวทาง และวิธีการตามองค์ประกอบ 6 ด้าน (UCCARE) อย่างไร ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน
5. มีความคิดเห็นอย่างไรบ้างต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
6. ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีอะไรบ้าง

3.2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามเชิงปริมาณ ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 6 องค์ประกอบ หรือเรียกว่า “UCCARE”

2) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมเชิงภาษา จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์กำหนดให้คะแนนผลการพิจารณา โดยค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (Index of Congruence: IOC) ระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

- | | | |
|-----|---------|---|
| + 1 | หมายถึง | ข้อความที่วัดได้ตามวัตถุประสงค์ |
| 0 | หมายถึง | ไม่แน่ใจว่าข้อความวัดได้ตรงวัตถุประสงค์หรือไม่ |
| - 1 | หมายถึง | ข้อความวัดได้ว่าข้อความวัดได้ไม่ตรงวัตถุประสงค์ |

นำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 - 1.00 มีความเที่ยงตรง ใช้ได้ สำหรับข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

3) ผลการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00

4) ภายหลังจากที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมเชิงภาษา นำไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอคีรีรัฐนิคม และอำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี อำเภอละ 15 คน รวม 30 คน โดยการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ดังนี้

แนวทางมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.936

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.819

แบบสอบถามทั้งหมด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.928

แบบสอบถามสนทนากลุ่ม ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้

1. คำถามสนทนากลุ่มได้พัฒนาคำถามเพื่อศึกษาการดำเนินงาน ปัญหา และอุปสรรค ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเครื่องมือจะเป็นคำถามปลายเปิด

2. นำแนวคำถามสนทนากลุ่มให้อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

3. นำร่างคำถามสนทนากลุ่มให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม และให้ความเห็นปรับปรุงคำถามสนทนากลุ่มให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น และให้แนวคำถามสามารถสื่อความหมายได้อย่างชัดเจน และได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ได้ค่า IOC เท่ากับ 1

3.2.4 การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอซึ่งเป็นคณะกรรมการและเลขานุการทุกอำเภอ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย (ผู้ช่วยนักวิจัย) ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

2. นำหนังสือแจ้งจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงนายอำเภอ และสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อชี้แจงเหตุผลและขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

3. ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยให้สาธารณสุขสาธารณสุขอำเภอ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย (ผู้ช่วยนักวิจัย) เป็นผู้แจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ศึกษาบริบทการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการสนทนากลุ่มกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อวิเคราะห์การดำเนินงาน ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

4. นำส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงผู้ช่วยนักวิจัย และเมื่อได้แบบสอบถามครบถ้วน ผู้ช่วยนักวิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนส่งกลับมายังผู้วิจัยทางไปรษณีย์

5. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องเพื่อที่จะนำไปวิเคราะห์วิธีทางสถิติ

3.2.5 การจัดการทำกับข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามเชิงปริมาณ มีการดำเนินการ ดังนี้

1. ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น โดยดูความถูกต้อง ความสมบูรณ์ และความสอดคล้องของคำตอบ

2. สร้างรหัสข้อมูล โดยการแบ่งแยกประเภทข้อมูล และให้รหัสข้อมูล

3. บันทึกรหัสข้อมูล ตามรหัสข้อมูลที่สร้างไว้

แบบสอบถามสนทนากลุ่ม มีการดำเนินการ ดังนี้

1. จัดเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย โดยการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ และจดบันทึก

2. จัดเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนที่วางไว้มีการป้องกันการสูญหายของข้อมูลโดยการจัดระบบรักษาความปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการปกป้องคุ้มครองสิทธิของผู้ให้ข้อมูลและการปกปิดผู้ให้ข้อมูลไว้เป็นความลับอันเป็นประเด็นจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ

3. การจัดระบบแฟ้มเอกสารข้อมูลซึ่งมี 2 แบบ คือ แบบที่เป็นการจัดทำด้วยมือ (Manual) หรือใช้กระดาษ และแบบที่ใช้ในระบบคอมพิวเตอร์ หรืออิเล็กทรอนิกส์ โดยการจัดเป็นหมวดหมู่อย่างถูกต้องเหมาะสม พร้อมทั้งใช้งานได้ตลอดเวลา รวมทั้งการจัดระบบการค้นหาและการเก็บเข้าคืนที่การใช้งานแล้ว

3.2.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

แบบสอบถามเชิงปริมาณ ใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) โดยวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ระดับความคิดเห็นมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลองค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยการใช้ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) โดยใช้โปรแกรม R Studio ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นก่อนทดสอบ (Joreskog & Sorbun, 1996) ดังนี้

2.1 ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ต้องเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง หรือมีค่าในมาตราระดับช่วง (Interval Scale) และมาตราอัตราส่วน (Ratio Scale)

2.2 ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ควรมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับสูง ($r = 0.30 - 0.70$) รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบและตัวแปรที่อยู่ในรูปเชิงเส้น (Linear) เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity Problem)

2.3 ทำการตรวจสอบความปกติ (Normality) ของข้อมูลรายตัวแปรว่ามีการกระจายตัวอย่างเหมาะสมหรือไม่ โดยทำการวัดค่าสัมบูรณ์ ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) โดยค่าสัมบูรณ์ ค่าความเบ้จะต้องน้อยกว่า 3 และค่าสัมบูรณ์ความโด่งจะต้องน้อยกว่า 8 พบว่า ข้อมูลควรมีลักษณะการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution)

2.4 ข้อมูลมีความเป็นเอกพันธ์ของการกระจาย (Homoscedasticity)

2.5 ความคลาดเคลื่อน (Error) ต้องไม่สัมพันธ์กับตัวแปรแฝงในโมเดล

2.6 วิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Model) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบจำลองมีขั้นตอน ดังนี้

2.6.1 กำหนดข้อมูลจำเพาะความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างในแต่ละองค์ประกอบของแบบจำลอง

2.6.2 ระบุความเป็นไปได้ของแบบจำลองว่าสามารถประมาณค่าพารามิเตอร์ได้เป็นค่าเดียวหรือไม่

2.6.3 ประมาณค่าพารามิเตอร์จากแบบจำลองด้วยวิธีประมาณค่าโลกลีสูงสุด (Maximum Likelihood)

2.6.4 ทดสอบความกลมกลืนสอดคล้อง (Goodness of Fit Test) เพื่อทดสอบความตรงของแบบจำลอง (Model Validation) โดยใช้ค่าสถิติทดสอบความกลมกลืนของแบบจำลอง

2.6.5 ทำการปรับแบบจำลอง (Model Adjustment) ในกรณีที่แบบจำลองไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทำการปรับแก้แบบจำลองเพื่อให้มีการประมาณค่าพารามิเตอร์ขึ้นใหม่จนกว่าแบบจำลองที่ปรับแก้จะสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2.7 แปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูล ทำการทดสอบสมมติฐานโดยหาความสัมพันธ์และทิศทางระหว่างมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ไชยันต์ สกกุลศรีประเสริฐ, 2556)

ตารางที่ 3 แสดงค่าสถิติประเมินความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนีทดสอบความกลมกลืน	เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณา
ค่าไคสแควร์ (Chi-square: χ^2)	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)
ค่าไคสแควร์สัมพันธ์ (Relative Chi-square: χ^2/df)	มีค่าน้อยกว่า 2.00
ดัชนีวัดความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI)	≥ 0.90
ดัชนีวัดความกลมกลืนปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI)	≥ 0.90
ดัชนีความสอดคล้องเชิงสัมพันธ์ (Normal Fit Index: NFI)	≥ 0.90
ดัชนีความกลมกลืนของข้อมูลเชิงประจักษ์กับโมเดลที่เกิดขึ้น (Incremental Fit Index: IFI)	≥ 0.90
ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI)	≥ 0.90
ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Mean Square Residual: RMR)	< 0.05
ค่ารากกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA)	< 0.05

3. แบบสนทนากลุ่ม ข้อมูลทั้งที่ได้จากการสัมภาษณ์และการบันทึกภาคสนามมาทำการวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ดังนี้

3.1. จัดแฟ้ม (Establishing Files) โดยการนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทบทวนแยกแยะ และจัดหมวดหมู่

3.2 ลงรหัสข้อมูล (Coding the Data) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาลงรหัสหมวดหมู่ของข้อมูล

3.3 จัดประเภทของข้อมูล (Identify Unit) โดยจัดประเภทของข้อมูลโดยพิจารณาจากรหัส นำรหัสของข้อมูลที่มีอยู่มารวบรวมในการจัดประเภท ข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันจะจัดอยู่ด้วยกัน

3.4 พัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ (Developing Categories) โดยนำข้อมูลที่จัดประเภทมาแยกประเภทเป็นหัวข้อย่อยๆ โดยแต่ละหัวข้อย่อยมีความสอดคล้องในเนื้อหา และมีการแจ่งน้ำหนักของคำ หรือข้อความที่ปรากฏในเนื้อหา มีการตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ตีความเพื่อพัฒนา และสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล

3.5 เชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (Interpretive Determine Connections) โดยนำหมวดหมู่ของข้อมูลที่จัดได้มาหาความสัมพันธ์กัน

3.6 ตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) นำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

นำแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช และเพื่อให้มีรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัย การร่วมคิดร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผล และร่วมสะท้อนผล กลุ่มเป้าหมายเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช การวิจัยนี้มีด้วยกัน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกตการณ์ (Observe) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) ข้อมูลแต่ละขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

2.1 ขั้ววางแผน (Plan)

1) ศึกษาทบทวนข้อมูลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ บริบทชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์การระบาดของโรค และปัญหาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในพื้นที่ เพื่อหาแนวทางดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

2) นำผลวิเคราะห์จากแบบสอบถามเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากระยะที่ 1 เสนอแนวทางการพัฒนาเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย

3) กำหนดแผนและแนวทางการพัฒนาให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ภาคีเครือข่าย และชุมชนได้รับทราบ

4) จัดทำแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นที่ 1 (Action Plan)

2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Act)

- 1) ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ
- 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มเป้าหมายระดับตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้ายคู ตำบลทอนหงส์ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาด เพื่อชี้แจงแนวทางและการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาด

2.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observe)

- 1) ผู้วิจัยร่วมสังเกต ติดตาม เก็บรวบรวมข้อมูล และให้คำแนะนำ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ได้จากการปฏิบัติงานตามแผน ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงกิจกรรม โดยดำเนินการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน
- 2) สนทนากลุ่มการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในระหว่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง (เครื่องมือชุดที่ 3) ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (UCCARE) การสนทนากลุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และประชาชน
- 3) ประเมินตนเองตามมาตรฐาน UCCARE ตามแบบประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาด (เครื่องมือชุดที่ 4)

2.4 ขั้นสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection)

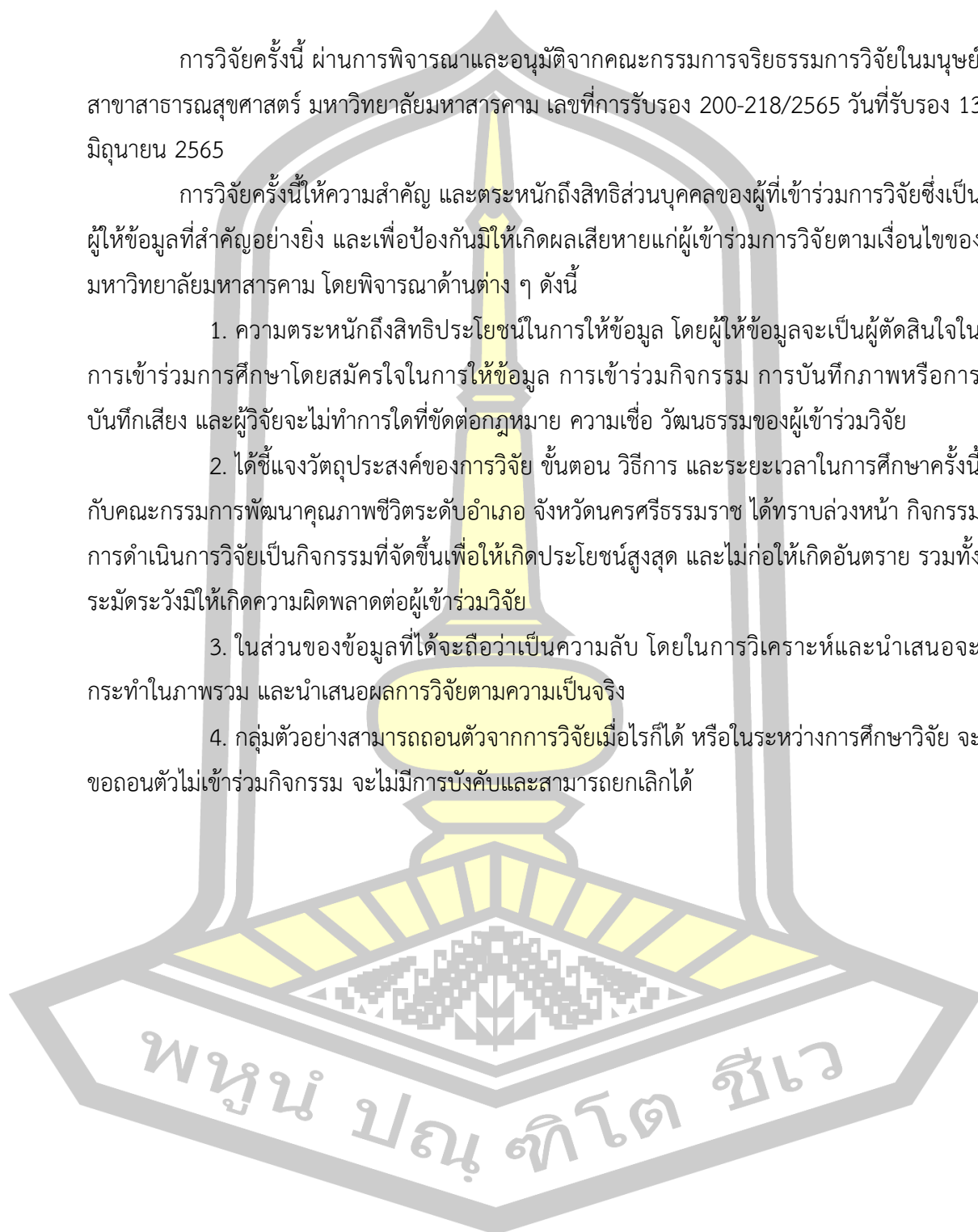
- 1) ประชุมเพื่อสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (เครื่องมือชุดที่ 5)
- 2) การคืนข้อมูลการเกิดโรคระบาดในชุมชนหลังการวิจัยพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- 3) สะท้อนผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน เพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- 4) ข้อมูลที่ได้รับการสะท้อนกลับเป็นกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือ ประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นวิธีการพัฒนารูปแบบดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานรูปแบบใหม่

3.3 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 200-218/2565 วันที่รับรอง 13 มิถุนายน 2565

การวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญ และตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญอย่างยิ่ง และเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเงื่อนไขของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยพิจารณาในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจในการให้ข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรม การบันทึกภาพหรือการบันทึกเสียง และผู้วิจัยจะไม่ทำการใดที่ขัดต่อกฎหมาย ความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้เข้าร่วมวิจัย
2. ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการ และระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้ กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ทราบล่วงหน้า กิจกรรมการดำเนินการวิจัยเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และไม่ก่อให้เกิดอันตราย รวมทั้งระมัดระวังมิให้เกิดความผิดพลาดต่อผู้เข้าร่วมวิจัย
3. ในส่วนของข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ โดยในการวิเคราะห์และนำเสนอจะกระทำในภาพรวม และนำเสนอผลการวิจัยตามความเป็นจริง
4. กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ หรือในระหว่างการศึกษาวิจัย จะขอถอนตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรม จะไม่มีการบังคับและสามารถยกเลิกได้



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในครั้งนี้เป็นศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบคำถามวิจัยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เป็นไปตามขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย โดยแบ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล ออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1. เพื่อศึกษาสภาพบริบทพื้นที่ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบการเชิงยืนยันในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระยะที่ 2 ระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

โดยนำแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช และเพื่อให้มีรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัย ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผล และร่วมสะท้อนผล กลุ่มเป้าหมายเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช การวิจัยนี้มีด้วยกัน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกตการณ์ (Observe) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) ข้อมูลแต่ละขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1.1 การศึกษาสภาพบริบทพื้นที่ และวิเคราะห์องค์ประกอบการเชิงยืนยันในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งได้ผลดังนี้

- 1) ข้อมูลบริบทพื้นที่เกี่ยวกับการดำเนินงานและควบคุมโรคในชุมชนของจังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์การระบาดของโรคระบาดในปัจจุบัน จังหวัด นครศรีธรรมราช พบการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งหมด 3 ระลอก โดยระลอกแรกช่วง 1 มกราคม - 15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 พบผู้ติดเชื้อยืนยัน จำนวน 12 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.77 ต่อประชากร แสนคน เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 8.33 ระลอกที่ 2 ระหว่าง 16 ธันวาคม พ.ศ. 2563 - 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อ จำนวน 4 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.26 ต่อประชากร แสนคน ไม่มีผู้เสียชีวิต ระลอกที่ 3 ช่วง 1 เมษายน - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อด้วยการ ตรวจ RT-PCR 49,562 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3,196.06 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 337 ราย คิด เป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 7.13 และผู้ติดเชื้อยืนยันด้วยการตรวจด้วยวิธี Antigen Test Kit (ATK) 4,650 ราย สำหรับการระบาดระลอกโอไมครอน ตั้งแต่ 1 มกราคม - 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 พบผู้ ติดเชื้อยืนยัน 79,061 ราย ยืนยันด้วย ATK 55,848 ราย เสียชีวิตสะสม 245 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อมี แนวโน้มสูงมาตั้งแต่กลางเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 เฉลี่ยต่อวัน 245 ราย จนมีมาตรการการผ่อน คลายการเดินทางในช่วงต้นเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 เทศกาลตรุษจีนมีการแพร่กระจายเชื้อมี แนวโน้มสูงขึ้นอีกครั้ง จำนวนผู้ติดเชื้อเฉลี่ยต่อวัน 920 ราย ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 และเดือน มีนาคมค่าเฉลี่ยต่อวันสูงเป็น 2 เท่าของเดือนกุมภาพันธ์ คือ 2,155 รายต่อวัน และมีแนวโน้มลดลง จนถึงเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ติดเชื้อสูงขึ้นเล็กน้อยในรอบ 14 วันหลังเทศกาล จากนั้นจำนวนผู้ติดเชื้อลดลง เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน จำนวนผู้ติดเชื้อน้อยลง มีแนวโน้มสูงอีก ครั้งในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา เป็นทิศทางเดียวกันกับการระบาดอีกระลอกทั่วประเทศ การแพร่กระจายเชื้อเป็นกลุ่มก้อนที่สำคัญยังคงเป็นการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนและนามาสู่คนใน ครอบครัวหรือผู้ร่วมงาน และกลุ่มนักเรียนหลังเปิดเรียนมากขึ้น

สำหรับสถานการณ์โรคติดต่ออื่น ๆ ที่สำคัญ โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรค อูจจาระร่วง พบผู้ป่วย จำนวน 11,788 คน คิดเป็นอัตราป่วย 762.90 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ โรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 5,192 คน คิดเป็นอัตราป่วย 366.02 ต่อแสนประชากร และโรคตาแดง จำนวน 2,934 คน คิดเป็นอัตราป่วย 189.88 ต่อแสนประชากร ทั้งนี้ ยังพบโรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก โรคอาหารเป็นพิษ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคสุกใส และโรคเลปโตสไปโรซิสอีกด้วย และจากการระบาดของโรคติดต่อดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเลปโตสไปโรซิส พบผู้ป่วยตาย จำนวน 5 คน คิดเป็นอัตราป่วยตาย 2.04 อำเภอที่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ อำเภอพรหมคีรี นบพิตำ บางขัน พิปูน และท่าศาลา

2) การเกิดโรคระบาดที่ผ่านมา และการจัดการโรคระบาด

ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทราบเกี่ยวกับ โรคระบาดในชุมชน ซึ่งโรคระบาดที่พบส่วนใหญ่จะเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น โรคไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซิส และโรคมือเท้าปาก ซึ่งที่ผ่านมามีพื้นที่เป้าหมายยังไม่พบการระบาดของโรค

ที่รุนแรง ยกเว้น การระบาดของโรคโควิด-19 ที่เริ่มมีการระบาดในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นโรคที่มีการระบาดทั่วโลก ทั้งนี้ ยังมีคณะกรรมการบางคนยังเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคระบาด เช่น เข้าใจว่าโรคหัดเป็นโรคระบาดชนิดหนึ่ง ดังข้อความ เช่น

“ที่ผ่านมาก็มีโรคไข้เลือดออกนะครับ แต่พอมาปี 64 65 ก็มีโรคโควิด-19 ที่ระบาด ก็เป็นแบบนี้หลาย ๆ อำเภอ โรคไข้เลือดออกก็จะมีกี่ราย เหลือแค่ 1 ราย ปี 64 อำเภอเราก็พบโรคเลปโตสไปโรซิส 1 ราย ครับ” (คณะกรรมการ 1A)

“ก็น่าจะเป็นโรคหัดครับ แต่ไม่รู้หัดอะไรหรือจะเป็นหัดใหญ่ก็ไม่แน่ และอีกโรคก็น่าจะเป็นโรคไข้เลือดออก” (คณะกรรมการ 1B)

“ก็มีโรคเอดส์นะครับ เป็นไวรัสที่แพร่หลาย โควิดก็เป็นมากครับ” (คณะกรรมการ 2B)

“เหมือนจะมีไข้หวัดนกะ แต่นึกไม่ออกว่าตอนไหน” (คณะกรรมการ 3B)

“ก็ 2 - 3 ปีนี้ ก็น่าจะมีโรคโควิด แต่ก่อนหน้านี้อำเภอเราก็จะเจอไข้เลือดออกนะ อย่างอื่นก็มีบ้างประปราย” (คณะกรรมการ 4B)

“พื้นที่บางส่วนเราเจอเลปโตคะ” (คณะกรรมการ 5B)

“ก่อนโควิดก็เป็นโรคไข้เลือดออกคะ มาเป็นอันดับ 1 เลย แต่ไข้เลือดออกเรามีกระบวนการควบคุมอยู่แล้ว มีโรคบึบเราดำเนินการเลย มีการประสานงาน ทีมงานเราก็ลงอย่างชัดเจนเลย รองลงมาคือมือเท้าปากที่จะระบาดในช่วงที่โรงเรียนเปิดเทอม อันดับที่ 3 ก็ฉี่หนู ที่ยังมีในพื้นที่ลุ่มน้ำ นี่ก็เป็น 3 อันดับหลัก ๆ ที่ยังระบาดอยู่คะ” (คณะกรรมการ 6B)

“มีไข้เลือดออกครับ และก็มีไข้กาฬหลังแอ่น 1 ราย แต่ไม่เสียชีวิต ของที่มีโรคแปลก ๆ มาครับ มีโรคเมลิออยโดซิสเกิดขึ้นด้วย และก็ตายด้วย โรคล่าสุดที่เจอก็โรคลิสมาเนียซิส ตอนนั้นไม่มีการจัดการไรเลยครับ ตอนนั้นมีอาจารย์จากจุฬาลงมาทำวิจัยพอดี เมื่อปี 63 แต่ตอนนั้นผมติดโควิดก็เลยบอกว่าค่อยลงมาก่อนครับ แต่มารู้ทีหลังจาก อสม. ว่าทีมงานวิจัยเค้ามาเก็บน้ำลายจากสัตว์ทุกชนิดในรอบรัศมี 200 เมตร ทีมวิจัยลงมา 2 ครั้ง พอดีทางหมู่บ้านก็ไม่ได้แจ้งผมด้วย” (คณะกรรมการ 1C)

“มีฉี่หนูคะ และก็มีมือเท้าปาก เราก็จัดการโรคตามคำแนะนำของอนามัยคะ” (คณะกรรมการ 2C)

“ของอำเภอเราครับ ก็มีโรคติดต่อทั่วไป เช่น โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู ซึ่งเป็นโรคประจำถิ่น ส่วนที่เป็นโรคระบาด ก็เช่น โรคคอตีบ รวด โรคตาแดง ซึ่งเราได้เฝ้าระวังกันอยู่และได้ดำเนินการผ่านงานประจำของพวกเขา” (คณะกรรมการ 1D)

“มีโรคไข้เลือดออกคะ และก็มีรชินกุนคunya เราโชคดีไม่เจอไข้หวัดนก โรคเมอร์ส หรือโรคซาร์คะ” (คณะกรรมการ 2E)

“2 ปีที่แล้วที่นี้พบไข้เลือดออกเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดนครศรีธรรมราช อสม.ทำงานกัน เราต้องส่งรายงานเดือนละครั้ง เราจะไขว้กันตรวจ เช่น อสม.หมู่ 9 ไปตรวจ หรือสุมภาชนะที่หมู่ 5 เราทำกันแบบนี้ค่ะ” (คณะกรรมการ 2E)

3) สถานการณ์การระบาดของโรคที่เกิดขึ้นในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เข้าใจและทราบสาเหตุของการเกิดโรคระบาด และมีการติดตามเฝ้าระวังโรคที่เกิดขึ้นในชุมชน เช่น ไข้เลือดออก สามารถป้องกันได้หากนอนกางมุ้งในช่วงเวลากลางวัน โรคโควิด-19 สาเหตุมาจากการไปรับเชื้อหรือสัมผัสเชื้อจากพื้นที่อื่น รวมทั้งการเดินทางมาจากบุคคลต่างถิ่น และทราบการระบาดของแต่ละช่วงเวลา ดังข้อความ เช่น

“อำเภอเราเป็นแหล่งท่องเที่ยวด้วย เป็นพื้นที่ของคนเดินทางด้วย คนข้างนอกมาที่เราตลอด ถ้าเราไม่มีความเข้มแข็ง เราก็จะ block ทุกจุดไม่ได้” (คณะกรรมการ 6A)

“จากสถิติที่สูงสุดใน 1 wk. เรามีคนไข้ทะลุถึง 1,000 คน ในช่วง กุมภาพันธ์มีนา พอมีนโยบายเข้าโรคประจำถิ่น ปร๊ับ CI HI ก็มีลดลง ที่เข้าสู่ระบบ ก็ 10 - 20 ราย คนที่ตรวจเองแล้วเจอบางคนก็หายากินเองคะ บางคนก็ไม่ตรวจก็ยังไม่” (คณะกรรมการ 8B)

“พบเรื่อย ๆ ครับ ประปราย ทีละคนสองคน หรืออาจจะเป็นเพราะเค้าไม่ตรวจกันแล้ว” (คณะกรรมการ 1C)

“ที่นี้ไข้เลือดออกระบาดหนักครับ เพราะว่าบ้านเรามีสวนยางเยอะแยะ อยู่ติดเขา คนอำเภอเราไปกรีดยางที่อำเภอติดกัน บางทีไปรับเชื้อมาแพร่ในชุมชน ทำให้เพิ่มมากขึ้น คนในอำเภอเราทำงานกลางคืน กลับมานอนกลางวัน ไม่นิยมนอนกางมุ้ง ทำให้โรคติดต่อได้ง่าย เหมือนกับโควิดที่เราพบรายแรกกว่ามาจากที่อื่นครับ” (คณะกรรมการ 3E)

“คนไข้แรก ๆ ก็นำมาจากข้างนอกคะ ระบาดในช่วง เมย. มากคะ ก็เป็นกันทุกที่ แต่ของเราพบคนไข้หลัง ๆ แล้ว ดีหน่อยที่พวกเราได้รับวัคซีนกัน” (คณะกรรมการ 2E)

4) บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้ดำเนินงานตามบทบาทและส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการขับเคลื่อนโดยนำประเด็นปัญหาที่เป็นปัญหาในพื้นที่ และปัญหาที่กำลังเผชิญในปัจจุบัน ในการดำเนินงานมีการบูรณาการร่วมกัน วิเคราะห์ร่วมกัน จากหลายภาคส่วน ดังข้อความ เช่น

“อำเภอเรามีประเด็นที่ พขอ. หยิบยกปัญหามารับ 5 ประเด็นหลัก ก็จะประกอบด้วย การขับเคลื่อนผู้สูงอายุ ประเด็นที่สองก็จะเป็นการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน ความดัน สำหรับโรคโควิดเป็นประเด็นที่บังคับให้ พขอ. ทำกันอยู่แล้ว” (คณะกรรมการ 1A)

“ในการทำงานของสาสุข โรงพยาบาล และ อสม. เราทำงานได้ดีครับ เข้มแข็ง ทำให้การระบาดของโรคลดลงได้ เค้าจัดการได้ดีครับทั้งงบประมาณ ค่าใช้จ่าย ก็จะเห็นว่าอำเภอเราทำได้ดี เราภาคท้องถิ่นแค่เติมในส่วนที่ขาดครับ โดยเฉพาะกองทุนหลักประกันสุขภาพเราต้องนำมาใช้ด้วย และใช้ได้ดีมากด้วยในสถานการณ์แบบนี้” (คณะกรรมการ 7B)

“การทำงานของเรานะ เรายึดหลักการนำร่วม บูรณาการร่วม และความร่วมมือครับ ปี 61 เราแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ใหม่ ๆ ได้มีการวิเคราะห์ทั้งกันขับเคลื่อน เรื่องแรกก็ผู้สูงอายุ โดยใช้ชมรมเป็นตัวขับเคลื่อน พอปี 63 ถึง 64 โรคโควิดเป็นประเด็นที่เราถูกบังคับให้เล่นครับ” (คณะกรรมการ 9B)

“เราได้ดำเนินงานขับเคลื่อนการเฝ้าระวังควบคุมโรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่องจนเรามาเจอการระบาดของโรคโควิด-19 เราก็ได้นำประเด็นโรคโควิด-19 มาสู่กระบวนการของ พชอ. โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของเครือข่าย คณะกรรมการท้องถิ่นซึ่งเป็นองค์กรค่อนข้างที่จะมีงบประมาณ เช่นงบกองทุนสุขภาพ เราได้ดำเนินการภายใต้การนำของนายอำเภอ” (คณะกรรมการ 1D)

“ทุกงานเนอะ ถ้าจะให้เกิดความสำเร็จเราต้องให้ทุกภาคส่วนรับรู้ข้อมูล มาร่วมวางแผนกัน ในส่วนที่เราดำเนินการนะคะ เรานำข้อมูลมา และเชิญทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำนายอำเภอท่านจะเป็นหัวเรือหลัก ผู้เกี่ยวข้องรวบรวมข้อมูล สาสุขเก็บรวบรวมผู้ป่วย ปกครองจัดทำคำสั่งแล้วมาทำกติการ่วมกันคะ” (คณะกรรมการ 3D)

“จุดที่ได้ผล ก็เป็นการตรวจสอบครับ เราไม่ได้ทำแล้วจบ จะมีการ re-check กันตลอด ช่วยกันทำ ช่วยกันดู เรามีระบบพี่เลี้ยง ระดับอำเภอคอยช่วยเหลือ เราไม่สั่งงานลงไปแล้วรอรับรายงานเป็นอย่างเดียว หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องคอยช่วยเหลือ” (คณะกรรมการ 2E)

5) ขั้นตอน แนวทาง และวิธีการตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (UCCARE) รายละเอียด ดังนี้

(5.1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)

ผลการศึกษาพบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการแต่งตั้งปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นปัจจุบัน โดยมีนายอำเภอเป็นผู้แต่งตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ทั้งนี้ คณะกรรมการจะมีการประชุม ทบทวนคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น/อำเภอ ดังข้อความเช่น

“ทุกภาคส่วนจะมีหน้าที่ของ พชอ. โดยนายอำเภอจะเป็นผู้สั่งการ จุดเด่นในการควบคุมโรคโควิดของเรา คนของเราทุกคนสามารถตรวจหาเชื้อโควิดได้ทุกวิชาชีพ นี่เป็นการขับเคลื่อนอีกทางครับ” (คณะกรรมการ 1A)

“ในส่วนของ พชอ. เรามีคณะกรรมการทั้งหมด 21 คน แต่งตั้งโดยนายอำเภอ”
(คณะกรรมการ 3E)

(5.2) การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Customer Focus)

ผลการศึกษาพบว่า มีการจัดกระบวนการและบริการที่จำเป็น โดยมีการประชาสัมพันธ์หลายช่องทาง ตั้งแต่การเชิญคณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้องมาประชุมเพื่อรับทราบนโยบาย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอก็ได้นำนโยบายและประเด็นต่าง ๆ ประชาสัมพันธ์ต่อในพื้นที่ เช่น การประชาสัมพันธ์ทางสื่อวิทยุ การประชุม อสม. การประชุมชมรมผู้สูงอายุ การประชุมหัวหน้าส่วน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น ดังข้อความ เช่น

“เราช่วยกันรณรงค์ให้ประชาชนฉีดวัคซีนโควิด ตรงนี้เป็นความจำเป็นมากค่ะที่ต้องช่วยกัน”
(คณะกรรมการ 4A)

“เราไม่มีงบประมาณสนับสนุนครับ แต่เรามีดีเจ 15 คน ที่จะนำเสนอข้อมูลข่าวสารให้ทุกคนรับทราบ เราเผยแพร่ในทุก ๆ วัน เพื่อให้ทุกคนเข้าใจ เราเอาข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงนำเสนอเราค่อนข้างที่จะกรองข่าวครับ เรานำเสนอข่าวไป 100 คน ฟังสัก 1 คน ข่าวก็ได้ นำออกสู่คนอื่นต่อครับ” (คณะกรรมการ 2B)

“การทำงานของ ศบค. จะเปลี่ยนแปลงรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไปในแต่ละช่วง ตอนแรกก็เป็น รพ.สนาม แล้วก็มาเป็น CI แล้วเปลี่ยนมาเป็น HI เราก็มีการคุยกันในทีมงานเรา พชอ. เราว่าระบบที่มีการเปลี่ยนแปลง เราจะดำเนินการอย่างไร สิ่งหนึ่งที่เราได้จากโควิด คือ ความเข้มแข็งของพวกเรา ถ้าเราไม่มีความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ป่านนี้อำเภอเราน่าจะมียอดทะลุไปแล้ว” (คณะกรรมการ 6A)

“เราจัดโครงการ เราจะเชิญวิทยากรมาพูดเรื่องแบบนี้ด้วย เราเน้นการให้ความรู้ กับการปฏิบัติตาม เราต้องปฏิบัติให้อย่างดีเลยคะ” (คณะกรรมการ 7A)

“เราได้้นำเรื่องไปประชุมไปบอกกล่าวคนงานในบริษัทครับ เช่น เรื่องฉีดวัคซีน ถ้าพนักงานคนใดไม่ฉีดวัคซีนเราจะให้พักงานก่อนครับ” (คณะกรรมการ 9A)

“การฉีดวัคซีนของเรามีปัญหาค่ะ เพราะมีข่าวว่าฉีดแล้วตาย คนเลยไม่มาฉีดกัน เราเลยต้องมีการประชุมทีม เราให้ความรู้ที่ถูกต้อง คือ วัคซีนฉีดแล้วไม่ใช่ไม่ให้เกิด แต่ฉีดแล้วลดความรุนแรงไม่ให้เข้า ICU คนก็เลยมาฉีดมากขึ้น” (คณะกรรมการ 6B)

“เราต้องเน้นให้ความรู้ในชุมชนต่าง ๆ หน่วยงานไหนที่เกี่ยวข้องก็ไปให้ความรู้ ต่างคนต่างช่วยกัน อาจจะใช้ตัวช่วย เช่น อสม. เราเป็นคณะกรรมการ หลังจากที่เราประชุมเราก็ต้องไปถ่ายทอดให้หน่วยงานเราทราบ” (คณะกรรมการ 3C)

