



Participation of Network Partners Subdistrict Level Quality of Life Development Committee In Preventing and Controlling COVID-19 Disease, Phasuk Subdistrict, Wang Sam Mo District Udon Thani Province

Arpakan Khlunkaew and Atchara Jinwong

Practical Public Health Scholar, Thailand

Lecturer in the Department of Public Health Udon Thani Rajabhat University, Thailand

E-mail: arpakan.k@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-5421-9812>

E-mail: atchara.ji@udru.ac.th, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3728-4628>

Received 25/12/2023

Revised 30/05/2024

Accepted 08/06/2024

Abstract

Background and Aims: The COVID-19 outbreak, a novel coronavirus disease, has had an impact on public health and economic systems worldwide in 2019. The Center for Situation Administration of the Coronavirus Disease was established in order to stop the 2019 coronavirus disease from spreading. All sectors must take part in the efficient process of disease prevention and control in order to attain maximum efficiency. So, the purpose of this action research is to examine involvement. Create a participation model and assess how well the sub-district quality of life development committee network's participation model works to prevent and manage COVID-19 disease.

Methodology: Gather quantitative data on all members of the Phasuk Subdistrict Quality of Life Development Committee network by employing purposive selection to select 45 individuals, and gather qualitative data through in-depth interviews and participant behavioral observation. The Mayor of Phasuk Subdistrict, the Director of the Subdistrict Health Promoting Hospital, and the Village Headman—who employs purposeful selection—are members of the Phasuk Subdistrict Quality of Life Development Committee. The researcher's own questionnaire, which had an IOC value of 1 and had undergone content validity checks, served as the data collection tool. Using the Cronbach alpha coefficient method, reliability was examined. The reliability value of the questionnaire test results was 0.84. A statistical package was utilized for data analysis, and descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, and minimum and maximum values were included. Paired t-test statistics were used to analyze the use of

[1101]

Citation:



Khlunkaew, A., & Jinwong, A. (2024). Participation of Network Partners Subdistrict Level Quality of Life Development Committee In Preventing and Controlling COVID-19 Disease, Phasuk Subdistrict, Wang Sam Mo District Udon Thani Province. *Interdisciplinary Academic and Research Journal*, 4 (3), 1101-1120; DOI: <https://doi.org/10.60027/iarj.2024.273888>



participation models of sub-district quality of life development committee networks in the prevention and control of COVID-19 disease, with a significance level of 0.05 for statistical analysis. and use content analysis to analyze qualitative data, classifying it based on issues and problems.

Results: (1) To determine problems and disease causes, the Phasuk Subdistrict Quality of Life Development Committee's network partners have conducted community surveys. Their objective is to plan efficient preventive and control measures as well as come up with solutions to the COVID-19 issue that the community faces. By employing this strategy, the network partners can precisely assess issues facing the community and create efficient plans of action for COVID-19 prevention and control. (2) A four-step model of network partners' involvement in the Phasuk Subdistrict Quality of Life Development Committee's efforts to prevent and control COVID-19 disease Step 1: Increasing public knowledge of COVID-19 disease issues and causes. Step 2: Developing a plan for the prevention and control of COVID-19 disease. Step 3: COVID-19 prevention and control measures. Step four involves keeping an eye on and assessing COVID-19 prevention and control efforts. (3) The community participation model's evaluation findings in each of the three areas for COVID-19 prevention and control are very good. The application of this model has resulted in efforts to prevent and control diseases that are clearer and more organized. It has also decreased barriers to resource management, increased the efficacy of activity planning, monitoring, and evaluation, and inspired the network to work hard and effectively.

Conclusion: The performance of the body's network and the development of quality of life at the sub-district level are both examined and assessed in this study. The Community Psychology Center (CPC) is in charge of investigating issues related to resource management and oversight, as well as the network that has... The network's knowledge stories are formed by the harmonious integration of its various components, which is made possible by operational actions.

Keywords: Network Partners Participation; Subdistrict Quality of Life Development Committee; Prevention and Control of COVID-19 Disease; Phasuk Subdistrict, Wang Sam Mo District Udon Thani Province



การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ตำบลผาสุก อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดอุดรธานี

อภากานต์ คลื่นแก้ว และ อัจฉรา จินวงษ์

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ,

อาจารย์ประจำสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและวัตถุประสงค์: การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือ โควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและระบบเศรษฐกิจทั่วโลก ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จัดตั้งขึ้นมาเพื่อเป็นกลไกในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกระบวนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วม พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมและประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

ระเบียบวิธีการวิจัย: เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มประชากรทั้งหมดของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive selection) จำนวน 45 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก ได้แก่ นายกเทศมนตรีตำบลผาสุก, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, กำนัน ซึ่งถูกคัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง และได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach alpha coefficient) ผลการทดสอบของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.84 ส่วนในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content analysis) การจัดหมวดหมู่ตามประเด็นและปัญหา

