การพัฒนารูปแบบการป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนจังหวัดตรัง: การระบาดระลอกที่ 1

จิราภรณ์ ชูวงศ์, Ph.D.[1]
ดวงใจ สวัสดี, พย.ม.[1]
กฤติยา ปองอนุสรณ์, พย.ม.[2]
ประไพ เจริญฤทธิ์, ส.ม.[3]

(วันที่ส่งบทความ: 22 พฤศจิกายน 2564; วันที่แก้ไข: 2 ธันวาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 13 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Corona Virus Disease 2019 [COVID-19]) ที่มีประสิทธิภาพจะลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน และประชาชน จำนวน 372 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถามการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนหลังจากที่มีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในชุมชนมี 4 ระยะ ดังนี้ (1) การวางแผนเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ด้านการแจ้งข่าวสาร ด้านเวชภัณฑ์ และด้านสถานที่ในการกักตัว (2) การปฏิบัติการตามแผน โดยคัดกรองผู้ที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงที่ผ่านด่านเข้าเมือง แล้วส่งต่อข้อมูลไปยังพื้นที่ชุมชน รวมทั้งการเฝ้าระวังเชิงรุก (3) การประเมินกระบวนการและผลลัพธ์หลังการดำเนินการพบว่า ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มในชุมชน และพบว่าประชาชนมีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M = 2.70$, $SD = 0.34$) และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ($M = 3.74$, $SD = 0.91$) (4) การสะท้อนข้อมูล แสดงให้เห็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ความตระหนักและความร่วมมือของเครือข่าย การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันเวลา และการเตรียมชุมชนทั้งก่อนและหลังเกิดโรคเพื่อเสริมความมั่นใจในเรื่องการอยู่ร่วมกันในชุมชน

คำสำคัญ: การป้องกันและควบคุม, การแพร่ระบาด, เชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ชุมชน

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
[2] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
[3] นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
[1] Corresponding author: จิราภรณ์ ชูวงศ์, E-mail: jirapornc@bcnt.ac.th

The development of a Coronavirus 2019 prevention and transmission model in communities, Trang province: The first wave of the COVID-19 pandemic

Jiraporn Choowong, Ph.D.[1]
Duangjai Sawatdee, M.N.S.[1]
Krittiya Ponganusorn, M.N.S.[2]
Prapai Chareonrit, M.P.H.[3]

(Received: November 22th, 2021; Revised: December 2nd, 2021; Accepted: December 13th, 2021)

Abstract

Effective control measures for Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) would reduce the spreading of the virus in the community. This action research was aimed to develop and evaluate the efficacy of the COVID-19 prevention and transmission model in communities in Trang province, Thailand. Participants included a total of 15 local governmental officers, healthcare providers, politicians, leaders, and village health volunteers (VHVs) and 372 local residents. Data were collected using group discussions, participant observations, and the Perceptions of Self-care During the COVID-19 Pandemic questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The results showed that the prevention and control measures for COVID-19 were comprised of four phases. Phase one, the preparation phase, included providing knowledge, communications, medical supplies, and quarantine accommodations. The second phase was the implementation phase, which involved screening people who had traveled across provincial borders from high infection-rate red-zone areas, transferring their data to healthcare centers, and advance surveillance. The third phase consisted of the evaluation of the interventions implemented in the second phase. The fourth phase was reflection on what did, or did not work well in the first three phases. In the third phase, we found there were no new COVID-19 cases found in the communities during this project. The local residents had an excellent overall mean score for COVID-19 perception (M = 2.70, SD = 0.34) and had a good overall mean score for self-care behaviors (M = 3.74, SD = 0.91). The fourth, reflection, phase revealed that the factors leading to the success of the program were awareness and cooperation among the networks, receiving valid news and information on time, and community preparation, both before and after the disease was detected, to enhance confidence about living together in the community.