“เราดำเนินการตามบทบาทที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการไปแล้วมีอุปสรรคอะไร เราจะต้องมีช่องทางสื่อสารกันคะ เราได้นำเสนอสถานการณ์ของโรคทุกวันคะ เราคืนข้อมูลในที่ประชุมของหัวหน้าส่วน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ทุกเดือนคะ” (คณะกรรมการ 1D)

“เราพูดคุยเรื่องผลที่ได้มากจากการประชุม เรานำไปประชุม อสม.ต่อคะ” (คณะกรรมการ 3C)

“สำหรับแนวทางการควบคุมโรคอย่างที่คุณท่านทราบกัน เรามีการประชาสัมพันธ์วิธีป้องกันวิธีการรักษาที่มาจากส่วนกลาง พอมาถึงพื้นที่เรา เราเอามาแปลงลงในภาคปฏิบัติ” (คณะกรรมการ 4E)

(5.3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน (Community Participation)

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงาน ร่วมกันติดตาม ทบทวนกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การระบาดของโรค ในการประชุมจะมีนายอำเภอซึ่งเป็นประธานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทั้งนี้ ทุกภาคส่วนจะมีส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีบทบาทเป็นเจ้าภาพหลักในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับองค์การตั้งข้อความเช่น

“ในการจัดการเราได้อำเภอ. ในการขับเคลื่อน เรามีการทำงานด้วยกันทั้งภาพของนายอำเภอ ผอ.โรงพยาบาล และก็มีสาสุข ที่สำคัญเรามีความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อสม. และก็มีทุกภาคส่วน” (คณะกรรมการ 2A)

“เหมือนที่ท่านพูดครับ เราได้มีความร่วมมือกันทุกภาคส่วนจริง ๆ ถึงแม้ว่างานหรือระบบงานจะเปลี่ยนไปบ่อยขนาดไหน ท่านนายอำเภอจะนัดคุยทั้ง formal และ in formal เพื่อให้เกิดระบบไหลงานที่มากขึ้น แล้วเวลาเรียกคุยไม่ใช่สาสุขนะ คุยทั้งหมดที่มีส่วนเกี่ยวข้องครับ” (คณะกรรมการ 3A)

“ณ วันนั้น เราต้องยอมรับนะว่าหลายแห่งไม่สามารถเปิดโรงพยาบาลสนามได้ แต่ของเราเราเปิดได้เพราะทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมและสนับสนุนด้วยครับ ผมว่าที่เปิดได้ด้วยความช่วยเหลือของนายอำเภอ และความแข็งแกร่งของทุกภาคส่วนด้วยนะ ที่โชคคืออย่างหนึ่ง เราช่วยกันคิดและทำตั้งแต่วันแรก ร่วมกันวางแผน ทุกคนช่วยกันไม่ทิ้งให้เป็นภาระของโรงพยาบาล หรือสาสุข” (คณะกรรมการ 3A)

(5.4) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation)

ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีแนวทางและวิธีการที่ชัดเจนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานที่สำเร็จ คณะกรรมการยังคอยให้กำลังใจ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เพื่อลดภาระแก่ประชาชน มีการมอบเกียรติให้กับชุมชน หรือ อสม. ที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยจะชื่นชมในเวลาต่าง ๆ เช่น วันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วันประชุมประจำเดือนของหัวหน้าส่วนราชการ กำนัน

ผู้ใหญ่บ้าน สำหรับข้าราชการมีการกำหนดตัวชี้วัดในการพิจารณาผลการปฏิบัติงานราชการอีกด้วย
ตั้งข้อความ เช่น

“เรามีแม่ทัพคือ นายอำเภอที่เข้มแข็ง และประชาชนทุกคนที่เห็นความสำคัญของการ
ควบคุมโรคนี้” (คณะกรรมการ 3A)

“ศักยภาพที่ดีแบบนี้จะสามารถควบคุมโรคได้ แต่ทั้งนี้ก็ต้องมีความร่วมมือกับชุมชนด้วยนะ
ชุมชนต้องมั่นใจในศักยภาพของตนเอง” (คณะกรรมการ 3A)

“ผอ.เขต ชื่นชมการฉีดวัคซีนของอำเภอเรามากครับ เรามีการวางแผนการดำเนินงาน
ภายในทีม พขอ. โดยนายอำเภอ ผมงล้าพูดได้เลยครับว่านักเรียนเราได้ฉีดวัคซีนครบทุกคน เราได้รับ
การชื่นชมจาก ผอ.เขต เป็นอย่างมากครับ” (คณะกรรมการ 8A)

“เราเป็นอำเภอใหญ่ มีประชากรมาก และหลากหลาย มีประชาชนเดินทางผ่านมากมาย
มีสถานศึกษาหลายแห่ง การเป็นอำเภอที่มีความหลากหลายก็จะเป็นศูนย์รวมแหล่งโรคต่าง ๆ
ทุกอย่างที่เกิดขึ้นเราได้มีระบบจัดการที่ดี และผ่านวิกฤติตรงนั้นได้” (คณะกรรมการ 8A)

“เราทำงานถึงลูกถึงคนอยู่แล้วคะ เราเป็นทุกอย่างของลูกบ้าน รวมถึงกำลังใจ ให้ความ
สนใจ ให้ความสำคัญทุกปัญหาคะ” (คณะกรรมการ 2D)

“ผู้นำเราดีก่อนครับ เราต้องเป็นผู้นำในการฉีดเพื่อให้ทุกคนปฏิบัติตาม” (คณะกรรมการ
4E)

“เราใช้วิธีจูงใจหลาย ๆ อย่าง ช่วงหลังผมก็ใช้นโยบายให้พื้นที่ที่คิดกลยุทธ์ของตัวเองนะครับ
ผมได้ให้นโยบายไป 2 วิธี คือ กำหนดเป็นตัวชี้วัด ใครทำดีก็ได้รางวัลไปเพราะเรามีผลการปฏิบัติงาน
ราชการทุก 6 เดือน ส่วนคนที่ทำไม่เข้าเป้า เราก็ไม่ได้หักอะไรนะครับ อีกวิธี ผมใช้วิธีการให้รางวัลกับ
หมู่บ้านที่ได้ดีครับ อันนี้ดีออกมาเป็นรายหมู่บ้านนะครับ เรามีเกียรติบัตรเพื่อชมเชยให้กับคณะทำงาน
ในหมู่บ้านครับ อันนี้เป็นแรงกระตุ้นให้กับหมู่บ้านที่ทำงานได้ดีครับ” (คณะกรรมการ 3E)

“เอาจริง ๆ นะคะ ในระดับอำเภอเรามีส่วนร่วมน้อย แต่เราจะเน้นในสถานประกอบการนะ
คะ เรามองว่าในพื้นที่เค้าทำกันเยอะละ เราจะดูและระดับสถานประกอบการซึ่งจะส่งผลกระทบต่อครัว
ด้วย วัคซีนเราหาซื้อให้เอง เราไม่รอ รพ. เข็ม 1 เข็ม 2 เราฉีดให้หมด เข็ม 3 เราไม่บังคับ เรามี
หน้ากากแจกให้เป็นสวัสดิการ ชุดตรวจเราสนับสนุนคะ บางคนไปงาน เราบรรู้ว่าเสี่ยงคะ เราตรวจให้
7 วันต่อเนื่อง เราตรวจให้คนที่บ้านด้วย ถ้าติดโรค เราให้หยุดเลยคะ เรายังจ่ายค่าแรง แม้กระทั่ง
กลุ่มเสี่ยงคะ เราทำเพื่อป้องกันการติดเชื้อ” (คณะกรรมการ 3E)

“กำลังใจสำคัญครับ เราต้องให้คนที่ทำงาน คนที่ช่วยเรา คนที่ทุ่มเทครับ งานที่สำเร็จได้เรา
ต้องใช้กลไกระดับพื้นที่ครับ อย่างน้อยต้องชื่นชมครับ” (คณะกรรมการ 4E)

(5.5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development)

ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จะได้รับการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ มาจากหลายภาคส่วน เพื่อใช้ในกิจกรรมของแผนระยะยาวการระบาดของโรค ทั้งที่เป็นเงิน สถานที่ และสิ่งของต่าง ๆ เช่น โรงเรียน วัด เทศบาล จะสนับสนุนเกี่ยวกับอาคารสถานที่ในกิจกรรมการฉีดวัคซีน การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคสนับสนุนการผลิตไฟฟ้าในสถานที่ฉีดวัคซีน หน่วยงานของรัฐสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม และเปิดเป็นวาระพิเศษในการพิจารณางบประมาณในหมวดต่าง ๆ เพื่อให้การดำเนินงานคล่องตัวยิ่งขึ้น สำหรับประชาชนสนับสนุนเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรม และยังสนับสนุนวัสดุ เช่น แมส เจลแอลกอฮอล์ เพื่อให้ประชาชนใช้ในการป้องกันตนเองในสถานการณ์ที่ขาดแคลนวัสดุเหล่านี้ ดังข้อความ เช่น

“จุดเด่นอีกเรื่องของเรา เรามีระบบข้อมูล one data based ตั้งแต่การคีย์ข้อมูลเข้ามาจาก รพ.สต. รัฐบาลได้ที่ รพ.สต. เราน่าจะเป็นที่แรก ๆ ที่ทำแบบนี้ คือทุกอย่างเบ็ดเสร็จที่ รพ.สต. มันทำให้เราควบคุมการระบาดของโรคได้เร็วขึ้น” (คณะกรรมการ 3A)

“ตั้งแต่มีโรระบาดนะ เราก็ได้ support ในส่วนของ mask เจล ให้กับทุกครัวเรือน เราสนับสนุนค่าอาหารให้กับศูนย์ แต่ช่วงหลังเราเบิกไม่ได้ เราก็ได้รับการช่วยเหลือจากคนในชุมชนนี้แหละ” (คณะกรรมการ 4A)

“ดิฉันช่วยเหลือทุกด้านคะ ดิฉันได้รับงบประมาณไปซื้อผ้ามาทำ mask แล้วไปหาช่างที่มีฝีมือในหมู่บ้านมาตัด mask คะ แจกจ่ายไปทั่วอำเภอคะ” (คณะกรรมการ 10A)

“เรามีทีมน้อง ๆ ช่วยกันคะ แรก ๆ หน้ากากอนามัยหาไม่ได้เลย เราก็ช่วยกันเย็บและแจกให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในบรรดาร้านขายยาเราก็ลงทันกันคะ แจกเจลแจกแมส” (คณะกรรมการ 4B)

“ในฐานะที่เราเป็นประชาชนนะ เรามีส่วนช่วยในเรื่องการทำความเข้าใจนะ อย่างที่สองช่วยในการเติมเต็มอะไรทำได้ก็ทำ เช่น แมสเนี่ย” (คณะกรรมการ 10B)

“เราได้ประชุมและปรับรูปแบบอย่างเข้มข้น ท้องถิ่น สถานประกอบการให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เรามีงบประมาณจากท้องถิ่น ท้องถิ่นไม่อึดอัด การไฟฟ้าสนับสนุนไฟฟ้า เราจึงไม่มีปัญหาเรื่องวัคซีน หรือ data โรงเรียน เทศบาล สนับสนุนสถานที่ ประชาชนช่วยบริจาคเงิน” (คณะกรรมการ 1D)

“ด้านทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นบุคลากร เงิน วัสดุพื้นฐาน เราแชร์กัน หากขาดเราจะเติมเต็มให้ซึ่งกันและกัน ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบจะหามาให้ นี่คือภาพการทำงานของเราครับ” (คณะกรรมการ 4E)

(5.6) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care)

ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร่วมกับภาคีเครือข่ายและประชาชนในการจัดระบบการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดี และเพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน ผู้นำในอำเภอจะต้องเป็นบุคคลแรกที่สนับสนุนให้ประชาชนเห็นถึงความสำคัญ เช่น การฉีดวัคซีน ซึ่งประชาชนยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเมื่อมีข้อมูลข่าวสารนำเสนอในประเด็นที่เป็นอันตรายหลังการฉีดวัคซีน ดังข้อความ เช่น

“เราติดอาวุธให้กับผู้นำทุกครั้งก่อนออกรบ โดยเฉพาะกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เราต้องฉีดวัคซีนให้ก่อน นายอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้านต้องฉีดเป็นกลุ่มแรก ทั้งเข็ม 1 2 หรือ 3 4 ก็ตาม เราใช้เวทีกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. เราให้สาธุช้ออำเภอตาม ผมว่าสำคัญนะถ้าผู้นำทำก่อน” (คณะกรรมการ 3A)

“การฉีดวัคซีน ผู้นำของชุมชนจะถูกกระตุ้นให้ฉีดก่อนครับ” (คณะกรรมการ 2B)

“เราจะช่วยคัดกรอง และตรวจ ATK เมื่อพบก็ส่ง รพ.สนาม เราก็ยังมีงบประมาณกองทุนจาก สปสช. เราจะอนุมัติงบต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานเรื่องโควิด ให้เขียนโครงการขึ้นมา เราก็สามารถอนุมัติงบได้โดยเปิดเป็นวาระพิเศษครับ” (คณะกรรมการ 2D)

6) ความคิดเห็นต่อการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานป้องกันโรคระบาดในชุมชน เพื่อให้เกิดความสำเร็จนายอำเภอควรจะต้องเป็นประธานในการประชุม หน่วยงานที่รับผิดชอบในประเด็นต่าง ๆ จะต้องถ่ายทอดให้ถึงระดับพื้นที่ และจะต้องทำเป็นระบบ มีกลไกที่ชัดเจน พยายามให้แต่ละหน่วยงานแสดงความสามารถหรือศักยภาพของแต่ละหน่วยงาน และจะต้องมีการประชุมเพื่อติดตามงาน โดยอาจจะเป็นรายวัน รายสัปดาห์ หรือรายเดือน แล้วแต่สถานการณ์ ณ ขณะนั้น ดังข้อความ เช่น

“อำเภอเราไม่มีการป้องกันโรคระบาดในระบบสาธุช สิ่งที่เราทำเราทำแบบกลาย ๆ กลไกเหล่านี้ควรต้องทำเป็นระบบ เราไม่ใช่รอการสั่งการอย่างเดียว แต่เราต้องทำกันอย่างจริงจังในพื้นที่ เราต้องสร้างภูมิคุ้มกัน ซึ่งควรต้องสร้าง และควรเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มากกว่า ที่ผ่านมาใช้เลือดออกรุนแรง แต่ไม่เกิน 1 เดือน เราเอาอยู่ แต่โควิดพอไม่มีกลไกมันก็ระบาดหนัก” (คณะกรรมการ 2B)

“ในฐานะที่ผมมานั่งตรงนี้ มาเป็นกรรมการ มันเป็นสายใยที่ต้องร่วมด้วยช่วยกัน ตัวเราก็ต้องปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด เน้นการถ่ายทอดให้ชุมชนรับทราบครับ” (คณะกรรมการ 4C)

“การบูรณาการร่วมกันครับ นายต้องมานั่งหัวโต๊ะถึงจะประสบความสำเร็จ หากจุดลงตัวร่วมกัน บางคนเค้ามองว่าเป็นงานสาธุช พยายามให้แต่ละหน่วยงานแสดงความสามารถของตนเอง คำสั่งบางอย่างต้องมาจากนายอำเภอ เรื่องของเงินก็ต้องมาจากท้องถิ่น ต้องทำงานเป็นทีมเดียวกัน” (คณะกรรมการ 6C)

“ผู้นำต้องให้ความสำคัญ และติดตามงานด้วยครับ ถ้าเกิดคนใหญ่คนโตลงมือลงแรงทำด้วยก็จะสำเร็จ สำคัญมากครับคนที่สั่งการได้” (คณะกรรมการ 2C)

“จุดเด่นของเรา เรามีหน่วยงานรับผิดชอบทุกระดับ ถึงระดับหมู่บ้านซะทีเดียว เราจะทำเพียงหน่วยเดียวไม่ได้ เราจะต้องมีหน่วยสนับสนุน เช่น ฝ่ายท้องถิ่น โดยเฉพาะกำนัน หรือคณะกรรมการหมู่บ้าน” (คณะกรรมการ 4E)

“การดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จและเป็นรูปธรรม เราต้องมอบงานให้ตรง และรู้ว่าหน่วยงานมีหน่วยงานไหนบ้าง แต่ละหน่วยก็ต้องรู้ว่ารับผิดชอบอะไรบ้าง มีหน่วยไหนบ้างที่ต้องมาสนับสนุน เช่น กำลิ่งเจ้าหน้าที่ การติดตามงานต้องมีการประชุม จะเป็นรายวัย รายสัปดาห์ หรือรายเดือนก็แล้วแต่ภารกิจ ทุกคนต้องร่วมกันทราบปัญหา ให้ที่ประชุมช่วยแก้ปัญหา” (คณะกรรมการ 4E)

“ในส่วนของ พชอ. เรามีคณะกรรมการทั้งหมด 21 คน ในการประชุมอาจจะมีข้อจำกัด เราจะบูรณาการร่วมกับการประชุมของหัวหน้าส่วน เข้าร่วมประชุมด้วยเพื่อรับทราบข้อมูลและนโยบายไปพร้อม ๆ กัน อันนี้เป็นจุดเด่นนะผมว่า ที่นายอำเภอมีตำรับแบบนี้ ท่านยังได้เชิญกลุ่มท่องเที่ยว กลุ่มแม่บ้าน ประธาน อสม. และมีภาคประชาชนเข้ามารับรู้ รับทราบการดำเนินงานภายใต้การประชุมของหัวหน้าส่วนราชการ ในการประชุมแบบนี้เราได้มุมมอง ข้อคิดจากบุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ส่วนราชการครับ” (คณะกรรมการ 3E)

7) ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและอุปสรรคเกิดจากความไม่เข้าใจในประเด็นที่มีนโยบายส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งมาจากการที่ข่าวที่นำเสนอที่เป็นอันตราย และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ทั้งที่เป็นข่าวจริง หรือข่าวลือ ดังข้อความ เช่น

“เราณรงค์ฉีดวัคซีน อำเภอเราเนียได้ที่ 1 ถามว่าพลุคหรือป่าว ถ้าดู ไม่พลุคนะ มันเกิดจากความร่วมมือ แต่เข็ม 3 มัน drop ไปนิดหนึ่ง อาจจะเป็นเพราะว่า เวลาที่เราไปคุยกับชาวบ้าน ชาวบ้านก็ตั้งคำถามว่า ฉีดแล้วยังติดจะติดไปทำไม นี่แหละคือปัญหาที่เราจะไปแก้ได้อย่างไร” (คณะกรรมการ 6A)

“ลูกบ้านมีความรู้มากขึ้นแล้วคะ รู้จักดูแลตัวเองมากขึ้นคะ แต่ตอนนี้บางที่เราไม่ทราบแล้วนะว่าใครเป็น ก็เป็นปัญหาอุปสรรคคะ” (คณะกรรมการ 5A)

“การฉีดวัคซีนของเรามีปัญหาคะ เพราะมีข่าวว่าฉีดแล้วตาย คนเลยไม่มาฉีดกัน” (คณะกรรมการ 6B)

“นักเรียนฉีดอยู่ในลำดับหลัง ๆ มีปัญหาครับ ผู้ปกครองกังวลและกลัวรวมถึงตัวนักเรียนด้วยแรก ๆ ได้เปอร์เซ็นต์น้อย หลังจากนั้นสาสุขเข้าไปทำความเข้าใจก็ฉีดได้เพิ่มมากขึ้น แต่ภาพรวมก็ยังไม่ครบร้อย” (คณะกรรมการ 11B)

“ผมอยากเสริมทัศนคติของประชาชนครับ เรื่องการฉีดวัคซีน บางที่ชาวบ้านอยากฉีดนะ แต่ค่ากลัว ๆ กลัว ๆ สาเหตุมาจากสื่อนะ ถ้าอยากให้เห็นได้ ควรมีข่าวที่ไม่รุนแรง รัฐบาลควรจำกัดสื่อเรื่องการออกข่าวด้วยนะ” (คณะกรรมการ 1C)

“ความเข้าใจคะ เป็นอุปสรรคที่สำคัญ เราเอานโยบายมาจากรัฐบาลแต่ประชาชนไม่ค่อยรับ”(คณะกรรมการ 2E)

“ข้อแรกเลยที่เป็นอุปสรรค ก็คือ ความเชื่อ เราสื่อสารครั้งเดียวไม่ได้ครับ เราต้องสื่อสารหลาย ๆ ครั้ง และไม่ใช่สื่อสารทางเดียว เราต้องรับฟังเค้าด้วย อีกอย่างครับ ทรัพยากรที่ได้มาที่นี้เราไม่ได้มาเป็นลำดับต้น ๆ” (คณะกรรมการ 3E)

1.2 ผลการศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 284 คน (ร้อยละ 59.79) มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี มากที่สุด จำนวน 195 คน (ร้อยละ 41.05) มีอายุเฉลี่ย 49.68 ปี ($SD= 10.55$) อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 377 คน (ร้อยละ 79.37) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 328 คน (ร้อยละ 69.05) มีอาชีพเป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 292 คน (ร้อยละ 61.47) เป็นตัวแทนจากภาครัฐ จำนวน 212 คน (ร้อยละ 44.63) และมีประสบการณ์ในการทำงานเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3 ปี มากที่สุด จำนวน 131 คน (ร้อยละ 27.51) มีประสบการณ์เฉลี่ย 3.37 ปี ($SD= 1.30$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 475)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	284	59.79
หญิง	191	40.21
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30	22	4.63
30 - 39	64	13.47
40 - 49	129	27.16
50 - 59	195	41.05

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช
(n = 475) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
60 ขึ้นไป (Mean= 49.68 ปี, SD= 10.55, Max.= 80, Min.= 23)	65	13.69
สถานภาพการสมรส		
โสด	60	12.63
คู่	377	79.37
หม้าย/หย่า/แยก	38	8.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	55	11.58
ปริญญาตรี	328	69.05
ตั้งแต่ปริญญาโทขึ้นไป	92	19.37
อาชีพหลัก		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	292	61.47
ธุรกิจส่วนตัว	78	16.42
เกษตรกรรม	60	12.63
รับจ้าง/ค้าขาย	29	6.11
นักการเมืองท้องถิ่น	5	1.05
ข้าราชการบ้านอายุ/ นักบวช	10 1	2.11 0.21
บทบาทในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)		
ประธานกรรมการ/กรรมการและเลขานุการ/ ผู้ช่วยเลขานุการ	69	14.53
ผู้แทนภาครัฐ	212	44.63
ผู้แทนภาคเอกชน	68	14.31
ผู้แทนภาคประชาชน	126	26.53
ประสบการณ์ในการทำงานเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ		
1 ปี	55	11.58

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
ของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช
(n = 475) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2 ปี	61	12.84
3 ปี	131	27.58
4 ปี	110	23.16
5 ปี	118	24.84

(Mean= 3.37 ปี, SD= 1.30, Max.= 1, Min.= 5)

**2) ระดับความคิดเห็นในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน
ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช**

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความคิดเห็นในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean= 4.38, SD= 0.45) โดยทุกด้านจะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ดังนี้ ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean= 4.49, SD= 0.47) รองลงมาคือ ด้านการทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Mean= 4.41, SD= 0.49) ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Mean= 4.32, SD= 0.55) ด้านการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Mean= 4.38, SD= 0.51) ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Mean= 4.27, SD= 0.53) และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Mean= 4.38, SD= 0.55) ดังตารางที่ 5 และสามารถจำแนกเป็นรายด้าน และรายข้อ รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ก (ตารางที่ 11 - 16)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นในการดำเนินงานป้องกันและ
ควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	Mean	SD	แปลผล
ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ	4.49	0.47	สูง
ด้านการทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น	4.41	0.49	สูง
ด้านการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง	4.38	0.51	สูง
ด้านการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น	4.38	0.55	สูง
ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน	4.32	0.55	สูง
ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร	4.27	0.53	สูง
ภาพรวม	4.38	0.45	สูง

3) ระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษา พบว่า การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean= 4.34, SD= 0.54) และพบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกันโดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ร่วมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ในฐานะที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (Mean= 4.39, SD= 0.68) รองลงมาคือ นำปัญหาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดของประชาชนมาวางแผนแก้ไขร่วมเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน และในฐานะที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ ฯ มีความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับแต่งตั้งและมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ (Mean= 4.38, SD= 0.62; 4.38, 0.65) รายละเอียดแสดงดังภาคผนวก ก (ตารางที่ 17)

4) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้วัดการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการวัดการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 6 ตัวแปร ดังนี้ 1) การทำงานร่วมกันเป็นทีม (Unity District Health Team) จำนวน 6 ข้อ มีความสัมพันธ์กันอยู่ระหว่าง 0.345 ถึง 0.624 2) การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Customer Focus) จำนวน 6 ข้อ มีความสัมพันธ์กันอยู่ระหว่าง 0.429 ถึง 0.610 3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน (Community Participation) จำนวน 5 ข้อมีความสัมพันธ์กันอยู่ระหว่าง 0.488 ถึง 0.694 4) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation) จำนวน 5 ข้อมีความสัมพันธ์กันอยู่ระหว่าง 0.529 ถึง 0.868 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) จำนวน 5 ข้อ มีความสัมพันธ์กันอยู่ระหว่าง 0.456 ถึง 0.640 และ 6) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) จำนวน 5 ข้อมีความสัมพันธ์กันอยู่ระหว่าง 0.643 ถึง 0.721

ทั้งนี้ ได้ค่า KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) เป็นค่าวัดความเหมาะสม (Adequacy) ของข้อมูลในการวิเคราะห์องค์ประกอบมีค่าเท่ากับ 0.872 และค่า Bartlett's Test of Sphericity เท่ากับ 2,838.489 ซึ่งสรุปได้ว่า ข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบหรือปัจจัย และได้นำปัจจัยไปทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้วัดการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ซึ่งทุกตัวแปรมีค่าความสัมพันธ์มากกว่า 0.03 (ค่าสมบูรณ์) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้วัดการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

ตัวแปร	Unity District Health Team						Customer Focus						Community Participation				
	Uni1	Uni2	Uni3	Uni4	Uni5	Uni6	Cus1	Cus2	Cus3	Cus4	Cus5	Cus6	Com1	Com2	Com3	Com4	Com5
Uni1	1.00																
Uni2	0.48**	1.00															
Uni3	0.36**	0.35**	1.00														
Uni4	0.45**	0.48**	0.53**	1.00													
Uni5	0.49**	0.50**	0.50**	0.62**	1.00												
Uni6	0.39**	0.39**	0.51**	0.41**	0.49**	1.00											
Cus1						1.00											
Cus2						0.54**	1.00										
Cus3						0.52**	0.43**	1.00									
Cus4						0.49**	0.48**	0.51**	1.00								
Cus5						0.48**	0.57**	0.49**	0.61**	1.00							
Cus6						0.53**	0.50**	0.50**	0.48**	0.58**	1.00						
Com1												1.00					
Com2												0.69**	1.00				
Com3												0.52**	0.58**	1.00			
Com4												0.51**	0.59**	0.55**	1.00		
Com5												0.49**	0.54**	0.60**	0.64**	1.00	

ตารางที่ 6 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้วัดการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน (ต่อ)

ตัวแปร	Appreciation					Resource Sharing and Human Development					Essential Care				
	App1	App2	App3	App4	App5	Res1	Res2	Res3	Res4	Res5	Ess1	Ess2	Ess3	Ess4	Ess5
App1	1.00														
App2	0.87**	1.00													
App3	0.61**	0.58**	1.00												
App4	0.58**	0.60**	0.55**	1.00											
App5	0.54**	0.53**	0.54**	0.63**	1.00										
Res1					1.00										
Res2					0.57**	1.00									
Res3					0.46**	0.55**	1.00								
Res4					0.49**	0.53**	0.64**	1.00							
Res5					0.52**	0.55**	0.61**	0.59**	1.00						
Ess1											1.00				
Ess2											0.72**	1.00			
Ess3											0.64**	0.70**	1.00		
Ess4											0.67**	0.69**	0.67**	1.00	
Ess5											0.67**	0.68**	0.64**	0.71**	1.00

** $p < 0.001$

4.1) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลองค์ประกอบของการวัดการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) ในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งมีตัวแปร 6 องค์ประกอบ คือ 1) การทำงานร่วมกันเป็นทีม (Unity District Health Team) จำนวน 6 ข้อ 2) การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Customer Focus) จำนวน 6 ข้อ 3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน (Community Participation) จำนวน 5 ข้อ 4) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation) จำนวน 5 ข้อ 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) จำนวน 5 ข้อ และ 6) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) จำนวน 5 ข้อ ซึ่งสามารถเขียนให้อยู่ในรูปโมเดลองค์ประกอบ รายละเอียดแสดงดังภาคผนวก ก

โมเดลองค์ประกอบของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่พัฒนาขึ้นความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เนื่องจากความกลมกลืนในภาพรวม (Overall Model Fit Measure) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงค่าสถิติประเมินความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนี	เกณฑ์	ค่าสถิติที่ได้จากการวิเคราะห์
ค่าไคสแควร์ (Chi-square: χ^2)	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	< 0.001
ค่าไคสแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square: χ^2/df)	มีค่าน้อยกว่า 2.00	< 0.001
ดัชนีวัดความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI)	≥ 0.90	0.845
ดัชนีวัดความกลมกลืนปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI)	≥ 0.90	0.822
ดัชนีความสอดคล้องเชิงสัมพัทธ์ (Normal Fit Index: NFI)	≥ 0.90	0.873
ดัชนีความกลมกลืนของข้อมูลเชิงประจักษ์กับโมเดลที่เกิดขึ้น (Incremental Fit Index: IFI)	≥ 0.90	0.920
ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI)	≥ 0.90	0.919

ตารางที่ 7 แสดงค่าสถิติประเมินความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ต่อ)

ดัชนี	เกณฑ์	ค่าสถิติที่ได้ จากการวิเคราะห์
ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือ ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Mean Square Residual: RMR)	< 0.05	0.016
ค่ารากกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA)	< 0.05	0.056

จากตารางที่ 7 พบว่า เมื่อนำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) พบว่า มีค่า CFI เท่ากับ 0.919 หรือ 91.9 % (ค่า CFI ควรอยู่ระหว่าง 90 – 95%) และเพื่อประเมินความกลมกลืนของผลลัพธ์ในส่วนประกอบที่สำคัญของโมเดล (Component Fit Measure) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลของโมเดลองค์ประกอบของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนตาม
มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

องค์ประกอบ	Factor Loading	น้ำหนักองค์ประกอบ	
		b(SE)	p-value
องค์ประกอบที่ 1: การทำงานร่วมกันใน ระดับอำเภอ (Unity District Health Team)	1. การมีคณะกรรมการดำเนินงานในชุมชน 2. การมีคณะกรรมการประกอบไปด้วยภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน 3. การประชุมเพื่อดำเนินงานอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี 4. การกำหนดและวางแผนเป้าหมายในชุมชนร่วมกัน 5. การใช้ข้อมูลการระบาดมาวางในชุมชน 6. การที่คณะกรรมการได้รับหน้าที่ตรงกับความชำนาญ และเหมาะสมกับตำแหน่งที่	1	-
		1.234	< 0.001
		1.619	< 0.001
		1.465	< 0.001
		1.610	< 0.001
		1.526	< 0.001

ตารางที่ 8 ผลของโมเดลองค์ประกอบของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (ต่อ)

องค์ประกอบ	Factor Loading	น้ำหนักองค์ประกอบ	
		b(SE)	p-value
องค์ประกอบที่ 2: การทำให้ประชาชน มีสุขภาพที่ดีขึ้น (Customer Focus)	1. การมีกระบวนการรับฟังและให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นในชุมชน 2. มีการประชาสัมพันธ์ให้รับรู้โรคระบาดผ่านการประชุมผู้ใหญ่ กำนัน และหัวหน้าส่วนราชการ 3. การได้นำความต้องการของประชาชนมาบูรณาการกับระบบงานต่าง ๆ 4. มีการดำเนินงานให้ประชาชนมั่นใจ ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วม 5. การมีช่องทางให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงรับทราบข้อมูล 6. การได้ปรับปรุงช่องทางข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	1 0.952 0.987 0.992 1.122 1.144	- < 0.001 < 0.001 < 0.001 < 0.001 < 0.001
องค์ประกอบที่ 3: การมีส่วนร่วมของ เครือข่ายและชุมชน (Community Participation)	1. การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ 2. การที่ได้ร่วมกันคิด วางแผนและปรับปรุงกระบวนการ 3. การสนับสนุนทรัพยากรร่วมกันทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน 4. การที่ได้ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงาน 5. การได้สนับสนุนงบประมาณแก่ชุมชน	1 1.176 1.046 1.149 1.131	- < 0.001 < 0.001 < 0.001 < 0.001
องค์ประกอบที่ 4: การทำงานจนเกิด คุณค่าทั้งกับ	1. การที่คณะกรรมการและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม 2. การที่คณะกรรมการได้ดำเนินการตามแผนที่ได้วางไว้	1 0.992	- < 0.001

ตารางที่ 8 ผลของโมเดลองค์ประกอบของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (ต่อ)

องค์ประกอบ	Factor Loading	น้ำหนักองค์ประกอบ	
		b(SE)	p-value
ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation)	3. การที่คณะกรรมการได้จัดประชุมและได้ชื่นชม เพื่อสร้างแรงเสริมพลัง	1.061	< 0.001
	4. การที่คณะกรรมการได้จัดประชุมและได้ชื่นชม เพื่อสร้างแรงเสริมพลัง	1.061	< 0.001
	5. การที่ชุมชนได้รับประโยชน์จากการดำเนินงาน	0.966	< 0.001
องค์ประกอบที่ 5: การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development)	1. การได้รับสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานอย่างเหมาะสม	1	-
	2. การได้รับสนับสนุนและวางแผนให้บุคลากรมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ	1.019	< 0.001
	3. การได้พัฒนาทักษะในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ	1.140	< 0.001
	4. การได้รับการจัดสรรทรัพยากรร่วมกันและนำทรัพยากรจากชุมชนเกิดความยั่งยืน	1.126	< 0.001
	5. มีการทบทวนและปรับปรุงทรัพยากรเพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	1.143	< 0.001
องค์ประกอบที่ 6: การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care)	1. การที่คณะกรรมการได้นำข้อมูลเกี่ยวกับโรครุมารวบรวม และวิเคราะห์	1	-
	2. การมีคณะกรรมการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	1.071	< 0.001
	3. การที่คณะกรรมการทบทวนและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง	1.096	< 0.001
	4. การที่คณะกรรมการส่งเสริมให้ชุมชนและเครือข่ายมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	1.061	< 0.001
	5. การที่คณะกรรมการจัดระบบการดำเนินงาน อย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน	1.082	< 0.001

จากตารางที่ 8 พบว่า องค์ประกอบที่ 1: การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 1.046 - 1.619 องค์ประกอบที่ 2: การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Customer Focus) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.952 - 1.144 องค์ประกอบที่ 3: การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community Participation) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 1.046 - 1.176 องค์ประกอบที่ 4: การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.903 - 1.061 องค์ประกอบที่ 5: การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 1.019 - 1.143 และองค์ประกอบที่ 6: การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 1.061 - 1.096

เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูง 1 - 2 อันดับของแต่ละองค์ประกอบ จะถูกคัดเลือกมาเป็นโมเดลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกมาเป็นโมเดลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