ผลการวิจัย: (1) ภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุกได้มีส่วนร่วมในการสำรวจชุมชนเพื่อการค้นหาปัญหาและสาเหตุของโรค เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรค COVID 19 ในชุมชนและเพื่อการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ซึ่งหากเมื่อภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับตำบลผาสุก ได้ดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนนี้แล้วจะทำให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนได้อย่างถูกต้อง แล้วนำไปวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุกในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ที่ได้รับการพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรค COVID 19 ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานป้องกันและควบคุม COVID 19 และขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผลป้องกันและควบคุม COVID 19 (3) ผลการประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับมาก ซึ่งเมื่อนำไปใช้ในการดำเนินการแล้วมีผลทำให้งานป้องกันและควบคุมโรคมีความชัดเจนและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการกำหนดกิจกรรมและติดตามประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการจัดการทรัพยากรและการกระตุ้นให้เครือข่ายมีความกระตือรือร้นปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี

สรุปผล: วิจัยนี้สามารถประเมินผลของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และลดปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในเรื่องการบริหารจัดการทรัพยากร และการกระตุ้นให้เครือข่ายมีความกระตือรือร้นในการดำเนินงานรวมถึงการสนับสนุนเรื่ององค์ความรู้ให้กับภาคีเครือข่าย และสนับสนุนปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล; การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19; ตำบลผาสุก อำเภอสว่างสามหมอก จังหวัดอุดรธานี

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือ โควิด-19 เริ่มขึ้นตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 โดยทั่วโลกให้ความสำคัญกับการแพร่ระบาดนี้เนื่องจากส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจทั่วโลก เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และแนะนำให้ทุกประเทศเร่งการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) รายงานเมื่อวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2565 ว่า มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกกว่า 433 ล้านราย และเสียชีวิตกว่า 5.94 ล้านราย ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อสะสม 3.55 ล้านราย และเสียชีวิตสะสม 24,880 ราย ในเขตพื้นที่สุภาพที่ 8 พบผู้ติดเชื้อสะสม 114,807 ราย และเสียชีวิตสะสม 458 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565ก) ส่วนในจังหวัดอุดรธานี พบผู้ป่วยติดเชื้อยืนยันสะสม 36,235 ราย รักษาหายสะสม 35,317 ราย ผู้เสียชีวิตสะสม 226 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2565) จากสถานการณ์ดังกล่าว กรมควบคุมโรคได้กำหนดแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ดังนี้ ค้นหาผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม, จำกัดพื้นที่การระบาด, ประชาสัมพันธ์มาตรการรักษาระยะห่าง 1-2 เมตร, สวมหน้ากากอนามัย, หมั่นล้างมือบ่อยๆ, สังเกตอาการตนเอง, ลดการสัมผัสกับผู้อื่น,

และจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565ข)

ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ ศบค. เป็นหน่วยงานระดับชาติที่จัดตั้งขึ้นเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยดำเนินงานภายใต้อำนาจที่ได้รับจากการถ่ายโอนจาก พ.ร.ก.ฉุกเฉิน จนกว่าสถานการณ์จะยุติลง หน้าที่ของ ศบค. ได้แก่ จัดหาและบริหารจัดการหน้ากากอนามัยและเจลล้างมือเพื่อจำหน่ายหรือแจกจ่ายแก่ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ แก่ไขและเยียวยาความเสียหายจากการระบาด รวมถึงให้ความช่วยเหลือ พื้นที่ ชดเชย เยียวยาประชาชน นอกจากนี้ ศบค. ยังประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และออกมาตรการและข้อกำหนดต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมโรค โดยกระจายอำนาจการบริหารมายังส่วนภูมิภาค และจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดระดับจังหวัด พร้อมทั้งแต่งตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อทำหน้าที่ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่ของตน (ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย, 2565) โดยกระบวนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ดังเช่นผลการศึกษาของ ระนอง เกตุดาวและคณะ (2564) ที่พบว่า ความรู้ที่รวดเร็วด้วยเทคโนโลยีทันสมัยและการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนร่วมกันเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง โดยผ่านการสื่อสารข้อมูลร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการร่วมกันรับทราบความรุนแรงของปัญหาในพื้นที่และหารือเพื่อกำหนดแนวทางการป้องกันและควบคุมโรค จากนั้นจึงร่วมกันปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และสุดท้ายร่วมกันประเมินผลที่ได้จากการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การพัฒนา

ในอำเภอสว่างสามหมอก ได้มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ผ่านกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีหน้าที่กำหนดแนวทาง วางแผน และสนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของภาคีเครือข่ายในชุมชน ตั้งแต่เริ่มเกิดการระบาด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสว่างสามหมอก ได้จัดตั้งทีม "คนวังสามหมอกไม่ทอดทิ้งกัน ฝ่าฟันโควิด 19" เพื่อปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค โดยมีคณะดำเนินงานในชุมชนทุกภาคส่วน ทำหน้าที่เฝ้าระวัง ป้องกันโรค ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีบทบาทในการวางแผนการดำเนินงาน สนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และจัดหาอุปกรณ์ในการควบคุมและป้องกันโรค นอกจากนี้ยังได้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง โดยจะสวมหน้ากากอนามัยเฉพาะเวลาที่ไปติดต่อราชการหรือซื้อของในห้างสรรพสินค้า แต่ไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในหมู่บ้าน และมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมภายในชุมชนโดยไม่มีการเว้นระยะห่าง ประกอบกับการเดินทางกลับภูมิลำเนาของประชาชนจากพื้นที่เสี่ยง พบว่ามีบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือตามมาตรการการกักตัว ข้อมูลการระบาดครั้งล่าสุด เมื่อวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2565 ได้มีผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อในพื้นที่อำเภอสว่างสามหมอก พบผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน 2,653 ราย รักษาหาย 2,326 ราย เสียชีวิต 5 ราย (กลุ่มงานควบคุมโรค โรงพยาบาลวังสามหมอก, 2565) อย่างไรก็ตาม การป้องกันและควบคุมโรคยังคงมีความซับซ้อนและลำบาก เนื่องจากมีการหลั่งไหล

