การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 : กรณีศึกษาบ้านเทพประทับ ตำบลนางิ้ว อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

Developing Potential of Village Health Volunteer for Coronavirus - 2019 Prevention and Control in Ban Thephprathap Moo 9 Nangiw Sub-District Sangkhom District, Nongkhai Province.

วัชรากร โคตรพันธ์ ส.ม.(การบริหารสาธารณสุข) Watcharakon Kotpan M.P.H. (Public Health Administration)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทับ BAN-THEPHPRATHAB Health Promoting Hospital

Received : March 7 , 2023 | **Revised :** March 18, 2023 | **Accepted:** May 24 , 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ เป็นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 บ้านเทพประทับ หมู่ที่ 9 ตำบลนางิ้ว อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) มี อสม.ที่มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน ตัวแทนแกนนำชุมชนและตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม จำนวน 15 คน รวมจำนวน 45 คน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 30 พฤศจิกายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ด้านความรู้ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 ความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนก มีค่าอยู่ระหว่าง 0.2-0.8 ในด้านการปฏิบัติหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการของครอนบาช (Cronbach’s Method) ได้ค่าเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS for Windows โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวทางการสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์ปลายเปิดและแบบสังเกตการมีส่วนร่วม โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ผลการวิจัย พบว่า ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของ อสม. 1) ด้านความรู้หลังการพัฒนามีความรู้เพิ่มขึ้นทุกข้อคำถาม 2) ด้านการปฏิบัติหลังการพัฒนามีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ และมีการปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุดคือ เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เลี่ยงการอยู่ในที่แออัด 3) ผลการประชุมการวางแผนแบบมีส่วนร่วมทำให้ได้โครงการเพื่อแก้ไขปัญหา จำนวน 2 โครงการ ดังนี้ (1) โครงการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 บ้านเทพประทับ หมู่ที่ 9 (2) โครงการพัฒนาหมู่บ้านสะอาดปราศจากโรค COVID-19

คำสำคัญ: โรค COVID-19**,** กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This action research aimed to study the potential development of village Health Volunteers in preventing and controlling COVID-19. Using a Appreciation Influence Control (AIC). 30 public health volunteers and 15 representatives of community leaders and relevant government agencies participated in the planning process, total in 45 participants were respondents. Quantitative and qualitative data were collected between 1 April - 30 November 2022. Using the interview form with terms of knowledge and behaviors. Tool was qualified by Couder Richardson's method, the validity was 0.83, the difficulty and the discrimination power was between 0.20-0.80 in practice and reliability by Cronbach's Method was 0.84. Data were analyzed by SPSS using descriptive statistics, percentage, mean, deviation. Standard, maximum, minimum and inferential statistics Paired t-test The tools used to collect qualitative data were group discussions. Open-ended interviews and participatory observations. by content analysis.
The research results showed that knowledge and practice in prevention and control of COVID-19 of public health volunteers 1) knowledge after development had increased knowledges 2) Practice after the development, the most regular practices are wash hands with water and soap or alcohol gel frequently and the least regular practices are keep a distance of 1-2 meters 3) The result of the participatory planning meeting resulted in 2 projects to solve the problems as follows: (1) Potential Development Project for Village Volunteers in preventing and controlling COVID-19, Ban Thephprathap Moo 9 Nangiw Sub-District Sangkhom District, Nongkhai Province. (2) Project Developing a clean village free from COVID-19.

Key Word: COVID-19, participatory planning process (AIC), Village Health Volunteer

