



**การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่
กักกันโรคที่รัฐจัดให้สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย-มาเลเซีย**
**The Development of a Covid - 19 Surveillance with Network Participation Model for
Thai People in State Quarantine after Returning by Land at the Thai-Malaysian
Border**

กรอุไร ไบตาเย็บ¹, กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{2*}, นกชา สิงห์วีระธรรม³, บังอร บุญศรีจันทร์¹
Kornurai Baitayeb¹, Kittiporn Nawsuwan^{2*}, Noppcha Singweratham³, Bungorn BoonSrichan¹

(Received: September 4, 2023; Revised: December 2, 2023; Accepted: December 14, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้เพื่อศึกษาสภาพการณ์ รูปแบบ ประสิทธิภาพรูปแบบ และปัจจัยความสำเร็จของการเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย - มาเลเซีย ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิและแบบสอบถาม ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบจากภาคีเครือข่าย 45 คน ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานฯ เก็บข้อมูลจากกลุ่มภาคีเครือข่ายและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ One - sample t - test และการสรุปเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า

1. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโควิด - 19 ของ อ.สะเดา จ.สงขลาทุกด้าน อยู่ในระดับน้อย
2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายฯ คือ SADO Care Model ประกอบด้วย 1) ร่วมกำหนดกลยุทธ์ 2) ร่วมแรงร่วมใจ 3) ร่วมเครือข่าย 4) ร่วมมอบหมายงาน 5) ร่วมลงมือทำ 6) ร่วมพัฒนา

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเดา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

¹Sadao District Public Health Office, Sadao District, Songkhla Province

^{2*}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{2*}Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

³คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³Faculty of Public Health, Chiang Mai University

*Corresponding Author: Jock2667@gmail.com



งาน 7) ร่วมประเมินผล 8) ร่วมจัดสรรและรับประโยชน์ 9) ร่วมพลังเป็นทีม และ 10) ร่วมก้าวข้ามอุปสรรค

3. หลังจากการใช้รูปแบบฯ ภาสกีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากกว่า 3.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การบริการที่เป็นมิตรเอื้ออาทร การประสานงานของทุกภาคส่วนตลอดจนความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และพนักงานโรงแรม

ควรนำรูปแบบที่ได้มากำหนดเป็นยุทธศาสตร์ และแผนการปฏิบัติในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด - 19 ในระลอกถัดไปหรือโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำภายใต้การขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

คำสำคัญ: โรคโควิด - 19, การมีส่วนร่วม, สถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้, ชายแดนไทย-มาเลเซีย

Abstract

This research and development aimed to: 1) study the operational situation and participation in Covid-19 Surveillance networks, 2) develop a network participatory model for Covid-19 surveillance and state quarantine, 3) study the effectiveness of the model. The study was conducted between February 2021 and January 2022, including 4 steps as follows. Step 1 was the situation analysis on the operating situation and participation of the networks. Step 2 was the model development. Step 3 was the model experimentation so to study its effectiveness. The sample was 45 participants from networks. Step 4 was a study of the key success factors of the operation from the networks. Quantitative data and qualitative data were collected. The data were analyzed by descriptive statistics, one-sample t-test, and content analysis. The results showed as follows.

1. The participation of the networks in Covid-19 surveillance in Sadao District of Songkhla Province was at a low level in all aspects.

2. The participation of network partners model in State Quarantine was SADAQ Care Model, consisting of 1) Strategy 2) Solidarity 3) Association 4) Assignment 5) Doing 6) Development 7) Assessment 8) Allocation and Benefits 9) Our Best Teamwork and 10) Overcoming Power of Unity.

3. After using the model, an overall mean score of the participation was more than 3.50, with statistical significance at the .001 level.



4. The top three key success factors were providing friendly and caring service, effective coordination of agencies in all sectors as well as the readiness of medical personnel and hotel employees.

The model should be used to set policies, strategies, and action plans for other Covid-19 surveillance and control in the next wave or other emerging diseases, so to strengthen the organization and surveillance networks.

Keywords: Covid-19, Participation, State Quarantine, Thai-Malaysian Border

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) หรือโรคโควิด - 19 มีการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดอัตราป่วยสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตและผู้ป่วยจำนวนมาก จุดเริ่มต้นของการติดเชื้อที่ยังไม่รู้สาเหตุที่ชัดเจน ครั้งแรกเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน และเมื่อวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2563 (World Health Organization, 2020) สำหรับสถานการณ์โรคโควิด - 19 พบผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นนักท่องเที่ยวจีนที่เดินทางเข้าประเทศไทย เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2563 ในระยะต่อมาจำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างช้า ๆ ทั้งผู้ป่วยที่เดินทางมาจากต่างประเทศ และผู้ป่วยที่ติดเชื้อภายในประเทศ ตั้งแต่ปี 2563 (Manmana, Iamsirithaworn, & Uttayamakul, 2020) ดังนั้นมาตรการเฝ้าระวังควบคุมโรคผู้เดินทางจากต่างประเทศจึงเป็นมาตรการที่สำคัญที่สกัดการแพร่กระจายเชื้อในประเทศไทย

สถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine) โดยทั่วไปหมายถึงการแยกผู้ป่วยหรือชุมชนออกจากบุคคลอื่นเมื่อเกิดการติดเชื้อโรค (Parmet & Sinha, 2020) สำหรับโรคโควิด 19 สถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ใช้พื้นที่กักกันโรคสำหรับผู้เดินทางกลับมาจากต่างประเทศ ที่ได้รับการตรวจ คัดกรอง แยกกัก หรือ กักกัน เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคซึ่งมาจากท้องถิ่นอื่น หรือเมืองท่านอกราชอาณาจักร (Department of Disease Control, 2020) ในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกากำหนดให้รัฐเป็นผู้มีอำนาจสูงสุดในการออกกฎหมาย บริหารจัดการ (National Conference of State Legislatures, 2021) สำหรับประเทศไทยมอบหมายให้กระทรวงกลาโหมร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขดูแลในพื้นที่กรุงเทพ สำหรับในพื้นที่ต่างจังหวัด (Local Quarantine) ให้กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน (Ministry of Public Health, 2020) สำหรับจังหวัดสงขลาซึ่งมีพื้นที่ติดต่อกับประเทศมาเลเซีย จำเป็นต้องมีมาตรการเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดสู่ประเทศไทย