องค์ประกอบ	Factor Loading	น้ำหนักองค์ประกอบ b(SE)
องค์ประกอบที่ 1: การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)	1. การประชุมเพื่อดำเนินงานอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี	1.619
	2. การใช้ข้อมูลการระบาดมาวางในชุมชน	1.610
องค์ประกอบที่ 2: การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Customer Focus)	1. การได้ปรับปรุงช่องทางข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	1.144
	2. การมีช่องทางให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงรับทราบข้อมูล	1.122
องค์ประกอบที่ 3: การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community Participation)	1. การที่ได้ร่วมกันคิด วางแผนและปรับปรุงกระบวนการ	1.176
	2. การที่ได้ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงาน	1.149

ตารางที่ 9 ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกมาเป็นโมเดลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ต่อ)

องค์ประกอบ	Factor Loading	น้ำหนักองค์ประกอบ b(SE)
องค์ประกอบที่ 4: การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation)	1. การที่คณะกรรมการได้จัดประชุมและได้ชื่นชม เพื่อสร้างแรงเสริมพลัง	1.061
องค์ประกอบที่ 5: การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development)	1. มีการทบทวนและปรับปรุงทรัพยากรเพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น 2. การได้พัฒนาทักษะในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ	1.143 1.140
องค์ประกอบที่ 6: การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care)	1. การที่คณะกรรมการทบทวนและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง 2. การที่คณะกรรมการจัดระบบการดำเนินงานอย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน	1.096 1.082

จากตารางที่ 9 พบว่า Factor Loading ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูง 1 - 2 อันดับแรก ได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1: การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) Factor Loading ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาก ได้แก่ 1) การประชุมเพื่อดำเนินงานอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี ($b = 1.619$) และ 2) การใช้ข้อมูลการระบาดมาวางในชุมชน ($b = 1.610$) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่แสดงให้เห็นได้ว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จะให้ความสำคัญตระหนักและเห็นความสำคัญของการประชุมและการนำข้อมูลการระบาดของโรคมามาใช้เพื่อวางแผนการดำเนินงานในชุมชน

สรุป Factor Loading ที่นำไปสร้างโมเดล คือ มีการประชุมและใช้ข้อมูลระบาดวิทยาในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

องค์ประกอบที่ 2: การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Customer Focus) Factor Loading ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาก ได้แก่ 1) การได้ปรับปรุงช่องทางข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ($b= 1.144$) และ 2) การมีช่องทางให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงรับทราบข้อมูล ($b= 1.122$) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่แสดงให้เห็นได้ว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจะให้ความสำคัญกับช่องทางประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนรับทราบข้อมูลทางระบาคติวิทยา

สรุป Factor Loading ที่นำไปสร้างโมเดล คือ พัฒนาช่องทางสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคระบาดในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

องค์ประกอบที่ 3: การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community Participation) Factor Loading ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาก ได้แก่ 1) การที่ได้ร่วมกันคิด วางแผนและปรับปรุง กระบวนการ ($b= 1.176$) และ 2) การที่ได้ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงาน ($b= 1.149$) เป็นองค์ประกอบที่แสดงให้เห็นว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการระดมความคิด การวางแผน การปรับปรุงกระบวนการ และร่วมกันประเมินผลการดำเนินงาน

สรุป Factor Loading ที่นำไปสร้างโมเดล คือ มีการวางแผนงานและประเมินผลร่วมกันในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

องค์ประกอบที่ 4: การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation) Factor Loading ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาก ได้แก่ การที่คณะกรรมการได้จัดประชุมและได้ชื่นชม เพื่อสร้างแรงเสริมพลัง ($b= 1.061$) เป็นองค์ประกอบที่แสดงให้เห็นว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้ความสำคัญกับการแสดงการชื่นชม แสดงความขอบคุณในเวทีชุมชนซึ่งเป็นการเสริมพลังให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความสำเร็จ

สรุป Factor Loading ที่นำไปสร้างโมเดล คือ การสร้างขวัญและกำลังใจในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

องค์ประกอบที่ 5: การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) Factor Loading ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาก ได้แก่ 1) มีการทบทวน และปรับปรุงทรัพยากรเพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ($b= 1.143$) และ 2) การได้พัฒนาทักษะในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ($b= 1.140$) เป็นองค์ประกอบที่แสดงแสดงให้เห็นว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้ความสำคัญกับการใช้ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะต้องมีการทบทวนการใช้ทรัพยากร และจะต้องพัฒนาทักษะในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

สรุป Factor Loading ที่นำไปสร้างโมเดล คือ มีการใช้ทรัพยากรและพัฒนาทักษะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

องค์ประกอบที่ 6: การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) Factor Loading ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาก ได้แก่ 1) การที่คณะกรรมการทบทวนและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ($b = 1.096$) และ 2) การที่คณะกรรมการจัดระบบการดำเนินงาน อย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน ($b = 1.082$) แสดงให้เห็นว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้ความสำคัญในเรื่องการเรียนรู้ในการดำเนินงาน มีการจัดระบบ และบูรณาการร่วมกับประชาชนในการดำเนินงาน

สรุป Factor Loading ที่นำไปสร้างโมเดล คือ มีการบูรณาการและประเมินผลระบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนร่วมกับประชาชน

2. ผลการศึกษาระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.1 ขั้ววางแผน (Plan)

ในขั้ววางแผน ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานในประเด็นการควบคุมและป้องกันโรคระบาด โดยการทบทวนการดำเนินงานตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ต้องการแก้ไข ภายใต้บริบทพื้นที่ของอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

2.1.1 ขั้วทบทวนคณะทำงานตามแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การประชุมครั้งนี้เป็นครั้งแรกของการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เนื่องจากนายอำเภอคนปัจจุบันได้ย้ายเข้ามาปฏิบัติงานที่อำเภอพรหมคีรี ดังนั้น สาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี จึงได้รายงานการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในภาพรวมของปีที่ผ่านมา หลังจากการรายงานของสาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี นายอำเภอพรหมคีรี ได้ทบทวนและให้แนวทางการดำเนินงานให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานที่เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 โดยระเบียบนี้มีจุดมุ่งหมายให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันของทุกภาคส่วนในพื้นที่ และร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่

จากการรายงานของเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพรหมคีรี ได้ยกเลิกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 143/2561 ลงวันที่ 8 พฤษภาคม 2561 เนื่องจากมีคณะกรรมการบางคน ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ มีปัญหาสุขภาพ ย้ายที่อยู่อาศัย และบางคนไม่ได้เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการ ฯ ทั้งนี้จึงได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 130/2565 ลงวันที่ 14 มิถุนายน

2565 ขึ้นมาใหม่ ซึ่งในคำสั่งดังกล่าวมีคณะกรรมการทั้งหมด 21 คน ประกอบไปด้วยทุกภาคส่วน ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2561 ดังนี้

1. นายอำเภอ เป็นประธาน
2. สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ โดยมีนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี เป็นผู้ช่วยเลขานุการ 1 คน ทั้งนี้ยังมีนายอำเภอแต่งตั้ง ปลัดอำเภองานสำนักงานอำเภอ เป็นผู้ช่วยเลขานุการ อีก 1 คน
3. ผู้แทนส่วนราชการที่นายอำเภอแต่งตั้งไม่เกิน 6 คน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้ง กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน ประกอบไปด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมคีรี (รองประธาน) ปลัดอำเภอหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานปกครอง พัฒนาการอำเภอ ประธานเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการศึกษาพรหมคีรี และประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอพรหมคีรี รวมจำนวน 6 คน
4. ผู้แทนภาคเอกชนโดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ผู้แทนสถานประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข ผู้แทนสถานศึกษาเอกชน หรือผู้แทนสถานประกอบกิจการอื่น จำนวน 4 คน ได้แก่ ผู้แทนสถานศึกษา 1 คน ผู้แทนสมาคมการท่องเที่ยว 1 คน และผู้แทนผู้ประกอบกิจการผลิตภัณฑ์ตำบล จำนวน 2 คน
5. ผู้แทนภาคประชาชนโดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือศาสนา ผู้นำทางศาสนา เครือข่ายหรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เครือข่ายอาสาสมัคร เครือข่ายหรือองค์กรผู้บริโภครีโอ เครือข่ายหรือองค์กรเกี่ยวกับการสื่อสารมวลชน หรือเครือข่ายหรือองค์กรอื่น จำนวน 7 คน ได้แก่ ผู้นำตามธรรมชาติ 4 คน ผู้แทนจากสภาผู้สูงอายุ 1 คน ผู้แทนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน และผู้แทนผู้ประกอบกิจการร้านอาหาร 1 คน

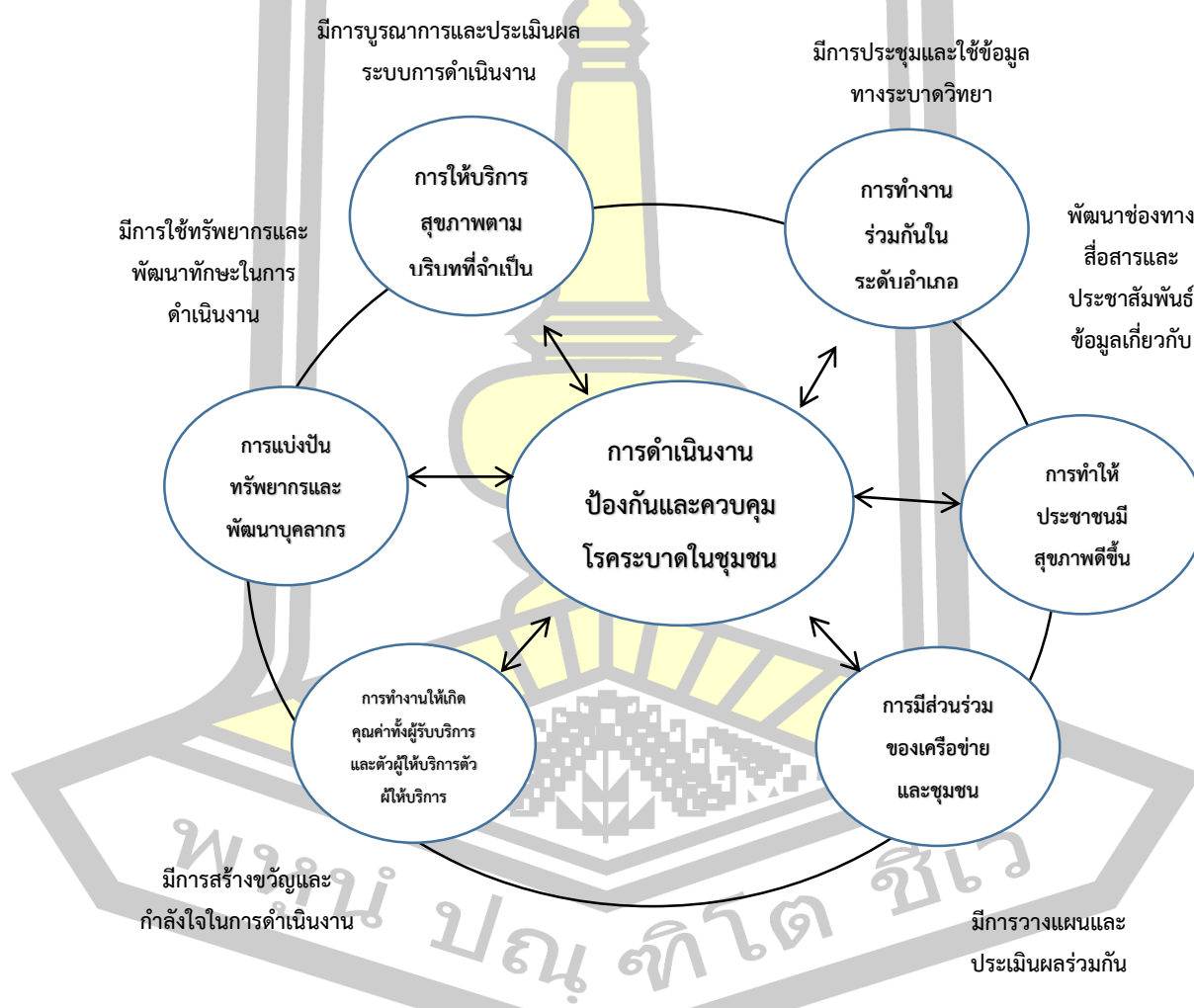
จากประเด็นดังกล่าว นายอำเภอพรหมคีรี จึงได้นำเสนอขอทบทวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามคำสั่งดังกล่าว พบว่า คณะกรรมการนำเสนอให้คงรายชื่อเดิมตามคำสั่ง 130/2565 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2565 เนื่องจากคำสั่งดังกล่าวยังมีผู้ปฏิบัติงานครบ หากจะมีการเปลี่ยนแปลงควรจะให้ครบวาระ 2 ปี

ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การดำเนินงานตามนโยบายว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอพรหมคีรี ได้ดำเนินการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งมีคณะกรรมการทั้งหมด 21 คน โดยการทำงานมีจุดมุ่งหมายให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยการบูรณาการร่วมกันของทุกภาคส่วนในพื้นที่ และร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในอำเภอให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การดำเนินงานควรส่ง

ประเด็นต่าง ๆ ลงพื้นที่ระดับตำบล เพราะแต่ละพื้นที่จะมีประเด็นปัญหาที่ต่างกัน การดำเนินงานจึงต้องอาศัยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลดำเนินงานต่อโดยมี พขอ. เป็นผู้ให้คำแนะนำการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

2.1.2 ขั้นนำเสนอผลที่ได้จากระยะที่ 1 กำหนดแนวทางการพัฒนา

ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยได้คัดเลือก Factor Loading ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูง จำนวน 1 - 2 ลำดับ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าเป็น Factor Loading ที่สามารถนำไปสร้างรูปแบบกิจกรรมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ได้ที่ตรงกับบริบทของอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังรูปภาพที่ 8



รูปภาพที่ 8 รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2566 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลผลการวิจัยในระยะที่ 1 โดยได้นำเสนอ Factor Loading ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงมานำเสนอรูปแบบกิจกรรม และแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดังนี้

1. องค์ประกอบการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) โดย Factor Loading ที่มีน้ำหนักมาก จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ 1) การประชุมเพื่อดำเนินงานอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี และ 2) การใช้ข้อมูลการระบาดมาวางในชุมชน และสามารถนำตัวแปรดังกล่าวไปสร้างรูปแบบกิจกรรมได้คือ มีการประชุมและใช้ข้อมูลระบาดวิทยาในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

จากการนำเสนอองค์ประกอบดังกล่าว พบว่า นายอำเภอพรหมคีรี ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้รับทราบข้อมูลโรคที่มีการระบาดในอำเภอพรหมคีรี จากสาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี ซึ่งเป็นเลขานุการคณะกรรมการ พขอ. และได้กำหนดการประชุม 3 เดือน/ครั้ง หรือหากมีเรื่องที่จะปรึกษาหารืออาจจะมีการเรียกประชุมก่อนถึงเวลาตามที่ตกลงไว้ ทั้งนี้ในที่ประชุมได้มีการเสนอว่า คณะกรรมการตามคำสั่งที่ 130/2565 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2565 เป็นคณะกรรมการที่ได้แต่งตั้งขึ้นมาใหม่ จึงขอให้สาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี ชี้แจงความเป็นมาของคณะกรรมการ พขอ. พร้อมทั้งบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการชุดดังกล่าว ซึ่งในที่ประชุมรับทราบบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ พขอ.

2. องค์ประกอบทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Customer Focus) โดย Factor Loading ที่มีน้ำหนักมาก จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ 1) การได้ปรับปรุงช่องทางข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และ 2) การมีช่องทางให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงรับทราบข้อมูล และสามารถนำไปสร้างรูปแบบกิจกรรมได้คือ การพัฒนาช่องทางสื่อสารและประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับโรคระบาดในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

จากการประชุมคณะกรรมการ นายอำเภอพรหมคีรีให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก ซึ่งนายอำเภอพรหมคีรี มองว่า การประชาสัมพันธ์ในกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน เป็นการบอกกล่าวให้ประชาชนในพื้นที่รับทราบ และสามารถที่จะนำไปสู่ความสำเร็จได้ ทั้งนี้ นายอำเภอพรหมคีรี จะได้นำข้อมูลและการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. ในครั้งนี้ นำไปชี้แจงในการประชุมของผู้ใหญ่บ้านและกำนันอำเภอพรหมคีรี ในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 และเสนอให้ทุกฝ่ายนำผลการประชุมในวันนี้ชี้แจงให้กับทุกหน่วยงานที่ได้จัดประชุม ยกตัวอย่าง ฝ่ายสาธารณสุขอำเภอ ให้ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคระบาดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และร่วมกันชี้แจงให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละแห่งด้วย ส่วนฝ่ายพัฒนาชุมชน ให้นำไปชี้แจงใน

ส่วนที่พัฒนาชุมชนรับผิดชอบ เช่น หมู่บ้านเศรษฐกิจต้นแบบของแต่ละตำบล ในขณะที่พัฒนาชุมชนจะดำเนินการนักรักษาสัมพันธ์น้อยในชุมชน ทั้งนี้สาธารณสุขอำเภอจึงมีข้อเสนอแนะให้นำข่าวสารเกี่ยวกับโรคระบาดที่เกิดขึ้นให้นักประชาสัมพันธ์น้อยรับทราบข้อมูลส่วนนี้ด้วย และนอกจากนี้บุคลากรที่อยู่ในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ก็จะต้องมีส่วนช่วยในการประชาสัมพันธ์ด้วย บางพื้นที่มีหอกระจายข่าว ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องนำข่าวสารนี้ให้เผยแพร่อีกช่องทาง อีกส่วนหนึ่งสาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี ยังเสนอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องประชาสัมพันธ์ หรือเผยแพร่ทางไลน์กลุ่มของแต่ละกลุ่มอีกด้วย

3. องค์ประกอบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community Participation) โดย Factor Loading ที่มีน้ำหนักมาก จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ 1) การที่ได้ร่วมกันคิด วางแผนและปรับปรุงกระบวนการ และ 2) การที่ได้ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงาน และสามารถนำไปสร้างรูปแบบกิจกรรมได้คือ มีการวางแผนงานและประเมินผลร่วมกันในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

จากการประชุมคณะกรรมการ พชอ. นายอำเภอพรหมคีรี ได้เสนอแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน และมีการวางแผนในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยเสนอให้แต่ละหน่วยงานวางแผนการดำเนินงานในชุมชนที่สามารถบูรณาการกันได้ เช่น พัฒนาการอำเภอ ซึ่งกำลังดำเนินงานหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง มีกิจกรรมค้นหาหมู่บ้านต้นแบบ ตำบลละ 1 หมู่บ้าน นายอำเภอพรหมคีรี จึงได้มีเสนอแนวทางการดำเนินงาน โดยนำการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเข้าไปบูรณาการร่วมด้วย โดยให้ฝ่ายสาธารณสุขสนับสนุนกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเพื่อให้เกิดการบูรณาการที่ควบคู่ไปด้วย ทั้งนี้ในที่ประชุมเสนอให้โครงการดังกล่าวมีคณะกรรมการร่วมประเมินที่มาจากพื้นที่เพื่อให้พื้นที่ร่วมติดตาม และประเมินผลจนเกิดแนวคิดความเป็นเจ้าของในกิจกรรมดังกล่าว

4. องค์ประกอบการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation) โดย Factor Loading ที่มีน้ำหนักมาก จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ การที่คณะกรรมการได้จัดประชุมและได้ชื่นชม เพื่อสร้างแรงเสริมพลัง สามารถนำไปสร้างรูปแบบกิจกรรมได้คือ การสร้างขวัญและกำลังใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต สาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี ได้เสนอในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาด ควรจะต้องเป็นกิจกรรมที่ร่วมกันทุกภาคส่วน มีการบูรณาการ และมอบรางวัลให้ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ หรือครอบครัวต้นแบบ ครอบครัวตัวอย่าง เป็นต้น

5. องค์ประกอบแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) โดย Factor Loading ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาก จำนวน 2

ตัวแปร ได้แก่ 1) มีการทบทวนและปรับปรุงทรัพยากรเพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และ 2) การได้พัฒนาทักษะในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปสร้างรูปแบบกิจกรรมได้คือ มีการใช้ทรัพยากรและพัฒนาทักษะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นายอำเภอพรหมคีรี ได้ให้แต่ละฝ่ายสนับสนุนทรัพยากรที่มีร่วมกัน สาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี ได้เสนอเพิ่มเติมเกี่ยวกับงบประมาณที่จะมาดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยสามารถของงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานจากกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งเงินของกองทุนที่ พชอ. หรือประชาชนสามารถของงบประมาณมาจัดทำโครงการป้องกันและควบคุมโรคได้ ประกอบไปด้วยกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งงบประมาณดังกล่าว สปสช. ได้โอนเงินผ่านแม่ข่าย (โรงพยาบาลพรหมคีรี) และเงินกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งอยู่ที่ อบต./เทศบาล ต่าง ๆ ทั้งนี้สาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี นำเสนอการสนับสนุนจากองค์กรอื่น โดยอาศัยการสนับสนุนที่ให้บุคลากรสนับสนุนในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น ในส่วนของการดำเนินงานในพื้นที่ จะต้องอาศัยปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบตำบล แพทย์ประจำตำบล สารวัตร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และ ผอ.รพ.สต. ในพื้นที่นั้น คณะกรรมการกองหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ผู้มีหน้าที่พิจารณาเงินกองทุนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ที่จะต้องกระจายข่าวด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนในพื้นที่ องค์กรเอกชน ได้แก่ ชมรมท่องเที่ยว OTOP ประธานสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย อาจจะต้องจัดสรรทีมงานในองค์กรมาปฏิบัติงานในบางกิจกรรม รวมไปถึงคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลที่จะต้องรับนโยบายและแนวทางจาก พชอ. เพื่อดำเนินงานในระดับตำบลของตนเอง

6. องค์กรประกอบการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) โดย Factor Loading ที่มีค่าน้ำหนักองค์กรประกอบมาก จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ 1) การที่คณะกรรมการทบทวนและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และ 2) การที่คณะกรรมการจัดระบบการดำเนินงานอย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน และสามารถนำไปสร้างรูปแบบกิจกรรมได้คือ มีการบูรณาการและประเมินผลระบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนร่วมกับประชาชน

จากที่ประชุมคณะกรรมการ คณะกรรมการ พชอ. ได้เสนอให้มีการร่วมบูรณาการกิจกรรมของประชาชน โดยคำนึงถึงกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวันของครัวเรือน เพื่อให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีและสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ เช่น การกำจัดขยะ การดูแลสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในบ้าน การส่งเสริมสุขภาพ สำหรับกิจกรรมระดับชุมชน จะต้องอาศัยกลุ่มในชุมชนกระตุ้นดำเนินการ เช่น กลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ทางสุขภาพโดยตรง อาทิ สมาคมท่องเที่ยวกลุ่ม OTOP

จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้เกิดการดำเนินงานร่วมกันทั้งด้านการบริหารจัดการ การสนับสนุนทรัพยากร และการส่งเสริมด้านวิชาการ ซึ่งการทำงานจะมุ่งให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งนำไปสู่รูปแบบกิจกรรมดังนี้

รูปแบบกิจกรรมที่ 1 ได้แก่ มีการประชุมและใช้ข้อมูลระบาดวิทยาในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพรหมคีรี ร่วมกันประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นอย่างต่อเนื่องทั้งที่เป็นรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพรหมคีรี ได้รับทราบข้อมูลการระบาด และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการควบคุมและป้องกันโรคระบาด และยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยนำแนวคิดที่กล่าวไว้ว่า ในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรม จะต้องมีการประชุมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นจากข้อมูลจริง และสามารถนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาได้

รูปแบบกิจกรรมที่ 2 ได้แก่ พัฒนาช่องทางสื่อสารและประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพรหมคีรี ได้ดำเนินการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคระบาด เพื่อรองรับการระบาดของโรคที่มีการระบาดในพื้นที่ปัจจุบัน และโรคระบาดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งนี้ นอกจากการประชาสัมพันธ์ที่ต้องให้ครอบคลุม และเป็นปัจจุบันแล้ว จะต้องเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคระบาดให้มีความรอบรู้ด้วย โดยนำแนวทางกระบวนการประชาสัมพันธ์ 5 องค์ประกอบ คือ แหล่งสาร ข้อมูลข่าวสาร สื่อกลางหรือช่องทางในการสื่อสาร ผู้รับสาร และผลกระทบหรือผลตอบกลับ มาใช้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและให้ประชาชนปรับตัวในช่วงที่มีโรคระบาด

รูปแบบกิจกรรมที่ 3 ได้แก่ มีการวางแผนและประเมินผลร่วมกันในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพรหมคีรี ได้ดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคระบาด ผลลัพธ์ โดยนำผลลัพธ์ที่มีผลระยะยาว ซึ่งสามารถวัดได้จากกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยผลลัพธ์ที่ได้ คือ ประชาชนสามารถที่จะป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนได้ โดยมีกระบวนการวางแผนงานและสามารถประเมินผลร่วมกันได้

รูปแบบกิจกรรมที่ 4 ได้แก่ มีการสร้างขวัญและกำลังใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพรหมคีรี ได้ดำเนินการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่และประชาชน ซึ่งส่งผลให้เจ้าหน้าที่และประชาชน มีความตั้งใจในการทำงาน อุตสาหะร่างกาย และแรงใจของตนเอง เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ของแผนงานที่วางไว้ โดยได้นำแนวคิดการสร้างขวัญและกำลังใจ ซึ่งทำให้มนุษย์มีความรู้สึกพึงพอใจในงาน โดยมนุษย์จะถูกจูงใจให้มีการเพิ่มผลผลิต เมื่อเกิดความสำเร็จ มีการได้รับการยอมรับนับถือในงานที่ปฏิบัติ มีโอกาสในความก้าวหน้าจากการปฏิบัติงาน จะสามารถตอบสนองความต้องการในการดำเนินงานได้

รูปแบบกิจกรรมที่ 5 ได้แก่ มีการใช้ทรัพยากรและพัฒนาทักษะในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพรหมคีรี ได้ขอความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในอำเภอพรหมคีรีได้ร่วมกันแบ่งบันทรัพยากรทั้งด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ รวมไปถึงได้พัฒนาทักษะการควบคุมและป้องกันโรคระบาดให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพรหมคีรี และสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับโรคระบาดให้กับประชาชน โดยนำแนวคิดที่ว่า เมื่อมีการจัดการความรู้ที่ดี จะสามารถนำความรู้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญ

รูปแบบกิจกรรมที่ 6 ได้แก่ มีการบูรณาการและประเมินผลระบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพรหมคีรี โดยนำแนวคิดบูรณาการในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคระบาดเพื่อส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวจึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการทั้งด้านระบบการบริหารจัดการ ด้านการปฏิบัติงานให้มีความเชื่อมโยงกับกิจกรรมต่าง ๆ ของประชาชนอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน การบูรณาการกิจกรรมเป็นการปฏิบัติที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ที่ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนใช้ประโยชน์ร่วมกัน

2.1.3 ประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE

หลังจากผู้วิจัย ได้นำเสนอผลการวิจัยในระยะที่ 1 และนำเสนอแนวทาง และเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกันประเมินตนเอง ตามแนวทางมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิต (UCCARE) ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยระดับของการประเมินแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

ระดับ 1 มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือเริ่มดำเนินการ

ระดับ 2 มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม

ระดับ 3 ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมิน และปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม

ระดับ 4 มีการทบทวน ประเมินผล และปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้ เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น (ขั้นเรียนรู้)

ระดับ 5 มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผล การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจขององค์กร (ขั้นบูรณาการ)

ผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 10 ผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

องค์ประกอบ	ผลการประเมิน
การทำงานร่วมกันในระดับ อำเภอ (Unity District Health Team)	<p>ผลการประเมินตนเอง ระดับ 5 (ขั้นการบูรณาการ) โดยมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ตามคำสั่งเลขที่ 130 / 2565 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2565 กำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการ ฯ ทุก 3 เดือน จัดประชุมคณะกรรมการ ฯ และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาโรคระบาดที่เกิดขึ้นในพื้นที่/กำหนดประเด็น ปัญหา/กำหนดวิธีการแก้ปัญหาาร่วมกันในระดับอำเภอ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการระดับอำเภอ และระดับตำบล เพื่อร่วมกันจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคระบาด โดยสาธารณสุขอำเภอร่วมกับหน่วยงานในระดับอำเภอที่รับผิดชอบในตำบลนั้นเป็นผู้ขับเคลื่อนสุขภาพ เพื่อวางระบบบริหารจัดการปัญหาโดยกำหนดแผนงานโครงการที่สอดคล้องกับปัญหาโรคระบาดตามบริบทของพื้นที่ตำบล ดำเนินการติดตามความก้าวหน้าในเวทีประชุมประจำเดือนของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ตารางที่ 10 ผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช (ต่อ)

องค์ประกอบ	ผลการประเมิน
<p>การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Customer Focus)</p>	<p>ผลการประเมินตนเอง ระดับ 5 (ขั้นการบูรณาการ) โดยมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมข้อมูลโรคระบาดที่สำคัญของปี 2564 – 2565 ได้แก่ โรคโควิด-19 โรคไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซิส โรคมือปากเท้าเปื่อย และโรคอื่น ๆ ที่เป็นโรคระบาดที่เกิดขึ้นในอำเภอ 2. จัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคระบาดให้ตอบสนองผู้รับบริการตามบริบทของอำเภอ และตำบล โดยการจัดทำประชาคมเพื่อวางแผนการดำเนินงาน 3. จัดตั้งคณะกรรมการระดับตำบล เพื่อเป็นช่องทางให้กับประชาชนในพื้นที่รับเรื่องและข้อเสนอแนะ และจัดตั้งศูนย์เพื่อประสานการดำเนินงานในระดับตำบล สำหรับระดับอำเภอศูนย์ประสานงานจะตั้งที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี
<p>การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน (Community Participation)</p>	<p>ผลการประเมินตนเอง ระดับ 5 (ขั้นการบูรณาการ) โดยมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคระบาด โดยอาศัยชุมชนและภาคีเครือข่ายให้เกิดกระบวนการร่วมคิด ร่วมทำ 2. ติดตาม ประชุม โดยการคืนข้อมูล สะท้อนปัญหาให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนได้รับทราบ 3. มีการประสานงานการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับเครือข่ายภาคเอกชน และชุมชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง 4. มีการพัฒนาศักยภาพทีมภาคีเครือข่ายและชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยจัดประชุมและศึกษาดูงานพื้นที่ที่เป็นต้นแบบภายในตำบลด้านการจัดการป้องกันและควบคุมโรคระบาดระดับอำเภอ 5. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ระดับอำเภอ เพื่อร่วมรู้เรียนรู้และกำกับติดตามการดำเนินงาน

ตารางที่ 10 ผลการประเมินตนเองตามตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช (ต่อ)

องค์ประกอบ	ผลการประเมิน
<p>การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการและ ผู้ให้บริการเอง (Appreciation)</p>	<p>ผลการประเมินตนเอง ระดับ 5 (ขั้นการบูรณาการ) โดยมีข้อมูล สนับสนุน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพระดับอำเภอ ให้กับภาคี เครือข่าย โดยอาศัยเวทีการประชุมกำหนด/ผู้ใหญ่บ้าน การประชุม หัวหน้าส่วนของอำเภอพรหมคีรี การประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี สำหรับการพัฒนาศักยภาพ ในระดับตำบล คณะกรรมการระดับตำบลจะร่วมประชุม ในเวทีการประชุมของแต่ละหมู่บ้าน และการประชุมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2. หน่วยงานและองค์กรในชุมชน และอำเภอให้การสนับสนุน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เกี่ยวข้องกับการป้องกันและ ควบคุม โรคระบาดที่เพียงพอ 3. การเวทีเชิดชูเกียรติ ชื่นชม ส่งเสริมคุณค่าคนทำงานและรับ ฟังความคิดเห็นผู้รับบริการ 4. มีการจัดกิจกรรมร่วมกันในส่วนของหน่วยงานสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น การศึกษาดูงานแบบบูรณา การ เป็นต้น
<p>การแบ่งปันทรัพยากรและ การพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing & Human Development)</p>	<p>ผลการประเมินตนเอง ระดับ 5 (ขั้นการบูรณาการ) โดยมีข้อมูล สนับสนุน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการประชุมคณะกรรมการ ฯ/คณะทำงานชี้แจงนโยบาย/ กำหนดทิศทางการดำเนินงานสนับสนุนการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานต่าง ๆ ร่วมคิดร่วมทำ และร่วมแก้ไขปัญหา 2. จัดทำแนวทางปฏิบัติการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ระบาด โดยคณะกรรมการ ฯ ระดับอำเภอ สนับสนุนวัสดุทรัพยากร (เงิน คน สิ่งของ) ให้กับคณะทำงานที่เพียงพอ

ตารางที่ 10 ผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช (ต่อ)

องค์ประกอบ	ผลการประเมิน
การให้บริการสุขภาพตาม บริบทที่จำเป็น (Essential Care)	<p>3. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารระดับอำเภอและตำบล เพื่อให้เชื่อมโยงข้อมูลและให้ประชาชนรับทราบได้</p> <p>4. สนับสนุนความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอ</p> <p>ผลการประเมินตนเอง ระดับ 5 (ขั้นการบูรณาการ) โดยมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จำแนกประชากรเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาดในพื้นที่ เช่น โควิด-19 โรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก โรคเลปโตสไปโรซิส 2. จัดแบ่งพื้นที่/ชุมชน ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาด 3. มีแผนการขับเคลื่อนการควบคุมและป้องกันโรคระดับอำเภอและระดับตำบลทุกพื้นที่ 4. จัดบริการเชิงรุกให้เชื่อมโยงต่อโรคระบาดที่เกิดขึ้นในพื้นที่ 5. จัดทีมเฝ้าระวังโรคระบาดในระดับตำบล

จากผลการประเมินตนเอง พบว่า ทั้ง 6 องค์ประกอบ มีผลการประเมินอยู่ในขั้นสูงสุดที่ระดับ 5 (ขั้นบูรณาการ)

2.1.4 กำหนดแผนและแนวทางการพัฒนารูปแบบ

จากนำเสนอรูปแบบกิจกรรม และแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้นำเสนอให้การดำเนินงานในประเด็นการควบคุมและป้องกันโรคระบาดในชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้จะเป็นคณะกรรมการที่สามารถนำนโยบายไปบูรณาการในพื้นที่ ผลการกำหนดแผนงานและแนวทางมีรายละเอียด ดังนี้

1. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการเสนอแนวทางการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน บรรลุวัตถุประสงค์และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ โดยเสนอให้แต่ละตำบลมีคณะกรรมการที่ดำเนินการในระดับตำบล (พชต.) ทุกตำบล คณะกรรมการทุกคนมีความเห็นชอบแนวทางดังกล่าว นายอำเภอพรหมคีรี จึงได้

ทบพวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อขับเคลื่อนให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงได้ทบพวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลตามคำสั่งอำเภอพรหมคีรี ที่ 132/2565 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2565 จำนวน 5 ตำบล ดังนี้

1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลพรหมโลก จำนวน 13 คน โดยมีนายกเทศมนตรีตำบลพรหมโลก เป็นประธานกรรมการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรหมโลกเป็นกรรมการและเลขานุการ หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วม เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ 5 คน ผู้แทนภาคประชาชน 5 คน สำหรับผู้แทนภาคเอกชนไม่มีตัวแทนเป็นคณะกรรมการ

2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลบ้านเกาะ จำนวน 13 คน โดยมีกำนันตำบลบ้านเกาะ เป็นประธานกรรมการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเสน เป็นกรรมการและเลขานุการ เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ 1 คน ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ 4 คน ผู้แทนภาคประชาชน 4 คน สำหรับผู้แทนภาคเอกชน 2 คน

