การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง) ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ *

DEVELOPING A PREVENTION AND CONTROL MODEL FOR MONKEYPOX IN PRACHUAP KHIRI KHAN PROVINCE

พลพรรธน์ อยู่สวัสดิ์

Polpat Euswas

โรงพยาบาลหัวหิน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Hua Hin Hospital and Prachuap Khiri Khan Provincial Public Health Office, Thailand

Corresponding Author's Email: drpolpat@gmai.com

วันที่รับบทความ : 10 เมษายน 2568; วันแก้ไขบทความ 17 เมษายน 2568; วันตอบรับบทความ : 19 เมษายน 2568

Received 10 April 2025; Revised 17 April 2025; Accepted 19 April 2025

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์คือ 1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง) 2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง) 3. เพื่อประเมินและรับรองรูปแบบการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง) การวิจัยนี้ใช้ระเบียบการวิจัยแบบผสานวิธี แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง และเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 248 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถาม ที่มีความเที่ยง .812 และแบบประเมินและรับรอง สถิติที่ใช้คือ การวิเคราะห์เนื้อหา ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

Citation:

* พลพรรธน์ อยู่สวัสดิ์. (2568). การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง) ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารสหศาสตร์การพัฒนาสังคม, 3(2), 922-939.

Polpat Euswas. (2025). Developing A Prevention And Control Model For Monkeypox In Prachuap Khiri Khan Province. Journal of Interdisciplinary Social Development, 3(2), 922-939.;

DOI: https://doi.org/10.

Website: https://so12.tci-thaijo.org/index.php/JISDIADP/

ผลการวิจัยพบว่า 1. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ และ 16 ตัวบ่งชี้ 2. ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง)ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ ยุทธศาสตร์การจัดการป้องกันควบคุมโรค เวชศาสตร์ชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน 3. ผลการประเมินและรับรองรูปแบบการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง) ในภาพรวมผ่านการประเมินและรับรองด้านความเหมาะสม ด้านความถูกต้อง ด้านความเป็นประโยชน์ และด้านความเป็นไปได้
คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การป้องกันควบคุม, โรคฝีดาษลิง

Abstract

The objective of this research article is (1) examine a prevention and control model for Monkeypox; (2) develop a prevention and control model for Monkeypox and (3) evaluate and validate a prevention and control model for Monkeypox. A mixed-methods research design was employed, consisting of 4 phases. Data were collected from two groups: 5 experts selected through purposive sampling and a sample of 248 participants chosen using stratified random sampling. The research instruments included in-depth interviews, a questionnaire with a reliability coefficient of 0.812, and an evaluation and validation form. Data analysis involved content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and exploratory factor analysis.

The findings revealed that: (1) the analysis of the components of a prevention and control model for Monkeypox identified 3 components and 16 indicators; (2) the developed model consisted of 3 main elements; Strategic management of disease prevention and control through Community medicine and participatory and Planning for sustainable development (3) the evaluation

and validation results indicated that the model was deemed appropriate, accurate, useful, and feasible.

Keywords: Developing Model, Prevention and Control, Monkeypox

บทนำ

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา โรคฝีดาษลิง (Monkeypox) ได้กลับมาเป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลก โดยเฉพาะในช่วงปี พ.ศ. 2565 ที่มีการระบาดในหลายประเทศนอกทวีปแอฟริกา ซึ่งเดิมทีเป็นพื้นที่ที่โรคนี้พบได้ทั่วไป โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคฝีดาษลิงเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เนื่องจากการแพร่ระบาดมีลักษณะรวดเร็ว มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และพบการแพร่ระบาดจากคนสู่คนผ่านทางสารคัดหลั่ง ผิวหนัง และของใช้ส่วนตัว โรคฝีดาษลิง (Monkeypox) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสจากสัตว์สู่คน (Zoonosis) ที่อยู่ในกลุ่มเชื้อไวรัสออร์โธพอกซ์ไวรัส (Orthopoxvirus) ซึ่งมีความใกล้เคียงกับไวรัสที่ทำให้เกิดโรคฝีดาษ (smallpox) แม้ว่าจะมีความรุนแรงน้อยกว่า แต่ก็สามารถแพร่ระบาดได้ผ่านการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ สารคัดหลั่ง ผิวหนังที่มีรอยโรค หรือการใช้ของใช้ร่วมกัน (World Health Organization [WHO], 2022) ในปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคฝีดาษลิงเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เนื่องจากพบการระบาดในหลายประเทศทั่วโลกนอกภูมิภาคแอฟริกา และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการท่องเที่ยว ชายแดน และการเคลื่อนย้ายแรงงาน เช่น จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของโรคฝีดาษลิง เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีลักษณะพิเศษ ทั้งเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญ (เช่น หัวหิน) เป็นพื้นที่ชายแดนที่มีจุดผ่านแดนถาวร และมีแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก ส่งผลให้ประชากรในพื้นที่มีความหลากหลายและมีความเคลื่อนไหวของคนอยู่ตลอดเวลา (กรมควบคุมโรค, 2566) แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยจะมีระบบเฝ้าระวังโรคติดต่ออยู่แล้ว แต่การควบคุมโรคฝีดาษลิงยังเป็นความท้าทาย เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคใหม่ที่คนทั่วไปยังไม่คุ้นเคย ขาดความเข้าใจที่ถูกต้อง และยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานเฉพาะที่เหมาะสมกับพื้นที่ การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคฝีดาษลิงที่สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อสร้างระบบที่มีประสิทธิภาพในการรับมือกับโรค และลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อประชาชนและระบบสาธารณสุขในระยะยาว ปัจจุบันจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ยังไม่มีรูปแบบการป้องกันควบคุมโรค