จังหวัดสงขลา ประกาศให้อำเภอสะเดาจัดตั้งสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ ตามคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดซึ่งเป็นแห่งเดียวในภาคใต้ เนื่องจากบริบทของอำเภอสะเดาที่เป็นอำเภอชายแดน มีรอยต่อกับรัฐเคดาห์และรัฐเปอร์ลิส ของประเทศมาเลเซีย มีด่านพรมแดน จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ สะเดา และด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ปาดังเบซาร์ มีผู้เดินทางผ่านด่านฯ เป็นจำนวนมากเฉลี่ยวันละ 3,000 คน จากการสำรวจพบว่า ปี 2563 ผู้เดินทางเข้าผ่านด่านสะเดา จำนวน 1,283,939 คน ด่านปาดังเบซาร์จำนวน 520,672 คน (Sadao District Public Health Office, Songkhla Province, 2021) และจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 ในประเทศมาเลเซียอย่างต่อเนื่องทำให้มีการประกาศปิดประเทศส่งผลให้คนไทยที่ทำงานและอาศัยในประเทศมาเลเซียทยอยเดินทางกลับมายังประเทศไทยผ่านช่องทางด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศสะเดาและปาดังเบซาร์ ส่งผลให้อำเภอสะเดาเป็นจุดเสี่ยงสำคัญต่อการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้าง จึงมีการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม ณ ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ เป็นกรณีพิเศษ โดยจัดตั้งสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (SQ) (Department of Disease Control, 2020) เพื่อใช้ในการกักกันผู้เดินทางที่เป็นผู้สงสัยเข้ามาในราชอาณาจักรไทยผ่านด่านสะเดาและปาดังเบซาร์ ตามนิยามผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน (Department of Disease Control, 2021)

จากการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคของอำเภอสะเดาในช่วงแรกประสบกับปัญหาเรื่อง การประสานงาน ข้อมูลไม่เป็นระบบ การดำเนินงานยังไม่เป็นรูปธรรม การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายยังไม่เป็นไปทิศทางเดียวกัน และการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของอำเภอสะเดาอยู่ในระดับน้อย ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยเป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเพื่อนำไปสู่การแลกเปลี่ยน และสร้างความเข้าใจร่วมกันจนบรรลุเป้าหมายของชุมชนด้วยความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน ก่อให้เกิดผลต่อความต้องการตามวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนได้ (Ratchathawan et al., 2021) จะเห็นได้ว่าแนวคิดการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมตัดสินใจ (Decision Making) ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมดำเนินงาน (Implementation) ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ (Benefits) และขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมประเมินผล (Evaluation) (Cohen & Uphoff, 1981) จากการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในควบคุมป้องกันโรคโควิด - 19 ในอินเดีย ของ Khongsai et al. (2021) ประกอบด้วย 1) การแยกผู้ป่วยทันที (Segregation) 2) การควบคุมแหล่งที่มาของเชื้อ (Sensitization) 3) มาตรการทางสังคม (Social fencing) 4) ความสามัคคีและปฏิบัติตามระเบียบสังคม และ 5) การบริการสังคม รวมถึงการมีส่วนร่วมในการ



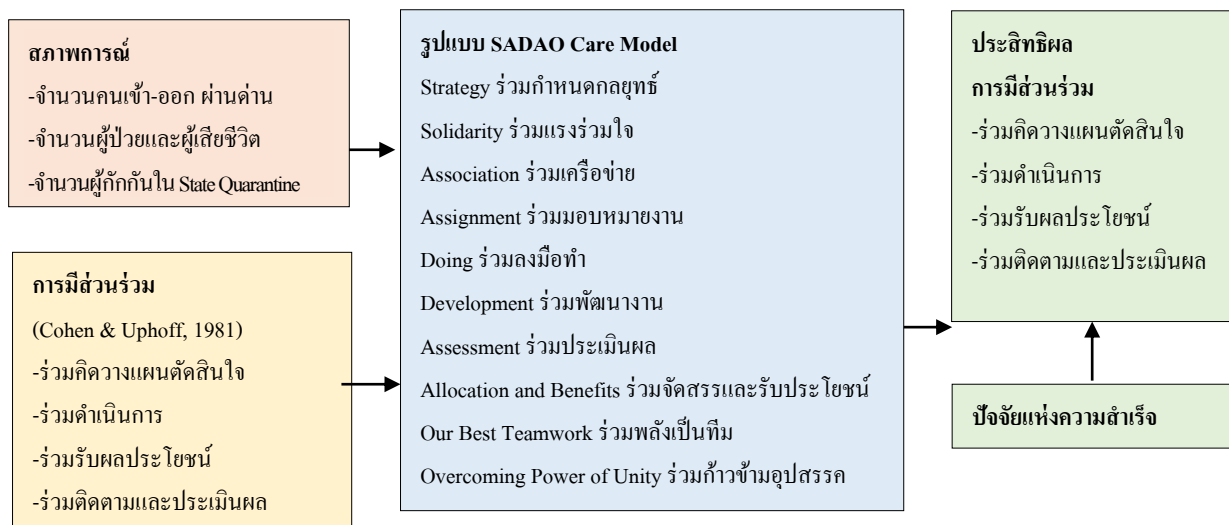
ขับเคลื่อนนโยบาย การปฏิบัติตามมาตรการดำเนินงาน การสื่อสารทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การวางแผนตัดสินใจ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ (Phuribancha, Mongkonsin, Jungphukhiaw, 2022) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมมีความสำคัญ โดยเฉพาะในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ชายแดนไทย-มาเลเซียซึ่งมีบริบทที่ต่างจากพื้นที่อื่น อันจะเกิดประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด - 19 และโรคอุบัติใหม่ที่จะเข้ามาระบาดในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย - มาเลเซีย
2. เพื่อการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย-มาเลเซีย
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย - มาเลเซีย
4. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย-มาเลเซีย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดแนวทางการบริหารจัดการพื้นที่กักกันโรคแห่งรัฐแบบบูรณาการการจัดตั้ง State Quarantine ของกรมควบคุมโรค (Department of Disease Control, 2020) ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1981) ได้แก่ ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) และขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) มากำหนดเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (SADAO Care Model) ทั้งนี้หากภาคีเครือข่ายของอำเภอสะเดานำรูปแบบดังกล่าวไปใช้จะส่งผลให้เกิดประสิทธิผลของการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research Development) ดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สถานการณ์และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และวิธีวิเคราะห์จากเอกสาร เก็บรวบรวมข้อมูลจากผลดำเนินงานของเดือนกุมภาพันธ์ 2564 – เมษายน 2565 มีการดำเนินงาน ดังนี้