3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลอินคีรี จำนวน 15 คน โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลอินคีรี เป็นประธาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านนาสร้างและบ้านน้ำแคบ เป็นกรรมการและเลขานุการ เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ 4 คน ผู้แทนภาคประชาชน 6 คน สำหรับผู้แทนภาคเอกชน 1 คน

4) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลทอนหงส์ จำนวน 16 คน โดยมีผู้นำตามธรรมชาติในพื้นที่ เป็นประธานกรรมการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านอ้ายคู เป็นกรรมการและเลขานุการ เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ 6 คน ผู้แทนภาคประชาชน 6 คน สำหรับผู้แทนภาคเอกชน 1 คน

5) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลนาเรียง จำนวน 15 คน โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาเรียง เป็นประธานกรรมการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านนาเรียง เป็นกรรมการและเลขานุการ เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. 2 คน เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ 2 คน ผู้แทนภาคประชาชน 7 คน สำหรับผู้แทนภาคเอกชน 2 คน

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำเสนอปัญหาในพื้นที่ระดับตำบล

เมื่อได้ทบพวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จากนั้นนายอำเภอพรหมคีรี จึงได้มีนโยบายให้แต่ละตำบลคัดเลือกประเด็นปัญหาในพื้นที่ กิจกรรมในครั้งนี้ นายอำเภอพรหมคีรีได้มอบให้สาธารณสุขอำเภอพรหมคีรีดำเนินการร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลในพื้นที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และแกนนำชุมชน โดยมีกระบวนการคืนข้อมูลด้านสุขภาพให้กับพื้นที่ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมคัดเลือกประเด็นปัญหาในพื้นที่ จากผลการจัดทำประชาคมในพื้นที่ สามารถสรุปประเด็นแยกเป็นรายตำบลได้ดังนี้

1) ตำบลพรหมโลก และตำบลบ้านเกาะ ประเด็นปัญหาที่ได้จากการประชุม ดังนี้

- ลำดับที่ 1 อาหารปลอดภัย
- ลำดับที่ 2 ผู้สูงอายุ
- ลำดับที่ 3 โรคไม่ติดต่อ (ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน)
- ลำดับที่ 4 โรคไข้เลือดออกและโรคเลปโตสไปโรซิส
- ลำดับที่ 5 หญิงตั้งครรภ์

2) ตำบลอินคีรี ประเด็นปัญหาที่ได้จากการประชุม ดังนี้

- ลำดับที่ 1 อาหารปลอดภัย
- ลำดับที่ 2 ยาเสพติด
- ลำดับที่ 3 โรคไม่ติดต่อ (ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน)
- ลำดับที่ 4 ผู้สูงอายุ
- ลำดับที่ 5 หญิงตั้งครรภ์และเด็กมีภาวะโภชนาการไม่ปกติ

3) ตำบลทอนหงส์ ประเด็นปัญหาที่ได้จากการประชุม ดังนี้

- ลำดับที่ 1 อาหารปลอดภัย
- ลำดับที่ 2 ผู้สูงอายุ
- ลำดับที่ 3 โรคไม่ติดต่อ (ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน)
- ลำดับที่ 4 โรคไข้เลือดออกและโรคเลปโตสไปโรซิส
- ลำดับที่ 5 หญิงตั้งครรภ์

4) ตำบลนาเรียง ประเด็นปัญหาที่ได้จากการประชุม ดังนี้

- ลำดับที่ 1 ยาเสพติด
- ลำดับที่ 2 โรคไม่ติดต่อ (ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน)
- ลำดับที่ 3 ผู้สูงอายุ
- ลำดับที่ 4 โรคไข้เลือดออกและโรคเลปโตสไปโรซิส
- ลำดับที่ 5 อาหารปลอดภัย

หลังจากได้ประเด็นปัญหาจากการประชุมในระดับตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ได้ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบล โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม ตำบลละ 9 – 10 คน เพื่อสรุปประเด็นปัญหาและจัดลำดับความสำคัญ พร้อมหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และได้นำเสนอประเด็นปัญหาดังกล่าวเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

3. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

หลังจากที่มีการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยคัดเลือกประเด็นปัญหาในพื้นที่ สาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี ได้นำประเด็นปัญหาจากเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ ตำบล มาสรุปในภาพรวมเป็นระดับอำเภอ ได้ดังนี้

- ลำดับที่ 1 อาหารปลอดภัย
- ลำดับที่ 2 ผู้สูงอายุ
- ลำดับที่ 3 โรคไม่ติดต่อ (ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน)
- ลำดับที่ 4 การควบคุมและป้องกันโรคระบาด
- ลำดับที่ 5 แม่และเด็ก (หญิงตั้งครรภ์และโภชนาการ)

จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้คัดเลือกพื้นที่นำร่อง 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้ายคู ตำบลทอนหงส์ อำเภอพรหมคีรี จังหวัด นครศรีธรรมราช ทั้งนี้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจะเข้าร่วมประเมินกิจกรรม และติดตามการดำเนินงานเพื่อเสนอ ชี้แนะ ให้กับพื้นที่นำร่อง

2.1.5 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

จากการประชุมคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับตำบลทอนหงส์ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ร่วมกันพิจารณา ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับโรคติดต่อในพื้นที่ และโรคที่อาจจะเกิดขึ้นใหม่ในอนาคต รวมถึงแนวทางการ ดำเนินงาน ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอแนวทางการดำเนินงานและมอบหมายผู้รับผิดชอบกิจกรรมที่ จะดำเนินการ ดังนี้

รูปแบบกิจกรรมที่ 1: การประชุมและใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน (องค์ประกอบที่ 1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ: Unity District Health Team)

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พรหมคีรี เพื่อให้ความคิดเห็น โดยเลขาธิการคณะกรรมการ ฯ (สาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี) ได้รายงาน ข้อมูลโรคที่ระบาดในพื้นที่อำเภอพรหมคีรีที่ผ่านมาเพื่อให้คณะกรรมการ ฯ ทราบ ข้อมูลและสามารถ นำข้อมูลที่ได้เสนอความคิดเห็นเพื่อการวางแผนการควบคุมและป้องกันโรคระบาด โดยผู้เข้าร่วม ประชุมให้ข้อเสนอแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1) ทบทวนคำสั่งอำเภอพรหมคีรี เลขที่ 132/2565 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตตำบลทอนหงส์ ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2565 จากคำสั่งดังกล่าวมีการแต่งตั้ง คณะกรรมการ จำนวน 16 คน ประกอบด้วยประธานคณะกรรมการคือ นายคณิต คุณโลก อดีตเป็น

กำนันตำบลทอนหงส์ เลขานุการคณะกรรมการ คือ นายทรงชัย นาคศุณย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้ายคุ และผู้ช่วยเลขานุการ คือ นางวรรณิ ศักดิ์ศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนคา ผู้แทนจากภาครัฐ จำนวน 3 คน ซึ่งถูกแต่งตั้งเป็นรองประธาน จำนวน 2 คน คือ นายเทศมนตรีตำบลทอนหงส์ และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทอนหงส์ ผู้แทนภาคเอกชน จำนวน 1 คน และผู้แทนภาคประชาชน จำนวน 9 คน รวมทั้งหมด 16 คน

จากการแต่งตั้งคณะกรรมการ พบว่า ตำแหน่งรองประธาน มีจำนวน 2 คน คือ นายเทศมนตรีตำบลทอนหงส์ และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทอนหงส์ เนื่องจากว่า ตำบลทอนหงส์มีการปกครองแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ 1) เทศบาลตำบลทอนหงส์ รับผิดชอบหมู่ที่ 2 และ 6 (บางส่วน) และ 2) องค์การบริหารส่วนตำบลทอนหงส์ รับผิดชอบหมู่ที่ 1, 3, 4, 5, 6 (บางส่วน), 7, 8, และ 9 สำหรับพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้ายคุ ประกอบด้วย หมู่ที่ 3, 4, 5, 7 และ 9 พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนคา ประกอบด้วย หมู่ที่ 1, 2, 6 และ 8 ในส่วนของตัวแทนภาคเอกชน ยังขาดคณะกรรมการที่มาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในการดำเนินงานอาจจะต้องคัดเลือกผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขเข้ามาเป็นที่ปรึกษาให้กับคณะกรรมการเพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

2) ควรมีการประชุมคณะกรรมการ 4 ครั้ง/ปี (3 เดือน/ครั้ง) จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2565 มีการประชุมคณะกรรมการ ๓ อย่างเป็นทางการ จำนวน 2 ครั้ง และอย่างไม่เป็นทางการอีกจำนวนหลายครั้ง ซึ่งขณะนั้นอยู่ในช่วงของการระบาดของโรคโควิด-19 และผู้ที่เข้าร่วมประชุมก็ไม่มีเพียงแต่คณะกรรมการ ๓ แต่มีผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อีกหลายท่าน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่เป็นคณะกรรมการ ครูในพื้นที่ เป็นต้น เพื่อร่วมกันหาแนวทางป้องกันการระบาดและรับทราบนโยบายของการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ร่วมกัน

ในการจัดประชุมคณะกรรมการเสนอให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรง คือ ทางคณะกรรมการเห็นว่า เลขาคณะกรรมการ ๓ ซึ่งได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้ายคุ และบ้านดอนคาซึ่งเป็นหน่วยงานภาคส่วนสาธารณสุขที่รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคระบาดในพื้นที่

3) จัดกลุ่มแอปพลิเคชัน จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีแอปพลิเคชันกลุ่มของคณะกรรมการ ๓ ซึ่งการรับทราบข้อมูลการระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่ คณะกรรมการจะทราบข้อมูลการระบาดของโรคที่ผ่านมาจากแจ้งข้อมูลส่วนตัวจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ้ายคุ และทอนหงส์ หรือจากการประชุมในเวทีต่าง ๆ ของชุมชนหรือ หากคณะกรรมการคนใดเป็นผู้นำชุมชน ก็จะทราบจากการประชุมของหน่วยงานทำให้คณะกรรมการ ๓ ทราบข้อมูลที่ล่าช้า ทั้งนี้ คณะกรรมการจะทราบข้อมูลจากประชาชนในชุมชน ซึ่งอาจจะเป็นข้อมูลที่ยืนยันแล้วว่ามีผู้ป่วยหรือ

อาจจะเป็นข้อมูลที่ยังไม่ได้ยืนยันจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นเพียงข่าวลือ ทำให้รับรู้ข้อมูลที่คาดเคลื่อนได้ จึงมีความเห็นว่า หากมีแอปพลิเคชันกลุ่มที่สามารถสื่อสารได้จะทำให้การรับรู้ข่าวสารที่รวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ได้ คณะกรรมการ ฯ จึงเห็นควรให้การจัดตั้งกลุ่ม โดยการใช้ออปพลิเคชันไลน์ โดยใช้ชื่อกลุ่มว่า “กลุ่ม พชต.ทอนหงส์”

รูปแบบกิจกรรมที่ 2 การได้ปรับปรุงช่องทางข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และการมีช่องทางให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงรับทราบข้อมูลการระบาดของโรคในชุมชน (องค์ประกอบที่ 2 การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น: Customer Focus)

ผลการศึกษาพบว่า มติที่ประชุมคณะกรรมการ ฯ ให้ข้อเสนอแนะว่า การประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่าง ๆ ควรผ่านเวทีต่าง ๆ ที่มีในชุมชน เช่น การประชุมประจำเดือนของกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การประชุมกลุ่มแกนนำในชุมชน เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งจากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประธานคณะกรรมการ ก็มีแนวคิดในการนำประเด็นนี้ไปประชาสัมพันธ์ในเวทีการประชุมประจำเดือนของกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ทั้งนี้ ตำบลทอนหงส์ซึ่งส่วนใหญ่จะมีไลน์กลุ่มหมู่บ้าน และกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน จึงขอให้คณะกรรมการที่เป็นสมาชิกในกลุ่มได้ประชาสัมพันธ์โครงการและแจ้งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับการยืนยันแล้วมีโรคเกิดขึ้นบริเวณใด ทั้งนี้ คณะกรรมการ ฯ ยังเสนอให้มีการประชาสัมพันธ์ ดังนี้

1) จัดทำป้ายเตือนจุดเสี่ยงในพื้นที่ หากมีโรคติดต่อที่เกิดขึ้นบริเวณใดในชุมชน อยาขอให้คณะกรรมการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องติดป้ายประกาศแจ้งเตือนจุดเสี่ยงบริเวณนั้น เพื่อให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณนั้น

2) จัดตั้งกลุ่ม อสม. นักประชาสัมพันธ์ เพื่อให้มี อสม. ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคติดต่อที่เกิดขึ้นในชุมชน คอยให้ความรู้และป้องกันโรคแก่ประชาชนในพื้นที่

รูปแบบกิจกรรมที่ 3 การที่ได้ร่วมกันคิด วางแผน และปรับปรุงกระบวนการ และการที่ได้ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน (องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน: Community Participation)

ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการ ฯ ร่วมกับแกนนำและประชาชนในชุมชน ได้นำเสนอปัญหาในพื้นที่ของตำบลทอนหงส์ พบว่า ปัญหาที่ในที่ประชุมเสนอมีทั้งหมด 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ 2) อาหารปลอดภัย 3) โรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) และ 4) โรคติดต่อ (โรคเลปโตสไปโรซิส/โรคไข้เลือดออก/โรคโควิด-19)

สำหรับประเด็นโรคติดต่อ คณะกรรมการ ฯ และประชาชนให้ความสนใจ เนื่องจากที่ผ่านมาตำบลทอนหงส์พบการระบาดของโรคไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซิส และในปีที่ผ่านมาพบการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ระบาดทั่วโลก ทำให้ประชาชนมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก จึงได้นำเสนอโครงการเพื่อจัดทำที่ทุกภาคส่วนสามารถ

ร่วมกันร่วมกันดำเนินงานกันได้ โดยคณะกรรมการได้นำประเด็นปัญหาที่เสนอในที่ประชุมมาบูรณาการกันทั้งปัญหาของผู้สูงอายุที่มีมากกว่า ร้อยละ 23 ซึ่งสูงกว่าจังหวัดนครศรีธรรมราช (ร้อยละ 19) อาหารปลอดภัยซึ่งเป็น OTOP ของอำเภอพรหมคีรี และโรคที่ไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แต่พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ได้นำมาวางแผนร่วมกัน จึงเสนอให้จัดทำ “โครงการบ้านน่าอยู่ ผู้อาศัยปลอดภัย ห่างไกลโรคระบาด” โดยมีผู้รับผิดชอบ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และได้จัดทำโครงการเสนอขอของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทอนหงส์ ทั้งนี้ ในการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานให้มาจากทุกภาคส่วนเนื่องจากเป็นโครงการที่ต้องร่วมกันทั้งหน่วยงานและบูรณาการกิจกรรม จึงวางแผนนำประเด็นปัญหาข้างต้นมาดำเนินงานร่วมกัน โดยกิจกรรมตามโครงการ ดังนี้

1) แต่งตั้งคณะกรรมการประเมินบ้านน่าอยู่ ผู้อาศัยปลอดภัย ห่างไกลโรคระบาด หมู่บ้านละ 1 ทีม ซึ่งคณะกรรมการจะต้องประกอบไปด้วยผู้นำภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน จำนวน 7 คนต่อทีม

2) คณะกรรมการประชุมร่วมกันพิจารณาหลักเกณฑ์การประเมินบ้านน่าอยู่ ผู้อาศัยปลอดภัย ห่างไกลโรคระบาดผู้อาศัยปลอดภัย ห่างไกลโรคระบาด

3) แบ่งโซนรับผิดชอบในการประเมินบ้านน่าอยู่ ผู้อาศัยปลอดภัย ห่างไกลโรคระบาด

4) ประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ และการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้าน

5) มอบรางวัลบ้านตัวอย่างให้กับบ้านที่ผ่านตามหลักเกณฑ์โครงการบ้านน่าอยู่ ผู้อาศัยปลอดภัย ห่างไกลโรคระบาด

รูปแบบกิจกรรมที่ 4 มีการสร้างขวัญและกำลังใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน (องค์ประกอบที่ 4 การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ: Appreciation)

ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการ ฯ เสนอว่า จากการดำเนินงานที่ผ่านมาเคยดำเนินการโครงการบ้านสะอาด แล้วมีการมอบเกียรติบัตรให้กับบ้านที่ผ่านเกณฑ์ ทำให้ประชาชนมีความกระตือรือร้นในการจัดบ้านและสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ ซึ่งเป็นการสร้างแรงกระตุ้นให้กับประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้ บ้านที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ก็มีแรงเสริมและผลักดันจากเพื่อนบ้านในการปรับปรุงเพื่อให้ผ่านเกณฑ์และจะได้รับเกียรติบัตร สำหรับในปีนี้ คณะกรรมการเห็นว่า การจัดทำโครงการบ้านน่าอยู่ ผู้อาศัยปลอดภัย ห่างไกลโรคระบาดเป็นโครงการที่ดี และสามารถนำมาบูรณาการร่วมกับหลาย ๆ หน่วยงาน และเป็นการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออีกด้วย หากหลังคาเรือนใดที่สามารถปรับปรุงให้ผ่านตามเกณฑ์ก็มีเกียรติบัตรให้อีก กิจกรรมดังกล่าว คณะกรรมการเล็งเห็นว่า

เป็นการกระตุ้น และให้ความสำคัญกับประชาชนที่ลงมือปฏิบัติจริง จนทำให้ประชาชนเห็นคุณค่าของการปฏิบัติ

รูปแบบกิจกรรมที่ 5 มีการใช้ทรัพยากรและพัฒนาทักษะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน (องค์ประกอบที่ 5 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร: Resource Sharing and Human Development)

ผลการศึกษาพบว่า จากการประชุมคณะกรรมการ ฯ ได้เสนอให้แต่ละหน่วยงานที่มีส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ร่วมกับแบ่งปันทรัพยากร และร่วมกันพัฒนาทักษะของประชาชนเพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ควรที่จะต้องให้หน่วยงานสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ ส่วนคณะกรรมการอื่นก็ให้รับผิดชอบในส่วนที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานตนเอง ดังนี้

1) การสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของ พชอ. และ พชต. เป็นหน้าที่ของเลขานุการคณะกรรมการ พชอ./พชต. ซึ่งกระบวนการนี้ดำเนินการได้ในเวลาที่มีการประชุมคณะกรรมการ ที่กำหนดไว้ 4 ครั้ง/ปี สืบเนื่องมาจากว่าอาจจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการคนใหม่เข้ามาแทนคนเก่าที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ทั้งมีการโยกย้ายในส่วนของตัวแทนภาครัฐ หรือคณะกรรมการอื่นที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้จากโรคประจำตัว หรือโยกย้ายถิ่นฐาน

2) การพัฒนาทักษะและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ที่ระบาดในชุมชน เห็นควรให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอายุและบ้านดอนคาเป็นที่ปรึกษา ทั้งนี้ อาจจะมีการติดต่อวิทยากรจากหน่วยงานอื่นทั้งนอกพื้นที่หรือในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม อาทิ การเสริมพลังของประชาชนเสนอให้เชิญวิทยากรจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เป็นต้น

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคระบาด เสนอให้เชิญวิทยากรจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี โรงพยาบาลพรหมคีรี เป็นต้น

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค เสนอให้เชิญวิทยากรจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี เป็นต้น

3) พัฒนาทีม SRRT ให้มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ร่วมกับทีมคณะกรรมการ พชอ./พชต. ซึ่งทีม SRRT ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4) ทรัพยากรในการดำเนินโครงการ เสนอให้จัดทำโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลทอนหงส์และเทศบาลตำบลทอนหงส์ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลบ้านอ้ายคูและบ้านดอนคาเป็นที่ปรึกษา ทั้งนี้ หากมีโครงการที่สอดคล้องกันกับหน่วยงาน เช่น อาหารปลอดภัย ซึ่งอาจจะได้รับการสนับสนุนมาจากพัฒนาชุมชนหรือเกษตรอำเภอ ควรจะต่อนำมาบูรณาการร่วมกันทั้งกิจกรรม งบประมาณ ทรัพยากรคน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและดำเนินกิจกรรมไปด้วยกัน

รูปแบบกิจกรรมที่ 6 มีการบูรณาการและประเมินผลระบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน (องค์ประกอบที่ 6 การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น: Essential Care)

ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการ ให้ข้อเสนอแนะว่า ในส่วนการบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น ยังคงต้องปฏิบัติกิจกรรมต่อไป อาทิ

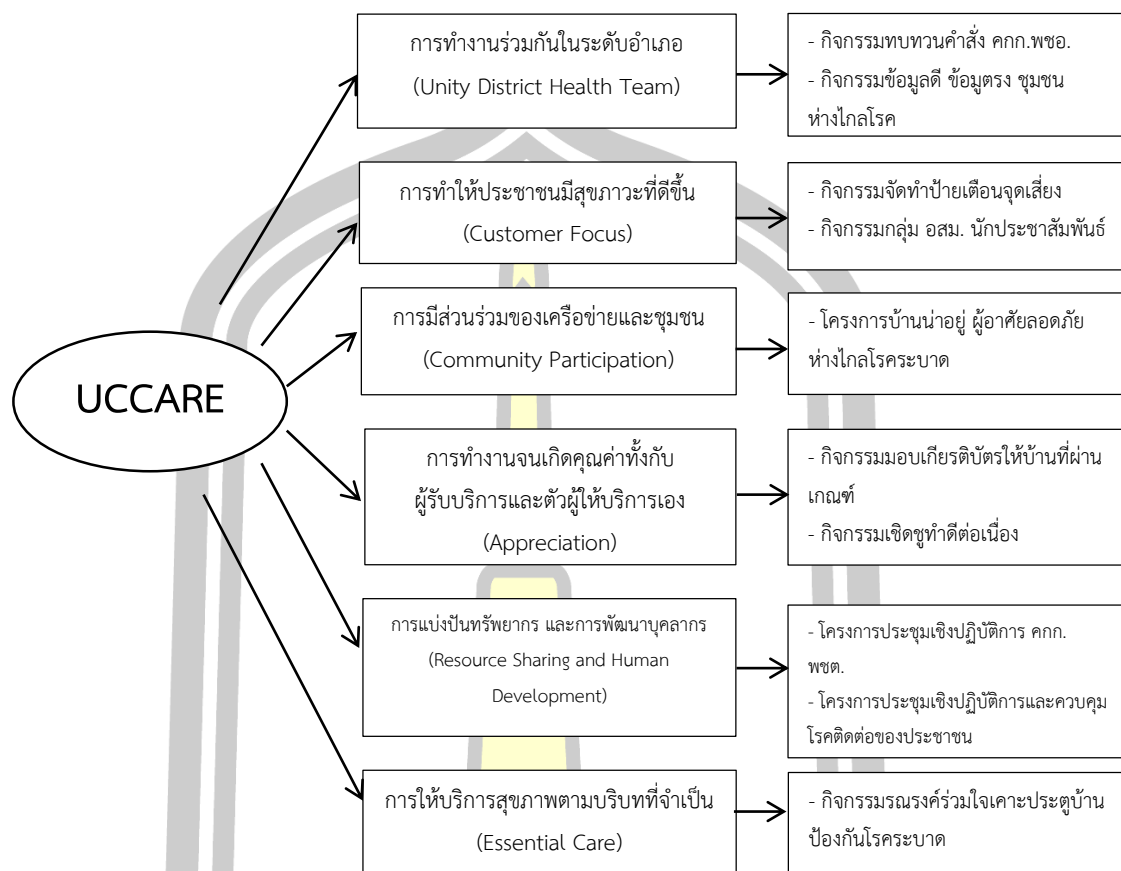
1) การแจกทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย ซึ่งมีความจำเป็นตลอดทั้งปีเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลทอนหงส์และเทศบาลตำบลทอนหงส์ ทั้งนี้ควรจะต้องให้ความรู้ในการใช้วัสดุอื่นแทน เช่น ปูนแดง ผงซักฟอก ผงชูรส เกลือ เป็นต้น

2) การรณรงค์เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ที่ระบาดในชุมชน แกนหลักที่สำคัญควรจะต้องเป็นบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3) การฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันความรุนแรง เช่น โรคโควิด-19 ก็ยังต้องให้มีการรับบริการวัคซีนอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะเป็นโรคประจำถิ่น แต่หากเกิดโรคนี้อีกก็ทำให้เกิดความรุนแรงของกลุ่มเสี่ยงได้

การพัฒนาารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้เกิดจากการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำไปสู่องค์ประกอบของรูปแบบกิจกรรมดังรูปภาพที่ 9





รูปภาพที่ 9 รูปแบบกิจกรรมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน
ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2.2 ชั้นปฏิบัติการ (Action)

กิจกรรมที่คณะกรรมการ ฯ มีส่วนร่วมในการออกแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน มีทั้งหมด 10 กิจกรรม สรุปผลการดำเนินงานได้ดังนี้

1. กิจกรรมทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

กิจกรรมนี้ได้นำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจากตัวแปรสังเกตที่ศึกษา คือ การประชุมเพื่อดำเนินงานอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี ($b = 1.619$)

ผลการศึกษา พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตำบลทอนหงส์ ร่วมกันทบทวนรายชื่อคณะกรรมการ ฯ ทั้งนี้ ประธานคณะกรรมการ ฯ ได้แจ้งให้กับคณะกรรมการทราบว่ามีคณะกรรมการ ฯ 1 ท่าน เสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับ ซึ่งคณะกรรมการจะร่วมเสนอชื่อคณะกรรมการคนใหม่ในโอกาสต่อไป กิจกรรมดังกล่าว ยังได้ทบทวนปัญหาสุขภาพของตำบล ซึ่งคณะกรรมการได้นำเสนอประเด็นที่สำคัญ 5 ประเด็น คือ 1) อาหารปลอดภัย 2) ผู้สูงอายุ

3) โรคไม่ติดต่อ (ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน) 4) โรคไข้เลือดออกและโรคเลปโตสไปโรซิส จากการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาตำบลทอนหงส์ไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและเลปโตสไปโรซิส ซึ่งจากการนำเสนอประเด็นปัญหา ยังไม่มีประเด็นปัญหาที่เร่งด่วน มีแต่ประเด็นปัญหาที่ยังคงจะต้องทำต่อเนื่อง และหากได้ทำโครงการในรูปแบบของการบูรณาการจะทำให้การดำเนินโครงการมีประสิทธิภาพขึ้นได้ และเพื่อให้มีดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีการกำหนดให้มีการประชุม และสรุปรายงานการประชุม อย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี (รายไตรมาส) หากมีประเด็นหรือข้อมูลที่เร่งด่วนที่จะต้องแจ้งให้ทราบ จะกำหนดประเด็นในการจัดทำแผนร่วมกันทุกภาคส่วน ตลอดจนมีกระบวนการติดตามประเมินและเยี่ยมเสริมพลัง ทั้งนี้ได้กำหนดประชุมครั้งต่อไปในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567

2. กิจกรรมข้อมูลดี ข้อมูลตรง ชุมชนห่างไกลโรค

กิจกรรมนี้ได้นำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจากตัวแปรสังเกตที่ศึกษา คือ การใช้ข้อมูลการระบาดมาวางในชุมชน ($b = 1.610$)

ผลการศึกษา พบว่า เป็นกิจกรรมที่จะต้องนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับโรคระบาดที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยข้อมูลการระบาดได้รับการรายงานจากเลขานุการคณะกรรมการ ฯ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้ายคู) ที่ได้นำเสนอข้อมูลการเกิดโรคในพื้นที่ในตำบลทอนหงส์ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 จนถึงปัจจุบัน ดังนี้

- 1) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 65 ราย
- 2) โรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 41 ราย
- 3) โรคอาหารเป็นพิษ จำนวน 12 ราย
- 4) โรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 4 ราย และ
- 5) โรคโควิด-19 จำนวน 11 ราย

ทั้งนี้ จากรายงานของโรค ตำบลทอนหงส์ อำเภอพรหมคีรี ยังไม่พบโรคไข้เลือดออก และโรคมือเท้าปาก การได้รับทราบข้อมูลการระบาดทำให้คณะกรรมการได้วางแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเพื่อไม่ให้มีการระบาดของโรคที่เพิ่มมากขึ้น สำหรับโรคที่ยังไม่พบการระบาด ได้แก่ โรคไข้เลือดออก และโรคมือเท้าปาก ก็ควรจะต้องเฝ้าระวังเนื่องจากเป็นโรคที่เกิดขึ้นเป็นประจำทุกปี เมื่อได้ทราบข้อมูลที่เป็นปัจจุบันทำให้คณะกรรมการเล็งเห็นถึงความสำคัญของมาตรการต่าง ๆ ที่ควรจะต้องประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนปฏิบัติ และสามารถร่วมกันวางแผนการดำเนินโครงการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ให้มีการระบาดในพื้นที่ได้อย่างชัดเจนขึ้น หากสามารถที่จะค้นหากลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสโรคได้เร็วขึ้น ทั้งนี้ ในการจัดตั้งกลุ่มโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ “กลุ่ม พชต.ทอนหงส์” ทำให้การรับทราบข้อมูลของโรคระบาดในพื้นที่ทันต่อสถานการณ์มากขึ้น ซึ่งสมาชิกในกลุ่มจะนำข่าวสารการระบาดมาสื่อสารในกลุ่มเพื่อยืนยันการระบาด การจัดตั้งกลุ่มแอปพลิเคชันนี้ที่สามารถสื่อสารข้อมูลข่าวสารได้รวดเร็ว

3. กิจกรรมจัดทำป้ายเตือนจุดเสี่ยง

กิจกรรมนี้ได้นำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจากตัวแปรสังเกตที่ศึกษา คือ การมีช่องทางให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงรับทราบข้อมูล ($b = 1.122$)

ผลการศึกษา พบว่า เป็นกิจกรรมที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ร่วมกับประชาชนมีการสำรวจจุดเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนหลีกเลี่ยงจุดเสี่ยงนั้น ๆ หรือหากไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ก็ต้องป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด โดยหาก อสม. เห็นว่าบริเวณนั้นเป็นพื้นที่เสี่ยง ก็จะดำเนินการแจ้งผ่านมายัง รพ.สต. เพื่อให้ รพ.สต. ทราบข้อมูลที่จะนำไปสู่กระบวนการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรค และแจ้งไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ทั้งนี้ หากมีความจำเป็นที่จะต้องใช้งบประมาณ รพ.สต. ก็จะแจ้งหรือขอสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับบางส่วนที่เป็นจุดเสี่ยงแต่ไม่มีความจำเป็นจะต้องใช้งบประมาณ ประชาชนจะดำเนินการเองตามวิถีชาวบ้าน สำหรับโรคที่เกิดขึ้นตามฤดูกาล เช่น โรคไข้เลือดออก จะดำเนินการจัดทำป้ายเตือนจุดเสี่ยงก่อนที่จะมีโรคเกิดขึ้นบริเวณพื้นที่ต่าง ๆ ที่เป็นชุมชน เช่น โรงเรียน วัด สำหรับบริเวณแหล่งน้ำที่เป็นน้ำขังหรือพบพาหนะนำโรคเลปโตสไปโรซิส ก็จะดำเนินการจัดทำป้ายให้เห็นเด่นชัด เพื่อไม่ให้ประชาชนลงไปบริเวณแหล่งน้ำนั้น สำหรับโรคโควิด-19 จะทำป้ายเตือนให้มีการป้องกันโดยใช้มาตรการ D-M-H-T-T-A อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการจัดงานประจำปีของพื้นที่ หรืองานตามประเพณีที่ประชาชนจัดขึ้น

4. กิจกรรมกลุ่ม อสม. นักประชาสัมพันธ์

กิจกรรมนี้ได้นำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจากตัวแปรสังเกตที่ศึกษา คือ การได้ปรับปรุงช่องทางข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ($b = 1.144$)

ผลการศึกษา พบว่า เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ อสม. ได้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคระบาดและความรู้ที่ทันสมัย นำไปสู่การพัฒนางานด้านประชาสัมพันธ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างถูกวิธีและครบถ้วน ทั้งนี้ อสม. ยังได้จัดตั้งกลุ่มไลน์ประชาสัมพันธ์ตำบลทองหงส์ 1 กลุ่มไลน์เพื่อไว้สำหรับส่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ผ่านไลน์ โดยมีเครือข่ายประชาสัมพันธ์ในครั้งนี้อยู่จำนวน 60 คน ส่งผลให้ อสม. ได้รับความรู้ และวิธีดำเนินการในขั้นตอนการประชาสัมพันธ์ข่าวสาร การเผยแพร่ข่าวสารได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน ซึ่งปัจจุบันใช้เป็นช่องทางประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารของ อสม. และชุมชนต่าง ๆ

5. โครงการบ้านนออยู่ ผู้อาศัยปลอดภัย ห่างไกลโรคระบาด

กิจกรรมนี้ได้นำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจากตัวแปรสังเกตที่ศึกษา คือ การที่ได้ร่วมกันคิด วางแผนและปรับปรุงกระบวนการ ($b = 1.176$) และการที่ได้ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงาน ($b = 1.149$)

ผลการศึกษา พบว่า กิจกรรมนี้เป็นโครงการที่บูรณาการจากประเด็นปัญหาสุขภาพ ซึ่งจากการป่วยด้วยโรคติดต่อทำให้เกิดอัตราการเสียชีวิต พิกการ เป็นจำนวนมาก อย่างเช่น โรคโควิด-19 โดยสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีความประมาท และปล่อยให้บริเวณ ภายในบ้าน นอกบ้าน และชุมชนให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรค ในขณะเดียวกันประชาชนยังขาด ทักษะความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในบางโรค จึงทำให้ในชุมชนเกิดการระบาดของโรค ทั้งนี้ โรคติดต่อบางโรคอาจจะเกิดจากเชื้อโรคที่ควบคุมได้ยาก โรคบางโรคประชาชนยังไม่รู้จัก เพียงแต่เคยได้ยิน เช่น โรคเลปโตสไปโรซิส ฉะนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงได้จัดทำโครงการดังกล่าวขึ้นเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันการเกิดโรคระบาด ตลอดจนการจัดบริเวณบ้านเรือนและชุมชนให้ถูกสุขลักษณะ และร่วมมือกันรักษาความสะอาดชุมชน รู้จักวิธีการกำจัดขยะที่ถูกต้องและจะขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลทอนหงส์ กิจกรรมในโครงการประกอบด้วย 1) การอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคติดต่อ และ 2) ประกวดบ้านตัวอย่างพร้อมมอบเกียรติบัตรโดยใช้หลักเกณฑ์ของคณะกรรมการที่กำหนดขึ้น โดยผลที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการคือ ประชาชนมีความรู้มีความตระหนักในการดูแลบ้านเรือนให้มีความสะอาดและปลอดภัย และรู้จักการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ทำให้สามารถป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อได้

6. กิจกรรมมอบเกียรติบัตรให้กับบ้านที่ผ่านเกณฑ์

กิจกรรมนี้ได้นำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจากตัวแปรสังเกตที่ศึกษา คือ การที่คณะกรรมการได้จัดประชุมและได้ชื่นชม เพื่อสร้างแรงเสริมพลัง ($b = 1.061$)

ผลการศึกษา พบว่า เป็นกิจกรรมที่สร้างขวัญและกำลังใจให้กับบ้านที่ร่วมโครงการที่สามารถปรับปรุงบริเวณภายในบ้านและนอกบ้านให้เป็นระเบียบ ถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามเกณฑ์การประเมินบ้านตัวอย่าง ซึ่งหลังคาเรือนที่ได้รับเกียรติบัตรจะเป็นบ้านที่ผ่านเกณฑ์จากการ ประเมินของคณะกรรมการ