ฝีดาษลิงที่เป็นระบบและสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของพื้นที่ ทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ และประชากรแฝง ส่งผลให้หากเกิดการแพร่ระบาดขึ้นในพื้นที่ อาจไม่สามารถตอบสนองหรือควบคุมสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเด็นปัญหาหลักที่พบ ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฝีดาษลิงอย่างถูกต้อง การสื่อสารความเสี่ยงต่อกลุ่มเสี่ยง เช่น แรงงานต่างด้าว หรือประชากรที่เดินทางเข้า-ออกพื้นที่ ยังไม่มีความครอบคลุม หน่วยงานในพื้นที่ขาดกลไกหรือแนวทางบูรณาการร่วมกันในการควบคุมโรคเฉพาะด้าน และยังไม่มีโมเดลหรือแนวทางที่ชัดเจนในการบริหารจัดการการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคฝีดาษลิง ที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของจังหวัด

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นการวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคฝีดาษลิงที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชน เพื่อสร้างความพร้อมรับมือโรคฝีดาษลิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง)
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง)
3. เพื่อประเมินและรับรองรูปแบบการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง)

การทบทวนวรรณกรรม

โรคฝีดาษลิง (Monkeypox) เป็นโรคไวรัสที่เกิดจาก ไวรัส Monkeypox ซึ่งอยู่ในสกุล Orthopoxvirus เช่นเดียวกับไวรัสไข้ทรพิษ (smallpox) โดยโรคนี้สามารถติดต่อจากสัตว์สู่คนและจากคนสู่คนได้ ผ่านการสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง ผิวหนังที่มีรอยโรค หรือวัสดุปนเปื้อนเชื้อ เช่น ผ้าปูที่นอน เสื้อผ้า เป็นต้น (CDC, 2022)

มิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ์ และคณะ (2565) กล่าวว่าโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) เกิดจากเชื้อไวรัสที่อยู่ในกลุ่ม Poxvirus ซึ่งเชื้อในกลุ่มนี้สามารถก่อให้เกิดโรคไข้ทรพิษหรือฝีดาษและโรคหูดข้าวสุก โดยปกติไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคฝีดาษวานรเป็นไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคในสัตว์ตระกูลหนู กระรอก รวมไปถึงลิง แต่ที่เรียกว่าฝีดาษวานรเพราะพบการติดเชื้อครั้งแรกในลิง ในปี พ.ศ. 2501 จากนั้นพบการติดเชื้อในมนุษย์ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2513 ซึ่งพบในเด็กที่ประเทศ

สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก การติดเชื้อจากสัตว์มาสู่มนุษย์อาจจะเป็นในรูปแบบการสัมผัส รวมถึงการถูกสัตว์กัด สำหรับการแพร่เชื้อจากมนุษย์สู่มนุษย์สามารถเกิดได้จากการสัมผัสสารคัดหลั่ง การสัมผัสบาดแผลหรือรอยโรค รวมไปถึงจากการหายใจเอาละอองฝอยเข้าไป ซึ่งการแพร่เชื้อมักจะพบเมื่อมีการสัมผัสใกล้ชิดหรือพักอาศัยร่วมกันเป็นระยะเวลานานพอสมควร