ของประชาชนที่เดินทางกลับภูมิลำเนาจากการทำงานในต่างจังหวัด ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงบางส่วนขาดความรับผิดชอบ บางคนประสบปัญหาขาดแคลนอาหารในการดำรงชีพ ทำให้ละเลยการกักตัวตามมาตรการที่กำหนด

ดังนั้น จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว อำเภอสว่างสามหมอกได้แปลงนโยบายสู่การปฏิบัติภายใต้มาตรการสำคัญที่รัฐบาลกำหนด โดยเน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับมือกับสถานการณ์โรค COVID-19 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในอำเภอสว่างสามหมอก จังหวัดอุดรธานี เพื่อพัฒนารูปแบบดังกล่าวสำหรับการวางแผนรับมือกับการระบาดระลอกใหม่ในอนาคต ข้อมูลที่ได้จะสะท้อนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในพื้นที่จริง รวมถึงข้อเสนอที่อาจช่วยสนับสนุนให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

การทบทวนวรรณกรรม

สำหรับความหมายของการมีส่วนร่วม มีนักวิชาการทั้งชาวไทย และชาวต่างประเทศที่มีความรู้ความสามารถ และท้าวิจัย แต่งตำรา เกี่ยวกับเรื่องนี้มานาน ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ดังรายละเอียดดังนี้

Arnstien (1969) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมโดยไม่มีบทบาทในเรื่องนั้น ซึ่งจะได้ผล การมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพนั้น ผู้เข้าร่วมจะต้องรู้จักการบริหารและควบคุมกิจกรรมนั้นได้จึงจะทำให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ

Berkley (1975) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ตามทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการทำงานเท่าที่จะสามารถกระทำได้

Erwin (1976) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน พัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง

Cohen & Uphoff (1981) การมีส่วนร่วม หมายถึง สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้ง

ลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

Putti (1987) การมีส่วนร่วม หมายถึง พื้นฐานของกิจกรรมต่างๆ ที่จะส่งผลให้การบริหารจัดการมีลักษณะกว้าง ซึ่งเป็นทางหนึ่งที่จะทำให้การมีส่วนร่วมขยายไปสู่การปฏิบัติงานในระดับล่างขององค์กร

สมยศ นาวิการ (2545) การมีส่วนร่วมหมายถึงกระบวนการของการให้ผู้ได้บังคับบัญชาได้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ (Participative Management) เน้นการมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของบุคคล PM ใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของพวกเขในการแก้ปัญหาของการบริหาร

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจหรือเคยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้น เป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาค มีใช้เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยแท้จริงยิ่งขึ้น

จินตนา สุขจรรย์ (2549) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการดำเนินงานรวมพลังประชาชนกับองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชนเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของชุมชน โดยให้สมาชิกเข้ามาร่วมวางแผน ปฏิบัติและประเมินงาน เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน

ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ (2550) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทร่วมในกิจกรรมทุกประการตามกำลังความสามารถของสมาชิกไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกัน นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สัญญา เคนาภูมิ (2551) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่สมาชิกได้มีโอกาสร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติตามโครงการ ร่วมติดตามประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจะต้องมาจากความสมัครใจ พึงพอใจ และได้รับผลประโยชน์ที่เกิดจากชุมชนโดยส่วนรวมร่วมกัน