Keywords: Prevention and control, pandemic, COVID-19, community

[1] Instructor, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[2] Instructor, Practitioner Level, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[3] Public Health Technical Officer, Expert Level, Trang Provincial Public Health Office

[1] Corresponding author: Jiraporn Choowong, E-mail: jirapornc@bcnt.ac.th

บทนำ

ปี พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมาทุกประเทศทั่วโลกเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Corona Virus Disease 2019 [COVID-19]; World Health Organization, Thailand, 2020) ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2563 อัตราการแพร่ระบาดของโรคยังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และมีความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นขยายวงกว้าง และลุกลามจนไม่สามารถควบคุมได้ จนส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ (Wu & McGoogan, 2020) ส่งผลทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อและมีการติดเชื้อในประเทศไทยและบางจังหวัดเพิ่มมากขึ้นทุกวัน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) อาจเนื่องมาจาก COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ซึ่งการใช้ยารักษาและวัคซีนป้องกันโรคยังมีประสิทธิภาพที่ไม่แน่นอน มีการกลายพันธุ์ของสายพันธุ์ และความสามารถแพร่ไปสู่ผู้อื่นได้ง่าย

ประเทศไทยมีมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้แก่ มาตรการลดการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่เสี่ยง เช่น ปิดให้บริการบางส่วนในห้างสรรพสินค้ายกเว้นในส่วนที่มีความจำเป็น และการปิดช่องทางเข้า-ออกในแต่ละจังหวัด ซึ่งมาตรการดังกล่าวจะต้องดำเนินการโดยองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน นอกจากนี้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง เช่น หลังการเดินทางจากต่างประเทศหรือพื้นที่เสี่ยงภายใน 14 วัน หากมีไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล หายใจเหนื่อย จะต้องเข้ารับการรักษาเพื่อให้แพทย์วินิจฉัยและให้การรักษาได้ทันท่วงที เมื่อตรวจพบว่ามีการติดเชื้อ COVID-19 แพทย์ผู้ทำการรักษาจะรายงานต่อหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อแจ้งให้ประชาชนในพื้นที่ทราบเพื่อเตรียมตัวในการรับมือกับการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 (ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, และทักษิกา ชัชชวรัตน์, 2563; นภชา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วิวรรศน์เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์, 2563)

จังหวัดตรังมีประชาชนเดินทางเข้ามาจากหลายแห่ง เช่น มาเลเซีย ภูเก็ต กระบี่ สงขลา และพัทลุง จึงทำให้ประชาชนในพื้นที่มีความเสี่ยงในการรับเชื้อ COVID-19 จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ณ วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 7 ราย เพศหญิง จำนวน 5 ราย เพศชาย จำนวน 2 ราย โดยผู้ติดเชื้อประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสถานบันเทิงจังหวัดภูเก็ต จำนวน 2 ราย นักศึกษาในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 1 ราย บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 2 ราย หญิงไทยกับสามีชาวต่างชาติเดินทางจากประเทศฟิจิ จำนวน 2 ราย ซึ่งผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยเมื่อวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2563 ผู้ติดเชื้ออาศัยอยู่ในอำเภอเมืองตรัง จำนวน 5 ราย อำเภอห้วยยอด จำนวน 2 ราย (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2564)

การดำเนินการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ของจังหวัดตรังโดยคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด มีการกำหนดนโยบายเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและลดความ

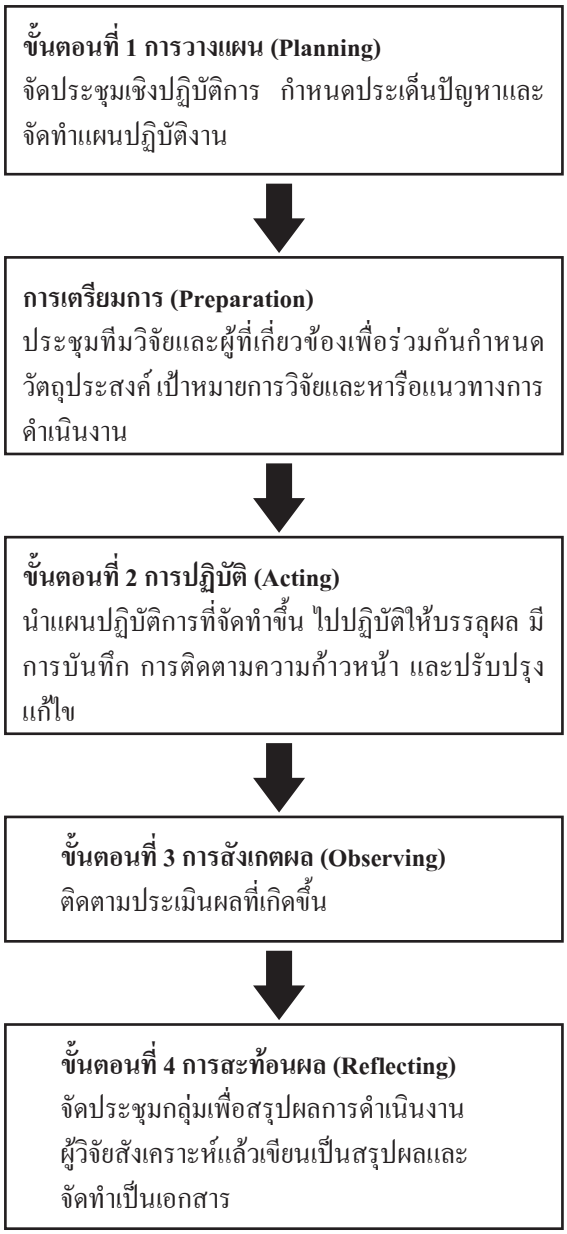
เสี่ยงในการติดเชื้อในชุมชน โดยให้มีการเฝ้าระวังและคัดกรองบุคคลภายนอกอย่างเข้มงวดและครอบคลุม มีการเตรียมความพร้อมและประชุมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับชุมชน การที่จะส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการรับรู้เกี่ยวกับมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเข้าสู่ชุมชนและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกัน COVID-19 ที่ถูกต้องนั้น จะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในหมู่บ้านหรือชุมชนในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น ทั้งด้านการค้นหาปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การติดตามประเมินผล และการสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาสถานการณ์การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 และพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในชุมชน เพื่อนำผลการศึกษาครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายหรือมาตรการเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ระลอกใหม่ในจังหวัดตรังต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรัง
2. ประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากการเกิดโรคนั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อหรือการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะทำให้เกิดผลดีในการลดความเสี่ยงจากการเกิดโรค ซึ่งองค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) ต่อการติดเชื้อ COVID-19 2). การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) ของโรค COVID-19 3).การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) ในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 และ 4). การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะมีสาเหตุจากปัจจัยหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับข้อมูลสนับสนุนจากบุคคลอื่น ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับใช้กระบวนการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 พื้นที่ศึกษา (Study setting) คือ ชุมชนบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ COVID-19 รายแรกของจังหวัดตรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรัง ประกอบด้วย หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนในชุมชนบ้านโพธิ์ จังหวัดตรัง จำนวน 5,164 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ ทาโร่ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973) ที่กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 372 คน โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยการสุ่มอย่างง่ายเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 20 -60 ปี ที่ไม่มีภาวะทางสุขภาพจิต สามารถพูดอ่าน หรือฟังภาษาไทยเข้าใจ และยินดีให้ข้อมูลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ประกอบด้วย หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และ อสม. จำนวน 15 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง (เลขที่ 61/2563) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์อย่างเคร่งครัด โดยการสอบถามความสมัครใจและผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับหัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด การขออนุญาตการบันทึกเสียง พร้อมทั้งการจดบันทึกในประเด็นที่สำคัญขณะสนทนากลุ่ม การรักษาความลับ การนำข้อมูลออกเผยแพร่ในลักษณะภาพรวม รวมทั้งการบอกยุติการให้ความร่วมมือได้ทุกระยะของการวิจัยที่รู้สึกไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลและขอข้อมูลย้อนกลับได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคำถามปลายเปิดเพื่อศึกษากระบวนการทำงานจริงและการพัฒนาแนวทางให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรม และแบบบันทึกภาคสนาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในช่วงที่มีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลด้านสถานภาพและข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check-list) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ ช่องทางในการได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 ลักษณะเป็นข้อคำถามการวัดแบบสำรวจรายการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-12, 15-20 และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 13, 14, 21-25 คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยให้ผู้ตอบประเมินว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นใดระหว่าง ใช่ (ตรงมากที่สุด) ไม่แน่ใจ (ตรงบางส่วน) และไม่ใช่ (ไม่ตรงเลย) โดยเลือกได้เพียง 1 คำตอบเท่านั้น ข้อความทางบวกจะได้รับคะแนน 3, 2 หรือ 1 หากตอบว่า ใช่ ไม่แน่ใจ หรือไม่ใช่ ตามลำดับ ส่วนข้อความทางลบจะได้รับคะแนน 1, 2 หรือ 3 ตามลำดับ การแบ่งระดับการรับรู้ใช้การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ โดยแบ่งตามค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับคือ การรับรู้อยู่ในระดับดีมาก (M=2.34 –3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (M=1.68 –2.33 คะแนน) และระดับน้อย (M = 1.00 – 1.67 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในช่วงที่มีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชน ลักษณะเป็นข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ปฏิบัติ 5–6 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 3–4 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 1–2 วัน/สัปดาห์ และ ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยผู้ตอบจะได้รับคะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ ผู้วิจัยแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) คือ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีมาก (M = .51 – 5.00 คะแนน) ดี (M = 3.51 – 4.50 คะแนน) ปานกลาง (M = 2.51 – 3.50 คะแนน) พอใช้ (M = 1.51 – 2.50 คะแนน) และไม่ดี (M = 1.00 – 1.50 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ .80 และ .89 ตามลำดับ

