

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 (COVID-19)

อัมราภรณ์ ภูระยา^{*}, สมศักดิ์ โทจำปา^{**}, ศิริกนก กลั่นขจร^{**},
รุ่งทิพา บุญประคม^{*}, กิตติศักดิ์ คำภีระ^{*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ใน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผู้ร่วมวิจัยคือบุคคลสำคัญในชุมชนรวม 50 คน และตัวแทนสมาชิกในครอบครัว 100 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคฯ ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคฯ (ค่าความเชื่อมั่น 0.85) แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคฯ (ค่าความเชื่อมั่น 0.89) และแบบสอบถามพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคฯ (ค่าความเชื่อมั่น 0.92) แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่ม และแบบสังเกต การวิจัยดำเนินการ 2 ระยะ ช่วงเดือน สิงหาคม 2564-มกราคม 2565 แต่ละระยะใช้ 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ก่อนการพัฒนา ชุมชนมีปัญหาคือประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรคฯ ขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคฯ มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคฯ ที่ไม่เหมาะสม 2) กิจกรรมการพัฒนา มุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้ การสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคฯ การพัฒนาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ และ 3) ภายหลังการพัฒนาพบว่า บุคคลสำคัญและตัวแทนสมาชิกในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรคฯ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคฯ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน; การป้องกันและควบคุมโรค; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19

^{*} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

^{**} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

^๑ Corresponding author: อัมราภรณ์ ภูระยา Email: ning20047@gmail.com

รับบทความ: 4 พ.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 20 พ.ย. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 20 พ.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 30 ม.ค. 69

The Community Participation in Preventing and Controlling the Spread of Coronavirus 2019

Amaraporn Puraya^{*}, Somsak Thojampa^{**}, Sirikanok Klankhajhon^{**},
Roongtiva Boonpracom^{*}, Kittisak Kumpeera^{*}

Abstract

This participatory action research aimed to study community participation in preventing and controlling the spread of coronavirus 19. The participants were composed of 50 community leaders and 100 household members. Research instruments included the demographic questionnaire, coronavirus 19 knowledge test with reliability of 0.85, the perceived risk and severity of coronavirus 19 questionnaire with reliability of 0.89, the preventing and controlling the spread of coronavirus 19 questionnaire with reliability of 0.92, the community data record form, the in-depth interview guide for community leader, the focus group guide, and the observation form. Two cycles of this research (each cycle comprised 4 steps including planning, action, observation, and reflection) were conducted from August 2021 to January 2022. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, paired t-tests, and content analyses.

Results showed that 1) situation before the development: the participants lacked the knowledge and the perceived risk and severity, they also had inappropriate preventing and controlling the spread, and the community lacked the measures prevention; 2) the developing activities were composed of providing health education, promoting the perceived risk and severity, enhancing preventing behaviors preventing and controlling the spread, and setting the community measures prevention; and 3) after the development, both community leaders and household members had statistically significant higher mean scores of knowledge, perceived risk and severity, and preventing behaviors preventing and controlling the spread than those of before the development ($p < 0.001$).

Keywords: Community participation; Preventing and controlling the spread; Coronavirus-19

^{*} Lecturer, Faculty of Nursing, Naresuan University

^{**} Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

^a Corresponding author: Amaraporn Puraya Email: ning20047@gmail.com

Received: Nov. 4, 25; Revised: Nov. 20, 25; Accepted: Nov. 25, 25; Published Online: Jan. 30, 26