วิธีเชิงปริมาณ

ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่เป็นเครือข่ายในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิจัยในครั้งนี้ คือ ประชาชนภาคีเครือข่ายในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา จำนวน 250 คน ประกอบด้วยบุคลากรจากหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานปกครอง / ท้องถิ่น องค์กรชุมชน ผู้ประกอบการโรงแรม จันท.ที่ปฏิบัติหน้าที่ด่านพรมแดน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติเป็นผู้ที่ปฏิบัติในช่วงการระบาดของโรคโควิด - 19

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด - 2019 ต.เกาะแก้ว อ.เสถภูมิ จ.ร้อยเอ็ด ของ Barisri, Paladech, Muriganon, Pankalasin, and Paladech (2021) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน จำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ และบทบาทในการดำเนินงานโรคโควิด - 19 ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 4 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ คือด้านการคิดวางแผนและตัดสินใจ ด้านการดำเนินการ ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการติดตามและประเมินผล



รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating –Scale) มี 5 ระดับคือ มากที่สุดให้ 5 คะแนนถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนน (Wongratana, 2010) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือของหน่วยงานเพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าพื้นที่และเก็บข้อมูลวิจัย จากนั้นพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงขั้นตอนการวิจัย แผนการดำเนินงานเก็บข้อมูลเชิงปริมาณแก่กลุ่มตัวอย่างวิจัย แล้วจึงเก็บข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบสอบถามประมาณ 20 – 30 นาที แล้วจึงเก็บกลับ นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่าได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาและมีความสมบูรณ์ทั้ง 250 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ในเดือนมิถุนายน 2565 จากโปรแกรมรายงานการตรวจคัดกรองสำหรับคนไทยที่เดินทางมาจากต่างประเทศ และจากฐานข้อมูลโปรแกรม Songkhla Covid - 19 Tracker (Songkhla Provincial Public Health Office, 2021) และรายงานผู้ป่วยจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลสะเตา และโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ (Sadao District Public Health Office, Songkhla Province, 2021) โดยได้รับความยินยอมให้เข้าถึงข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง



2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ เป็นแนวทางในการดำเนินงานในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ มาปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่อำเภอสะเตา

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมและการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine)

2. จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) 1 ครั้ง จำนวน 19 คน ไม่รวมผู้วิจัย ช่วงเดือนกรกฎาคม 2565 โดยกำหนดผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ ประกอบด้วย 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะเตา และโรงพยาบาลปางเบชะรี แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง 2) นักวิชาการสาธารณสุข 3) บุคลากรจากภาคส่วนอื่น ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเทศบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานปกครอง ตำรวจตรวจคนเข้าเมือง ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ด้านศุลกากร สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และผู้นำชุมชน มีแนวคำถาม 2 ข้อ คือปัญหาการดำเนินงานเป็นอย่างไร และรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควรเป็นอย่างไร ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30 – 2.00 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จ ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ ทั้งนี้ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 2 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อร่างเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศชายแดนไทย - มาเลเซีย ภายใต้การบริหารจัดการของอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา (SADAO Care Model)

2. นำรูปแบบที่ได้ SADAO Care Model ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรค ตรวจสอบโดยมีผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะให้ปรับในประเด็นการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานระหว่างประเทศโดยเพิ่มบทบาทหน้าที่ของด่านแต่ละด่านในอำเภอสะเตา

3. แก้ไขรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญโดยเพิ่มเติมกิจกรรมประสานหน่วยงานกงสุลไทยในมาเลเซียและกงสุลใหญ่เมืองปีนัง ก่อนนำไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3



ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดหลังการทดลอง (One Groups only Post-test Design) โดยเริ่มศึกษาในขั้นนี้หลังจากเสร็จสิ้นในขั้นตอนที่ 2 หนึ่งเดือน ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ กลุ่มภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine) สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศของอำเภอสะเดาจำนวน 250 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ กลุ่มภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานในศูนย์ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine) สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศของอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา จำนวน 45 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรจากโรงพยาบาล ฝ่ายปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ประกอบการภาคเอกชน และผู้นำชุมชน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Mean: Difference from constant (One sample case) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (α) = .05 และค่า Power = 0.95 ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบบลัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ SADAQ Care Model ที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่นเดียวกับตอนที่ 1 ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้านการดำเนินการ ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการติดตามและประเมินผล รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับคือ มากที่สุดให้ 5 คะแนนถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยอธิบายรูปแบบ SADAQ Care Model ขั้นตอนที่วิธีการเข้าร่วมกิจกรรม และการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 5 คน และกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย



2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

ขั้นตอนทดลอง

3. ผู้วิจัยนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้มาดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ SADO Care Model มีกิจกรรมดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อยตามรูปแบบ SADO Care Model