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นประชาชนในตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ที่มีระยะทางห่างจากพื้นที่ศึกษา 15 กิโลเมตร วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก

(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า .85 และ .90 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 โดยก่อนดำเนินการ (Preparation) ผู้วิจัยประชุมทีมวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายการวิจัยและหารือแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจตรงกัน แล้วดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ กำหนดประเด็นปัญหา ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดรูปแบบวางแผน จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ แบ่งหน้าที่ และจัดเตรียมสถานที่ ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาเอกสารข้อมูลทั่วไปของจังหวัดตรังและสถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรัง

2. สนทนากลุ่มร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาอุปสรรคและสาเหตุที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชน จังหวัดตรังที่ผ่านมา

3. ศึกษามาตรฐานการเฝ้าระวังและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชน

4. สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากเอกสารตำรา งานวิจัย และข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการนำมาพัฒนาลักษณะรูปแบบใหม่อย่างละเอียด ด้วยการกำหนดลักษณะและองค์ประกอบหลักของรูปแบบใหม่ที่จะพัฒนาขึ้นให้เหมาะสม ถูกต้อง ครบถ้วน และง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ไม่เพิ่มภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติ และเป็นที่ยอมรับของผู้ปฏิบัติงาน เน้นการนำหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่

5. จัดทำร่างรูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัดตรัง

6. ทดสอบระบบการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชนอำเภอเมือง ทั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยเตรียมความพร้อมก่อนลงมือปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยชี้แจงขั้นตอนการใช้โปรแกรมผ่านระบบการประชุมออนไลน์ และให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่นำรูปแบบไปทดลองใช้ หลังจากนั้น 1 สัปดาห์จัดประชุมสนทนากลุ่มเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบเป็นระยะ ๆ ตามความเหมาะสมของสถานการณ์ ด้วยความเห็นชอบของผู้เกี่ยวข้อง

7. จัดทำแผนการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ทุกพื้นที่ในจังหวัดตรัง และแผนการติดตามประเมินผล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Acting) ผู้วิจัยดำเนินการตามแผนจากขั้นตอนที่ 1 โดยการประกาศใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในระดับอำเภอและชุมชน นำแผนปฏิบัติการที่จัดทำขึ้นไปปฏิบัติ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยม เสริมพลังด้วยการสนับสนุนวิชาการและสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน มีการบันทึก การติดตามความก้าวหน้า และปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observing) ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ประเมินกระบวนการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19

โดยผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล ติดตามเยี่ยมพื้นที่ที่มีการระบาดของ COVID-19 สังเกตอย่างมีส่วนร่วม รวมทั้งประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติตามรูปแบบการป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่

2. ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 โดยการประเมินระดับการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนจังหวัดตรัง และรวบรวมสถิติจำนวนผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรัง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) ผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อนำผลการประเมินกระบวนการและประเมินผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบ มาถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน รับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริง สังเคราะห์ข้อมูลแล้วเขียนเป็นสรุปผลและจัดทำเป็นเอกสาร แล้วนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมโรคระดับจังหวัดเพื่อให้การรับรองรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชน โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสนทนากลุ่มในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis; Graneheim & Lundman, 2004) โดยการจัดระเบียบของข้อมูลที่เก็บมาได้ทั้งหมด ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ทั้งหมด ทั้งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ นำมาตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรง และน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation)