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แพร่ไปทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งส่งผลให้แต่ละประเทศต้องดำเนินการมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดและควบคุมการระบาดให้อยู่ในวงจำกัด โดยประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อรายแรกในเดือนมกราคม 2563 ซึ่งในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ การระบาดอยู่ในวงจำกัด ก่อนที่เดือนมีนาคมจะมีแนวโน้มสูงขึ้น จนรัฐบาลต้องประกาศภาวะฉุกเฉินทั่วประเทศ พร้อมดำเนินมาตรการจำกัดการเคลื่อนที่และกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชน สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม รวมถึงสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยด้านร่างกายคือการระบาดของโรคอุบัติการณ์ใหม่ คือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558⁽¹⁾ และมีการระบาดอย่างฉับพลันเป็นวงกว้างและมีความรุนแรง โดยศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคของประเทศรายงานว่ามีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลกเป็นจำนวนถึง 170,000 คน และมีผู้เสียชีวิตถึง 7,000 คน ในกว่า 150 ประเทศทั่วโลก⁽²⁾ ส่วนในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 271 ราย เสียชีวิต 1 ราย และมีจำนวนผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยอุบัติการณ์ของโรคพบได้ทุกช่วงวัยรวมไปถึงวัยสูงอายุ ซึ่งพบในช่วงอายุระหว่าง 3-79 ปี⁽³⁾

ผลกระทบที่เกิดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับมือกับการระบาดของโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยรัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อลดการติดเชื้อ การป่วย และการเสียชีวิต รวมถึงเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค⁽⁴⁾ โดยกำหนดให้มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในทุกระดับ ตั้งแต่จังหวัด อำเภอ ตำบล จนถึงหมู่บ้าน ซึ่งในระดับหมู่บ้าน กรมควบคุมโรคได้กำหนดมาตรการให้ผู้นำชุมชนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ความรู้แก่ประชาชน พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง คัดกรองความเสี่ยง ประสานงาน และรายงานผลการปฏิบัติ⁽⁵⁾ ขณะที่ในระดับครอบครัว เน้นการให้ความรู้และการป้องกันแก่สมาชิก เพื่อให้ประชาชนมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น ลดการสัมผัส ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่างทางสังคม และอยู่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดโรค⁽¹⁾ ทั้งนี้ กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์และความเข้าใจร่วมกันจนบรรลุเป้าหมายของชุมชน ด้วยความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา ดังการศึกษาที่พบว่าความร่วมมือของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับมือกับวิกฤตโรคระบาด⁽⁷⁻¹¹⁾

บ้านท่าโพธิ์ ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มีจำนวน 299 หลังคาเรือน ประชากร 1,223 คน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย และรับจ้าง โดยทำงานในตัวเมืองและต่างจังหวัด ซึ่งในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชุมชนได้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยให้ความสำคัญกับโรคเป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นเรื่องใกล้ตัว มีความอันตราย และเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต ซึ่งจากการวิเคราะห์พบสาเหตุหลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) ประชาชนขาดความรู้ เนื่องจาก

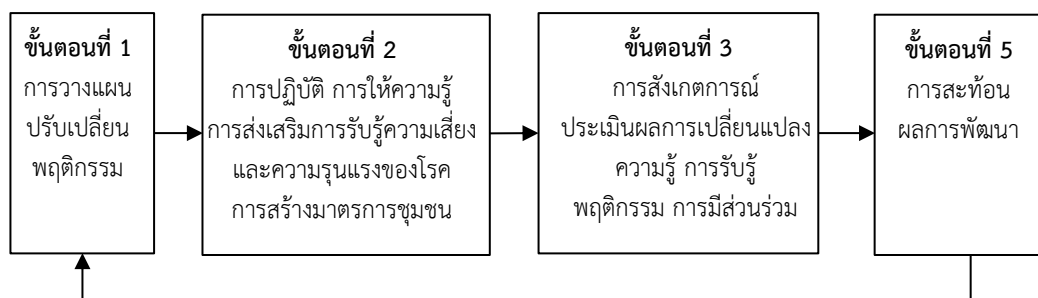
เป็นโรคอุบัติใหม่ 2) ขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค 3) พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่เหมาะสม เช่น ไม่สวมหน้ากากอนามัยเพราะคิดว่าไม่จำเป็นในหมู่บ้าน ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น สวมใช้ไม่เว้นระยะห่าง และยังใช้ชีวิตตามปกติ และ 4) ชุมชนขาดมาตรการป้องกันโรค จากข้อมูลปัญหาเหล่านี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านท่าโพธิ์ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา โดยเชื่อว่ากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมจะทำให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาโรคและร่วมกันแก้ไข ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนสามารถจัดการกับปัญหาโดยชุมชนเอง ดูแลชุมชนของตนเองได้ และเป็นชุมชนที่เข้มแข็งต่อไป