บทนำ

ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) ซึ่งเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคน และสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีอาการคล้ายไข้หวัด อาการทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต การป้องกันตนเองเบื้องต้น หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดผู้มีอาการป่วย รักษาระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร หลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูกและปาก โดยไม่ได้ล้างมือ ควรล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือน้ำยาแอลกอฮอล์ล้างมือ 70% จากการติดตามสถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด 19 ทั่วโลก มีจำนวน 11,244,199 ราย เฉลี่ยพบผู้ติดเชื้อวันละ 1,874,033 ราย มีจำนวนประเทศที่มีรายงานพบผู้ติดเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์โอไมครอน จำนวน 141 ประเทศ มีจำนวนผู้ติดเชื้อรวม 495,630 ราย เนื่องจากมีอัตราการแพร่เชื้อมากกว่าสายพันธุ์เดลต้าถึง 4 – 6 เท่า จากการติดตามสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในประเทศ คาดว่าจะพบจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และอาจครอบคลุมทุกจังหวัดของประเทศ ประชาชนจึงต้องป้องกันการติดเชื้อโดยการปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด รวมถึงเข้ารับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น เพื่อให้ประชากรมีภูมิคุ้มกันโดยเร็ว และตรวจ ATK สม่ำเสมอ[1]

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ท้องถิ่นและชุมชน โดย อสม.มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย และด้านสาธารณสุขอื่นๆ โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเป็นแกนนำในการส่งเสริมสนับสนุนการจัดกิจกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลสุขภาพของประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ[2]

สถานการณ์โรค COVID-19 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ของจังหวัดหนองคาย พบผู้ป่วยสะสม จำนวน 21,268 ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน 52 ราย[3] ของอำเภอสังคม พบผู้ป่วยสะสม จำนวน 1,734 ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน 2 ราย[4] จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า ตำบลนางิ้ว โดยเฉพาะบ้านเทพประทับ หมู่ที่ 9 พบผู้ป่วยมากที่สุด จำนวน 101 ราย จากการสรุปผลการดำเนินงานของ อสม.เคาะประตูบ้านในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 แต่ยังขาดความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการแนะนำประชาชนที่ต้องกักตัว ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีน้อย ทำให้ผลการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร[5] ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำเอาเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม Appreciation Influence Control (AIC) มาใช้เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของ อสม.ร่วมกับตัวแทนชุมชน หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เพื่อให้ อสม. มีความสามารถในการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันและโรค COVID-19 บ้านเทพประทับ หมู่ที่ 9 ตำบลนางิ้ว อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย ได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 บ้านเทพประทับ ตำบลนางิ้ว อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

กลุ่มเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ประกอบไปด้วย

1. อสม. บ้านเทพประทับ ตำบลนางิ้ว อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย ที่มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษาวิจัย จำนวน 30 คน

2. ตัวแทนผู้นำชุมชน ที่เข้าร่วมในการวิจัยการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จำนวน 2 คน ประกอบด้วย กำนันตำบลนางิ้วและผู้ใหญ่บ้านบ้านเทพประทับ

3. ตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 13 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทับ จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสังคม จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสังคม จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลนางิ้ว จำนวน 4 คน ตัวแทนสถานศึกษา จำนวน 2 คน

รวมผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด จำนวน 45 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการศึกษา

1. เป็นประชาชนที่อาศัยหรือปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่บ้านเทพประทับ ตำบลนางิ้ว อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย ตลอดช่วงระยะเวลาการศึกษา

2. มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการศึกษา

1. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดได้ตลอดกระบวนการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ มี 3 ชุด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตามกรอบแนวคิด โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ด้านความรู้ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีของคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 ค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนก มีค่าอยู่ระหว่าง 0.20-0.80 ในด้านการปฏิบัติ หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการของครอนบาช (Cronbach's Method) ได้ค่าเท่ากับ 0.84 ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ ใช้ในการประเมินความรู้ และการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนาสำหรับ อสม. ทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ อสม. จำนวน 30 คน ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเข้าร่วมอบรมพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19

1.2 ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของ อสม.