7. กิจกรรมเชิดชูทำดีต่อเนื่อง

ผลการศึกษา พบว่า เป็นกิจกรรมที่สร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- 1) บ้านที่เข้าร่วมโครงการ โดยการมอบเกียรติบัตรและมีการประเมินบ้านต่อเนื่องเพื่อผลักดันให้เป็น บ้านตัวอย่างในชุมชน
- 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการมอบเกียรติบัตรให้กับ อสม. ที่ดำเนินการหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต มีการมอบเกียรติบัตรในวัน อสม. แห่งชาติ และมีการประกาศความดีให้กับ อสม. ในวันประชุมประจำเดือนของ รพ.สต.
- 3) ผู้นำ ชุมชน โดยการประกาศเกียรติคุณให้กับประชาชนรับทราบในวันประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน และ
- 4) คณะกรรมการ ฯ รวมถึงเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. มีการชื่นชมในบทบาทที่สามารถดำเนินการ กิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

8. กิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

กิจกรรมนี้ได้นำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจากตัวแปรสังเกตที่ศึกษา คือ มีการทบทวนและปรับปรุงทรัพยากรเพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษา พบว่า เป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้ายคู และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนคา จัดประชุมเพื่อชี้แจงบทบาท หน้าที่ และกลวิธีการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ซึ่งมีคณะกรรมการเข้าร่วมประชุมทั้งหมด 15 คน โดยมีนายคณิต คุณโลก กำนันตำบลทอนหงส์เป็นประธาน

9. กิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของประชาชน

กิจกรรมนี้ได้นำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจากตัวแปรสังเกตที่ศึกษา คือ การได้พัฒนาทักษะในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ($b = 1.140$)

ผลการศึกษา พบว่า เป็นกิจกรรมอบรมความรู้ให้กับคณะกรรมการและประชาชน เกี่ยวกับโรคติดต่อ จำนวน 50 คน โดยใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลทอนหงส์ โรคที่ต้องเฝ้าระวังในพื้นที่ประกอบด้วยโรคโควิด-19 โรคเลปโตสไปโรซิส โรคมือเท้าปาก และโรคไข้เลือดออก โดยในกิจกรรมผู้เข้าประชุมได้แบ่งเป็นกลุ่ม นำเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคที่ได้รับมอบหมายและเสนอวิธีแนวทางการป้องกันโรคหากมีโรคเกิดขึ้นในชุมชน

10. กิจกรรมรณรงค์เราพร้อมใจเคาะประตูบ้านป้องกันภัยโรคติดต่อ

กิจกรรมนี้ได้นำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจากตัวแปรสังเกตที่ศึกษา คือ การที่คณะกรรมการทบทวนและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ($b = 1.096$) และ 2) การที่คณะกรรมการจัดระบบการดำเนินงาน อย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน ($b = 1.082$)

ผลการศึกษา พบว่า เป็นกิจกรรมที่ร่วมกันในภาพรวมทั้งอำเภอ โดยสาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. โรงเรียนในเขตรับผิดชอบ ร่วมกันรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคระบาดแบบเชิงรุก โดยการลงชุมชนร่วมกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักเรียน และประชาชน ช่วยกันรณรงค์เคาะประตูบ้านทุกหลังคาเรือน โดยแต่ละ รพ.สต. ได้แบ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและนักเรียนออกเป็นโซน นำสมาชิกในกลุ่มไปยังบ้านในเขตที่รับผิดชอบ เพื่อให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคระบาด โดยเฉพาะโรคโควิด-19 ที่ยังมีการระบาดในพื้นที่อำเภอพรหมคีรี โรคไข้เลือดออกที่กำลังระบาดในพื้นที่ ทั้งนี้ กิจกรรมเคาะประตูบ้าน อำเภอพรหมคีรียังคงเน้นการรณรงค์การฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค ให้ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

2.3 ชั้นสังเกตการณ์ (Observe)

การติดตามการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการ

ประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน โดยการบันทึกเหตุการณ์และข้อมูลต่าง ๆ มีการสัมภาษณ์โดยการสนทนากลุ่มคณะกรรมการ ฯ และประชาชน ในประเด็นนโยบายและเป้าหมาย ด้านกระบวนการหรือช่องทางประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย ความสอดคล้องกับความจำเป็นของสภาพปัญหา การสนับสนุนทรัพยากร และการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และทบทวน ซึ่งผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่เพื่อให้คำแนะนำผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยในระหว่างการทำดำเนินงานจะมีการประเมินผลเพื่อให้ทราบความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรค และอาจมีการปรับแผนให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และการดำเนินชีวิตของพื้นที่วิจัย เพื่อให้มีความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน

ผลการศึกษามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของคณะกรรมการ พชอ. และกลุ่มประชาชน ในช่วงระหว่างการทำวิจัย พบว่า ทั้งสองกลุ่มให้ความสำคัญกับกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้น โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1) ด้านนโยบายและเป้าหมายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า คณะกรรมการ ฯ เข้าใจนโยบายเพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และประชาชนก็มีความเข้าใจในนโยบายและเป้าหมายเช่นกัน กล่าวคือ ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถที่จะป้องกันและควบคุมให้เกิดโรคในชุมชนได้ และก็สามารถที่จะลดอัตราป่วยเพื่อไม่ให้ระบาดมากยิ่งขึ้น พร้อมเสนอแนะให้มีการประชุมการดำเนินงานที่ถี่ขึ้น ดังตัวอย่างข้อความ

“ถ้าจะไม่ให้เกิดขึ้นเลย มันคงเป็นไปได้ แต่เราป้องกันได้นะ โรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในบ้านเรา แต่ว่า เราต้องต้องมีแนวทางกำจัดการันแหละ” (คณะกรรมการ B)

“เราการประชุมกรรมการกันปีละ 2 ครั้ง ไม่ค่อยพอนะ แต่ถ้าให้ดีเราควรจะประชุมกันปีละ 4 ครั้ง หรือถ้าไม่มีเวลาจริง ๆ เราก็ใช้ประชุมทางไลน์กัน หมอจะต้องนัดอีกที” (คณะกรรมการ A)

“เราทำแล้วไม่ใช่ว่าจะไม่เกิดโรคนะ แต่เราทำแล้วโรคจะต้องไม่เกิดมากขึ้น ห้ามไม่ได้หรอกโรค แต่เราต้องรู้วิธีป้องกันกัน เราทำโครงการบ้านนำอยู่ เราก็หวังจะทำให้โรคต่าง ๆ ลดลงเหมือนโควิดนะ คนอยู่บ้านได้ โรคก็เบา ๆ ลง เราทำกันได้นะ” (คณะกรรมการ B)

2) ด้านกระบวนการหรือช่องทางประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบข้อมูล พบว่า คณะกรรมการ ฯ และประชาชนทราบกระบวนการและข้อมูลที่มีการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนรับทราบเกี่ยวกับการเกิดโรคระบาดในพื้นที่ ซึ่งมีช่องทางหลายช่องทางที่ทำให้ประชาชนรับทราบข้อมูลได้ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย หรือแม่แต่ร้านขายยาในชุมชน ดังตัวอย่างข้อความ

“เวลาเกิดโรคฉี่หนูเนี่ย เราจะรณรงค์ให้ความรู้ เมื่อเกิดโรคฉี่หนู รพ.สต. จะทำป้ายไว้นิลให้
ให้รู้ว่า ตรงไหนอันตราย เป็นการประชาสัมพันธ์นะ ถ้าขับรถไปที่สามแยกทางเข้า รพ.สต. จะเห็นป้าย
บอกว่าตรงนี้พบคนที่เป็นฉี่หนูจากตรงนี้ และบอกว่าห้ามลงไปบริเวณนี้”(คณะกรรมการ E)

“ใช้เลือดออกเราก็รณรงค์ เรามีเสียงตามสาย มีการเดินกัน อสม. ช่วยกันสำรวจลูกน้ำ
ยุงลาย เราได้งบจาก อบต. บางหมู่ก็มาจากเทศบาล ใช้งบ สปสช. ตัวเราเองเราต้องรู้ว่าเราต้องของบ
จากตรงไหน” (คณะกรรมการ E)

“เราให้ความรู้เรื่อย ๆ ยิ่งถ้าโรคไหนเกิดเราก็อธิบายความรู้ในหมู่บ้านเลย บางทีเราก็อธิบาย
มา เวทีนี้แหละสำคัญคนมามากดี ได้รู้กันทั่ว ๆ” (คณะกรรมการ C)

“เรามาตั้งไลน์ พชต. กัน เราจะได้รู้ข่าวสารที่นำเสนอเบื้องต้นนะ ถ้ามีใครเป็นโควิดก็ได้ใส่
ไปในไลน์ จะได้รู้กันว่าตรงไหนเสี่ยง ตรงไหนปลอดภัย” (คณะกรรมการ C)

“เรารู้จากสื่อ จากการกินน้ำชาประมาณนี้ เคี้ยวพูดต่อ ๆ กัน เสียงตามสายกัน บางทีเจอก็
บอกกันบนถนน” (ประชาชน B)

“รู้จากไลน์ จากเฟส เคี้ยวเวลาไปหาหมอ เวลานอนโรงพยาบาล แต่ไลน์ที่ตั้งขึ้นมีประโยชน์
นะรู้เร็วดี” (ประชาชน C)

“ป้ายที่เค้าทำ ทำให้เรารู้ว่า ตรงไหนมีโรค” (ประชาชน D)

“เราเป็นผู้นำ เราต้องเป็นแบบอย่างที่ดี เราต้องเป็นคนไปให้ข้อมูลบางอย่างด้วย เราช่วยได้
เยอะนะ อีกร้อยเราต้องชวนคนเข้าประชุม ให้เค้ารู้กันมาก ๆ โรคจึงจะได้ป้องกันได้ บางทีเค้าได้ฟัง
ด้วยหูตัวเอง อีกร้อยนะ บางทีเค้ามีความคิดดี ๆ ก็ได้” (ประชาชน E)

3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความเข้าใจและเห็นว่
การทำกิจกรรมต่าง ๆ จะต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งอาจมีส่วนร่วมในแบบบูรณาการ
ต่าง ๆ ในชุมชน ดังตัวอย่างข้อความ

“เราต้องเอาหลาย ๆ งานมาทำร่วมกันนะ ทั้งปลูกผักปลอดสารพิษ การจัดบ้าน อุบัติเหตุ
หน่วยงานที่อยู่ในอำเภอจะต้องคุยกันนะ แล้วมาบอกเราที่เดียว เราจะทำแล้วไม่เหนียว”
(คณะกรรมการ B)

“ท้องถิ่นมีโครงการให้ความรู้ เค้าจัดการเรื่องสิ่งแวดล้อม เค้ามีโครงการแนะนำ แต่เค้าไม่
ทำคนเดียวนะ เค้าอาศัยผู้ใหญ่ เค้าอาศัยชาวบ้านให้ช่วยกันแหละ มีบ้างแหละที่เค้าไม่ช่วย แต่ก็ส่วน
น้อยนะ เพราะส่วนใหญ่แล้วเค้าก็ห่วงตัวเอง ห่วงคนในบ้านแหละ” (ประชาชน C)

4) ความสอดคล้องกับความจำเป็นของสภาพปัญหา พบว่า กิจกรรมที่ดำเนินงานมีความ
สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ โดยประเด็นปัญหาเน้นถึงกิจกรรมบูรณาการและมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง
ดังตัวอย่างข้อความ

“เราทำโครงการบ้านนำอยู่ เรามีเกียรติบัตรให้ ผู้สูงอายุต้นแบบเราก็เคยมีนะ คนที่ได้ก็ภูมิใจนะ เสียตายว่าผู้สูงอายุเราตายแล้ว จริงเค้าเคยได้รางวัลกัน แถว ๆ ที่วัดล้วยปลาน้ำนั้นแหละ” (คณะกรรมการ C)

“อาหารปลอดภัยในบ้านเราก็สำคัญนะ อำเภอเรา OTOP เรื่องนี้ ถ้าเราจะทำเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย ควบคุมกับการประกวดบ้าน พี่ว่าน่าจะดีดีนะ เราก็ได้ทำงานกันไม่มากนัก ทำทีเดียวได้หลายอย่างเลย” (คณะกรรมการ D)

“ถึงว่าบ้านเราไม่เกิดโรคไข้เลือดออกมา 3 ปี แล้ว คนรู้จักปรับเปลี่ยนดีขึ้น บ้านที่ผ่านเกณฑ์ ถ้าเราติดตามต่อเนื่อง ให้เกียรติบัตรต่อเนื่อง เค้าก็มีกำลังใจ อีกอย่างไปดูได้เลยบางบ้านยังทำอยู่ เป็นการสร้างแรงจูงใจนะ มันกระตุ้นได้นะ นายก็ให้เกียรติบัตรเอง เกียรติบัตรเราแจกปีละครั้งนะ คนที่ได้ภูมิใจแหละ” (คณะกรรมการ C)

5) การสนับสนุนทรัพยากร พบว่า มีการสนับสนุนทรัพยากรในชุมชนเพื่อดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค โดยเฉพาะสถานที่เพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน และการได้รับสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานอื่น ดังตัวอย่างข้อความ

“แต่ก่อนฉีดวัคซีนที่โรงบาล พอระบาดมากขึ้นเรามาฉีดที่โรงเรียน อบต. มาช่วย หมอมาช่วย เราใช้เข็มดีแหละอะไรที่อยู่ในหมู่บ้านเรา” (คณะกรรมการ A)

“เวลาเราไม่รู้ใคร เราเชิญล้วยลักษณะมาให้ความรู้นะ เราได้รู้มากขึ้นนะ” (คณะกรรมการ A)

“บางทีเค้าไม่รู้เนะว่ามีบที่เค้าช่วยกันได้ เจ้าหน้าที่ที่โอนมาเป็นพี่เลี้ยงได้นะ” (ประชาชน E)

6) การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และทบทวน พบว่า ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคระบาด ทั้งคณะกรรมการ ฯ และประชาชน ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนในการดำเนินงาน ทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยมีการนำสมาชิกไปศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหมู่บ้านอื่นที่ใกล้เคียง เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของสมาชิก ดังตัวอย่างข้อความ

“ปีแรกที่เราทำ เราเชิญเจ้าหน้าที่มาให้ความรู้ ไปพูด เค้าไม่สนใจนะ เค้าว่าไม่ใช่เรื่องเค้า แต่เราก็ทำไปทำไป แต่พอเราเอาข้อมูลไปบอก เอาตัวเลขไปให้ดู และพอเห็นบ้านคนอื่นได้เกียรติบัตร เค้าก็เริ่มทำ จนเค้าทำเป็นนิสัย บ้านไหนที่สะอาดตา เค้าก็ชื่นชม มีนะที่หมู่บ้านอื่นมาดูงาน เราให้ดูบ้านนั้นแหละ เราก็ไปดูงานหมื่นกันนะ เห็นบ้านเพื่อนทำได้ เราก็ต้องทำได้ แต่เราต้องใช้เวลานานไม่ใช่ทำกันวันสองวันแล้วสำเร็จ” (คณะกรรมการ C)

“ในบ้านเรามันมีหลายโรค เราต้องรู้จักตรวจสอบนะว่าโรคที่เค้าบอกเป็นจริงป่าว เพราะเรา รู้จากชาวบ้าน เราไม่รู้หรอกว่าจริงม่าย บางทีหมอม่าเป็นแต่เป็นจริงม่าย” (ประชาชน A)

“โครงการที่เห็นทำกัน ก็เป็นปัญหาอยู่นะ สอดคล้องกับปัญหาในชุมชนมัย ก็โอเคนะ เห็นเค้าเอาข้อมูลมาพูดกัน มาเถียงกัน สิ่งที่ได้ตรงกับที่พวกเราต้องการ คนที่ไม่ได้เข้าประชุม อสม. เป็นผู้กระจายข่าว เค้าจะประชุมบ้าน” (ประชาชน A)

2.4 ชั้นสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection)

2.4.1 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน

จากการคืนข้อมูลให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล เข้าร่วมประชุม จำนวน 14 คน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้ายคู อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอถือเป็นองค์กรหนึ่งที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนและเชื่อมโยงประเด็นปัญหาต่าง ๆ ลงไปสู่พื้นที่ สิ่งที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ นอกจากกิจกรรมที่เกิดขึ้นด้วยการระดมความคิดของภาคีเครือข่าย และในความเห็นที่ร่วมกันในการแก้ปัญหาโรคระบาดในพื้นที่ทั้ง 10 กิจกรรม กิจกรรมต่าง ๆ ถ้าจะให้เกิดความสำเร็จจะต้องดำเนินการผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ซึ่งจะทำให้ชุมชนแก้ไขปัญหาเองได้ โดยอาศัยการสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าว นอกจากจะสร้างคุณค่าให้กับ พชอ./พชต. แล้ว ยังเป็นการสร้างคุณค่าให้กับประชาชนอีกด้วย ดังตัวอย่างข้อความที่ว่า

“ อสม. ลงตรวจบ้าน แล้วก็กรรมการแต่ละเขตแต่ละ ก็มี อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนท้องถิ่น คัดเลือกในเขต ส่วนเกณฑ์เราคิดกันแหละ เกณฑ์เราคิดกันเองจากหลายๆส่วน จากเกษตรท้องถิ่น ชุมชนนะ โครงการนี้ชาวบ้านเห็นด้วย คนในชุมชนเห็นด้วย ลงพื้นที่จริงๆให้เค้าเห็น อย่างโควิด เห็นมัยว่าช่วยกันทุกคน ถึงมันจะคุมยาก แต่เราก็เต็มทีกับมันแล้ว ” (คณะกรรมการ A)

2. จากกิจกรรมที่ดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มองเห็นว่า สิ่งที่ทำให้ทุกกิจกรรมประสบความสำเร็จมาจากข้อมูลที่ดี ทันต่อเวลา และเป็นจริง ซึ่งนอกจากข้อมูลที่เป็นทางการที่ได้จาก รพ.สต. หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ยังมีข้อมูลที่มาจากประชาชนที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งถือได้ว่าเป็นข้อมูลที่เป็นกระบอกเสียงที่มีการสะท้อนจากพื้นที่จริง ๆ เห็นได้จากข้อเสนอคิดที่มาจากประชาชนว่า ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในพื้นที่ที่ได้จากร้านกาแฟ หรือร้านน้ำชาในหมู่บ้าน เพราะข้อมูลบางอย่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตไม่สามารถทราบได้จากการรายงานของทางราชการ ประชาชนอยู่ในพื้นที่สามารถรับข้อมูลจากเพื่อนบ้านกันเอง และทั้งนี้ในกิจกรรมการเตือนภัยเสียงในจุดที่มีความเสี่ยง ประชาชนมองเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากการติดป้ายดังกล่าวจะทำให้ประชาชนรับทราบจุดเสี่ยง เนื่องจากในชุมชนมีคนหลายกลุ่ม กลุ่มวัยที่จะต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษอีกกลุ่มหนึ่ง คือ วัยเด็กทั้งนี้ คณะกรรมการมองเห็นว่า กิจกรรมนักประชาสัมพันธ์ ควรจะต้องเพิ่มกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนอีกกลุ่มด้วย เนื่องจากกลุ่มนี้ในอนาคตอาจจะเป็นผู้นำชุมชน หากได้รับรู้กระบวนการในการควบคุมและป้องกันโรคระบาด จะทำให้กลุ่มวัยนี้มีความเข้าใจกระบวนการของชุมชนมากขึ้น ดังตัวอย่างข้อความที่ว่า

“ในฐานะที่เราเป็นกรรมการนะ เรามีหน้าที่ประสานกับ รพสต. ซึ่งก็มี อสม. ที่ดูแลประจำครัวเรือนในหมู่บ้าน คนหนึ่งก็ประมาณ 10-13 ครัวเรามีป้ายบอกจุดเสี่ยงนะ เช่น ถ้าน้ำตรงไหนเกิดโรคเล็ปโต เราก็ไปปักไว้ พอเราไปปักไว้ ชาวบ้านที่เห็นป้ายพวกนี้ เค้าจะระวังตัวเอง ในการประชาสัมพันธ์อย่างอื่นกัน ถ้าเห็นป้ายเค้าจะคิดนิดหนึ่งว่าแบบนี้แหละที่เค้าต้องทำ แต่เด็กนุ่ กังวล บางทีเค้าไม่รู้หรือก หมดกับครูต้องช่วยกันเบื้องต้น บอกให้เค้าระวัง เวลาเห็นป้ายพวกนี้” (คณะกรรมการ D)

“เด็ก ๆ บางทีเค้าไม่รู้ ถ้าทีมสาสุขให้ความรู้ที่โรงเรียนก็ดีนะ อย่างน้อยจะได้แจ้งเด็ก ๆ ว่า ถ้าเห็นป้ายอย่าลงไปเล่น” (คณะกรรมการ H)

“ข้อมูลอีกที่หนึ่งจากสภากาแพในหมู่บ้านนะ ตรงนี้มีประโยชน์มาก” (คณะกรรมการ C)

“ส่วนใหญ่ป้ายรับนโยบายจาก อสม บางทีไม่ค่อยได้เข้าร่วมประชุม แต่ปากก็ติดตามข้อมูลอยู่ นะ”(คณะกรรมการ C)

3. ประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ได้ปฏิบัติ นั้น กิจกรรมที่เกิดขึ้นเป็นการทำงาน เพื่อที่จะแก้ไขร่วมกัน โดยมีการบูรณาการภาคีเครือข่าย ตามสภาพบริบทของพื้นที่ ซึ่งหลักการ UCCARE เป็นการเฝ้าระวังสถานการณ์ในพื้นที่ที่สามารถป้องกันโรคระบาดได้ตั้งแต่ขั้นก่อนปฐมภูมิ ยกตัวอย่าง ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 มีการรณรงค์ในการฉีดวัคซีน ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ตาม เป้าหมายในเข็มที่ 3 ทั้งนี้ หลักการ UCCARE ยังดำเนินงานตามนโยบายที่สามารถรวมกลุ่มที่ดี มีการ ทำงานเป็นทีม และมีการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง การประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงประชาชน และทำให้เกิด กิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติ ประกอบกับหากมีการปฏิบัติตามนโยบายที่ต่อเนื่อง การบูรณาการทั้งคนที่ อยู่ในชุมชน งานแต่ละหน่วยงาน และทรัพยากรแต่ละหน่วยร่วมกันอย่างชัดเจนบนพื้นฐานบริบทของ อำเภอจะส่งผลโดยตรงต่อการป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่มีส่วนร่วมของประชาชน สำหรับ กิจกรรมทั้ง 10 กิจกรรม ที่อำเภอพรหมคีรี เสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาด เป็นกิจกรรมที่เริ่มต้นจากการระดมความคิดของคณะกรรมการ ฯ และประชาชน โดยนำแนวทางการ แก้ปัญหาของ UCCARE เป็นที่ตั้ง เสริมด้วยกิจกรรมที่มีความเป็นไปได้และเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งสามารถนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานได้ ดังตัวอย่างข้อความที่ว่า

“ข่าวสารบางอย่างเราไลน์เฉพาะกลุ่มกรรมการเรานะ ข้อมูลบางอย่างเรายังบอกไม่ได้ ถ้า มันไม่ชัด เราสื่อสารในไลน์ใหญ่ไม่ได้ เราต้องตรวจสอบก่อน แต่ถ้าเป็นอะไรที่เราจะทำ เรา ประชาสัมพันธ์ได้ ผมเห็นเค้าตื่นตัวนะ อย่างโควิด ผมเห็นการป้องกันเงิบๆไป แต่พอเริ่มรู้กันว่ามี คนไข้ เค้าก็เริ่มบอกต่อๆ เริ่มใส่แมส เริ่มล้างมือถี่ๆ เลย อีกอย่างผมว่าที่เราทำกัน พวกเรามีส่วนที่ช่วย ให้โรคลดลงนะ เอาจริงๆ ผมไม่รู้หรือก ว่า ยูซีแคร่ คือไร แต่รู้ว่าเป็นเครื่องมือให้เราทำงานได้สะดวก และมีเส้นทางก้าวที่ดีขึ้น ” (คณะกรรมการ E)

4. สำหรับกิจกรรมที่ควรปรับปรุง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้ความเห็นว่า ประชาชนยังไม่เข้าใจการค้นหาปัญหาที่แท้จริง เห็นได้ชัดจากการทำประชาคมเพื่อเลือกประเด็น ปัญหาในพื้นที่ ประชาชนที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมยังคิดว่าเป็นหน้าที่ของหน่วยราชการ ฉะนั้น การสร้าง กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง จำเป็นที่จะต้องเลือกเวลาที่ประชาชนสามารถเข้าร่วมประชุมได้ สะดวก เช่น เวลาตอนเย็นหลังเลิกงาน ช่วงวันหยุดเสาร์ อาทิตย์ แต่ทั้งนี้ ควรหลีกเลี่ยงช่วงเวลาที่ มีผลผลิตจากสวน เช่น มังคุด เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่จะเข้าสวนผลไม้มิสามารถเข้าร่วมประชุมได้ ดังตัวอย่างข้อความที่ว่า

“เวลาทำไร่ในชุมชน เราต้องคิดนะว่าตรงช่วงไหน ถ้าอยู่ช่วงมังคุด ทำไรก็ไม่สำเร็จ ไม่มีคน มา อย่าลืมบ้านเรา เค้ทำสวนกัน” (คณะกรรมการ G)

“คนที่ทำงานที่อื่น กลับมาเย็นๆ เสาร์ อาทิตย์ ถึงจะว่าง เลือกช่วงเวลาดี ๆ ที่ผ่านมามีทำกัน กลางวัน คนที่เข้าร่วมส่วนใหญ่ก็เป็น อสม. คนเดิม ๆ ถ้าจัดช่วงเวลาดี ๆ จะมีชาวบ้านเข้าร่วมเพิ่ม มั่นน่าจะได้อะไรมากกว่า เคยไปดูงานที่อีสาน เห็นหมอเค้ทำตอนค่ำๆ คนเยอะดีนะ บ้านเราก็น่าลอง ทำ” (คณะกรรมการ A)

5. สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป คณะกรรมการได้เสนอว่า อำเภอพรหมคีรี เป็นอำเภอเล็ก ๆ ที่อยู่ระหว่างอำเภอท่าศาลา และอำเภอเมือง และยังมีแหล่งท่องเที่ยวหลายแห่ง ดังนี้ หากมีการ สื่อสารข้อมูลด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทันต่อเวลา ก็จะสามารถบริหารจัดการในสถานการณ์ที่มีโรค ระบาดที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้ ทั้งนี้ คณะกรรมการยังเสนอว่า ควรให้ทีมควบคุมโรค เช่น ทีม SRRT ปฏิบัติร่วมกันกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพราะหากมีการระบาดของโรค ทีม ๆ นี้จะสามารถแจ้งข่าวได้เร็วขึ้น เนื่องจากพื้นที่อำเภอพรหมคีรี เป็นสถานที่ท่องเที่ยว และเป็น สวนผลไม้โรคระบาดอาจจะมาจากบุคคลที่มาจากนอกพื้นที่ได้ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมในการบอกกล่าว จากเจ้าของสวนผลไม้จะไม่เป็นข้อมูลที่ควบคุมการระบาดของโรคได้ ดังตัวอย่างข้อความที่ว่า

“ในกรณีที่มีการระบาด เราจะมีแผนเฝ้าระวังสถานการณ์โรคติดต่อต่าง ๆ ในพื้นที่เรา ถ้า สมมุติถ้าเรามีโรคติดต่อเข้ามาในพื้นที่เราจะมีทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเฝ้าระวังในพื้นที่ แล้วก็ประสาน ตามบทบาทในพื้นที่ บทบาทของ อสม. ก็ลงไปเป้าหมายที่ครัวเรือนที่เรารับผิดชอบที่มีโรค เค้ก็ ประสานไปที่ รพ.สต. ประมาณนี้คะ” (คณะกรรมการ A)

2.4.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ความร่วมมือของหลาย ๆ ภาคส่วน ทุกภาคส่วนต้องมีการปฏิบัติงานจริงและต่อเนื่อง ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ และคณะกรรมการ ฯ ประชาชน ต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคระบาด และจะต้องมีผู้นำที่ดี ดังนี้

1. เกิดจากความร่วมมือของหลาย ๆ ภาคส่วน โดยในหลาย ๆ กิจกรรมที่ได้ดำเนินการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย ทั้งในการสนับสนุนบุคลากร งบประมาณ วัสดุต่าง ๆ เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคระบาดในชุมชน ดังตัวอย่างข้อความที่ว่า

“สำเร็จได้เพราะเราได้รับความร่วมมือจากหลาย ๆ ส่วน พวกเราทุกคนต้องช่วยกันกระตุ้น แหละ ทั้งบอก ทั้งใช้ให้ทำ” (คณะกรรมการ C)

“ผมว่าจะทำอะไรก็ตาม จะต้องปฏิบัติจริง ๆ นะ และก็ต้องต่อเนื่องนะ ไม่ใช่รณรงค์กันเป็นที ๆ แล้วหายไป อย่างแต่ก่อนที่เค้าทำประกวดบ้าน ตอนนี่เห็นเค้ายังทำ ไอ้ที่เป็นโรคระบาดก็หายไป นะ มาระบาดหนักก็โควิดนี้แหละ แต่ทำยังได้ ทั้งประกาศ ทั้งประชาสัมพันธ์ มันหยุดไม่อยู่จริง ๆ แต่ผมเห็นถึงความร่วมมือนะ ช่วยกันทุกครัว เราผ่านมันมาได้เพราะช่วยกันแหละ” (คณะกรรมการ D)

“ผมว่าก็ต้องช่วยกันทุกทางแหละ อะไรที่เสนอแนะกันได้ ก็ต้องช่วย อะไรที่ทำกันได้ดีก็ต้องช่วยกันทำ และเราก็มีผู้นำที่ดี เห็นปัญหา มันก็สามารถดำเนินการได้เร็วขึ้น” (คณะกรรมการ A)

2. ความสำเร็จเกิดจากแรงจูงใจ ในความสำเร็จในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต จะเห็นความสำคัญของการให้คุณค่ากับบุคคลที่ทำงาน ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งประเด็นนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของ UCCARE ดังตัวอย่างข้อความที่ว่า

“มิให้รางวัลกับคนทำงานบ้างก็ดีนะ ส่วนประกวด มอบเกียรติบัตร อันนี้จะต้องมี ขวัญ กำลังใจของชาวบ้าน แค่เกียรติบัตรเค้าก็พอใจแล้ว งานจะได้ลื่นด้วย” (คณะกรรมการ G)

3. การระดมความคิดและการทำงานเป็นทีม สังเกตได้จากการให้ข้อเสนอแนวคิดในการดำเนินงานวางแผนกิจกรรมจากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดังตัวอย่างข้อความที่ว่า

“ผมว่าจะสำเร็จได้เราต้องช่วยกันคิด ช่วยกันวางแผน ช่วยกันลงแรงช่วยกันทำนะ ผมทำคนเดียวไม่ไหวหรอก” (คณะกรรมการ A)

“ทีมเวิร์ก เข้าถึง มีประสานงานที่ดี” (คณะกรรมการ I)

“ปัญหามันมีแหละ แต่เป็นปัญหาเฉพาะหน้า แต่ยังมีมองว่าเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ มันไม่ใหญ่ มันไม่ร้ายแรง” (คณะกรรมการ A)

4. ทักษะและความรู้ต่าง ๆ จากกิจกรรมที่ดำเนินการตามกระบวนการตั้งแต่การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ถือได้ว่าเป็นการพัฒนาทักษะเพื่อให้คณะกรรมการมีความเข้าใจในแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในส่วนของประชาชนหลังจากที่มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคติดต่อในพื้นที่ ก็ทำให้ประชาชนรู้จักวิธีป้องกันและควบคุมโรคติดต่อมากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างข้อความที่ว่า

“เราต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เราจะลงไปทำ สำคัญนะ บางทีถ้าเรารู้ว่ามันรุนแรงมีผลต่อตัวเรา มันทำให้เราอยากป้องกันโรคนั้น” (คณะกรรมการ D)

“เราใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายกับชาวบ้าน จะทำให้ชาวบ้านเข้าใจง่าย งานก็จะเดิน” (คณะกรรมการ

G)

สรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีดังนี้

1. ความร่วมมือของหลาย ๆ ภาคส่วน ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ทั้งนี้ จะต้องมีการกระทำอย่างต่อเนื่องซึ่งจะสามารถป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคได้

2. การมีแรงจูงใจของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งไม่จำเป็นที่จะต้องเป็นเงินรางวัล ขวัญและกำลังใจที่ได้จากการปฏิบัติงาน อาจจะเป็นเพียงคำชม คำกล่าวขอบคุณ หรือเกียรติบัตรในเวลาที่ต่าง ๆ ในชุมชน ก็สามารถเป็นแรงผลักดันให้บุคลากรหรืออาสาสมัครปฏิบัติงานได้ต่อไป

3. การระดมความคิดและการทำงานเป็นทีม จะช่วยให้การดำเนินงานเป็นความคล่องตัวมากขึ้น ทั้งนี้ การประสานงานที่ดีของทีมเป็นปัจจัยที่ให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จเช่นกัน

4. การพัฒนาทักษะในการดำเนินงานและการพัฒนาความรู้ให้กับคณะกรรมการ ฯ และประชาชน จะช่วยให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดราบรื่นมากยิ่งขึ้น เพราะหากคณะกรรมการ ฯ และประชาชนมีความรู้ที่ดี จะส่งผลถึงการปฏิบัติที่ถูกต้องไปด้วย



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน และสรุปผลการวิจัย โดยมีหัวข้อนำเสนอต่อไปนี้

- 5.1 สรุปผลการวิจัย
- 5.2 อภิปรายผล
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

สถานการณ์การระบาดของโรคระบาดของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบการระบาดของโรคโควิด-19 โดยการระบาดระลอกแรก (1 มกราคม -15 ธันวาคม พ.ศ. 2563) พบผู้ติดเชื้อยืนยันโรคโควิด-19 จำนวน 12 ราย หรือเป็นอัตราป่วย 0.77 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 1 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 8.33 การระบาดระลอก 16 ธันวาคม พ.ศ. 2563 – 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 4 ราย หรือเป็นอัตราป่วย 0.26 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้เสียชีวิต การระบาดระลอกเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 (1 เมษายน –31 ธันวาคม พ.ศ. 2564) จำนวน 49,562 ราย หรือเป็นอัตราป่วย 3,196.06 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 337 ราย หรือเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 7.13 สำหรับการระบาดระลอกสายพันธุ์โอไมครอน ตั้งแต่ 1 มกราคม - 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 79,061 ราย เสียชีวิตสะสม 245 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มสูงมาตั้งแต่กลางเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ผู้ติดเชื้อสายพันธุ์โอไมครอนรายแรก สำหรับสถานการณ์โรคติดต่ออื่น ๆ ที่สำคัญ โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคอุจจาระร่วง รองลงมาคือ โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคตาแดง ทั้งนี้จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก โรคมือ เท้า ปาก โรคอาหารเป็นพิษ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคสุกใส และโรคเลปโตสไปโรซิส ด้วย ทั้งนี้ จากการระบาดของโรคติดตอดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 5 คน หรือเป็นอัตราป่วยตาย 2.04 อำเภอที่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ อำเภอพรหมคีรี อำเภอนบพิตำ อำเภอบางขัน อำเภอพิปูน และอำเภอท่าศาลา

การดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการครบทุกอำเภอ (ร้อยละ 100.00) ประเด็นที่แต่ละอำเภอนำมาดำเนินการ

พัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น/อำเภอ โดยปัญหาโรค COVID-19 จะเป็นที่ถูกนำมาดำเนินงานแก้ไขเป็นอันดับแรกทุกอำเภอ ซึ่งเป็นประเด็นที่ส่วนกลางกำหนด สำหรับประเด็นตามบริบทพื้นที่มีทั้งหมด 16 ประเด็น โดยการจัดการขยะ เป็นประเด็นที่เลือกที่จะแก้ปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)/อุบัติเหตุ และยาเสพติด (To Be Number One) สุขภาพจิต ตามลำดับ

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม พบว่า สถานการณ์การเกิดโรคระบาดที่ผ่านมา และการจัดการโรคระบาดของจังหวัดนครศรีธรรมราช คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทราบเกี่ยวกับโรคระบาดในชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น โรคไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซิส และโรคมือเท้าปาก ซึ่งที่ผ่านมาพื้นที่เป้าหมายยังไม่พบการระบาดของโรคที่รุนแรง ยกเว้น การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่เริ่มมีการระบาดในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อปี พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ ยังมีคณะกรรมการบางคนยังเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคระบาด แต่อีกส่วนหนึ่งมีความเข้าใจและทราบสาเหตุของการเกิดโรคระบาด และมีการติดตามเฝ้าระวังโรคที่เกิดขึ้นในชุมชน และคณะกรรมการได้ดำเนินงานตามบทบาทและส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีการขับเคลื่อนโดยนำประเด็นปัญหาที่เป็นปัญหาในพื้นที่ และปัญหาที่กำลังเผชิญในปัจจุบันตามวิธีการตามองค์ประกอบ 6 ด้าน (UCCARE)

ข้อเสนอในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน เพื่อให้เกิดความสำเร็จ นายอำเภอควรจะต้องเป็นประธานในการประชุม หน่วยงานที่รับผิดชอบในประเด็นต่าง ๆ จะต้องถ่ายทอดให้ถึงระดับพื้นที่ และจะต้องทำเป็นระบบ มีกลไกที่ชัดเจน พยายามให้แต่ละหน่วยงานแสดงความสามารถหรือศักยภาพของแต่ละหน่วยงาน และจะต้องมีการประชุมเพื่อติดตามงาน โดยอาจจะ เป็นรายวัน รายสัปดาห์ หรือรายเดือน แล้วแต่สถานการณ์ ณ ขณะนั้น สำหรับปัญหาและอุปสรรคเกิดจากความไม่เข้าใจในประเด็นที่มีนโยบายส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งมาจากการที่ชาวบ้านนำเสนอที่เป็นอันตราย และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ทั้งที่เป็นข่าวจริง หรือข่าวลือ

การศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.79) มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.05) มีอายุเฉลี่ย 49.68 ปี ($SD= 10.55$) อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 79.37) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 69.05) มีอาชีพเป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 61.47) เป็นตัวแทนจากภาครัฐ (ร้อยละ 44.63) และมีประสบการณ์ในการทำงานเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 27.51) มีประสบการณ์เฉลี่ย 3.37 ปี ($SD= 1.30$)

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นตามมาตรฐานการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ (UCCARE) ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean= 4.38, $SD= 0.45$) โดยทุกด้านจะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ดังนี้ ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean= 4.49, $SD= 0.47$)

รองลงมาคือ ด้านการทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Mean= 4.41, SD= 0.49) ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Mean = 4.32, SD= 0.55) ด้านการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Mean= 4.38, SD= 0.51) ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Mean= 4.27, SD= 0.53) และทำให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Mean= 4.38, SD= 0.55) ระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน พบว่า ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean= 4.34, SD= 0.54) และพบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ร่วมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ในฐานะที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (Mean= 4.39, SD= 0.68) รองลงมา คือ นำปัญหาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดของประชาชนมาวางแผนแก้ไขร่วมเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน และในฐานะที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ ฯ มีความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับแต่งตั้งและมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ (Mean= 4.38, SD= 0.62; 4.38, 0.65) ตามลำดับ

เมื่อนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) พบว่ามีค่า CFI เท่ากับ 0.919 หรือ 91.9 % และเพื่อประเมินความกลมกลืนของผลลัพธ์ในส่วนประกอบที่สำคัญของโมเดล (Component Fit Measure) พบว่า องค์ประกอบที่ 1: การทำงานร่วมกันเป็นทีม (Unity District Health Team) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 1.046 - 1.619 องค์ประกอบที่ 2: การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Customer Focus) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.952 - 1.144 องค์ประกอบที่ 3: การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน (Community Participation) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 1.046 - 1.176 องค์ประกอบที่ 4: การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.903 - 1.061 องค์ประกอบที่ 5: การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 1.019 - 1.143 และองค์ประกอบที่ 6: การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 1.061 - 1.096

ก่อนพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานโรคระบาดในชุมชน นายอำเภอพรหมคีรี ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 130/2565 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2565 ขึ้นมาใหม่ ซึ่งในคำสั่งดังกล่าวมีคณะกรรมการทั้งหมด 21 คน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นทางการ และมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันของทุกภาคส่วนในพื้นที่ และร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่

ผู้วิจัยได้นำเสนอรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้เกิดการทำงานร่วมกันทั้งด้านการบริหารจัดการ การสนับสนุนทรัพยากร และการส่งเสริมด้านวิชาการ ซึ่งการทำงานจะมุ่งให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งนำไปสู่องค์ประกอบของรูปแบบ 6 มิติ

จากผลการประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE ของอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการประเมินครบทุกมิติ และอยู่ในขั้นบูรณาการ ซึ่งมีคะแนนระดับ 5 ทั้งนี้ อำเภอพรหมคีรี ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ทุกตำบลเพื่อขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตระดับตำบลให้เป็นไปในทางเดียวกับการดำเนินงานของระดับอำเภอ โดยให้ทุกตำบลคัดเลือกประเด็นปัญหาในพื้นที่นำโดยสาธารณสุขอำเภอพรหมคีรี ใช้กระบวนการมีการคืนข้อมูลสุขภาพให้กับพื้นที่ เพื่อให้ได้ประเด็นปัญหาในพื้นที่ หลังจากได้ประเด็นปัญหาร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบล เพื่อสรุปประเด็นปัญหาและจัดลำดับความสำคัญ พร้อมหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และได้นำเสนอประเด็นปัญหาดังกล่าวเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยได้คัดเลือกพื้นที่นำร่อง 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้ายคู ตำบลทอนหงส์ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งนี้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจะเข้าร่วมประเมินกิจกรรม และติดตามการดำเนินงานเพื่อเสนอ ชี้แนะให้กับพื้นที่นำร่อง

ผลการศึกษาการพัฒนาในรูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้เกิดจากการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำไปสู่องค์ประกอบของรูปแบบ 6 มิติ ประกอบด้วย

รูปแบบกิจกรรมที่ 1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) ได้แก่ มีการประชุมและใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

รูปแบบกิจกรรมที่ 2 การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Customer Focus) ได้แก่ พัฒนาช่องทางสื่อสารและประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

รูปแบบกิจกรรมที่ 3 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community Participation) ได้แก่ มีการวางแผนและประเมินผลร่วมกันในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

รูปแบบกิจกรรมที่ 4 การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation) ได้แก่ มีการสร้างขวัญและกำลังใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

รูปแบบกิจกรรมที่ 5 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) ได้แก่ มีการใช้ทรัพยากรและพัฒนาทักษะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

รูปแบบกิจกรรมที่ 6 การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) ได้แก่ มีการบูรณาการและประเมินผลระบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

ช่วงระหว่างการดำเนินงานมีการติดตามการพัฒนาในรูปแบบร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน โดยการบันทึกเหตุการณ์และข้อมูลต่าง ๆ มีการสัมภาษณ์ โดยการสนทนากลุ่มคณะกรรมการ ฯ และประชาชน ในประเด็นนโยบายและเป้าหมาย ด้านกระบวนการหรือช่องทางประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย ความสอดคล้องกับความจำเป็นของสภาพปัญหา การสนับสนุนทรัพยากร และการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และทบทวน ซึ่งผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัย ลงพื้นที่เพื่อให้คำแนะนำผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยในระหว่างการดำเนินงานจะมีการประเมินผลเพื่อให้ทราบความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรค และอาจมีการปรับแผนให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และการดำเนินชีวิตของพื้นที่วิจัย เพื่อให้มีความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน พบว่า คณะกรรมการ ฯ และประชาชนมีความเข้าใจในนโยบายและเป้าหมายในการดำเนินงาน ทราบกระบวนการและข้อมูลที่มีการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนรับทราบเกี่ยวกับการเกิดโรคระบาดในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การดำเนินงานมีความสอดคล้องกับความจำเป็นของสภาพปัญหา และได้รับสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานอื่น

หลังการพัฒนาแบบโดยดำเนินการกิจกรรมทั้ง 10 กิจกรรม ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่ได้ปฏิบัตินั้น กิจกรรมที่ดำเนินการจะเป็นกิจกรรมที่มีการเฝ้าระวังสถานการณ์ในพื้นที่โดยชุมชนเอง การดำเนินงานตามนโยบายที่มีการรวมกลุ่มที่ดี ปฏิบัติงานต่อเนื่องรวมถึงมีการประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงประชาชน และทำให้เกิดกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติที่แท้จริง ประกอบกับหากมีการปฏิบัติตามนโยบายที่ต่อเนื่อง การบูรณาการทั้งคนที่อยู่ในชุมชน งานแต่ละหน่วยงาน และทรัพยากรแต่ละหน่วยร่วมกันอย่างชัดเจนบนพื้นฐานบริบทของอำเภอจะส่งผลโดยตรงต่อการป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่มีส่วนร่วมของประชาชน

5.2 อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับความคิดเห็นขององค์ประกอบหลัก UCCARE ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean= 4.38, SD= 0.45) โดยทุกด้านจะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อาจจะเป็นเพราะว่า ในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของประชาชน รัฐบาลของประเทศไทยได้มีนโยบายการดำเนินงาน ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้นำนโยบายดังกล่าวมาดำเนินการในประเด็นการป้องกันและควบคุม โรคระบาด เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยอาศัยกลไกและการประเมินตนเองตาม องค์ประกอบ UCCARE เพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการประเมินตนเองพบว่า แต่ละ อำเภอของจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ประเมินตนเองครบ ร้อยละ 100.00 แสดงให้เห็นว่า จังหวัด นครศรีธรรมราช ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบ UCCARE อีกทั้งในปีที่ผ่านมาได้เกิดโรคโควิด-19 การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคระบาดจึงเป็นประเด็นที่สำคัญที่แต่ละอำเภอจะต้องนำมา ดำเนินงานเพื่อลดการติดเชื้อของโรคโควิด-19 การดำเนินงานเช่นนี้ พบการศึกษาในประเทศ Malawi ที่ให้ความสำคัญกับการจัดการสุขภาพระดับชุมชนโดยได้นำนโยบายการจัดการโรคมมาเลียสู่ แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ การได้ข้อมูลเชิงลึกในระดับชุมชนสามารถที่จะนำมาจัดลำดับความสำคัญ ของปัญหาได้ (Parker, Pennas, & Kommwa, 2018) และเมื่อได้จำแนกการดำเนินงานตาม องค์ประกอบพบว่า ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอมียุทธศาสตร์สูงสุด (Mean= 4.49, SD= 0.47) รองลงมาคือ ด้านการทำให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีขึ้น (Mean= 4.41, SD= 0.49) ด้านการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายและชุมชน (Mean= 4.32, SD= 0.55) ด้านการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ (Mean= 4.38, SD= 0.51) ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Mean= 4.27, SD= 0.53) และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Mean= 4.38, SD= 0.55) จะเห็นได้ว่า ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นการทำงานด้านสุขภาพที่จะต้องมีการทำงานร่วมกันใน ระดับอำเภอ ร่วมบูรณาการกันทุกภาคส่วน ภายใต้บริบทแต่ละพื้นที่ให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ เพื่อสุขภาวะที่ดีของประชาชน ซึ่งการศึกษาของประเทศมาเลเซีย ในช่วงที่มีการระบาดของของ โรคโควิด-19 พบว่า กระบวนการดำเนินงานจัดการโรคระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ให้ความสำคัญใน ระดับชุมชนมีกระบวนการทำงานที่มีการประสานกันทั้งองค์กรสุขภาพและองค์กรที่ไม่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ โดยเฉพาะการทำงานขององค์กรสุขภาพในระดับอำเภอ ในช่วงแรกของการระบาดประเทศ มาเลเซียมาเลเซีย ได้ยกระดับการเตรียมพร้อมระดับชาติด้วยมาตรการทางสาธารณสุขและการบังคับ ให้เข้าโรงพยาบาลโดยไม่คำนึงถึงความรุนแรงของโรค แต่เมื่อมีข้อมูลทางคลินิกและสาธารณสุข มากขึ้น มาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงานหรือแนวทางปฏิบัติได้รับการปรับปรุงและเผยแพร่

อย่างต่อเนื่องโดยกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความเข้มข้นมากขึ้น การมีส่วนร่วมจากหลายหน่วยงานทวีความรุนแรงขึ้นและการจัดการทรัพยากรอาจมีความท้าทายมากขึ้น (Khamis, et al., 2021) สำหรับประเทศอินเดีย ซึ่งศึกษาการบูรณาการระบบสุขภาพในรัฐ Madagascar พบว่า การบูรณาการสุขภาพเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ฉะนั้น การจัดการที่ดีควรจะต้องเตรียมการและบูรณาการที่เริ่มต้นจากชุมชน (Rakotonanahary, et al, 2021) สำหรับการศึกษาในจังหวัดมหาสารคาม ประเทศไทย พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลในความสำเร็จของการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ได้แก่ การสื่อสารสาธารณะ การมีส่วนร่วมและมาตรการของรัฐ เทคโนโลยีสารสนเทศ การคาดหวังในผลประโยชน์ ความพร้อมในการตอบสนองต่อสถานการณ์ด้านการดูแลสุขภาพ (Kitphati, et al., 2021)

2. ระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean= 4.34, SD= 0.54) อาจจะเป็นเพราะว่า จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทุกอำเภอในจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้กำหนดปัญหาโรคโควิด-19 เป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขเป็นอันดับแรก ซึ่งการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่เกิดขึ้นจะต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่อยู่ในชุมชน ฉะนั้น จึงได้ประชุมคณะกรรมการ พขอ. เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาบอยตามสถานการณ์การระบาดของโรคที่เปลี่ยนแปลงไปพร้อมรับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขที่ต่อเนื่อง และหน่วยงานระดับจังหวัด หรือกระทรวงสาธารณสุข ยังได้มีการเยี่ยมติดตามการดำเนินงานที่ต่อเนื่องเช่นกัน ฉะนั้น การดำเนินงานจึงเกิดการบูรณาการร่วมกับการปฏิบัติงานอื่น ๆ รวมถึงมีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นในชุมชน ทำให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากนายอำเภอซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนทำให้คณะกรรมการอื่น เห็นถึงความสำคัญและยินดีที่จะร่วมขับเคลื่อนในประเด็นที่เป็นปัญหาในพื้นที่อีกด้วย จึงทำให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ซึ่งพบการศึกษาในจังหวัดมหาสารคาม ประเทศไทย ที่พบว่า ความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 มาจากการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน อยู่ในระดับมาก (Kitphati, et al., 2021) และผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง อยู่ในระดับมาก (ไพโรจน์ แสงจง, 2560)

3. เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สามารถอภิปรายเรียงตามน้ำหนักองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบการทำงานร่วมกันเป็นทีม (Unity District Health Team) คือ การประชุมและใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

แสดงให้เห็นว่า ที่ผ่านมามีสุขภาพระดับอำเภอจะให้ความสำคัญในส่วนของการประชุมและข้อมูล การระบอบของโรคมาซึบเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาด โดยการประชุม คณะกรรมการอาจจะมีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมถึงการพูดคุยแลกเปลี่ยน ซึ่งเป็น กิจกรรมพื้นฐานที่จะทำให้คณะกรรมการเกิดความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานในการจัดการปัญหา ส่งผลให้มีการขับเคลื่อนในประเด็นที่มีความจำเป็นที่ต้องขับเคลื่อนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในปีที่ผ่านมา จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้นำปัญหาการระบาดของโรคโควิด-19 มาดำเนินการโดยใช้กลไกระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีการบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วน ภายใต้ บริบทแต่ละพื้นที่ และสามารถทำให้ชุมชนพึ่งพาตนเองได้ โดยประเทศ Malawi ที่ให้ความสำคัญกับการจัดการสุขภาพระดับชุมชน โดยได้นำนโยบายการจัดการโรคมาลาเรียสู่แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสื่อสารข้อมูลของโรคมาลาเรีย (Parker, et al, 2018) เช่นเดียวกับการศึกษาใน Mahalapye Health District, Botswana ที่พบว่า การประชุมของคณะกรรมการมีผล ต่อระบบการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 (Tshitenge, & Nthitu, 2022)

องค์ประกอบที่ทำให้ประชาชนมีความสุขที่ดีขึ้น (Customer Focus) คือ การได้ ปรับปรุงช่องทางข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และการมีช่องทางให้ประชาชนที่มีความเสี่ยง รับทราบข้อมูลการระบาดของโรคในชุมชน โดยนโยบายของ International Covenant on Civil and Political Rights (United Nations Human Rights, 2021) ที่กล่าวไว้ว่า ทุกคนมีสิทธิที่จะรับ และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ไม่ว่าด้วยวาจา เป็นลายลักษณ์อักษร หรือการตีพิมพ์ ซึ่งรัฐจะต้องจัดให้ ประชาชนเข้าถึงข้อมูลการแพร่ระบาดของโรค ที่ถูกต้อง ชัดเจน และโปร่งใส นับเป็นบทบาทสำคัญ อย่างมาก ส่วน Mahalapye Health District, Botswana พบว่า หากการดำเนินงานรับรู้แต่เฉพาะ คณะกรรมการจะทำให้ระบบการเฝ้าระวังไม่ได้ผลดีนัก ฉะนั้น การสื่อสารข้อมูลที่ดีจะส่งเสริมการทำงานร่วมกันและสามารถที่จะตอบสนองในการระบาดของโรคโควิด-19 ได้ (Tshitenge, & Nthitu, 2022) เช่นเดียวกับ Musaad (2023) ที่กล่าวว่า การจัดการภัยพิบัติสิ่งจำเป็นไม่ใช่เพียงแต่มีการ สื่อสารที่อยู่ในรูปแบบของคำสั่งหรือนโยบาย แต่การสื่อสารจะต้องเป็นการสื่อสารสองทาง ส่วนการศึกษาใน Balaka, Malawi พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนหากมีกระบวนการ สื่อข้อมูลให้ประชาชนรับรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียจะทำให้ประชาชนมีความรู้ที่ดี (Parker, et al, 2018) ทั้งนี้ประเทศมาเลเซีย ก็พบว่า การแถลงข่าวข้อมูลประจำวันเกี่ยวกับความเสี่ยงในการจัดการ โรคโควิด-19 เป็นปัจจัยที่สำคัญเช่นกัน (Singh, et al, 2020)

องค์ประกอบมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน (Community Participation) คือ การที่ได้ร่วมกันคิด วางแผน และปรับปรุงกระบวนการ และการที่ได้ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนแสดงให้เห็นว่า คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ จะให้ ความสำคัญในส่วนของการร่วมคิด ร่วมทำ ทบทวน และประเมินผลการดำเนินงานของ

คณะกรรมการ โดยมีการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ ตามสถานการณ์ของการระบาดของโรค ซึ่งทำให้เกิดการทำงานที่เป็นเครือข่ายมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ความร่วมมือในด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่ใช้มาเป็นกรอบทิศทางความร่วมมือในการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ และเกิดการผลักดันการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทยและภูมิภาคให้บรรลุเป้าหมาย (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ประเทศมาเลเซีย ที่มีกระบวนการดำเนินงานจัดการโรคโควิด-19 ที่ให้ความสำคัญในระดับชุมชนมีกระบวนการทำงานที่มีการประสานกันทั้งองค์กรสุขภาพและองค์กรที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเฉพาะการทำงานขององค์กรสุขภาพในระดับอำเภอ (Khamis, et al, 2021) และประเทศบราซิล ได้สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการจัดตั้ง Health Councils โดยโครงสร้างของ Health Councils แสดงถึงการตัดสินใจซึ่งไม่เพียงองค์กรประกอบที่ถาวรแต่เป็นองค์กรประกอบที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาองค์กรได้เช่นกัน (Bispo-Junior, & Serapioni, 2021) ส่วนประเทศโอมาน ได้จัดตั้ง Healthy Cities (HCs) โดยมีคณะกรรมการสุขภาพ (WHCs) และมีการติดตามประเมินผลโดยชุมชนมีแนวทางโดยการมีส่วนร่วมให้ผู้เชี่ยวชาญจากระดับชุมชน และมีเครือข่ายที่เหมาะสม ฉะนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นการเตรียมการในการเผชิญเหตุและรับมือการแพร่ระบาดของโรคโควิดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Siyabi, et al, 2021)

องค์ประกอบการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation) โดยองค์ประกอบย่อยที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ มีการสร้างขวัญและกำลังใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน แสดงให้เห็นว่า แรงจูงใจที่เกิดจากบุคคลภายนอกก็มีความสำคัญในการดำเนินงาน ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดเป็นการปฏิบัติงานที่เสี่ยงกับสุขภาพเมื่อเกิดโรคระบาด แต่ด้วยบทบาท หน้าที่ ที่ได้รับการแต่งตั้งจะต้องปฏิบัติหน้าที่เพื่อป้องกันและควบคุมโรคระบาดนั้น การศึกษาก่อนหน้านี้ของประเทศอินเดีย พบว่าในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ที่มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคจะได้รับคำติชม ซึ่งจะช่วยปรับปรุงให้ผู้เข้าร่วมมีความมั่นใจในตนเองและรู้สึกภาคภูมิใจในการเข้าร่วมเป็นจิตอาสาในการมีส่วนร่วมนั้น (Jagannathan, Thekkumkara, Thirthalli, & Kasi, 2021) และการศึกษาของ Malawi พบว่า แรงจูงใจที่แท้จริงของชุมชนสามารถสร้างความเข้มแข็งผ่านการขับเคลื่อนโดยชุมชนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และการสื่อสารเพิ่มศักยภาพในการป้องกันโรคมาลาเรียในบริบทของ Malawi (Parker, et al, 2018)

องค์ประกอบการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) คือ มีการใช้ทรัพยากรและพัฒนาทักษะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน แสดงให้เห็นว่า เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการใช้ทรัพยากร

หากทุกภาคส่วนมีแนวทางในการใช้ทรัพยากร รวมถึงบุคลากรและมีการวางแผนการที่จะสนับสนุนในการดำเนินงานในชุมชนร่วมกัน จะทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ พบการศึกษาในประเทศเวียดนาม ที่กล่าวไว้ว่า ยุทธศาสตร์ที่เสริมสร้างให้ระบบสุขภาพมีประสิทธิภาพยาวนานนั้น ควรมีการระดมทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับคนและฝึกการใช้ทรัพยากรตลอดจนอุปกรณ์ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการระบาด (Tran, et al, 2020) ในประเทศอินเดีย พบว่า ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดจากการการฝึกฝนและพัฒนาทักษะโดยมาในรูปแบบของจิตอาสา (Jagannathan, et al, 2021)

องค์ประกอบการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) คือ มีการบูรณาการและประเมินผลระบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน แสดงให้เห็นว่า หากคณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอได้ดำเนินงานร่วมกับประชาชนโดยการบูรณาการร่วมกับกิจกรรมอื่นที่จัดขึ้นในชุมชน จะส่งผลถึงความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาด การศึกษาของประเทศอินเดียที่ศึกษาการบูรณาการระบบสุขภาพในรัฐ Madagascar พบว่า การบูรณาการสุขภาพเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ฉะนั้น การจัดการที่ดีควรจะต้องเตรียมการและบูรณาการที่เริ่มต้นจากชุมชน (Rakotonanahary, et al, 2021) และประเทศอินเดียได้ร่วมกันป้องกันบรรเทาภัยให้กับกลุ่มเสี่ยง มีการแยกผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ด้วยการสนับสนุนจากประชาชนและองค์กรในท้องถิ่น (Jagannathan, et al, 2021)

2. รูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ ซึ่งให้เห็นว่า องค์ประกอบ UCCARE ทั้ง 6 องค์ประกอบ เป็นการดำเนินงานที่จะต้องมีการบูรณาการ เพื่อลดความซ้ำซ้อนของงานในการขับเคลื่อนงานต่าง ๆ รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตจะต้องมีความร่วมมือจากหลาย ๆ ภาคส่วนในการดำเนินงานนโยบายการขับเคลื่อนนอกจากจะเป็นนโยบายระดับประเทศแล้ว การขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพ ผู้นำในพื้นที่จะเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะต้องให้มีการขับเคลื่อนด้วย แต่ในการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ องค์ประกอบที่สำคัญ คือ ข้อมูลในการดำเนินงาน การมีข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นจริง และทันต่อเหตุการณ์ จะสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหาตรงประเด็นได้ หน่วยงานสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตจะต้องวางแผนและดำเนินงาน โดยจะต้องนำประเด็นที่เป็นปัญหาที่มีความสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ กิจกรรมการดำเนินงานจะต้องให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงประชาชนเห็นความสำคัญของปัญหา และปัญหานั้นจะต้องมีความเป็นไปได้ที่จะดำเนินงาน กิจกรรมที่ทำจะต้องควรคำนึงถึงประชาชนที่สามารถร่วมมือกันได้

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาด ในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ถึงแม้จะดำเนินการในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ลดน้อยลง แต่มีโรคประจำถิ่นอื่นเริ่มกลับมาระบาด รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถดำเนินงานกับการป้องกันและควบคุมโรคระบาดได้ โดยเฉพาะโรคติดต่อประจำถิ่นที่เริ่มกลับมา ระบาดอีกครั้ง เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง โรคไข้หวัดใหญ่ โรคมือเท้าปาก โรคอาหารเป็นพิษ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคสุกใส โรคตาแดง และโรคเลปโตสไปโรซิส ภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 รูปแบบดังกล่าวสามารถกระตุ้นให้หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะคณะกรรมการที่ตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 รวมไปถึงการดำเนินงานทั้งที่เป็นปัญหาของชุมชนและนโยบายของรัฐบาล ฉะนั้น ผู้นำในพื้นที่และหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยตรง ก็คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตามคำสั่งระเบียบ ฯ พขอ. แต่งตั้งสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ทั้งนี้ จะต้องมี การทบทวนคำสั่งคณะกรรมการ ฯ ให้เป็นปัจจุบัน จัดประชุมชี้แจงด้วยข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อให้ คณะกรรมการรับทราบ นำไปสู่ผลลัพธ์เชิงบูรณาการที่ประชาชนสามารถรับรู้และสามารถป้องกันและ ควบคุมโรคด้วยการพึ่งตนเองได้ การปฏิบัติการในการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน รูปแบบ ที่พัฒนาขึ้นนี้คณะกรรมการ พขอ./พชต. บุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายในชุมชน และประชาชน มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน สอดคล้องกับการศึกษาของไพโรจน์ แสงจง (2561) ที่พบว่า คณะกรรมการ พขอ. อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง มีการประเมินการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจาก คณะกรรมการที่มาจากองค์กรอื่นมีภารกิจของตัวเองที่ต้องปฏิบัติและยังมีการขาดการประสานงานที่ ดีในร่วมการวางแผนงาน ฉะนั้น ควรจะต้องมีการกำหนดบทบาทของคณะกรรมการให้ชัดเจนขึ้น จะทำให้มีการประชุม ติดตาม การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ อย่างต่อเนื่อง

3. ผลการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตาม มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการพัฒนารูปแบบ ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีทั้งหมด 10 กิจกรรม ซึ่งมีความเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ กิจกรรมดำเนินการเป็นไปตามสภาพความเป็นจริง ของอำเภอพรหมคีรี ซึ่งก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ ลักษณะรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการพัฒนา ศักยภาพของหน่วยงานและประชาชนในกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งอาจจะทำให้การระบาดของโรคนั้นมี การระบาดมากยิ่งขึ้น จากผลประเมินตนเองของอำเภอพรหมคีรีในปี พ.ศ. 2565 มีประเด็นปัญหา จากส่วนกลางที่ต้องดำเนินการ คือ การแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยคะแนน 5.00 ประเด็นดังกล่าวถึงแม้ว่าสถานการณ์ระบาดของโรคจะลดน้อยลง แต่การดำเนินงานยังคงรักษา มาตรฐานการดำเนินงานและต่อเนื่อง จะเห็นได้จากการประเมินตนเองของอำเภอพรหมคีรี

ในประเด็นการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนช่วงที่มีการทำวิจัย พบว่า ผลการประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE มีคะแนนเฉลี่ย 5.00 กิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปธรรมและชัดเจนขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่เกิดขึ้นเป็นกิจกรรมที่ประชาชนสามารถดำเนินการเองได้ เช่น กิจกรรมการประชาสัมพันธ์ กิจกรรมนี้ถึงแม้ว่าจะเป็นกิจกรรมที่เป็นพื้นฐานของการดำเนินงาน แต่หากประชาชนไม่ตระหนักหรือไม่ให้ความสำคัญ จะทำให้ข่าวสารหรือข้อมูลเกี่ยวกับโรคไปไม่ถึงประชาชน อีกทั้งพบว่า การมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่าง ๆ ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญที่นำไปสู่สำเร็จ สอดคล้องทงศศักดิ์ หลักเขต (2565) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็งภายใต้ “คนอุดรไม่ทอดทิ้งกันฝ่าฟันโควิด-19” และหากนำเอารูปแบบ ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่พัฒนาขึ้น ซึ่งมีแนวคิดมาจากองค์ประกอบของ UCCARE มาดำเนินการที่สอดคล้องกับบริบทของประเด็นปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่องก็จะทำให้สามารถการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนที่นำไปสู่โอกาสในการบรรลุเป้าหมายของประเด็นการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนได้ สอดคล้องกับสุวรรณณี แสนสุข, บรรจบ แสนสุข, รัฐพล อินทวิชัย และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2565) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดยโสธร การนำเอาองค์ประกอบของ UCCARE มาดำเนินการที่สอดคล้องกับบริบทของประเด็นปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ก็จะทำให้สามารถการขับเคลื่อนการดำเนินงานมีมาตรฐานและนำไปสู่โอกาสในการบรรลุเป้าหมายของประเด็นคุณภาพชีวิตนั้น ๆ ได้

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัยแห่งความสำเร็จพิจารณาตามแนวคิด UCCARE ซึ่งจากการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นถึงองค์ประกอบ UCCARE ยังคงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสามารถนำไปดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาพื้นที่ได้ การดำเนินงานโดยผ่านกลไก พขอ. เป็นการนำประเด็นสุขภาพในพื้นที่มาเชื่อมโยงกับนโยบายทั้งระดับประเทศ จังหวัด และอำเภอ ทำให้พขอ. เริ่มมีการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคระบาดอย่างจริงจัง ซึ่งถือว่าเป็นกลไกการดำเนินงานที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การดำเนินงานยังทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ และยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ส่งผลถึงการวางแนวทางที่ดีทำให้หน่วยงานต่าง ๆ เริ่มรู้จักการแบ่งปันทรัพยากรเชิงบูรณาการ ทำให้เห็นความสำคัญและเริ่มรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ มีการสนับสนุนทรัพยากรชุมชน ประชาชนรู้สึกภูมิใจ เห็นความสำคัญของปัญหา และมีแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และประชาชนสามารถรับทราบข้อมูลที่เป็นจริง ถูกต้อง ส่งผลต่อการดำเนินที่มีประสิทธิภาพอีกด้วย

สอดคล้องกับการศึกษาของปัญญา พละศักดิ์ (2563) ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ คือ การเชื่อมประสานข้อมูล และบูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดและอำเภอ เช่นเดียวกับภัทรพงศ์ ชูเศษ, นภาพรประไพ สารระ และอรอุมา ทางดี (2563) ที่นำกลไกมาใช้แก้ปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น และพบว่า การเห็นความสำคัญของปัญหาในพื้นที่และการหนุนเสริมจากภายนอก การมีระบบการดำเนินงานที่ลงตัวในระบบการทำงานปกติ และการสัมพันธ์ภาพของภาคีเครือข่าย เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการแก้ปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1) ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานภาครัฐ สามารถนำกิจกรรมทั้ง 10 กิจกรรม ที่ได้มาจากการการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจากมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของพื้นที่ที่จะนำไปใช้ และสามารถนำไปเป็นแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยสามารถนำไปวางแผนได้ตั้งแต่ก่อนมีการระบาดของโรคต่าง ๆ

2) รูปแบบตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จะต้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง ฉะนั้น หน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่มีบทบาทตามคำสั่งของนายอำเภอ โดยเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุขจะต้องมีความเข้าใจในกระบวนการในการดำเนินงานประเด็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ส่วนหน่วยงานอื่นที่ได้รับการแต่งตั้งจะต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาที่มีระยะยาว และช่วงที่ทำการศึกษาเป็นช่วงที่มีการย้ายเข้าย้ายออกของนายอำเภอ และสาธารณสุขอำเภอ ฉะนั้น เพื่อให้มีการดำเนินการวิจัยต่อเนื่อง จึงควรจะต้องศึกษาบริบทพื้นที่ให้ดำเนินการในระยะขั้นเตรียมการและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE เป็นเพียงเป็นการศึกษาของอำเภอหนึ่ง ซึ่งศึกษาในช่วงที่พบการระบาดของโรคโควิด-19 ลดน้อยลง อีกทั้ง องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นโรคประจำถิ่น เพื่อเป็นการศึกษาประสิทธิภาพ

ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE และยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ควรนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้กับอำเภออื่น ที่มีการระบาดของโรคติดต่อ ทั้งที่เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ หรือโรคติดต่อที่เป็นโรคประจำถิ่น

2) การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน หน่วยงานที่สำคัญนอกจากจะเป็นหน่วยงานจากกระทรวงสาธารณสุข คือ สาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นเลขานุการและกรรมการของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแล้ว องค์กรภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาชน ก็จะเป็นองค์กรที่สำคัญที่เป็นเครือข่ายที่สำคัญเช่นกัน ฉะนั้น จึงควรพัฒนาองค์กรภาคเอกชน และ องค์กรภาคประชาชนอย่างต่อเนื่องทั้งความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน ทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงาน จะสามารถช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กิตติ เหลาสุภาพ, อรุณ บุญสร้าง, อารี บุตรสอน, สง่า ทับทิมหิน, วิโรจน์ เขมรัมย์, นิยมล กมุทชาติ และอมรฤทธิ ช่อมพันธ์. (2565). การพัฒนาระบบและกลไกการจัดการภาวะวิกฤติโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุบลราชธานี. (รายงานฉบับสมบูรณ์). วิทยาลัยแพทยศาสตร์ และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2563. เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 เมษายน 2565. สืบค้นจาก <https://www.healthkpi.moph.go.th/7/kpi2/kpi/index/?id=1446>.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). มาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2563. นนทบุรี.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเฝ้าระวังโรค และการสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. นนทบุรี.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วันที่ 7 เมษายน 2565. สืบค้นจาก <https://www.ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19). นนทบุรี: บริษัท ปียอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือมาตรการและแนวทางในการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). นนทบุรี.
- คัมภีร์ สุดแท้. (2553). การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการสำหรับโรงเรียนขนาดเล็ก. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 4(2), 127-136.
- ไชยันต์ สกกุลศรีประเสริฐ. (2556). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 44(1), 1-13.
- ณัฐศักดิ์ จันทร์ผล. (2552). การพัฒนารูปแบบการบริหารงาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาที่เน้นการกระจายอำนาจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาบริหารการศึกษา. มหาวิทยาลัยสยาม: กรุงเทพมหานคร.
- ดิเรก ฤกษ์ห่วย. (2543). ทฤษฎีและแนวทางการพัฒนาสังคม. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาคหกรรมศาสตร์กับการพัฒนาชุมชน. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี.
- ทิตนา แคมมณี. (2553). ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทงศักดิ์ หลักเขต. (2022). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอเมืองอุบลราชธานี ด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.). *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(3), 61-69.
- นัจรินทร์ เนืองเฉลิม, ภคิน ไทยช่วย, กันติยา ศรีนิล และกุลจิรา สิงห์ชิต. (2564). การประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 1(3), 21-33.
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2534). ทฤษฎีและแนวความคิดเกี่ยวกับการพัฒนาชนบท. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาคหกรรมศาสตร์กับการพัฒนาชุมชน หน่วยที่ 1-7*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี.
- ปริญดา ทนคำ. (2563). กระบวนการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 6(2), 112-126.
- ปัญญา พละศักดิ์. (2564). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 40-53.
- ปัญญา ทองนิล. (2553). *รูปแบบการพัฒนาสมรรถภาพการสอนโดยการบูรณาการแบบสอดแทรกสำหรับนักศึกษาครูเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะอันพึงประสงค์*. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการสอน. มหาวิทยาลัยศิลปากร. กรุงเทพมหานคร.
- พรสวรรค์ พรกาญจนวงศ์. (2562). รูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 12 ปี 2558-2560. *วารสารวิชาการแพทย์เขต* 11, 33(1), 59-72.
- ไพโรจน์ แสงจง. (2560). *การประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.
- พจน์ พจนพานิชย์กุล. (2556). *การพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคล*. ค้นเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2565. จาก <https://www.sites.google.com/site/potarticle/02>.
- ภัทรพงศ์ ชูเศษ, นภาพระไพ สาระ และอรอุมา ทางดี. (2563). การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.). *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(4), 39-50.
- มานะ ภูมิพันธุ์. (2564). การศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) กรณีศึกษา: อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 5(9), 140-153.