ลำดับ	กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย
1	ร่วมกำหนดกลยุทธ์ (Strategy)	-ประชุมแนวทางระดับจังหวัด / อำเภอ -จัดตั้ง EOC และศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคโควิด - 19 ระดับอำเภอ -ประเมินเพื่อจัดตั้งสถานที่กักกันภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสงขลา
2	ร่วมแรงร่วมใจ (Solidarity)	-ร่วมทำ MOU ระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับโรงแรม -การเตรียมความพร้อมของโรงแรมที่เข้าร่วมโครงการ -การเตรียมความพร้อมกับผู้ประกอบการ ผู้นำชุมชน และประชาชนในพื้นที่
3	ร่วมเครือข่าย (Association)	-การประสานงานกับศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคโควิด - 19 ระดับอำเภอ -การประสานงานระหว่างประเทศ (กงสุลไทยในมาเลเซีย และ กงสุลใหญ่เมืองปีนัง) -การประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก -เครือข่ายร่วมสนับสนุนวัสดุทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์
4	ร่วมมอบหมายงาน (Assignment)	-ประชุมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้อง -กำหนดผู้รับผิดชอบในการบริหารระบบที่ชัดเจน
5	ร่วมลงมือทำ (Doing)	-ผู้เดินทางข้ามแดนลงทะเบียนผ่านกงสุลเพื่อขึ้นชั้นการเดินทาง -คัดกรองหน้าด่านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อคัดแยกผู้มีอาการ PUI หากมีอาการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย หากไม่มีอาการส่งเข้า State Quarantine -ซักประวัติ และจัดทำทะเบียนแรกรับและชี้แจงผู้เข้ากักตัว -ออกคำสั่งกักตัว



ลำดับ	กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย
		-ตรวจอุณหภูมิร่างกายและประเมินอาการเจ็บป่วยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 14 วัน -บันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพรายวันของผู้กักตัว ผ่าน Songkhla Covid - 19 Tracker -ตรวจเพาะเชื้อ (RT-PCR) Day ที่ 3 ,7 ,13 -ออกคำสั่งขกเล็กกักตัวพร้อมเอกสารเดินทางข้ามจังหวัดและส่งกลับภูมิลำเนา
6	ร่วมพัฒนางาน (Development)	-จัดระบบการดำเนินงานพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรค COVID - 19 ในสถานที่กักกัน -พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายในการจัดการความรู้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคระบาด การป้องกัน การแพร่กระจาย การสวมใส่ และถอดชุด PPE ทบพวนและฝึกซ้อมการกู้ชีพขั้นสูง
7	ร่วมประเมินผล (Assessment)	-ตรวจเยี่ยมและประเมินผลงานเป็นระยะโดยคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสงขลา -ประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ใน สถานที่กักกัน โรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine)
8	ร่วมจัดสรรและรับประโยชน์ (Allocation and Benefits)	-กระจายรายได้ให้แก่สถานประกอบการ / ธุรกิจโรงแรม -ชุมชนได้ผลประโยชน์/ มีรายได้ -สร้างอาชีพใหม่ เช่น Delivery , ขนส่งผู้กักตัวไปยังขนส่งสาธารณะ
9	ร่วมพลังเป็นทีม (Our Best Teamwork)	-การทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายเพื่อการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ -จัดตั้งกองทุนศูนย์บรรเทาทุกข์ -ร่วมบริจาคสิ่งของให้แก่ผู้กักตัว
10	ร่วมก้าวข้ามอุปสรรค (Overcoming Power of Unity)	-สร้างความยั่งยืนในการดำเนินงาน -ร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ประเด็น “คนสะอาด ไม่ทอดทิ้งกัน”



ขั้นหลังการทดลอง

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ กับค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 โดยใช้สถิติ One-sample t-test ทั้งนี้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงโค้งปกติ (Shapiro-wilk, p-value = .200)

ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังนี้

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบัญชาการและปฏิบัติงานในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศของอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย ปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ประกอบการโรงแรม หัวหน้าด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ หน่วยรักษาความปลอดภัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก 2 ข้อ ได้แก่ 1) ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine) สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ กรณีศึกษา: ชายแดนไทย-มาเลเซีย คืออะไร 2) ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานควรเป็นอย่างไร

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที และขออนุญาตบันทึกการสนทนา เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree and Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

วิธีเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศของ อ.สะเดา จ. สงขลา ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากฝ่ายปกครอง บุคลากรจากโรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วย



รักษาความปลอดภัย ผู้ได้รับการกักตัว และผู้ประกอบการโรงแรม จำนวน 45 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul et al., 2007) ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน

เครื่องมือที่ใช้วิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Hospitel ในบริษัทชายแดนไทย-มาเลเซีย จำนวน 24 ข้อ ของ Rodchanaarcha, Nawsuwan, and Singweratham (2022) ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating –Scale) มี 5 ระดับคือจากมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเก็บด้วยตนเองจากแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) โดยส่งผ่าน Application Line ไปยังกลุ่มตัวอย่าง และเก็บด้วยแบบสอบถามโดยให้ทีมวิจัยไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ได้ข้อมูลกลับคืนมา 45 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วม กับค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 โดยใช้สถิติ One-sample t-test ทั้งนี้ผู้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงโค้งปกติ (Shapiro-wilk, p-value = .200)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้เลขจริยธรรมหมายเลข 10 / 2565 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2564 มีการพิทักษ์สิทธิครอบคลุมทุกกลุ่มตัวอย่าง การขออนุญาตบันทึกการสนทนา การขออนุญาตเข้าพื้นที่เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลตลอดจนรักษาความลับของข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมและคืนรหัสการเข้าถึงข้อมูลแก่ผู้ดูแลระบบ

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine) สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย-มาเลเซีย พบว่า ปี 2563 - 2564 ผู้เดินทางเข้า-ออกผ่านด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศสะเดา และด่านปาดังเบซาร์มีจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนปี 2564 จำนวนผู้เดินทางเข้ามากกว่าขาออก สาเหตุจากการประกาศปิดประเทศมาเลเซีย ทำให้คนไทยกลับภูมิลำเนาจำนวนมาก และพบว่า ในปี 2563 ผู้ป่วยติดเชื้อจำนวน 1 ราย ปี 2564 พบผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จำนวน 5,524 ราย ผู้เสียชีวิตจำนวน 30 ราย นอกจากนี้สภาพการณ์ผู้