จตุพร จันทร์สว่าง และสมฤทัย ย่อเส้ง (2566) กล่าวว่าโรคฝีดาษลิง เกิดจากเชื้อไวรัสในจีนัส Orthopoxvirus เป็นโรคประถิ่นในแอฟริกากลางและตะวันตก แต่ในปี พ.ศ.2565 มีการระบาดซ้ำในหลายประเทศ องค์การอนามัยโลกรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคฝีดาษลิงทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ.2565 – มีนาคม พ.ศ.2566 จำนวน 87,078 ราย และในประเทศไทย จำนวน 21 ราย ฝีดาษลิงติดต่อจากสัตว์สู่คน ได้แก่ ลิงและตระกูลลิง กระรอก หนู หนูยักษ์ หรือแม้แต่สุนัข และจากคนสู่คนได้ เชื้อไวรัสนี้พบในเลือด ต่อมน้ำเหลือง ตุ่มฝี และหยดละอองของทางเดินหายใจ ติดต่อโดยการสัมผัสตุ่มฝี ใกล้ชิดผู้ป่วย วัสดุหรือสิ่งของเครื่องใช้อื่นที่มีหยดละอองของเชื้อปนเปื้อน การเว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์จึงช่วยลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อได้ ระยะฟักตัวประมาณ 5 ถึง 21 วัน จากนั้นมีไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ไม่มีแรง เจ็บคอ ต่อมน้ำเหลืองโต มีตุ่มฝีกระจายจากใบหน้าและตามร่างกาย รวมทั้งฝ่ามือและฝ่าเท้า อาจมีภาวะแทรกซ้อนและรุนแรงในผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันต่ำ มีอัตราการตายประมาณ ร้อยละ 10 ผู้ที่เคยฉีดวัคซีน (ปลูกฝี) ป้องกันโรคฝีดาษ สามารถป้องกันการติดเชื้อฝีดาษลิงได้ โรคนี้ยังไม่มีมาตรฐานการักษาแต่รักษาตามอาการ รวมถึงยาต้านไวรัสที่ใช้รักษาฝีดาษก็นำมาใช้รักษาฝีดาษลิงในรายที่มีอาการรุนแรง ถึงแม้ในประเทศไทยจะไม่มีรายงานผู้ติดเชื้อเพิ่มแล้ว แต่ยังคงเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวัง รวมถึงส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดที่เมื่อมีการเปิดพรมแดนเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวและการเดินทางระหว่างประเทศ

สุภาพร พุทธรัตน์ และคณะ (2565) กล่าวว่า การแพร่ระบาดของโรคฝีดาษลิงที่กำลังเกิดขึ้นในหลายประเทศที่ไม่มีแหล่งแพร่โรคนอกทวีปแอฟริกาอยู่ใน ขณะนี้ มีสาเหตุเกิดจากการแพร่โรคฝีดาษลิงระหว่างคนสู่คน และได้เปลี่ยนแปลงระบาดวิทยาของโรค ทั้งในแง่จำนวนผู้ป่วย จำนวนประเทศนอกทวีปแอฟริกาที่มีการแพร่ระบาดในชุมชน และวิธีการติดต่อในกลุ่มเสี่ยง ผู้เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพโลกและองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยฝีดาษลิงทั่วโลกจะเพิ่มสูงขึ้นซึ่งอาจมีผู้ป่วยยืนยันเกิด ขึ้น 1 คนในทุก ๆ 30 นาที และการเฝ้าระวังโรคฝีดาษลิงควรจะขยายไปยังประเทศซึ่งยังไม่มีการรายงานผู้ป่วยฝีดาษลิง ความท้าทายที่ยิ่งใหญ่คือ สิ่งที่เห็นอยู่ในปัจจุบันนั้นเป็นยอดภูเขาน้ำแข็ง เพราะผู้ป่วยรายใหม่ที่จะเกิดขึ้นตามมา

อาจจะมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความเชื่อมโยงกันจากสถานที่หนึ่งไปยังสถานที่อื่นในประเทศหนึ่ง หรืออาจจะเชื่อมโยง กันระหว่างประเทศก็ได้ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสาธารณสุข โดยเฉพาะการเฝ้าระวังป้องกันโรค ควรคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยยืนยันกำลังจะทยอยเพิ่มสูงขึ้น ประเทศไทยจึงควรเน้นการเฝ้าระวังโรคฝีดาษลิง ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ และการเฝ้าระวังการแพร่เชื้อในชุมชน รวมถึงมาตรการเชิงนโยบายเร่งด่วนทั้งทางด้านการท่องเที่ยว การสื่อสารความเสี่ยง และการบังคับใช้กฎหมาย

โดยสรุป โรคฝีดาษลิง (Monkeypox) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่อยู่ในกลุ่มเดียวกับโรคฝีดาษ (Smallpox) แต่มีความรุนแรงน้อยกว่า สามารถติดต่อจากสัตว์สู่คน หรือคนสู่คนได้ โดยเฉพาะจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อหรือสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อ เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน และสารคัดหลั่งจากแผลหรือระบบทางเดินหายใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ บุคลากรทางสาธารณสุข และประชาชนทั่วไปในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคฝีดาษลิง จำนวน 1,407 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) และผู้ทรงคุณวุฒิในการสัมภาษณ์ให้ข้อมูลเชิงลึก จำนวน 5 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection)

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบการวิจัยแบบผสานวิธี มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบของการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง) โดยศึกษาเอกสารและสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 248 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถาม สถิติที่ใช้คือ การวิเคราะห์เนื้อหา ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง) โดยการสัมมนาอิงผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) มีคุณสมบัติดังนี้ กำหนดนโยบาย กำกับติดตามผลการดำเนินงานมีความเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคฝีดาษลิง เครื่องมือที่ใช้คือรูปแบบการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง)และเอกสารคู่มือประกอบการสัมมนาอิงผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินและรับรองรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคMonkeypox (โรคฝีดาษลิง) เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินและรับรองรูปแบบ

พื้นที่ศึกษาวิจัยในเขตจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นพื้นที่ชายแดนที่มีลักษณะเฉพาะและหลากหลาย จึงสามารถแบ่งพื้นที่ศึกษาได้เป็น 3 ลักษณะ คือ พื้นที่ชายแดน (เช่น อำเภอเมือง อำเภอคลองวาฬ หรืออำเภอพบพระติดชายแดนพม่า) เน้นความเสี่ยงจากการเดินทางข้ามประเทศ พื้นที่ท่องเที่ยว (เช่น อำเภอหัวหิน ปราณบุรี) เน้นความเสี่ยงจากนักท่องเที่ยวทั้งในและต่างประเทศ และพื้นที่ชุมชนทั่วไป/ชนบท (เช่น อำเภอบางสะพาน อำเภอทับสะแก) เน้นระบบเฝ้าระวังระดับชุมชน การรับรู้ และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามที่มีความเที่ยง .812 และแบบประเมินและรับรอง

สถิติที่ใช้คือ การวิเคราะห์เนื้อหา ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ของการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคMonkeypox (โรคฝีดาษลิง) ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อยู่ในระดับมากขึ้นไป โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

องค์ประกอบ	รายการ	ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
1	ยุทธศาสตร์การจัดการป้องกันควบคุมโรค	4.79	.862	มาก
2	เวชศาสตร์ชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน	4.62	.822	มาก
3	กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน	4.48	.741	มาก

องค์ประกอบ	รายการ	ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
รวมเฉลี่ย		**4.63**	**.808**	**มาก**

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ของการป้องกันควบคุมโรคMonkeypox (โรคฝีดาษลิง) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ยุทธศาสตร์การจัดการป้องกันควบคุมโรค ประกอบด้วย 6 ตัวบ่งชี้

องค์ประกอบที่ 2 เวชศาสตร์ชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 3 ตัวบ่งชี้

องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ประกอบด้วย 7 ตัวบ่งชี้

ตารางที่ 2 องค์ประกอบและค่าความแปรปรวนของการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคMonkeypox (โรคฝีดาษลิง)

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	12.867	40.113	55.188	17.108	55.188	55.188
2	8.804	10.965	62.268	2.195	7.080	62.268
3	2.871	4.739	62.291	1.427	4.603	66.871

Extraction Method: Principal Component Analysis.

จากตารางที่ 2 พบว่าองค์ประกอบที่มีค่า Eigenvalues มากกว่า 1 มีจำนวน 3 องค์ประกอบ ซึ่งองค์ประกอบที่ 1 - 3 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ทั้งหมดร้อยละ 62.291 แต่เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือกองค์ประกอบที่มีค่า Eigenvalues มากกว่า 1

มีตัวบ่งชี้อธิบายองค์ประกอบตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป และมีค่าน้ำหนักปัจจัย ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป พบว่ามี 3 องค์ประกอบที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ องค์ประกอบที่ 1 - 3 องค์ประกอบที่ 1 มีค่าไอเก็น (eigenvalues) สูงสุดเท่ากับ 12.867 สามารถอธิบายความแปรปรวนทั้งหมดได้ร้อยละ 40.113 องค์ประกอบที่ 2 มีค่าไอเก็น (eigenvalues) 8.804 สามารถอธิบายความแปรปรวนทั้งหมดได้ร้อยละ 10.965 องค์ประกอบที่ 3 มีค่าไอเก็น (eigenvalues) 2.871 สามารถอธิบายความแปรปรวนทั้งหมดได้ร้อยละ 4.739 และความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนทั้งหมดค่อย ๆ ลดลงตามลำดับ และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบแล้วพบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนทั้งหมด ได้ทั้งหมดร้อยละ 62.291 องค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวชี้วัดได้อย่างน้อยที่สุดร้อยละ 50 จึงจะถือว่าใช้ได้ สำหรับองค์ประกอบที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 3 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบที่ 1 - 3 นั้น ได้กำหนดเกณฑ์ในการเลือกองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ซึ่งเป็นค่าน้ำหนักที่มีนัยสำคัญในทางปฏิบัติ มีค่า Eigenvalues ที่มากกว่า 1 และมีตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบ จำนวนตั้งแต่ 3 ตัวบ่งชี้ขึ้นไป

ตารางที่ 3 ค่า KMO and Bartlett’s test of Sphericity

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.862
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	25541.327
	df	321
	Sig.	.000

จากตารางที่ 3 พบว่าจากการทดสอบ สถิติ KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) มีค่าเท่ากับ .862 แสดงว่า ตัวชี้วัดทั้ง 16 ตัวบ่งชี้ของการบริหารสถานศึกษาตามแนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตนั้นเป็นจำนวนข้อมูลที่มีความเพียงพอและมีความเหมาะสม สามารถใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ได้เพราะค่า KMO มีค่ามากกว่า .5 และเข้าใกล้ 1

