Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

Development Approaches for Enhancing Village Health Volunteers' Capacity in COVID-19 Prevention and Control at Ban Tha Mueang Subdistrict Health Promoting Hospital, Don Mot Daeng District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: September 24,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

ธีระศักดิ์ พลสวัสดิ์[1] เอื้อมพร ชมภูมี[2] บรรเทิง พลสวัสดิ์[3]
Teerasak Polsawat[4] Auemporn Chompumee[2] Bunterng Polsawat[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท พัฒนา และประเมินผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จำนวน 111 คน และผู้ให้ข้อมูล 25 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired Samples t-test

ผลการศึกษาพบว่า ตำบลท่าเมืองมีลักษณะสังคมแน่นแฟ้นเอื้อต่อการควบคุมโรค อสม. มีบทบาทเชิงรุก แต่เผชิญปัญหา 5 ประการ ได้แก่ การสื่อสารไม่ชัดเจน ขาดทักษะเชิงปฏิบัติ ความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยี ขาดแคลนทรัพยากร และแรงจูงใจลดลง นักวิจัยจึงพัฒนาแนวทาง 5C Model ประกอบด้วย การสร้างศักยภาพ (Capacity building) การเสริมสร้างการสื่อสาร (Communication enhancement) การเสริมสร้างการประสานงาน (Coordination strengthening) การสร้างแรงจูงใจ (Compensation and motivation) และความต่อเนื่องและยั่งยืน (Continuity and sustainability) หลังการใช้แนวทาง 5C Model พบว่า อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ในระดับสูงเพิ่มจากร้อยละ 68.5 เป็นร้อยละ 94.6 ทัศนคติต่อโรค COVID-19 เชิงบวกเพิ่มจากร้อยละ 61.3 เป็นร้อยละ 86.5 และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ในระดับมากเพิ่มจากร้อยละ 10.8 เป็นร้อยละ 100 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมดังกล่าวก่อนและหลังการใช้ 5C Model พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001) ทุกด้านและมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Cohen's d ที่ 0.92, 1.05 และ 2.30 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การพัฒนาศักยภาพ, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This action research aimed to study the context, develop, and evaluate the effectiveness of capacity development for Village Health Volunteers (VHVs) in COVID-19 prevention and control at Ban Tha Mueang Subdistrict Health Promoting Hospital, Don Mot Daeng District, Ubon Ratchathani Province, Thailand. The study participants included 111 VHVs and 25 key informants. Data were collected through in-depth interviews, focus group discussions, and questionnaires. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Paired Samples t-test.

The findings revealed that Tha Mueang subdistrict demonstrated tight-knit community characteristics conducive to disease control. VHVs exhibited proactive roles but encountered five major challenges: unclear

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง จ.อุบลราชธานี
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี, จ.อุบลราชธานี *ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: เอื้อมพร ชมภูมี, อีเมล: chompumee@rtu.ac.th
[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง จ.อุบลราชธานี

communication, lack of practical skills, digital divide, resource shortages, and decreased motivation. Researchers subsequently developed the 5C Model comprising Capacity building, Communication enhancement, Coordination strengthening, Compensation and motivation, and Continuity and sustainability. Following implementation of the 5C Model, VHVs with high-level knowledge of COVID-19 increased from 68.5% to 94.6%, positive attitudes toward COVID-19 rose from 61.3% to 86.5%, and high-level COVID-19 prevention and control behaviors increased from 10.8% to 100%. Comparison of mean scores for knowledge, attitudes, and behaviors before and after implementing the 5C Model showed statistically significant improvements in all domains (p = .001) with large effect sizes (Cohen's d of 0.92, 1.05, and 2.30, respectively).