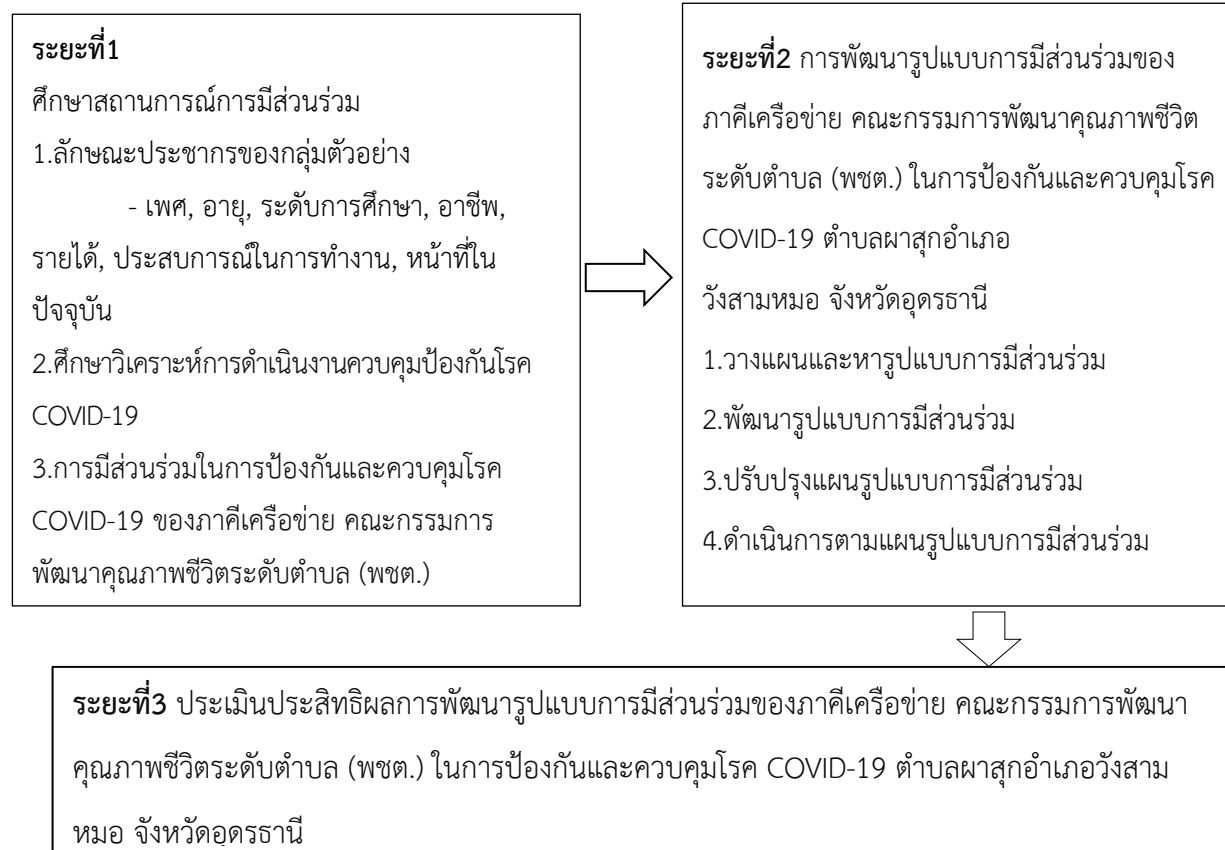
เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ในลักษณะของการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมติดตามผล

โดยสรุป การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนร่วมมือกันการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกันเป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาคนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานเพื่อพัฒนาหรือใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของแต่ละคนในการแก้ปัญหาของชุมชนและพัฒนางานในกลุ่มให้มีความโปร่งใสและให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการเป็นตัวแทนและนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัย เรื่องการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ตำบลผาสุก อำเภอสว่างสามหมอก จังหวัดอุดรธานี มีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

1.ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ขอบเขตด้านตัวแปรการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ตำบลผาสุก อำเภอสว่างสามหมอก จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตด้านประชากร คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก จำนวน 45 คน

ขอบเขตพื้นที่ในการศึกษา คือ ตำบลผาสุก อำเภอสว่างสามหมอก จังหวัดอุดรธานี

พื้นที่ปฏิบัติการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 คือ ตำบลผาสุก อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เดือนกรกฎาคม 2564 - เดือนกรกฎาคม 2565

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมและประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือ ภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก จำนวน 45 คน ซึ่งประกอบด้วย

- 2.1.1 นายกเทศมนตรีตำบล จำนวน 1 คน
- 2.1.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน
- 2.1.3 ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือผู้แทน จำนวน 2 คน
- 2.1.4 กำนันตำบลผาสุก จำนวน 1 คน
- 2.1.5 ผู้ใหญ่บ้านตำบลผาสุก จำนวน 17 คน
- 2.1.6 ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน จำนวน 18 คน
- 2.1.7 ผู้แทนภาคประชาชน จำนวน 1 คน
- 2.1.8 ประธานกลุ่มสตรีตำบล จำนวน 1 คน
- 2.1.9 ผอ.ศูนย์การศึกษาครอบครัวและชุมชนตำบล จำนวน 1 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งหมดของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive selection) จำนวน 45 คน

2) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก ได้แก่ นายกเทศมนตรีตำบลผาสุก, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, กำนัน ซึ่งถูกคัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) มีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

- 2.1 เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน
- 2.2 นายกเทศมนตรีตำบลผาสุกหรือผู้แทน จำนวน 1 คน
- 2.3 เป็นกำนันตำบลผาสุก จำนวน 1 คน

2.4 มีความสนใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ลักษณะของเครื่องมือ ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

แบบสอบถาม (Questionnaire) สถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ตำบลผาสุกอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี มี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการทำงาน บทบาทหน้าที่ในปัจจุบัน โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) และเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับคะแนน ตามลิเคิร์ตสเกล คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ตำบลผาสุกอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับคะแนน ตามลิเคิร์ตสเกล คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรคในการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ตำบลผาสุกอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับคะแนน ตามลิเคิร์ตสเกล คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

3.3.2 เครื่องมือเชิงคุณภาพ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก ได้แก่นายกเทศมนตรีตำบลผาสุก, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, กำนันตำบลผาสุก

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการใช้การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ก่อนการดำเนินกิจกรรมระหว่างการทำกิจกรรมและหลังการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) โดยการใช้แบบสอบถาม

- 1.ข้อมูลทั่วไป
- 2.การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก
- 3.การมีส่วนร่วมของเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุกในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19
- 4.ปัญหาอุปสรรคในการการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก

ระยะที่ 2 วางแผนหารูปแบบ มาออกแบบพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