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชน จังหวัดตรัง มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning)

ผลการศึกษา พบว่า จังหวัดตรังใช้มาตรการป้องกันและควบคุมเชื้อ COVID-19 ที่กำหนดมาจากส่วนกลางตามคำสั่งประกาศและออกคำสั่งเกี่ยวกับมาตรการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาด มาตรการควบคุมการเดินทางเข้าออกจังหวัดตรัง จำนวน 15 ฉบับ โดยมีคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบลร่วมกันประชุมวางแผนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ดังนี้ (ก) การเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล โดยการอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ และ อสม. เตรียมการแจ้งข่าวเตือนภัยใส่ใจ COVID-19 โดยผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน เตรียมความพร้อมของเวชภัณฑ์ เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ เป็นต้น เตรียมสถานที่กักตัวผู้ที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงและผู้สัมผัสเสี่ยงสูงระดับอำเภอและระดับตำบลทุกตำบล (ข) การคัดกรองและติดตามผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด โดยตั้งด่านทางเข้าออกจังหวัดตรัง จำนวน 6 ด่าน ได้แก่ ด่านท่าเรือ

กันตัง ด่านสนามบิน ด่านอำเภอรัษฎา ด่านอำเภอสิเกา ด่านอำเภอปะเหลียน และด่านอำเภอนาโยง จัดให้มีจุดคัดกรองการเฝ้าระวังโรคและให้ความรู้แก่ประชาชนที่ผ่านทางเข้าออก โดยจัดให้มีจุดลงทะเบียนผ่านระบบ Trang Healthy Passport ซึ่งจะบันทึกข้อมูลครั้งแรกก่อนเข้าจังหวัดตรัง แล้วส่งข้อมูลให้หน่วยควบคุมโรคในระดับชุมชนติดตามผู้สัมผัสเชื้อ COVID-19 และควบคุมการระบาดในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action)

ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการคัดกรองผู้ที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงที่ผ่านด่านเข้าเมืองจำนวน 6 ด่าน โดยให้ลงทะเบียน ผ่านระบบ Trang Healthy Passport เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อในกลุ่มที่เดินทางเข้าชุมชนแล้วส่งต่อข้อมูลผู้เข้าข่ายต้องกักตัวไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล นอกจากนี้จะมีทีม อสม. เฝ้าระวังเชิงรุกโดยการตรวจคัดกรอง COVID-19 ทุกหลังคาเรือน ในกรณีที่หากมีการจำหน่ายผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับการรักษาครบหรือตรวจไม่พบเชื้อแล้วกลับบ้าน จะมีทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลร่วมกับผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. สร้างความรู้และความเข้าใจให้กับชุมชน เพื่อเสริมความมั่นใจในเรื่องการอยู่ร่วมกันให้แก่ประชาชนในพื้นที่ และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะลงพื้นที่เพื่อต้อนรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน รวมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านด้วย

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

จากการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์การใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 โดยผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด ระดับอำเภอ พบว่าในแต่ละชุมชน ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินคะแนนค่าเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนโดยภาพรวม อยู่ในระดับดีมาก (M = 2.70, SD = 0.34) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (M = 3.74,

ตารางที่ 1 *จำนวนผู้สัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรัง*

ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19	จำนวนผู้สัมผัส		ผู้ติดเชื้อในชุมชน (เพิ่มเติม)
	ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง	ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ	
รายที่ 1	11	9	0
รายที่ 2	13	0	0
รายที่ 3	5	0	0
รายที่ 4	15	40	0
รายที่ 5	43	35	0
รายที่ 6	2	3	0
รายที่ 7	0	3	0
รวม	**89**	**90**	**0**

ตารางที่ 2 *ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน*

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (*M*)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*)	การแปลผล
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	2.96	0.06	ดีมาก
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการติดเชื้อ	2.67	0.15	ดีมาก
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อ	2.95	0.08	ดีมาก
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	2.23	0.56	ปานกลาง
รวม	**2.70**	**0.34**	**ดีมาก**