Keywords: Village Health Volunteers, capacity development, COVID-19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้รับการยกระดับให้เป็นโรคที่มีการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) โดยองค์การอนามัยโลกเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563[1] แสดงให้เห็นถึงภัยคุกคามร้ายแรงต่อระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจทั่วโลก ประเทศไทยตระหนักถึงความรุนแรงของโรคนี้อย่างรวดเร็ว โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกำหนดให้เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563[2] เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย แม้ว่าสถานการณ์การระบาดจะผ่อนคลายลงและโรค COVID-19 ได้ถูกปรับสถานะเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565[3] แต่การระบาดซ้ำในชุมชนยังคงเป็นความเสี่ยงที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจาก COVID-19 ยังคงเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากขาดการควบคุมและป้องกันที่มีประสิทธิภาพ[4] สถานการณ์ไม่แน่นอนเช่นนี้จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมและดำเนินมาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลไกหลักของระบบสาธารณสุขชุมชนของประเทศไทย มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง รณรงค์ ให้ความรู้ และประสานงานการดำเนินการควบคุมโรคกับภาคีต่าง ๆ อสม. ได้พิสูจน์แล้วว่าเป็นทุนทางสังคม (Social capital) ที่มีบทบาทอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับตำบลและหมู่บ้าน เนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด[4] โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทอย่างตำบลท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ที่ประชาชนยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับโรคระบาด ทำให้มีความเปราะบางต่อผลกระทบของโรค ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม การมี อสม. ที่มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่เหมาะสม จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงและยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แม้โดยภาพรวมขณะนี้การระบาดของโรค COVID-19 มีแนวโน้มลดลง แต่หากขาดการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพโรคอาจกลับมาระบาดอีกระลอกใหม่ได้ อสม. จึงต้องได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน COVID-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทัศนคติการป้องกัน COVID-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับสูง[5] และการศึกษาของรำพึง นุ่มสารพัดนึก[6] แสดงให้เห็นว่าหลังจากการพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน พบว่ามีระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม. ผ่านการอบรมและพัฒนาเครื่องมือ สามารถยกระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการควบคุมโรคให้มี

ประสิทธิภาพมากขึ้น[7] หลักฐานเหล่านี้สนับสนุนผลการพัฒนาศักยภาพ อสม. ทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพ อสม. แต่ยังขาดแนวทางการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่เฉพาะ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงเทคโนโลยีและทรัพยากร ประกอบกับการขาดระบบการพัฒนาที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ การสื่อสาร การประสานงาน และการสร้างแรงจูงใจอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม. ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จึงเป็นความจำเป็นเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์การระบาดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19
3. เพื่อประเมินผลการใช้แนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่พัฒนาขึ้นในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[8] ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน คือ วางแผน-ปฏิบัติ-สังเกตผล-สะท้อนผล (Planing, Action, Observation, Reflection [PAOR]) โดยดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนตุลาคม 2567 รวมระยะเวลา 13 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็น อสม. ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 111 คน และกลุ่มผู้ให้บริการ บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัคร กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำหรับใช้ในการพัฒนาแนวทาง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 3 คน (ดำรงตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับ อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี) ประธาน อสม. 5 คน (มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน อสม. ไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีความรู้และประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 คน (ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง มีประสบการณ์ในการทำงานกับ อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19)

2.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลและรวบรวมข้อมูล คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็น อสม. จำนวน 111 คน โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมด เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างนั้น ประกอบด้วย (1) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์เป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน (2) สามารถอ่านออกเขียนได้ (3) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหน้าที่ อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี และ (4) เป็น อสม. ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยความสมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพได้อย่างสม่ำเสมอ เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย (2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพได้ตามกำหนด (ขาดเกินร้อยละ 20 ของกิจกรรม) (3). ลาออกจากการเป็น อสม. ระหว่างดำเนินการศึกษา และ(4). ย้ายที่อยู่ออกจากพื้นที่ศึกษาระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ได้แก่

แนวทางการสนทนากลุ่ม พัฒนาโดยผู้วิจัย มี 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความเข้าใจและความสำคัญของโรค COVID-19 ในชุมชน บทบาทของ อสม. ในการรับมือ COVID-19 ความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพอสม. แนวทางและรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอสม.ที่เหมาะสม และการสร้างแรงจูงใจและความร่วมมือในชุมชน รวมทั้งสิ้น 15 ข้อคำถาม ตัวอย่างคำถามเช่น "ท่านคิดว่าโรค COVID-19 มีผลกระทบอย่างไรต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน"

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่มี 6 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความเข้าใจและประสบการณ์เกี่ยวกับโรค COVID-19 บทบาทและหน้าที่ของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรค ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพ แนวทางการพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสม แรงจูงใจและการสร้างความร่วมมือ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม รวมทั้งสิ้น 18 ข้อคำถาม ตัวอย่างคำถามเช่น "ช่วยเล่าถึงภาพรวมของสถานการณ์โรค COVID-19 ในชุมชนของท่าน ท่านคิดว่าโรค COVID-19 ส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่างไรบ้าง" และ "ท่านคิดว่าตัวเองหรือ อสม. คนอื่น มีความรู้หรือทักษะด้านไหนที่ยังขาด หรือควรพัฒนาเพิ่มเติม"

กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 กิจกรรมการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 และกิจกรรมประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน โดยใช้สื่อการสอน วีดีทัศน์ คู่มือความรู้ แผ่นพับ สื่อออนไลน์ สื่อประชาสัมพันธ์ และหอกระจายข่าว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ ศาสนา อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ อายุการทำงานเป็น อสม. รายได้ สุทธิ แหล่งข้อมูลข่าวสาร การอบรม และการผ่านการอบรม อสม.เชี่ยวชาญ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิดเลือกตอบ "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" โดยแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80-100, 12-15 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79, 9-11 คะแนน) และระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60, 0-8 คะแนน)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อโรค COVID-19 จำนวน 15 ข้อ ใช้สเกลการวัดทัศนคติ 3 ระดับ เลือกตอบ "เห็นด้วย" "ไม่แน่ใจ" และ "ไม่เห็นด้วย" โดยแบ่งระดับทัศนคติเป็น 3 ระดับ คือ ทัศนคติระดับมากหรือเชิงบวก (M = 1.33-2.00) ระดับปานกลาง (M = 0.67-1.32) และทัศนคติระดับต่ำหรือเชิงลบ (M = 0-0.66)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 15 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยอ้างอิงแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของคนไทย ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อประเมินความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันโรค โดยแบ่งระดับการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ คือ การปฏิบัติระดับมาก (M = 2.67-4.00) ระดับปานกลาง(M = 1.34-2.66) และระดับต่ำ (M = 0-1.33)

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือทุกชิ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุขระดับชำนาญการพิเศษ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence [IOC)] ของแต่ละข้ออยู่ระหว่าง .67-1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ .50

ในการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliabiltiy) ของเครื่องมือผู้วิจัยแบบสอบถามได้นำทดลองใช้กับ อสม. ตำบลดอนมดแดง จำนวน 30 คน ซึ่งมีบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยแบบทดสอบความรู้ (ตอนที่ 2) คำนวณค่า KR-20 ได้ค่า .87 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติ (ตอนที่ 3) และพฤติกรรม (ตอนที่ 4) หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก ได้ค่า .85 และ .77 ตามลำดับ ซึ่งถือว่ามีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 (P-Planning) ใช้ระยะเวลา 2 เดือน ติดต่อผู้นำชุมชนเพื่อดำเนินการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการสนทนากลุ่ม โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 12 คน ประกอบด้วย อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน สถานที่ในการสนทนากลุ่มคือ รพ.สต. ท่าเมือง ใช้ระยะเวลา 120 นาที และเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาบริบทการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน โดยสัมภาษณ์ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้ที่เคยป่วยเป็น COVID-19 บุคคลที่เป็นจิตอาสาและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข รวมจำนวน 13 คน สถานที่ในการสัมภาษณ์ คือ สำนักงาน อบต. รพ. สต. หรือ บ้านของผู้รับการสัมภาษณ์ ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละ 15-40 นาที

ขั้นที่ 2 (A-Action) ใช้ระยะเวลา 3 เดือน โดยนำข้อมูลจากขั้นที่ 1 มาออกแบบกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เริ่มจากการสร้างเครือข่ายงานระดับพื้นที่จากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะ อสม. และแกนนำชุมชน ตามด้วยการพัฒนาศักยภาพ อสม. และเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ซึ่งประกอบด้วยการเสริมสร้างความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะความเข้าใจในข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลผ่านเทคโนโลยี การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การเฝ้าระวัง การรายงานและสื่อสารความเสี่ยง การควบคุมและป้องกันโรค รวมถึงการสร้างและเรียนรู้เครื่องมือที่จำเป็นในการทำงาน และจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน

ขั้นที่ 3 (O-Observation) ใช้ระยะเวลา 2 เดือน โดยเก็บข้อมูลจาก อสม. จำนวน 111 คน ด้วยแบบสอบถาม 4 ตอน เพื่อสอบถามข้อมูลทั่วไป และประเมินความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 ทัศนคติต่อ COVID-19 และพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19 ดำเนินการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ หลังสิ้นสุดการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2 โดยให้ อสม. ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