1.3 ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

1.4 ส่วนที่ 4 เป็นส่วนแสดงความคิดเห็นปัญหาและข้อเสนอแนะของ อสม. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

2. แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม สำหรับสังเกตขั้นตอนการประชุมด้วยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC ได้แก่ การพูดคุยและพฤติกรรมการแสดงออก การร่วมแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ถึงปัญหา การหาวิธีการแก้ปัญหา การวางแผนและเลือกวิธีการแก้ปัญหาการดำเนินการตามโครงการที่ได้จากเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

3. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ใช้สำหรับการสนทนากลุ่มก่อนและหลังการพัฒนากับตัวแทน อสม. 2 คน ตัวแทนแกนนำชุมชน 2 คน ตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง 12 คน เพื่อค้นหาปัญหาและข้อมูลเชิงลึกอื่นๆ นอกเหนือจากแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย 2 ระยะคือ

1. ระยะเตรียมการ (Pre-research phase) ประกอบด้วย กิจกรรมที่สำคัญ ดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปความรู้และการปฏิบัติของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

1.2 รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชน อสม.ทุกคน ที่ยินดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดระยะเวลาการศึกษา และประสานงานกับชุมชน เพื่อเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินงาน ให้ชุมชนมีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

1.3 สร้างสัมพันธภาพ กับตัวแทนแกนนำชุมชน, อสม. ทั้งหมด, ตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างการร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยที่จะมีขึ้น โดยการเข้าไปพบปะพูดคุยและปรึกษาหารืออย่างไม่เป็นทางการ

1.4 ประชุมร่วมกันระหว่างทีมงานศึกษาวิจัย โดยจัดประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษาวิจัยร่วมกัน

2. ระยะดำเนินการ (Research phase) มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาความรู้พื้นฐานและวิเคราะห์สภาพปัญหา เป็นการศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาต่างๆ ที่มีอยู่ก่อนที่จะดำเนินการพัฒนา โดยศึกษาความรู้พื้นฐานและวิเคราะห์สภาพของปัญหาในการดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ดังต่อไปนี้

2.1.1 ตัวแทนแกนนำชุมชน ตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ศึกษาการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนกิจกรรมของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

2.1.2 ศึกษาข้อมูลทั่วไปความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของ อสม.

2.2 ขั้นตอนที่ 2 การประชุมโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC เป็นการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบ โดยการค้นหาปัญหาและวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน กำหนดแนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันของ อสม. โดยนำผลการประชุม AIC มาวิเคราะห์ สรุปเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางในการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อให้ได้แผนงาน/โครงการ

2.3 ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ โดยการอบรมให้ความรู้ อสม.เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และ อสม. นำไปปฏิบัติในการดำเนิน การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

2.4 ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล เป็นการประเมินผลทั้งในระหว่างการดำเนินการและหลังการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ โดยประเมินผล ดังนี้

2.4.1 จำนวนแผนงาน/โครงการที่เกิดจากการประชุม AIC อสม.

2.4.2 เปรียบเทียบความรู้ และการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ก่อนและหลังการพัฒนา

2.4.3 การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนแผนงาน/โครงการของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของตัวแทนแกนนำชุมชนและตัวแทน หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง

2.5 ขั้นตอนที่ 5 ผลจากการประเมินตามแผนงาน/โครงการ

2.5.1 ผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการที่เกิดจากการประชุม AIC ของ อสม.

2.5.2 ความรู้ และการปฏิบัติของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 หลังการพัฒนาถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

2.5.3 ตัวแทนแกนนำชุมชนและตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมและให้การสนับสนุนแผนงานโครงการ ของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เพิ่มมากขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

1. การวัดความรู้ในเรื่องโรค COVID-19 เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว โดยตอบ “ใช่” ได้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” และ “ไม่ทราบ” ได้ 0 คะแนน แปลผลระดับคะแนนความรู้ที่ให้ได้แบบอิงเกณฑ์ ตามหลักการ Learning for mastery ของ Bloom[6] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง	ได้คะแนนร้อยละ 80-100
ความรู้ระดับปานกลาง	ได้คะแนนร้อยละ 60-79
ความรู้ระดับต่ำ	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

2. การวัดพฤติกรรมการปฏิบัติของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

2.1 ความหมายเกณฑ์การปฏิบัติ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติ 5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติบางครั้งหรือ 1-4 วันในหนึ่งสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติในหนึ่งสัปดาห์