- 1.จัดทำแผนปฏิบัติการ
2. ตรวจสอบและปรับแผนปฏิบัติการ
- 3.ดำเนินการตามแผน
- 4.จัดเวทีคืนข้อมูล เชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้

1.2 เชิงคุณภาพ

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ตำบลผาสุก อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

1.โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) สถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ตำบลผาสุกอำเภอวังสามหมอ หลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม

2. สัมภาษณ์เชิงลึก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก ได้แก่ นายกเทศมนตรีตำบลผาสุก, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, กำนัน จำนวน 5 คน ดังนี้

- 2.1. เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน
- 2.2. นายกเทศมนตรีตำบลผาสุกหรือผู้แทน จำนวน 1 คน
- 2.3. เป็นกำนันตำบลผาสุก จำนวน 1 คน

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ: วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ทางคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติในการวิจัยครั้งนี้คือ การวิเคราะห์ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content analysis) เป็นข้อมูลที่ได้จากสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วม ข้อมูลที่ได้จะนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล มีการจัดหมวดหมู่ตามประเด็นและปัญหา และตีความหมายจากข้อมูลที่ได้

จริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย ดังนี้

1. การให้ความยินยอมโดยผู้ร่วมวิจัยสามารถที่จะปฏิเสธหรือยุติจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้หากไม่พร้อมและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและดูแลปกป้องประโยชน์ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยผู้วิจัยแนะนำตัวอธิบายถึงความสำคัญและวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยในครั้งนี้ กระบวนการขั้นตอนของการทำวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การใช้เครื่องบันทึกเสียง การบันทึกภาพ การสังเกต และการจดบันทึกตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยซึ่งผู้ร่วมวิจัยจะต้องลงนามในใบยินยอมพิทักษ์สิทธิ

2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีสิทธิที่จะซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ การวิจัยจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ร่วมวิจัยรับทราบ มีความเข้าใจตรงกัน และมี สิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวในช่วงระยะต่างๆ ของการวิจัย โดยไม่มีผลใดๆ

3. ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากผู้ร่วมวิจัยเป็นความลับ และไม่นำไปเปิดเผยโดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยได้รับอนุมัติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ก่อนการดำเนินการวิจัย เลขที่รับรอง อว. 0622.7/547

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. จากการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 45 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.30 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 26.70 กลุ่มอายุผู้ตอบแบบสอบถามที่มากที่สุดอยู่ในระหว่าง 31 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 88.90 รองลงมา คือ มีอายุระหว่าง 16 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.10 ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ตอบแบบสอบถามที่มากที่สุดอยู่ใน ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.11 รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 31.12 และน้อยที่สุด คือ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 17.77 อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถามมีมากที่สุด คือ

เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 73.34 รองลงมา คือ คนงาน/รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 15.55 และน้อยที่สุด คือ รับราชการ คิดเป็นร้อยละ 11.110 ส่วนบทบาทหน้าที่ในปัจจุบันของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า มากที่สุด คือ ผู้ใหญ่บ้านและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 6.67 และน้อยที่สุด คือ ประธานกลุ่มสตรี คิดเป็นร้อยละ 2.22 ประสบการณ์การทำงานกับภาคีเครือข่ายของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ จะอยู่ในช่วงระหว่าง 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมา คือ ช่วงระหว่าง 0-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.89 และน้อยที่สุดคือ ช่วงระหว่าง 7-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.44 ประสบการณ์ในการทำงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงระหว่าง 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.78 รองลงมา คือ 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28.89 และน้อยที่สุดคือ ช่วงระหว่าง 7-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.56 และการเป็นสมาชิกเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด คือ สมาชิกเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล คิดเป็นร้อยละ 93.33

2.ผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 และการมีส่วนร่วม รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี เปรียบเทียบก่อนใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม

2.1 ผลการศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก ก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.91$, S.D.=0.66) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ ด้านการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ($\bar{X} = 4.05$, S.D.=0.64) น้อยที่สุด คือ ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุปัญหาของโรค COVID 19 ($\bar{X} = 3.83$, S.D.=0.77)

2.2 ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก ก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, S.D.=0.26) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ ด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID 19 ($\bar{X} = 3.90$, S.D.=0.89) น้อยที่สุด คือ ด้านการวางแผนการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID 19 ($\bar{X} = 3.49$, S.D.=0.85)

2.3 ผลการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก ก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.10$, S.D.=0.28) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุการแพร่ระบาดของโรค COVID 19 ($\bar{X} = 3.24$, S.D.=0.87) น้อยที่สุด คือ ด้านการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ($\bar{X} = 2.89$, S.D.=1.01)

3.ผลการวิจัยระยะที่ 2 การวางแผนพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19

ในการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ได้ทำการยกกร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 พบว่า ร่างรูปแบบที่ได้จากการพัฒนา มี 4

ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรค COVID 19 ของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก 5 กิจกรรมย่อย ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก 6 กิจกรรมย่อย ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานป้องกันและควบคุม COVID 19 ที่เข้มแข็งของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ประกอบด้วย 6 กิจกรรมและ ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผลป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ประกอบด้วย 5 กิจกรรม