ขั้นที่ 4 (R-Reflection) ใช้เวลา 2 เดือน โดยมีการสะท้อนผลกลับคืนและปรับปรุงตามวงจร PAOR ซึ่งประกอบด้วยการสรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น การสรุปผลการพัฒนาแนวทางการคืนข้อมูลสู่ อสม. และชุมชน และการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาแนวทางให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการถอดเสียงจากการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยจัดหมวดหมู่เนื้อหา แยกตามประเด็นและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด แล้วการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางโดยใช้สถิติอนุมาน คือ Paired Samples t-test

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2566-177.1 รับรอง 25 ตุลาคม 2566 - 24 ตุลาคม 2567

ผลการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ดำเนินการในตำบลท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการ PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลสำหรับการพัฒนาแนวทาง 15 คน และ อสม.จำนวน 111 คน นำเสนอผลการศึกษาตามจุดประสงค์การวิจัยดังนี้

ตอนที่ 1 บริบทการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ตำบลท่าเมือง

พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง มีลักษณะเป็นชุมชนชนบทที่เป็นสังคมแน่นแฟ้น มีโครงสร้างทางสังคมที่เอื้อต่อการจัดการปัญหาสุขภาพร่วมกัน ตำบลบ้านท่าเมืองมี 10 หมู่บ้าน จำนวน 1,737 หลังคาเรือน มีประชากร 6,361 คน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ในบริบทนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงนโยบายสาธารณสุขเข้าสู่ระดับปฏิบัติการในชุมชน โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของ COVID-19 ที่ อสม. ได้ทำหน้าที่เป็นด่านหน้าสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค การศึกษาครั้งนี้มี อสม. เข้าร่วมการศึกษา 111 คน ทุกคนเป็นชาวพุทธ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.59) อายุเฉลี่ย 52.22 ปี (*SD* = 9.52) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.28) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 74.77) เคยผ่านการอบรม อสม.เชี่ยวชาญ (ร้อยละ 94.59) มีประสบการณ์เป็น อสม.เฉลี่ย 17.41 ปี (*SD* = 7.89) รับผิดชอบหลังคาเรือนเฉลี่ย 13.89 หลังคาเรือนต่อคน (*SD* = 2.62) และมีรายได้เฉลี่ย 6,491.12 บาทต่อเดือน (*SD* = 4,156.34) ทุกคนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ COVID-19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การเสนอผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มจะใช้รหัส VHM แทนผู้นำชุมชน และ PHV แทน อสม. ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า อสม. มีบทบาทเชิงรุกในการป้องกันและควบคุม COVID-19 อย่างครอบคลุม โดยมีการจัดสรรงานตามโครงสร้าง "คุ้ม" หรือกลุ่ม อย่างเป็นระบบ "*บ้านผมมี 10 คุ้ม... 150 ครัวเรือนจังสิกะแบ่งกัน 10 กว่า ครัวเรือนต่อคน*" (VHM-4) ทำให้การดูแลสุขภาพเข้าถึงทุกครัวเรือนอย่างครอบคลุม อสม. มีบทบาทหลักใน 6 มิติ ได้แก่ การเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างเชิงรุก การเป็นแบบอย่างที่ดีในการรับวัคซีนและปฏิบัติตามมาตรการ และการให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยในครัวเรือน "*เพิ่น (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) กะอธิบายครับ ให้ฟังว่าต้องปฏิบัติตัวจั่งสั้น ต้องกักบริเวณ ... แยกห้องให้เพิ่น (ผู้ที่ติด COVID-19) อยู่ กั้นห้องน้ำให้เพิ่นอยู่ต่างหาก*" (VHM-1) มีการประสานงานและเชื่อมโยงสู่ระบบสุขภาพ "*คนไข้โควิดเฮากะแนะนำให้มา รพ.สต. ใกล้สุด*" (PHV-2) รวมทั้งการสื่อสารและเผยแพร่ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ *"ปกติเพิ่นใช้โทรศัพท์เดะครับในกลุ่ม อสม.*" (VHM-4) และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

ชุมชนให้ความไว้วางใจและยอมรับบทบาทของ อสม. อย่างมาก โดยมองว่า อสม. ได้เสี่ยงชีวิตเพื่อปกป้องชุมชน ตามที่ผู้นำชุมชนท่านหนึ่งได้กล่าวว่า "*เป็นหน่วยกล้าตายในช่วงนั้น*" (VHM-4) และ "*เป็นว่าในช่วงโควิด อสม. เด่นขึ้นมาเลย กล้าฉีดวัคซีน (และ) คัดกรอง*" (VHM-3) นอกจากนี้ อสม. ยังมีบทบาทต่อเนื่องในระบบสุขภาพชุมชนนอกเหนือจาก COVID-19 "*ตรวจสุขภาพประจำปีกะมีแต่ อสม. เด้ครับเดี๋ยวนี้*" (VHM-4) และ "*เรื่องของการคัดกรองมะเร็ง เจาะเลือด เพิ่นกะเป็นแกนนำไปเลยครับ อสม. เด้เป็นคนเจาะสุมื้อหนิ*" (VHM-4)

สะท้อนถึงความสำคัญและความยั่งยืนของบทบาท อสม.

