



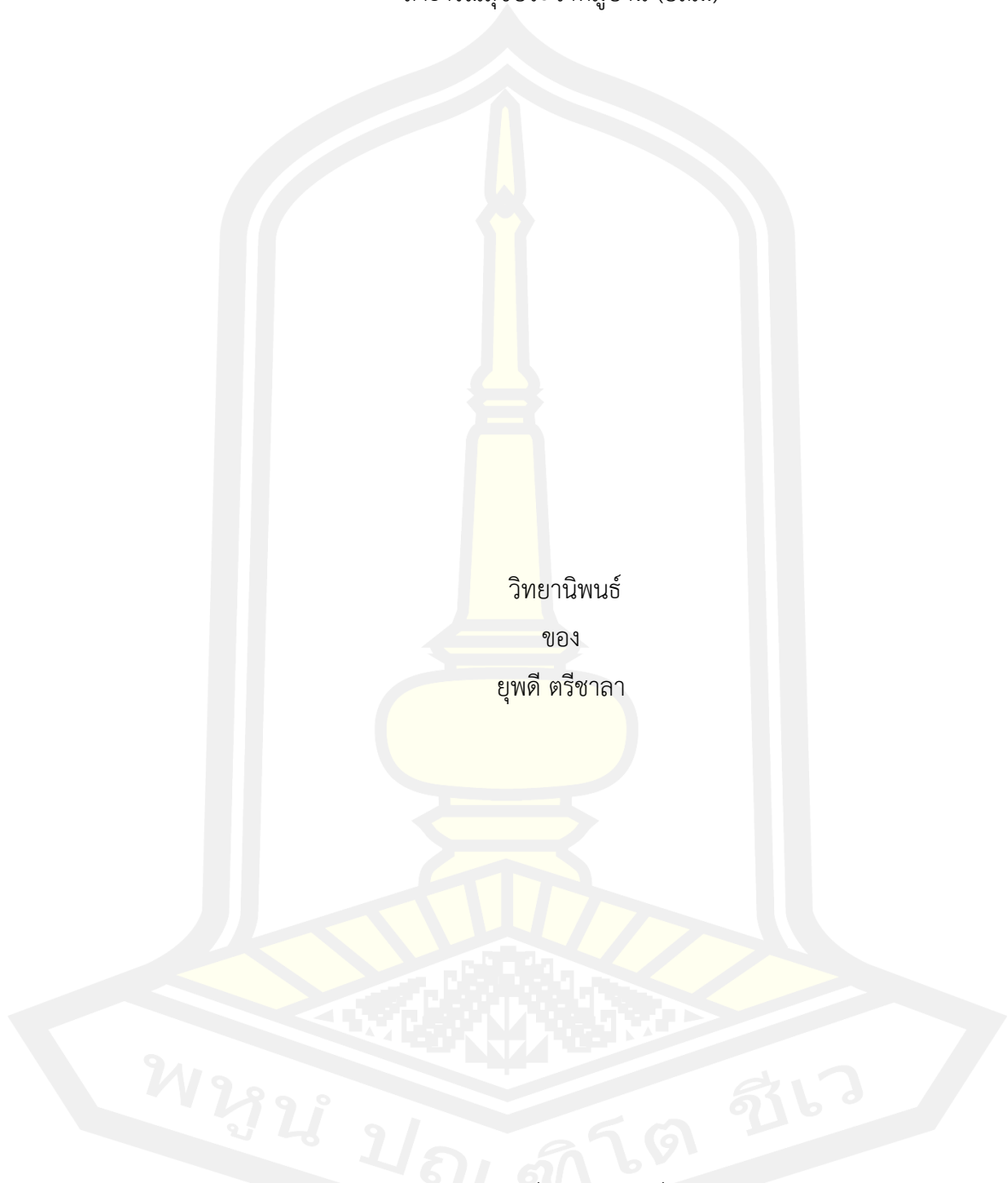
สมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

วิทยานิพนธ์
ของ
ยุพดี ตริชลา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มิถุนายน 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

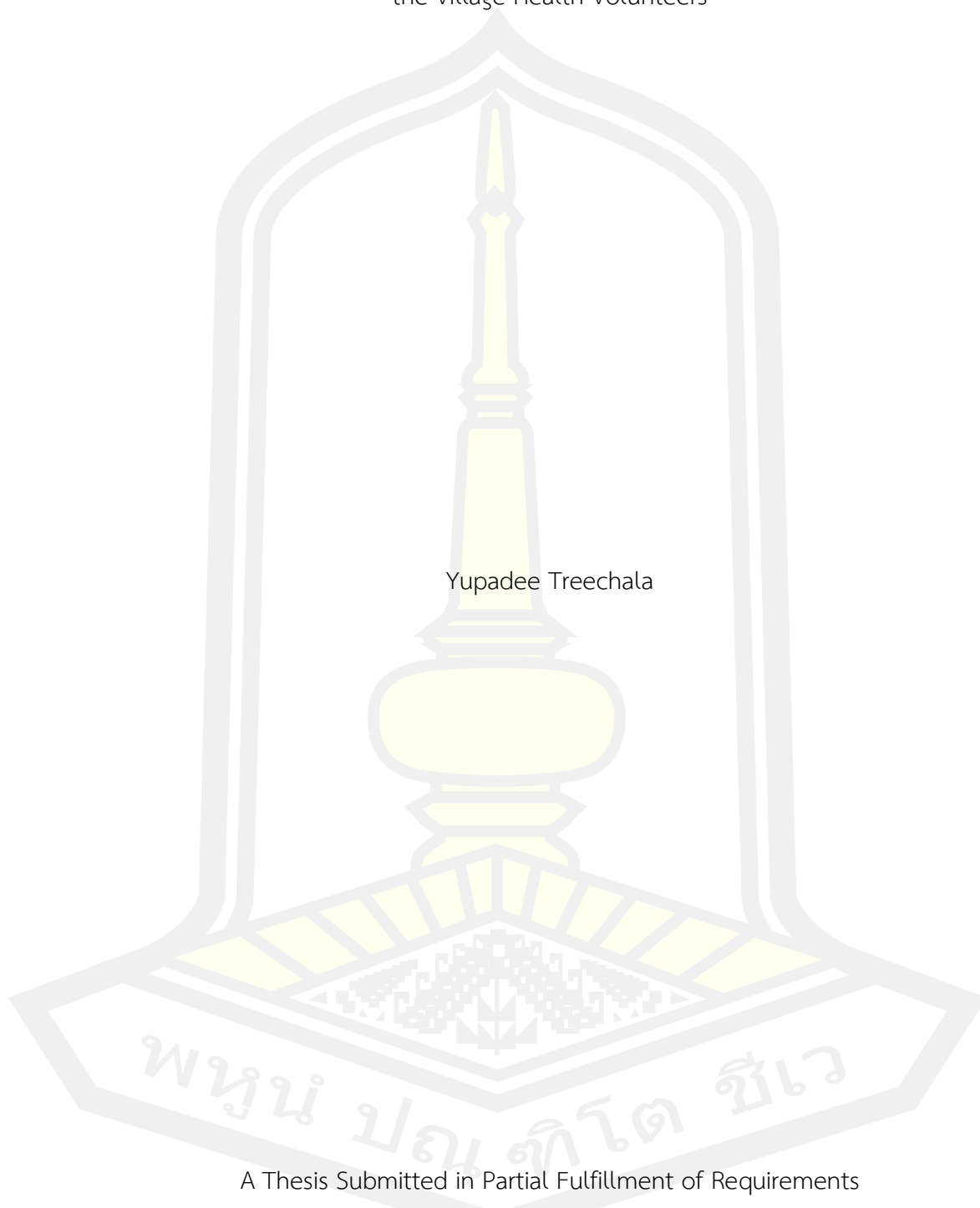


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มิถุนายน 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Competency of Protecting and Controlling of Corona Virus 2019 (Covid-19) by
the Village Health Volunteers



Yupadee Treechala

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

June 2022

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวยุพดี ตรีชาลา
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. สมคิด จูหว่า)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. จารุวรรณ วิโรจน์)

.....กรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....กรรมการ

(อ. ดร. อติศร วงศ์คงเดช)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

| | | | |
|-----------------------|--|------------------------|---------------------------------|
| ชื่อเรื่อง | สมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) | | |
| ผู้วิจัย | ยุพดี ตรีขาลา | | |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทนา กลางคาร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จารุวรรณ วิโรจน์ | | |
| ปริญญา มหาวิทยาลัย | สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต | สาขาวิชา ปีที่พิมพ์ | สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต 2565 |

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดมหาสารคาม 400 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบ t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องโรค COVID-19 ของ อสม. มีความรู้ระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 61.25 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 38.50 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.25 ส่วนระดับทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 ของ อสม. พบว่า เกือบทั้งหมดมีทักษะในระดับสูง ร้อยละ 99.25 และผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองของ อสม. ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีความรู้เรื่องโรค COVID-19 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.066, P = 0.040$) และ อสม. ที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน จะมีความรู้เรื่องโรค COVID-19 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.273, P = 0.024$) ในขณะที่ อสม. ที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน จะมีบทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.901, P = 0.001$)

คำสำคัญ : สมรรถนะ, การป้องกัน, ควบคุมโรค, ไวรัสโคโรนา, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

| | | | |
|-------------------|---|--------------|---------------|
| TITLE | The Competency of Protecting and Controlling of Corona Virus 2019 (Covid-19) by the Village Health Volunteers | | |
| AUTHOR | Yupadee Treechala | | |
| ADVISORS | Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D. Assistant Professor Jaruwan Viroj , Ph.D. | | |
| DEGREE | Master of Public Health | MAJOR | Public Health |
| UNIVERSITY | Maharakham University | YEAR | 2022 |

ABSTRACT

This survey research was aimed to study the capability of preventing and controlling the Corona virus in the health village volunteers (VHVs). The 400 VHVs were selected by stratified random sampling. Quantitative data was collected by questionnaires and was analyzed by descriptive and analytical statistics. Qualitative data was collected by in-depth interviews and was analyzed by content analysis. The results showed that the knowledge scores about COVID-19 of the VHVs were at the medium level 61.25%, at the high level 38.5% and at the low level 0.25%. The preventive skills mostly were at the high level 99.25%. The comparison of preventing behaviors found the difference of knowledge statistically significant in married status ($t = 2.066$, $P = 0.040$) and working experiences ($t = 2.273$, $P = 0.024$) Moreover, the different experiences of the VHVs found the difference in the social roles statistically significant ($t = 2.901$, $P = 0.001$).

Keyword : Competence, Protecting, Controlling, Corona Virus, Village Health Volunteers

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับสำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ วิโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และอาจารย์ผู้ซึ่งเป็นประธานและคณะกรรมการทั้งสอบเค้าโครง วิทยานิพนธ์และการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ด้านวิชาการต่าง ๆ และช่วยตรวจสอบ รายละเอียดตลอดจนแนะนำข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ให้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหม อารักษ์ และอาจารย์ ดร.พัชชา หิรัญวัฒนกุล ที่ช่วยแนะนำและปรับแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ขอขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้ง 13 แห่ง ในจังหวัดมหาสารคาม และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้ง 13 แห่ง ในจังหวัดมหาสารคาม ที่ได้ช่วยเหลือ ให้ความร่วมมือ และเข้าร่วมการวิจัยเป็นอย่างดีตลอดมา

และสุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ นายสมศักดิ์ ตริชาลา นางดวงจันทร์ วงศ์มณฑล นายณรงค์รัชช ีร์โรจน์ชิน นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ นางทองใบ พลสนอง นางสาวเพ็ญนภา ปากดี นางสาววัชรี พันธุ์เถร นางกมลพร จันทาคิมบง นางสาวสุพัตรา แก้วเมือง นางสาวกนกวรรณ วรชีนา และผู้มีส่วน เกี่ยวข้อง แต่มิได้เอ่ยนามทุกท่าน ผู้เป็นครอบครัว เป็นกำลังใจ เป็นผู้คอยสนับสนุนให้วิทยานิพนธ์ของ ข้าพเจ้าฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ยุพดี ตริชาลา

พหุ น บณุ ทิโต ชีเว

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฌ |
| สารบัญภาพประกอบ..... | ญ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| 1.1 หลักการและเหตุผล | 1 |
| 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย | 3 |
| 1.3 ขอบเขตของการวิจัย..... | 4 |
| 1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ | 4 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 6 |
| 2.1 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะ (Competency)..... | 6 |
| 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน | 11 |
| 2.3 บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)..... | 17 |
| 2.4 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)..... | 20 |
| 2.5 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคและ ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด | 23 |
| 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 28 |
| 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 31 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 32 |

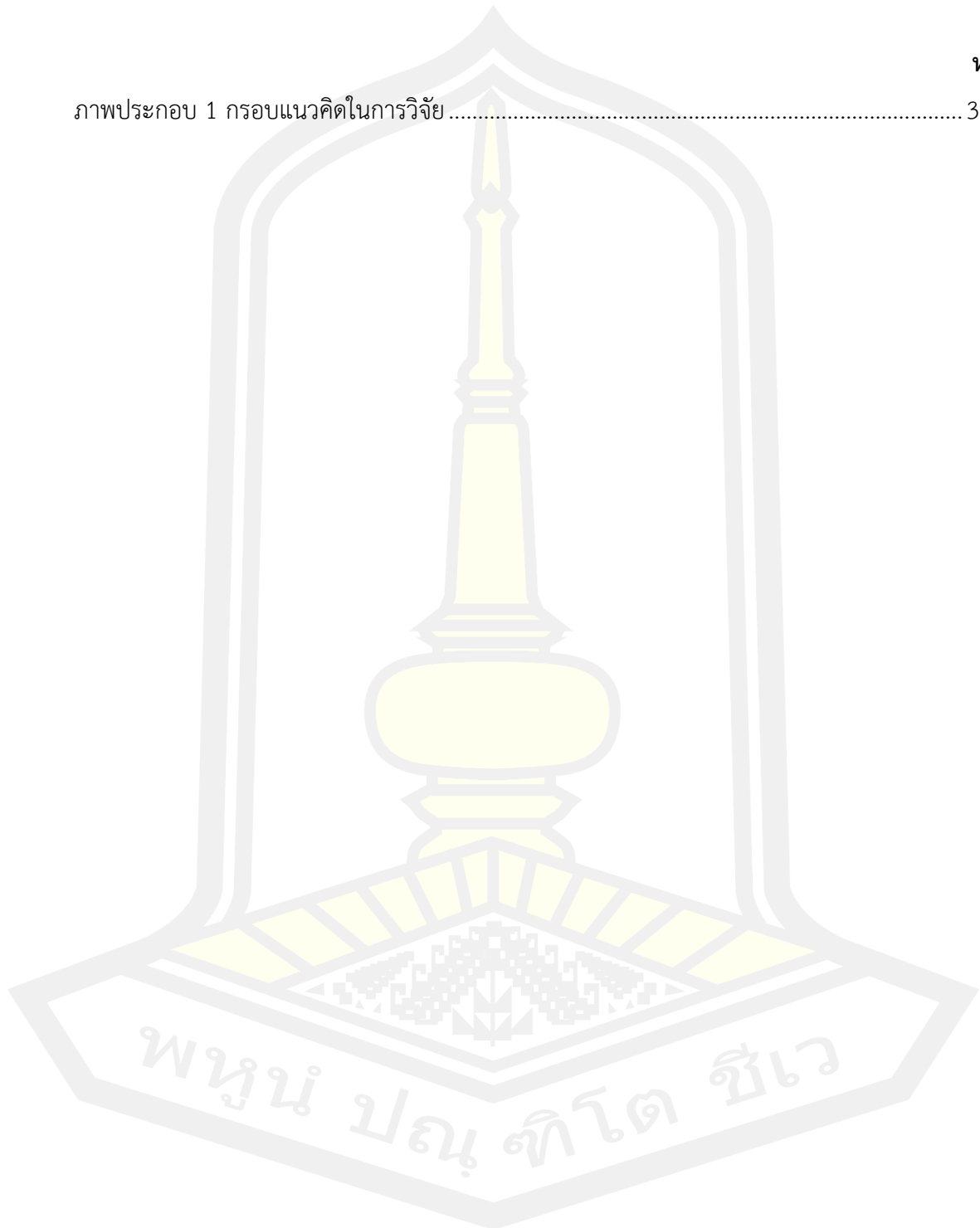
| | |
|---|----|
| 3.1 รูปแบบการวิจัย | 32 |
| 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 32 |
| 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 34 |
| 3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ | 35 |
| 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล | 37 |
| 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ | 38 |
| 3.7 จริยธรรมในการวิจัย..... | 38 |
| บทที่ 4 ผลการศึกษา..... | 40 |
| 4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (Results of Research Analysis)..... | 40 |
| 4.2 ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t-test..... | 54 |
| บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... | 58 |
| 5.1 สรุปผล..... | 58 |
| 5.2 อภิปรายผล..... | 62 |
| 5.3 ข้อเสนอแนะ | 67 |
| บรรณานุกรม..... | 68 |
| ภาคผนวก..... | 73 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ | 74 |
| ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา..... | 76 |
| ภาคผนวก ค การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | 85 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 88 |

สารบัญตาราง

| | หน้า |
|--|------|
| ตาราง 1 จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่าง..... | 33 |
| ตาราง 2 จำนวนและค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 400)..... | 41 |
| ตาราง 3 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค COVID-19 (n = 400)..... | 43 |
| ตาราง 4 ระดับความรู้เรื่องโรค COVID-19 (n = 400)..... | 45 |
| ตาราง 5 ทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 (n = 400) | 46 |
| ตาราง 6 ระดับทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 (n = 400) | 47 |
| ตาราง 7 บทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 (n = 400)..... | 49 |
| ตาราง 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปกับความรู้เรื่องโรค COVID-19 (n = 400) | 54 |
| ตาราง 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปกับทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 (n = 400) | 56 |
| ตาราง 10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปกับบทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 (n = 400) | 57 |

สารบัญภาพประกอบ

| | หน้า |
|--|------|
| ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย | 31 |



บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease 2019:COVID-19) ได้ส่งผลให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก วันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) ได้ประกาศให้การระบาดของโรค COVID-19 ดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern : PHEIC) (World Health Organization, 2020) เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2563ประเทศไทยได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โครโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่เป็นโรคติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจที่มีการแพร่กระจายเชื้อผ่านทางสิ่งคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย และเสมหะของผู้ติดเชื้อสามารถแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว และวันที่ 26 มีนาคม 2563 ได้มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ออกข้อกำหนดและข้อปฏิบัติแก่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องดำเนินการ เพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติลงโดยเร็วและป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ร้ายแรงมากขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ได้เริ่มโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการบรรจุไว้ในแผนสาธารณสุขแห่งชาติ ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานสอดคล้องกับแนวคิดของคำประกาศอัลมา อตา โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไว้ว่า “เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัยให้กับประชาชนในชุมชนของตนเอง เผยแพร่ความรู้และกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ” โดยกำหนดให้ทุกหมู่บ้านต้องมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คน ดูแลประชาชน 18-20 หลังคาเรือน แต่ละหมู่บ้าน (ในชนบท) ก็จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประมาณ 18-20 คน (อนุชิต ไกรวิจิตร, 2563) การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในชุมชนนั้นต้องอาศัยบุคคลในการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบาย ข้อมูลข่าวสาร การเผยแพร่ความรู้ด้านสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค ปัจจุบันประเทศไทยมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนกว่า 1,040,000 คน (Primary Health Care Division, 2019) ซึ่งเป็นตัวแทนของประชาชนผู้ที่มีจิตอาสา มีความเสียสละ

เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน จนได้รับการยอมรับจากสังคม และมีการยกฐานะเป็น อสม. หมอประจำบ้าน โดยมีบทบาทสำคัญดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพทั้งโรคเรื้อรัง และโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์โทรเวชกรรม (Telemedicine) และแอปพลิเคชัน ด้านสุขภาพ ประเมินสุขภาพ เป็นแกนนำเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ และจัดการปัญหาสุขภาพ ทั้งในระดับ ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปยังระบบบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ เป็นต้น

จากการระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทยทั้ง 3 รอบ จะเห็นได้ว่า รอบ 1 ช่วงปี 2563 : ยอดผู้ติดเชื้อ 6,772 ราย ยอดผู้เสียชีวิต 67 ราย อัตราเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 0.82 รอบ 2 เดือน ม.ค.-มี.ค. 2564 : ยอดผู้ติดเชื้อ 21,035 ราย ยอดผู้เสียชีวิต 27 ราย อัตราเสียชีวิตร้อยละ 0.13 รอบ 3 เดือน เม.ย. 2564 : ยอดผู้ติดเชื้อแล้ว 17,780 ราย ยอดผู้เสียชีวิต 16 ราย อัตราเสียชีวิตร้อยละ 0.10 ในการระบาดของโควิดทั้ง 3 รอบ พบความเสี่ยงเป็นลักษณะการติดเชื้อและแพร่ระบาดจาก สถานบันเทิง, บ่อนพนัน, สนามมวย, ทำงานในแหล่งชุมชน/ตลาด และติดเชื้อจากคนในครอบครัว สำหรับอายุของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโควิด-19 นั้น พบว่าในแต่ละรอบของการระบาด มีอายุเฉลี่ยที่แตกต่างกัน ได้แก่ รอบ 1 ช่วงปี 2563 : พบผู้เสียชีวิตอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 58 ปี รอบ 2 เดือน ม.ค.-มี.ค. 2564 : พบผู้เสียชีวิตอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 64 ปี รอบ 3 เดือน เม.ย. 2564 : พบผู้เสียชีวิตมีอายุน้อยที่สุด คือ เฉลี่ย 56 ปี โดยการระบาดรอบที่ 3 ในปี 2564 นี้ พบว่ามีราวร้อยละ 50 ของผู้เสียชีวิต เกิดขึ้นจากการติดเชื้อในครอบครัว(กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ภาพรวมสถานการณ์มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ประชาชนในประเทศได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน Covid-19 สามารถช่วยลดอัตราการติดเชื้อและเสียชีวิต (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ปัจจุบัน อสม. ได้กลายเป็นทุนทางสังคม (Social Capital) ที่สำคัญของระบบสุขภาพ อสม. จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเชื่อมต่อช่องว่างการเข้าถึงทางสาธารณสุขสู่ประชาชนเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรค COVID-19 ซึ่งเป็นการปฏิบัติบทบาทหน้าที่เชิงรุกในพื้นที่ด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจ ภายใต้อำนาจใจเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการติดเชื้อ COVID-19 (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) ทั้งนี้ อสม. เป็นบุคลากรสาธารณสุขด้านหน้า และมีพลังที่สำคัญต่อการดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชน การดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ของ อสม. ภายใต้อำนาจการจรรจา อสม. มีกิจกรรมที่สำคัญ เช่น กิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยเคาะประตู การสำรวจสุขภาพตนเอง การให้ความรู้ประชาชน การวัดอุณหภูมิและสังเกตอาการเบื้องต้น การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและรายงานผลการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันตนเอง เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) อสม. มีส่วนในการสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมการดำเนินการโรงพยาบาลสนาม อยู่ 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1) การจัดทำเวทีประชาคม เตรียมการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม ระยะที่ 2) การ สนับสนุนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสนามเปิดให้บริการกลุ่มผู้ป่วยไม่แสดงอาการหรือมีอาการน้อยในชุมชน และ ระยะ ที่ 3) การดูแลกลุ่มผู้ป่วยไม่แสดงอาการหรือมีอาการน้อยเมื่อกลับไปอยู่บ้านพักอาศัย รวมทั้ง อสม. มีส่วนในการลงพื้นที่เข้าไปสำรวจข้อมูล เชิญชวนคนในชุมชนลงทะเบียนรับวัคซีน สร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ได้เห็นถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีน ซึ่งจะช่วยให้ลดอาการรุนแรงของโรค และลดการเสียชีวิตได้ เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ให้กับประเทศ ประชาชนสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ระบบเศรษฐกิจประเทศกลับมาเดินหน้าอีกครั้ง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จะเห็นได้ว่าบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการหยุดหรือยับยั้งการระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกิดความตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในภายภาคหน้า หากไม่มีการดำเนินการอย่างจริงจัง ดังนั้น จึงเห็นความสำคัญดังกล่าวในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 หรือโรคอุบัติใหม่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีรูปธรรม จึงได้ศึกษาสมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.2.1 เพื่อศึกษาความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในจังหวัดมหาสารคาม

1.2.2.2 เพื่อศึกษาทักษะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดมหาสารคาม

1.2.2.3 เพื่อศึกษาบทบาททางสังคมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

วิจัยครั้งนี้ศึกษาสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม

ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 19,737 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2564)

ด้านพื้นที่ 13 อำเภอ จังหวัดมหาสารคาม

ด้านระยะเวลา ระหว่าง เดือนกรกฎาคม - เดือนมกราคม

1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.4.1 สมรรถนะ หมายถึง สมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และบทบาททางสังคม เพื่อการปฏิบัติงานให้เกิดคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด

1.4.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม ที่มีบทบาทหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.4.3 พฤติกรรมการป้องกันตนเองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หมายถึง พฤติกรรมของ อสม. และประชาชนในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 เช่น กินร้อน ใช้ช้อนส่วนตัว การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่างทางสังคม และการหลีกเลี่ยงไม่ไปในที่ชุมชนในช่วงที่มีการแพร่ระบาดภายในประเทศ และช่วงมาตรการผ่อนปรน

1.4.4 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดยการรณรงค์ให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ประชาชน ออกเคาะประตูบ้านเพื่อค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน รวมถึงการใช้หลักมาตรการ D-M-H-T-T-A ในการป้องกันโควิด 19

1.4.5 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) หรือโรคโควิด 19 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

1.4.6 D-M-H-T-T-A หมายถึง มาตรการป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งประกอบไปด้วย D : Distancing เว้นระยะห่าง M : Mask wearing สวมหน้ากาก H : Hand washing ล้างมือบ่อย ๆ T : Temperature ตรวจวัดอุณหภูมิ T : Testing ตรวจเชื้อโควิด-19 และ A : Application Thaichana ใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ/หมอชนะ เป็นการนำหลักมาตรการนี้มาใช้ในการทำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการประกอบการศึกษา และจัดทำกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีประเด็นต่างๆ ในการนำเสนอ ดังนี้

- 2.1 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะ (Competency)
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน
- 2.3 บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 2.4 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- 2.5 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน โรคและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะ (Competency)

สมรรถนะ (competency) เป็นปัจจัยในการทำงานที่เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันให้แก่องค์กร โดยเฉพาะการเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ เพราะสมรรถนะเป็นปัจจัยช่วยให้พัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้ส่งผลไปสู่การพัฒนารองคการองค์กรต่าง ๆ จึงพยายามเอาสมรรถนะมาใช้เป็นปัจจัยในการบริหารองค์กรในด้านต่าง ๆ เช่น การบริหารทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาหลักสูตร การพัฒนางานบริการหรือการพัฒนาภาวะผู้นำของผู้บริหาร เป็นต้น ดังนั้น เพื่อให้มองเห็นกรอบความคิดและแนวความคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับสมรรถนะจึงจะกล่าวถึงความเป็นมา และความหมาย องค์ประกอบประเภทของสมรรถนะ การกำหนดสมรรถนะ การวัดสมรรถนะ และการประยุกต์ใช้สมรรถนะ

2.1.1 ความเป็นมาของแนวคิดสมรรถนะ (Competency)

ต้นกำเนิดแนวความคิดในเรื่อง “สมรรถนะ (Competency)” เกิดขึ้นในช่วงต้นของศตวรรษที่ 1970 โดยนักวิชาการชื่อ David McClelland ซึ่งได้ทำการศึกษาวิจัยว่าทำไมบุคลากรที่ทำงานในตำแหน่งเดียวกันจึงมีผลงานที่แตกต่างกัน McClelland จึงทำการศึกษาวิจัยโดยแยกบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานดีออกจากบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานพอใช้ แล้วจึงศึกษาว่าบุคลากร

ทั้ง 2 กลุ่ม มีผลการทำงานที่แตกต่างกันอย่างไร ผลการศึกษาทำให้สรุปได้ว่า บุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานดีจะมีสิ่งหนึ่งที่เรียกว่า สมรรถนะ (Competency) (จิรประภา อัครบวร, 2549a)

ต่อมาในปี ค.ศ.1973 McClelland ได้แสดงแนวคิดเรื่องสมรรถนะไว้ในบทความชื่อ Testing for Competence Rather Than Intelligence ว่า IQ ซึ่งประกอบด้วยความถนัดหรือความเชี่ยวชาญทางวิชาการ ความรู้และความมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ ไม่ใช่ตัวชี้วัดที่ดีของผลงานและความสำเร็จโดยรวม แต่สมรรถนะบุคคลกลับเป็นสิ่งที่สามารถคาดการณ์ความสำเร็จในงานได้ดีกว่า ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่า ผู้ที่ทำงานเก่ง มิได้ หมายถึง ผู้ที่เรียนเก่งเสมอไป แต่ผู้ที่ประสบผลสำเร็จในการทำงาน ต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการประยุกต์ใช้หลักการ หรือวิชาการที่มีอยู่ในตัวเอง เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในงานที่ตนทำ จึงจะกล่าวได้ว่าบุคคลนั้นมีสมรรถนะ (Stone, 1999) แนวคิดเรื่องสมรรถนะ ของ McClelland ที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า สมรรถนะ หรือความสามารถของบุคคล ส่งผลดีต่อผลการปฏิบัติงานมากกว่า IQ ทำให้ได้รับความสนใจจากนักวิชาการทั่วไปอย่างมากและมีพัฒนาการขึ้นเป็นลำดับ

2.1.2 องค์ประกอบของสมรรถนะ (Competency)

หลักแนวคิดของ David McClelland กล่าวถึง องค์ประกอบของสมรรถนะ 5 ส่วน คือ

1. ความรู้(Knowledge) คือ ความรู้เฉพาะในเรื่องที่ต้องรู้ เป็นความรู้ที่เป็นสาระสำคัญ เช่น ความรู้ด้านเครื่องยนต์
2. ทักษะ(Skill) คือ สิ่งที่ต้องการให้ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทักษะทางคอมพิวเตอร์ ทักษะทางการถ่ายทอดความรู้ เป็นต้น ทักษะที่เกิดได้นั้นมาจากพื้นฐานทางความรู้และสามารถปฏิบัติได้อย่างคล่องแคล่วว่องไว
3. บทบาททางสังคม (Social Role) หมายถึง สิ่งที่คุณต้องการสื่อให้บุคคลอื่นในสังคมเห็นว่าตัวเขามีบทบาทอย่างไรต่อสังคม เช่น ชอบช่วยเหลือผู้อื่น
4. ภาพพจน์หรือมโนทัศน์เกี่ยวกับตัวเอง (Self-image) หมายถึง ภาพพจน์หรือมโนทัศน์ ที่บุคคลมองตัวเองว่าเป็นอย่างไร เช่น เป็นผู้นำ เป็นผู้เชี่ยวชาญ เป็นศิลปิน เป็นต้น
5. แรงจูงใจ/ เจตนาคติ (Motive/ Attitude) เป็นแรงจูงใจหรือแรงขับภายใน ซึ่งทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่เป้าหมาย หรือมุ่งสู่ความสำเร็จ เป็นต้น

2.1.3 ความหมายของสมรรถนะ (Competency)

เดวิด ซีแมคเคลแลนด์ (McClelland, 1991) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “สมรรถนะ หมายถึงคุณลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลสามารถสร้างผลการปฏิบัติงานในงานที่ตนรับผิดชอบให้สูงกว่า หรือเหนือกว่าเกณฑ์/ เป้าหมายที่กำหนดไว้

บอยาทซีส (Boyatzis, 1982) กล่าวว่า “สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะพื้นฐาน (Underlying Characteristic) ของบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจ (Motive) อุปนิสัย (Trait) ทักษะ (Skill) จินตภาพส่วนตน (Self-image) หรือบทบาททางสังคม (Social Role) หรือองค์ความรู้ (Body of Knowledge) ซึ่งบุคคลจำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ผลงานสูงกว่า/ เหนือกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้

โบม และสแปร์โรว์ (Boam & Sparrow, 1992) กล่าวว่า “สมรรถนะ หมายถึงกลุ่มของคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่บุคคลจำเป็นต้องมีในการปฏิบัติงานในตำแหน่งหนึ่งๆ เพื่อให้การปฏิบัติงานในหน้าที่ความรับผิดชอบประสบความสำเร็จ

สเปนเซอร์ และ สเปนเซอร์ (Spencer & Spencer, 1993) กล่าวว่า “สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะพื้นฐาน (Underlying Characteristic) ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล ได้แก่แรงจูงใจ (Motive) อุปนิสัย (Trait) อัตมโนทัศน์ (Self-concept) ความรู้ (Knowledge) และทักษะ (Skill) ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้จะเป็นตัวผลักดันหรือมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Causal Relationship) ให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือสูงกว่าเกณฑ์อ้างอิง (Criterion-reference) หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้

มิล่าเบิ้ล (1995) กล่าวว่า สมรรถนะคือความรู้ทักษะความสามารถและพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานได้สำเร็จวิคต์เดทท์ และฮอลลีฟอร์ด (2003) ให้ความหมายของสมรรถนะว่าเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้บริบทขององค์กร

วัฒนา พัฒนพงศ์ (2547) สมรรถนะ (Competency) หมายถึง ระดับของความสามารถในการปรับและใช้กระบวนทัศน์ (Paradigm) ทศนคติ พฤติกรรม ความรู้ และทักษะ นั้นเพื่อการปฏิบัติงานให้เกิดคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุดในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรในองค์กร บุคลากรทุกคนควรมีความสามารถพื้นฐานในหน้าที่ที่เหมือนกันครบถ้วนและเท่าเทียมกัน และควรพัฒนาตนเองให้มีความสามารถพิเศษที่แตกต่างกันออกไปนอกเหนือจากความสามารถของงานในหน้าที่ของบุคลากร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพ ระดับความสามารถทางอารมณ์ (Emotional quotient : EQ) และความสามารถทางสติปัญญา (Intelligence quotient: IQ)

ศิริรัตน์ ชุณหคล้าย (2549) กล่าวว่า “สมรรถนะ คือ คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ทักษะ/ความสามารถและคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลสามารถสร้างผลงานได้โดดเด่นกว่าเพื่อนร่วมงานอื่นๆ ในองค์กร” กล่าวคือการทำที่บุคคลจะแสดงสมรรถนะใดสมรรถนะหนึ่งได้ มักจะต้องมีองค์ประกอบของทั้งความรู้ทักษะ/ความสามารถ และคุณลักษณะอื่นๆ ตัวอย่างเช่น สมรรถนะ การบริการที่ดี ซึ่งอธิบายว่า “สามารถให้บริการที่ผู้รับบริการต้องการได้” นั้น หากขาดองค์ประกอบต่างๆ ได้แก่ ความรู้ในงานหรือทักษะที่เกี่ยวข้อง เช่น อาจต้องหาข้อมูลจากคอมพิวเตอร์

และคุณลักษณะของบุคคลที่เป็นคนใจเย็นอดทนชอบช่วยเหลือผู้อื่น แล้วบุคคลก็ไม่อาจจะแสดงสมรรถนะของการบริการที่ดีด้วยการให้บริการที่ผู้รับบริการต้องการได้ (ศิริรัตน์ ชุณหคล้าย, 2549)

จากความหมายที่นักวิชาการทั้งชาวต่างประเทศและชาวไทยได้ให้ความหมายสมรรถนะสามารถสรุปได้ดังนี้ สมรรถนะ (Competency) หมายถึง ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และคุณลักษณะของบุคคล (Attributes) ซึ่งบุคคลนั้นจะแสดงออกเป็นวิธีคิดและพฤติกรรมในการทำงานที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ที่ทำให้บุคคลสามารถสร้างผลงานได้โดดเด่นกว่าเพื่อนร่วมงานอื่นๆ ในองค์กร

2.1.4 ประเภทของสมรรถนะ (Competency)

ณรงค์วิทย์ แสนทอง (2547) ได้ทำการสมรรถนะออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. สมรรถนะหลัก (Core competency) หมายถึง บุคลิกและลักษณะของคนที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ทศนคติ ความเชื่อ และอุปนิสัยของคนในองค์การโดยรวมที่จะช่วยสนับสนุนให้องค์การบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ได้

2. สมรรถนะตามสายงาน (Job competency) หมายถึง บุคลิกและลักษณะของคนที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ทศนคติ ความเชื่อ และอุปนิสัยที่จะช่วยส่งเสริมให้คนนั้นๆ สามารถสร้างผลงานในการปฏิบัติงานตำแหน่งนั้นๆ ได้สูงกว่ามาตรฐาน

3. สมรรถนะส่วนบุคคล (Personal competency) หมายถึง บุคลิกและลักษณะของคนที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ทศนคติ ความเชื่อ และอุปนิสัยที่ทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้โดดเด่นกว่าคนทั่วไป เช่น สามารถอาศัยอยู่กับแมงป่องหรืออสรพิษได้ เป็นต้น ซึ่งเรามักจะเรียกสมรรถนะส่วนบุคคลว่าความสามารถพิเศษส่วนบุคคล

จิระประภา อัครบวร (2549) กล่าวว่า สมรรถนะในตำแหน่งหนึ่งๆ จะประกอบไปด้วย 3 ประเภท ได้แก่

1. สมรรถนะหลัก (Core competency) คือ พฤติกรรมที่ดีที่ทุกคนในองค์การต้องมีเพื่อแสดงถึงวัฒนธรรมและหลักนิยมขององค์การ

2. สมรรถนะบริหาร (Professional competency) คือ คุณสมบัติความสามารถด้านการบริหารที่บุคลากรในองค์การทุกคนจำเป็นต้องมีในการทำงาน เพื่อให้งานสำเร็จ และสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ วิสัยทัศน์ ขององค์การ

3. สมรรถนะเชิงเทคนิค (Technical competency) คือ ทักษะด้านวิชาชีพที่จำเป็นในการนำไปปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จ โดยจะแตกต่างกันตามลักษณะงาน โดยสามารถจำแนกได้ 2 ส่วนย่อย ได้แก่ สมรรถนะเชิงเทคนิคหลัก (Core technical competency) และสมรรถนะเชิงเทคนิคเฉพาะ (Specific technical competency)

จึงอาจสรุปได้ว่า สมรรถนะ (competency) สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก คือ ประเภทที่หนึ่ง สมรรถนะหลัก (Core competency) ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พนักงานทุกคนในองค์กรจำเป็นต้องมี ทั้งนี้เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้บรรลุเป้าหมายขององค์กร อาทิ ความรอบรู้เกี่ยวกับองค์กร ความซื่อสัตย์ ความใฝ่รู้ และความรับผิดชอบ เป็นต้น ประเภทที่สอง สมรรถนะตามสายงาน (Functional competency) ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พนักงานที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งต่างๆ ควรมีเพื่อให้งานสำเร็จและได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

2.1.5 การพัฒนาสมรรถนะ

การพัฒนาสมรรถนะ คือ การจัดทำหลักสูตรที่สามารถทำให้ครุมีความรู้ ทักษะ และมีความอยู่ด้วยกันหลายแนวคิดด้วยกันขึ้นอยู่กับบทบาท การนำไปใช้และผู้ที่เกี่ยวข้องโดยวิธีการพัฒนาเพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้และประสบการณ์ที่ต้องการ สามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. การพัฒนาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavioral Approach) นักทฤษฎีตามแนวคิดนี้ก็จะ ได้แก่ วัตสัน (Watson) ธอร์นไดค์ (Thorndike) และสกินเนอร์ (Skinner) ตามแนวคิดทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลที่เกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ของคนกับสิ่งแวดล้อม และนักทฤษฎีกลุ่มยังมี ความเชื่อว่าการปฏิบัติจะทำให้เกิดความรู้ ประสบการณ์และการปฏิสัมพันธ์ (McNergney and Herbert, 1998) ดังนั้นสมรรถนะตามมุมมองของนักพฤติกรรมนิยม คือ เน้นผลผลิตที่เกิดจากการทำงานของบุคคล มองผลผลิตอย่างเป็นรูปธรรมและสามารถวัดได้อย่างชัดเจน การอ้างอิงสมรรถนะจึงถูกพิจารณาจาก พฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้วัดได้ให้ความสำคัญกับความแตกต่างของแต่ละบุคคล ดังนั้นในการวัด สมรรถนะทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) จึงพิจารณาความสามารถที่ปรากฏ ชัดเจนของคุณลักษณะทางด้านทักษะความรู้และความสามารถในการนำไปใช้ (McKenzie & Cowley, 2003)

ตัวแบบการพัฒนาที่สำคัญของวิธีการพฤติกรรมนิยมคือตัวแบบความเชี่ยวชาญเชิงการปฏิบัติ และตัวแบบความเชี่ยวชาญเชิงเทคนิควิธีตัวแบบความเชี่ยวชาญเชิงการปฏิบัติ จะใช้ความรู้เกี่ยวกับ วิธีการปฏิบัติจะใช้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติในสถานการณ์ต่าง ๆ ของการทำงานเป็นพื้นฐาน ซึ่งหลักวิชาต่าง ๆ สามารถเปลี่ยนแปลงไปตามการปฏิบัติทฤษฎีการปฏิบัติอยู่บนมโนทัศน์ของวิธีการ ปฏิบัติและการทดลองในสถานการณ์ใหม่ ๆ มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่เกี่ยวข้องบนพื้นฐานของ การแสดงออกถึงความเชี่ยวชาญ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวแบบความเชี่ยวชาญเชิงเทคนิควิธีซึ่งมี พื้นฐานมาจากพฤติกรรมเชิงประจักษ์ คือ สมรรถนะความเชี่ยวชาญจะปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน ในผู้เชี่ยวชาญในระบบวิชาชีพ ทฤษฎีการปฏิบัติอยู่บนมโนทัศน์ของการประยุกต์เทคนิควิธีการจัดการ กับปัญหาต่างๆ ซึ่งการพัฒนาแบบนี้เน้นที่ทักษะที่ได้จากการทำงานและทักษะที่สามารถวัดผลได้ ฉะนั้นการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศจะมีการเน้นการใช้เครื่องมือทั้งที่เป็น Hardware และ Software และสามารถแก้ปัญหาเบื้องต้นในการแก้ปัญหาได้

2. การพัฒนาแบบองค์รวม วิธีนี้มีรากฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสติปัญญาที่เห็นว่า สมรรถนะมีความซับซ้อนและไม่สามารถแยกส่วนออกจากกันได้หรือแยกเป็นอิสระต่อกันได้แต่จะ รวมกันเป็นกลุ่มโครงสร้างหรือรวบรวมองค์ประกอบต่าง ๆ ไว้ด้วยกัน มีการเปลี่ยนแปลงตามเวลา และ สถานที่ของผู้ปฏิบัติองค์ประกอบต่างๆ ของสมรรถนะจะถูกรวบรวมไว้เป็นกลุ่ม แล้วมีการพิจารณา โดยใช้ข้อมูลย้อนกลับจากสภาพเดิม เพื่อตรวจสอบและปรับเปลี่ยน วิธีการพัฒนาลักษณะนี้ ซึ่งอาจจะแตกต่างจากวิธีการพัฒนาแบบพฤติกรรมนิยมที่เน้นความสำคัญของประสบการณ์ของบุคคล กระบวนการกลุ่ม

จากการศึกษาในเรื่องสมรรถนะ ผู้วิจัยจึงนำหลักแนวคิดของ David McClelland กล่าวถึง องค์ประกอบของสมรรถนะ 5 ส่วน คือ 1. ความรู้ (Knowledge) คือ 2. ทักษะ (Skill) คือ 3. บทบาททางสังคม (Social Role) มาใช้ในการศึกษาสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้ได้มาซึ่งการทำงานที่ดียิ่งขึ้นไป

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน

2.2.1 ความหมายการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลยุทธ์ในการบรรลุความมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน ภายใต้ความหมาย ของคำว่าความร่วมมือร่วมใจของประชาชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ยึดถือเป็น หัวใจ ของการทำงานมาตลอดแต่การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นมีหลายรูปแบบทั้งลักษณะของ ปัจเจกชน องค์กรและกลุ่มต่างๆ เป็นต้น ในระยะแรกของการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์ ที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดี และเริ่มต้นด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ (Knowledge) ด้าน การแพทย์ การสาธารณสุขเป็นจุดแรก เมื่อประชาชนมีความรู้แล้วจะนำไปสู่ การมีเจตคติ (Attitude) ที่ดีจนถึงการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Practice) ซึ่งนักสาธารณสุขได้ใช้หลักการนี้ เป็นแนวทางการ ดำเนินงานและจากการวิเคราะห์การเจ็บป่วยของประชาชนในอดีตพบว่าสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ประชาชนขาดความรู้ด้านการสาธารณสุขที่จำเป็น รวมทั้งขาดความรู้ในการบริการ สาธารณสุขของ หน่วยงานของรัฐนั่นเองและจากแนวคิด ที่ว่าหากประชาชนจะมีสุขภาพดี ประชาชนจะต้องเข้ามามี ส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้คอยส่งเสริมและ สนับสนุน กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของ ประชาชน จึงได้พยายามที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบของอาสาสมัคร และถือว่าเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการ ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2529) ได้ให้ความหมายว่า “ การสาธารณสุขมูลฐาน ” เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้านการสาธารณสุขเป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสานทั้ง ทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานและประเมินผลโดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูล ข่าวสาร การให้การศึกษา ฝึกอบรม และระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก ”

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ (2557) ให้ความหมายตามคำประกาศอัลมา-อตา พ.ศ. 2521 ว่า “ เป็นบริการสาธารณสุขอันจำเป็นแก่การดำรงชีวิตมนุษย์ ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ สอดคล้องกับความเป็นอยู่และเป็นที่ยอมรับของสังคม เข้าถึงชุมชน ครอบครัว และตัวบุคคลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเต็มที่ และสามารถพัฒนาให้เจริญก้าวหน้าต่อไปอย่างมั่นคงตามหลักการพึ่งตนเองและการตัดสินใจด้วยตนเอง ทั้งนี้จะต้องได้รับการเชื่อมต่อให้เป็นอันเดียวกันทั้งระบบการให้บริการสุขภาพของประเทศโดยถือว่าเป็นกลไกสำคัญยิ่งของการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของชุมชน ที่จะนำไปให้ถึงประชาชนยังที่พำนักอาศัยและที่ทำงาน ให้ดีที่สุดเท่าที่สามารถกระทำได้ ”

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช (2563) ได้ให้ความหมายว่า “ การสาธารณสุขมูลฐาน ” เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชนเอง จากการศึกษา สรุปได้ว่า ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน หมายความว่า “ กลวิธีหรือระบบบริการทางสาธารณสุขที่เพิ่มเติมจากระบบบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพที่ดำเนินการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก ”

2.1.2 หลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน

หลักการที่สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานมี 4 ประการ คือ

1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation = P.P หรือ Community Participation, Community Involvement = C.I) ซึ่งสำคัญตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่ เตรียมชุมชน การฝึกอบรม การติดตามดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ มิได้หมายถึงชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการพัฒนา หากแต่หมายถึงประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนของตนเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั้นเอง เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชน ทั้งนี้ โดยชุมชนมี

ความสามารถในการแยกแยะได้ว่าวิธีการแก้ปัญหาใดประชาชนในชุมชนสามารถแก้ไขได้ วิธีการใดอยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชน ก็ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ บุคคลหรือองค์กรภายนอกเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหา รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนมีได้หลายรูปแบบ ตัวอย่างของรูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้แก่

- การสำรวจและใช้ผลการสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)
- การจัดตั้งกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้านเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข
- การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)
- การคัดเลือกและฝึกอบรม อสม. กสค. เป็นต้น

2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology = AT) เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ควรเป็นเทคนิควิธีการที่ง่ายไม่ซับซ้อน ยุ่งยาก เหมาะสมกับแต่ ละสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้ เทคนิควิธีการซึ่งหมายรวมถึงแต่วิธีการค้นหาปัญหา ขบวนการในการแก้ไขปัญหา จนกระทั่งถึงเทคนิคในการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเอง เช่น การทำระบบ ประปาด้วยปล้องไม้ไผ่ การใช้สมุนไพรในชุมชน การใช้ระบบการนวดไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย เป็นต้น เทคนิคเหล่านี้อาจเป็นภูมิความรู้ดั้งเดิมในชุมชน ที่ชุมชนมีการถ่ายทอดในการแก้ไขปัญหา สาธารณสุขของตนเองมาเป็นเวลาช้านานแล้ว เช่น การใช้ยาหรือแพทย์แผนไทยในการรักษาพยาบาล โรคบางอย่าง หรือการนวดไทย หรือเป็นภูมิความรู้ใหม่ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชน ในการแก้ปัญหา เช่น การใช้อาหารเสริมในการแก้ไขปัญหากลไกการ การจัดทำโอ่งน้ำเพื่อเก็บน้ำ สะอาด เป็นต้น หากการเรียนรู้ไปยังอีกชุมชนหนึ่งในลักษณะที่ประชาชนถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน ด้วยกันเอง อาจเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ หรือโดยการสนับสนุนช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ โดย วิธีการที่เรียกว่า การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีระหว่างหมู่บ้าน หรือ TVDV (Technology cooperation among developing villages) จะทำให้ขบวนการเรียนรู้เหล่านี้เป็นไปโดยกว้างขวาง รวดเร็ว ซึ่งจะ เป็นประโยชน์กับประชาชนในการแก้ไขปัญหา ที่ประชาชนสามารถปฏิบัติได้

3) มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service = BHS) หรือ Health Infrastructure ระบบบริการของรัฐ และระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐ จะต้องปรับให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ด้วย ทั้งนี้โดยมีความมุ่งหมาย ดังนี้ คือ

- ต้องการให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการให้ทั่วไป (Coverage)
- การกระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน (Resource Mobilization)
- การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Referral System) ในช่วงเวลาที่

ผ่านมากระทรวงสาธารณสุข มีความพยายามที่จะปรับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐให้เอื้อต่องาน สาธารณสุขมูลฐาน ดังจะพิจารณาได้จากโครงการต่าง ๆ ที่สำคัญ คือ

- โครงการบัตรสุขภาพ
- โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการ และหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พอส.)

- คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

เป้าหมายของการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข ก็เพื่อที่จะทำให้ประชาชนสามารถที่จะเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริง การปรับเปลี่ยนระบบบริการจะต้องมีการดำเนินงานในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นระดับสถานีอนามัยซึ่งอยู่ใกล้ชุมชน โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ในระดับจังหวัด รวมทั้งสถานบริการเฉพาะทางต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงเป็นธรรม และได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อมีความจำเป็น

4) การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น ๆ (Intersectoral Collaboration = IC) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกันได้ ทั้งภายในกระทรวงและต่างกระทรวง แนวคิดที่สำคัญของการดำเนินงานในด้านนี้ คือ การประสานเพื่อให้หน่วยงานอื่นทำงานในความรับผิดชอบของหน่วยงานนั้น ๆ ในลักษณะที่ส่งเสริมหรือสอดคล้องกับการพัฒนาด้านสุขภาพ ไม่ใช่ขอให้บุคลากรของหน่วยงานอื่นมาร่วมกันปฏิบัติงานภาคสาธารณสุข ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การประสานงานระหว่างสาขาเป็นไปอย่างได้ผล คือ ความสามารถในการวิเคราะห์ว่า การดำเนินงานเรื่องอะไร ของหน่วยงานใดจะมีส่วนในการส่งเสริมการมีสุขภาพดี เช่น การศึกษา การเกษตร การปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมบทบาทขององค์กรชุมชน ฯลฯ

การประสานความร่วมมือต้องดำเนินการในหลายระดับ แต่ที่สำคัญนั้นหากสามารถสร้างให้เกิดความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาในชุมชนเป็นหลัก โดยให้ชุมชนเป็นผู้กำหนดหรือตัดสินใจ ก็จะช่วยให้ความร่วมมือที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ รูปแบบสำคัญที่มีการศึกษาวิเคราะห์และมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการประสานงานระหว่างสาขา คือ การใช้ จปฐ. เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งในแง่ของการส่งเสริมการประสานงานระหว่างสาขานั้นถูกเน้นหนัก คือ การประสานงานเพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ ยอมรับและร่วมกันใช้เป้าหมาย จปฐ. ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของตนเองเป็นเป้าหมายในการทำงานกับประชาชนในพื้นที่ หรือหากจะมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายและตัวชี้วัด จปฐ. ก็ต้องปรับเปลี่ยนโดยมุ่งวิเคราะห์ให้เห็นประโยชน์ต่อการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชน

2.1.3 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยนั้น มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน โดยเป็นองค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Service) ซึ่งรัฐบาลได้เป็นผู้จัดให้แก่ประชาชน ประกอบด้วย

บริการแบบผสมผสาน 4 ด้าน คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสามารถแยกออกเป็นงานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองออกเป็นงานต่างๆ ซึ่งเรียกว่าเป็น องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน จากเดิมตามสาระสำคัญของกฎบัตรอัลมา - อตา นั้น กำหนดไว้ 8 องค์ประกอบ ต่อมาได้ประกาศเพิ่มอีก 2 ประการเมื่อ พ.ศ. 2530 คือ งานส่งเสริมสุขภาพฟัน และงานส่งเสริมสุขภาพจิต จากนั้นเมื่อ พ.ศ. 2534 ได้ประกาศเพิ่มเติมอีก 4 ประการ คือ งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานคุ้มครองผู้บริโภค งานป้องกันควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ และงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ รวมเป็นจำนวน 14 องค์ประกอบ คือ

1. งานโภชนาการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีหน้าที่กระตุ้นเตือนให้ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหาโภชนาการที่เกิดขึ้น เช่น โรคขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ขวบ หรือเด็กแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำเป็นต้น โดยร่วมมือกับกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำ กลุ่มแม่บ้าน ในการค้นหาสำรวจสภาวะอนามัยเด็ก ชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ขวบ ทุกคนเป็นประจำ เมื่อพบเด็กคนใดที่ขาดสารอาหารก็ดำเนินการให้อาหารเสริมโดยเร็ว ให้ความรู้แก่แม่ในการให้อาหารแก่ทารก ตลอดจนส่งเสริมการปลูกผัก เลี้ยงสัตว์ เพื่อนำมาเป็นอาหาร

2. งานสุขศึกษา ให้สุขศึกษาในเรื่องต่าง ๆ เช่น ปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น การร่วมกันแก้ไขปัญหา เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้แก่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน

3. การรักษาพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้การรักษาพยาบาลที่จำเป็นเบื้องต้นแก่ชาวบ้าน ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการรักษาพยาบาล และชี้แจงให้ทราบถึงสถานบริการของรัฐ ตลอดจนส่งต่อผู้ป่วยถ้าเกินความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

4. การจัดหาที่จำเป็น ดำเนินการจัดตั้งกองทุนและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน หรือจัดหาที่จำเป็นไว้ให้บริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และดำเนินการให้ประชาชนสามารถซื้อยาที่จำเป็นเหล่านี้จากกองทุน หรือ ศสมช. ได้สะดวก รวดเร็ว และมีราคาถูกลง

5. การสุขาภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชี้แจงให้ประชาชน กรรมการหมู่บ้าน ทราบถึงความสำคัญของการจัดหาน้ำสะอาดไว้ดื่ม การสร้างส้วม การกำจัดขยะมูลฝอย และการจัดบ้านเรือนให้สะอาด เป็นต้น

6. อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชี้แจงและจูงใจให้ประชาชนทราบถึงความสำคัญของการวางแผนครอบครัว ความจำเป็นของการดูแลก่อนคลอด (การฝากครรภ์) และการดูแลหลังคลอด นัดหมายมารดามารับบริการ และความรู้ในการปฏิบัติตน การกินอาหาร ชั่งน้ำหนัก และวัดความดันโลหิต นัดเด็กมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ

7. งานควบคุมป้องกันโรคติดต่อในท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชี้แจงให้ประชาชนทราบว่าในหมู่บ้านมีโรคอะไรที่เป็นปัญหา เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคพยาธิ ไข้เลือดออก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา รวมทั้งการร่วมมือกันในการดำเนินการควบคุม และป้องกันมิให้เกิดโรคระบาดขึ้นได้

8. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงความสำคัญของการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ และนัดหมายเจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการแก่ประชาชนตามจุดนัดพบต่าง ๆ

9. การส่งเสริมสุขภาพฟัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชี้แจง และให้ความรู้กับประชาชนถึงการดูแลฟัน การรักษาสุขภาพช่องปากและฟัน นัดหมายประชาชนให้มารับบริการในสถานบริการหรือเมื่อมีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เข้ามาในชุมชน

10. การส่งเสริมสุขภาพจิต อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงการส่งเสริมสุขภาพจิต การค้นหาผู้ป่วยในระดับชุมชน เพื่อจะได้รับการแนะนำ การรักษาที่ถูกต้อง

11. อนามัยสิ่งแวดล้อม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมกับประชาชน ประชาชนทุกคนเฝ้าระวังมิให้มีการกระทำที่ก่อให้เกิดมลภาวะ องค์กรชุมชนร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาของชุมชนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเป็น พิษ ส่งเสริมและให้ความรู้เรื่องสารเคมีในการเกษตร แจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการกับผู้กระทำผิด

12. คุ้มครองผู้บริโภค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับประชาชนสอดส่องดูแลพฤติกรรมของร้านค้า รถขายยาเร่ ฯลฯ หากพบเห็นผู้กระทำผิดกฎหมายก็ แจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกันให้ความรู้แก่เพื่อนบ้านในการเลือกซื้อสินค้า เช่น อาหาร เครื่องปรุงรส ขนม เครื่องสำอางที่มีมาตรฐานตามเกณฑ์ อย. มาใช้ ตลอดจนอาจจัดตั้งกลุ่ม ชมรม เพื่อร่วมมือประสานงานกันดูแลประชาชนในพื้นที่

13. การป้องกันควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกันค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็ง พร้อมทั้งจัดทำทะเบียน รายชื่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาหรือส่งต่อ วิธีการปฏิบัติตนให้พ้นจากการเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ต่าง ๆ ให้ความรู้แก่ประชาชนถึงแนวทางการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย ตลอดจนสร้างเสริมความมั่นใจและเอื้ออาทรต่อผู้พิการในชุมชนและร่วมกันฟื้นฟูสภาพผู้พิการ

14. เอดส์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ความรู้กับประชาชน ให้ทราบถึงความสำคัญ และความจำเป็นในการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ร่วมกัน จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะชีวิต และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุม

โรคเอดส์ ตลอดจนมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ให้สามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้โดยชุมชนยอมรับ และไม่แพร่กระจายโรคเอดส์สู่คนในชุมชน

กล่าวโดยสรุปแล้ว การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การควบคุมป้องกันโรค การคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้นำกลวิธีทางการสาธารณสุขมูลฐานเป็นประกอบการศึกษาสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2.3 บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2.3.1 ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน

- 1) เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่ และประชาชนในหมู่บ้าน
- 2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่างๆ 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน
- 3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ฯลฯ
- 4) หมั่นเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. ในการ
 - 4.1) จัดทำศูนย์ข้อมูล ข่าวสารของหมู่บ้าน
 - 4.2) ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของหมู่บ้าน/ชุมชน
 - 4.3) ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน
- 5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น ในเรื่องโภชนาการขาดสารอาหาร และขาดธาตุไอโอดีน อนามัยแม่และเด็ก ติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น เป็นต้น
- 6) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหา และพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน (กฤษยาภัสสร ขาวปทุมทิพย์, 2556)

2.3.2 ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 กำหนดในหมวด 3 ข้อ 27 กำหนดบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไว้ดังต่อไปนี้

- 1) ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

2) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุข
 มูลฐาน

3) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หรือบทบัญญัติ
 ของกฎหมายอื่นๆ

4) จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพ
 ของท้องถิ่น

5) เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของ
 ชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วน
 ท้องถิ่น และแหล่งอื่น ๆ

6) ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข
 ของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้าน
 สุขภาพ

7) ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ

8) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะ
 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

9) ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ ของ
 หน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่นๆ ในท้องถิ่น

2.3.3 ตามนโยบายการพัฒนา อสม. 4.0

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขมุ่งหวังให้ประชาชนได้รับการส่งเสริม ป้องกัน
 ควบคุมโรค รักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพอย่างเท่าเทียมทุกกลุ่มวัย และพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มี
 คุณภาพ โดยมุ่งเน้นการป้องกันควบคุมโรคมากกว่าการรักษา และลดความเหลื่อมล้ำในสังคมเพื่อให้
 ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มีเป้าหมายให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้การมีส่วน
 ร่วมของทุกภาคส่วน หนึ่งในแผนงานตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขได้กล่าวถึงการพัฒนา
 เครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพเป็นการสร้างกำลังคน
 พลังเครือข่ายด้านสุขภาพให้สามารถทำงานและสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดูแล
 สุขภาพของประชาชน นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนต่อไป โดยสร้างกลไก
 การจัดการสุขภาพให้ไปสู่พื้นที่เพื่อให้มีความเหมาะสมกับชุมชนหรือท้องถิ่นนั้น ๆ รวมทั้งเปิดโอกาส
 ให้กับเอกชนและหน่วยงานภายนอกเข้ามามีส่วนในการดูแล จัดการสุขภาพ ส่งผลให้เอื้อต่อการ
 พัฒนาประเทศในทุกๆ ด้าน เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัยของกระทรวง
 สาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน จึงได้พัฒนาศักย
 ภาพเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพภาคประชาชน ให้เป็นกำลังคนที่มีพลังสำคัญในการขับเคลื่อนงาน

สุขภาพภาคประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ให้มีบทบาทในการเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชนตามกลุ่มวัยแบบบูรณาการ มีทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และเป็นแกนนำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยประสานงานวางแผนด้านสุขภาพ จัดการงบประมาณจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และประเมินผลการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ตลอดจนเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถถ่ายทอดความรู้ไปสู่การดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว และชุมชนทุกช่วงวัยสู่การพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน รวมถึงให้องค์กร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นผู้ดำเนินการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชน จึงมีนโยบายในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็น อสม. 4.0 ขึ้น โดยกำหนดคุณสมบัติของ อสม. 4.0 ไว้ดังนี้

1) ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Skill) หมายถึง ทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ใช้แอปพลิเคชัน (Application Smart อสม.) โทรศัพท์มือถือ แบบสมาร์ทโฟน (Smart Phone) คอมพิวเตอร์ (Computer) ในการติดต่อสื่อสาร เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ รวมทั้งใช้ในการปฏิบัติงานได้

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ โต้ตอบซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับ เลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

3) การเป็นผู้ประกอบการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (Change Agent) และการเป็นผู้ดำเนินการจัดการสุขภาพชุมชน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ และเป็นผู้ร่วมดำเนินการ สั่งการ ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่พึ่งตนเองได้

4) ความรู้ และทักษะด้านการปฐมพยาบาลและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (First Aid) พร้อมเป็นจิตอาสา

2.2.4 ตามนโยบายการพัฒนาระดับ อสม. ให้เป็น อสม. หมอประจำบ้าน

ในปีงบประมาณ 2563 รัฐบาลมีนโยบายด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาและยกระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็น อสม. หมอประจำบ้าน โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์เข้ามาสนับสนุนการดำเนินงาน พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุขในชุมชน ผ่านการพัฒนากระบวนการแพทย์ทางไกลควบคู่ไปกับการเพิ่มบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในฐานะบุคลากรที่เป็นเครือข่ายที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับชุมชน โดยกำหนดบทบาทของ อสม. หมอประจำบ้านไว้ดังนี้

- 1) สนับสนุนให้มีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ทุกครัวเรือน
- 2) เป็นพี่เลี้ยงให้ อสค. ดูแลสุขภาพคนในครอบครัว ทุกครัวเรือน
- 3) เผื่อระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่
- 4) ส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ
- 5) ถ่ายทอดความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์
- 6) การใช้เครื่องมือสื่อสารและแอปพลิเคชันในการคัดกรอง ประเมินสุขภาพร่วมกับ

ทีมหมอครอบครัว (Tele-medicine) เป็นแกนนำเครือข่ายสุขภาพและจัดการปัญหาสุขภาพครอบครัว ชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย เข้าถึง และใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผน แก้ไขปัญหา และรายงานผล

จากการศึกษาบทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน, ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, ตามนโยบายการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 และตามนโยบายการพัฒนาระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทมากมายในการทำงานร่วมกับชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำหมู่บ้าน และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำบทบาทและหน้าที่ดังกล่าวมาข้างต้น มาประกอบการศึกษาสมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2.4 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

2.4.1 ความเป็นมาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) ได้อธิบายเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ประกอบด้วย ลักษณะของโรค อาการของผู้ป่วย การรักษา ลักษณะของเชื้อไวรัส การป้องกันตนเองและการแพร่กระจายของเชื้อ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ไวรัสโคโรนาลายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) เป็นต้น ซึ่งเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคน และสามารถแพร่เชื้อ

จากคนสู่คนได้โดยเชื้อไวรัสนี้พบครั้งแรกในการระบาดในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีนในช่วงปลายปี 2019

1. อาการของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อาการทั่วไป ได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีมีอาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรือ อาจเสียชีวิต

2. การรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการป่วยต่าง ๆ โดยปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค

3. ลักษณะของเชื้อไวรัส

ระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ของเชื้อในสิ่งแวดล้อม เช่น บนสิ่งของ อาหาร ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่บนพื้นผิวได้นานเพียงใด ขณะที่ข้อมูลเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าไวรัสอาจอยู่รอดได้ในไม่กี่ชั่วโมง โดยน้ำยาฆ่าเชื้อสามารถฆ่าเชื้อไวรัสไม่ทำให้สามารถแพร่เชื้อได้

4. ความรุนแรงของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เมื่อเทียบกับไวรัสโคโรนาสายพันธุ์อื่น ๆ นั้น ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีอาการคล้ายไข้หวัด อาการทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต แม้ว่าอาการหลายอย่างจะคล้ายคลึง แต่เนื่องจากเกิดจากเชื้อไวรัสที่แตกต่างกัน จึงเป็นเรื่องยากที่จะสามารถระบุโรคตามอาการเพียงอย่างเดียว จึงต้องอาศัยการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันเชื้อ

5. การแพร่กระจายของเชื้อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส (Contact) กับสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ หรือแพร่กระจายเชื้อจากฝอยละอองน้ำมูก น้ำลาย (Droplet) จากผู้ป่วยที่มีเชื้อโดยการ ไอ หรือจาม

6. การป้องกันตนเอง

- ออกกำลังกายสม่ำเสมอและพักผ่อนให้เพียงพอ
- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และครบ 5 หมู่
- ไม่คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วย
- แนะนำให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัย ปิดปากปิดจมูกเวลา ไอ หรือจาม
- ควรล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ โดยเฉพาะเมื่อสัมผัสกับสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

ก่อนรับประทานอาหาร

อาหาร และหลังขั้วถ่าย

- ควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่แออัด หรือที่ชุมชนสาธารณะที่มีคนอยู่เป็นจำนวนมาก เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ

2.4.2 มาตรการควบคุมการระบาด

หลังจากที่ประเทศจีน รายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคปอดอักเสบจากเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ เมื่อปลายเดือนธันวาคม 2562 ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มวางมาตรการตรวจคัดกรองผู้เดินทางจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลเหอเป่ย์ซึ่งพบการระบาดของโรคนี้เป็นแห่งแรกในจีน โดยการคัดกรองเริ่มดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2563 ที่ 5 สนามบิน ได้แก่ สนามบินสุวรรณภูมิดอนเมือง เชียงใหม่ ภูเก็ต กระบี่ ด้วย เครื่องวัดอุณหภูมิ แต่ด้วยสถานการณ์การระบาด ณ. ปัจจุบันโรคนี้ได้ลุกลามไปทั่วประเทศจีน และแพร่ กระจายไปยังอีกหลายสิบประเทศรวมทั้งประเทศไทย หลังจากพบผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นหญิงชาวจีนเมื่อวันที่ 13 ม.ค. 2563 สถานการณ์การระบาดในไทยก็เข้าสู่ระยะที่ 2 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ เนื่องจากพบมีการติดเชื้อ จากคนสู่คนภายในประเทศ มาตรการของกระทรวงสาธารณสุข จึงเข้มข้นขึ้น โดยมุ่งเป้าเพื่อค้นหาผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเพื่อให้เข้าสู่การแยกโรค นอกจากนี้ยังมีการขยายกลุ่มเฝ้าระวังให้ครอบคลุมคนที่ทำงานกับ นักท่องเที่ยวจีน เช่น ไกด์นำเที่ยว คนขับรถสาธารณะ พนักงานขายของ เป็นต้น และยกระดับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเป็นระดับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อติดตามสถานการณ์โรคทั้งในประเทศและต่างประเทศอย่าง ใกล้ชิดและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยบูรณา การของทุกกระทรวงรวมทั้งประสานงานกับองค์การอนามัยโลกและประเทศในอาเซียนเพื่อการดำเนินการ อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยมาตรฐานระดับสูงสุดในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อได้แก่

- 1) ทำการคัดกรองผู้ที่เดินทางมาจากประเทศจีนแผ่นดินใหญ่ ณ ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่าง ประเทศใน 6 ท่าอากาศยาน ได้แก่ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิดอนเมือง เชียงใหม่ เชียงราย ภูเก็ต และกระบี่
- 2) แจ้งให้สถานพยาบาลทำการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการใช้ร่วมกับมีอาการระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยหอบ และมีประวัติการเดินทางจากประเทศจีนแผ่นดินใหญ่ ภายใน 14 วัน
- 3) การเฝ้าระวังในชุมชน โดยให้ความรู้ประชาชน เมื่อพบนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาด ของโรค มีอาการใช้ร่วมกับมีอาการระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยหอบ ให้แจ้ง บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ หรือ สายด่วนกรมควบคุมโรค DDC Hotline

4) แนะนำให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการเดินทางไปประเทศจีนแผ่นดินใหญ่ หากเดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ที่มีการระบาด ภายใน 14 วัน หากมีใช้ร่วมกับอาการทางเดินหายใจ ได้แก่ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยหอบ ควรรีบพบแพทย์ทันทีพร้อมทั้งแจ้งประวัติการเดินทางให้เจ้าหน้าที่ทราบ

จากการศึกษาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือว่าเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพในระดับชุมชนจนเป็นที่ยอมรับของสังคมไทย และองค์การอนามัยโลกมาจนถึงปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงนำหลักการดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนาการศึกษาสมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2.5 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจ บทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริม และสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวนกว่า 1,054,729 คน (รวมอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร หรือ ออส.) เป็นกลไกที่สำคัญในการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ดูแลประชาชนในชุมชนอย่างใกล้ชิด ซึ่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เคยมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคระบาดที่คุกคามโลกมาแล้ว เช่น โรคไข้หวัดนก จนได้รับคำชื่นชมจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) สำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กรุงนิวเดลี เคยกล่าวชื่นชมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมโรคระบาดที่คุกคามโลก ในปี 2550 หลังการระบาดครั้งใหญ่ของไข้หวัดนก โดยได้ตีพิมพ์หนังสือชื่อ Role of Village Health Volunteers in Avian Influenza Surveillance in Thailand พูดถึงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวังไข้หวัดนก โดยระบุว่า เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้การเฝ้าระวังไข้หวัดนกในประเทศไทยประสบความสำเร็จ