2.2 เกณฑ์การให้ค่าคะแนนการปฏิบัติของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับการปฏิบัติตนมากที่สุด ดังนี้

การปฏิบัติประจำ เท่ากับ 3 คะแนน
การปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน

2.3 เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนการปฏิบัติของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พิจารณาภาพรวมมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) แปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับชั้นคะแนน แบบอิงเกณฑ์ตามหลักการ Learning for mastery ของ Bloom (1968)[6] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

การปฏิบัติอยู่ในระดับดี ได้คะแนนร้อยละ 80-100
การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60-79
การปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ดี ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าสูงสุด-ต่ำสุด (Max-Min)

1.2 ข้อมูลความรู้และการปฏิบัติของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ และใช้สถิติเชิงอนุมานประเมินความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาใช้สถิติ Paired t-test และค่าช่วงเชื่อมั่น 95%

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในแต่ละวัน นำมาแยกออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายจากข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูล (Content analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลโดยการวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ใบรับรองเลขที่ COA No. NKPH50 เลขที่โครงการวิจัย 50/2565

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 มีอายุเฉลี่ย 51.90 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.33 จบการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.67 อาชีพหลัก เกษตรกรรม ร้อยละ 76.67 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อปีมากกว่า 87,500 บาท สูงสุด 250,000 บาท ต่ำสุด 10,000 บาท และระยะเวลาในการอบรมเกี่ยวกับโรค COVID-19 สูงสุด 20 ครั้ง เฉลี่ย 5.10 ครั้ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทั่วไปของ อสม.ที่ศึกษา (n=30)

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	23	76.67
ชาย	7	23.33
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30	0	0.00
31-40	2	6.67
41-50	11	36.67
51-60	13	43.33
≥ 60	4	13.33
(Mean = 51.90 ปี, S.D. = 8.06 ปี, Min = 33 ปี, Max = 65 ปี)		
สถานภาพสมรส		
สมรส	22	73.33
โสด	6	20.00
แยก/หย่าร้าง	2	6.67
การศึกษา		
ประถมศึกษา	17	56.67
มัธยมศึกษา	12	40.00
ไม่ได้เรียน	1	3.33
อาชีพหลัก		
เกษตรกรรม	23	76.67
รับจ้าง	4	13.33
แม่บ้าน	2	6.67
ค้าขาย, ธุรกิจส่วนตัว	1	3.33
รายได้ต่อปี (บาท)		
น้อยกว่า 50,000	12	40.00
50,001 – 100,000	18	60.00
จำนวนครั้งในการอบรมเกี่ยวกับโรค COVID-19 (ครั้ง)		
น้อยกว่า 5	19	63.33
5-10	6	20.00
มากกว่า 10	5	16.67
(Mean = 5.10 Median = 2, S.D. = 5.54, Min = 1, Max = 20)		

2. ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของ อสม. ก่อนและหลังการพัฒนา

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ของ อสม. ก่อนและหลังการพัฒนา

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค COVID-19 ของ อสม. หลังการพัฒนา พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นทุกข้อคำถาม โดยมีความรู้เพิ่มมากขึ้นที่สุด คือข้อคำถามเกี่ยวกับความหมายของโรค COVID-19, ความรุนแรงและการป้องกันโรค และการดำเนินงานของ อสม. ในการป้องกันโรค คิดเป็นร้อยละ 63.33, 53.33 และ 30.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ของ อสม. ก่อนและหลังการพัฒนา (n=30)

ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ของ อสม.	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. โรค COVID-19 หมายถึง เชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคทั้งในสัตว์และคน ในคนนั้น ไวรัสโคโรนาหลายสายพันธุ์ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจตั้งแต่โรคหวัดธรรมดาจนถึงโรคที่มีอาการรุนแรง	11 (36.67)	30 (100.00)
2. โรค COVID-19 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก	14 (46.67)	30 (100.00)
3. อาการทั่วไป โรค COVID-19 ได้แก่ ไข้ ไอ ลิ้นไม่รับรส จมูกไม่ได้กลิ่น และอ่อนเพลีย	18 (60.00)	29 (96.67)
4. ภาวะแทรกซ้อนโรค COVID-19 เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต	14 (46.67)	30 (100.00)
5. โรค COVID-19 แพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ ผ่านทางละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย	17 (56.67)	30 (100.00)
6. การแพร่กระจายเชื้อโรค COVID-19 ใช้ระยะเวลา 14 วัน	11 (36.67)	30 (100.00)
7. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อโรค COVID-19 ระยะเวลาในการรักษา จำนวน 10 วัน	15 (50.00)	30 (100.00)
8. ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร ใช้รักษาโรค COVID-19 ได้	17 (56.67)	28 (93.33)
9. ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงควรกักตัวแยกจากผู้อื่นนาน 14 วัน	17 (56.67)	27 (90.00)
10. การตรวจ ATK เป็นการป้องกันโรค COVID-19 เบื้องต้น	14 (46.67)	26 (86.67)
11. การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 สวมใส่หน้ากากอนามัยเวลาออกจากบ้าน	14 (46.67)	30 (100.00)
12. การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 ควรล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือน้ำยาแอลกอฮอล์ล้างมือ 70%	16 (53.33)	30 (100.00)
13. การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 โดยการรักษาระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร	15 (30.00)	28 (93.33)
14. การฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 เป็นการป้องกันโรค COVID-19	14 (46.67)	28 (93.33)
15. การดำเนินงาน อสม.เคาะประตูบ้าน เป็นการป้องกันโรค COVID-19	20 (66.67)	29 (96.67)

2.1.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ของ อสม. ก่อนและหลังการพัฒนา

พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการพัฒนา เท่ากับ 7.57 คะแนน หลังพัฒนาเพิ่มสูงขึ้นเป็น 14.50 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15.00 คะแนน ผลการประเมินความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรค COVID-19 ของ อสม. ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 เพิ่มสูงมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.03 ที่ 95% CI = - 0.11 ถึง -0.01) สรุปได้ว่าการพัฒนาโดยการอบรมให้ความรู้เรื่องโรค COVID-19 ทำให้ อสม. มีความรู้เพิ่มมากขึ้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ของ อสม. ก่อนและหลังการพัฒนา (n=30)

	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19			
	$\bar{x}$	S.D.	95%CI	p-value
ก่อนการพัฒนา	0.91	0.14	-0.11 ถึง -0.01	0.03
หลังการพัฒนา	0.97	0.05		
ภาพรวมก่อนพัฒนา Mean = 7.57, S.D.= 2.08, Min=3, Max=13				
ภาพรวมหลังพัฒนา Mean = 14.50, S.D.= 0.78, Min=13, Max=15				
Mean Difference (ก่อน - หลัง) = - 0.06				

2.2 การปฏิบัติของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ก่อนและหลังการพัฒนา

พบว่า หลังการพัฒนา อสม. มีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ การปฏิบัติบางครั้งมากที่สุดคือ ฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 2 เข็มขึ้นไป และมีการปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุดคือ เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เลี่ยงการอยู่ในที่แออัด ร้อยละ 60.00, 96.67 และ 60.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของ อสม. ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=30)

การปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันโรค COVID-19 ของ อสม.	ปฏิบัติประจำ		ปฏิบัติบางครั้ง		ไม่เคยปฏิบัติ	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
1. ท่านเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เลี่ยงการอยู่ในที่แออัด	9 (30.00)	27 (90.00)	3 (10.00)	2 (6.67)	18 (60.00)	1 (3.33)
2. ท่านสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา	9 (30.00)	20 (66.67)	9 (30.00)	5 (16.67)	12 (40.00)	5 (16.67)
3. ท่านล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์	18 (60.00)	30 (100.00)	11 (36.67)	0 (0.00)	1 (3.33)	0 (0.00)
4. ท่านตรวจวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อโควิด 19 ในกรณีที่มีอาการเข้าข่าย	16 (53.33)	27 (90.00)	12 (40.00)	3 (10.00)	2 (6.67)	0 (0.00)
5. ท่านสแกนแอฟไทยชนะก่อนเข้า-ออกสถานที่สาธารณะทุกครั้ง	13 (43.33)	27 (90.00)	8 (26.67)	3 (10.00)	9 (30.00)	0 (0.00)

การปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันโรค COVID-19 ของ อสม.	ปฏิบัติประจำ		ปฏิบัติบางครั้ง		ไม่เคยปฏิบัติ	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
6. ท่านป่วยด้วยโรค COVID-19 ท่านใช้เวลารักษา จำนวน 10 วัน	12 (40.00)	30 (100.00)	15 (50.00)	0 (0.00)	3 (10.00)	0 (0.00)
7. ท่านกักตัว 14 วัน หากสัมผัสผู้ป่วย	8 (26.67)	25 (83.33)	18 (60.00)	3 (10.00)	4 (13.33)	2 (6.67)
8. ท่านตรวจ ATK หากมีอาการสงสัยโรค COVID-19	11 (36.67)	20 (66.67)	12 (40.00)	6 (20.00)	7 (23.33)	4 (13.33)
9. ท่านปฏิบัติตามหลักกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ	11 (36.67)	26 (86.67)	18 (60.00)	3 (10.00)	1 (3.33)	1 (3.33)
10. ท่านรับประทานยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร เมื่อมีอาการไอ เจ็บคอ	16 (53.33)	22 (73.33)	11 (36.67)	5 (16.67)	3 (10.00)	3 (10.00)

2.2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ก่อนและหลังการพัฒนา

พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ก่อนการพัฒนาเท่ากับ 31.00 หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 43.10 ผลการประเมินความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า อสม. มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดีเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.04 ที่ 95% CI = -0.18 ถึง -0.01) สรุปได้ว่าการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ทำให้ อสม. มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดีในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของ อสม. ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=30)

ผลการเปรียบเทียบ การปฏิบัติของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19				
	$\bar{x}$	S.D.	95%CI	p-value
ก่อนการพัฒนา	2.78	0.22	-0.18 ถึง -0.01	0.04
หลังการพัฒนา	2.87	0.15		
ภาพรวมก่อนพัฒนา Mean = 31.00, S.D.= 4.30, Min = 22.00, Max = 39.00				
ภาพรวมหลังพัฒนา Mean = 43.10, S.D.= 2.20, Min = 39.00, Max = 45.00				
Mean Difference (ก่อน - หลัง) = - 0.09				

3. การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

ผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของบ้านเทพประทับ หมู่ที่ 9 พบว่า อสม. ผู้นำชุมชน หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งสังเกตได้จากการเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม และจากการสังเกต โดยเริ่มจากการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา เช่น ประเด็นความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 พบว่า อสม. อยากให้มีการจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และทักษะการปฏิบัติของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ซึ่งพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ต้องการให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการให้คำแนะนำเมื่อออกเยี่ยมบ้านผู้กักตัว เพื่อให้ อสม. เกิดความเชื่อมั่นในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และชุมชนมีความเชื่อมั่นในตัว อสม. เพิ่มมากขึ้น โดยให้หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตำบลนางิ้ว ได้สนับสนุนงบประมาณในการอบรมเรื่องความรู้โรค COVID-19 เช่น อบรมให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ร่วมกับ รพ.สต.บ้านเทพประทับ และ อสม. ได้รับการอบรมเป็น อสม.เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และสามารถให้คำแนะนำประชาชนในชุมชนได้

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

ผลการวิจัยการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 บ้านเทพประทับ หมู่ที่ 9 ตำบลนางิ้ว อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย ซึ่งคุณลักษณะของ อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 อายุเฉลี่ย 51.90 ปี (S.D=8.06) อายุสูงสุด 65 ปี อายุต่ำสุด 33 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.67 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 76.67 รายได้เฉลี่ยต่อปีต่อคนมากกว่า 87,500 บาท และระยะเวลาในการอบรมเกี่ยวกับโรค COVID-19 เฉลี่ย 5.10 ครั้ง ผู้ศึกษาขออภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19