4. ผลการวิจัยระยะที่ 3 การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 และการมีส่วนร่วม รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เปรียบเทียบหลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับระดับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของตัวแทนภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก อำเภอสว่างสามหมอก จังหวัดอุดรธานี หลังมีการวางแผนและใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม

4.1 ผลการศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก หลังการใช้รูปแบบ พบว่าระดับการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 เพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.19, S.D.=0.17$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ ด้านการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ($\bar{X} = 4.27, S.D.=0.54$) ส่วนด้านที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุปัญหาของโรค COVID 19 ($\bar{X} = 4.10, S.D.=0.61$)

4.2 ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก หลังการใช้รูปแบบ พบว่าระดับการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 เพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16, S.D.=0.16$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ ด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID 19 ($\bar{X} = 4.22, S.D.=0.64$) ส่วนด้านที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุปัญหาของโรค COVID 19 ($\bar{X} = 4.10, S.D.=0.60$)

4.3 ผลการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก หลังการใช้รูปแบบ พบว่าปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 น้อยลงทุกด้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.99, S.D.=0.21$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ด้านการติดตามและประเมินผลการป้องกัน และควบคุมโรค COVID 19 ($\bar{X} = 2.16, S.D.=0.71$) ส่วนด้านที่เป็นปัญหาน้อยที่สุด คือ ด้านการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ($\bar{X} = 1.74, S.D.=0.59$)

4.4 ผลการศึกษาการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 การมีส่วนร่วมและปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก อำเภอสว่างสามหมอก จังหวัดอุดรธานี เปรียบเทียบก่อน-หลังใช้รูปแบบ

4.4.1 ในด้านระดับการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุกก่อนและหลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตก่อนใช้รูปแบบฯ ($\bar{X}$ = 3.91, S.D.=0.66) มีค่าน้อยกว่าหลังใช้รูปแบบ ($\bar{X}$ = 4.19, S.D.=0.17)

4.4.2 ในด้านระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุกก่อนและหลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตก่อนใช้รูปแบบฯ ($\bar{X}$ = 3.62, S.D.=0.26) มีค่าน้อยกว่าหลังใช้รูปแบบ ($\bar{X}$ = 4.16, S.D.=0.16)

4.4.3 ในด้านระดับปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุกก่อนและหลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตก่อนใช้รูปแบบฯ ($\bar{X}$ = 3.10, S.D.=0.28) มีค่ามากกว่าหลังใช้รูปแบบ ($\bar{X}$ = 1.99, S.D.=0.21)

และเมื่อทดสอบความแตกต่างของการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 และการมีส่วนร่วม รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลก่อนและหลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.5 ในการศึกษา การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In Depth – Interview) เพื่อใช้ในการถอด บทเรียน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ตัวแทนภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก จำนวน 5 คน มาวิเคราะห์เนื้อเรื่อง (Content Analysis) พบว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

สรุปได้ว่า การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล พบว่ามีระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคที่ชัดเจนและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น หน่วยงานราชการมีมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างเคร่งครัด ตัวอย่างเช่น หากใครที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยจะไม่สามารถเข้ารับบริการของทางหน่วยงานราชการได้ ซึ่งก่อนใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมา ประชาชนไม่ปฏิบัติตามข้อแนะนำของทางสาธารณสุข ทำให้ระดับการป้องกันตนเองต่ำ แต่ภายหลังที่กำหนดมาตรการขึ้นร่วมกันในชุมชน ทำให้ระดับการป้องกันตนเองของประชาชนเพิ่มมากขึ้น ลดโอกาสในการรับเชื้อโรค COVID-19 ชุมชนมีมาตรการในการแยกกักผู้ป่วย โดยการจัดสรรพื้นที่ แยกกักสำรองไว้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีที่แยกกัก รวมทั้งมีการช่วยเหลือผู้ที่ยังชีพให้กับผู้ที่ต้องกักตัวที่บ้านหรือในสถานที่ภายในชุมชน “หน่วยบริการด้านสาธารณสุขมีความพร้อมในการตรวจ ค้นหา และคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 บุคลากรมีความสามารถในการคัดกรองและมีการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือในการป้องกันควบคุมโรคอย่างเพียงพอและ

เหมาะสมประชาชนบางส่วนไม่ให้ความสำคัญในการรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 เนื่องจากกังวลเรื่องผลข้างเคียงของวัคซีน กลไกที่ทำให้การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 มีประสิทธิภาพเกิดจาก พชต. มีบทบาทในการร่วมวางแผน เฝ้าระวัง คัดกรอง รายงานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค COVID-19 เพราะหากทำเฉพาะแค่หน่วยงานด้านสาธารณสุข คงไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากพอระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 นั้นเป็นจุดสำคัญในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอการอภิปรายผลใน 3 ประเด็นหลัก ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ก่อนการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม ซึ่งพบว่าผลจากการศึกษา พบว่า