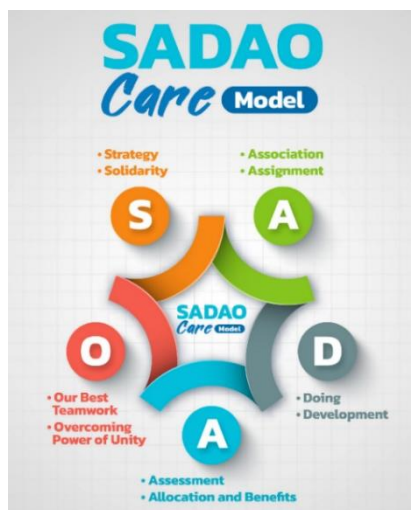
เข้ารับการกักตัวใน State Quarantine ในอำเภอสะเตา พบว่า ในปี 2563 จำนวน 6,922 ราย (ไม่พบผู้ติดเชื้อ) ปี 2564 จำนวน 1,961 ราย ตรวจพบเชื้อ จำนวน 103 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.25

สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.20 มีอายุระหว่าง 25 – 69 ปี อายุเฉลี่ย 46.44 ปี (ต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 69 ปี) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 73.20 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 69.20 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.60 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 33.60 บทบาทในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคโควิด - 19 ด้านการเฝ้าระวัง ร้อยละ 42.40 ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ร้อยละ 92.80 สำหรับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโควิด - 19 ในกลุ่มผู้ประกอบการโดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ ด้านการคิด วางแผน และตัดสินใจ ($\bar{X} = 1.73$, S.D. = 0.67) ด้านดำเนินการ ($\bar{X} = 1.53$, S.D. = 0.74) ด้านรับผลประโยชน์ ($\bar{X} = 1.87$, S.D. = 0.64) และด้านการติดตามและประเมินผล ($\bar{X} = 1.67$, S.D. = 0.62) (ตาราง 1)

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโควิด - 19 ของอำเภอสะเตา

ประเด็น	หน่วยงาน สาธารณสุข		ปกครอง / ท้องถิ่น		องค์กร ชุมชน		ผู้ประกอบการ		จนท.ด่าน พรมแดน	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. ด้านการคิด วางแผนและตัดสินใจ	3.93	0.87	3.93	0.94	3.34	1.28	1.73	0.67	3.78	1.24
2. ด้านการดำเนินการ	3.95	0.80	3.67	1.16	3.40	1.11	1.53	0.74	3.68	1.16
3. ด้านการรับผลประโยชน์	3.81	0.68	3.33	1.27	4.00	0.97	1.87	0.64	3.15	0.63
4. ด้านการติดตามและประเมินผล	3.80	0.92	3.78	1.24	3.66	0.77	1.67	0.62	3.61	1.14

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศชายแดนไทย-มาเลเซีย ประกอบด้วย 1) ร่วมกำหนดกลยุทธ์ (Strategy) 2) ร่วมแรงร่วมใจ (Solidarity) 3) ร่วมเครือข่าย (Association) 4) ร่วมมอบหมายงาน (Assignment) 5) ร่วมลงมือทำ (Doing) 6) ร่วมพัฒนางาน (Development) 7) ร่วมประเมินผล (Assessment) 8) ร่วมจัดสรรและรับประโยชน์ (Allocation and Benefits) 9) ร่วมพลังเป็นทีม (Our Best Teamwork) และ 10) ร่วมก้าวข้ามอุปสรรค (Overcoming Power of Unity) (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย-มาเลเซีย

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ชายแดนไทย - มาเลเซีย

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นกลุ่มภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ จำนวน 45 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรจากโรงพยาบาล ฝ่ายปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ประกอบการ ภาคเอกชน และผู้นำชุมชน จำนวน 45 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 อายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 37.78 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.22 สถานะสมรส ร้อยละ 60 อาชีพข้าราชการ / พนักงานรัฐ ร้อยละ 57.78 บทบาทในการดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรคโควิด - 19 ด้านการเฝ้าระวัง ร้อยละ 40 ประสบการณ์การได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 ส่วนใหญ่ ได้รับการอบรม ร้อยละ 84.44

3.2 เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ กับค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 โดยใช้สถิติ One-sample t-test พบว่าคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ทั้งรายด้านและภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ กับค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 (n = 45)

การมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value (1-tailed)
1. ด้านการคิด วางแผน และตัดสินใจ	3.87	0.62	4.036	44	<.001
2. ด้านการดำเนินการ	4.08	0.55	7.165	44	<.001
3. ด้านการรับผลประโยชน์	4.10	0.62	6.497	44	<.001
4. ด้านการติดตามและประเมินผล	4.09	0.62	6.400	44	<.001
ภาพรวม	4.03	0.54	6.556	44	<.001

4. ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ จากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.11 อายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 42.22 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.33 สถานะสมรส ร้อยละ 57.78 และอาชีพข้าราชการ / พนักงานรัฐ ร้อยละ 64.44 สำหรับปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ พบว่าทั้ง 24 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ มีการให้บริการที่เป็นมิตรเอื้ออาทรเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือผู้กักกัน ($\bar{x} = 4.69$, S.D. = 0.51) และข้อที่มีค่าน้อยที่สุด คือ การจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = 0.71) ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้กับค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 โดยใช้สถิติ One-sample t-test

ความสำเร็จ	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value (1-tailed)
1. มีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายในการรับเข้ากักตัวชัดเจน	4.53	0.55	12.65	<.001
2. การสนับสนุนของผู้บริหารทุกระดับ	4.49	0.51	13.12	<.001
3. มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ากักตัว	4.53	0.66	10.4	<.001
4. การเตรียมความพร้อมของเครื่องอำนวยความสะดวกให้กับผู้เข้ารับการกักตัวในโรงแรม	4.62	0.53	14.08	<.001
5. การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้กับผู้ปฏิบัติงานและผู้กักตัว	4.53	0.69	9.98	<.001