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่า อสม. ปัญหาและอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนจากหน่วยงานต้นทาง "*จะมีส่วนนึงที่เพิ่นบ่เข้าใจ... เบิ่ง (มอง) แต่ด้านลบเลยต่อต้าน อสม.*" (PHV-5) การขาดทักษะเชิงปฏิบัติจากการอบรมที่เน้นทฤษฎี "*อบรมสื่อๆ (เฉย ๆ) จบแล้วลืม... อยากให้สอนให้เฮ็ด (ทำ)* " (PHV-5) และ "*แหย่จมูก... อยากได้เพิ่มเติมด้านทักษะคัดกรอง*" (PHV-2) ความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยีในกลุ่มผู้สูงอายุ "*เข้าซูม [Zoom] ไม่ได้... มันเป็นภาษาอังกฤษ*" (PHV-4) การขาดแคลนทรัพยากรและงบประมาณสนับสนุน "*อุปกรณ์ทางการป้องกัน... อาจจะบ่ครอบคลุม... ยังบ่เต็มร้อย*" (VHM-4) และการลดลงของแรงจูงใจเมื่อขาดระบบติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาบริบทนี้เป็นฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ทั้งในสถานการณ์ปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยคำนึงถึงความเข้มแข็งของทุนทางสังคมและโครงสร้างชุมชนที่มีอยู่เดิม

ตอนที่ 2 แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ตำบลท่าเมือง

จากการวิเคราะห์บริบทและปัญหาในตอนที่ 1 ที่พบว่า อสม. เผชิญกับอุปสรรคสำคัญ 5 ประการ คือ 1) การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน 2) การขาดทักษะเชิงปฏิบัติ 3) ความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยี 4) การขาดแคลนทรัพยากร และ 5) การลดลงของแรงจูงใจ ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างครอบคลุมผ่าน "5C Model" โดยใช้หลักการพัฒนาศักยภาพมนุษย์และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ดังมีรายละเอียดดังนี้

C1: Capacity Building (การสร้างศักยภาพ) เป็นการตอบสนองปัญหาการขาดทักษะเชิงปฏิบัติและความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยี โดยจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการใช้ชุดตรวจหาเชื้อแอนติเจน (Antigen Test Kit [ATK]) การวัดออกซิเจนด้วยเครื่องวัดออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximeter) และการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นในครัวเรือน นอกจากนี้ยังมีการฝึกใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ (Line), โปรแกรมประชุมทางไกลซูม (Zoom), และ แบบฟอร์มออนไลน์กูเกิล (Google Forms) อย่างเป็นขั้นตอน พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเป็นภาษาท้องถิ่นที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ อสม. สามารถนำไปใช้อ้างอิงได้อย่างต่อเนื่อง

C2: Communication Enhancement (การเสริมสร้างการสื่อสาร) เป็นการแก้ไขปัญหาการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนและไม่ทันท่วงที โดยตั้งกลุ่ม Line "อสม.ท่าเมือง" เพื่อการสื่อสารระหว่าง อสม. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างรวดเร็ว ผลิตสื่อเสียงและวิดีโอเป็นภาษาถิ่นเพื่อให้ประชาชนเข้าใจได้ง่าย รวมทั้งแจกเสื้อและปลอกแขนที่ระบุตัวตน อสม. เพื่อให้ชุมชนรู้จักและเข้าถึงได้สะดวก ซึ่งจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือและการยอมรับจากประชาชน

C3: Coordination Strengthening (การเสริมสร้างการประสานงาน) เป็นการแก้ไขปัญหาการทำงานแยกส่วนและขาดการบูรณาการ โดยจัดประชุมภาคีท้องถิ่นรายไตรมาสระหว่าง อสม. ผู้นำชุมชน อบต. และ รพ.สต. เพื่อประสานงานและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชนที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน และจัดทำบันทึกข้อตกลง (Memorandum of Understanding [MOU]) ระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานร่วมกัน