ตารางที่ 3 *ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน*

(ตัวอย่าง) คำถาม	ค่าเฉลี่ย (*M*)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*)	การแปลผล
ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดบ่อย ๆ	3.64	.64	ดี
ท่านล้างมือให้สะอาด ก่อนสัมผัสใบหน้าทุกครั้ง	3.30	.48	ปานกลาง
ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ เป็นประจำ	4.00	.61	ดี
ท่านใช้ของส่วนตัวเป็นประจำ	3.73	.53	ดี
ท่านไม่รับประทานร่วมกับผู้อื่น	3.77	.50	ดี
ท่านสวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน	3.82	.48	ดี
ท่านล้างมือทุกครั้งหลังจากจับสิ่งของสาธารณะ	3.17	.52	ปานกลาง
ท่านเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร ทุกครั้ง	3.84	.42	ดี
ท่านออกจากบ้านเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	3.78	.47	ดี
ท่านติดตามข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เช่น องค์การอนามัยโลกและหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อป้องกันตนเองจากเชื้อ COVID-19	3.94	.30	ดี
รวม	**3.74**	**.91**	**ดี**

SD = 0.91) ตังแสดงในตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 3 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับกระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Reflection)

จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน โดยผู้วิจัยร่วมกับเครือข่ายจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้กระบวนการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review [AAR]) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรัง ได้แก่ ความตระหนัก

และความร่วมมือของเครือข่ายและผู้นำ การเสริมพลังใจให้ชุมชน การสร้างการรับรู้ของประชาชนในการรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันเวลา การแจ้งข่าวเตือนภัยใส่ใจ COVID-19 การรณรงค์ให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในความรุนแรงของการแพร่กระจายเชื้อหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นแก่ตนเองและคนในชุมชน การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และการเตรียมชุมชนทั้งก่อนการเกิดโรคและหลังเกิดโรคกรณีผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านเพื่อเสริมความมั่นใจในเรื่องการอยู่ร่วมกันในชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรังโดยผู้บริหารหน่วยงาน เครือข่ายระดับอำเภอ และผู้นำท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกิดความรู้สึกถึงการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่ง (Engagement) มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ (Ownership) เกิดเป็นฐานร่วมเพื่อขับเคลื่อนในการแก้ปัญหาในชุมชน มีส่วนร่วมกันกำหนดเป้าหมายวางแผนการดำเนินงานตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการดำเนินงานตามกระบวนการตัดสินใจ (Decision implementation) และการติดตามประเมินผล (พูลสินธุ์ พงษ์ประเทศ, 2550) ทำให้สามารถแก้ไขการแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่เกิดขึ้นในชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จะทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมและการประสานการทำงานของผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพในชุมชนในการร่วมกันวางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ส่งผลให้เกิดพลังในชุมชนที่สามารถร่วมกันป้องกันโรคในชุมชนได้ (กฤตย์ติวัฒน์ ฉัตรทอง, 2553)

การประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชน โดยประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบ ในด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ พบว่า ประชาชนมีการรับรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก โดยการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อาจจะเพราะประชาชนในชุมชนบ้านโพธิ์ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่ดี เนื่องจากจังหวัดตรังมีการวางแผนการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลข่าวสารให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และอสม. เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา มาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 ในชุมชนอย่างเข้มข้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การอบรมให้ความรู้แก่ อสม. ที่บูรณาการแนวทางปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของ อสม. ทำให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีสุขภาพดี และปลอดภัยจากโรคได้บรรลุล่วงไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายและสามารถป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีนโยบายให้มีการรณรงค์ให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในความรุนแรงของการแพร่กระจายเชื้อที่อาจเกิดขึ้นแก่ตนเองและคนในชุมชน ทำให้ผู้รับผิดชอบสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอดให้แก่ประชาชนในพื้นที่ของตนเอง เป็นการสร้างการรับรู้ของประชาชนในการรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันเวลา (กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์ 2561; กรวิกา บวชชุม, ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, วิลาวรรณ คริสต์รักษา, ปทิตตา ซุ้นซิ่ม, และ