ความสำเร็จ	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value (1-tailed)
6. การประสานงานของหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และหน่วยงานระหว่างประเทศที่มีประสิทธิภาพ	4.67	0.52	14.98	<.001
7. ความสะดวก รวดเร็ว ในการจัดการข้อมูลโดยใช้ IT	4.51	0.59	11.52	<.001
8. ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ พนักงานโรงแรม และพนักงานรักษาความปลอดภัย	4.67	0.48	16.41	<.001
9. มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสามารถปฏิบัติตามได้จริง	4.60	0.58	12.72	<.001
10. สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ	4.56	0.50	14.09	<.001
11. การเคลื่อนย้าย และรับส่งผู้กักตัว/ผู้ป่วย	4.60	0.58	12.72	<.001
12. ความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์	4.64	0.61	12.60	<.001
13. การทำงานในรูปภาคีเครือข่าย ทั้งในภาคสาธารณสุขกับภาคภายนอกของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน	4.58	0.54	13.31	<.001
14. รูปแบบของการจัดอัตรากำลังที่ให้บริการ	4.53	0.50	13.73	<.001
15. การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานชัดเจน	4.49	0.51	13.12	<.001
16. การจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม	4.33	0.71	7.90	<.001
17. ให้บริการที่เป็นมิตร เอื้ออาทร เข้าใจ และเห็นอกเห็นใจช่วยเหลือผู้กักกัน	4.69	0.51	15.50	<.001
18. การเตรียมความพร้อมโดยการสร้างความเข้าใจกับชุมชนใกล้เคียง	4.62	0.53	14.08	<.001
19. ความเข้าใจและให้ความร่วมมือของผู้เข้ากักตัว	4.47	0.55	11.83	<.001
20. การรับรู้มาตรการของโรงแรมและรัฐฯ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้กักตัว	4.51	0.63	10.83	<.001
21. ระบบการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์/พนักงานโรงแรมและผู้กักตัว	4.60	0.65	11.28	<.001
22. มาตรการการตรวจสอบเครื่องอุปโภคและบริโภคของหน่วยรักษาความปลอดภัย	4.47	0.73	8.93	<.001
23. มีการประสานความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับมาเลเซีย	4.67	0.48	16.41	<.001
24. การระดมทุนเพื่อช่วยเหลือผู้กักตัวที่ได้รับผลกระทบ	4.64	0.57	13.46	<.001

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้บริหารมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ร่วมกับการให้ความร่วมมือและการประสานงานที่ดีจากภาคีเครือข่าย มีการให้บริการที่เป็นมิตร เอื้ออาทร เข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือผู้กักกันทำให้เกิดการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ สร้าง



ความเข้าใจในข้อมูลที่ส่งตรงถึงประชาชน หรือชุมชนในพื้นที่ของสถานที่กักกันโรคแห่งรัฐ ลดความวิตกกังวล เปลี่ยนแนวคิดต่อต้านเป็นให้ความร่วมมือ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ผู้บริหารมีเป้าหมายที่ชัดเจน และตัดสินใจร่วมกันเนื่องจากการจัดตั้ง SQ ครั้งนี้ถือเป็นการทำงานระดับประเทศในการคัดกรองคนไทยทุกคนที่เดินทางผ่านเข้ามาในประเทศไทย”

“ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือดี มีการกำหนดและรู้ข้อมูล คนเข้าเมืองในแต่ละวัน ทำให้การจัดสรรทรัพยากรทั้งคน สิ่งของได้อย่างเหมาะสม และจัดการได้เป็นระบบมากขึ้น”

สำหรับปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานพบว่า การดำเนินงานเชิงรับ การสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนในพื้นที่และภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วม การให้ความสำคัญกับสถานที่กักกันโรคแห่งรัฐกระทบต่องานประจำ ด้านบุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อภาระงาน รวมถึงความล่าช้าในการแจ้งข้อมูลผู้เดินทางเข้าประเทศ ปัญหาสุขภาพของผู้กักตัวทั้งทางกาย และจิตใจ และการจัดสรรด้านงบประมาณไม่ทันเวลา ดังคำพูดต่อไปนี้

“ปัญหาอุปสรรค ในช่วงแรกของการจัดตั้ง SQ ที่ต้องสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน ชุมชน หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ของสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความมั่นใจและพร้อมร่วมมือกันทำงาน และการพัฒนาคนเพื่อช่วยกันทำงาน เช่น เจ้าหน้าที่ อสม. พนักงาน โรงแรม ที่ต้องช่วยคัดกรอง แทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข”

“การประสานงาน ดูแล ช่วยเหลือ ทั้งในเวลา นอกเวลาราชการ กรณีผู้กักตัวที่มีอาการป่วยทางกาย ทางจิต และต้องประสานกับหลายหน่วยงาน ทำให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติ”

อภิปรายผล

รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ คือ SADO Care Model ประกอบด้วย 1) ร่วมกำหนดกลยุทธ์ 2) ร่วมแรงร่วมใจ 3) ร่วมเครือข่าย 4) ร่วมมอบหมายงาน 5) ร่วมลงมือทำ 6) ร่วมพัฒนางาน 7) ร่วมประเมินผล 8) ร่วมจัดสรรและรับประโยชน์ ร่วมพลังเป็นทีม และ 10) ร่วมก้าวข้ามอุปสรรค โดยพบว่า องค์ประกอบกิจกรรมที่สำคัญได้แก่ องค์ประกอบที่ 3 คือการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อาจเป็นผลมาจากการดึงทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และชุมชน มารวมเป็นหนึ่งในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันเจ้าของปัญหาและโครงการ จึงเกิดเครือข่ายที่เข้มแข็ง ซึ่งแนวคิดการมีส่วนร่วมมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) และขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) (Cohen & Uphoff, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kiatjaturong