และเป็นอีกครั้งที่ WHO ได้กล่าวถึงผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 73 รูปแบบ Video Conference อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ว่า “เรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องบังเอิญ เพราะตลอด 40 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยทุ่มเทให้การลงทุนสำหรับโครงสร้างขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข ทั้งยังนำกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations) มาปรับใช้อีกด้วย ซึ่งประเทศไทยมี

เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่า 1 ล้านคน ซึ่งทำหน้าที่เป็นหูเป็นตา คอยดูแลสอดส่องระบบสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญอย่างมากในการรับมือกับโรคโควิด 19 โดยที่ประเทศไทยเคยได้รับบทเรียนที่ผ่านมาจากอดีตรวมไปถึงประสบการณ์ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคซาร์ส (SAR : Severe Respiratory Syndrome) เมื่อปี 2003” โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้พัฒนาองค์ความรู้ แนวทาง และกำหนดบทบาทให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินการดังกล่าว โดยแบ่งเป็นช่วงระยะของการดำเนินการดังนี้

2.5.1 ช่วงที่ 1 ตั้งแต่มีการระบาด ถึง กุมภาพันธ์ 2563 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จัดกิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาด จัดสภาพแวดล้อม Big Cleaning Week มีประชาชนร่วมกิจกรรม จำนวน 1,373,275 คน พร้อมทั้งให้ความรู้การป้องกันตนเองแก่ประชาชน (กินร้อน ช้อนกลางส่วนตัว สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่างสังคม) คน 7,424,625 จำนวน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้ากากอนามัยจากผ้าใช้เอง และแจกจ่ายให้แก่ประชาชนในพื้นที่รวมทั้งสองชาวบ้านทำหน้ากากอนามัยจากผ้า จำนวน 3,626,950 ชิ้น

2.5.2 ช่วงที่ 2 ในช่วงระหว่างวันที่ 2 - 26 มี.ค.63 กำหนดกิจกรรม “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เคาะประตูบ้านต้านโควิด 19” โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ออกเคาะประตูบ้านให้ความรู้ แจกข่าวสาร คัดกรองกลุ่มเสี่ยง และจัดทำบัญชีรายชื่อแจ้งกลุ่มเสี่ยงให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ตามหนังสือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ สธ 0705.03/ว68 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2563 และหนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0705.03/ว153 ลงวันที่ 6 มีนาคม 2563 โดยกำหนดแนวทาง “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เคาะประตูบ้านต้านโควิด 19”

โดยกำหนดบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เคาะประตูบ้านต้านโควิด 19” ในชุมชน ทำการตรวจคัดกรองประชาชนในละแวกรับผิดชอบของตนเอง ให้ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. จำแนกกลุ่มเป้าหมาย
 - 1.1 กลุ่มเสี่ยง (เป็นผู้ที่เดินทางมาจากกลุ่มประเทศที่มีความเสี่ยงสูงๆ ภายในระยะเวลา 14 วัน)
 - 1.2 ประชาชนทั่วไป
2. คัดกรองอาการสำคัญ
 - 2.1 เป็นกลุ่มเสี่ยง

○ มีไข้แจ้งเจ้าหน้าที่ ขึ้นทะเบียนและกักตัวตามสถานที่ที่ภาครัฐกำหนด อย่างต่ำเป็นระยะเวลา วัน 14

○ ไม่มีไข้แจ้งเจ้าหน้าที่ ขึ้นทะเบียนและกักตัวที่บ้านตนเอง อย่างต่ำเป็นระยะเวลา 14 วัน ให้วัดไข้ทุกวัน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โทร/ไลน์/วิดีโอคอล เพื่อติดตามสอบถามอาการ (ไม่ควรสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงโดยตรง)

2.2 เป็นประชาชนทั่วไป

○ มีไข้ร่วมกับมีอาการไอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อย จาม เจ็บคอ แจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพ. ใน 24 ชั่วโมง

○ ไม่มีอาการ แนะนำประชาชนให้เฝ้าระวังอาการผิดปกติที่พบ ได้แก่ “มีไข้ร่วมกับมีอาการไอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อย จาม เจ็บคอ” หากพบให้แจ้ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพ. ภายใน 24 ชั่วโมง

***ติดสติ๊กเกอร์ ทำสัญลักษณ์ครัวเรือนที่ได้คัดกรอง

3. ติดตามเฝ้าระวัง

3.1 กลุ่มเสี่ยง

○ มีไข้ประสานงานเจ้าหน้าที่ ติดตามผลการกักตัวตามสถานที่ที่ภาครัฐกำหนด ตลอดระยะเวลา วัน 14

○ ไม่มีไข้ติดตามสอบถามอาการของกลุ่มเสี่ยง ระหว่างการกักตัวที่บ้านตนเอง ตลอดวัน 14 โดย โทรและ (ไม่ควรสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงโดยตรง) วิดีโอคอล/ไลน์/ประสานงานกับเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด

3.2 เป็นประชาชนทั่วไป

○ มีไข้ร่วมกับมีอาการไอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อย จาม เจ็บคอ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด

○ ไม่มีอาการ ออกดูแล ให้ความรู้ ความเข้าใจ แนะนำประชาชน เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด 19 ไม่ให้ตื่นตระหนก อีกทั้ง ให้เฝ้าระวังอาการผิดปกติ ได้แก่ “มีไข้ร่วมกับมีอาการไอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อย จาม เจ็บคอ” หากพบ ให้แจ้งให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทราบ เพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพ. ภายใน 24 ชั่วโมง ต่อไป

4. การรายงานผลงาน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บันทึกรายงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด 19) และรายงานผลการดำเนินงานผ่าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ออนไลน์ หัวข้อรายงานเหตุ "เฝ้าระวังโควิด19" (เจ้าหน้าที่บันทึกใน www.thaiphc.net)

**** ทั้งนี้จะมีการฝึกอบรมให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีทักษะในการติดตามกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ให้มีความชำนาญและป้องกันตนเองได้

2.5.3 ช่วงที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 27 มี.ค. 63 (ช่วงที่มีการเดินทางออกจาก กทม. และปริมณฑล ไปต่างจังหวัด) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนดมาตรการสำคัญเร่งด่วนในการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันการระบาดของโรคดังกล่าว กำหนดกิจกรรม “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เคาะประตูบ้าน ด้านโควิด 19 : คั่นให้พบจบใน 14 วัน” เพื่อค้นหา กลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้าไปภายในชุมชน และติดตามสังเกตอาการกลุ่มเสี่ยง ณ ที่พักอาศัย (Quarantine) จนครบ 14 วัน โดยมีหนังสือขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ขอให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมเป็น “ทีมอาสาโควิด-19” ระดับตำบล/ชุมชน โดยดำเนินการร่วมกับกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ ในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ คณะกรรมการหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่

2. ร่วมกันดำเนินการ “คั่นให้พบ จบใน 14 วัน” โดยค้นหา และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในหมู่บ้าน/ชุมชน หากพบกลุ่มบุคคลดังกล่าว ให้ดำเนินการให้คำแนะนำ ติดตาม และเฝ้าสังเกตอาการ ณ ที่พักอาศัย (Home Quarantine) อย่างเคร่งครัด เป็นระยะเวลา 14 วัน

3. จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยง และส่งรายงานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทราบ เพื่อให้หน่วยบริการสาธารณสุขรายงานข้อมูลดังกล่าวผ่าน www.thaiphc.net ทุกวัน

ซึ่งการดำเนินงานในช่วงนี้เป็นไปด้วยความเข้มข้นภายใต้สถานการณ์ที่ตึงเครียดของทุกฝ่ายทั้งภายในประเทศไทย และต่างประเทศ ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงจำเป็นต้องปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเพื่อความปลอดภัยของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนในชุมชน

โดยมีผลการดำเนินงานดังนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เคาะประตูบ้าน คั่นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยง จำนวน 14,074,193 หลังคาเรือน พบกลุ่มเสี่ยงทั้งที่เดินทางมาจากต่างประเทศ กรุงเทพและปริมณฑล และผู้ใกล้ชิดหรือสัมผัสกลุ่มเสี่ยง จำนวน 1,035,203 คน และได้เยี่ยมติดตามกลุ่มเสี่ยงที่บ้าน (Home Quarantine) จำนวน 1,016,711 คน (ร้อยละ 98) (ข้อมูลจาก Thaiphc.net ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2563) และเกิดนวัตกรรมวิธีการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์โควิด 19 ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) Delivery โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครอาสาให้ผู้ป่วยเรื้อรัง ตรวจสุขภาพ วัดความดัน เจาะเลือดผู้ป่วยเบาหวานถึงบ้าน การกำหนดมาตรการทางสังคม เช่น การตั้งด่านตรวจคัดกรอง วัดอุณหภูมิก่อนเข้าหมู่บ้าน/ชุมชน เว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ในทุกกิจกรรมของชุมชน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563)

2.5.4 ช่วงที่มีมาตรการผ่อนปรน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) และร่วมสร้างมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้กำหนดแนวทางและบทบาทสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการร่วมกับชุมชนในการสร้างวิถีชีวิตใหม่ ดังนี้

1. ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ Social Distancing กับประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความตระหนักให้กับประชาชน ในการปฏิบัติตัวเว้นระยะห่างทางสังคม ทั้งภายในครอบครัว และที่สาธารณะ

- ออกเคาะประตูบ้าน ให้ความรู้และเผยแพร่สื่อความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

- ให้ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ ตามวิถีชุมชน ทั้ง หอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน เสียงตามสาย รถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ (เช่น รถสามล้อ รถซาเล้ง รถแห่เคลื่อนที่ รถแห่เครื่องเสียง รถจักรยานยนต์ประชาสัมพันธ์ฯลฯ) เวทีประชุมในชุมชน สื่อโซเชียล (เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก)

2. ร่วมสร้างมาตรการ Social Distancing ในชุมชน

- จัดสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อมาตรการดังกล่าว ได้แก่ จัดระเบียบในตลาดสด ตลาดนัด (จัดเว้นระยะห่างในการยืนซื้อของ) รถเร่ขายอาหาร ร้านค้า ร้านขายอาหารในชุมชน งานศพ (เสิร์ฟอาหารจานเดียว เว้นระยะห่างที่นั่ง) งานบุญ ที่ประกอบศาสนกิจ

- ร่วมเป็นทีมตั้งด่านชุมชน ให้ความรู้และคัดกรองตามมาตรการสังคม

- ร่วมเป็นทีมเฝ้าระวัง ติดตาม ตักเตือน แนะนำ ในกรณีที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการฯ

- ในกรณีกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักกันตัวอยู่ที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมเป็นทีมเฝ้าระวัง ติดตามให้ผู้ถูกกักกัน ปฏิบัติตัวตามมาตรการที่กำหนดไว้

3. เป็นต้นแบบในการปฏิบัติตัวด้าน Social Distancing ให้กับประชาชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคคลในครอบครัว ปฏิบัติตนเป็นครอบครัวต้นแบบให้กับชุมชน เช่น การจัดงานวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แห่งชาติ (20 มีนาคม 2563) ในเทศกาลสงกรานต์ มีการสรงน้ำพระพุทธรูปที่บ้าน ขอพรญาติผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเว้นระยะห่าง 2 เมตร ตามประกาศของกระทรวงวัฒนธรรมและหนังสือขอความร่วมมือของกรม สบส. (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563)

จากการศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนตามที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด ผู้วิจัยจึงได้นำเอาบทบาทดังกล่าวนี้มาใช้ประกอบการศึกษาสมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2560) ได้ศึกษาสถานการณ์งานสุขภาพภาคประชาชนในปัจจุบัน และทิศทางการพัฒนาในอนาคต ผลการศึกษา พบว่าบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ประกอบด้วย บทบาทในทีม หมอครอบครัว ที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การสำรวจ/รวบรวมข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ เพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพ และการเป็นแบบอย่างที่ดีด้าน พฤติกรรมสุขภาพ บทบาทในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์/จัดรณรงค์ให้ความรู้ในการเข้าถึงบริการและสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพบทบาทในการ ดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ และหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ การจัดกิจกรรม และร่วมรณรงค์ด้านสุขภาพ ตีวิถีไทย บทบาทในการทำงานร่วมกับ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้แก่ การประสานแลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงานในพื้นที่ เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน

ธัญญาสิริ ธนยสวัสดิ์ และคณะ (2562) ศึกษาระดับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมีความรู้อยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 2.96, SD=0.08) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.29, SD=0.68) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.53, SD=0.57) ด้านสัมพันธภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับประชาชน ผู้นำท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.76, SD=0.46) ด้านการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับน้อย (\bar{X} = 2.41, SD=0.60) ปัจจัยด้านความรู้ด้านการดำเนินงานการจัดการหมู่บ้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในระดับปานกลาง ($r=0.514$, $p=0.000$) ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทค่อนข้างต่ำ ($r=0.236$, $p=0.007$) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่ำมาก ($r=0.191$, $p=0.030$) แต่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

กำธร มาลาธรรม และพรทิพย์ มาลาธรรม (2558) ได้ศึกษาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศไทยกรณีการระบาดของโควิด -19 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปและแบ่งปันประสบการณ์ว่าประเทศไทยจัดการและควบคุมการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ได้อย่างไร ผลการศึกษาพบว่า ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์สุขภาพทำให้เราสามารถทราบกลุ่มอาการและสาเหตุของโรคได้อย่างรวดเร็ว ความสามารถในการแพร่เชื้อไวรัสก่อนที่จะเกิดอาการทำให้การควบคุมเป็น

เรื่องยาก อย่างไรก็ตามแนวทางปฏิบัติในการป้องกันเบื้องต้น เช่น การรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) การสวมหน้ากากอนามัยการล้างมือ การตรวจคัดกรองโรค และการแยกผู้ป่วย ในระยะเริ่มต้นสามารถชะลอการแพร่ระบาดในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย กรณีของประเทศไทยได้ใช้มาตรการป้องกันที่จำเป็นอย่างเข้มข้นตั้งแต่ช่วงแรกของการแพร่ระบาดโดยมีผู้นำรัฐบาล โครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพ มีการมีส่วนร่วม และการทำงานร่วมกันของประชาชนที่แข็งแกร่งของทุกภาคส่วนในประเทศ แม้ว่าจะมีการระบาดที่น่าเป็นห่วง แต่ในที่สุดประเทศไทยก็ประสบความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดภายในเวลาไม่กี่เดือน โดยการให้คำแนะนำแก่ประชาชนที่ถูกต้อง การปิดกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคม การบริจาคและพัฒนานวัตกรรมสุขภาพโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในช่วงเวลาวิกฤต สุดท้ายเราควรตื่นตัวและพร้อมที่จะใช้มาตรการป้องกันอย่างเข้มข้นต่อการแพร่ระบาดระลอกใหม่อย่างทันทั่วทั้งที่เพราะมีแนวโน้มว่าการระบาดครั้งนี้จะไม่สิ้นสุดในเร็ว ๆ นี้

ภูติ เตชาติวัฒน์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน การป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ในประเทศไทย (The Roles of Village Health Volunteers : COVID19 Prevention and Control in Thailand) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวน บทบาทหลักของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรค เพื่อพร้อมรับกับความท้าทายที่เกิดขึ้นทั้ง ปัจจุบันและในอนาคต ผลการศึกษาพบว่า ผลการดำเนินงานของ อสม. ในพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งใน การลดการแพร่ระบาดของโควิด -19 ในช่วงที่เกิดโรคระบาดภายในประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย อสม. มีบทบาทดังนี้ 1) ให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้แก่ประชาชนและชุมชน ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเน้นย้ำ มาตรการในการป้องกันโรค เช่น การสวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า การล้างมือ และการเว้นระยะห่างทาง สังคม (Social Distancing) 2) สนับสนุนระบบการเฝ้าระวังในพื้นที่ โดยการตรวจคัดกรองเชิงรุก การรายงาน กรณีที่ตรวจพบในระยะแรกอย่างทันทั่วทั้ง การติดตามกลุ่มเสี่ยงที่กักกันตัว ณ ที่พักอาศัย (Home Quarantine) รวมทั้งการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ 3) ลดโอกาสเสี่ยงในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยและกลุ่มเปราะบาง จนเกิดนวัตกรรม “Grab Drug” หรือ “อสม. Delivery” และ 4) บริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อช่วยเหลือการทำงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลในการป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน

กิตติพร เนาวสุวรรณ และคณะ (2563) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค บทบาท การดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการ ดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใน ประเทศไทย จำนวน 10,400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.75, SD=0.42) บทบาท การดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. อยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 2.75, SD=0.32) และการรับรู้ ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับ บทบาท การดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. (R=0.416) และสามารถทำนายบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. ได้ร้อยละ 17.30 (R^2 = 0.173)

ศุภกิจ ศิริลักษณ์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาประสบการณ์การตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ของประเทศไทยในการจัดการกับการระบาดของ COVID-19 และข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับประเทศอื่นๆ ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว ผลการศึกษาพบว่า หนึ่งในปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จคือ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่าหนึ่งล้านคน โดยปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับชุมชน ออกเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพ การค้นหาผู้ป่วย การเฝ้าระวังโรค การกักกันและแยกกักการทำหน้ากากผ้าให้กับประชาชน

ชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา และคณะ (2564) ได้ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย พบว่า การเกิดโรคโควิด 19 อาสาสมัครสาธารณสุขนับได้ว่ามีบทบาทสำคัญในการควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมีการคัดกรองติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในชุมชน การแนะนำเผยแพร่ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพรวมทั้งการให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตลอดจนการติดตามช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสาธารณสุขการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคซึ่งบางครั้งมีงานเฉพาะกิจที่เสริมบทบาทหน้าที่ที่ต้องบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครไทยรวมถึงสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทหน้าที่ที่เป็นจริงและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญและเป็นด่านหน้าในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทดังนี้ 1) ให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้แก่ประชาชนและชุมชน ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเน้นย้ำ มาตรการในการป้องกันโรค เช่น การสวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า การล้างมือ และการเว้นระยะห่างทาง สังคม (Social

Distancing) 2) สนับสนุนระบบการเฝ้าระวังในพื้นที่ โดยการตรวจคัดกรองเชิงรุก การรายงาน กรณีที่ตรวจพบในระยะแรกอย่างทันที่ การติดตามกลุ่มเสี่ยงที่กักกันตัว ณ ที่พักอาศัย (Home Quarantine) รวมทั้งการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ 3) ลดโอกาสเสี่ยงในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยและกลุ่มเปราะบาง และ 4) บริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งมีวัตถุประสงค์ศึกษาบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามมาตรการของภาครัฐบาล มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ ให้ความรู้แก่ประชาชนและชุมชน ทักษะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการมีบทบาททางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีการกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น(Independent Variables)

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

| ข้อมูลทั่วไป | สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. อายุ 2. เพศ 3. ระดับการศึกษา 4. สถานภาพ 5. ประสบการณ์ในการทำงาน | <ol style="list-style-type: none"> 1. ความรู้(Knowledge) 2. ทักษะ(Skill) 3. บทบาททางสังคม(social Role) |

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ดำเนินการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการศึกษาและออกแบบเครื่องมือในการวิจัย โดยวิธีดำเนินการวิจัยตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
- 3.7 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เป็นการดำเนินการเก็บข้อมูลที่ต้องการศึกษาประชากรส่วนใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งของประชากรกลุ่มนั้น

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 19,737 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2563)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 19,737 คน โดยมีขั้นตอน ดังนี้ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Cohen (1998)

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

โดย N = จำนวนประชากร

n = ขนาดตัวอย่าง

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

α = ระดับความเชื่อมั่น

d = ความแม่นยำของการประมาณ

$$N = 19,737 \quad Z = 1.96^2 \quad \sigma = 0.224 \quad d = 0.0214$$

$$n = \frac{19,737 * 1.96^2 * 0.224^2}{0.0214^2 (19,737 - 1) + 1.96^2 * 0.224^2}$$

$$n = 398.5$$

การศึกษาครั้งนี้ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชนในพื้นที่ 19,737 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 400 คน และทำการกำหนดสัดส่วน จำแนกตามรายอำเภอ ดังแสดงในตาราง 1

เนื่องจากจังหวัดมหาสารคาม มีการแบ่งการปกครองออกเป็น 13 อำเภอ ดังนั้นจะทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยใช้ประชากรกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ตาราง 1 จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่าง

| อำเภอ | จำนวน อสม. | การคำนวณขนาดของ กลุ่มตัวอย่าง | จำนวน อสม. กลุ่มตัวอย่าง |
|------------|------------|----------------------------------|-----------------------------|
| กันทรวิชัย | 1,646 | $1,646 \times 400 / 19,737$ | 34 |
| กุฉีกรัง | 827 | $827 \times 400 / 19,737$ | 17 |
| แกดำ | 741 | $741 \times 400 / 19,737$ | 15 |
| โกสุมพิสัย | 2,488 | $2,488 \times 400 / 19,737$ | 50 |
| ชื่นชม | 468 | $468 \times 400 / 19,737$ | 10 |
| เสิงยี่สิบ | 1,206 | $1,206 \times 400 / 19,737$ | 24 |
| นาเชือก | 1,470 | $1,470 \times 400 / 19,737$ | 30 |
| นาคูน | 1,294 | $1,294 \times 400 / 19,737$ | 26 |
| บรบือ | 2,232 | $2,232 \times 400 / 19,737$ | 45 |

ตาราง 1 (ต่อ)

| อำเภอ | จำนวน อสม. | การคำนวณขนาดของ กลุ่มตัวอย่าง | จำนวน อสม. กลุ่มตัวอย่าง |
|----------------|------------|----------------------------------|-----------------------------|
| พยุหภูมิพิสัย | 1,948 | $1,948 \times 400 / 19,737$ | 39 |
| เมืองมหาสารคาม | 2,334 | $2,334 \times 400 / 19,737$ | 47 |
| ยางสีสุราช | 1,020 | $1,020 \times 400 / 19,737$ | 21 |
| วาปีปทุม | 2,063 | $2,063 \times 400 / 19,737$ | 42 |
| รวม | 19,737 | | 400 |

3.2.2 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากกว่า 1 ปี
- 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบงานป้องกันโรคโควิด 19
- 3) มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

3.2.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ลาออก เสียชีวิต ในระหว่างการศึกษา
- 2) ไม่ยินยอมให้เก็บข้อมูลในระหว่างการศึกษา

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจำแนกแบบสอบถามเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ และประสบการณ์ในการทำงาน

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรค COVID-19 จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ ทั้งแบบเปิด และแบบปิด มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นการให้คะแนนแบบมีส่วนร่วมหรือความเหมาะสมตามการปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | | |
|--------|-----|---------|
| ตอบถูก | ให้ | 1 คะแนน |
| ตอบผิด | ให้ | 0 คะแนน |

ส่วนที่ 3 ทักษะการป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ ทั้งแบบเปิด และแบบปิด มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นการให้คะแนนแบบมีส่วนร่วมหรือความเหมาะสมตามการปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | | |
|-------------|-----|---------|
| ตอบทำได้ | ให้ | 1 คะแนน |
| ตอบทำไม่ได้ | ให้ | 0 คะแนน |

โดยกำหนดแบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทักษะการป้องกันโรค COVID-19 ดังนี้ (Bloom, 1976)

| | |
|--------------|--|
| ระดับสูง | หมายถึง ได้ 14-15 คะแนน (ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป) |
| ระดับปานกลาง | หมายถึง ได้ 12-13 คะแนน (ร้อยละ 60.0 – 79.9) |
| ระดับต่ำ | หมายถึง ได้ 0-11 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60.0) |