1.1 ภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุกในการสำรวจชุมชนเพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุของโรคเป็นการทำให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาในชุมชนได้อย่างถูกต้อง เมื่อปัญหาและสาเหตุได้รับการระบุแล้ว คณะกรรมการจะสามารถวางแผนการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นการกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค การสนับสนุนให้มีการใช้มาตรการความปลอดภัยส่วนตัว เช่น การสวมหน้ากาก การสร้างการติดตามและตรวจสอบอาการของผู้ป่วยเป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถจัดการกับปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกด้านของการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิวลิวิ บวรกุล (2543) ที่กล่าวว่า กระบวนการมีส่วนร่วม ควรจะมีลำดับขั้นประกอบไปด้วย การให้ข้อมูล การเปิดรับความคิดเห็นของประชาชน การปรึกษาหารือการวางแผนร่วมกัน การร่วมปฏิบัติและการควบคุมติดตามโดยประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จำรัส นวลนัม (2540) กล่าวว่า การวางแผนเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการพัฒนากิจกรรมสำคัญที่ต้องทำก็คือผลักดันให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ในการดำเนินงานพัฒนาทั้งนี้เนื่องจากหลักสำคัญที่ว่า การมีส่วนร่วมเป็นวิธีการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับสภาพท้องถิ่นความต้องการและเจตคติของประชาชนถ้าประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดค้นปัญหาและวางแผนพัฒนาแล้วจะทำให้ประชาชนยอมรับแผนงานโครงการพัฒนานั้น ๆ เป็นการสร้างประชาธิปไตยขั้นพื้นฐานคือการที่ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง ส่วนในด้านการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19

1.2 ผลจากการศึกษาปัญหาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุกในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุปัญหาของโรค COVID 19 ที่พบว่าภาคีเครือข่าย ขาดความรู้ความเข้าใจในการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุปัญหาของโรค COVID 19 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมความรู้ด้านการวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งผู้ที่เคยผ่านการฝึกอบรมนั้นจะเป็นกลุ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งทำให้องค์ความรู้ด้านการวิเคราะห์ปัญหาจึงมีเพียงในเฉพาะ

คนบางกลุ่มเท่านั้น ทั้งนี้หากภาคีเครือข่าย ทุกกลุ่มได้รับการพัฒนาโดยการฝึกอบรมความรู้แล้วก็อาจจะทำให้ภาคีเครือข่าย สามารถทำการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสันติย์ บุญชู (2536: 19) ที่กล่าวว่า การให้การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของยุทธวิธีที่ใช้เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากมันเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจที่จำเป็นในการวางแผนและดำเนินการอย่างมีแบบแผนในชุมชน เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันในด้านการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 แต่ช่วงแรกของการระบาดภาคีเครือข่ายไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุม COVID-19 ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ภาคีเครือข่ายขาดประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 นอกจากนี้ ปัญหานี้ยังอาจส่งผลให้โรค COVID-19 เกิดการระบาดเพิ่มมากขึ้นในชุมชนได้ด้วย

2. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ผาสุกในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุกในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรค COVID 19 ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19 ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานป้องกันและควบคุม COVID 19 และขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผลป้องกันและควบคุม COVID 19 ซึ่งรูปแบบมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ ประพันธ์ สร้อยเพชร (2547) ที่ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงน่าจะประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การค้นหาปัญหา และสาเหตุ 2) การวางแผนดำเนินกิจกรรม 3) การลงทุนและการปฏิบัติงาน 4) การติดตามและประเมินผล และมีความแตกต่างกับแนวคิดของ ยุวัฒน์ วุฒิมณี (อ้างใน จิราภรณ์ ศรีคำ, 2547) ที่ได้กล่าวว่ากระบวนการมีส่วนร่วมจะต้องเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 2) การมีส่วนร่วมในการคิด 3) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4) การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล 6) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีความแตกต่างจากแนวคิดของบัณฑิต อ่อนคำ (2539: 116) ที่กล่าวว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนามี 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาในชุมชนขั้นที่ 2 ขั้นมีส่วนร่วมในการวางแผนขั้นที่ 3 ขั้นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนา ขั้นที่ 4 ขั้นมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา และขั้นที่ 5 ขั้นมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา ซึ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นที่แตกต่างไปนั้นเนื่องจากไม่มีขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นตอน จะส่งผลให้ภาคีเครือข่าย

3. ผลการประเมินการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID 19

หลังจากใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติที่มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบดังกล่าว จากผลการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 มีผลทำให้ระดับการดำเนินงานด้านป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนและระบบatisงมากขึ้น การมีส่วนร่วมในการวางแผนมีผลในการกำหนดกิจกรรมและติดตามประเมินผลของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ให้เป็นไป

อย่างมีประสิทธิภาพและลดปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทรัพยากร การกระตุ้นเครือข่าย ให้ความกระตือรือร้นในการดำเนินงานและการสนับสนุนเรื่ององค์ความรู้ให้กับภาคีเครือข่าย เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ ส่งผลต่อความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยมีแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสำคัญ สอดคล้องกับผล การศึกษาของ บัณฑิต เกียรติติงตง (2564) เกี่ยวกับรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและ ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามีการพัฒนารูปแบบดังกล่าวขึ้นมาทั้งหมด 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรค ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรค และ ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรค โดยผลการศึกษาช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในการ ออกแบบและการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมทุกขั้นตอนในกระบวนการทำงานด้วยความเชื่อมั่นและความเข้าใจที่มั่นใจ แต่มีความแตกต่างจาก การศึกษาของ รัชณี เต็มอุดม และคณะ (2564) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดนครพนม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดนครพนม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง, การรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกัน, การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากแหล่งข่าวประเภทบุคคล เครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผาสุก (พชต.) โดยมีการทำงานแบบมีส่วนร่วมในชุมชนได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. สร้างระบบการสื่อสารสถานการณ์ของโรคให้เป็นระบบมีความเชื่อมโยง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และสร้างความมั่นใจในการสื่อสาร ควรมีการจัดตั้งศูนย์ข่าวสารในชุมชนโดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดทั้งด้านการสื่อสาร และการดำเนินงาน
2. การมีส่วนร่วมขององค์กรต่าง ๆ ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ควรดึงศักยภาพและทรัพยากรของแต่ละ องค์กรมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ เน้นการขับเคลื่อนงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและจัดระบบเพื่อลดความ ซ้ำซ้อนของภาระงานมีการเสริมพลังกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยการให้กำลังใจ สนับสนุน ชื่นชม และเห็น ความสำคัญ ยึดหลักร่วมทุกข์ร่วมสุขและ ก้าวไปด้วยกันเพื่อขับเคลื่อนงานสาธารณสุขให้มีความยั่งยืนต่อไป
3. เสริมสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพในชุมชน หน่วยงานสาธารณสุขควรเป็นแหล่งความรู้ทางสุขภาพ ที่ เชื่อถือได้ของชุมชน และควรมีการสื่อสารให้ความรู้ที่ชัดเจนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ควรเป็นแหล่งสนับสนุน ทรัพยากรด้านความรู้ที่มีความเข้มแข็งโดยใช้ศักยภาพจากสื่อในชุมชนทั้งรัฐและเอกชนตามบริบท

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565ก). *สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน*. Retrieved on February 17, 2022, from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>



- กรมควบคุมโรค. (2565ข). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). Retrieved on 11 January 2022, from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_km.php
- กลุ่มงานควบคุมโรค โรงพยาบาลวังสามหมอ. (2565). ข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. อุดรธานี:โรงพยาบาลฯ.
- จำรัส นวลนิม . (2540). การพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- จิรายุทธ์ คงนุ่น. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดพิจิตร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร, 3(3), 40-41
- จิราพร บาริศรี, กฤติญา สุขเพิ่ม, นภัศรณ ภาณุตานนท์ ณ มหาสารคาม, พิมพ์ศักดิ์ นิลผาย, ปณบุญญา ลำมะนา, พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-2019 (COVID -2019) ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น, 6(6), 37–45.
- จิราภรณ์ ศรีคำ. (2547). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการพัฒนาการจัดการศึกษาของโรงเรียนวชิรวิทย์ ระดับประถมศึกษา จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ถวิลวดี บุรีกุล. (2543). แนวคิดของการมีส่วนร่วมในระบอบประชาธิปไตย. จดหมายข่าวสถาบันพระปกเกล้า. 2(8), 4-6.
- ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์. (2550). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาในพื้นที่บริการของโรงเรียนลุ่มแรดวิทยา อำเภอดงเจริญ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์การบริหารการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2546). การมีส่วนร่วม: หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สิริลักษณ์การพิมพ์.
- บัณฑิต อ่อนคำ. (2539). รูปแบบการมีส่วนร่วม. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันยาเสพติดให้โทษ.
- บัณฑิต เกียรติจตุรงค์. (2564). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID -19) อ าเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 3 (2), 193-206.
- ประพันธ์ สร้อยเพชร. (2547). การมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ศูนย์โรงเรียนตำบลแซ่ข้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.





- เมตต์ เมตต์การุณจิต. (2553). *การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม: ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและราชการ*. กรุงเทพมหานคร: บิ๊ค พอยท์.
- ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, ภาสินี โทอินทร์. (2564). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี -UdonModel COVID-19. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 30(1), 53-61.
- รัชนี้ เต็มอุดม, ศิริลักษณ์ ใจช่วง, กนกพร ไทรสุวรรณ, พเยาวดี แอบไธสง, บาร์เมษฐ์ ภีราล้ำ. (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดนครพนม. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*. 28(1), 1-13.
- ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย. (2565). *การจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับจังหวัด*. Retrieved from: <https://www.chiangmai.go.th/managing/public/D21/21D02May2022101101.pdf>
- สมยศ นาวิการ. (2545). *การบริหารแบบมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ: บรรณกิจ.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2551). *ความสำเร็จของวิสาหกิจชุมชนใน 4 จังหวัดชายแดนลุ่มน้ำโขง*. วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์: มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สานิตย์ บุญชู. (2536). *การพัฒนาชุมชนโดยวิธีการศึกษาอบรมการศึกษานอกระบบ*. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2565). *ข้อมูลผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน*. Retrieved on February 17, 2022, from: <https://covid.udpho.org/>
- Arnstein, S. (1969). A Ladder of Community Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35, 216-224.
- Berkley, G.E. (1975). *The Craft of Public Administration*. Boston: Allyn and Bacon
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). *Rural Development Participation: Concept and Measure for Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies*. New York: Cornell University Press.
- Erwin, W. (1976). *Participation Management: Coneept Theory and Implementation*. Atianta Ga: Georgia State University.
- Putti, J.M. (1987). *Management: a Function Approach*. Singapore: McGraw-Hill