ผลการวิจัยหลังเสร็จสิ้นการพัฒนาศักยภาพ หลังการพัฒนา พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นทุกข้อคำถาม โดยมีความรู้เพิ่มมากขึ้นที่สุดคือ ข้อคำถามเกี่ยวกับความหมายของโรค COVID-19, ความรุนแรงและการป้องกันโรค และการดำเนินงานของ อสม. ในการป้องกันโรค คิดเป็นร้อยละ 63.33, 53.33 และ 30.00 ตามลำดับ ซึ่งจากการสนทนากลุ่ม และข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ก่อนการพัฒนา พบว่าโดยส่วนใหญ่ ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารด้านความรู้ทั่วไปเรื่องโรค COVID-19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางิ้วและโรงพยาบาลสังคม และจากการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว หน่วยประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่และได้ดูจากโทรทัศน์บ้างแต่ไม่สนใจเท่าที่ควร ทำให้ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ที่ยังไม่ถูกต้อง เช่น ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงควรกักตัวแยกจากผู้อื่นนาน 14 วัน เนื่องจากมีความเข้าใจว่าระยะเวลาในการกักตัวนานเกินไป แค่ 7 วันก็เพียงพอ และในการตรวจ ATK เป็นการป้องกันโรค COVID-19 เบื้องต้น ซึ่งการตรวจดังกล่าวจุดประสงค์เพื่อตรวจหาเชื้อ แสดงถึงว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงที่อาจจะพบว่าติดเชื้อ COVID-19 หากไม่ตรวจก็ไม่เสี่ยง ดังนั้น ในกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 นั้น ได้เน้นเรื่องความรู้เรื่องโรค COVID-19 และการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ซึ่ง อสม. ที่มีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้ อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา ห้าวหาญ และพรรณวดี ขำจริง[7] พบว่า ประชาชนมีความรู้ และความเข้าใจในการป้องกันโรค COVID-19 และสามารถป้องกันโรค COVID-19 เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกราช มีแก้ว[8] พบว่า หลังการดำเนินงาน อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุม COVID-19 ในระดับดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ

ธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญนภา บุญเสริม[9] พบว่า หลังการดำเนินการ อสม. มีความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ถูกต้องเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภารัตน์ สีวงกลาง และคณะ[10] พบว่า หลังการดำเนินการ อสม. มีความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

2. ด้านการปฏิบัติของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

หลังการพัฒนา อสม. มีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ การปฏิบัติบางครั้งมากที่สุดคือ ฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 2 เข็มขึ้นไป และมีการปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุดคือ เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เลี่ยงการอยู่ในที่แออัด ร้อยละ 60.00, 96.67 และ 60.00 ตามลำดับ ซึ่งจากการสนทนากลุ่มและการสังเกตในประเด็นการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า อสม. ยังมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง เนื่องจากไม่สามารถหลีกเลี่ยงในบางสถานการณ์ที่จำเป็นได้ เช่น การเข้าร่วมประชุม การลงพื้นที่ในการออกคัดกรองผู้สัมผัส จึงมุ่งเน้นให้ อสม.มีความรู้เพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้หลังจากกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพโดยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา ห้าวหาญ และพรรณวดี ขำจริง[7] พบว่า ประชาชนมีความรู้ และความเข้าใจในการป้องกันโรค COVID-19 และสามารถป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ บงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี[11] พบว่า หลังการดำเนินการมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค COVID-19 เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ วงธิ[12] พบว่าหลังการดำเนินการระดับการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของอภิวดี อินทเจริญ และคณะ[13] พบว่า ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้น เกิดความตระหนักและนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกราช มีแก้ว[8] พบว่า หลังการดำเนินงาน อสม.มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในระดับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญนภา บุญเสริม[9] พบว่า หลังการดำเนินการ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ถูกต้องเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภารัตน์ สีวงกลาง และคณะ[10] พบว่า หลังการดำเนินการ อสม. มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และมีการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ถูกต้องเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