ส่วนที่ 4 บทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ ทั้งแบบเปิด และแบบปิด (กำหนดเกณฑ์แบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ตามแบบสอบถามส่วนที่ 3) โดยการเติมค่าลงในช่องว่าง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | | |
|----------|-----|---------|
| ตอบทำ | ให้ | 1 คะแนน |
| ตอบไม่ทำ | ให้ | 0 คะแนน |

โดยกำหนดแบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทักษะการป้องกันโรค COVID-19 ดังนี้ (Bloom, 1976)

| | |
|--------------|---|
| ระดับสูง | หมายถึง ได้ 5-6 คะแนน (ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป) |
| ระดับปานกลาง | หมายถึง ได้ 3-4 คะแนน (ร้อยละ 60.0 – 79.9) |
| ระดับต่ำ | หมายถึง ได้ 0-2 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60.0) |

3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทบทวนและรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยการค้นหาข้อมูลจากฐานข้อมูลและเว็บไซต์ทั้งจากในและต่างประเทศ ดังนี้

- นิยามเกณฑ์การพิจารณาในเขตพื้นที่รับผิดชอบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับในระดับอำเภอ เพื่อนำมาสร้างเครื่องมือสำหรับประเมินความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- นิยามประเภท สำหรับสร้างกรอบแนวคิดในการจัดการของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อสร้างแบบสอบถามตามทฤษฎี หรือหลักเกณฑ์นโยบายการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นำไปสู่กระบวนการวิเคราะห์เนื้อหาประกอบกับผลการวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นกรอบแนวคิดการศึกษา

3. นำแนวคิด ทฤษฎีมากำหนดข้อมูลและตัวชี้วัดและรูปแบบของเครื่องมือ ร่างแบบสอบถามให้ครอบคลุมเนื้อหา วัตถุประสงค์

4. นำเครื่องมือที่สร้างไว้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา (Content Validity) โดยคำนวณค่าความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่างคำถาม วัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index: IOC) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาด้วยเทคนิค IOC เป็นการพิจารณาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ Index of item objective congruence: IOC (สมนึก ภัททิยธนี, 2546) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 0.5 นำข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไปใช้ในแบบสอบถาม ปรับแก้ข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ให้เหมาะสมเสนออาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีรายชื่อดังต่อไปนี้

- 1) รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต
- 2) อ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์
- 3) อ.ดร.พัชชา หิรัญวัฒนกุล

5. ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.71

6. นำเครื่องมือมาหาความเชื่อมั่น (Reliability) แบ่งเป็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแบบเลือกตอบ (Check List) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ และประสบการณ์ในการทำงาน

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรค COVID-19 จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการเลือกคำตอบ ถูก, ผิด

ส่วนที่ 3 ทักษะการป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ทั้งแบบเปิด (Open End) และแบบปิด (Close End)

ส่วนที่ 4 บทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ทั้ง แบบเปิด (Open End) และแบบปิด (Close End)

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ

1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ มีการจัดการข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1.1 การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

1.1.2 การลงรหัสข้อมูล (Data Coding) ในข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1.3 การบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป

1.1.4 ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดจากการลงข้อมูลในโปรแกรมการ

วิเคราะห์

1.1.5 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติ SPSS เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับสถิติทดสอบที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยมีผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการ (Moderator) และจดบันทึกด้วย และมีผู้ช่วยเหลือ (Assistant) ช่วยจดบันทึกพร้อมทั้งบันทึกเสียงตลอดการสนทนากลุ่มเพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความสมบูรณ์ครบถ้วน

1.2.1 การตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลด้วยการตรวจสอบ เครื่องมือ การตรวจสอบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูลจากบุคคลอื่น

1.2.2 การจัดระเบียบข้อมูล โดยการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ เพื่อเตรียมวิเคราะห์ในขั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ คือ ดำเนินการวิจัยตามแผนปฏิบัติการที่ได้วางไว้

ขั้นตอนที่ 3 ระยะสรุปผล คือ ทำการวิเคราะห์และเก็บรวบรวมข้อมูล และสรุปผลการดำเนินการ ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564 ถึง มกราคม 2565 รวมระยะเวลา 7 เดือน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องมาบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

3.6.1 การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) คือ เป็นการบรรยายข้อมูล โดยวิธีการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ได้แก่

- 1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 2) ความรู้เรื่องโรค COVID-19
- 3) ทักษะการป้องกันโรค COVID-19
- 4) บทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3.6.2 การวิเคราะห์สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistic) คือ เปรียบเทียบพฤติกรรม การป้องกันตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่ม จากการวิเคราะห์สถิติ t-test โดยเทคนิค Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้เสนอเพื่อพิจารณาและขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรองรับ : 234-192/2564 เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2564 โดยผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการระบุชื่อในผลการวิจัย และสามารถถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือว่าเป็นความลับและเสนอผลวิจัยในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา การวิจัยเชิงปฏิบัติการจริยธรรมถือเป็นสิ่งสำคัญที่นักวิจัยคำนึงถึงมากที่สุด เนื่องจากนักวิจัยจะต้องเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลและทำกิจกรรมมาต่างๆ กับผู้ร่วมโครงการในฐานะผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยจึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติด้านจริยธรรม ดังนี้

3.7.1 ผู้วิจัยจะนำหนังสือไปเชิญกลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริงที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

3.7.2 กระบวนการวิจัยและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกาย และจิตใจต่อกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยจะไม่บังคับให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยหากไม่พร้อมหรือไม่สมัครใจ

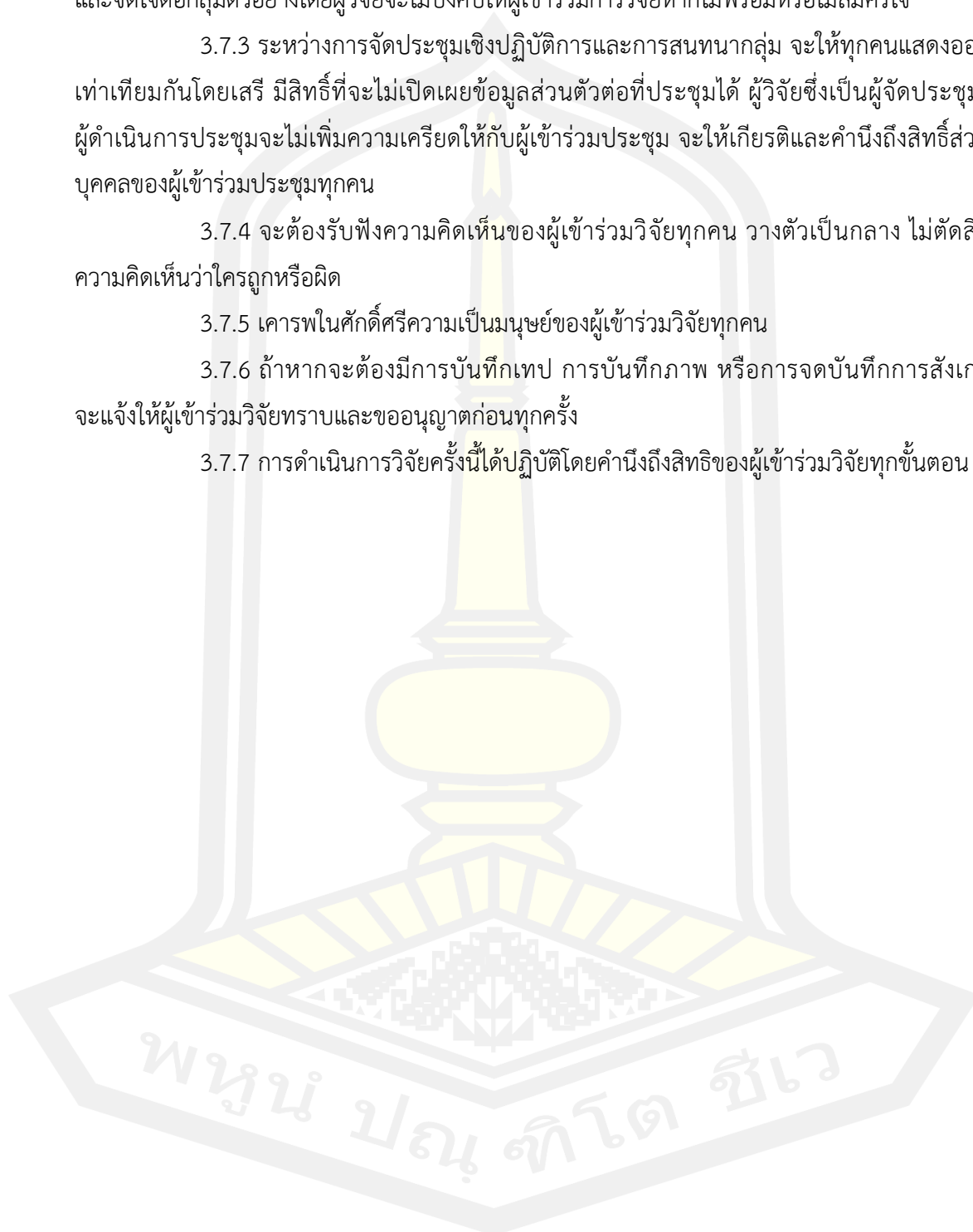
3.7.3 ระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม จะให้ทุกคนแสดงออกเท่าเทียมกันโดยเสรี มีสิทธิ์ที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อที่ประชุมได้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้จัดประชุม/ผู้ดำเนินการประชุมจะไม่เพิ่มความเครียดให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกียรติและคำนึงถึงสิทธิ์ส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3.7.4 จะต้องรับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความคิดเห็นว่าใครถูกหรือผิด

3.7.5 เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน

3.7.6 ถ้าหากจะต้องมีการบันทึกเทป การบันทึกภาพ หรือการจดบันทึกการสังเกต จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.7.7 การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกัน และควบคุมโรคไวรัสโคโรนาในจังหวัดมหาสารคาม โดยการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผล โดยแบ่งผลการศึกษา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม

ส่วนที่ 2 สมรรถนะด้านความรู้เรื่องโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม

ส่วนที่ 3 สมรรถนะด้านทักษะการป้องกันโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม

ส่วนที่ 4 สมรรถนะด้านบทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (Results of Research Analysis)

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม

พบว่า มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 37.50 รองลงมาอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 34.25 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.75 รองลงมาเพศชาย ร้อยละ 20.25 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35.75 รองลงมาประถมศึกษา ร้อยละ 32.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.25 รองลงมาหม้าย ร้อยละ 12.25 ประสบการณ์ทำงาน 10-19 ปี ร้อยละ 39.00 รองลงมาประสบการณ์ทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่าง 0-9 ปี ร้อยละ 29.00

ตาราง 2 จำนวนและค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 400)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| อายุ | | |
| ≥ 30 ปี | 5 | 1.25 |
| 31 - 40 ปี | 21 | 5.25 |
| 41 - 50 ปี | 137 | 34.25 |
| 51 - 60 ปี | 150 | 37.5 |
| มากกว่า 60 ปี | 87 | 21.75 |
| Mean = 52.25, S.D. = 9.09, Min = 26, Max = 79 | | |
| เพศ | | |
| ชาย | 81 | 20.25 |
| หญิง | 319 | 79.75 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้เรียน | 0 | 0.00 |
| ประถมศึกษา | 128 | 32.00 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 143 | 35.75 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปกศ.ต้น | 111 | 27.75 |
| ปวส./อนุปริญญา/ปวท. | 14 | 3.50 |
| ปริญญาตรี | 4 | 1.00 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 32 | 8.00 |
| สมรส | 309 | 77.25 |
| หม้าย | 49 | 12.25 |
| หย่า | 7 | 1.75 |
| แยกกันอยู่ | 3 | 0.75 |
| ประสบการณ์ในการทำงาน อสม. (ปี) | | |
| 0 - 9 ปี | 116 | 29.00 |
| 10 - 19 ปี | 156 | 39.00 |
| 20 - 29 ปี | 101 | 25.25 |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี | 27 | 6.75 |

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม

พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค COVID-19 โดยเรียงตามลำดับ ดังนี้ มีความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีระยะฟักตัว 3 - 14 วัน ร้อยละ 100.00 โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ทำให้เสียชีวิตได้ ร้อยละ 98.00 โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) เป็นการติดเชื้อไวรัสตระกูลเดียวกับ ซาร์ส (SARs) และเมอร์ส (MERS) ร้อยละ 90.25 และโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) มีความรุนแรงมาก ร้อยละ 86.25

มีความรู้เกี่ยวกับด้านการติดเชื้อ ดังนี้ โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) จะมีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ร้อยละ 100.00 ผู้ที่เดินทางกลับจากประเทศกลุ่มเสี่ยง ควรกักตัวเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน ร้อยละ 100.00 โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ติดต่อผ่านทางละอองฝอยจากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย เวลาไอหรือจามรดกัน ร้อยละ 99.75 การไปอยู่ร่วมกันในสถานที่แออัด เช่น ตลาดห้างสรรพสินค้า ที่มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ได้ ร้อยละ 99.75 โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) สามารถแพร่เชื้อได้ทันที ร้อยละ 98.00 และโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) สามารถแพร่เชื้อจากสัตว์สู่คนได้ แม้ไม่มีอาการ ร้อยละ 76.00 ซึ่งอาจจะมีโอกาสเกิดขึ้นได้

มีความรู้ด้านมาตรการ DMHTT ซึ่งตามมาตรการป้องกันโรค DMHTT คือ เว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ ตรวจวัดอุณหภูมิ และสแกนไทยชนะ / หมอชนะ ร้อยละ 98.75 และการสวมหน้ากากอนามัยเป็นการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ที่ดีที่สุด และตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม ร้อยละ 73.75

มีความรู้ด้านวัคซีน ดังนี้ สาเหตุที่ประชาชนต้องฉีดวัคซีน คือ เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายให้มีความพร้อมสามารถใช้ต่อสู้กับเชื้อโรค ร้อยละ 100.00 อาการที่อาจเกิดขึ้นได้จากการฉีดวัคซีนโควิด19 คือ มีไข้ ปวด หรือระคายเคืองบริเวณตำแหน่งที่ฉีด ปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 99.75 ผู้ที่มีอายุ 18-60 ปี สามารถรับวัคซีนซิโนแวค (SinoVac) ร้อยละ 99.25 ผู้ที่มีอาการข้างเคียงหลังจากรับวัคซีน สามารถกินยาพาราเซตามอลได้ แต่ไม่ควรกินยาแอสไพริน ร้อยละ 99.25 ข้อดีของวัคซีนชนิดเชื้อตาย (inactivated vaccine) คือ ใช้เทคโนโลยีการผลิต ร้อยละ 95.00 วัคซีน คือ สารที่ฉีดเข้าไปสู่ร่างกายเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำมาจากเชื้อโรคที่ตายแล้ว หรือทำมาจากเชื้อโรคที่อ่อนแอจนไม่ทำให้เกิดโรคได้ โดยเมื่อฉีดวัคซีนเข้าสู่ตัวเราแล้วร่างกายเราก็จะสร้างภูมิคุ้มกันกับโรคนั้นขึ้นมาที่มีมานานมีประสบการณ์และความมั่นใจในการใช้เป็นอดี ร้อยละ 94.50

ในขณะเดียวกัน เมื่อฉีดวัคซีนซิโนแวค (SinoVac) เข็มแรกไปแล้ว อีก 3 วัน ต้องมาฉีดเข็มที่สอง ซึ่งมิใช่ระยะเวลาที่เหมาะสม ควรห่างจากเข็มแรก อย่างน้อย 3 เดือน ร้อยละ 93.00 และผู้ที่มีโรคประจำตัว สามารถฉีดวัคซีนโควิด 19 ได้ ร้อยละ 84.25%

ตาราง 3 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค COVID-19 (n = 400)

| ความรู้เรื่องโรค COVID-19 | ตอบถูก | |
|---|--------|----------|
| | จำนวน | (ร้อยละ) |
| ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค | | |
| 1. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) เป็นการติดเชื้อไวรัสตระกูลเดียวกับซาร์ส (SARs) และเมอร์ส (MERS) | 361 | (90.25) |
| 2. เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) มีระยะฟักตัว 3 - 14 วัน | 400 | (100.00) |
| 3. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ทำให้เสียชีวิตได้ | 392 | (98.00) |
| 4. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) มีความรุนแรงไม่มาก | 55 | (13.75) |
| ความรู้เกี่ยวกับด้านการติดเชื้อ | | |
| 5. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ติดต่อผ่านทางละอองฝอยจากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย เวลาไอหรือจาม รดกัน | 399 | (99.75) |
| 6. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) จะมีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส | 400 | (100.00) |
| 7. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) สามารถแพร่เชื้อจากสัตว์สู่คนได้ แม้ไม่มีอาการ | 96 | (24.00) |
| 8. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) สามารถแพร่เชื้อได้ทันที | 392 | (98.00) |
| 9. ผู้ที่เดินทางกลับจากประเทศกลุ่มเสี่ยง ควรกักตัวเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน | 400 | (100.00) |
| 10. การไปอยู่ร่วมกันในสถานที่แออัด เช่น ตลาดห้างสรรพสินค้า ที่มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ได้ | 399 | (99.75) |

ตาราง 3 (ต่อ)

| ความรู้เรื่องโรค COVID-19 | ตอบถูก | |
|--|--------|----------|
| | จำนวน | (ร้อยละ) |
| ความรู้ด้านมาตรการ DMHTT | | |
| 11. ตามมาตรการป้องกันโรค DMHTT คือ เว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ ตรวจวัดอุณหภูมิ และสแกนไทยชนะ / หมอชนะ | 395 | (98.75) |
| 12. การสวมหน้ากากอนามัยเป็นการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ที่ดีที่สุด ไม่จำเป็นต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม | 105 | (26.25) |
| ความรู้ด้านวัคซีน | | |
| 13. วัคซีน คือ สารที่ฉีดเข้าไปสู่ร่างกายเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำมาจากเชื้อโรคที่ตายแล้ว หรือทำมาจากเชื้อโรคที่อ่อนแอจนไม่ทำให้เกิดโรคได้ โดยเมื่อฉีดวัคซีนเข้าสู่ตัวเราแล้ว ร่างกายเราก็จะสร้างภูมิคุ้มกันกับโรคนั้นขึ้นมาที่มีมานานมีประสบการณ์และความมั่นใจในการใช้เป็นอย่างดี | 378 | (94.50) |
| 14. ข้อดีของวัคซีนชนิดเชื้อตาย (inactivated vaccine) คือ ใช้เทคโนโลยีการผลิต | 380 | (95.00) |
| 15. ผู้ที่มีอายุ 18-60 ปี สามารถรับวัคซีนซิโนแวค (SinoVac) | 397 | (99.25) |
| 16. สาเหตุที่ประชาชนต้องฉีดวัคซีน คือ เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายให้มีความพร้อมสามารถใช้ต่อสู้กับเชื้อโรค | 400 | (100.00) |
| 17. อาการที่อาจเกิดขึ้นได้จากการฉีดวัคซีนโควิด 19 คือ มีไข้ ปวด หรือระคายเคืองบริเวณตำแหน่งที่ฉีด ปวดเมื่อยตามตัว | 399 | (99.75) |
| 18. ผู้ที่มีอาการข้างเคียงหลังจากรับวัคซีน สามารถกินยาพาราเซตามอลได้ แต่ไม่ควรกินยาแอสไพริน | 397 | (99.25) |
| 19. เมื่อฉีดวัคซีนซิโนแวค (SinoVac) เข็มแรกไปแล้ว อีก 3 วันต้องมาฉีดเข็มที่สอง | 28 | (7.00) |
| 20. ผู้ที่มีโรคประจำตัวไม่สามารถฉีดวัคซีนโควิด 19 ได้ | 63 | (15.75) |

ตาราง 4 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ระดับความรู้เรื่องโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า มีความรู้ระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 245 คน คิดเป็นร้อยละ 61.25 รองลงมา มีความรู้ระดับสูง จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 38.50 และมีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.25 ตามลำดับ

ตาราง 4 ระดับความรู้เรื่องโรค COVID-19 (n = 400)

| ระดับความรู้ | ช่วงคะแนน | จำนวน(คน) | ร้อยละ |
|--------------|---------------|-----------|--------|
| ต่ำ | 0 – 11 คะแนน | 1 | 0.25 |
| ปานกลาง | 12 -15 คะแนน | 245 | 61.25 |
| สูง | 16 - 20 คะแนน | 145 | 38.50 |

Mean = 15.59, S.D. = 1.37, Min = 11, Max = 20

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม

พบว่า มีทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 ดังนี้ สวมหน้ากากอนามัยทุกเมื่อออกนอกบ้านของตนเอง ร้อยละ 100.00 แนะนำการสังเกตอาการสำคัญให้กับผู้ถูกกักบริเวณ ร้อยละ 100.00 ออกเคาะประตูบ้าน ให้ความรู้และเผยแพร่สื่อความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ร้อยละ 100.00 ประเมินอาการสำคัญทางโทรศัพท์หรือสอบถามญาติ ของผู้กักบริเวณ ร้อยละ 99.75 แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้กับผู้ถูกกักบริเวณ ร้อยละ 99.75 แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวของคนภายในบ้านและเพื่อนบ้าน ร้อยละ 99.75 เป็นต้นแบบในการปฏิบัติตัวด้าน Social Distancing ให้กับประชาชน ร้อยละ 99.50 ให้ความรู้ผ่านช่องทางต่าง ๆ ตามวิถีชุมชน ร้อยละ 99.50 ควรสวมหน้ากากตลอดเวลา ลดการพูดคุย งดกินอาหารและเครื่องดื่มขณะเดินทาง ร้อยละ 99.50 ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ ทั้งก่อนเข้าทำงาน ร้อยละ 99.00 ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์เมื่อจับสิ่งของทุกชนิด ร้อยละ 99.00 เปลี่ยนหน้ากากทันทีเมื่อออกจากสถานที่นั้น ๆ ร้อยละ 98.25 จัดสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อมาตรการดังกล่าว ได้แก่ จัดระเบียบในตลาดสด ตลาดนัด (จัดเว้นระยะห่างในการยื่นซื้อของ) ร้อยละ 97.25 สแกนแอปไทยชนะทุกครั้งที่ได้เดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ ร้อยละ 93.50 และสามารถเข้าไปประเมินตนเองได้ผ่านแอปพลิเคชัน “ไทยเซฟไทย” ร้อยละ 91.75 ตามลำดับ

ตาราง 5 ทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 (n = 400)

| ทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 | ทำได้ | | ทำไม่ได้ | |
|---|-------|----------|----------|----------|
| | จำนวน | (ร้อยละ) | จำนวน | (ร้อยละ) |
| 1. สวมหน้ากากอนามัยทุกเมื่อออกนอกบ้านของตนเอง | 400 | (100.00) | 0 | (0.00) |
| 2. ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์เมื่อจับสิ่งของทุกชนิด | 396 | (99.00) | 4 | (1.00) |
| 3. ประเมินอาการสำคัญทางโทรศัพท์หรือสอบถามญาติของผู้กักบริเวณ | 399 | (99.75) | 1 | (0.25) |
| 4. แนะนำการสังเกตอาการสำคัญให้กับผู้กักบริเวณ | 400 | (100.00) | 0 | (0.00) |
| 5. แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้กับผู้กักบริเวณ | 399 | (99.75) | 1 | (0.25) |
| 6. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวของคนภายในบ้านและเพื่อนบ้าน | 399 | (99.75) | 1 | (0.25) |
| 7. เป็นต้นแบบในการปฏิบัติตัวด้าน Social Distancing ให้กับประชาชน | 398 | (99.5) | 2 | (0.50) |
| 8. จัดสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อมาตรการดังกล่าว ได้แก่ จัดระเบียบในตลาดสด ตลาดนัด (จัดเว้นระยะห่างในการยืนซื้อของ) | 389 | (97.25) | 11 | (2.75) |
| 9. ออกเคาะประตูบ้าน ให้ความรู้และเผยแพร่สื่อความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ | 400 | (100.00) | 0 | (0.00) |
| 10. ให้ความรู้ผ่านช่องทางต่าง ๆ ตามวิถีชุมชน | 398 | (99.50) | 2 | (0.50) |
| 11. สแกนแอปไทยชนะทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ | 374 | (93.50) | 26 | (6.05) |
| 12. ตรวจสอบอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ ทั้งก่อนเข้าทำงาน | 396 | (99.00) | 4 | (1.00) |
| 13. สามารถเข้าไปประเมินตนเองได้ผ่านแอปพลิเคชัน “ไทยเซฟไทย” | 367 | (91.75) | 33 | (8.25) |
| 14. เปลี่ยนหน้ากากทันทีเมื่อออกจากสถานที่นั้น ๆ | 393 | (98.25) | 7 | (1.75) |
| 15. ควรสวมหน้ากากตลอดเวลา ลดการพูดคุย งดกินอาหารและเครื่องดื่มขณะเดินทาง | 398 | (99.50) | 2 | (0.50) |