สาวิณี จันทร์รัตน์, 2561; นิดา มีทิพย์, เดชา ทำดี, และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล, 2559) นอกจากนี้จะเห็นว่าปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารกันมากขึ้น รวมทั้ง COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่กระจายเชื้อในวงกว้างทั่วโลก สร้างความตื่นตระหนกและความกังวลให้แก่ประชาชนชาวไทยเป็นอย่างมาก จึงทำให้ประชาชนพยายามเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับโรค COVID-19 ที่ทันสมัยอย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม ซึ่งการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากการเกิดโรคนั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อหรือการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะทำให้เกิดผลดีในการลดความเสี่ยงจากการเกิดโรค (Rosenstock, 1974) ดังนั้นเมื่อประชาชนเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ประชาชนจะปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วย (ธานี กล่อมใจ และคณะ, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของ นภชา สิงห์วีรธรรม และคณะ (2563) ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ดังนั้นการให้ข้อมูลต้องคำนึงถึงความเชื่อของผู้ปฏิบัติด้วย เพราะความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และช่วยให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ในระยะยาว

ปัจจัยความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชน จังหวัดตรังครั้งนี้ คือ การเตรียมชุมชนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล อสม. ผู้นำชุมชน การให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจตั้งแต่ต้น ลงมือปฏิบัติในกิจกรรม และติดตามประเมินผล ซึ่งเป็นพลังสำคัญในการสร้างกิจกรรมการพัฒนาชุมชนในด้านสุขภาพ และยังสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดในชุมชนได้อีกด้วย (พิสิษฐ์กร โพธิ์ศรี และพรทิพย์ คำพอ, 2555)

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชน จังหวัดตรัง โดยผู้บริหารหน่วยงาน เครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการวางแผนเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ได้แก่ ความรู้ การแจ้งข่าวสาร เวชภัณฑ์ และสถานที่ในการกักตัว ปฏิบัติการตามแผน โดยคัดกรองผู้ที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงที่ผ่านด่านเข้าเมือง แล้วส่งต่อข้อมูลไปยังพื้นที่ชุมชน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญคือ ประชาชนในพื้นที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ในระดับดี ทำให้ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นในแต่ละชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลจากการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อวางแผนในการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมให้ความรู้กับประชาชนในชุมชนโดยเฉพาะการส่งเสริมให้มีการล้างมือ

เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 ให้มากขึ้น

2. นำรูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ไปขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดตรังเพื่อใช้ในการเตรียมรับการระบาดระลอก 2 ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกันที่อาจมีความแตกต่างด้านการรับรู้ การเข้าถึงสื่อต่าง ๆ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชน เช่น ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ชายฝั่งหรือเกาะต่าง ๆ เป็นต้น

2. ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนหลังการเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในจังหวัดตรัง

เอกสารอ้างอิง

กฤตย์ติวัฒน์ ฉัตรทอง. (2553). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์. (2561). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 24*(2), 59-67.

กรวิกา บวชชุม, ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, วิลาวรรณ คริสต์รักษา, ปทิตตา ซุ้นซิ่ม, และสาวิณี จันทร์รัตน์. (2561). ผลของการให้ความรู้ในการคัดกรองโรคจิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองโรคจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 38*(2), 33-41.

ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, และทักษิกา ชัชชวรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา, 21*(2), 29-39.

นภชา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563, 14*(2), 104-15.

นิดา มีทิพย์, เดชา ทำดี, และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. (2559). ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *พยาบาลสาร, 43*, 104-115.

พิสิษฐ์กร โพธิ์ศรี, และพรทิพย์ คำพอ. (2555). การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรค โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน: ชุมชนเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (บศ.), 12*(2), 42 - 56.

พูลสินธุ์ พงษ์ประเทศ. (2550). *การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษา โรงเรียน มัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง*

ในจังหวัดอุดรธานี (รายงานการวิจัย ไม่ได้ตีพิมพ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.* สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/info.php

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2564). *รายงานประจำวันสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.* สืบค้น จาก http://www.tro.moph.go.th/index2.php

Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). New Jersey: Prenticehall Inc.

Graneheim, H. U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*, 105-112.

Kemmis, S., & Mc Taggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Victoria, editor. Australia: Deaken University Press.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs, 2,* 328-335.

Taro Yamane. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row Publications.

World Health Organization, Thailand. (2020). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) รายงานสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย.* สืบค้นจาก https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-03-19-tha-sitrep-26-covid19-th-final.pdf?sfvrsn=5b88c757_0

Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Journal of the American Medical Association, 323*, 1239–42.