3. การมีส่วนร่วมของชุมชน ตัวแทนแกนนำชุมชน และตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

ผลการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เทคนิคกระบวนการ AIC ได้จัดประชุมโดยเปิดโอกาสให้ อสม. ตัวแทนแกนนำชุมชนและตัวแทนของหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพปัญหาของโรค COVID-19 วางแผนแก้ไขปัญหา และร่วมกันตัดสินใจเลือกแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกันของประชาชนในชุมชนในส่วนของกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้ กิจกรรมที่ไม่สามารถดำเนินการเองได้ ต้องเสนอแผนงาน/โครงการ เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องต่อไป กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประชุม จำนวน 45 คน โดยมีวิทยากรกระบวนการชี้แจงความเป็นมา และวัตถุประสงค์ของการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมวิทยากรกระบวนการ

ผู้มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นวิทยากรกระบวนการ และเป็นผู้นำเข้าสู่ขั้นตอนการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้เทคนิคกระบวนการ AIC ได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้วิธีการนับ 1-3 ได้กลุ่มละ 15 คน การประชุมมี 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและวิเคราะห์ปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การหาแนวทางแก้ไขปัญหา และขั้นตอนที่ 3 การวางแผนแก้ไขปัญหาในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 โดยผู้วิจัยและทีมวิทยากรเป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม ทำหน้าที่กระตุ้นและสนับสนุนให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นในทางสร้างสรรค์ ทั้งนี้สมาชิกบางคนไม่กล้าแสดงความคิดเห็น เพราะกลัวว่าจะไม่ถูกต้องและถูกใจสมาชิกในกลุ่ม วิทยากรจึงให้มีการสอดแทรกกิจกรรมนันทนาการระหว่างการประชุมเพื่อสร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองมากขึ้น เมื่อประชุมเสร็จแต่ละกลุ่มส่งตัวแทนกลุ่มออกมานำเสนอต่อที่ประชุม มีการสรุปผลการประชุมในภาพรวม และสุดท้ายได้แผนงาน/โครงการ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ควรมีการส่งเสริมให้ อสม. มีความรู้เรื่องโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง โดยการอบรมพัฒนาศักยภาพให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

2. ด้านการปฏิบัติของ อสม. ควรจัดทำเอกสารคู่มือให้ความรู้การดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติในการป้องกันโรค COVID-19 เบื้องต้น

3. ผู้นำชุมชน หน่วยงานราชการในพื้นที่และประชาชนในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองเบื้องต้น ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญเป็นการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้อง และครอบครัวที่ได้ส่งเสริมและสนับสนุนทั้งกำลังใจ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่เคยอบรมสั่งสอน และขอขอบพระคุณผู้ที่มิได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือ และสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. การฉีดวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19
2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม.หมอประจำบ้าน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2539.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก https://www.nko.moph.go.th/main_new/#covid19
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสังคม. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. 7 พฤษภาคม 2565; หนองคาย: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสังคม; 2565.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทับ. บรรณาธิการ. รายการผลการประชุมประจำเดือน อสม. 10 พฤษภาคม 2565; หนองคาย: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทับ; 2565.
6. Bloom, B.S. Toxonomy of education objective: Handbook Icognitive domain. New York: David MCI; 1968.

7. จันทิมา ห้าวหาญ, พรรณวดี ขำจริง. ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกัน COVID-19 ของประชาชนในจังหวัดภูเก็ต. คณะบริหารจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต; 2564.
8. เอกราช มีแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
9. ธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญนภา บุญเสริม. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงในจังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 35(3), 2563. 555-564.
10. สุภารัตน์ สีวงกลาง และคณะ. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในโครงการ อสม.เคาะประตูบ้าน ต้านโควิด 19 ของอสม. ตำบลดอนเมือง อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา; 2563.
11. บงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 15(37), 2564. 63-75.
12. สุภาภรณ์ วงธิ. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจาหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเศวร; 2564.
13. อภิวดี อินทเจริญ และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 2564. 19 - 30.