วัตถุประสงค์การทำวิจัย

1. ศึกษากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาต่อความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคคลสำคัญในชุมชนและสมาชิกในครอบครัว

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการ PAR ของ Kemmis, McTaggart & Nixon⁽¹²⁾ ซึ่งมุ่งมั่นตั้งใจแก้ไขปัญหของพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนปรับพฤติกรรม 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกตการณ์ ประเมินผล และ 4) การสะท้อนผลการพัฒนาร่วมกับแนวทางป้องกันและควบคุมโรค ของกรมควบคุมโรค สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) ประกอบด้วย 2 ระยะ ระยะละ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล โดยดำเนินการในพื้นที่เป้าหมาย คือ บ้านท่าโพธิ์ (หมู่ที่ 8) ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผู้ร่วมวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 บุคคลสำคัญในชุมชน ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 5 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 15 คน หัวหน้าคุ้ม จำนวน 5 คน นักศึกษา จำนวน 10 คน พระภิกษุ จำนวน 3 รูป รวมจำนวน 50 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) เป็นบุคคลที่เป็นที่ยอมรับของคนในหมู่บ้าน 3) เป็นตัวแทนของชุมชนในการให้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา เสนอแนวทางแก้ไข ร่วมปฏิบัติ และติดตามประเมินผลได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด

กลุ่มที่ 2 ตัวแทนสมาชิกในครอบครัวจำนวน 100 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด 3) อาศัยในหมู่ที่ 8 บ้านท่าโพธิ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้น มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ข้อคำถามทั้งหมดมี 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำโดยข้อคำถามเหล่านี้ประกอบด้วยเรื่องของคุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้) และเรื่องของการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมถึงการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค

ชุดที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 30 ข้อ โดยใช้ลักษณะคำตอบแบบ ถูกหรือผิด (ให้ 1 คะแนนสำหรับคำตอบถูก และ 0 คะแนนสำหรับคำตอบผิด) และสามารถแปลผลคะแนนที่ได้ออกเป็น 3 ระดับ คือ:ระดับน้อย (0-17 คะแนน) ระดับปานกลาง (18-23 คะแนน) และระดับดี (24-30 คะแนน)

ชุดที่ 3 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 25 ข้อ รูปแบบคำตอบเป็นแบบ มาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1 ถึง 4 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก การแปลผลผลการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจะใช้รูปแบบค่าเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับการรับรู้ช่วงคะแนนเฉลี่ยระดับน้อยที่สุด 1.00-2.32 คะแนนระดับน้อย 2.33-2.88 คะแนนระดับปานกลาง 2.89-3.44 และคะแนนระดับมาก 3.45-4.00 คะแนน

ชุดที่ 4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ รูปแบบคำตอบเป็นแบบ มาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1 ถึง 4 ได้แก่ ปฏิบัติน้อยที่สุด ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติมาก การแปลผลพฤติกรรมการป้องกันโรคจะใช้รูปแบบค่าเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคช่วงคะแนนเฉลี่ยระดับน้อยที่สุด

1.00-2.32 คะแนน ระดับน้อย 2.33-2.88 คะแนน ระดับปานกลาง 2.89-3.44 คะแนน และระดับมาก 3.45-4.00 คะแนน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลชุมชน ประกอบด้วย ลักษณะชุมชน ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน รูปแบบการดำเนินชีวิต

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์บุคคลสำคัญในชุมชนประกอบด้วย การรับรู้การระบาดของโรค ความเสี่ยงและการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ปัญหา สาเหตุ พฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน และความพร้อมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา

ชุดที่ 3 แบบสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย การวิเคราะห์โยงโยสาเหตุของปัญหา การวางแผนการดำเนินกิจกรรม การประเมินผล และการสร้างมาตรการในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ชุดที่ 4 แบบสังเกต ประกอบด้วย พฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนในครอบครัว มหาวิทยาลัย และวัด การมีส่วนร่วมของประชาชน และการปฏิบัติตามมาตรการในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรค แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (อายุรแพทย์โรคระบบหายใจ พยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์พยาบาลชุมชน) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) เท่ากับ 0.92 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับบุคคลสำคัญในชุมชน ผู้นำชุมชน 2 คน และสมาชิกในครอบครัว 28 คน ที่บ้านคลองหนองเหล็ก (หมู่ที่ 9) ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR20) ได้ค่าเท่ากับ 0.85 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนฯ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย มีดังนี้

หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ IRB No. P20231 วันที่รับรอง 31 กรกฎาคม 2564) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ระยะ ระยะละ 4 ขั้นตอน ดังนี้
ระยะที่ 1 ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2564 (รวมเวลา 3 เดือน) ดังนี้

1.1 วางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ซึ่งประกอบด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และประชาชนในหมู่บ้าน โดยเริ่มจาก 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานที่มุ่งแก้ไขปัญหามุมชนโดยคนในพื้นที่ร่วมกับผู้วิจัย พร้อมดำเนินการพหุศาสตร์วิธีผู้ร่วมวิจัย 2) วิเคราะห์สถานการณ์ของโรค ผ่านการศึกษาข้อมูลชุมชนและสัมภาษณ์บุคคลสำคัญเพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหา ความต้องการ และความพร้อมในการแก้ไขปัญหา จากนั้นจึงประเมินความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคของบุคคลสำคัญและตัวแทนสมาชิกครอบครัวด้วยแบบสอบถาม ก่อนจะเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มบุคคลสำคัญในชุมชน 3 ครั้ง ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มเพื่อวางแผน โดยครั้งที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงแผน นำเสนอผลการวิเคราะห์ชุมชน และระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางแก้ไข ครั้งที่ 2 ร่วมกันกำหนดเป้าหมายกิจกรรม ระยะเวลา และวิธีการประเมินผล และครั้งที่ 3 ทบทวนกิจกรรมในระดับครอบครัว มหาวิทยาลัย และวัด พร้อมกำหนดผู้ประเมินการปฏิบัติในแต่ละระดับ (เช่น ตัวแทนครอบครัวประเมินสมาชิกในครอบครัว บุคคลสำคัญนักศึกษาประเมินนักศึกษา และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุประเมินประชาชนที่วัด) จากนั้นนำเสนอผลการประเมินต่อที่ประชุม

1.2 การปฏิบัติ (Action) ผู้ร่วมวิจัยทั้งบุคคลสำคัญชุมชนและตัวแทนสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนรวมทั้งสังเกตการณ์และบันทึกข้อมูลจากการปฏิบัติ

1.3 การสังเกตการณ์ (Observation) มีการนิเทศติดตามและประเมินผลทุกเดือน (สิงหาคม-ตุลาคม 2564) โดยใช้แบบสอบถาม แบบสังเกต โดยบุคคลสำคัญในชุมชน วิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นทั้งเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค รวมทั้งมาตรการป้องกันโดยผู้วิจัยสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน

1.4 การสะท้อนผล (Reflection) โดยการคืนข้อมูลให้ชุมชนและถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลการดำเนินงานในระยะที่ 1

ระยะที่ 2 ดำเนินการในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงเดือนมกราคม 2565 (รวมเวลา 3 เดือน) ดังนี้