(2021) พบว่าการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย จากภาครัฐและเอกชน รวมไปถึงการประสานงาน ตลอดจนการส่งต่อและรักษาผู้กักตัวอย่างเป็นระบบ สามารถให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายได้ นอกจากนี้รูปแบบการมีส่วนร่วมในควบคุมป้องกันโรคโควิด 19 ในอินเดีย ประกอบด้วย 1) การแยกผู้ป่วยทันที (Segregation) 2) การควบคุมแหล่งที่มาของเชื้อ (Sensitization) 3) การป้องกันทางสังคม (Social fencing) เช่น การให้ความรู้ การจัดการศพที่บ้าน การลดการเดินทาง 4) ความสามัคคีและปฏิบัติตามระเบียบสังคมรวมทั้งการลดการติดรา (Solidarity) and 5) การบริการสังคมจากองค์กรการกุศล นักการเมือง (Social services) (Khongsai et al., 2021) รวมทั้งการศึกษาของ Phuribancha et al. (2022) พบว่าการมีส่วนร่วมของภาครัฐและภาคเอกชนเน้นการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบาย การกำหนดและปฏิบัติตามมาตรการดำเนินงานของคณะกรรมการระดับจังหวัด การสื่อสารทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การวางแผนตัดสินใจ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์หรือผลสำเร็จของงาน

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State Quarantine) พบว่า ปัจจัยความสำเร็จที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ มีการให้บริการที่เป็นมิตรเอื้ออาทรเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือผู้กักกัน รองลงมาคือ การประสานงานของหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และหน่วยงานระหว่างประเทศ ที่มีประสิทธิภาพและความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ พนักงานรักษาความปลอดภัย และพนักงานโรงแรม อาจเป็นผลมาจากการมีเป้าหมาย จุดมุ่งหมายที่ชัดเจนทั้งผู้บริหารและปฏิบัติงานร่วมกัน ร่วมดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ จึงทำให้เกิดการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พบปัญหาอุปสรรคได้แก่ ความวิตกกังวลของภาคีเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรม (กลัวติดเชื้อ) การส่งต่อข้อมูลล่าช้า จึงมีการสร้างความเข้าใจในข้อมูลที่สำคัญส่งตรงถึงประชาชน หรือชุมชนในพื้นที่ของสถานที่กักกันโรคแห่งรัฐ และภาคีเครือข่าย เพื่อลดความวิตกกังวล จึงเปลี่ยนแนวคิดต่อต้านเป็นให้ความร่วมมือ ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 จะเน้นถึงการมีส่วนร่วมในการสื่อสารออนไลน์โดยประชาชนจะเข้าถึงข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตหรือจากโทรศัพท์ ดังนั้นเครื่องมือหรือวิธีการที่นำมาใช้ต้องมีความน่าเชื่อถือ เพื่อให้เกิดความร่วมมือและความไว้วางใจกันระหว่างภาครัฐกับประชาชน (Pantic et al., 2021) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ketdao, Thiengtrongdee, and Thoin (2021) พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือการบริหารจัดการบุคคล โดยเฉพาะการจัดการกลุ่มเสี่ยงให้ประสบความสำเร็จนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือในทุกส่วน โดยเฉพาะภาคีเครือข่าย รวมทั้งการสื่อสาร วางแผน การติดตาม ตลอดจนการสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์



(Nawsuwan, Singweratham, & Thepakorn, 2020) จะเห็นได้ว่าจุดเด่นของรูปแบบที่ได้จากงานวิจัยคือการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชน โดยเฉพาะจากผู้ประกอบการและพนักงานโรงแรมซึ่งส่วนสำคัญในการดูแลในเรื่องอาหาร การสุขาภิบาลขยะ และความสะอาดโดยการฆ่าเชื้อโรคของเครื่องนอน ห้องน้ำ และเสื้อผ้าที่ใช้แล้ว (Xiang, Huang, Gao, & Lai, 2022; Kamolsirawat, & Povatong, 2021) ซึ่งจะต้องให้ความรู้และทักษะในการคัดกรองความเสี่ยงก่อนเริ่มปฏิบัติงานแก่พนักงานโรงแรม และผู้ให้บริการ เช่น การวัดอุณหภูมิ การสอบถามอาการป่วย ตลอดจนการป้องกันตนเองจากการสัมผัสเชื้อโรค เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะ (Phuribancha et al., 2022) ทำให้ภาครัฐเกิดความมั่นใจต่อการจัดการความปลอดภัยต่อโรคโควิด - 19 ของโรงแรม ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรองมาตรฐานและความเชื่อมั่นของประชาชน

สรุป

สถานการณ์จำนวนคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด - 19 ผ่านช่องทางด่านพรมแดนสะเตา ด่านพรมแดนปางดะเบซาร์ มีจำนวนมาก ส่งผลให้จำนวนผู้กักตัวตรวจพบเชื้อในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้เพิ่มขึ้น ซึ่งการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในช่วงแรกประสบกับปัญหาเรื่อง การประสานงาน การได้รับข้อมูล อุปสรรคในการป้องกันโรค ตลอดจนการส่งต่อและรักษาผู้กักตัวยังไม่เป็นระบบ ดังนั้นรูปแบบที่เหมาะสมในการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ คือ SADA Care Model ประกอบด้วย 1) ร่วมกำหนดกลยุทธ์ 2) ร่วมแรงร่วมใจ 3) ร่วมเครือข่าย 4) ร่วมมอบหมายงาน 5) ร่วมลงมือทำ 6) ร่วมพัฒนางาน 7) ร่วมประเมินผล 8) ร่วมจัดสรรและรับประโยชน์ 9) ร่วมพลังเป็นทีม และ 10) ร่วมก้าวข้ามอุปสรรค ซึ่งรูปแบบดังกล่าวจะช่วยให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ในการร่วมคิด วางแผน ตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมติดตามและประเมินผล มีผลให้การดำเนินงานการเฝ้าระวัง ในสถานที่กักกันโรคที่รัฐจัดให้ สำหรับคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ ภายใต้ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ผู้บริหารมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ร่วมกับการให้ความร่วมมือและการประสานงานที่ดีจากภาคีเครือข่าย จึงทำให้เกิดการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความเข้าใจในข้อมูลที่สำคัญส่งตรงถึงประชาชน หรือชุมชนในพื้นที่ของสถานที่กักกันโรคแห่งรัฐ ลดความวิตกกังวลเปลี่ยนแนวคิดต่อต้านเป็นให้ความร่วมมือ