ตารางที่ 4 องค์ประกอบของการป้องกันควบคุมโรคMonkeypox (โรคฝีดาษลิง)

องค์ประกอบที่	ชื่อองค์ประกอบ	จำนวนตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading)
1	ยุทธศาสตร์การจัดการป้องกันควบคุมโรค	6	.588-.830
2	เวชศาสตร์ชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน	3	.612-.809
3	กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน	7	.621-.768
	รวม	16	

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) ด้วยวิธีสกัดปัจจัย ได้องค์ประกอบสำคัญ ทั้งหมด 3 องค์ประกอบ เพื่อความสะดวกในการเรียกชื่อองค์ประกอบที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ผลกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน SCA model คือการดำเนินการเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคMonkeypox (โรคฝีดาษลิง) โดยเริ่มจาก

2.1 ยุทธศาตร์การจัดการป้องกันควบคุมโรค (Spectrum of prevention)ระดับการป้องกันควบคุมโรคเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพประสิทธิผลที่ดี จำเป็นต้องทำ 6 ระดับที่มีความสัมพันธ์กัน

1) การเสริมสร้างความรู้และทักษะให้กับบุคคล (ประชาชน) (Strengthening individual knowledge and skills) ส่งเสริมให้บุคคลมีข้อมูลความรู้ ทักษะที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ ให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับโรค MPOX รวมถึงวิธีการติดต่อ และการป้องกันตนเอง เช่น การป้องกันการสัมผัสกับผู้ที่ติดเชื้อ การปฏิบัติด้านสุขอนามัย การป้องกันตนเองจากสัตว์ที่อาจเป็นพาหะ เป็นต้น โดยใช้สื่อการเรียนรู้ที่เข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ และวิดีโอ เป็นต้น

2) การส่งเสริมการศึกษาชุมชน (Promoting community education) กระจายความรู้ในวงกว้างเข้าไปในชุมชน เพื่อกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จัดกิจกรรมและแคมเปญให้ความรู้ในชุมชนเกี่ยวกับโรค MPOX เช่น การจัดกิจกรรมชุมชน สัมมนา หรือ workshop เกี่ยวกับการแพร่ระบาด วิธีป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยภายในครอบครัว โดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ (social media) หรือการกระจายข้อมูลผ่านช่องทาง วิทยุและโทรทัศน์ในพื้นที่

3) การให้ความรู้แก่ผู้ให้บริการ (Educating providers) เผยแพร่ความรู้ จัดการอบรม และเสริมสร้างทักษะให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ เนื้อหาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค MPOX การรักษา และการป้องกันการแพร่กระจายในสถานพยาบาล รวมถึงการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) และการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control)

4) การส่งเสริมการสร้างเครือข่าย และการร่วมมือ (Fostering coalitions and networks) กระตุ้นความร่วมมือระหว่างกลุ่มต่าง ๆ เพื่อเพิ่มผลกระทบ สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทางสาธารณสุข โรงพยาบาล และองค์กรชุมชน ในด้านการป้องกันควบคุมโรค MPOX เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระดมทรัพยากร และวางแผนดำเนินงานร่วมกันเพื่อตอบสนองต่อการระบาด

5) การเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติขององค์กร (Changing organizational practices) ส่งเสริมให้องค์กรดำเนินการ สิ่งที่เกิดผลกระทบด้านที่ดีต่อความปลอดภัย และสุขภาพของประชาชน ส่งเสริมให้โรงพยาบาลและสถานพยาบาลนำมาตรการที่เหมาะสม มาปรับใช้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค เช่น การจัดห้องแยกโรคสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ MPOX การควบคุมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในสถานพยาบาล เป็นต้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านการควบคุมโรคในองค์กรอื่น ๆ เช่น สถานประกอบการและสถานศึกษา เป็นต้น

6) การมีอิทธิพลต่อกฎหมายและนโยบาย (Influencing policy and legislation) สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงกฎหมาย และนโยบายที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมมาตรการป้องกันในระดับมหภาค สนับสนุนการออกกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค MPOX เช่น การกำหนดให้โรค MPOX เป็นโรคที่ต้องรายงาน และการสนับสนุนวัคซีนป้องกันในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงนโยบายการตรวจสอบ และการกักตัวสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ

2.2 เวชศาสตร์ชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)

1) ชุมชน (Community) เริ่มต้นจากการรับรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการควบคุมโรค MPOX ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค วิธีการป้องกัน และแนวทางการรายงาน เมื่อ

มีอาการหรือต้องสงสัยว่าจะติดเชื้อ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักและให้เกิดความรู้สึกว่า โรคนี้เป็นปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไข

2) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ผ่านการเข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพ การรับวัคซีน การเฝ้าระวังโรค และการรายงานผู้ป่วยหรือผู้สงสัย ในชุมชนกระบวนการที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

- ในการตัดสินใจ ส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น การเลือกใช้มาตรการป้องกันต่าง ๆ หรือการวางแผนกิจกรรมรณรงค์ ในพื้นที่ของตนเอง