ตาราง 6 พิจารณาตามเกณฑ์ระดับทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า มีทักษะในการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง จำนวน 397 คน คิดเป็นร้อยละ 99.25 มีทักษะในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 0.50 และมีทักษะในการป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 0.25

ตาราง 6 ระดับทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 (n = 400)

| ระดับทักษะในการป้องกัน COVID-19 | ช่วงคะแนน | จำนวน(คน) | ร้อยละ |
|---------------------------------|---------------|-----------|--------|
| ต่ำ | 0 – 8 คะแนน | 1 | 0.25 |
| ปานกลาง | 9 – 11 คะแนน | 2 | 0.50 |
| สูง | 12 – 15 คะแนน | 397 | 99.25 |

Mean = 14.77, S.D. = 0.77, Min = 8, Max = 1

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์บทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม

พบว่า มีบทบาททางสังคมในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 โดยแยกเป็นรายการกิจกรรม ทั้งหมด 6 กิจกรรม ดังนี้

การจัดกิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาด จัดสภาพแวดล้อม (Big Cleaning Week) ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ พบว่า ทำกิจกรรมนี้ ร้อยละ 98.25 และไม่ทำกิจกรรมนี้ ร้อยละ 1.75 เมื่อพิจารณาถึงความถี่ในการทำกิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาดและจัดสิ่งแวดล้อม พบว่า ทำ 1 ครั้ง ร้อยละ 34.10 ทำ 2 ครั้ง ร้อยละ 31.04 ทำ 3 ครั้ง ร้อยละ 25.95 ทำ 4 ครั้ง ร้อยละ 8.40 และ ทำ 5 ครั้ง ร้อยละ 0.51

การสอนประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนทำหน้ากากอนามัยจากผ้า พบว่า ทำกิจกรรม ร้อยละ 87.00 และไม่ทำกิจกรรมร้อยละ 13.00 เมื่อพิจารณาถึงความถี่ในการทำกิจกรรมสอนประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนทำหน้ากากอนามัยจากผ้า พบว่า ทำ 1 ครั้ง ร้อยละ 52.30 ทำ 2 ครั้ง ร้อยละ 23.56 ทำ 3 ครั้ง ร้อยละ 15.80 และ ทำ 4 ครั้ง ร้อยละ 8.33

การออกเคาะประตูบ้าน รณรงค์ให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร (กินร้อนช้อนกลางส่วนตัว สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่างทางสังคม) พบว่า ทำกิจกรรมร้อยละ 99.25 และไม่ทำกิจกรรมร้อยละ 0.75 เมื่อพิจารณาถึงความถี่ในการทำกิจกรรมเคาะประตูบ้าน รณรงค์ให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร พบว่า ทำ 1 ครั้ง ร้อยละ 37.78 ทำ 2 ครั้ง ร้อยละ 27.96 ทำ 3 ครั้ง ร้อยละ 25.19 และ ทำ 4 ครั้ง ร้อยละ 9.07

การเคาะประตูบ้าน “ค้นให้พบจบใน 14 วัน” พบว่า ทำกิจกรรม ครบ 14 วัน ร้อยละ 98.00 และ ทำกิจกรรม ไม่ครบ 14 วัน ร้อยละ 2.00

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้าน จนครบ 14 วัน (Home Quarantine) พบว่า ทำกิจกรรม ครบ 14 วัน ร้อยละ 100.00

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้าน จนครบ 14 วัน (Home Quarantine) ครบทุกราย พบว่า ติดตามครบทุกราย ร้อยละ 100.00

และพิจารณาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมเป็น “ทีมอาสาโควิด-19” ระดับตำบล/ชุมชน โดยดำเนินการร่วมกับ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ ในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อคณะกรรมการหมู่บ้านและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการมีส่วนร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้านและบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 100.00

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ร่วมสร้างมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) พบว่า สามารถทำได้ ร้อยละ 100.00 และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมตามวิถีชีวิตใหม่และรักษาระยะห่างทางสังคม พบว่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานศพ งานแต่งงาน เป็นต้น ร้อยละ 96.50 เมื่อไปวัด โรงเรียน สถานที่ราชการ ร้อยละ 91.00 และ ไปยังสถานประกอบการ ร้านค้า ร้านอาหาร เป็นต้น ร้อยละ 90.00

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ว่าต้องการความรู้เรื่องอะไรบ้าง ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน พบว่า อสม. ต้องการความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคโควิด 19 (การติดต่อ วิธีการป้องกัน และการรักษา) ร้อยละ 98.00 ความรู้เกี่ยวกับบทบาท/หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ ร้อยละ 95.00 ความรู้เกี่ยวกับระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ ร้อยละ 93.00 ความรู้เกี่ยวกับวัสดุ/อุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 90.50 และความรู้เกี่ยวกับการประสานงานเครือข่ายในพื้นที่ ร้อยละ 89.75

และพิจารณาช่องทางที่เหมาะสมในการรับข้อมูล ความรู้ข่าวสารสำหรับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดังนี้ มีการอบรมผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100.00 และเมื่อพิจารณาความถี่ในการอบรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า อบรม 2 ครั้ง ร้อยละ 47.75 อบรม 1 ครั้ง ร้อยละ 32.25 อบรม 3 ครั้ง ร้อยละ 13.25 อบรม 5 ครั้ง ร้อยละ 4.25 และ อบรม 4 ครั้ง ร้อยละ 2.50 ตามลำดับ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับข้อมูล ข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ เช่น Line,

Facebook, TV ร้อยละ 99.50 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ศึกษาด้วยตนเองผ่านเครื่องมือที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้น เช่น App. Smart อสม. หรือแอปพลิเคชันอื่น ๆ ร้อยละ 85.25

ตาราง 7 บทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 (n = 400)

| บทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 | จำนวน | (ร้อยละ) |
|---|-------|----------|
| 1. มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาด จัดสภาพแวดล้อม (Big Cleaning Week) ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ | | |
| ไม่ทำ | 7 | (1.75) |
| ทำ ระบุจำนวนครั้ง | 393 | (98.25) |
| 1 ครั้ง | 134 | (34.10) |
| 2 ครั้ง | 122 | (31.04) |
| 3 ครั้ง | 102 | (25.95) |
| 4 ครั้ง | 33 | (8.40) |
| 5 ครั้ง | 2 | (0.51) |
| 2. สอนประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนทำหน้ากากอนามัยจากผ้า | | |
| ไม่ทำ | 52 | (13.00) |
| ทำ ระบุจำนวนครั้ง | 348 | (87.00) |
| 1 ครั้ง | 182 | (52.30) |
| 2 ครั้ง | 82 | (23.56) |
| 3 ครั้ง | 55 | (15.80) |
| 4 ครั้ง | 29 | (8.33) |
| 3. ออกเคาะประตูบ้าน รณรงค์ให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร (กินร้อนช้อนกลาง ส่วนตัว สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่างทางสังคม) | | |
| - ไม่ทำ | 3 | (0.75) |
| - ทำ ระบุจำนวนครั้ง | 397 | (99.25) |
| 1 ครั้ง | 150 | (37.78) |
| 2 ครั้ง | 111 | (27.96) |
| 3 ครั้ง | 100 | (25.19) |
| 4 ครั้ง | 36 | (9.07) |

ตาราง 7 (ต่อ)

| บทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 | จำนวน | (ร้อยละ) |
|---|-------|----------|
| 4. เคาะประตูบ้าน “ค้นให้พบจบใน 14 วัน” | | |
| - ไม่ครบ | 8 | (2.00) |
| - ครบ | 392 | (98.00) |
| 5. อสม. ติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้าน จนครบ 14 วัน (Home Quarantine) | | |
| - ไม่ทำ | 0 | (0.00) |
| - ทำ | 400 | (100.00) |
| 5.1 อสม. ติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้าน จนครบ 14 วัน (Home Quarantine) ครบทุกราย หรือไม่ | | |
| - ไม่ครบ | 0 | (0.00) |
| - ครบ | 400 | (100.00) |
| 5.2 อสม. ร่วมเป็น “ทีมอาสาโควิด-19” ระดับตำบล/ชุมชน โดยดำเนินการ ร่วมกับกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ ในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ คณะกรรมการหมู่บ้านและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ | | |
| - ไม่ร่วม | 0 | (0.00) |
| - ร่วม | 400 | (100.00) |
| 6. อสม. กู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ร่วมสร้าง มาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) | | |
| - ไม่ได้ทำ | 0 | (0.00) |
| - ทำ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) | 400 | (100.00) |
| สถานประกอบการ ร้านค้า ร้านอาหาร เป็นต้น | 360 | (90.00) |
| วัด โรงเรียน สถานที่ราชการ | 364 | (91.00) |
| กิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานศพ งานแต่งงาน เป็นต้น | 386 | (96.50) |
| 6.1 อสม. ต้องการความรู้เรื่องอะไรบ้างในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน | | |
| - ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคโควิด 19 (การติดต่อ วิธีการป้องกัน และการรักษา) | 392 | (98.00) |

ตาราง 7 (ต่อ)

| บทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 | จำนวน | (ร้อยละ) |
|---|-------|----------|
| - ความรู้เกี่ยวกับบทบาท/หน้าที่ของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ | 380 | (95.00) |
| - ความรู้เกี่ยวกับวัสดุ/อุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน | 362 | (90.50) |
| - ความรู้เกี่ยวกับการประสานงานเครือข่ายในพื้นที่ | 359 | (89.75) |
| - ความรู้เกี่ยวกับระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ | 372 | (93.00) |
| 6.2 ช่องทางที่เหมาะสมในการรับข้อมูล ความรู้ข่าวสารสำหรับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. | | |
| - อบรมผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุจำนวนครั้ง | 400 | (100.00) |
| 1 ครั้ง | 129 | (32.25) |
| 2 ครั้ง | 191 | (47.75) |
| 3 ครั้ง | 53 | (13.25) |
| 4 ครั้ง | 10 | (2.50) |
| 5 ครั้ง | 17 | (4.25) |
| - อสม. ศึกษาด้วยตนเองผ่านเครื่องมือที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้น เช่น App. Smart อสม. หรือแอปพลิเคชันอื่นๆ | 341 | (85.25) |
| - อสม. ได้รับข้อมูล ข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ เช่น Line, Facebook, TV | 398 | (99.50) |

สมรรถนะด้านการป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1. ระบบการจัดการ อุปกรณ์การป้องกันตนเองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

“มีความเพียงพอ เนื่องจากพากันทำหน้ากากผ้าใช้และทำแจกชาวบ้าน”

(อสม.คนที่ 1, วันที่ 5 มกราคม 2565)

“มีหน้ากากอนามัยสนับสนุน แต่เจลแอลกอฮอล์ยังไม่เพียงพอ”

(อสม.คนที่ 9, วันที่ 5 มกราคม 2565)

“หน้ากากอนามัยมีความเพียงพอ ทำให้กันเองและแจกคนในชุมชน”

(อสม.คนที่ 16, วันที่ 5 มกราคม 2565)

“ที่วัดใช้ต้องแบ่งกันใช้ อสม.ไม่ได้มีไว้ทุกคน”

(อสม.คนที่ 19, วันที่ 5 มกราคม 2565)

“หน้ากากผ้าเพียงพอจากการทำเอง แต่เจลแอลกอฮอล์ต้องประหยัดใช้ และที่วัดใช้ไม่ได้ใช้ทุกคน”

(อสม.คนที่ 26, วันที่ 5 มกราคม 2565)

สรุปได้ว่า ระบบการจัดการ อุปกรณ์การป้องกันตนเองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความเพียงพอ มีการทำหน้ากากผ้าใช้เอง และทำแจกคนในชุมชน ส่วนเจลแอลกอฮอล์ยังไม่เพียงพอ

2. สภาพปัญหาด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

คือ

“คนในชุมชนขาดความร่วมมือในการสวมใส่หน้ากากอนามัย”

(อสม.คนที่ 3, วันที่ 5 มกราคม 2565)

“ประชาชนในชุมชนบางคนขาดความตระหนักในการป้องกันโรคติดต่อ”

(อสม.คนที่ 11, วันที่ 5 มกราคม 2565)

“ไม่มีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน”

(อสม.คนที่ 23, วันที่ 5 มกราคม 2565)

สรุปได้ว่า สภาพปัญหาด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ ไม่มีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน และประชาชนในบางพื้นที่ยังขาดความตระหนักในการป้องกันตนเอง

3. ควรพิจารณาอะไรนอกเหนือจากหลักมาตรการ D-M-H-T-A ของภาครัฐเพิ่มเติมหรือไม่

“มาตรการที่ภาครัฐกำหนดมีครอบคลุมดีอยู่แล้ว ไม่มีอะไรเพิ่มเติม”

(อสม.คนที่ 1, วันที่ 5 มกราคม 2565)

“มาตรการรัฐดีอยู่แล้ว แต่ควรเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลให้ประชาชนมีความตระหนักมากขึ้น”

(อสม.คนที่ 2, วันที่ 5 มกราคม 2565)

สรุปได้ว่า สภาพปัญหาด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า มาตรการที่ภาครัฐกำหนดมีครอบคลุมดีอยู่แล้ว แต่ควรเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลให้ประชาชนมีความตระหนักมากขึ้น”

4. หากประชาชนไม่ยอมรับการฉีดวัคซีนเพราะเกิดความกลัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการรับมือหรือแก้ไขปัญหาอย่างไร

“ย้ำว่าการฉีดวัคซีนมีประโยชน์ ช่วยป้องกันการป่วยหนัก”

(อสม. คนที่ 4 วันที่ 5 มกราคม 2565)

“บอกถึงข้อเสียว่าถ้าไม่ฉีดวัคซีน เมื่อติดเชื้อมาจะมีอาการหนักกว่าคนที่ฉีดวัคซีน”

(อสม. คนที่ 7 วันที่ 5 มกราคม 2565)

“บอกมาตรการทางภาครัฐให้ประชาชนฟังว่า ถ้าไม่ฉีดวัคซีนจะเข้าไปติดต่อกับหรือทำธุระในสถานที่ราชการไม่ได้”

(อสม. คนที่ 11 วันที่ 5 มกราคม 2565)

สรุปได้ว่า หากประชาชนไม่ยอมรับการฉีดวัคซีนเพราะเกิดความกลัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการรับมือหรือแก้ไขปัญหาโดยการชี้แจงข้อเสียว่าถ้าไม่ฉีดวัคซีนเมื่อติดเชื้อมาจะมีอาการหนักกว่าคนที่ฉีดวัคซีน

5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องการความรู้และทักษะ ในเรื่องไหนเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19

“ต้องการเพิ่มทักษะในการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางเทคโนโลยีสมัยใหม่”

(อสม. คนที่ 9 วันที่ 5 มกราคม 2565)

“ต้องการเพิ่มความรู้และทักษะการใช้แอปพลิเคชันในมือถือที่ใช้ในการทำงาน”

(อสม. คนที่ 8 วันที่ 5 มกราคม 2565)

“ไม่ต้องการเพิ่มเติม เพราะมีความรู้และทักษะเพียงพอแล้ว”

(อสม. คนที่ 1 วันที่ 5 มกราคม 2565)

สรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องการความรู้และทักษะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ในเรื่อง การใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางเทคโนโลยีสมัยใหม่

4.2 ผลการวิเคราะห์ที่ใช้สถิติ Independent t-test

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่ม จากการวิเคราะห์สถิติ t-test โดยเทคนิค Independent t-test

พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เรื่องโรค COVID-19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.369, p > 0.05$) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีเพศต่างกัน มีความรู้เรื่องโรค COVID-19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.068, p > 0.05$) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เรื่องโรค COVID-19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.740, p > 0.05$) ในขณะที่เดียวกัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีความรู้เรื่องโรค COVID-19 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.066, p < 0.05$) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน จะมีความรู้เรื่องโรค COVID-19 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.273, p < 0.05$)

ตาราง 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค COVID-19 (n = 400)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | n | Mean±S.D. | Mean Difference (95% CI of Mean Difference) | t | p-value |
|----------------------|-----|------------|---|--------|---------|
| อายุ | | | | | |
| น้อยกว่า 60 ปี | 313 | 15.57±1.37 | | | |
| มากกว่าเท่ากับ 60 ปี | 87 | 15.67±1.39 | 0.10 (-0.23 ถึง 0.43) | 1.369 | 0.172 |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 81 | 15.44±1.23 | 0.18 (-0.15 ถึง 0.52) | 1.068 | 0.286 |
| หญิง | 319 | 15.62±1.41 | | | |
| ระดับการศึกษา | | | | | |
| ประถมศึกษา | 128 | 15.78±1.62 | -0.28 (-0.60 ถึง 0.04) | -1.740 | 0.083 |
| มากกว่าประถมศึกษา | 272 | 15.50±1.23 | | | |

ตาราง 8 (ต่อ)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | n | Mean±S.D. | Mean Difference (95% CI of Mean Difference) | t | p-value |
|-----------------------------|-----|------------|---|--------|---------|
| สถานภาพสมรส | | | | | |
| โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ | 91 | 15.33±1.32 | 0.34 (0.02 ถึง 0.66) | 2.066 | 0.040* |
| สมรส | 309 | 15.67±1.38 | | | |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | | | | | |
| 0 – 9 ปี | 116 | 15.87±1.71 | -0.39 (-0.74 ถึง -0.05) | -2.273 | 0.024* |
| มากกว่าเท่ากับ 10 ปี | 284 | 15.48±1.19 | | | |

* ที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอายุต่างกัน มีทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.676, p > 0.05$) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีเพศต่างกัน มีทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.968, p > 0.05$) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.164, p > 0.05$) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.677, p > 0.05$) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน มีทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.823, p > 0.05$)

พหุบัณฑิต ชีวะ

ตาราง 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปกับทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 (n = 400)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | n | Mean±S.D. | Mean Difference (95% CI of Mean Difference) | t | p-value |
|-----------------------------|-----|------------|---|--------|---------|
| อายุ | | | | | |
| น้อยกว่า 60 ปี | 313 | 14.78±0.67 | -0.08 (-0.32 ถึง 0.16) | -0.676 | 0.500 |
| มากกว่าเท่ากับ 60 ปี | 87 | 14.70±1.07 | | | |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 81 | 14.68±0.93 | 0.11 (-0.11 ถึง 0.33) | 0.968 | 0.335 |
| หญิง | 319 | 14.79±0.73 | | | |
| ระดับการศึกษา | | | | | |
| ประถมศึกษา | 128 | 14.77±0.64 | | | |
| มากกว่าประถมศึกษา | 272 | 14.76±0.83 | -0.01 (-0.16 ถึง 0.14) | -0.164 | 0.870 |
| สถานภาพสมรส | | | | | |
| โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ | 91 | 14.81±0.76 | -0.06 (-0.24 ถึง 0.12) | -0.677 | 0.499 |
| สมรส | 309 | 14.75±0.78 | | | |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | | | | | |
| 0 – 9 ปี | 116 | 14.66±0.80 | 0.15 (-0.01 ถึง 0.32) | 1.823 | 0.069 |
| มากกว่าเท่ากับ 10 ปี | 284 | 14.81±0.76 | | | |

* ที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอายุต่างกัน มีบทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.059$, $p > 0.05$) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีเพศต่างกัน มีบทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.319$, $p > 0.05$) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีบทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.547$, $p > 0.05$) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีบทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการ

ป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.174, p > 0.05$) ในขณะที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน จะมีบทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.901, p < 0.05$)

ตาราง 10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปกับบทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 ($n = 400$)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | n | Mean±S.D. | Mean Difference (95% CI of Mean Difference) | t | p-value |
|-----------------------------|-----|-----------|---|--------|---------|
| อายุ | | | | | |
| น้อยกว่า 60 ปี | 313 | 5.82±0.47 | 0.01 (-0.11 ถึง 0.11) | 0.059 | 0.953 |
| มากกว่าเท่ากับ 60 ปี | 87 | 5.83±0.41 | | | |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 81 | 5.84±0.44 | -0.02 (-0.13 ถึง 0.09) | -0.319 | 0.750 |
| หญิง | 319 | 5.82±0.47 | | | |
| ระดับการศึกษา | | | | | |
| ประถมศึกษา | 128 | 5.77±0.47 | 0.08 (-0.02 ถึง 0.17) | 1.547 | 0.123 |
| มากกว่าประถมศึกษา | 272 | 5.85±0.45 | | | |
| สถานภาพสมรส | | | | | |
| โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ | 91 | 5.87±0.37 | -0.06 (-0.15 ถึง 0.04) | -1.174 | 0.242 |
| สมรส | 309 | 5.81±0.48 | | | |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | | | | | |
| 0 – 9 ปี | 116 | 5.70±0.62 | 0.18 (0.06 ถึง 0.30) | 2.901 | 0.001* |
| มากกว่าเท่ากับ 10 ปี | 284 | 5.88±0.36 | | | |

* ที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่ 13 อำเภอ จังหวัดมหาสารคาม โดยการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพทั้งนี้ เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมการป้องกันตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 5.1 สรุปผล
- 5.2 อภิปรายผล
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

การวิจัยสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เป็นการดำเนินการเก็บข้อมูลที่ต้องการศึกษาประชากรส่วนใหญ่ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งของประชากรกลุ่มนั้น มีผลการวิจัยดังนี้

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จากการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 37.50 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.75 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35.75 สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.25 และประสบการณ์ในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ระหว่าง 10-19 ปี ร้อยละ 39.00

5.1.2 ข้อมูลระดับความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับด้านการติดเชื้อ ความรู้ด้านมาตรการ DMHTT และความรู้ด้านวัคซีน

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับระดับความรู้เรื่องโรค COVID-19 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ระดับความรู้เรื่องโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในภาพรวมพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้โรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.25 เมื่อแยกพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ในด้านต่าง ๆ ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สรุปได้ดังนี้

1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีระยะฟักตัว 3 - 14 วัน ร้อยละ 100.00 โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ทำให้เสียชีวิตได้ ร้อยละ 98.00 และโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) เป็นการติดเชื้อไวรัสตระกูลเดียวกับ ซาร์ส (SARs) และเมอร์ส (MERS) ร้อยละ 90.25

2) ความรู้เกี่ยวกับด้านการติดเชื้อ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) จะมีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ร้อยละ 100.00 ผู้ที่เดินทางกลับจากประเทศกลุ่มเสี่ยง ควรกักตัวเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน ร้อยละ 100.00 และโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ติดต่อผ่านทางละอองฝอยจากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย เวลาไอหรือจามรดกัน ร้อยละ 99.75

3) ความรู้ด้านมาตรการ DMHTT พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้เกี่ยวกับมาตรการป้องกันโรค DMHTT คือ เว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ ตรวจวัดอุณหภูมิ และสแกนไทยชนะ / หมอชนะ ร้อยละ 98.75 และการสวมหน้ากากอนามัยเป็นการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ที่ดีที่สุด และตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม ร้อยละ 73.75

4) ความรู้ด้านวัคซีน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ประชาชนต้องฉีดวัคซีน คือ เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายให้มีความพร้อมสามารถใช้ต่อสู้กับเชื้อโรค ร้อยละ 100.00 อาการที่อาจเกิดขึ้นได้จากการฉีดวัคซีนโควิด 19 คือ มีไข้ ปวด หรือระคายเคืองบริเวณตำแหน่งที่ฉีด ปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 99.75 ผู้ที่มีอายุ 18-60 ปี สามารถรับวัคซีนซิโนแวค (SinoVac) ร้อยละ 99.25

5.1.3 ข้อมูลระดับทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับระดับทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ระดับทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในภาพรวม พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ประกอบไปด้วย ทักษะการสวมหน้ากากอนามัยทุกเมื่อออกนอกบ้านของตนเอง ร้อยละ 100.00 ทักษะการแนะนำการสังเกตอาการสำคัญให้กับผู้ถูกกักบริเวณ ร้อยละ 100.00 และทักษะการออกเคาะประตูบ้าน ให้ความรู้และเผยแพร่สื่อความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ร้อยละ 100.00

5.1.4 ข้อมูลระดับบทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับระดับบทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ระดับบทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 ในภาพรวม พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาททางสังคม อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 97.25 รองลงมา คือ มีบทบาททางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 2.50 และมีบทบาททางสังคม อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 0.25 เมื่อแยกพิจารณาบทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใน 6 กิจกรรม สามารถสรุปได้ดังนี้

บทบาททางสังคมที่ 1 การจัดกิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาด จัดสภาพแวดล้อม (Big Cleaning Week) ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนมากทำกิจกรรม ร้อยละ 98.25 เมื่อพิจารณาถึงความถี่ในการทำกิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาด และจัดสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3 ลำดับแรก พบว่า ทำ 1 ครั้ง ร้อยละ 34.10 ทำ 2 ครั้ง จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 31.04 และ ทำ 3 ครั้ง ร้อยละ 25.95

บทบาททางสังคมที่ 2 การสอนประชาชนในหมู่บ้าน / ชุมชนทำหน้ากากอนามัยจากผ้า พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ทำกิจกรรม ร้อยละ 87.00 เมื่อพิจารณาถึงความถี่ในการทำกิจกรรมสอนประชาชนในหมู่บ้าน / ชุมชนทำหน้ากากอนามัยจากผ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3 ลำดับแรก พบว่า ทำ 1 ครั้ง ร้อยละ 52.30 ทำ 2 ครั้ง ร้อยละ 23.56 และ ทำ 3 ครั้ง ร้อยละ 15.80

บทบาททางสังคมที่ 3 การออกเคาะประตูบ้าน รณรงค์ให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร (กินร้อนช้อนกลางส่วนตัว สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่างทางสังคม) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ทำกิจกรรม ร้อยละ 99.25 เมื่อพิจารณาถึงความถี่ในการทำกิจกรรมเคาะประตูบ้าน รณรงค์ให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3 ลำดับแรก พบว่า ทำ 1 ครั้ง ร้อยละ 37.78 ทำ 2 ครั้ง ร้อยละ 27.96 และ ทำ 3 ครั้ง ร้อยละ 25.19

บทบาททางสังคมที่ 4 การเคาะประตูบ้าน “ค้นให้พบจบใน 14 วัน” พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ทำกิจกรรม ครบ 14 วัน ร้อยละ 98.00

บทบาททางสังคมที่ 5 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้าน จนครบ 14 วัน (Home Quarantine) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนมากทำกิจกรรมนี้ ครบ 14 วัน ร้อยละ 100.00 และเมื่อแยกพิจารณา 2 บทบาทย่อยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปฏิบัติหน้าที่ติดตามเยี่ยมสังเกตอาการสรุปได้ดังนี้

บทบาททางสังคมที่ 5.1 การปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้าน จนครบ 14 วัน (Home Quarantine) ครบทุกราย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ติดตามครบทุกราย ร้อยละ 100.00

บทบาททางสังคมที่ 5.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมเป็น “ทีมอาสา โควิด-19” ระดับตำบล/ชุมชน โดยดำเนินการร่วมกับ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ ในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อคณะกรรมการหมู่บ้านและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีบทบาทในการมีส่วนร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้านและบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 100.00

บทบาททางสังคมที่ 6 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ร่วมสร้างมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่สามารถทำได้ ร้อยละ 100.00 นั่นคือ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานศพ งานแต่งงาน เป็นต้น ร้อยละ 96.50 เมื่อไปวัด โรงเรียน สถานที่ราชการ ร้อยละ 91.00 และไปยังสถานประกอบการ ร้านค้า ร้านอาหาร เป็นต้น ร้อยละ 90.00 และเมื่อแยกพิจารณา 2 บทบาทย่อยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตใหม่และร่วมสร้างมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม สรุปได้ดังนี้

บทบาททางสังคมที่ 6.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องการความรู้ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน 3 ลำดับแรก พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องการความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคโควิด 19 (การติดต่อ วิธีการป้องกัน และการรักษา) ร้อยละ 98.00 ความรู้เกี่ยวกับบทบาท/หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ ร้อยละ 95.00 และ ความรู้เกี่ยวกับระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ ร้อยละ 93.00

บทบาททางสังคมที่ 6.2 ช่องทางที่เหมาะสมในการรับข้อมูล ความรู้ข่าวสารสำหรับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีการอบรมผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100.00 และมีความถี่ในการอบรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 ลำดับแรก พบว่า อบรม 2 ครั้ง ร้อยละ 47.75 อบรม 1 ครั้ง ร้อยละ 32.25 และ อบรม 3 ครั้ง ร้อยละ 13.25 นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับข้อมูล ข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ เช่น Line, Facebook, TV ร้อยละ 99.50 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ศึกษาด้วยตนเองผ่านเครื่องมือที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้น เช่น App. Smart อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ แอปพลิเคชันอื่น ๆ ร้อยละ 85.25

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 ผลการวิเคราะห์สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านความรู้เรื่องโรค COVID-19 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอายุมากกว่าเท่ากับ 60 ปี, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพศชายและเพศหญิง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีการศึกษามากกว่าระดับประถมศึกษา มีความรู้เรื่องโรค COVID-19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.369, p > 0.05$), ($t = 1.068, p > 0.05$), และ ($t = -1.740, p > 0.05$) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ฉัญญาสิริ ฉันทสวัสดิ์ และคณะ (2562) ที่แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสามารถในการปฏิบัติงานในการจัดการสุขภาพของประชาชนในชุมชนอยู่ในระดับสูง มีความรู้ในการดำเนินงานเป็นอย่างดี รับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงาน และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้นำท้องถิ่น ทั้งนี้ เพศและอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ซึ่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถเรียนรู้ มีความเข้าใจโรคโควิด-19 และมีความรู้ด้านวัคซีนเป็นอย่างดี ทำนองเดียวกันกับผลงานวิจัยของ อธิพร สติธรังกูร และคณะ (2564) ที่อธิบายว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการถ่ายทอดความรู้ในช่วงหลังฟื้นฟูการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ร่วมกับพยาบาลชุมชน ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน ช่วยเหลือในด้านการจัดสถานที่และดูแลผู้สงสัย พร้อมทั้งช่วยยืนยันผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับพยาบาลชุมชน และเป็นผู้ช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยพักบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ อัมพร จันทวิบูลย์ และคณะ (2563) ที่ได้อธิบายว่า การพัฒนากลไกการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 และการตอบโต้ต่อความเสี่ยงในสถานการณ์ฉุกเฉิน บุคลากรผู้ปฏิบัติงานสามารถสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพได้จากต้นแบบแนวคิดและวิธีการทำงานของระบบราชการ 4.0 ในการกำหนดมาตรการเฝ้าระวัง และมีวิธีการสื่อสารกับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งนำไปสู่การปรับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองและลดความเสี่ยงของตนเองในการติดโรคโควิด-19 จากคนรอบข้างได้ และผลงานวิจัยของ นิพนธ์ สารรัมย์ (2563) ได้เสนอแนะว่า การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับดี จะทำให้มีทัศนคติที่ดีในการนำความรู้เกี่ยวกับโรคเหล่านั้น ไปใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ และถ่ายทอดให้แก่ประชาชนได้อย่างถูกต้อง เนื่องด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนอย่างมาก และมีความพร้อมในการให้ความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมโรคร่วมกับหน่วยงานราชการและทุกภาคส่วนเป็นอย่างดี

ในขณะที่เดียวกันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีสถานภาพสมรส, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 0 – 9 ปี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่าเท่ากับ 10 ปี มีความรู้เรื่องโรค COVID-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.066, p < 0.05$) และ ($t = -2.273, p < 0.05$) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สุชาติ อินทรกำแหง ณ ราชสีมา และคณะ (2564) ที่ได้อธิบายว่า โควิด-19 เป็นอุบัติการณ์ของการเกิดโรคระบาดที่แตกต่างจากที่ผ่านมา จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องมากขึ้น เป็นโรคใหม่ที่ต้องเฝ้าระวัง ควบคุม คัดกรอง ติดตามอย่างใกล้ชิดในชุมชน ประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการปฏิบัติงาน เนื่องด้วยต้องมีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพมาก่อนและเข้าใจโรคโควิด-19 จึงจะทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นได้ภายใต้ความเสี่ยงสูง จึงควรจัดสรรสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ค่าตอบแทน เกียรติบัตรเชิดชูความเสียสละ เพื่อเสริมสร้างขวัญกำลังใจ โดยเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาเป็นระยะเวลาานาน มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป ทำนองเดียวกันกับผลงานวิจัยของ อำนวย เนียมหมื่นไวย (2561) อธิบายว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีประสบการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะมีความรู้ความเข้าใจ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ การควบคุม การป้องกัน เฝ้าระวังโรคได้ดี สามารถจัดการกับเงื่อนไขทางสุขภาพได้ ใช้สารสนเทศและตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ไม่ได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพในระดับต่ำ และทำให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ และผลงานวิจัยของ ตติยา มิตรจตุกุล (2561) อธิบายว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเชิงประสบการณ์ จะสามารถยกระดับความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถใช้เครื่องมือทางการแพทย์ได้ มีความรู้ในการตรวจสุขภาพประชาชนเบื้องต้น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคได้มากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ไม่มีประสบการณ์

5.2.2 ผลการวิเคราะห์สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านทักษะการป้องกันโรค COVID-19 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอายุมากกว่าเท่ากับ 60 ปี, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพศชายและเพศหญิง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีการศึกษามากกว่าระดับประถมศึกษา, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน (อสม.) ที่มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีสถานภาพสมรส, และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 0 – 9 ปี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่าเท่ากับ 10 ปี มีทักษะการป้องกันโรค COVID-19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.676, p > 0.05$), ($t = 0.968, p > 0.05$), ($t = -0.164, p > 0.05$), ($t = -0.677, p > 0.05$), และ ($t = 1.823, p > 0.05$) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ หทัยรัตน์ สุนทรสุข และนางवल พลุเกสร (2564) ที่ได้อธิบายว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีทักษะในการป้องกันโรคโควิด-19 มีการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายเยี่ยมชุมชนที่ร่วมตรวจสอบติดตาม ประชาชนที่มาจากพื้นที่เสี่ยง การคัดกรองเบื้องต้นตามมาตรการคัดกรองและการเฝ้าระวังในชุมชน โดยจัดตั้งระบบคุ้มและใช้อุปกรณ์ตรวจสอบ รายงานข้อมูลแก่สาธารณสุขอำเภอได้ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามระบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาลชุมชน ให้ใช้กล่องครอบหัว ซึ่งเป็นนวัตกรรมการป้องกันตนเองที่โรงพยาบาลพัฒนาขึ้นมา ทำนองเดียวกันกับผลงานวิจัยของ กนกนรา พวงประยงค์ (2564) ที่ได้แสดงให้เห็นว่า บุคคลทั่วไปทั้งเพศชายและเพศหญิง มีทักษะในการป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน และยังมีจิตอาสาในการเป็นตัวแบบแสดงความช่วยเหลือต่อสังคมในช่วงโควิด-19 โดยมีพฤติกรรมในการบริจาคสิ่งของในระดับมาก มีการช่วยเหลือด้านกำลังกายและให้กำลังใจ แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากตัวแบบการช่วยเหลือต่อสังคมดังกล่าว เมื่อบุคคลได้รับการยกย่องจะเกิดพฤติกรรมในการกระทำตามตัวแบบนั้น ทำให้มีพฤติกรรมจิตอาสาของบุคคลเกิดขึ้นในสังคม สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สิริกาญจน์ กระจำงโพธิ์ (2563) ที่ระบุว่า เมื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเอง แล้วทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ได้ดีขึ้น มีความเชื่อในด้านการดูแลสุขภาพมากขึ้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการป้องกันโรค ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการรับรู้โอกาสและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทราบถึงความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 สามารถนำไปสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้เกิดการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีวิธีการเลือกแนวทางในการปฏิบัติตนที่ดีที่สุดให้ปลอดภัยจากโรคโควิด-19 ได้ และผลงานวิจัยของ วิทยา ชินบุตร และนภัทร ภักดีสรวิชัย (2564) แสดงให้เห็นว่า ทักษะการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และวิธีการได้รับคัดเลือกเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่แตกต่างกัน สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันและติดตามโรคโควิด-19 ได้ในระดับมาก และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนให้เกิดการตื่นตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างถูกวิธี ซึ่งจำเป็นที่จะต้องเพิ่มการสื่อสารทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และ

ผลงานวิจัยของ พัชรภา กาญจนอุดม และคณะ (2563) ได้อธิบายไว้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่ได้มีผลต่อทักษะการป้องกันโรค แต่สิ่งที่มีผลต่อทักษะการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นแบบอย่างที่ดีในการรักษาสุขภาพแก่ประชาชน และปัจจัยด้านระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก็ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าทักษะการในการป้องกันโรคจะผลักดันให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีหากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของชุมชน

5.2.3 ผลการวิเคราะห์สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านบทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอายุมากกว่าเท่ากับ 60 ปี, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพศชายและเพศหญิง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีการศึกษามากกว่าระดับประถมศึกษา, และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีสถานภาพสมรส มีบทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.059, p > 0.05$) ($t = -0.319, p > 0.05$) ($t = 1.547, p > 0.05$), และ ($t = -1.174, p > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 4.10 สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ วิชัย ศิริวรวัจน์ชัย (2564) ที่ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ที่แตกต่างกัน ก็สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 ที่อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน ได้ไม่แตกต่างกัน นั่นคือ มีความสมัครใจเข้าร่วมทีม มีการวางแผนร่วมกันเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรค การเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการถ่ายทอดความรู้และการประชาสัมพันธ์ การคัดกรองกลุ่มที่มาจากพื้นที่เสี่ยง การติดตามอาการ การรายงานผลการปฏิบัติงาน รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ก็สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลงานวิจัยของวิณาพร สำอางศรี และคณะ (2563) อธิบายไว้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการพัฒนาความรู้อย่างเข้าถึงที่สุด จะมีการลงมือทำงานมากขึ้น รู้เท่าทันสถานการณ์ต่าง ๆ มีการทำงานเป็นทีมแบบเครือข่ายความร่วมมือและจัดทำกิจกรรมร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และหน่วยงานอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพประชาชนเชิงรุก ที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) มีบทบาทที่ชัดเจนมากขึ้น และมีสมรรถนะด้านการจัดทำแผนงานตามเกณฑ์มาตรฐานต่าง ๆ และมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับมาก นอกจากนี้ ผลการวิจัยของ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ ศานต์ (2563) ระบุว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแล สุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุข จากการเผชิญกับความเครียด การสูญเสีย ในช่วงการแพร่ระบาดของ โครonavirus-19 มีผลกระทบต่อจิตใจค่อนข้างมากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึง เปลี่ยนบทบาทจากการควบคุมโรคมาเป็นการฟื้นฟูสุขภาพจิตในช่วงสถานการณ์ผ่อนคลายน ดำเนินการโดยใช้วัคซีนสุขภาพจิต ที่ประกอบด้วย วัคซีนใจ เน้นบำบัดที่ตัวบุคคล วัคซีนครอบครัว เน้นการสร้าง ความหวังและความปรองดองของสมาชิกในครัวเรือน และวัคซีนชุมชน เน้นการสร้าง ความรู้สึกปลอดภัย เห็นใจ ลดความสิ้นหวัง เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตตามแนวทางปกติใหม่ได้อย่างมีสติ

ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 0 – 9 ปี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่า 10 ปี มีบทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรค และควบคุมโรคโควิด 19 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.901, p < 0.05$) สอดคล้องกับ ศุภักชญา ภาวิงค์กระรัต และคณะ (2563) ที่ได้อธิบายว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ บ้าน (อสม.) ในการจัดการของชุมชน เพื่อมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค และควบคุมโรคโค วิด 19 ในชุมชน ตามมาตรการการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการจัดการกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในพื้นที่ การ เตรียมความพร้อม เพื่อสร้างความร่วมมือกับประชาชนในพื้นที่ พบว่า ในช่วงเวลาปิดเมืองและผ่อน ปรนนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันโรค และ ควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนในชุมชน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับสูง ในช่วงปิดเมืองมากกว่าช่วงผ่อนปรน เนื่องจาก ความตื่นตระหนกที่มีต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด ของโรคโควิด 19 ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนในชุมชน กินร้อน ซ้อนกลาง สวมหน้ากากอนามัย และเว้นระยะห่างทางสังคม และเมื่อสถานการณ์ดีขึ้น พฤติกรรม เหล่านี้จะลดลงอย่างต่อเนื่อง จึงอาจจะมีโอกาสเกิดการแพร่ระบาดของโรคระลอกใหม่ได้อีก สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563) ที่ระบุว่า ระยะเวลาการทำงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะทำให้ความสามารถในการดำเนินงานเพื่อ ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในชุมชนของประเทศไทย แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 เนื่องด้วยการดำเนินงานใด ๆ ให้สำเร็จมักจะอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อที่ว่า ตนเองมี โอกาสรับผิดชอบและสร้างความสำเร็จนั้นด้วยตนเอง รู้สึกเป็นที่รัก สามารถสร้างเครือข่ายกับผู้อื่นได้ และต้องการอำนาจเพื่อบริการผู้อื่นและทำประโยชน์ให้แก่หน่วยงานได้ จึงทำให้อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่แตกต่างกัน และผลงานวิจัย

ของ ญัฐพงษ์ เชียงกุล และ ยุทธนา แยกคาย (2563) ได้ชี้ให้เห็นว่า วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เนื่องด้วยผู้ที่ผ่านการคัดเลือก มักจะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาแล้ว มีความคุ้นเคยและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้นำชุมชน จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ถูกคัดเลือกเข้าไปนั้น ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีในการปฏิบัติงาน และภูมิใจในบทบาทตำแหน่งที่ได้รับ

5.3 ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานวิจัยสมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม จากการศึกษาสรุปแนวทางแก้ไขและเสนอแนะสำหรับวิจัยครั้งต่อดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม มีดังต่อไปนี้

1) ส่งเสริมทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการชวนชาวบ้านในชุมชนที่กลัวการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ป้องกันการติดเชื้อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

2) ส่งเสริมการรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างสม่ำเสมอ โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่

3) ส่งเสริมบทบาททางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับชาวบ้านในชุมชน ร่วมกันหาแนวทางป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของตนเอง

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2) ควรมีการศึกษารูปแบบการดำเนินงานตามเกณฑ์การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

บรรณานุกรม



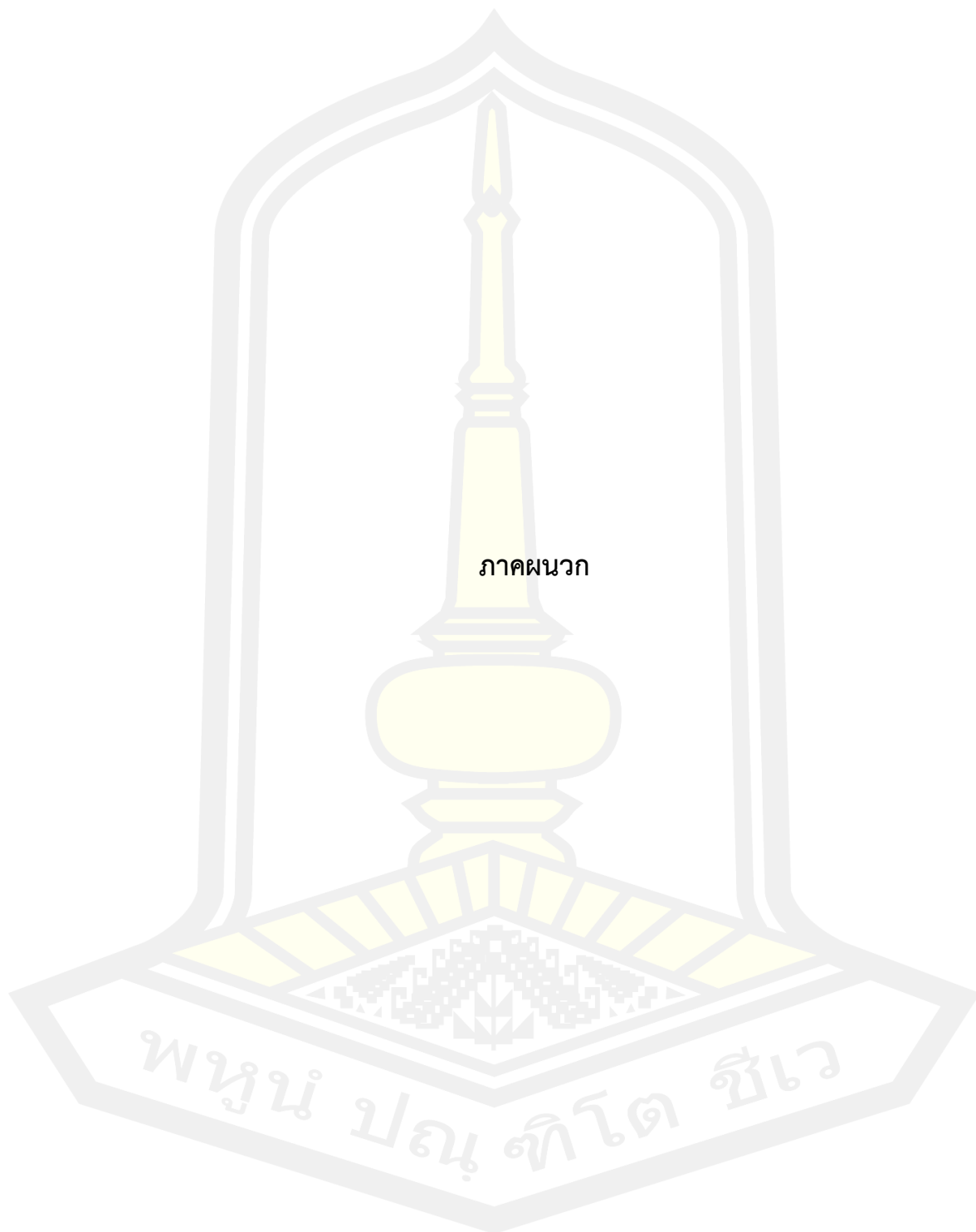
บรรณานุกรม

- กนกวรรณ พวงประยงค์. (2564). สถานการณ์ผลกระทบ ความต้องการการช่วยเหลือและการปรับตัวของคนวัยทำงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 : กรณีศึกษาเชิงประจักษ์ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสุทธิปริทัศน์*, 35 (1), 266-286.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณี การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในชุมชน*. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://www.hsscovid.com/filesการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคโควิด-19.pdf>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2563].
- กฤษยาภัสสร ขาวปทุมทิพย์. (2556). *การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม*. รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ. (2557). *วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521 – พ.ศ. 2557)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). *คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน..* [ออนไลน์] ได้จาก: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/OSM_Doctor.pdf. [สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2563].
- กำธร มาลาธรรม และศิริลักษณ์ อภิวาณิชย์. (2558). *คู่มือปฏิบัติงานการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล 2558*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- กิตติพร เนาวสุวรรณ และคณะ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 92-103.
- จิรประภา อัครบวร. (2549). *สร้างคนสร้างผลงาน*. กรุงเทพฯ :ก. พลพิมพ์.
- ชาติชาย สุวรรณนิตย์. (2560). การศึกษาสถานการณ์งานสุขภาพภาคประชาชน ในปัจจุบันและทิศทาง การพัฒนาในอนาคต. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 12(4), 4-14.