2.1 การวางแผน (Planning) เดือนพฤศจิกายน 2564 ผู้วิจัยได้นำเสนอปัญหาที่พบจากการสังเกตและการประเมินผลในระยะที่ 1 ในที่ประชุมเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยยืนยันข้อมูลและสะท้อนคิดถึงผลลัพธ์ที่ไม่บรรลุเป้าหมายของการพัฒนา ซึ่งพบว่าเกิดจากสมาชิกครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมป้องกันโรคที่จัดขึ้นในชุมชนและมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม รวมทั้งนักศึกษาในมหาวิทยาลัยและผู้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่วัดบางคนก็ไม่ปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด ดังนั้น เพื่อให้กิจกรรมการปฏิบัติสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ผู้วิจัยจึงมอบหมายให้ บุคคลสำคัญในชุมชนแต่ละกลุ่ม

ทำหน้าที่กระตุ้นเตือนสมาชิกในกลุ่มให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติ และให้มีการติดตามประเมินผลทุกสัปดาห์

2.2 การปฏิบัติ (Action) เดือนธันวาคม 2564 ผู้วิจัยประชุมชี้แจงแผนการพัฒนาในระยะที่ 2 การสร้างการมีส่วนร่วม และทบทวนมาตรการในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคของชุมชน พบว่าประชาชนและนักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมรณรงค์รอบหมู่บ้าน แจกแผ่นพับให้ความรู้ อสม.ให้ความรู้รายครอบครัว กลุ่มแม่บ้านร่วมกันสาธิตการทำเจลล้างมือ ทำหน้ากากผ้า

2.3 การสังเกต (Observation) สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคของสมาชิกในครอบครัวและการประชุมติดตาม การดำเนินงานทุกเดือน (เดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงเดือนมกราคม 2565) เพื่อทราบปัญหาและการแก้ไข ในขั้นตอนนี้ พบว่าชุมชนให้ความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี บุคคลสำคัญในชุมชนดำเนินงานด้วยความเข้มแข็ง และประชาชนสนับสนุนเข้าใจ และรับรู้ถึงประโยชน์

2.4 การสะท้อนผล (Reflection) เดือนมกราคม 2565 สมาชิกครอบครัวมีการปฏิบัติ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในระดับมาก และได้มาตรการในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคของชุมชนทั้งในระดับครอบครัว มหาวิทยาลัย และวัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.23 มีอายุต่ำสุด 20 ปี และสูงสุด 75 ปี โดย มีอายุเฉลี่ย 53 ปี การศึกษาประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 56.90 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.50 อาชีพเกษตรกร มากที่สุด ร้อยละ 58.80 รายได้ 10,000-20,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 59.80 มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 19 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 72.42 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 19 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.50 ส่วนใหญ่กลัวการติดโรค ร้อยละ 88.50 มีการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ร้อยละ 98.60 และแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสาร คือการดูโทรทัศน์ ร้อยละ 93.40 รองลงมา คือจากบุคลากรทางสุขภาพ ร้อยละ 90.20

2. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนการพัฒนา พบว่าการระบาดในระยะแรกเกิดจากการเคลื่อนย้ายของประชาชนวัยทำงานกลับเข้าสู่หมู่บ้าน ซึ่งทำให้ประชาชนในพื้นที่ซึ่งมีประชากรหนาแน่นเกิดความกลัวการติดโรค โดยมีการหาสาเหตุของปัญหาหลัก 4 ประการ ได้แก่ ประชาชนขาดความรู้และขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค มีพฤติกรรมป้องกันโรคไม่เหมาะสม และชุมชนขาดมาตรการในการป้องกัน แม้ว่าผู้นำชุมชนและบุคลากรสุขภาพได้ให้ความรู้และสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน

แล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมได้ การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโรคของบุคคลสำคัญในชุมชน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเท่ากับ 10.74 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเท่ากับ 76.57 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 76.71 ส่วนตัวแทน สมาชิกในครอบครัวพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคเท่ากับ 11.76 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเท่ากับ 77.86 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 78.85

3. การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3.1 การวางแผน พบว่าบุคคลสำคัญในชุมชน ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญและรับรู้ปัญหาโรค โดยได้ร่วมกันเสนอกิจกรรมการป้องกันโรค 4 ประการเพื่อดำเนินการ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน และโดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบแต่ละคุ้มจะทำการเดินทุกหลังคาเรือน 2) การเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคแก่สมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดและผลกระทบที่เกิดขึ้น ควบคู่ไปกับการเดินทุกหลังคาเรือน 3) การสำรวจพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคของประชาชนในระดับ ครอบครัว มหาวิทยาลัย และวัด และ 4) การทบทวนมาตรการในการป้องกันโรคชุมชน

3.2 การดำเนินการตามแผน ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ผ่านหอกระจายข่าวพบว่าผู้ที่อยู่บ้านได้รับความรู้ แต่ผู้ที่ทำงานนอกบ้านได้รับไม่ต่อเนื่องและไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงปรับให้มีการเดินให้ความรู้รายครอบครัวโดย อสม. ทั้งเวลากลางวันและช่วงเย็น ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือดี มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและซักถามปัญหา และหลังทำกิจกรรมพบว่า บุคคลสำคัญในชุมชนและตัวแทนสมาชิกครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น 2) มีการเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคโดย อสม. และนักศึกษาให้ข้อมูลการระบาดของโรคทุกวัน 3) ผลจากการสำรวจพฤติกรรมป้องกันโรคในครอบครัว มหาวิทยาลัย และวัด พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคมามากขึ้น ทั้งการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ และการเว้นระยะห่างทางสังคม และ 4) จากการทบทวนมาตรการของชุมชน พบว่ามาตรการป้องกันโรคมีความเหมาะสม แต่ยังคงมีประชาชนบางรายที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยหรือล้างมือ ทั้งนี้การดำเนินการทั้งหมดมีการประเมินผลโดย อสม. บุคคลสำคัญในชุมชน นักศึกษา และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ

3.3 การสังเกตพบว่า บุคคลสำคัญในชุมชนและตัวแทนสมาชิกครอบครัวมีการประชุมกลุ่มย่อยและติดตามการดำเนินงานทุกเดือนเพื่อทราบปัญหา ชุมชนให้ความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี มีดำเนินงานด้วยความเข้มแข็ง และประชาชนยินดีให้การสนับสนุนเพราะเข้าใจและรับรู้ถึงประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ

3.4 การสะท้อนผล คืนข้อมูลชุมชน และถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลการดำเนินงานในแต่ละระยะพบว่า สมาชิกครอบครัวมีการปฏิบัติพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในระดับมาก และได้มาตรการในการป้องกันโรคของชุมชน ทั้งในระดับครอบครัว มหาวิทยาลัยและวัด

4. ผลของการพัฒนาการมีส่วนร่วมฯ พบว่า 1) หลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมฯ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคของบุคคลสำคัญในชุมชนและตัวแทนสมาชิกครอบครัวสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1) 2) บุคคลสำคัญในชุมชน สมาชิกจากครอบครัว มหาวิทยาลัยและวัดมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ในระยะแรกตัวแทนสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมน้อย เนื่องจากภาระของกิจวัตรประจำวัน แต่ช่วงหลังมีส่วนร่วมมากขึ้น นักศึกษานำความรู้ไปถ่ายทอดในมหาวิทยาลัยและปฏิบัติตนเป็นแบบอย่าง และพระภิกษุได้ถ่ายทอดความรู้และวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่วัด

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยง และความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคคลสำคัญชุมชนและตัวแทนสมาชิกในครอบครัวก่อนกับหลังการพัฒนา

รายการ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
บุคคลสำคัญในชุมชน(๓=50)						
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	10.74	2.08	12.42	1.52	10.346	.000*
การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	76.57	9.73	79.32	7.06	7.148	.000*
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	76.71	5.84	82.97	3.94	12.480	.000*
ตัวแทนสมาชิกในครอบครัว (๓=100)						
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	11.76	1.62	12.68	1.68	5.384	.000*
การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	77.86	8.76	79.65	7.42	5.014	.000*
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	78.85	6.94	80.16	5.22	8.768	.000*

* $p < 0.001$

อภิปรายผล

กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น ประสบความสำเร็จ เนื่องจากบุคคลสำคัญในชุมชนและตัวแทนสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ด้วยความเห็นความสำคัญและตระหนักว่าการป้องกันโรคเป็นบทบาทหน้าที่ของตน อีกทั้งยังรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของครอบครัวและชุมชน โดยมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมในแต่ละระยะไปตามสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคของคนในชุมชน^(13,14) ทั้งนี้ กระบวนการดังกล่าวได้สร้างโอกาสให้บุคคลสำคัญในชุมชนและตัวแทนสมาชิกครอบครัวเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ สามารถเสนอความคิดของตนต่อกลุ่ม รวมถึงมีความเข้าใจสภาพปัญหาและความต้องการ โดยมีการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถาบันการศึกษา ทำให้เกิดผลดีที่ชัดเจนหลังการพัฒนา คือชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่ากระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ประชาชนเข้ามาแก้ไขปัญหาของชุมชน ใช้ทรัพยากรชุมชนมาพัฒนาศักยภาพให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผลการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ อันนำไปสู่ความสามัคคี การช่วยเหลือเกื้อกูล การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ร่วมกิจกรรม และเกิดประโยชน์แก่ชุมชนในที่สุด^(6,15)

ภายหลังการพัฒนาพบว่า บุคคลสำคัญในชุมชนและตัวแทนสมาชิกครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่าบุคคลสำคัญในชุมชนเป็นกลุ่มที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคในช่วงที่มีการระบาดและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรค ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวได้รับการพัฒนาความรู้ที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและสภาพปัญหาในช่วงที่ต้องเว้นระยะห่างทางสังคมและงดการรวมกลุ่ม โดยการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้านและการเดินให้ความรู้รายครอบครัว ทำให้ทั้งสองกลุ่มมีโอกาซักถามปัญหา จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่ากระบวนการมีส่วนร่วมทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญมีคะแนนความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในระดับดี^(16,17) และการให้ความรู้ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ระดับความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออกของประชาชนหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น^(18,19)

นอกจากนี้ บุคคลสำคัญในชุมชนและตัวแทนสมาชิกครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้จากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และนักศึกษาได้ให้ข้อมูลการระบาดของโรคความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคกับกลุ่มเป้าหมายทุกวัน ทำให้เกิดการรับรู้ที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อสม. มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับมากที่สุด^(20,21) ยิ่งไปกว่านั้น บุคคลสำคัญในชุมชนและตัวแทนสมาชิกครอบครัวยังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกัน

และควบคุมโรคสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมและเป็นระบบ ก่อให้เกิดการเรียนรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และสามารถจัดการตัวเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ^(22,23)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ นำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อื่น รวมทั้งนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการป้องกันโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้น
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทของบุคคลสำคัญชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 ในพื้นที่ชุมชนและศึกษาในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกับตำบลท่าโพธิ์ โดยใช้ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นในการประเมินความต่อเนื่องและความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564ก [เข้าถึงเมื่อ 2568 กรกฎาคม 22]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVI-19) questions and answer [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 June 18]. Available from: www.who.int/thailand/emergencies/.
3. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564ข [เข้าถึงเมื่อ 2568 กรกฎาคม 22]. เข้าถึงได้จาก: <https://covid19.ddc.moph.go.th/>
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบัน; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2568 สิงหาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8433>
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การจัดระบบ อสม. และภาคประชาชน สำหรับ Local quarantine และ Home quarantine [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2568 กรกฎาคม 5]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/km08_120363.pdf
6. วิทยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาไลมา สำแดงสาร, ดลปภัฏ ทรงเลิศ. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 2561;11(1):231-8.