- ในการดำเนินงาน (ค้นหาปัญหา / สาเหตุ, วางแผนดำเนินงานกิจกรรม ลงทุน ปฏิบัติงาน) กระบวนการดำเนินงาน ควรเริ่มจากการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุ และการวางแผนการดำเนินงาน เช่น การจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ หรือการตรวจสอบพื้นที่เสี่ยง เป็นต้น และประชาชนในชุมชน สามารถร่วมลงทุน และปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค

- ในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค จะช่วยให้ชุมชนได้รับประโยชน์โดยตรง เช่น การลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาด การเข้าถึงวัคซีน การตรวจสอบโรค และการรักษาที่รวดเร็ว และประชาชนจะรู้สึกมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของในกระบวนการควบคุมโรค ทำให้มีความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง

- ในการติดตามประเมินผล ชุมชนควรมีบทบาทในการติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคและประเมินผลของมาตรการป้องกันโรค เช่น การติดตามผู้ที่ได้รับวัคซีน การประเมินความสำเร็จของแคมเปญรณรงค์ และการตรวจสอบการลดลงของอัตราการติดเชื้อ เป็นต้น

3) คุณลักษณะของการมีส่วนร่วม (Characteristics of Participation) คุณลักษณะของการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) เป็นการกระทำของประชาชน 2) เป็นจิตสำนึกของประชาชน3) เป็นความเสมอภาคกันของประชาชน 4) เป็นความเป็นพ้องต้องกันของประชาชน 5) เป็นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน

- การมีส่วนร่วมของประชาชน ต้องสะท้อนถึงความตั้งใจในการร่วมแก้ไขปัญหา เช่น การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การมีจิตสำนึกถึงความสำคัญของการควบคุมโรค และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรค

- ความเสมอภาคในการเข้าถึงการตรวจ การรักษา และวัคซีนป้องกันโรคในทุกชุมชน

- การสร้างการเห็นพ้องต้องกันในชุมชนเกี่ยวกับแนวทางการควบคุมและป้องกันโรค MPOX ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.3 กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Appreciation Influence Control; AIC) ในการป้องกันและควบคุมโรค MPOX สามารถทำได้โดยการใช้หลักการการมีส่วนร่วมแบบมีอิทธิพลที่ยั่งยืน ในกระบวนการวางแผนและดำเนินงาน เพื่อให้ชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ในการควบคุมโรค

1) การเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วม (เปิดโอกาสให้บุคคล/ผู้แทนกลุ่มองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วม)

- ให้ชุมชนและกลุ่มต่าง ๆ เช่น ตัวแทนจากองค์กรสาธารณสุข ตัวแทนกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน มีโอกาสร่วมกันกำหนดทิศทางและแผนงานในการป้องกันและควบคุมโรค MPOX โดยจัดการประชุม สัมมนา หรือ workshop เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด

- ช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของในกระบวนการป้องกันโรค และกระตุ้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2) กำหนดทิศทางการพัฒนาชุมชน และการควบคุมโรค (กำหนดทิศทางการพัฒนาชุมชน)

- ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนป้องกันโรค MPOX โดยใช้ข้อมูลและความต้องการเฉพาะในชุมชน การกำหนดทิศทางสามารถครอบคลุมถึงการจัดหาวัคซีน การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการกับผู้ติดเชื้อในชุมชน

- นอกจากนี้ ยังสามารถประยุกต์ใช้แผนปฏิบัติการร่วมกันเพื่อให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนในชุมชน เช่น สถานพยาบาล โรงเรียน และกลุ่มผู้ประกอบการ

3) การร่วมตัดสินใจ และการวางแผน (ร่วมตัดสินใจในการวางแผน)

- ชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับมาตรการที่จะนำมาใช้ในการป้องกันโรค เช่น การเลือกสถานที่ในการจัดตั้งคลินิกฉีดวัคซีน การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการ และการใช้มาตรการกักตัวสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เป็นต้น

- การมีส่วนร่วมนี้ ช่วยให้เกิดความโปร่งใส และสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

4) การร่วมดำเนินกิจกรรม และการป้องกันโรค (ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา)

- สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค การเป็นอาสาสมัครในการแจกวัคซีน หรือการสนับสนุนการติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยในชุมชน

- การร่วมกันดำเนินงานจะช่วยให้การป้องกันและควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากสมาชิกในชุมชนรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหา

5) การรับผลประโยชน์ร่วมกัน (ร่วมรับผลประโยชน์)

- เมื่อชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค MPOX ประโยชน์ที่ได้รับจะเป็นทั้งการลดการแพร่ระบาดของโรค ความปลอดภัยในชุมชน และการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและวัคซีนอย่างเท่าเทียม

- การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ยังช่วยให้ชุมชนสามารถปรับปรุงมาตรการต่างๆ ได้ตามสถานการณ์