- มาลี สืบกระแส. (2552). *การพัฒนารูปแบบองค์การแห่งการเรียนรู้ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา*.
วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา. มหาวิทยาลัยสยาม:
กรุงเทพมหานคร.
- มียากาวะ, ทาดาโอะ. (2550). *เศรษฐมิติเบื้องต้น*. แปลโดย คงศักดิ์ สันติพิฤกษ์วงศ์. กรุงเทพฯ: รั้งแจ้ง
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2556). *วิทยาการระบาดและการควบคุมโรค หน่วยที่ 1 – 7*.
พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2556). *วิทยาการระบาดและการควบคุมโรค หน่วยที่ 8 – 15*.
พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. (2534). *การพัฒนาชุมชนจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ ฯ: บางกอกบล็อกล็อก
ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี และภาสินี ไทอินทร์. (2564). *การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง
ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดอุดรธานี – Udon Model COVID-19*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(1), 53-61.
- ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. (2561, 9
มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 135 ตอนพิเศษ 54 ง. หน้า 1-7.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ ฯ: นานมีบุคค
พับลิเคชั่นส์
- รัชมี สมรรถชัย และบุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล. (2566). *การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และ
ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ*. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 19(2), 15-24
- วิรัช เตียงหงษากุล. (2529). *การพัฒนาชุมชนตามแนวความคิดนักปรัชญาตะวันตก*. กรุงเทพฯ ฯ:
โอ.เอส. พรินติ้งค์ เฮ้า.
- วิษณุพงษ์ จตุเทน. (2565). *การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลบึงนาราง อำเภอวังบูร
จังหวัดร้อยเอ็ด*. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(2), 72-83.
- ฤทธิ เพชรนิล. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอใน
จังหวัดชุมพร*. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการ
การสร้างเสริมสุขภาพ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). *สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ ฯ: สุวีริยาสาส์น.
- วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ*. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 2(1), 29-49.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2555). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา*.
กรุงเทพฯ ฯ: วิทย์พัฒน์ จำกัด.

- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2547). *ทฤษฎีและกลยุทธ์การพัฒนาสังคม*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ ฯ: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สงัด อุทรานันท์. (2532). *พื้นฐานและหลักการพัฒนาหลักสูตร*. (พิมพ์ครั้งที่3) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มิตรสหาย.
- สนธยา พลศรี. (2547). *ทฤษฎีและหลักการพัฒนารวมชน*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- สุวรรณณี แสนสุข, บรรจบ แสนสุข, รัฐพล อินทวิชัย และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2565). การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดยโสธร. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*. 4(2), 99-113.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *เอกสารประกอบการอธิบาย (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2560*. นนทบุรี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2565). *รายงานสถานการณ์โรคไวรัสโคโรนา 2019 ประจำวันที่ 7 เมษายน 2565*. สืบค้นจาก <https://www.nakhonsihealth.org/new/>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2565). *เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ*. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย*. กระทรวงสาธารณสุข; นนทบุรี.
- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2559). *แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560-2564)*. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สมจิตร พรหมจันทร์, สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ, วีรศักดิ์ เบ็ญอะหลี, จินตนา ด้วงปาน, ห่อเกี๊ยะ บุญโสภา และนุชรินทร์ คงสินทร์. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลคนพิการอย่างเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(1), 37-51.
- อาจันต์ สงทับ. (2564). *การศึกษาทางวิทยาการระบาด*. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- องอาจ นัยวัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ ฯ: สามลดา.

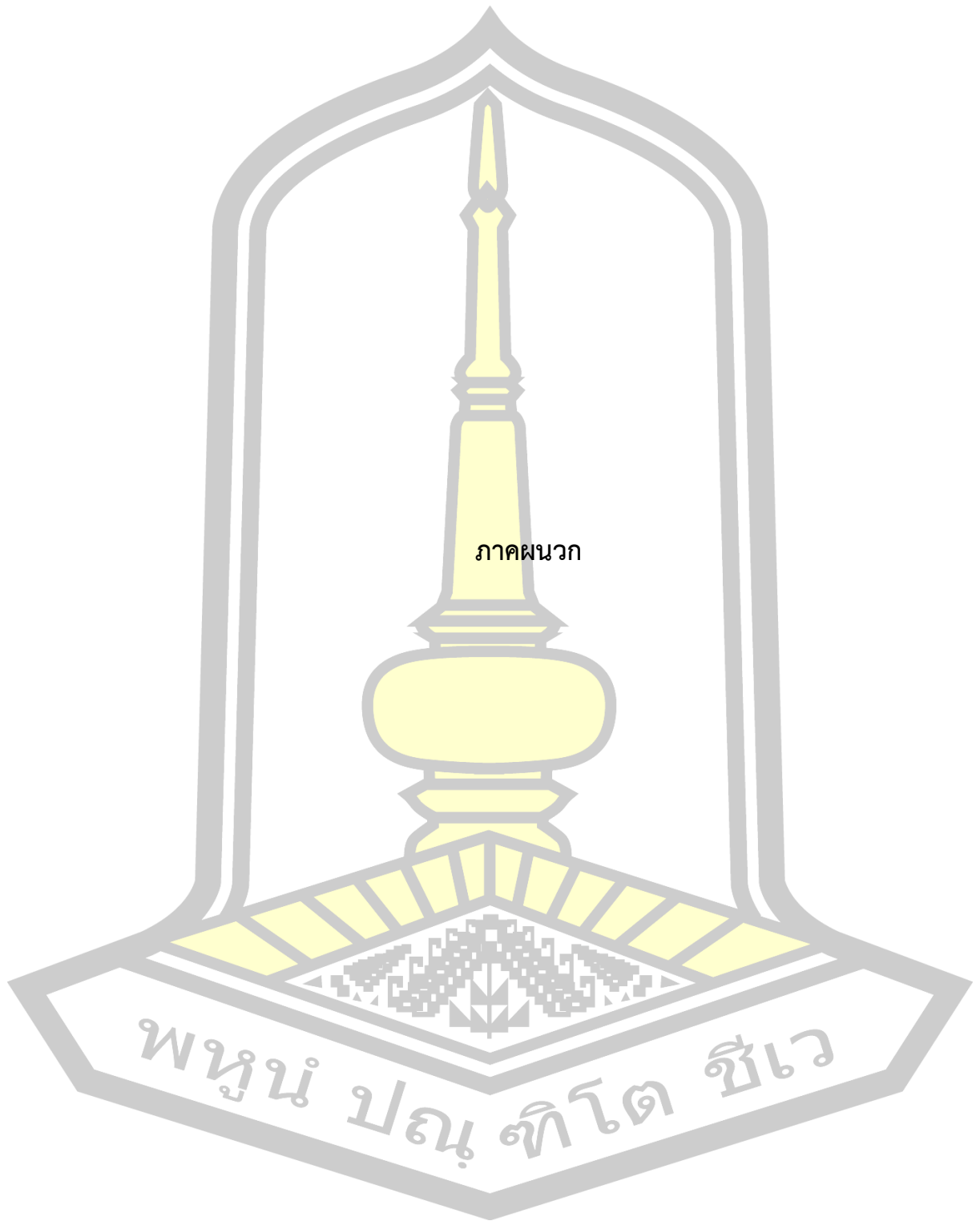
- อนุสรณ์ จันทสิทธิ์. (2564). รูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอ
กันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 6(3), 81-
90. AR Dictionary. (2008). *Model*. [Online]. Retrieved from
<http://www.ardictionary.com/Model/5908>. [accessed 20 December, 2021].
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bispo-Junior, J. P. & Serapioni, M. (2021). Community Participation: Lessons and
Challenges of the 30 years of Health Councils in Brazil. *Journal Glob Health*,
11, 03061. <https://www.doi:10.7189/jogh.11.03061>.
- Chen, C. C., Yang, H. P., Li, H. C., Huang, P. Y., Chen, C. L., & Chiu, C. H. (2021).
Features and Transmission Dynamics of SARS-CoV-2 Superspreading Events
in Taiwan: Implications for Effective and Sustainable Community-centered
Control. *Journal homepage*: <https://www.pediatr-neonatal.com>.
- Coghlan, D. & Brannick, T. (2001). *Doing Action Research in Your Own Organization*.
London: Sage Publication.
- Good, C.V. (2005). *Dictionary of Education*. (5th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Husen, T. & Postlethwaite, N. T. (1994). *The international encyclopedia of education*.
(2nd ed). New York: Pergawon press Inc.
- Jagannathan, A., Thekkumkara, S. N., Thirthalli, J., & Kasi, S. A. (2021). Community
Participation Initiative During COVID-19 Pandemic: A Case Study From India.
Indian Journal of Psychological Medicine. 43(2), 154-157.
<https://www.doi:10.1177/0253717621991012>.
- Johnson, A. P. (2008). *A Short Guide to Action Research*. (3rd ed). Boston: Pearson
Education
- Joreskog, K. G. & Sorbom, D. (1996). *LISREL8: User's Reference Guide*. Mooresville:
Scientific Software.
- Keeves, P.J. (1988). *Educational research, Methodology and measurement: An
international handbook*. Oxford ; Pergamon Press.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (Eds.). (1988). *The Action Research Planner*. 3rd ed.
Geelong, Australia: Deakin University Press.

- Kemmis, S. & Wilkinson, M. (1998). *Participatory Action Research and the Study of Practice*. In Atweigh, A., Kemmis, S. & Weeks, P. (Eds.) *Action Research in Practice*. New York: Routledge.
- Khamis, N., Saimy, I. S., Ibrahim, N. H., Badaruddin, N. K., Mohd-Hassan, N. Z. A, Kusnin, F., & Sandhu, S. S., et al. (2021). Progression of the Pathway for Public Health Care during the COVID-19 Outbreak at District Health Office. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10533. <https://www.doi.org/103390/ijerph181910533>.
- Kitphati, R., Krates, J., Jitvigran, S., Nuchklang, K., Sankosa, R., & Kenaphoom, S. (2021). A Model for Developing of Surveillance, Prevention and Control the COVID-19 and Protection of People's Rights in a New Normal Way by a Virtual Community of Primary Health Care Service Network, Mahasarakham Province, Thailand. *Turkish Journal of Computer and Mathematics Education*, 12(3), 4089-4097.
- Kong, F. & Sun, S. (2021). Understanding and Strengthening the Emergency Management and Comprehensive Disaster Reduction in China's Rural Areas: Lessons from Coping with the COVID-19 Epidemic. *Sustainability*, 13, 3642. <https://www.doi.org/10.3390/su13073642>.
- Li, Q., Wang, J., Lv, H., & Lu, H. (2021). Impact of China's COVID-19 Prevention and Control Efforts on Outbreaks of Influenza. *BioScience Trends*, 15(3),192-195.
- Musaad, M. (2023). Policy, Analysis of the Papua Province Government in Handling the COVID-19 Pandemic. *Res Militaris*, 13(1), winter Sprin, 313-322.
- Nepal, R. & Bhattarai, B. (2020). The Grim Reality of Health System Uncovered with COVID-19 Pandemic in Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council*, 1,18(3), 569-571. <https://www.doi: 10.33314/jnhrc.v18i3.2755>.
- Osborne, J. W. & Costello, A. B. (2004). Sample Size and Subject to Item Ratio in Principal Components Analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 9(11). <https://www.doi.org/10.7275/ktzq-jq66>.
- Parker, W., Pennas, T., & Kommwa, I. (2018). Community Health Priorities: Lessons for Malaria Prevention from Balaka District, Malawi. *Malawi Medical Journal*, 2(June), 99-102. <https://www.doi.org/10.4314/mmj.v30i2.9>.

- Pung, R., Park, M., Cook, A. R., & Lee, V. J. (2020). Age-related risk of household Transmission of COVID-19 in Singapore. *Influenza Other Respiratory Viruses*, 15, 206–208.
- Raj, Madhu. (1996). *Encyclopedic of Psychology and Education*. New Delhi: ANMOL Publications PVT.
- Rakotonanahary, R. J. L., Andriambolamanana, H., Razafinjato, B., Raza-Fanomezanjanahary, E. M., Ramanandraitsiory, V., & Ralaivavikoa, F., et al. (2021). Integrating Health Systems and Science to Respond to COVID-19 in a Model District of Rural Madagascar. *Frontiers in Public Health*. 9, 654299. <https://www.doi.org/10.3389/fpubh.2021.654299>.
- Singh, S., Sundram, B. M., Rajendran, K., Law, K. B., Aris, T., Ibrahim, H. et al. (2020). Forecasting Daily Confirmed COVID-19 Cases in Malaysia Using ARIMA Models. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 14(9), 971–976. <https://www.doi.org/10.3855/jide.13116>.
- Siyabi, H. A., Mukhaini, S. A., Kanaan, M., Hatmi, S. A., Anqoudi, Z. I., & Kalbani, A. A., et al. (2021). Community Participation Approaches for Effective National COVID-19 Pandemic Preparedness and Response: An Experience From Oman. *Public Health Education and Promotion*. <https://www.doi.org/10.3389/fpubh.2020.616763>.
- Smith, R.H. & Others. (1980). *Management: Making organizations perform*. New York: Macmillan.
- Stringer, E. (2007). *Action Research*. (3rd ed). California: Sage Publication.
- Thinkexist. (2008). Thinkexist Dictionary. [online]. Available from : <https://www.thinkexist.com/dictionary/meaning/model>. [accessed 20 December 2021].
- Thu-Ha, B. T., Quang, L. N., Thanh, P. Q., Minh-Duc, D., Mirzoev, T., & Anh-Bui, T. M. (2021). Community Engagement in the Prevention and Control of COVID-19: Insights from Vietnam. *PLoS ONE*, 16(9): e0254432. <https://www.doi.org/10.1371/journal.pone.0254432>.

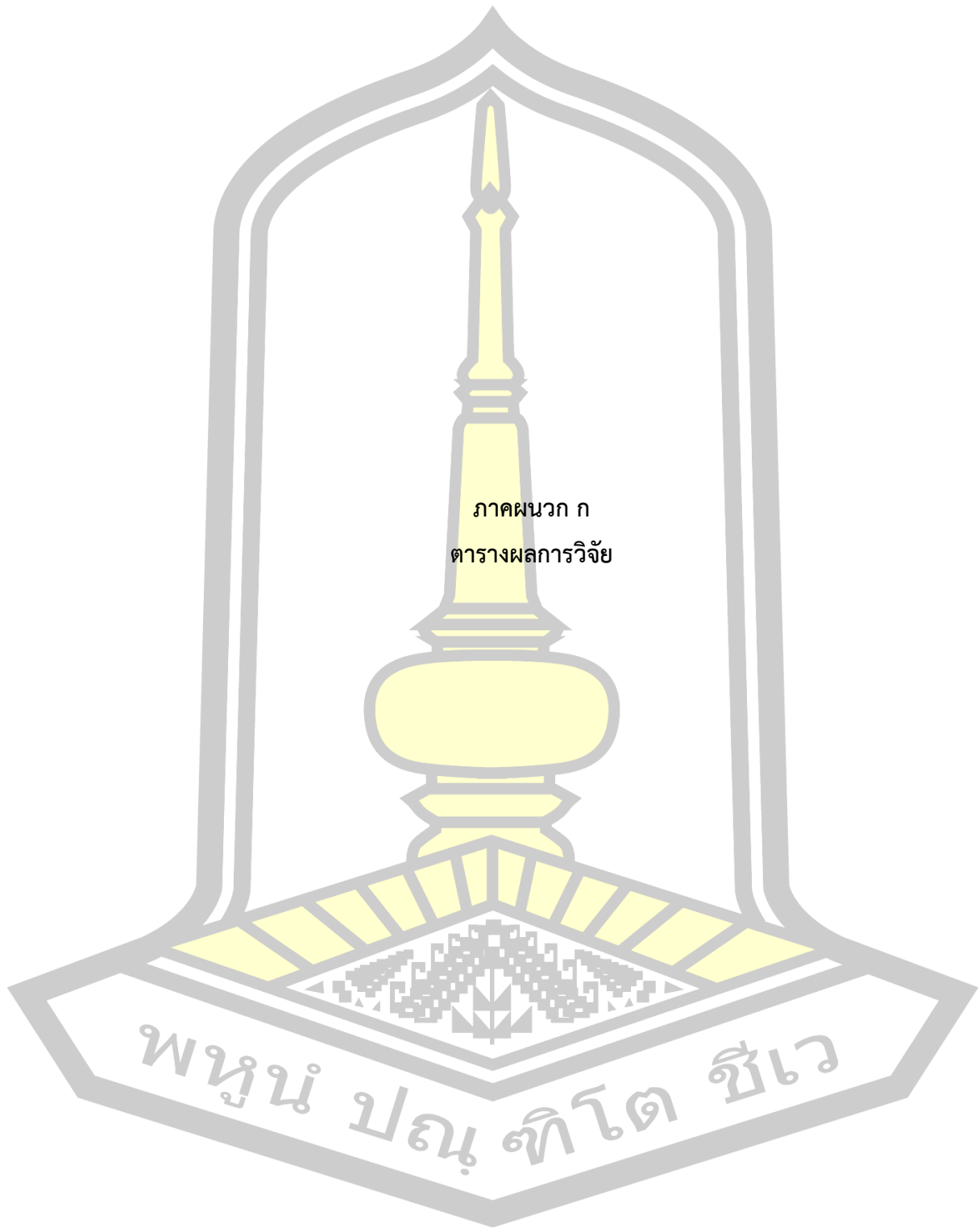
- Tran, B. X., Hoang, M. T., Pham, H. Q., Hoang, C. L., Le, H. T., & Latkin, C. A., et al. (2020). The Operational Readiness Capacities of the Grassroots Health System in Responses to Epidemics: Implications for COVID-19 Control in Vietnam. *Journal of Global Health, 10*(1), 011006. <https://www.doi:10.7189/jogh.10.011006>.
- Tshitenge, S. T., & Nthitu, J. M. (2022). COVID-19 Frontline Primary Health Care Professionals' Perspectives on Health System Preparedness and Response to the Pandemic in the Mahalapye Health District, Botswana. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine, 14*(1), a3166. <https://www.doi.org/104102/phcfm.v14i1.3166>.
- United Nations Human Rights. (2021, December 10). *UNDP-OHCHR Toolkit for Collaboration with National Human Rights Institutions*, online. Available: <https://www.ohchr.org/Documents/Countries/NHRI/1950-UNDP-UHCHR-Toolkit-LR.pdf>.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus*. Geneva: World Health Organization.
- Wu, Y., Zhang, Q., Li, L., Li, M., & Zuo, Y. (2021). Control and Prevention of the COVID-19 Epidemic in China: A Qualitative Community Case Study. *Risk Management and Healthcare Policy* downloaded from <https://www.dovepress.com/> on 03-Apr-2022.
- Zuber-Skerrit, O. (1995). *Models for action research*. In Prindren, S. & Passfield, R. (Eds.). *Moving on: Creation Application of Action Learning and Action Research*. Queensland, Australia: Action Research, Action Learning and Process Management.





ภาคผนวก

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก
ตารางผลการวิจัย

พหุบัณฑิตยสถาน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ) ความคิดเห็น				Mean (SD)	แปลผล
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
1	อำเภอมีคณะกรรมการ ๑ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน	321 (67.58)	149 (31.37)	5 (1.05)	N/A	4.67 (0.49)	สูง
2	อำเภอมีคณะกรรมการ ๑ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่ประกอบด้วยภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน	294 (61.89)	159 (33.47)	19 (4.00)	2 (0.42)	4.56 (0.61)	สูง
3	อำเภอได้กำหนดและวางแผนเข้าหายกรดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนร่วมกัน	267 (56.21)	185 (38.95)	52 (10.95)	22 (4.63)	4.51 (0.60)	สูง
4	อำเภอได้ใช้ข้อมูลการระบาดของโรคมาวางแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน	274 (57.68)	169 (35.58)	31 (6.53)	1 (0.21)	4.51 (0.63)	สูง
5	อำเภอได้ประชุมเพื่อดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี	239 (50.32)	178 (37.47)	52 (10.95)	5 (1.05)	4.37 (0.74)	สูง
6	ได้รับหน้าที่เป็นคณะกรรมการ ๑ ที่ตรงกับความชำนาญ และมีความเหมาะสมกับตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน	205 (43.16)	218 (45.89)	47 (9.89)	4 (0.84)	4.31 (0.70)	สูง

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ) ความคิดเห็น				Mean (SD)	แปลผล
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
1	อำเภอได้ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยผ่านการประชุมผู้ใหญ่ กำนัน และหัวหน้าส่วนราชการ	278 (58.53)	27 (5.68)	1 (0.21)	N/A	4.52 (0.61)	สูง
2	อำเภอมีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนเพื่อให้ประชาชนมั่นใจ ครีทธา ผู้กัพันและมีส่วนร่วม	233 (49.05)	28 (5.88)	N/A	N/A	4.43 (0.65)	สูง
3	อำเภอมีช่องทางให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อโรคระบาดที่เกิดขึ้นในชุมชนรับทราบหลายช่องทาง เช่น เว็บไซต์ โลกนักลุ่มเสียงตามสาย เป็นต้น	243 (51.16)	41 (8.63)	N/A	N/A	4.43 (0.65)	สูง
4	อำเภอได้นำความต้องการของประชาชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดมาบูรณาการกับระบบงานต่าง ๆ	214 (45.05)	36 (7.58)	1 (0.21)	N/A	4.37 (0.60)	สูง
5	อำเภอมีกระบวนการเพื่อรับฟังและให้ประชาชนสามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน	215 (45.26)	27 (5.68)	1 (0.21)	1 (0.21)	4.35 (0.62)	สูง
6	อำเภอของท่านได้ปรับปรุงช่องทางเพื่อประชาชนรับทราบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	219 (46.11)	44 (9.26)	4 (0.84)	N/A	4.35 (0.68)	สูง

ตารางที่ 13 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านความร่วมมือของเครือข่ายและชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ) ความคิดเห็น				Mean (SD)	แปลผล
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
1	ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่	227 (47.79)	216 (45.47)	32 (6.74)	N/A	4.41 (0.61)	สูง
2	ชุมชนและเครือข่ายได้ร่วมกันคิดวางแผน และปรับปรุงกระบวนการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน	216 (45.47)	208 (43.79)	50 (10.53)	1 (0.21)	4.35 (0.67)	สูง
3	การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนมีการดำเนินงาน วัสดุสิ่งของ และระบบการดำเนินงานร่วมกันทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน	198 (41.68)	225 (47.37)	51 (10.74)	1 (0.21)	4.30 (0.67)	สูง
4	ชุมชนและเครือข่ายในอำเภอได้ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน	198 (41.68)	217 (45.68)	57 (12.00)	2 (0.42)	4.28 (0.70)	สูง
5	องค์กรในชุมชนได้สนับสนุนงบประมาณแก่ชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน	193 (40.63)	211 (44.42)	66 (13.89)	4 (0.84)	4.24 (0.73)	สูง

ตารางที่ 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านการทำงานจนเกิดความพึงพอใจกับผู้ให้บริการและตัวผู้ให้บริการเอง ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ) ความคิดเห็น				Mean (SD)	แปลผล
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
1	ชุมชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ระบาดในชุมชน	229 (48.21)	220 (46.32)	25 (5.26)	1 (0.21)	N/A (0.60)	สูง
2	ในฐานะเป็นคณะกรรมการฯ มีความสุข และเห็นคุณค่าในตัวเองจากการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน	225 (47.37)	223 (46.95)	27 (5.68)	N/A	N/A (0.60)	สูง
3	คณะกรรมการฯ และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคระบาดในชุมชน ได้อย่างเหมาะสม	217 (45.68)	226 (47.58)	32 (6.74)	N/A	N/A (0.61)	สูง
4	คณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ในการทำงานป้องกัน และควบคุมโรคระบาดในชุมชน	209 (40.00)	227 (47.79)	39 (8.21)	N/A	N/A (0.63)	สูง
5	คณะกรรมการฯ ได้จัดประชุมและได้ชื่นชม หรือคำกล่าวขอบคุณเพื่อ สร้างแรงเสริมพลัง หรือแรงบันดาลใจให้กับชุมชน	207 (43.58)	213 (44.84)	53 (11.16)	1 (0.21)	1 (0.21)	สูง (0.69)

ตารางที่ 15 แสดงจำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร ตามมาตรฐานการพัฒนาศูนย์สุขภาพจิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

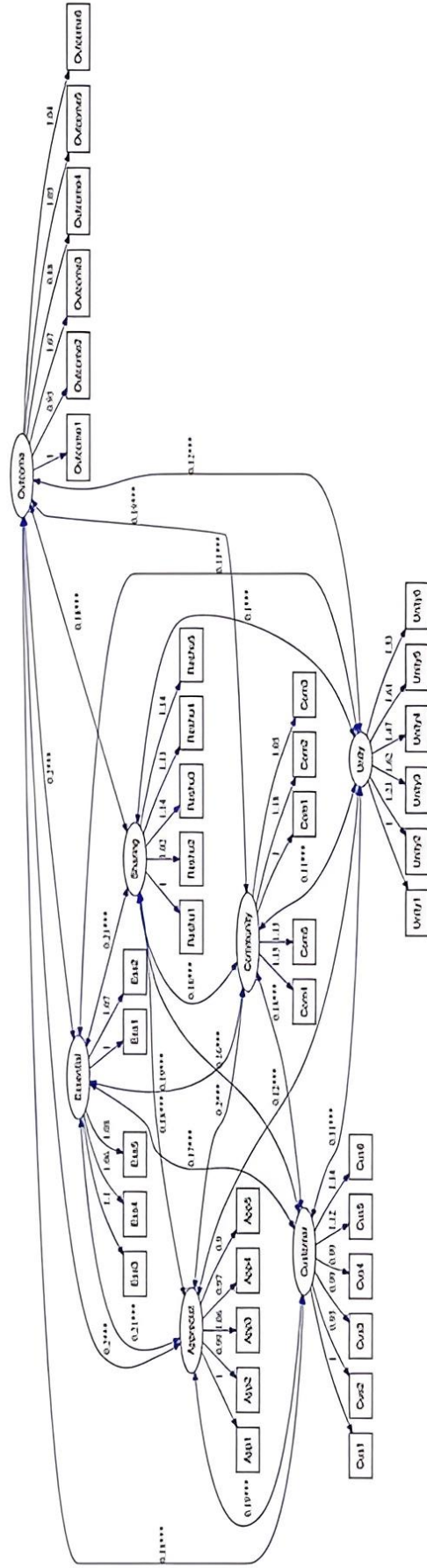
ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ) ความคิดเห็น		Mean (SD)	แปลผล
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
1	หน่วยงานได้สนับสนุนและวางแผนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ	197 (41.47)	42 (8.84)	4.32 (0.64)	สูง
2	คณะกรรมการฯ ได้มีการจัดสรรทรัพยากรร่วมกัน และยังนำทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนเกิดความยั่งยืน	190 (40.00)	46 (9.68)	4.29 (0.66)	สูง
3	คณะกรรมการฯ ได้มีการทบทวนและปรับปรุงทรัพยากรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	187 (39.37)	53 (11.16)	4.27 (0.66)	สูง
4	คณะกรรมการฯ มีการพัฒนาทักษะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ	178 (37.47)	57 (12.00)	4.25 (0.66)	สูง
5	หน่วยงานได้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนได้อย่างเหมาะสม	183 (48.53)	66 (13.89)	4.23 (0.70)	สูง

ตารางที่ 16 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านบริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ) ความคิดเห็น				Mean (SD)	แปลผล
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
1	คณะกรรมการฯ ได้นำข้อมูลเกี่ยวกับโรคระบาดในชุมชนมารวบรวม และวิเคราะห์ตามบริบทพื้นที่	240 (50.53)	203 (42.74)	32 (6.74)	N/A	4.44 (0.62)	สูง
2	คณะกรรมการฯ มีการส่งเสริมให้ชุมชนและเครือข่ายมีกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	239 (50.32)	199 (41.89)	37 (7.79)	N/A	4.43 (0.63)	สูง
3	คณะกรรมการฯ มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	211 (44.42)	225 (47.37)	38 (8.00)	1 (0.21)	4.36 (0.64)	สูง
4	คณะกรรมการฯ มีการจัดระบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน อย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน	217 (45.68)	212 (44.63)	45 (9.47)	1 (0.21)	4.36 (0.66)	สูง
5	คณะกรรมการฯ มีการทบทวนและเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน	209 (44.00)	215 (45.26)	49 (10.32)	2 (0.42)	4.33 (0.67)	สูง

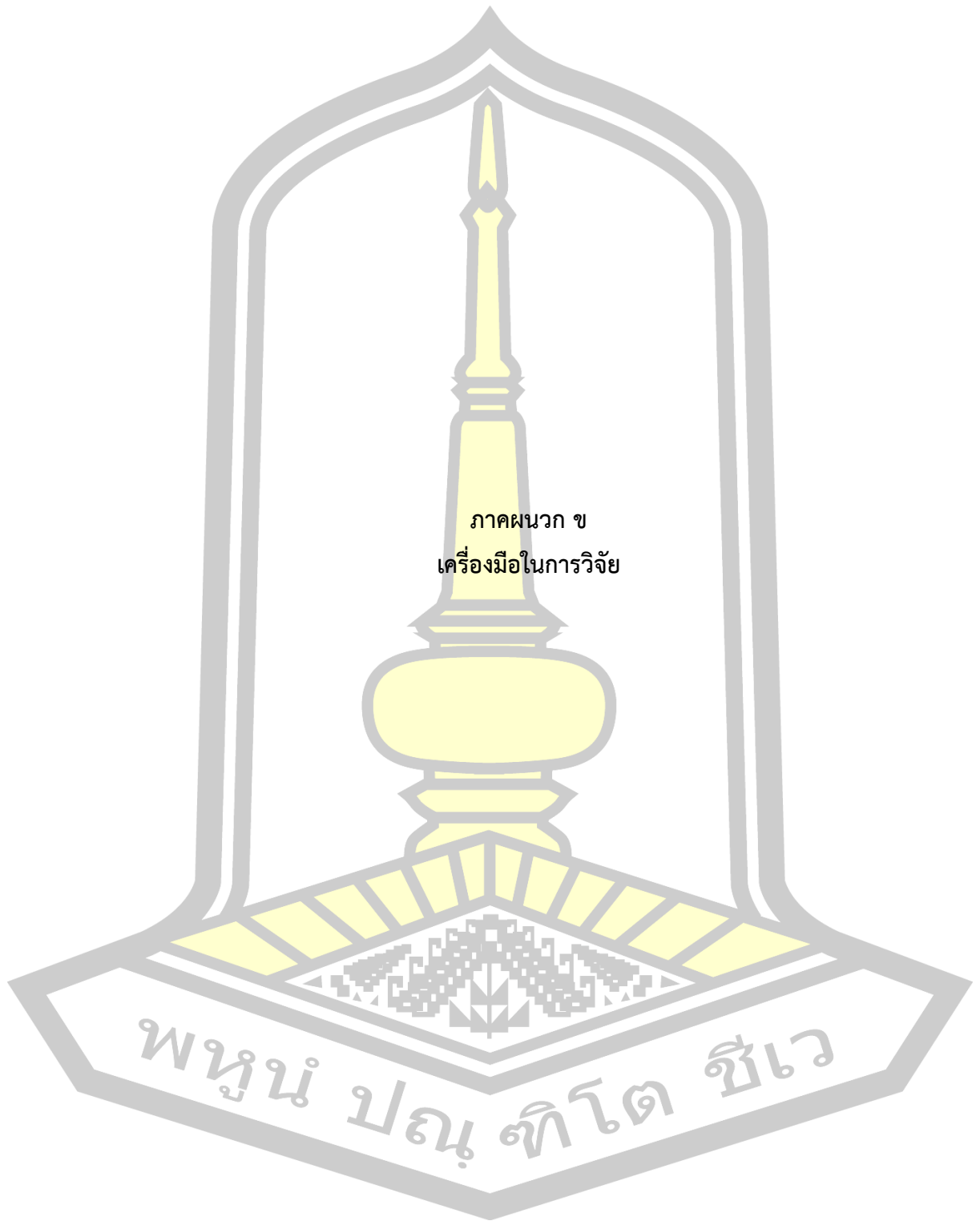
ตารางที่ 17 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ) การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค			Mean (SD)	แปลผล	
		เป็น ประจำ	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง			ไม่ได้ดำเนินการ
1	ร่วมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	234 (49.26)	196 (9.05)	43 (0.21)	1 (0.21)	1 (0.68)	สูง
2	นำปัญหาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดของประชาชนมาวางแผนแก้ไขร่วมเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน	213 (44.84)	228 (6.95)	33 (0.21)	1 (0.21)	N/A	สูง
3	ในฐานะที่ได้รับบริการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการฯ มีความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับแต่งตั้งและมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ	220 (46.32)	218 (7.37)	35 (0.21)	1 (0.21)	1 (0.65)	สูง
4	ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการช่วยเหลือ และสามารถลดความถี่ของอาการการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน	219 (46.11)	209 (9.26)	44 (0.42)	2 (0.42)	1 (0.68)	สูง
5	ร่วมขับเคลื่อนและประเมินผลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน	203 (42.74)	208 (12.84)	61 (0.42)	2 (0.21)	1 (0.72)	สูง
6	ร่วมเติมเต็มทรัพยากรที่เป็นส่วนขาดเพื่อใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน	197 (47.47)	220 (11.37)	54 (0.63)	3 (0.21)	1 (0.70)	สูง
ภาพรวม							สูง (0.54)



$\chi^2 = 1,610.79$, $df = 644$, $GFI = 0.845$, $RMR = 0.016$, $RMSEA = 0.05$

รูปภาพที่ 10 แสดงโมเดลองค์ประกอบของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ



ภาคผนวก ข
เครื่องมือในการวิจัย

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 1

แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน
ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ จัดทำเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบการวิจัยเรื่อง “การพัฒนา รูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช”

วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตาม มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หรือเติมลงในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ จำนวน.....ปี (อายุเต็มปี)
3. สถานภาพการสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี ตั้งแต่ปริญญาโทขึ้นไป
5. อาชีพหลัก รับราชการ รัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว
 เกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย
 อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. บทบาทในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
 ประธานกรรมการ ผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน
 ผู้แทนประชาชน กรรมการและเลขานุการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
7. ประสบการณ์ในการทำงานการเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
จำนวน.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นตามองค์ประกอบ UCCARE ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ตามการพิจารณาของท่านเพียงข้อเดียว โดยคำตอบมีความหมาย ดังนี้

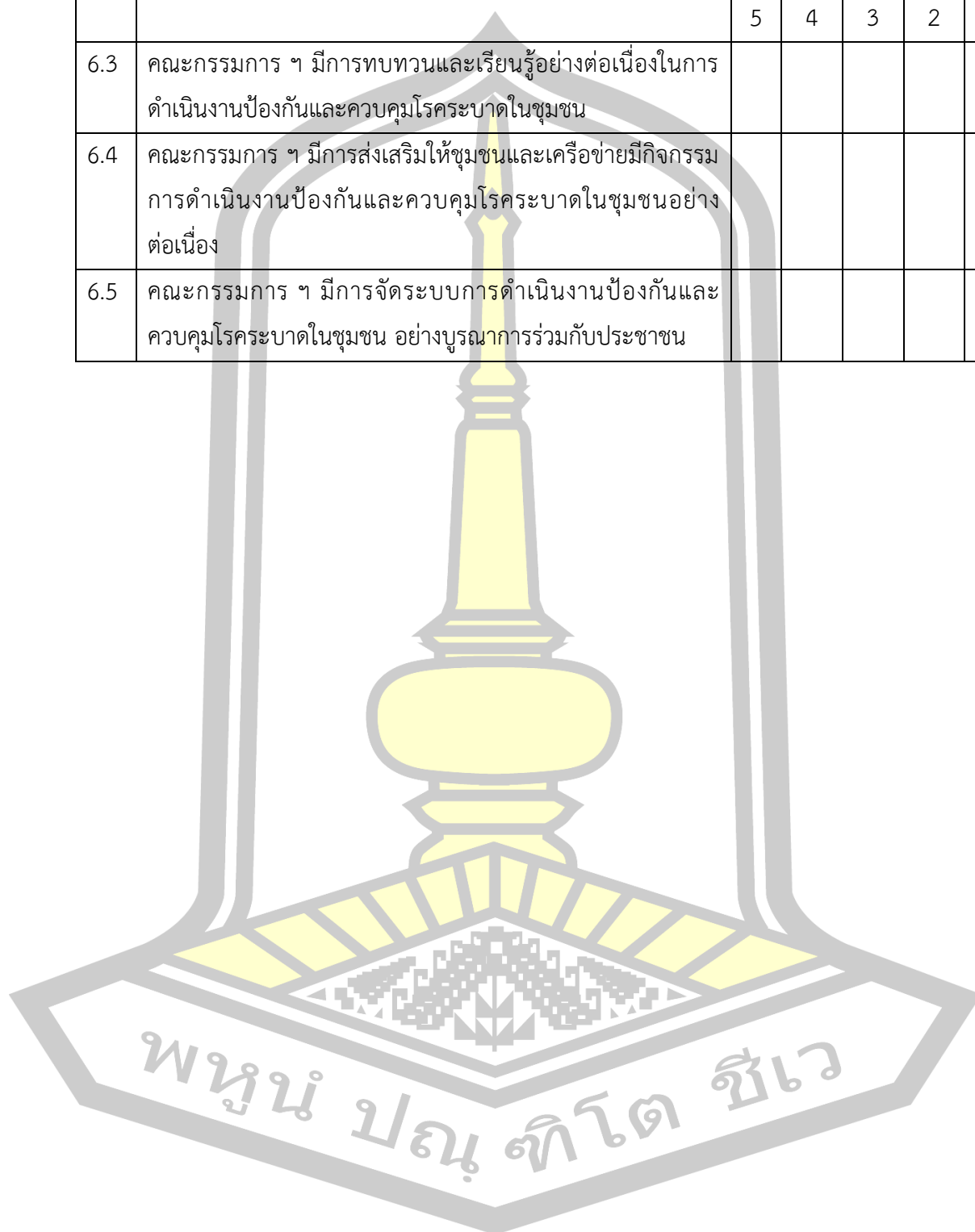
คะแนน 5	หมายถึง	ท่าน “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” กับข้อความ
คะแนน 4	หมายถึง	ท่าน “เห็นด้วย” กับข้อความ
คะแนน 3	หมายถึง	ท่าน “ไม่แน่ใจ” กับข้อความ
คะแนน 2	หมายถึง	ท่าน “ไม่เห็นด้วย” กับข้อความ
คะแนน 1	หมายถึง	ท่าน “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” กับข้อความ

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1. ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity district health team)						
1.1	อำเภอของท่านมีคณะกรรมการ ฯ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน					
1.2	อำเภอของท่านมีคณะกรรมการ ฯ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่ประกอบไปด้วยภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน					
1.3	อำเภอของท่านได้ประชุมเพื่อดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน อย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี					
1.4	อำเภอของท่านได้กำหนดและวางแผนเป้าหมายการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนร่วมกัน					
1.5	อำเภอของท่านได้ใช้ข้อมูลการระบาดของโรคมาวางแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน					
1.6	ท่านได้รับหน้าที่เป็นคณะกรรมการ ฯ ที่ตรงกับความชำนาญและมีความเหมาะสมกับตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน					
2. ด้านการทำให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีขึ้น (Customer focus)						
2.1	อำเภอของท่านมีกระบวนการเพื่อรับฟังและให้ประชาชนสามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
2.2	อำเภอของท่านได้ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยผ่านการประชุมผู้ใหญ่ กำนัน และหัวหน้าส่วนราชการ					
2.3	อำเภอของท่านได้นำความต้องการของประชาชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดมาบูรณาการกับระบบงานต่าง ๆ					
2.4	อำเภอของท่านมีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนเพื่อให้ประชาชนมั่นใจ ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วม					
2.5	อำเภอของท่านมีช่องทางให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อโรคระบาดที่เกิดขึ้นในชุมชนรับทราบหลายช่องทาง เช่น เว็บบไซต์ ไลน์กลุ่ม เสียงตามสาย เป็นต้น					
2.6	อำเภอของท่านได้ปรับปรุงช่องทางเพื่อประชาชนรับทราบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น					
3. ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation)						
3.1	ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่					
3.2	ชุมชนและเครือข่ายได้ร่วมกันคิด วางแผน และปรับปรุงกระบวนการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน					
3.3	การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนมีการด้านคน เงิน วัสดุสิ่งของ และระบบการดำเนินงานร่วมกันทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน					
3.4	ชุมชนและเครือข่ายในอำเภอของท่านได้ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน					
3.5	องค์กรในชุมชนของท่านได้สนับสนุนงบประมาณแก่ชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน					
4. ด้านการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation)						
4.1	คณะกรรมการ ฯ และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ได้อย่างเหมาะสม					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
4.2	คณะกรรมการ ฯ ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ใน การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน					
4.3	คณะกรรมการ ฯ ได้จัดประชุมและได้ชื่นชม หรือคำกล่าว ขอบคุณเพื่อสร้างแรงเสริมพลัง หรือแรงบันดาลใจให้กับชุมชน					
4.4	ชุมชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานป้องกันและ ควบคุมโรคระบาดในชุมชน					
4.5	ท่านในฐานะเป็นคณะกรรมการ ฯ มีความสุข และเห็นคุณค่าใน ตัวเองจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน					
5. ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)						
5.1	หน่วยงานของท่านหรือท่านได้สนับสนุนงบประมาณในการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนได้อย่าง เหมาะสม					
5.2	หน่วยงานของท่านหรือท่านได้สนับสนุนและวางแผนให้บุคลากร มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดใน ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
5.3	คณะกรรมการ ฯ มีการพัฒนาทักษะในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคระบาดในชุมชนอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ					
5.4	คณะกรรมการ ฯ ได้มีการจัดสรรทรัพยากรร่วมกัน และยังนำ ทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคระบาดในชุมชน เกิดความยั่งยืน					
5.5	คณะกรรมการ ฯ ได้มีการทบทวนและปรับปรุงทรัพยากรเพื่อให้ เกิดประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น					
6. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)						
6.1	คณะกรรมการ ฯ ได้นำข้อมูลเกี่ยวกับโรคระบาดในชุมชนมา รวบรวม และวิเคราะห์ตามบริบทพื้นที่					
6.2	คณะกรรมการ ฯ มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
6.3	คณะกรรมการ ฯ มีการทบทวนและเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน					
6.4	คณะกรรมการ ฯ มีการส่งเสริมให้ชุมชนและเครือข่ายมีกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง					
6.5	คณะกรรมการ ฯ มีการจัดระบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน อย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน					



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ตามการพิจารณาของท่านเพียงช่องเดียว โดยคำตอบมีความหมาย ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ท่านได้ร่วมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนเป็นประจำ
 คะแนน 4 หมายถึง ท่านได้ร่วมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนบ่อยครั้ง
 คะแนน 3 หมายถึง ท่านได้ร่วมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนบางครั้ง
 คะแนน 2 หมายถึง ท่านได้ร่วมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนนาน ๆ ครั้ง
 คะแนน 1 หมายถึง ท่านไม่ได้ร่วมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

ข้อ	ข้อความ	ระดับการดำเนินงาน				
		5	4	3	2	1
1	ท่านได้ร่วมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ใน ฐานะที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
2	ท่านได้นำปัญหาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาด ของประชาชนมาวางแผนแก้ไขร่วมเพื่อการป้องกันและควบคุม โรคในชุมชน					
3	ท่านได้ร่วมขับเคลื่อนและประเมินผลในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคระบาดในชุมชน					
4	ในฐานะที่ท่านได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ ฯ ท่านมีความ พึงพอใจในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับแต่งตั้งและมอบหมายหน้าที่ ความรับผิดชอบ					
5	ท่านได้ร่วมเติมเต็มทรัพยากรที่เป็นส่วนขาดเพื่อใช้ในการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน					
6	ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการช่วยเหลือ และสามารถลดความ เหลื่อมล้ำจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดใน ชุมชน					

เครื่องมือในการวิจัยชุดที่ 2

แบบสนทนากลุ่ม

วิเคราะห์สภาพพื้นที่ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามองค์ประกอบหลัก UCCARE ในส่วนนี้เป็นคำถามปลายเปิด ดังนี้

1. ที่ผ่านมา มีโรคระบาดที่เกิดขึ้นในชุมชนอะไรบ้าง และมีการจัดการโรคระบาด อย่างไร
2. ปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของโรคระบาดที่เกิดขึ้นในชุมชน เป็นอย่างไร
3. บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน เป็นอย่างไร
4. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีขั้นตอน แนวทาง และวิธีการตามองค์ประกอบ 6 ด้าน (UCCARE) อย่างไร ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน
5. มีความคิดเห็นอย่างไรบ้างต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
6. ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีอะไรบ้าง

พหุ ประเด็น ชีวะ

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 3

แบบสนทนากลุ่ม

การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนของกลุ่มเป้าหมายในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นแนวคำถามกึ่งมีโครงสร้าง (Semi structure focus group discussion guideline) ดังนี้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1.1 นโยบายและเป้าหมายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน เป็นอย่างไร

1.2 การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน มีกระบวนการหรือช่องทางประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบข้อมูล มีกระบวนการหรือไม่ อย่างไร

1.3 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน เป็นอย่างไร

1.4 การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน สอดคล้องกับความจำเป็นหรือความต้องการและสภาพปัญหา หรือไม่ อย่างไร

1.5 การสนับสนุนทรัพยากรที่เอื้อต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนมาจากหน่วยงานใดบ้าง และสนับสนุนทรัพยากรประเภทไหน

1.6 การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชนมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และ ทบทวน หรือไม่ อย่างไร

2. ประชาชน

2.1 ทราบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามนโยบายของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือไม่ อย่างไร

2.2 ทราบกระบวนการ หรือข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือไม่ อย่างไร

2.3 ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน หรือไม่ อย่างไร

2.4 การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหา หรือไม่ อย่างไร

2.5 ท่านได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอะไรบ้าง จากหน่วยงานไหน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน

2.6 ท่านทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน หรือไม่ อย่างไร

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 4

แบบประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

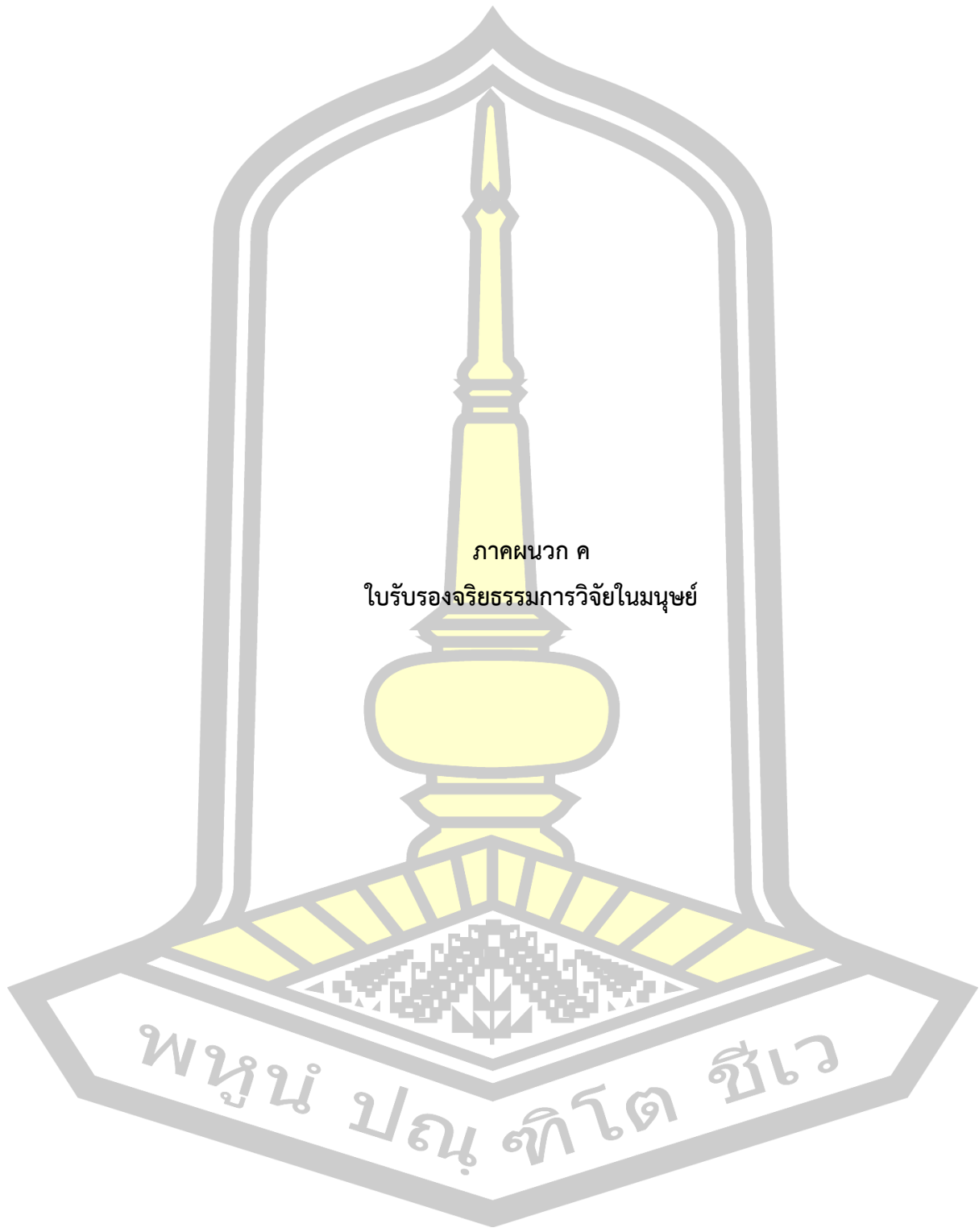
องค์ประกอบ	เริ่มมีแนวทางการและ/หรือ มีการดำเนินการ	มีการขยายการดำเนินงาน	มีการดำเนินการเป็นระบบและ/หรือครอบคลุม	มีการเรียนรู้	การบูรณาการ
ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)					
การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Customer focus)					
การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation)					
การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation)					
การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) และ					
การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)					

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 5

แบบบันทึกผลการถอดบทเรียน และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รายละเอียดดังนี้

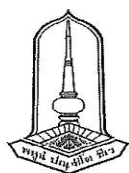
1. บรรยากาศ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นอย่างไร
2. มีอะไรบ้างที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
3. อะไรบ้างที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
4. ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ และการนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีอะไรบ้าง และควรปฏิบัติอย่างไร





ภาคผนวก ค
ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุบัณฑิตศึกษา สกลนคร



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 200-218/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน
โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Developing a model for community epidemic prevention and
control by the mechanism of a quality of life improvement committee in the district-level.

ผู้วิจัย : นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดนครศรีธรรมราช และอำเภอพรหมคีรี
จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 13 มิถุนายน 2565

วันหมดอายุ : 12 มิถุนายน 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของ
โครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิด
โครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือ
หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

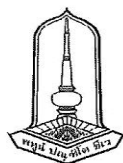
.....
.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิงราตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 200-218/2022

Title : Developing a model for community epidemic prevention and control by the mechanism of a quality of life improvement committee in the district-level.

Principal Investigator : Mr. Boonprajuk Junwin

Responsible Department : Faculty of Public Health

Research site : District Public Health Office in Nakhon Si Thammarat Province and Phrom Khiri District Nakhon Si Thammarat Province

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 13 June 2022

expire : 12 June 2023

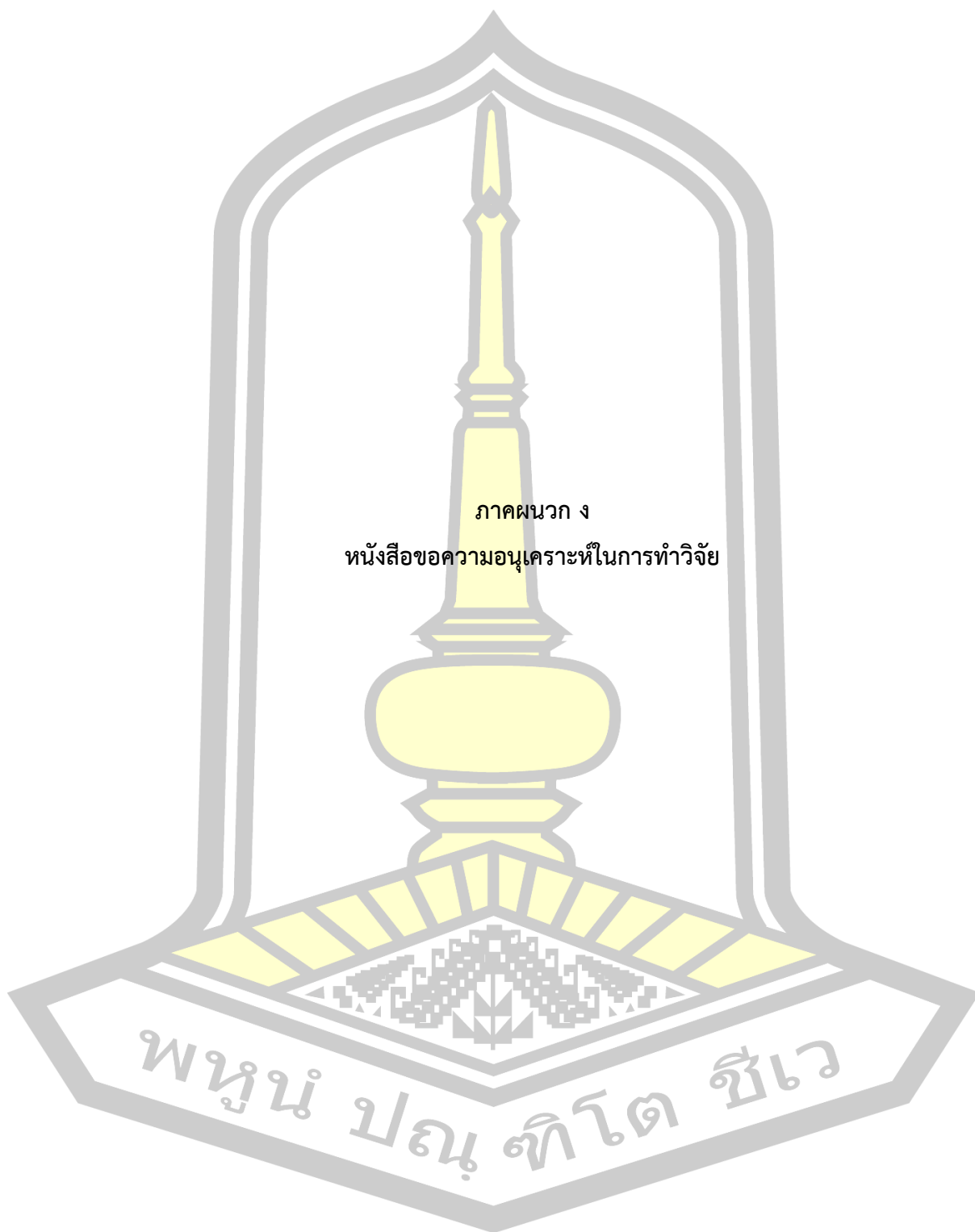
This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Maharakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

Ratree S.
.....

(Asst. Prof. Ratree Sawangjit)

Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



ภาคผนวก ง
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย

พหุบัณฑิตยาลัย



บันทึกข้อความ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รับที่: อท. 1394 วันที่: 24.มิ.ย. 2565 เวลา: 13.00 น.

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. ๐๔๓-๗๕๔-๓๕๓
ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๕
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ลงนามในหนังสือ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตร์ดุสิตบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัจด์พรต เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านลงนามในหนังสือ ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย จำนวน ๓ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ลงนาม จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

- () เพื่อโปรดทราบ
() เพื่อโปรดพิจารณา
() เห็นสมควรแจ้ง.....

(นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน)
นิสิต

(รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัจด์พรต)
อาจารย์ที่ปรึกษา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๖๑๕๘๗

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗๕ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ดร.กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สรพจน์ พรหมสัตยพรต เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในกรณี เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ ยิ่งสิน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๖ ๑๕๖๓



มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓๖ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สรพจน์ พรหมสัตยพรต เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๖๑๕๙๗

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน รศ.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สรพจน์ พรหมสัตยพรต เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๒๐๒๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอทุ่งสง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนาแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิรัตน์ ยิ่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๐๖๖๗๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๐๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์โดยการสนทนากลุ่ม

เรียน นายอำเภอทุ่งสง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่ม มีกลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ในวันที่ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๕.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งสง และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๕๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๕๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๖๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอบางขัน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนาแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยิ่งยวน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖





ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๐๖๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอนาบอน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนาแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนีรัตน์ ยิ่งยิน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๖๓วิ

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอหัวไทร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทรวิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนาแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในกรณีนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นายบุญประจักษ์ จันทรวิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนีรัตน์ ชัยยีน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทรวิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๐๓๖



มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๖๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์โดยการสนทนากลุ่ม

เรียน นายอำเภอหัวไทร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่ม มีกลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในวันที่ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๕.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวไทร และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยิ่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖





ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๖๗๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์โดยการสนทนากลุ่ม

เรียน นายอำเภอรัตนพิบูลย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่ม มีกลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ทชอ.) ในวันที่ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๕.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่เบอร์โทรศัพท์ ๐๔๒-๓๕๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยิ่งสิน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๔๒-๓๕๕๑๖๑๖





ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ว.๖๖๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอรัตนพิบูลย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนาแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ ยิ่งยิน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๖๖๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๖๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอเฉลิมพระเกียรติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนาแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คุณิรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๖๓๖



มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอปากพนัง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิรัตน์ ยัยยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๑๖๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอเข็ญใหญ่

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนาแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๑๖๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอสิชล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทรวิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทรวิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อดังท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเมธีรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทรวิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ว๖๖๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอนบพิตำ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๖๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์โดยการสนทนากลุ่ม

เรียน นายอำเภอนบพิตำ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารับทราบดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่ม มีกลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในวันที่ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๕.๓๐ น. ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนบพิตำ และขอรับรองว่าไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเมธีรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

ที่ ฮา ๐๖๐๕.๑๘/๖๖๓๖



มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอท่าศาลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนาแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ทขอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/วจจร๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอหนองม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนาแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๖๖๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอข้างกลาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนาแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเนรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๐.๖๖๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์โดยการสนทนากลุ่ม

เรียน นายอำเภอข้างกลาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนาแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่ม มีกลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ในวันที่ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๕.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอข้างกลาง และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

ชุมชน ปณฺ ๓๖๓๖๓๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๑๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอพรหมคีรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๐๖๒๗๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอพระพรหม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนาแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๔๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๔๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อา ๐๖๐๕.๑๘/๖๖๓๖



มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๐๖๒๓๖



มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเริญ อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอพิบูล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริหารดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนาแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๑๑๖๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอลานสกา

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารับทราบดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีรัตน์ ยิ่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๒๐๖๒

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๒๕/ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอทุ่งใหญ่

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๑๖๖๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอฉวาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารับทราบการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๐๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอคำพรหม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนาแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ทชอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนีรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ ฮว ๐๖๐๕.๑๘/๑๑๖๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอจตุรหารณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ว๑๖๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอชะอวด

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๒๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่อำเภอของท่าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยั่งยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. ๐๔๓-๗๕๔-๓๕๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/

วันที่ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ลงนามในหนังสือ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตร์ดุสิตบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วราพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านลงนามในหนังสือ ขอบความอนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูลเพื่อใช้วิจัย จำนวน ๒๘ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ลงนาม จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน)

นิสิต

(รศ.ดร.วราพจน์ พรหมสัถยพรต)

อาจารย์ที่ปรึกษา



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๑๖๑๕๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์โดยการสนทนากลุ่ม

เรียน นายอำเภอข้างกลาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่ม มีกลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ทชอ.) ในวันที่ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๕.๓๐ น. ณ ห้องประชุม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอข้างกลาง และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเนรัตน์ ยิ้ม)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๒๒๖๗๒

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์โดยการสนทนากลุ่ม

เรียน นายอำเภอทุ่งสง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนาแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่ม มีกลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ทชอ.) ในวันที่ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๕.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งสง และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนีรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๖๖๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์โดยการสนทนากลุ่ม

เรียน นายอำเภอนบพิตำ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่ม มีกลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในวันที่ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๕.๓๐ น. หวังประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนบพิตำ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ ๐๔๒-๓๔๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิรัตน์ ยังยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๔๒-๓๔๕๑๖๑๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๑๖๓๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์โดยการสนทนากลุ่ม

เรียน นายอำเภอรัตนพิบูลย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่ม มีกลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ในวันที่ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๕.๓๐ น. ณ ห้องประชุม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๕๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวัฒน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๕๕๑๖๑๖



ที่ ฮว ๐๖๐๕.๑๘/ว๑๖๗๖

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์โดยการสนทนากลุ่ม

เรียน นายอำเภอหัวไทร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน ทำการเก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่ม มีกลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในวันที่ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๕.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวไทร และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยิ่งยูน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๓๙๕๑๖๑๖

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายบุญประจักษ์ จันทรวิน
วันเกิด	วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2518
สถานที่เกิด	อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 129/103 หมู่บ้านเมืองทอง หมู่ที่ 2 ตำบลปากนคร อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ 80000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	อาจารย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ 80000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2539 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา พ.ศ. 2542 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2558 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2566 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผลงานวิจัย	1.บุญประจักษ์ จันทรวิน และวัลลภา ดิษสระ (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การออกกำลังกายของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสาร นาคบุตรปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช, 31(3), 1-9. 2.บุญประจักษ์ จันทรวิน, รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, วัลลภา ดิษสระ และ เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. (2562). “โนราบิก” การประยุกต์ศิลปะแดนใต้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารบัณฑิตศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 17(1), 159- 173. 3.สุธาณี เจียประเสริฐ, นวพร คำแสงสวัสดิ์, จิฑาภรณ์ ยกอิน และบุญ ประจักษ์ จันทรวิน. (2563). การป้องกันแผลกดทับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่บ้าน: ประสพการณ์การพัฒนาญาติผู้ดูแลในยุค 4.0. วารสารคณะ

พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 28(1), 105-115.

4.บุญประจักษ์ จันทร์วิน และสิงห์ กาญจนอารี. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช สถาบันพระบรมราชชนก. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 7(10), 303-313.

5.รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, บุญประจักษ์ จันทร์วิน, รุ่งนภา จันทร์ตรา, วิไล อุดมพิทยา สรรพ์, บุปผา รักษานาม, เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, วาริสรา ทรัพย์ประดิษฐ์ และนำพร สามิภักดิ์. (2564). โครงการสถานการณ์การจ่ายค่าตอบแทนผลการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. (รายงานฉบับสมบูรณ์) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

6.บุญประจักษ์ จันทร์วิน, จิฑาภรณ์ ยกอิน, สุธาสิณี เจียรประเสริฐ, วัลลภา ดิษสระ และอัญชญา วิชชวัฒน์นางกูร. (2564). การออกแบบการเรียนรู้ร่วมกับผู้เรียนเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ รายวิชาทักษะชีวิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช. วารสารบัณฑิตศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, 19(2), 38-48.

7.วัลลภา ดิษสระ และบุญประจักษ์ จันทร์วิน. (2564). พยาบาลกับการจัดการป้องกันและการควบคุมการระบาดของ COVID-19 ในชุมชน. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 8(12), 89-104.

8.Phannathat Tanthanapanyakorn, Areesanguanchue, Nirobon Ma-oon, Klarnarong Wongpituk, Warangkana Chankong and Boonprajak Junwin. (2021). International Journal of Innovative Science and Research Technology, 6(12), 401-407.

9.บุญประจักษ์ จันทร์วิน, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, จิฑาภรณ์ ยกอิน, สุธาสิณี เจียรประเสริฐ และจිරภา แก้วเขียว. (2564). การศึกษาผลลัพธ์การเรียนรู้วิชาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช. 10(1), 122-133.

10.บุญประจักษ์ จันทร์วิน, สยาม ชื่นพงศ์, อัญชญา วิชชวัฒน์นางกูร, อุษา จันทร์แย้ม และอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์โยธิน. (2564). การศึกษาความแตกต่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ กับพฤติกรรมการสัมผัสหรือของประชาชนใน
อำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทาง
สุขภาพ, (4)2, 150-161.

11.บุญประจักษ์ จันทร์วิน, วิทยา ทรแก้ว และวัลลภา ดิษสระ. (2564).

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ของประชาชนวัยทำงานอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช.

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(4), 72-86.

12.เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และบุญประจักษ์

จันทร์วิน. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตัวเองและ
สังคมจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสาร
สังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 6(12), 360-375.

13.บุญประจักษ์ จันทร์วิน, วัลลภา ดิษสระ, จิฑาภรณ์ ยกอิน, สุธาสิณี เจีย
ประเสริฐ, จีรภา แก้วเตียว,นิสากร จันทร์วิ และชนิดดา อนุพัฒน์. (2564).

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชน
วัยทำงาน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิทยาศาสตร์แห่งประเทศไทย,
3(3), 64-74.

14.Boonprajuk Junwin, Benjawan Thanormchayathawat,

Ratthayanaphit Ratchathawan, Jithaphon Yok-in, Jeerapa
Kaewkiaw and Klarnarong Wongpituk. (2022). Self-Protection
Behavior of COVID-19 among the People Surveillance Area in
Nakhon Si Thammarat Province, Thailand. International Journal of
Innovative Science and Research Technology 7(2), 300-308.

15.Benjawan Thanormchayathawat, Ratthayanaphit

Ratchathawan and Boonprajuk Junwin. (2022). Village Health
Volunteers (VHV) Performing Responsibilities in the Midst of the
COVID-19 Pandemic, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand.
International Journal of Innovative Science and Research
Technology 7(2), 352-357.

16.บุญประจักษ์ จันทร์วิน, รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, อัญชญา วิชชพัฒน์นางกูร

และ สິงห์ กาญจนอารี. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาทักษะใน

ศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษายาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 9(3), 1-14.

17.บุญประจักษ์ จันทร์วิน, อัญชญา วิชชพัฒน์นางกูร, จีรภา แก้วเขียว และนิสากร จันทร์. (2565). ความแตกต่างระหว่างวัยกับพฤติกรรมกำบังตนเอง จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 11(2), 90-100.

18.บุญประจักษ์ จันทร์วิน และนรานุช ชะระเชื่อน. (2565). ปัจจัยทางจิต ปัจจัยทางสังคม และพฤติกรรมกำบังตนเองของผู้สูงอายุมุสลิมในเขตชานเมืองตามลักษณะครอบครัว จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 11(2), 140-151.

19.บุญประจักษ์ จันทร์วิน, วัลลภา ดิษสระ และกัลลาณรงค์ วงศ์พิทักษ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคโควิด-19 ของวัยรุ่น จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 28(4), 74-87.

20.บุญประจักษ์ จันทร์วิน, อัญชญา วิชชพัฒน์นางกูร, อุษา จันทร์แย้ม และสุธาสินี เจียประเสริฐ. (2565). ทักษะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษายาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช สถาบันพระบรมราชชนก. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(1), 119-133.

21.บุญประจักษ์ จันทร์วิน, ปาริฉัตร ถาวรวงษ์, เกษรา วณิชิตระกุล, นรานุช ชะระเชื่อน และวิชชุดา มัคสิงห์. (2565). เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8(1), 138-150.

22.บุญประจักษ์ จันทร์วิน, นรานุช ชะระเชื่อน และวัลลภา ดิษสระ. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารกิจการรณรงค์, 29(2), 204-217.

23.นรานุช ชะระเชื่อน, ตลปภัฏ ทรงเลิศ และบุญประจักษ์ จันทร์วิน. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัด

นครศรีธรรมราช. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 7(6), 488-501.

24. บุญประจักษ์ จันทรวิน, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, นิศารัตน์ นรสิงห์ และธมลวรรณ แก้วกระจก. (2565). การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างทักษะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 7(2), 1-18.

25. บุญประจักษ์ จันทรวิน, จิฑาภรณ์ ยกอิน, ภัทราภรณ์ เต็งโรจน์ภาพร และวัลลภา ดิษสระ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 4(1), 1-14

26. บุญประจักษ์ จันทรวิน. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช, วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 8(4), 141-156.

27. บุญประจักษ์ จันทรวิน. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ อิทธิพลของบุคคล และการรับรู้โรคโควิด-19 ในพื้นที่การเฝ้าระวังของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย, 5(1), 10-17.

28. วัลลภา ดิษสระ, กิตติพงษ์ สอนล้อม และบุญประจักษ์ จันทรวิน. (2566). ผลของการพอกยาสมุนไพรต่ออาการปวดเข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 38(1), 163-173.

29. บุญประจักษ์ จันทรวิน. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก แยกเป็นภูมิภาคของประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์, 10(2), 193-212

30. บุญประจักษ์ จันทรวิน และจิฑาภรณ์ ยกอิน. (2566). ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 31(3), 38-51.