7. วรยุทธ นาคอ้าย, กมลนัธ ม่วงยิ้ม, เดชา วรรณพาทูล. กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด 19 กรณีศึกษา ผู้สูงอายุพหุพิสัยชุมชนหนองตะโก. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี. 2563;14(3):20-30.
8. สอยฤทัย เกลี้ยงนิล. รัฐ-ชุมชนกับการจัดการภัยพิบัติโรคไวรัสโควิด19 พื้นที่ถนนข้าวสาร เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2568 สิงหาคม 10]. เข้าถึงได้จาก:
https://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2562_1597741815_6114832006.pdf
9. สุมลิต จุทอง. การจัดการภัยพิบัติโรคระบาดโควิด 19 ในพื้นที่ชุมชนริมคลองหัวหมากน้อย สำนักงานเขต บางกะปิ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2568 กรกฎาคม 28]. เข้าถึงได้จาก: https://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2562_1597737114_6114832048.pdf
10. Gilmore B, Ndejjo R, Tchetchia A, de Claro V, Mago E, Diallo AA, Lopes C, Bhattacharyya S. Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. *BMJ Glob Health*. 2020 Oct;5(10):e003188. doi: 10.1136/bmjgh-2020-003188.
11. Sathiadass MG. Community participation during Covid-19. *Jaffna Med J*. 2020;32(1):1-2.
12. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: Doing critical participatory action research [Internet]. Singapore: Springer; 2014 [cited 2025 July 10]. Available from: <https://www.worldcat.org/title/action-research-planner-doing-critical-participatory-action-research/oclc/940712579>
13. Juntakot N, Boonyamalik P, Kerdmongkol P, Rawiworrakul T. Factors predicting preventive behaviors of coronavirus disease 2019 infection among older adults in Rayong Province. *Thai J Public Health*. 2023;53(2):501-17.
14. ยุภาวรรณ จุ้ยสวัสดิ์, วรรณดี ศรีคงจันทร์, ญาณันธร กราบทิพย์, กัมปนาท ฉายชูวงศ์, บุญมี โพธิ์คำ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ด อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. 2567;30(2):18-30.
15. Hati BA, Manurung IFE, Dodo DO. Covid-19 prevention behaviors and social support for elderly groups in the working area of the Atambua City Puskesmas. *J Ageing Family*. 2024;2(1):1-10.
16. วินัย พันอ้วน, จิตติมา กตัญญู, วันทนี ชวพงศ์. ความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. *พินเนศวร์สาร*. 2562;15(2):149-59.

17. วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, ทศวรรณ วัชร, เปรมิกา เนียมเกตุ, มณีนรัตน์ สวนดอกไม้. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่. ใน: เอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาครั้งที่ 2; 2560 ส.ค. 12; มหาสารคาม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2560. น. 1730-4. [เข้าถึงเมื่อ 12 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://gs.rmu.ac.th/grc2017/fullpaper/file/SC-P-02.pdf>
18. อรพินท์ พรหมวิเศษ, ชาตรี ประชาพิพัฒน์, สาโรจน์ เพชรมณี. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้เทคนิคกระบวนการ Appreciation Influence Control: บ้านช่องอินทนิล หมู่ 10 ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2559;4(2):167-83.
19. ธาณี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, ทักษิภา ชัชรรัตน์. ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 29 สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา. 2563;21(2):29-39.
20. ดรัญชนก พันธุ์สุมา, พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปฐพีใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564;36(5):597-604.
21. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, นวพร ดำแสงสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรู้แรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2563;14(2):92-103.
22. อารี พุ่มประไพทย์, จรรยา เสี่ยงเสนาะ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(3):160-75.
23. นุรฮาอีดา เจ๊ะมามะ, สาธิมาน มากชูชิต, พิษณุชญาธิษฐ์ เรืองเริงกุลฤทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2565;40(4):1-13.