C4: Compensation and Motivation (การสร้างแรงจูงใจ) เป็นการตอบสนองปัญหาการลดลงของแรงจูงใจและค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม โดยสนับสนุนเบี้ยเลี้ยงและค่าพาหนะตามภารกิจที่ปฏิบัติจริง จัดงาน "วันอสม." เพื่อยกย่องและประกาศเกียรติคุณผู้ที่มีผลงานดีเด่น และตั้งกองทุนสวัสดิการเพื่อดูแล อสม. และครอบครัวในยาม

เจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยรักษาขวัญกำลังใจและสร้างความมั่นคงให้กับ อสม. ในการปฏิบัติงาน

C5: Continuity and Sustainability (ความต่อเนื่องและยั่งยืน) เป็นการแก้ไขปัญหาการขาดระบบติดตามผลและการประเมิน โดยการประเมินผลหลังการอบรมทุกครั้งเพื่อวัดความเข้าใจและนำไปปรับปรุง การจัดประชุมสรุปบทเรียนรายไตรมาสเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น และการใช้ฐานข้อมูลออนไลน์เพื่อติดตามผลการปฏิบัติงานของ อสม. แต่ละคนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการวางแผนการสืบทอดความรู้สู่ อสม. รุ่นใหม่

แนวทาง 5C Model นี้ได้รับการออกแบบโดยคำนึงถึงบริบทชุมชนชนบทและความเข้มแข็งของทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน การใช้ภาษาและวัฒนธรรมท้องถิ่น และการสร้างความยั่งยืนผ่านระบบการติดตามและประเมินผลที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้ อสม. สามารถเป็น "ด่านหน้า" ที่เข้มแข็งในการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ตอนที่ 3 ผลการใช้แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุม COVID-19 ตำบลท่าเมือง

การประเมินผลการใช้แนวทาง 5C Model ดำเนินการเป็นระยะเวลา 2 เดือน กับ อสม. จำนวน 111 คน โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้แนวทางเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม COVID-19 ผลการประเมินแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในทุกมิติที่วัด พบว่า อสม. ที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.5 เป็นร้อยละ 94.6 ทัศนคติเชิงบวกระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.3 เป็นร้อยละ 86.5 และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.8 เป็นร้อยละ 100 หลังการใช้แนวทาง 5C Model

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 และทัศนคติต่อ COVID-19 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ก่อนและหลังการใช้แนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 (N=111)

ตัวแปรผลลัพธ์	ระยะที่วัด	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p*	*Cohen'd*
ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19	ก่อนการใช้แนวทาง	10.95	2.18	-9.70	110	.001	0.92
	หลังการใช้แนวทาง	12.51	1.07				
ทัศนคติต่อโรค COVID-19	ก่อนการใช้แนวทาง	20.61	4.20	-11.10	110	.001	1.05
	หลังการใช้แนวทาง	23.43	2.62				
พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19	ก่อนการใช้แนวทาง	4.26	0.45	-24.17	110	.001	2.30
	หลังการใช้แนวทาง	4.74	0.34				

ผลการทดสอบความแตกต่างจากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าแนวทาง 5C Model มีประสิทธิผลในการพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นจาก 10.95 เป็น 12.51 คะแนน (t = -9.70, p < .001) ทัศนคติต่อโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นจาก 20.61 เป็น 23.43 คะแนน (t = -11.10, p < .001) และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นจาก 4.26 เป็น 4.74 คะแนน (t = -24.17, p < .001) ค่า Cohen's d ที่ 0.92, 1.05 และ 2.30 ตามลำดับ บ่งชี้ว่าการพัฒนามีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมที่มีขนาดอิทธิพลใหญ่มาก

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ศึกษาบริบทการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านท่าเมือง อ.ดอนมดแดง จ.อุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ต.ท่าเมืองมีลักษณะสังคมแน่นแฟ้นที่เอื้อต่อ