- ณัฐพงษ์ เชียงกุล และยุทธนา แยกคาย. (2563). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(2), มีนาคม - เมษายน.
- ธัญญาสิริ ฉันทสวัสดิ์, นิตยา จันทบุตร, และใจเพชร นิลบารันต์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและประเมินผลอุบลราชธานี*, 8(1), 3-10.
- ธีรพร สติรอังกูร และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(2), มีนาคม - เมษายน.
- นิพนธ์ สารรัมย์. (2563). *ศึกษาการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกงรถ อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา*. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 4(1), 15-25.
- พัชรภา กาญจนอุดม, ศุภกร หวานกระโทก และสุนทรี รักความสุข. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 21(40), 34-45.
- ภูติท เตชาติวัฒน์ และคณะ. (2563). *บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในประเทศไทย*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2563). การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(4), 280-291.
- วัฒนา พัฒนพงศ์. (2547). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการวัดการเพิ่มผลผลิตภาคบริการ*. กรุงเทพฯ: สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- วิทยา ชินบุตร และนภัทร ภักดีสรวิชญ์. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(2), 304-318
- ศิริรัตน์ ชุนทคล้าย. (2549). การบริหารจัดการสมรรถนะในองค์กร. *วารสารดำรงราชานุภาพ*. 6,(20), 20-50.

- ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ และทอง มุ่งดี. (2559). *ระบบสุขภาพของประเทศไทย การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2554 – 2558*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก;
- ศุภักชญา ภาวังคะรัต, สมภพ อาจชนะศึก และปิยะณัฐ นามช. (2563). *การศึกษาศาสนาการณการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช. (2563). *การสาธารณสุขมูลฐาน*. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://phcsn.hss.moph.go.th/>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2563].
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. (2529). *การสาธารณสุขในประเทศไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2563). *คู่มือประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ 2563*. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2564). *คู่มือประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ 2564*.
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *All rights reserved*. [ออนไลน์] ได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/163750/>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 ต.ค. 63]
- สิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์. (2563). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี. *ว. วิทย์. เทคโนโลยี. หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 7(2), 61-71.
- สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, สมตระกูล ราศิริ และธิดีรัตน์ ราศิริ. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 7(2), 80-97.
- อนุชิต ไกรวิจิตร. (2563). *เปิดผลสำรวจคนจนเมืองในภาวะวิกฤตโควิด-19*. *The Standard*. [ออนไลน์] ได้จาก: <https://thestandard.co/open-survey-on-poor-people-incoronavirus-crisis/>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2563].
- อัมพร จันทวิบูลย์ และคณะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย: กรณีศึกษา จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(6), พฤศจิกายน – ธันวาคม.

- อำนาจ เนียมหมื่นไวย. (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพชุมชนอำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 4(1), 78-92.
- Bloom, B. S. (1976). *Human Characteristic and School Learning*. New York: McGraw –Hill.
- Boam, Rosemary and Paul Sparrow . (1992). *Designing and Achieving Competency : A Competency Based Approach to Developing People and Organizations*. England: McGraw – Hill International (UK) Limited.
- Boyatzis, R. E. (1982). *The Competency Manager : A model of Effective Performance*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavior sciences (2nd ed)*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.
- McClelland, D. C. (1991). *Testing for Competence rather than for Intelligence*. American Psychologist.
- McKenzie, D. B., & Cowley, A. B. (2003). Drug therapy in chronic heart failure. *Postgraduate Medical Journal*, 79(6), 634-642.
- McNergney ,R.F. and Herbert, J. M. (1998). *Foundations of Education*. 2nd ed. Boston : Allynand Bacon.
- Primary Health Care Division, Ministry of Public Health. (2019). *Health Volunteers*. Retrieved April 26, 2020 from <http://www.thaiphc.net/new2020/content/1>.
- Spencer, Lyle M. and Signe M. Spencer. (1993). *Competency at Work : Models for Superior Performance*. The United State of America: John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus*. Geneva: World Health Organization.



ภาคผนวก

พหุบัณฑิตวิชเว



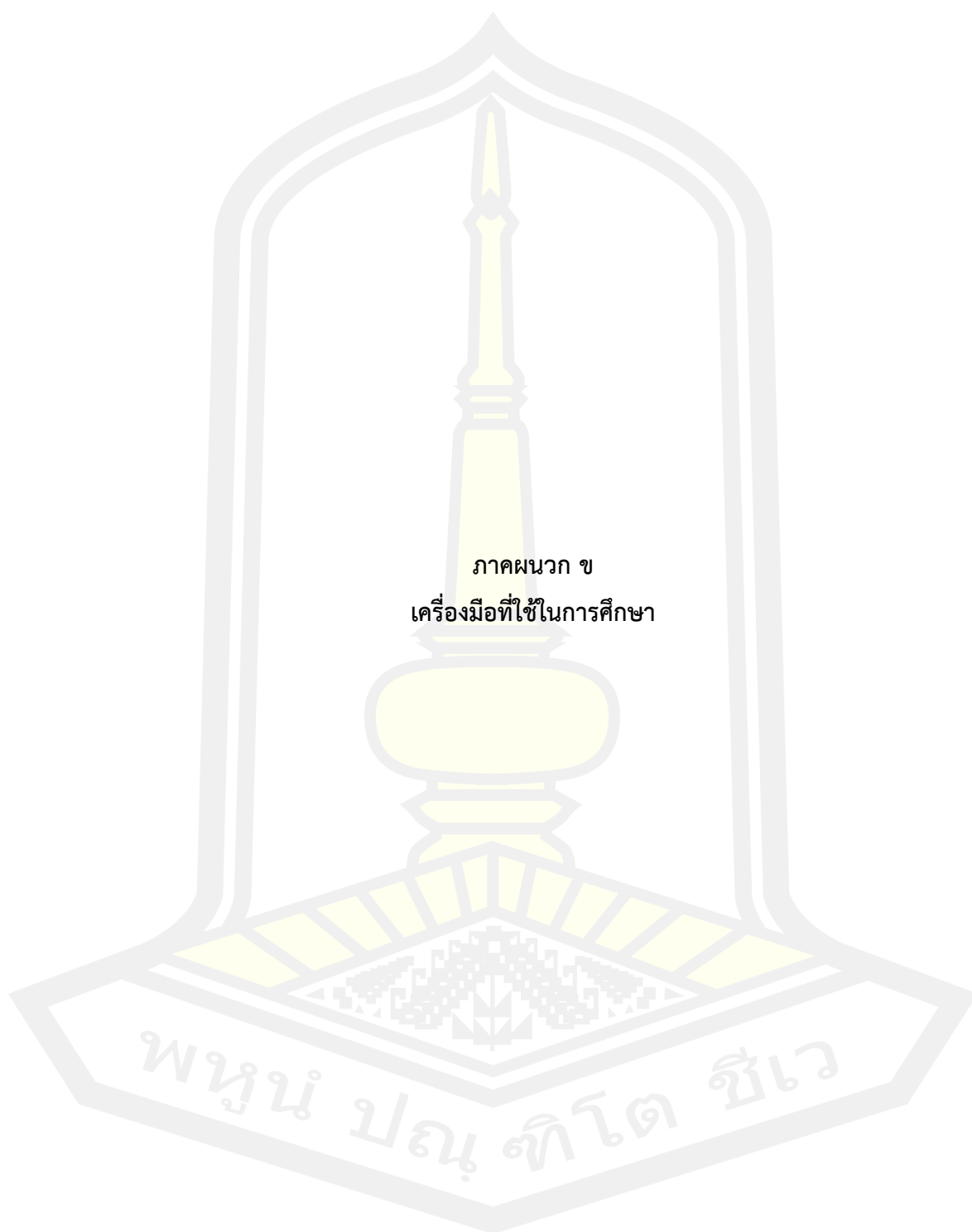
ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

พหุณฺ ปณฺ ทิโต ชีเว

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ.ดร.พัชชา หิรัญวัฒนกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม





ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว

เลขที่แบบสอบถาม

(ลำดับแบบสอบถาม)

แบบสอบถามภายใต้หัวข้อวิจัย

สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

คำชี้แจง

1.แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. | จำนวน 6 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรค COVID-19 | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 ทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 | จำนวน 15 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 บทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19 | จำนวน 6 ข้อ |

2. ผู้ตอบให้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้ครบทุกข้อและตรงกับความเป็นจริงของท่านให้มากที่สุด โดยคำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และไม่มีผลเสียหายใด ๆ ต่อท่าน เนื่องจากผู้วิจัยจะนำไปสรุปผลในภาพรวมเท่านั้น

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวยุพดี ตรีชาลา

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหุ ม ประถมศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. จำนวน 6 ข้อ

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามโดยกาเครื่องหมาย ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงใน
ที่ว่างให้ตรงความเป็นจริงของท่าน มากที่สุด

1. อายุ.....ปี

2. เพศ 1. ชาย 2. หญิง

3. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา

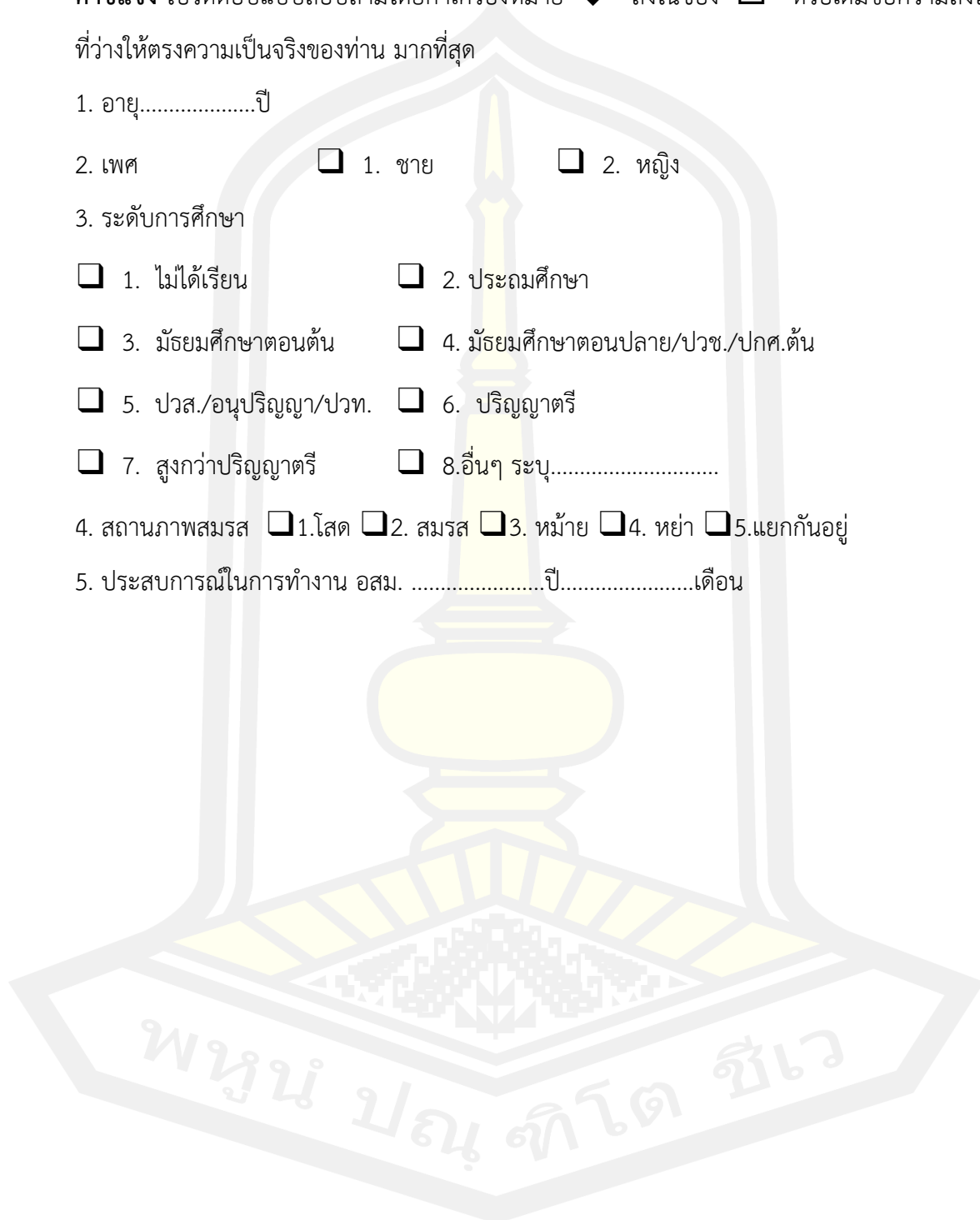
3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปกศ.ต้น

5. ปวส./อนุปริญญา/ปวท. 6. ปริญญาตรี

7. สูงกว่าปริญญาตรี 8. อื่นๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย 4. หย่า 5. แยกกันอยู่

5. ประสบการณ์ในการทำงาน อสม.ปี.....เดือน



ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรค COVID-19

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในคำตอบที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด

| ข้อความ | คำตอบ | |
|--|-------|--------|
| | ใช่ | ไม่ใช่ |
| ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค | | |
| 1. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19)เป็นการติดเชื้อไวรัสตระกูลเดียวกับ ซาร์ส (SARs) และเมอร์ส (MERS) | | |
| 2. เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) มีระยะฟักตัว 3 - 14 วัน | | |
| 3. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ทำให้เสียชีวิตได้ | | |
| 4. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) มีความรุนแรงไม่มาก | | |
| ความรู้เกี่ยวกับด้านการติดเชื้อ | | |
| 5. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ติดต่อผ่านทางละอองฝอย จากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย เวลาไอหรือจามรดกัน | | |
| 6. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) จะมีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศา เซลเซียส | | |
| 7. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) สามารถแพร่เชื้อจากสัตว์สู่คนได้ | | |
| 8. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) สามารถแพร่เชื้อได้ทันทีแม้ไม่มีอาการ | | |
| 9. ผู้ที่เดินทางกลับจากประเทศกลุ่มเสี่ยง ควรกักตัวเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน | | |
| 10. การไปอยู่ร่วมกันในสถานที่แออัด เช่น ตลาดห้างสรรพสินค้า ที่มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ได้ | | |
| ความรู้ด้านมาตรการ DMHTT | | |
| 11. ตามมาตรการป้องกันโรค DMHTT คือ เว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ ตรวจวัดอุณหภูมิ และสแกนไทยชนะ/ หมอชนะ | | |
| 12. การสวมหน้ากากอนามัยเป็นการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ที่ดีที่สุด ไม่จำเป็นต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม | | |

| ข้อคำถาม | คำตอบ | |
|--|-------|--------|
| | ใช่ | ไม่ใช่ |
| ความรู้ด้านวัคซีน | | |
| 13. วัคซีน คือ สารที่ฉีดเข้าไปสู่ร่างกายเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำมาจากเชื้อโรคที่ตายแล้ว หรือทำมาจากเชื้อโรคที่อ่อนแอจนไม่ทำให้เกิดโรคได้ โดยเมื่อฉีดวัคซีนเข้าสู่ตัวเราแล้วร่างกายเราก็จะสร้างภูมิคุ้มกันกับโรคนั้น ขึ้นมา | | |
| 14. ข้อดีของวัคซีนชนิดเชื้อตาย (inactivated vaccine) คือ ใช้เทคโนโลยีการผลิตที่มีมานานมีประสิทธิภาพและความมั่นใจในการใช้เป็นอย่างดี | | |
| 15. ผู้ที่มีอายุ 18-60 ปี สามารถรับวัคซีนซิโนแวค (SinoVac) | | |
| 16. สาเหตุที่ประชาชนต้องฉีดวัคซีน คือ เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายให้มีความพร้อมสามารถต่อสู้กับเชื้อโรค | | |
| 17. อาการที่อาจเกิดขึ้นได้จากการฉีดวัคซีนโควิด 19 คือ มีไข้ ปวด หรือระคายเคืองบริเวณตำแหน่งที่ฉีด ปวดเมื่อยตามตัว | | |
| 18. ผู้ที่มีอาการข้างเคียงหลังจากรับวัคซีน สามารถกินยาพาราเซตามอลได้ แต่ไม่ควรกินยาแอสไพริน | | |
| 19. เมื่อฉีดวัคซีนซิโนแวค (SinoVac) เข็มแรกไปแล้ว อีก 3 วันต้องมาฉีดเข็มที่สอง | | |
| 20. ผู้ที่มีโรคประจำตัวไม่สามารถฉีดวัคซีนโควิด 19 ได้ | | |



ส่วนที่ 3 ทักษะในการป้องกันโรค COVID-19

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ตามทักษะที่ท่านมี

| ทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 | เกณฑ์การประเมิน | |
|--|-----------------|----------|
| | ทำได้ | ทำไม่ได้ |
| 1. สวมหน้ากากอนามัยทุกเมื่อออกนอกบ้านของตนเอง | | |
| 2. ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์เมื่อจับสิ่งของทุกชนิด | | |
| 3. ประเมินอาการสำคัญทางโทรศัพท์หรือสอบถามญาติของผู้กักบริเวณ | | |
| 4. แนะนำการสังเกตอาการสำคัญให้กับผู้ถูกกักบริเวณ | | |
| 5. แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้กับผู้ถูกกักบริเวณ | | |
| 6. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวของคนภายในบ้านและเพื่อนบ้าน | | |
| 7. เป็นต้นแบบในการปฏิบัติตัวด้าน Social Distancing ให้กับประชาชน | | |
| 8. จัดสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อมาตรการดังกล่าว ได้แก่ จัดระเบียบในตลาดสด ตลาดนัด (จัดเว้นระยะห่างในการยื่นซื้อของ) | | |
| 9. ออกเคาะประตูบ้าน ให้ความรู้และเผยแพร่สื่อความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ | | |
| 10. ให้ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ ตามวิถีชุมชน | | |
| 11. สแกนแอปไทยชนะทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่างๆ | | |
| 12. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ ทั้งก่อนเข้าทำงาน | | |
| 13. สามารถเข้าไปประเมินตนเองได้ผ่านแอปพลิเคชัน “ไทยเซฟไทย” | | |
| 14. เปลี่ยนหน้ากากทันทีเมื่อออกจากสถานทีนั้น ๆ | | |
| 15. ควรสวมหน้ากากตลอดเวลา ลดการพูดคุย งดกินอาหารและเครื่องดื่มขณะเดินทาง | | |

พูน บณู ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 4 บทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด 19

1. มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาด จัดสภาพแวดล้อม (Big Cleaning Week) ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ

- () ไม่ทำ
- () ทำ ระบุจำนวนครั้ง

2. สอนประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนทำหน้ากากอนามัยจากผ้า

- () ไม่ทำ
- () ทำระบุจำนวนครั้ง

3. ออกเคาะประตูบ้าน รณรงค์ให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร (กินร้อน ช้อนกลาง ส่วนตัว สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่างทางสังคม) หรือไม่

- () ไม่ทำ
- () ทำระบุจำนวนครั้ง

4. เคาะประตูบ้าน “ค้นให้พบจบใน 14 วัน”

4.1 ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบมีการดำเนินการครบทุกหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

- () ไม่ครบ
- () ครบ

5. อสม. ติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้าน จนครบ 14 วัน (Home Quarantine)

- () ไม่ได้ทำ ระบุเหตุผล.....
- () ทำ

5.1 อสม. ติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้าน จนครบ 14 วัน (Home Quarantine) ครบทุกราย หรือไม่

- () ไม่ครบ
- () ครบ

5.2 อสม. ร่วมเป็น “ทีมอาสาโควิด-19” ระดับตำบล/ชุมชน โดยดำเนินการร่วมกับกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ ในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ คณะกรรมการหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่

- () ไม่ได้ร่วม
- () ร่วม

6. อสม. กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ร่วมสร้างมาตรการรักษา ระยะห่างทางสังคม (Social Distancing)

- () ไม่ได้ทำ
- () ทำ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () สถานประกอบการ ร้านค้า ร้านอาหาร เป็นต้น
- () วัด โรงเรียน สถานที่ราชการ
- () กิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานศพ งานแต่งงาน เป็นต้น

6.1 อสม. ต้องการความรู้เรื่องอะไรบ้างในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโค

วิด 19 ในชุมชน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคโควิด 19 (การติดต่อ วิธีการป้องกัน และการรักษา)
- () ความรู้เกี่ยวกับบทบาท/หน้าที่ของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่
- () ความรู้เกี่ยวกับวัสดุ/อุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน
- () ความรู้เกี่ยวกับการประสานงานเครือข่ายในพื้นที่
- () ความรู้เกี่ยวกับระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่

6.2 ช่องทางที่เหมาะสมในการรับข้อมูล ความรู้ข่าวสารสำหรับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () อบรมผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุจำนวนครั้ง
- () อสม. ศึกษาด้วยตนเองผ่านเครื่องมือที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้น เช่น App. Smart อสม. หรือแอปพลิเคชันอื่นๆ
- () อสม. ได้รับข้อมูล ข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ เช่น Line, Facebook, TV

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

พูน ปณ ทิโต ชีเว

เครื่องมือการวิจัย (ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สมรรถนะด้านการป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

คำชี้แจง สำหรับผู้วิจัยจะทำการบันทึกสิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์ หรือที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัยทุกระยะ รวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ระบบการจัดการ อุปกรณ์การป้องกันตนเองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

2. สภาพปัญหาด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ

.....

.....

.....

3. ควรมีมาตรการอะไรนอกเหนือจากหลักมาตรการ D-M-H-T-T-A ของภาครัฐ เพิ่มเติมหรือไม่

.....

.....

.....

4. หากประชาชนไม่ยอมรับการฉีดวัคซีนเพราะเกิดความกลัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการรับมือหรือแก้ไขปัญหอย่างไร

.....

.....

.....

5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องการความรู้และทักษะ ในเรื่องไหนเพิ่มเติมเกี่ยวกับหารป้องกันโรคโควิด 19

.....

.....

.....



ภาคผนวก ค

การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต สีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 243-192/2564

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) สมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The competency of protecting and controlling of corona virus by the village health volunteers.

ผู้วิจัย : นางสาวยุหตี ศรีชาลา

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดมหาสารคาม

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 22 กรกฎาคม 2564

วันหมดอายุ : 21 กรกฎาคม 2565

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ศาสตราจารย์ ดร. สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษิขกรหญิงรัตศรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 243-192/2021

Title : The competency of protecting and controlling of corona virus by the village health volunteers.

Principal Investigator : Miss Yupadee Treechala

Responsible Department : Faculty of Public Health

Research site : Maharakham Province

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 22 July 2021

expire : 21 July 2022

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Maharakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

Ratree S.

(Asst. Prof. Ratree Sawangjit)

Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ประวัติผู้เขียน

| | |
|---------------------|---|
| ชื่อ | นางสาวยุพดี ตรีชالا |
| วันเกิด | วันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2536 |
| สถานที่เกิด | อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด |
| สถานที่อยู่ปัจจุบัน | เลขที่ 55 หมู่ 11 บ้านหนองแวงควง อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45000 |
| ประวัติการศึกษา | พ.ศ. 2555 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนศรีสมเด็จพิมพ์พัฒนาวิทยา อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2559 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2565 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |

พูน ปณ ฑิต ชีเว