6) ผลที่ได้รับ การกระบวนการ ได้แก่ ช่วยให้ชุมชนมีส่วนร่วมวางแผน-ตัดสินใจ, ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน, สร้างการยอมรับ รับผิดชอบต่อสมาชิกชุมชน และเกิดรู้สึกเป็นเจ้าของ-ภาคภูมิใจในผลงานที่มีส่วนร่วม

7) สร้างความต่อเนื่องและความสำเร็จ (เกิดความต่อเนื่อง - ความสำเร็จ)

- เมื่อทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ จะทำให้เกิดการดำเนินงานที่ยั่งยืน และการควบคุมโรคเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง สร้างความเชื่อมั่นในระบบสุขภาพของชุมชนและความร่วมมือในระยะยาว

อภิปรายผล

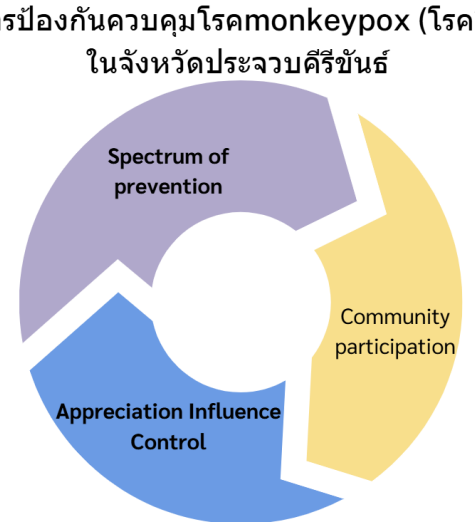
ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 1 พบว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ของการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง) ผลการวิจัย พบว่า ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ยุทธศาสตร์การจัดการป้องกันควบคุมโรค (2) เวชศาสตร์ชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน (3) กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับ อติพร เกิดเรือง (2565) ผลวิจัยพบว่าแนวทางการจัดการการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาคุณลักษณะผู้เรียนไทยยุค 4.0 พบว่า มีองค์ประกอบ 7 ด้าน ดังนี้ 1) นโยบายและการจัดการ 2) การจัดหางบประมาณและทรัพยากรสนับสนุนการเรียนรู้ 3) การจัดกิจกรรมการ

เรียนรู้ 4) การประเมินผลและเทียบโอนความรู้ 5) การเข้าถึงและการมีส่วนร่วม 6) คุณภาพผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต และ 7) คุณลักษณะผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 2 พบว่าการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง) ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลวิจัยของ วิทิตา แจ้งเอี่ยม (2566) ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยยืนยัน Mpox รายแรกของจังหวัดสมุทรสาคร เพศชาย และเป็นกลุ่มที่มีหลากหลายทางเพศ ซึ่งน่าจะเป็นผู้ป่วยติดเชื้อภายในประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดให้มีระบบเฝ้าระวังในร้านขายยาและคลินิกเอชน และรณรงค์เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในกลุ่มชายรักชาย

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 3 พบว่า การประเมินและรับรองรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคMonkeypox (โรคฝีดาษลิง) ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าในภาพรวมมีความครอบคลุม ความถูกต้อง ความเป็นไปได้ เป็นประโยชน์ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าได้ทำการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรค Monkeypox (โรคฝีดาษลิง) ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ต่าง ๆ มาอย่างเป็นขั้นตอนและเหมาะสม สอดคล้องกับผลวิจัยของ สิทธิชัย ตันติภาสวศิน (2565) ผลวิจัยพบว่าการระบาดระลอกใหม่ของโรค “ฝีดาษลิง (Monkeypox)” ที่แพร่กระจายไปในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย จนองค์การอนามัยโลกต้องเฝ้าติดตามและประเมินสถานการณ์การแพร่ระบาดอย่างใกล้ชิด หลังจากมีการระบาดของโรคฝีดาษลิงมา ๒ เดือนมีรายงานการพบผู้ป่วยโรคฝีดาษลิงรายแรกในประเทศไทย นับเป็นประเทศที่ ๖๖ จากทั่วโลก เป็นนักท่องเที่ยวชายชาวไนจีเรียอายุ ๒๗ ปี ซึ่งเข้ามาพำนักที่จังหวัดภูเก็ตก่อนแสดงอาการ พบเป็นสายพันธุ์แอฟริกาตะวันตก สายพันธุ์ย่อย A.2 จนถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.2565 พมผู้ติดเชื้อฝีดาษลิงในประเทศไทยแล้วทั้งสิ้น 6 คน เป็นคนไทย 3 คน และชาวต่างชาติ 3 คน เรามาทำความรู้จักกับโรคฝีดาษลิงนี้กันให้มากขึ้น

องค์ความรู้ใหม่



ภาพที่ 1 SCA model รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคMonkeypox (โรคฝีดาษลิง) ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

สรุป/ข้อเสนอแนะ

การวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในการควบคุมโรคฝีดาษลิง (MPOX) ด้วย SCA Model