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

นำรูปแบบ SADAQ Care Model มากำหนดเป็นนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนการปฏิบัติ ตลอดจน ปรับกระบวนการดูแลหากเกิดการระบาดของโรคโควิด - 19 ในระลอกถัดไป หรือโรคอุบัติใหม่และ โรคอุบัติซ้ำ นอกจากนี้ควรนำเทคโนโลยี ดิจิทัลมาปรับใช้ร่วมกับ SADAQ Care Model เพื่อให้แก้ไขปัญหาการส่งต่อข้อมูลล่าช้า และให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นภายใต้กลไกการขับเคลื่อน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและความยั่งยืนของ องค์กรและเครือข่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษารูปแบบการดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวัง โรคอุบัติใหม่และ โรคอุบัติซ้ำเพื่อเป็นแนวทางในการ พัฒนาแผนงานการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอุบัติใหม่ภายใต้ในเขตชายแดนภายใต้ความร่วมมือ ของภาครัฐและเอกชน

รายการอ้างอิง (References)

- Barisri, J., Paladech, J., Muriganon, P., Pankalasin, R., & Paladech, S. (2021). People Participation in the Prevention of COVID -2019 (COVID-2019) Kohkaew Sub-District, Selaphum District, Roiet Province. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation*, 7(2), 34 - 35.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- 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.
- Crabtree, B. F. & Miller, W. L. (1992). *Doing Qualitative Research*. London: SAGE Publications.
- Department of Disease Control. (2020). *Guidelines for integrated management of State Quarantine areas*. Retrieved January 11, 2021 from <https://ddc.moph.go.th/viralp>
- Department of Disease Control. (2021). *PUI criteria define suspected cases of COVID-19 infection who meet the criteria for disease investigation (Patient Under Investigation: PUI) 29 January 2021*. Retrieved January 10, 2021 from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_290164.pdf.



- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175 - 191.
- Kamolsiriwat, S., & Povatong, B. (2021). Adaptation Strategies to COVID-19 on The SHA Standard Hotels of Entrepreneurs in Bangkok Metropolitan Area in 2020. *Sarasatr academic Journal*, 4(3), 650 - 663.
- Ketdao, R, Thiengtrongdee, R, & Thoin, P. (2021). Development of Covid-19 Surveillance Prevention and Control Model Health Promoting Hospital in Sub-district Level, Udonthani Province - Udon Model COVID-19. *Journal of Health Science*, 30(1), 53 - 61.
- Khongsai, L, Anal, T.S., Rapheileng A.S., Tomba S.K., Shah, K., & Pandey, D. (2021). Combating the Spread of COVID-19 Through Community Participation. *Glob Soc Welf*, 8, 127 – 132.
- Kiatjaturong, B. (2021). The Development of Network Participation Model to Corona Virus Disease 2019 Prevention, and Control in Muang Yang District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*. 3(2), 193 - 206.
- Manmana, S., Iamsirithaworn, S., & Uttayamakul, S., (2020). Coronavirus Disease-19 (COVID-19). *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 14(2), E1 - E10.
- Ministry of Public Health (2020) . *Guidance for Integrated Management of State Quarantine Facilities*. Retrieved July 23, 2022 from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/file/guidelines/g_guarantine_190620_new.pdf
- National Conference of State Legislatures (2021). *State Quarantine and Isolation Statutes*. Retrieved July 23, 2022 from <https://www.ncsl.org/health/state-quarantine-and-isolation-statutes>
- Nawsuwan, K., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2020) . Compositions and Indicators for Successful Implementation of Novel Coronavirus (COVID-19) in the Community of Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(2), 1 - 5.
- Pantic, M., Cilliers, J., Cimadomo, G., Montaña, F., Olufemi, O., Torres, M.S., & van, B.J. (2021). ZXChallenges and Opportunities for Public Participation in Urban and Regional Planning during the COVID-19 Pandemic—Lessons Learned for the Future. *Land*, 10(12), 1379.



- Parmet, E.W., & Sinha, S.M. (2020). Covid - 19 The Law and Limits of Quarantine. *The New England Journal of Medicine*, 382, e28.
- Phuribancha, P., Mongkonsin, C., & Jungphukiaiw, P. (2022). Development of Coronavirus Disease 2019 Surveillance, Prevention and Control Using Bubble and Seal Model in Factory, Maha Sarakham Province. *Thailand Journal of Health Science*, 31(1), 48 - 62.
- Ratchathawan, R., Kaewkrajok, T., Jongkatekit, W., Phromkaew, P., Sumdangsan, D., & Thonglert, D. (2021). The Community Participation Process in Well-being Development. *Journal of Southern Technology*. 11(1), 231 - 238.
- Rodchanaarcha, R., Nawsuwan, K., & Singweratham, N. (2022). Developing a Care Model for Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hospitel of Thai-Malaysian Border, Managed by the Inpatient Department of Sadao Hospital, Songkhla Province. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 14(1), 134 - 156.
- Sadao District Public Health Office, Songkhla Province. (2021). *COVID-19 Situation of Sadao District, Songkhla Province*. Retrieved December 31, 2021 from <https://puisongkhla.rh12.info/novelcorona/dashboard.php?>
- Songkhla Provincial Public Health Office. (2021). *HDC database, Songkhla province*. Retrieved December 31, 2021 from <https://ska.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- Wongratana, C. (2010). *Techniques for using statistics for research (12th Ed.)*. Nontaburi: Thainiramitkij Infographic.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 71*. Geneva: World Health Organization.
- Xiang, K., Huang, W.J., Gao, F., & Lai, Q. (2022). COVID-19 prevention in hotels: Ritualized host-guest interactions, *Annals of Tourism Research*, 9(3), 93. DOI: 10.1016/j.annals.2022.103376