การควบคุมโรค อสม. มีบทบาทเชิงรุกแต่เผชิญปัญหาสำคัญ 5 ประการ คือ 1) การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน 2) การขาดทักษะเชิงปฏิบัติ 3) ความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยี 4) การขาดแคลนทรัพยากร และ 5) การลดลงของแรงจูงใจ การพัฒนาแนวทาง 5C Model เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ในระดับสูงเพิ่มจากร้อยละ 68.5 เป็นร้อยละ 94.6 ทัศนคติต่อโรค COVID-19 เชิงบวกเพิ่มจากร้อยละ 61.3 เป็นร้อยละ 86.5 และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ในระดับมากเพิ่มจากร้อยละ 10.8 เป็นร้อยละ 100 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมดังกล่าวก่อนและหลังการใช้ 5C Model พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้านและมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่

ประสิทธิผลของแนวทาง 5C Model ในการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการยกระดับศักยภาพ อสม. อย่างครอบคลุม โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 10.95 เป็น 12.51 คะแนน ($t = -9.70$, $p < .001$) และทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 20.61 เป็น 23.43 คะแนน ($t = -11.10$, $p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รำพึง นุ่มสารพัดนึก[6] ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม. ส่งผลให้มีความรู้และทัศนคติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การที่แนวทาง 5C Model เน้นการอบรมเชิงปฏิบัติ เช่น การใช้ชุดตรวจหาเชื้อแอนติเจน (ATK) การวัดออกซิเจนด้วยเครื่องวัดออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximeter) และการใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

บทบาทของการประสานงานและการมีส่วนร่วมของภาคีตามแนวทาง 5C Model ได้เสริมสร้างประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. อย่างชัดเจน จากการจัดประชุมภาคีท้องถิ่นรายไตรมาส การตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชน และการจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ทำให้ อสม. มีการปฏิบัติงานร่วมกับผู้นำชุมชนในการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.6) ซึ่งสะท้อนถึงความเข้มแข็งของเครือข่ายการทำงาน การค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภัคชญา ภวังค์คะรัต และคณะ[9] พบว่าบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.60) และการจัดการของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ก็อยู่ในระดับสูงเช่นกัน (ร้อยละ 96.13)

ผลกระทบของการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารและการพัฒนาทักษะผ่านการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับการทำงานของ อสม. ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการลดความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยี การใช้กลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ (Line) "อสม.ท่าเมือง" และการฝึกใช้โปรแกรมประชุมทางไกลซูม (Zoom) และแบบฟอร์มออนไลน์กูเกิล (Google Forms) ช่วยให้ อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทิมา นวะมะวัฒน์[10] ที่พบว่า อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. แสดงความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชัน "EpiScan Covid19" ในระดับดีขึ้นไปถึงร้อยละ 85 อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่ายังมีข้อจำกัดในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังประสบปัญหาการใช้เทคโนโลยี ตามที่ อสม. ท่านหนึ่งกล่าวว่า "เข้าซูม [Zoom] ไม่ได้... มันเป็นภาษาอังกฤษ"

ความสำคัญของการสร้างแรงจูงใจและระบบสนับสนุนที่ยั่งยืนแสดงให้เห็นจากการที่ระดับการปฏิบัติงานของ อสม. เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ในระดับมากหลังการใช้แนวทาง (เมื่อเทียบกับร้อยละ 10.8 ก่อนการใช้แนวทาง) ด้วยขนาดอิทธิพลใหญ่มาก (Cohen's $d = 2.30$) สะท้อนถึงประสิทธิผลของการสร้างแรงจูงใจแบบองค์รวมผ่านการให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสม การจัดงาน "วัน อสม." และการตั้งกองทุนสวัสดิการ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พยอม ทองใบ และอารี บุตรสอน[11] ที่พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรต้นสังกัดเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และสนับสนุนแนวคิดของ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง[12] เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ

ของ อสม. ที่มาจากตัวบุคคล อสม. ที่เป็นคนท้องถิ่น มีจิตอาสา และมีประสบการณ์สาธารณสุขในชุมชน ข้อจำกัดและความท้าทายในการขยายผลแนวทาง 5C Model พบว่าแม้จะแสดงประสิทธิผลที่ดี แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญ โดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์ มาตรการของจังหวัด และความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยีในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภารัตน์ สีวงกลาง และคณะ[13] ที่พบว่าความรู้กับการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กัน บ่งชี้ว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ และสนับสนุนข้อค้นพบของ Owhonda และคณะ[14]เกี่ยวกับช่องว่างในความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ ปัจจัยภายนอก เช่น นโยบายรัฐบาล และการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์การระบาด อาจส่งผลต่อความต่อเนื่องของพฤติกรรมการป้องกัน ดังที่ ศุภัคชญา ภวังค์คะรัต และคณะ[9] พบว่าพฤติกรรมการป้องกันตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างช่วงที่มีนโยบายปิดเมืองกับช่วงมาตรการผ่อนปรน

ยิ่งไปกว่านั้น ในปัจจุบันที่สถานการณ์ COVID-19 ยังคงระบาดต่อเนื่อง กิจกรรมของไวรัส SARS-CoV-2 ทั่วโลกเพิ่มขึ้นตั้งแต่กลางเดือนกุมภาพันธ์ 2025 โดยอัตราการตรวจพบเชื้อสูงถึงร้อยละ 11 ซึ่งเป็นระดับสูงสุดนับตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2024[15] และการปรากฏสายพันธุ์ใหม่ NB.1.8.1 ที่องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นสายพันธุ์ที่อยู่ในการเฝ้าระวัง (Variant under monitoring) เนื่องจากมีหลักฐานเบื้องต้นว่าสายพันธุ์นี้อาจแพร่กระจายได้ง่ายขึ้น[16] การมี อสม. ที่มีศักยภาพสูงตามแนวทาง 5C Model จึงยังคงมีความสำคัญในการรับมือกับความไม่แน่นอนทางสาธารณสุขและการเตรียมความพร้อมสำหรับการระบาดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขควรนำแนวทาง 5C Model ไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรสาธารณสุขชุมชน โดยเน้นการอบรมเชิงปฏิบัติ การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการสร้างระบบแรงจูงใจที่ยั่งยืน

2. ควรพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสื่อสาร เฝ้าระวัง และประสานงานกับชุมชน โดยคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยีในกลุ่มผู้สูงอายุและจัดเตรียมวิธีการสื่อสารทางเลือกที่เข้าถึงได้

3. ผลการวิจัยควรนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขระดับชาติ และเป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับการเตรียมความพร้อมรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข

4. แนวทาง 5C Model สามารถประยุกต์ใช้กับการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออื่น เช่น ไข้เลือดออก โรคระบบทางเดินหายใจ และสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่ชนบทอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (สถานการณ์ ณ วันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563). กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

2.ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. (มีผลบังคับใช้ 1 มีนาคม 2563). 2563 Mar 1.

3.ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง พ.ศ. 2565. (มีผลบังคับใช้ 1 ตุลาคม 2565). 2565 Oct 1.

4.วิทยา ชินบุตร, นภัทร ภักดีสรวิชญ์. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล. สังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2564;6(2):304-18.

5.ธวัชชัย ยืนยาว, เพ็ญนภา บุญเสริม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิง ในจังหวัดสุรินทร์. การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2563;35(3):555-64.

6.รำพึง นุ่มสารพัดนึก. การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2565;31(2):118-30.

7.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล, สันติ ทวยมีฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(3):490-9.

8.Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Deakin University; 1988.

9.ศุภัคชญา ภวังค์คะรัต, สมภพ อาจชนะศึก, ปิยะณัฐ นามชู. การศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

10.จันทิมา นวะมะวัฒน์, ชัยรัตน์ ชวนะชิด, วิชชุมา คีตา. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์. โรงพิมพ์สยามศิลป์; 2564.

11.พยอม ทองใบ, อารี บุตรสอน. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(2):191-203.

12.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, วิชัย อึงพินิจพงศ์, นงลักษณ์ พฤกษ์อุดม. รายงานวิจัยการถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

13.สุภารัตน์ สีวงกลาง, สุนทรี สกาวพัน, ชนิศา มิตรประเสริฐ, สุนทรี ศรีสว่าง. การศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในโครงการ อสม.เคาะประตูบ้าน ต้านโควิด 19 ในช่วงควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนเมือง อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

14.Owhonda G, Nwadiuto I, Maduka O, Alasia D, Tobin-West C, Ekanem N, et al. Exploring Gaps in Healthcare Workers Knowledge, Attitude, Perception and Practice of COVID-19 Prevention and Control in Rivers State Nigeria. Adv Infect Dis. 2021;11(2):140-55.

15.World Health Organization. COVID-19 - global situation. Disease Outbreak News. 2025 May 28. Available from: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON572

16.Al Jazeera. What is driving a surge in COVID cases in India, other countries? Al Jazeera News. 2025 Jun 6. Available from: https://www.aljazeera.com/news/2025/6/6/what-is-driving-a-surge-in-covid-cases-in-india-other-countries