การป้องกันและควบคุมโรคฝีดาษลิง (MPOX) อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการวางแผนที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยใช้แนวคิด SCA Model ที่ผสานแนวทางของเวชศาสตร์ชุมชน ยุทธศาสตร์การควบคุมโรค และการวางแผนแบบ AIC เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนและครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ชุมชน และนโยบายสาธารณะ

แนวทางแรกคือ “ยุทธศาสตร์การควบคุมโรค” โดยใช้หลัก Spectrum of Prevention ที่ครอบคลุม 6 ระดับ เริ่มจากการเสริมสร้างความรู้ให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับลักษณะของโรค วิธีการติดต่อ และการป้องกันตนเอง ผ่านสื่อที่เข้าถึงง่าย เช่น โปสเตอร์หรือวิดีโอ ต่อมาคือการส่งเสริมการศึกษาชุมชนผ่านกิจกรรมรณรงค์ และการสื่อสารผ่านสื่อท้องถิ่นเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ยังเน้นการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์เพื่อเสริมศักยภาพในการวินิจฉัยและควบคุมการแพร่เชื้อในสถานพยาบาล รวมถึงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อเพิ่ม

ประสิทธิภาพในการจัดการปัญหา นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้องค์กรปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติ เช่น การจัดพื้นที่แยกโรค และสุดท้ายคือการผลักดันนโยบายและกฎหมายที่สนับสนุนการควบคุมโรคในระดับประเทศ

ในมิติของเวชศาสตร์ชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การรับรู้ข้อมูล การร่วมตัดสินใจ การดำเนินงาน การได้รับประโยชน์ และการติดตามประเมินผล โดยประชาชนสามารถมีบทบาทในกระบวนการเฝ้าระวังโรค เข้าร่วมกิจกรรมฉีดวัคซีน และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งการมีส่วนร่วมเช่นนี้ควรมีลักษณะของความสมัครใจ เสมอภาค และสะท้อนถึงจิตสำนึกของความเป็นเจ้าของร่วมกันในชุมชน

และสุดท้าย การวางแผนแบบมีส่วนร่วมด้วย AIC (Appreciation Influence Control) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างยั่งยืน โดยเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมกำหนดทิศทางของแผนงาน ร่วมกันตัดสินใจและดำเนินกิจกรรม เช่น การตั้งจุดฉีดวัคซีน การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ รวมถึงการติดตามผลร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การสร้างความเข้าใจร่วม ความเชื่อมั่น และความต่อเนื่องของมาตรการป้องกันโรค ทั้งยังส่งเสริมให้เกิดความภูมิใจในผลสำเร็จของชุมชนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรการใช้เป็นต้นแบบในระดับท้องถิ่น รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายกัน เช่น จังหวัดที่มีชายแดน การเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าว หรือแหล่งท่องเที่ยวที่มีนักท่องเที่ยวจำนวนมาก

2. ควรนำรูปแบบที่ได้ไปบูรณาการร่วมกับระบบเฝ้าระวังโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน เช่น การซักประวัติเดินทาง การติดตามกลุ่มเสี่ยง และการให้ความรู้ในชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

1. ควรวิเคราะห์ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับโรคฝีดาษลิง ซึ่งจะช่วยปรับปรุงการสื่อสารความเสี่ยงให้ตรงจุดมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาแนวทางการใช้แอปพลิเคชัน, ระบบติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด, หรือปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อเสริมประสิทธิภาพการควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์โรคฝีดาษลิง. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2567). รายงานบุคลากรด้านสาธารณสุขประจำปี 2567. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

จตุพร จันทร์สว่าง และ สมฤทัย ย่อเส้ง. (2566). สถานการณ์ฝีดาษลิง: ภาวะคุกคามสุขภาพจากโรคติดเชื้อไวรัส. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข, 1(1), 48–55.

วิทิตา แจ้งเอี่ยม. (2566). การสอบสวนผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร (Mpox) รายแรกของจังหวัดสมุทรสาคร พฤษภาคม 2566. วารสารรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ (WESR), 54(36), 547–554.

พัชนีย์ เพลินพร้อม, & คณะ. (2567). ความตั้งใจในการรับวัคซีนไข้ทรพิษเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานรของกลุ่มชายรักชายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. วารสารโรคเอดส์, 36(2), 108–120.

มิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ์, & คณะ. (2565). โรคฝีดาษวานร. Journal of the Department of Medical Services, 47(3), 5–8.

สุภาพร พุทธรัตน์, & คณะ. (2565). การระบาดของฝีดาษลิงในคน 2022: การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา. Journal of Health Science of Thailand, 31(Supp. 1), 185–194.

สิทธิชัย ตันติภาสวศิน. (2565). The monkeypox. Chonburi Hospital Journal, 47(2), 97.

ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอาเซียน. (2565). รู้จักโรคฝีดาษลิงระวังตัวอย่างไร. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการต่างประเทศ.

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). Monkeypox: Prevention. https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/prevention

World Health Organization. (2022). Monkeypox: Fact sheet.https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox