



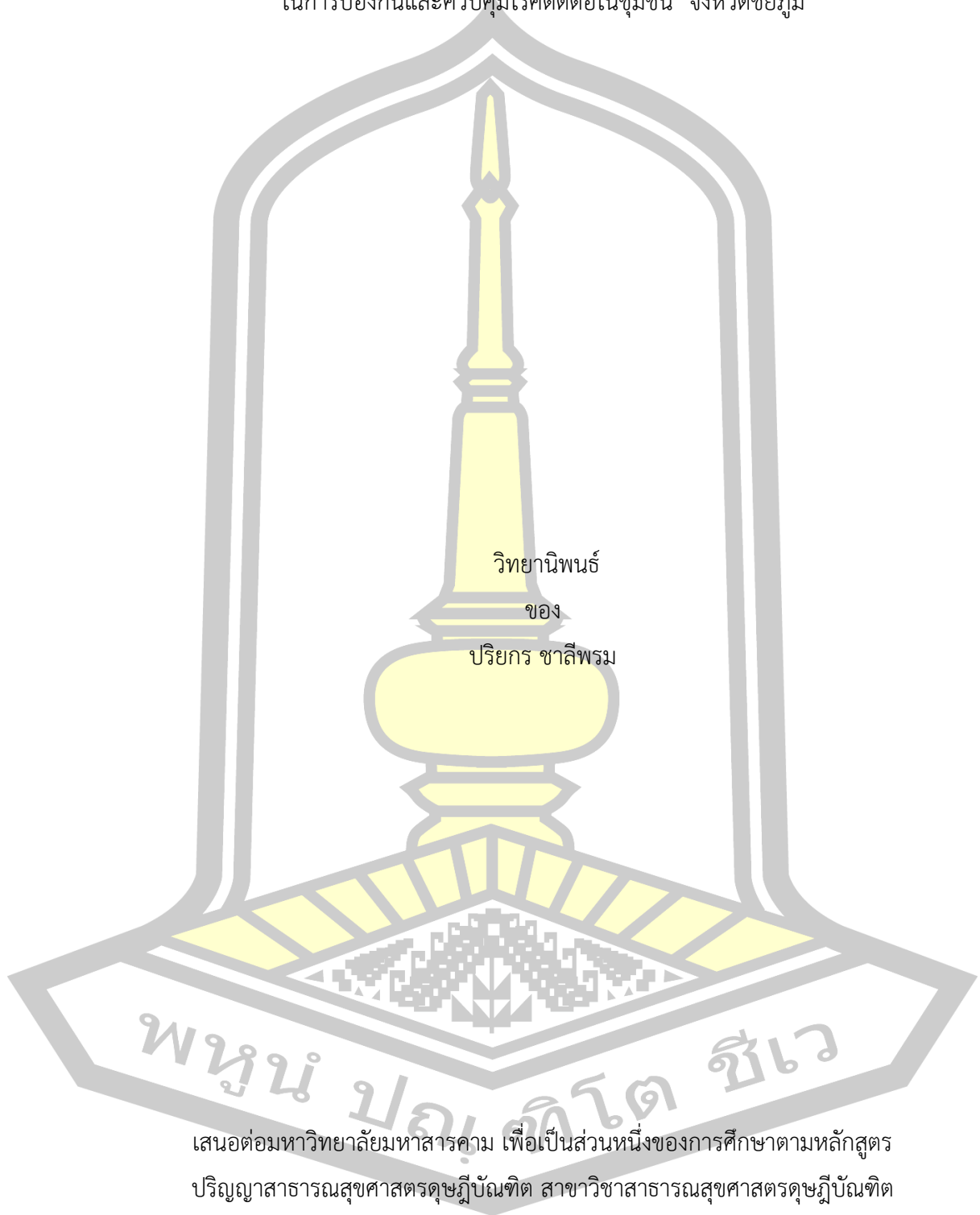
รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

วิทยานิพนธ์
ของ
ปริญกร ชาลีพรม

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มกราคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

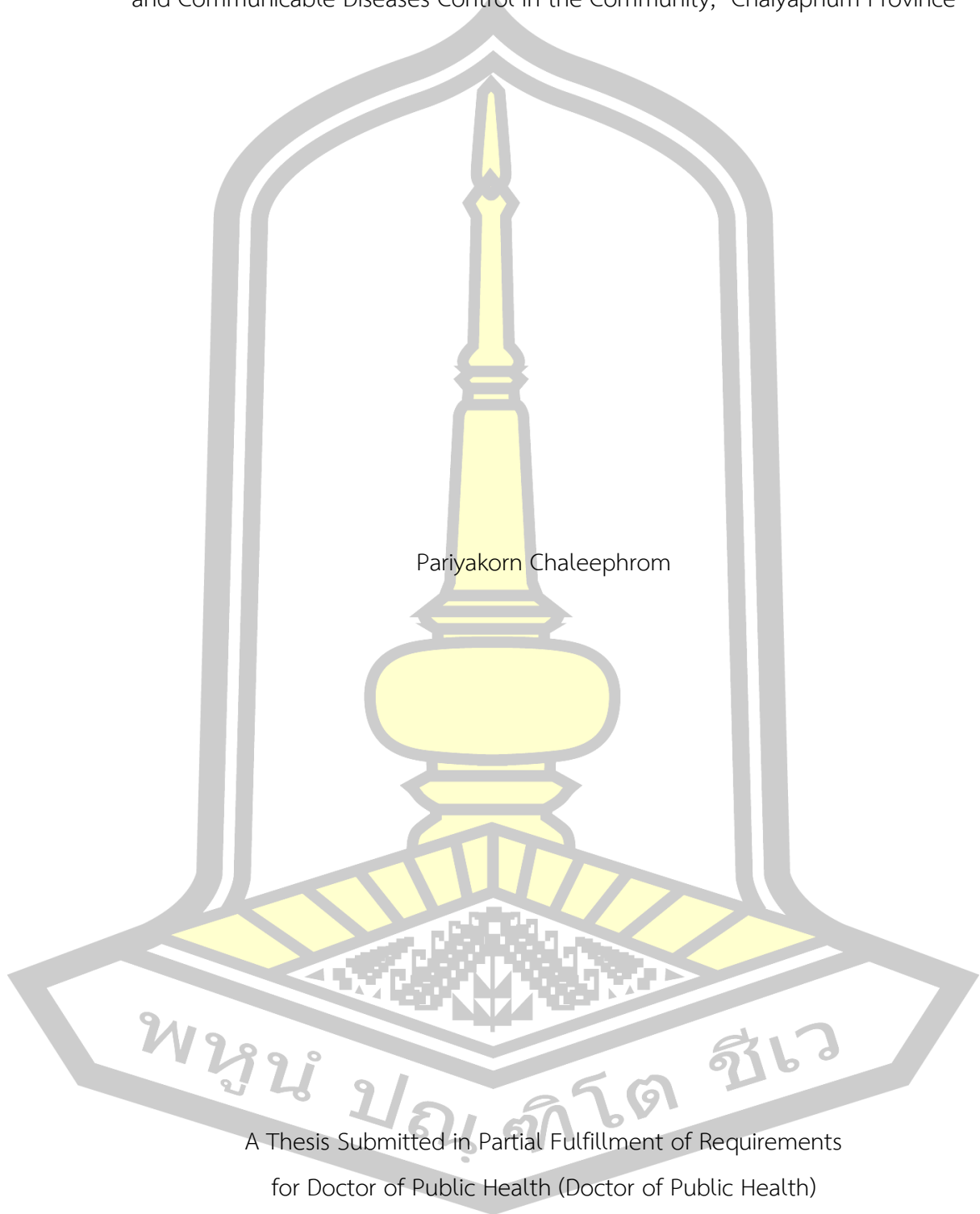


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มกราคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

A Model for Competency Improvement of Village Health Volunteers in Prevention
and Communicable Diseases Control in the Community, Chaiyaphum Province



Pariyakorn Chaleephrom

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

January 2025

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางปริยกร ชาลีพรม แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
สาขารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ประจักษ์ บัวผัน)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

กรรมการ

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

กรรมการ

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาขารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาขารัฐศาสตร์

(รศ. ดร. กฤษน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ		
ผู้วิจัย	ปริญกร ชาลีพรหม		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎี บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2568

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะเชิงหน้าที่ของ อสม. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยประยุกต์รูปแบบใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพการวิจัยแบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นระยะเตรียมการ ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาและระดับสมรรถนะ ของ อสม. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โดยศึกษา อสม. ทำการที่ศึกษาในจังหวัดชัยภูมิ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ multi stage sampling จำนวน 416 คน ขณะที่ระยะที่ 2 เป็นระยะปฏิบัติการ เพื่อศึกษาและ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะเชิงหน้าที่ของ อสม. ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านความสามารถ ด้านทักษะและด้านอื่นๆ ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ กระบวนการ PAOR กลุ่มเป้าหมายคือหน่วยงานสนับสนุน อสม. และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวนทั้งสิ้น 34 คน และระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. กลุ่มเป้าหมายคือ อสม. จำนวนทั้งสิ้น 33 ราย มีระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือน มี.ค.2565 ถึง ก.ค.2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย content analysis, triangular และสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 พบว่า อสม. จำนวน 416 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.53 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 43.03 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 53 ปี อายุสูงสุด 82 ปีและอายุต่ำสุด 23 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.61 ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 36.30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 73.80 รายได้ระหว่าง 3,001-6,000 บาท ร้อยละ 36.78 ระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 31.49 ระยะเวลาการเป็น อสม. สูงสุด

44 ปี และต่ำสุด 1 ปี จำนวนหลังคาเรือนรับผิชอบส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 9-13 หลังคาเรือน ร้อยละ 62.26 จำนวนหลังคาเรือนรับผิชอบเฉลี่ย 10 หลัง สูงสุด 24 หลัง ต่ำสุด 4 หลัง จำนวนประชากรรับผิชอบส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 16-31 คน ร้อยละ 48.32 จำนวนประชากรรับผิชอบเฉลี่ย 33 คน จำนวนประชากรรับผิชอบสูงสุด 78 คน จำนวนประชากรรับผิชอบต่ำสุด 5 คน ระดับสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะและความสามารถ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 65.38 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 34.62 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.42 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1.93 และค่าสูงสุดเท่ากับ 5

ผลการศึกษา ระยะที่ 2 ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการ P-A-O-R พบว่า เกิดได้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนที่เรียกว่า SMART อสม.Plus Model

ผลการศึกษา ระยะที่ 3 ประเมินผลพบว่าภายหลัง อสม.ได้รับการพัฒนาตามโปรแกรม SMART อสม.Plus Model พบมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนสูงเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม. SMART อสม.Plus Model เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาสมรรถนะเชิงหน้าที่ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนที่สามารถนำไปขยายผลและพัฒนาต่อไป หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรใช้เป็นแนวทางการจัดทำหลักสูตรการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะ อสม.ที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนา, สมรรถนะเชิงหน้าที่, อสม., การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

TITLE	A Model for Competency Improvement of Village Health Volunteers in Prevention and Communicable Diseases Control in the Community, Chaiyaphum Province		
AUTHOR	Pariyakorn Chaleephrom		
ADVISORS	Associate Professor Songkramchai leetongdeesakul , Ph.D. Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Public Health	MAJOR	Doctor of Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2025

ABSTRACT

This research aims to develop and evaluate a competency development model for village health volunteers (VHVs) in the prevention and control of communicable diseases in communities-CDCs. A mixed-methods research approach was utilized, incorporating both quantitative and qualitative data collection. The study was conducted in three phases. Phase 1, the preparatory phase, involved studying the context, issues, and competencies of VHVs in the prevention and control of communicable diseases. The sample included 416 VHVs from Chaiyaphum Province, selected using multi-stage sampling. Phase 2, the implementation phase, focused on developing a competency enhancement model for VHVs in four areas: knowledge, abilities, skills, and other competencies necessary for disease surveillance, prevention, and control in communities. The action research as PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) process was employed, targeting 34 stakeholders and supporting agencies. Phase 3 evaluated the competency development model for VHVs, involving 33 participants. The study was conducted from March 2022 to July 2024, with data analyzed using content analysis, triangulation, and descriptive statistics.

Findings: Phase 1: Of the sampling as 416 VHVs, 80.53% were female, with the majority aged 51-60 (43.03%). The average age was 53 years (range 23-82 years). Most were married (84.61%), had completed primary education (36.30%), worked in

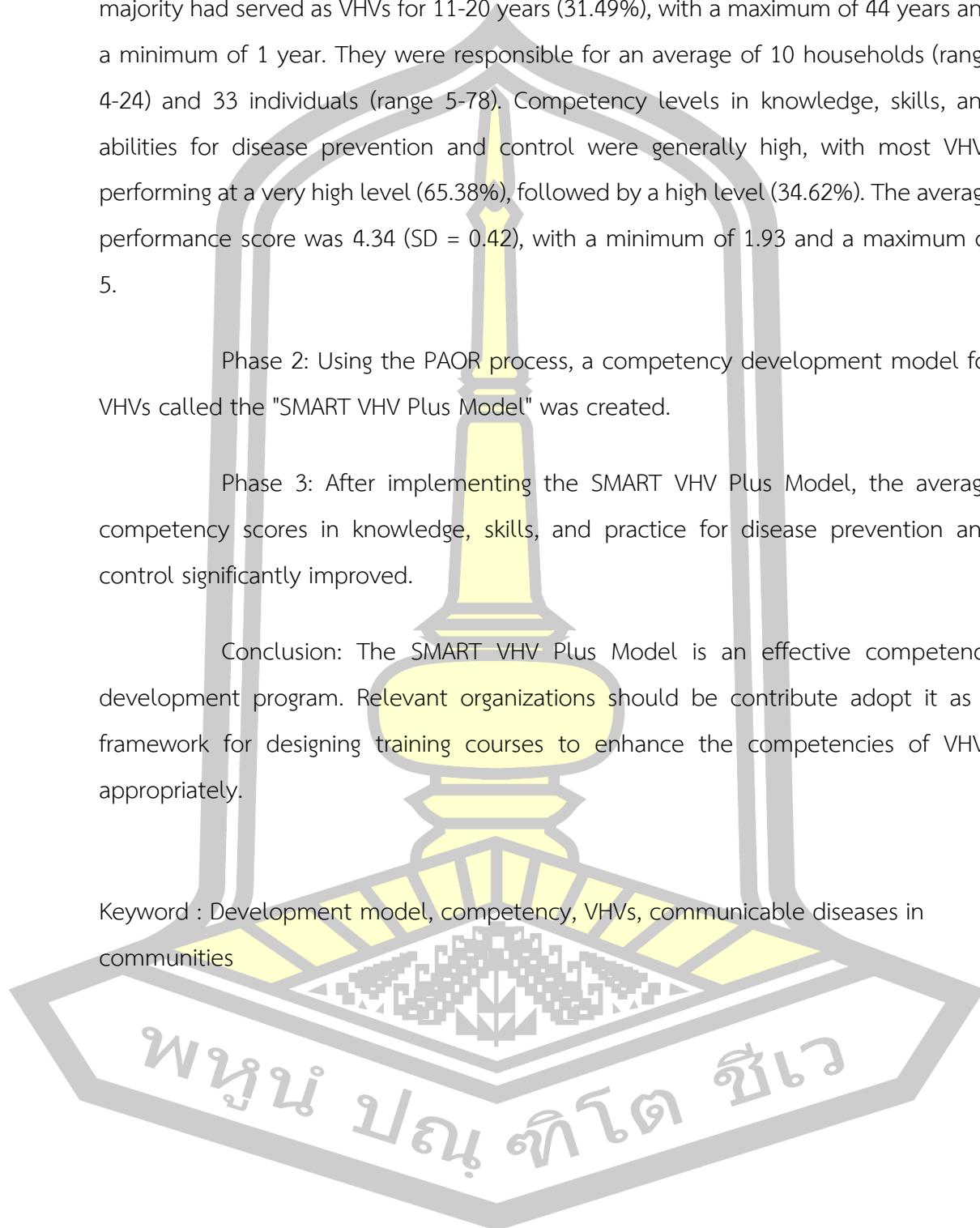
agriculture (73.80%), and earned between 3,001-6,000 THB per month (36.78%). The majority had served as VHVs for 11-20 years (31.49%), with a maximum of 44 years and a minimum of 1 year. They were responsible for an average of 10 households (range 4-24) and 33 individuals (range 5-78). Competency levels in knowledge, skills, and abilities for disease prevention and control were generally high, with most VHVs performing at a very high level (65.38%), followed by a high level (34.62%). The average performance score was 4.34 (SD = 0.42), with a minimum of 1.93 and a maximum of 5.

Phase 2: Using the PAOR process, a competency development model for VHVs called the "SMART VHV Plus Model" was created.

Phase 3: After implementing the SMART VHV Plus Model, the average competency scores in knowledge, skills, and practice for disease prevention and control significantly improved.

Conclusion: The SMART VHV Plus Model is an effective competency development program. Relevant organizations should be contribute adopt it as a framework for designing training courses to enhance the competencies of VHVs appropriately.

Keyword : Development model, competency, VHVs, communicable diseases in communities



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ และประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ช่วยชี้แนะให้คำปรึกษา คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ รวมถึงแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัวผ้น ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มทนา กลางคาร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และอาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลือให้กำลังใจและช่วยตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตลอดจนการปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ จนวิทยานิพนธ์สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ดร.จันทร์จิรา ตรีเพชร อาจารย์ประจำคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ นายอภิรัตน์ โสกาบั้ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ดำรงตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นพ.วรายศ ดาราสว่าง ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยตลอดจนพิจารณาแก้ไขความเที่ยงตรงและสอดคล้องเชิงเนื้อหาของเครื่องมือรวมถึงการทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ รวมถึง ดร.ชัยณรงค์ สังข์จ่าง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาให้คำปรึกษาเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินโปรแกรมการพัฒนาพร้อมให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ องค์กรบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดชัยภูมิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งที่เป็นพื้นที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยและคณะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

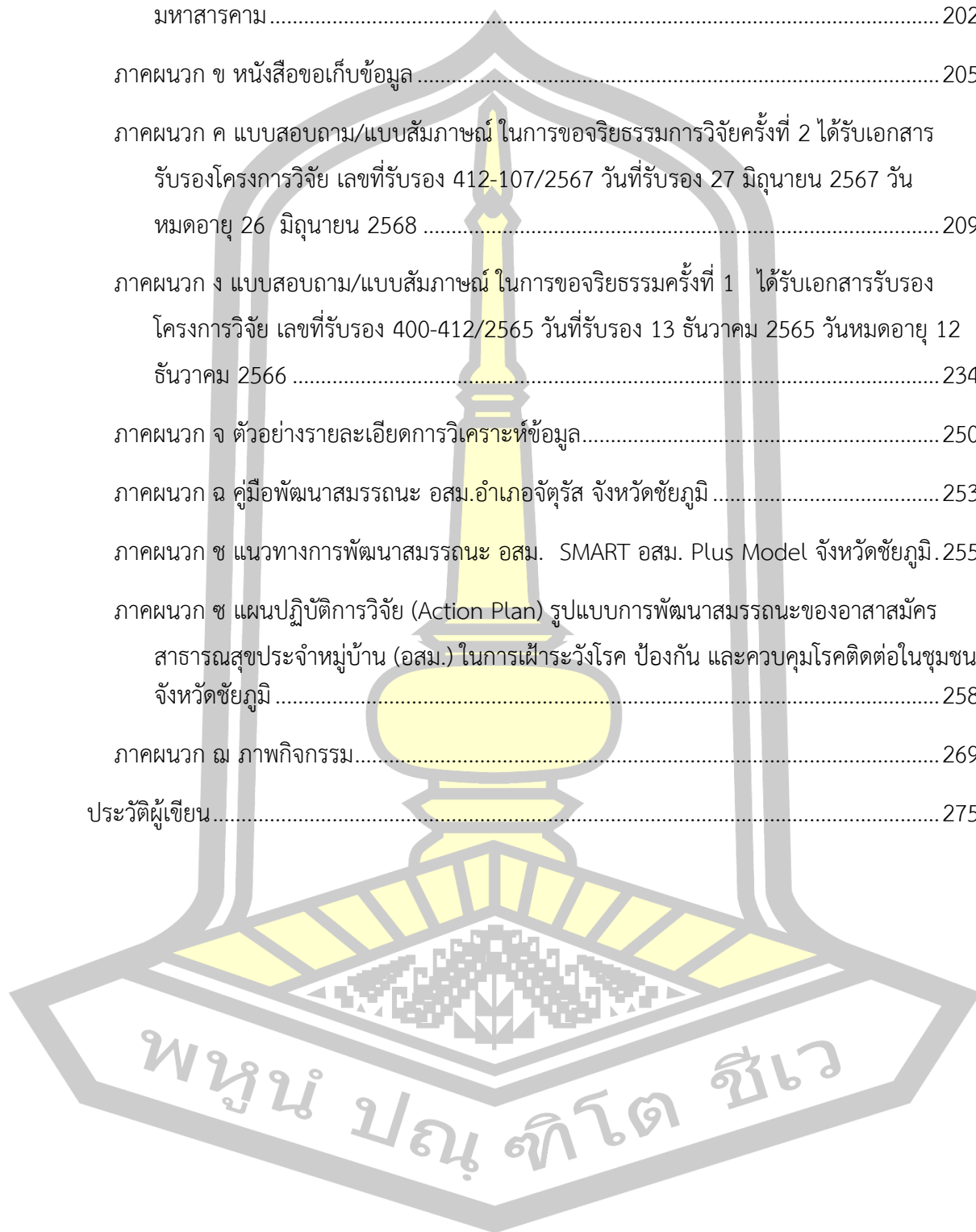
สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ เจ้าหน้าที่ กลุ่มเพื่อนนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต รุ่นที่ 12 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจเป็นอย่างดี คุณความดีและประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูตราบูชาแต่บิดามารดาบูรพาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามและผู้มีพระคุณทุกท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูป.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	7
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	8
1.5 นิยามศัพท์.....	9
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ.....	10
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	12
2.1 แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน.....	12
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) Village Health Volunteers (VHVs).....	30
2.3 หลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).....	36
2.3 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรค.....	45
2.4 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรค.....	47
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะ (Competencies).....	52

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ	61
2.7 แนวคิดเรื่องการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research).....	65
2.8 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	73
2.9 แนวคิด งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	76
2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย	108
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	109
3.1 รูปแบบการวิจัย	109
3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย	111
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	115
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	117
3.5 วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	118
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	121
3.7 จริยธรรมในการวิจัย.....	122
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	123
4.1 ผลศึกษาระยะที่ 1.....	123
4.2 ผลการศึกษาในระยะ 2 ผลการศึกษาในขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	150
4.3 ผลศึกษาระยะที่ 3	173
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	175
5.1 สรุปผล	175
5.2 อภิปรายผล.....	182
5.3 ข้อเสนอแนะ	185
บรรณานุกรม.....	187
ภาคผนวก.....	201

ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.....	202
ภาคผนวก ข หนังสือขอเก็บข้อมูล.....	205
ภาคผนวก ค แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ ในการขอจริยธรรมการวิจัยครั้งที่ 2 ได้รับเอกสาร รับรองโครงการวิจัย เลขที่รับรอง 412-107/2567 วันที่รับรอง 27 มิถุนายน 2567 วัน หมดอายุ 26 มิถุนายน 2568	209
ภาคผนวก ง แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ ในการขอจริยธรรมครั้งที่ 1 ได้รับเอกสารรับรอง โครงการวิจัย เลขที่รับรอง 400-412/2565 วันที่รับรอง 13 ธันวาคม 2565 วันหมดอายุ 12 ธันวาคม 2566	234
ภาคผนวก จ ตัวอย่างรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล.....	250
ภาคผนวก ฉ คู่มือพัฒนาสมรรถนะ อสม.อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ.....	253
ภาคผนวก ช แนวทางการพัฒนาสมรรถนะ อสม. SMART อสม. Plus Model จังหวัดชัยภูมิ.....	255
ภาคผนวก ซ แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan) รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวังโรค ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ.....	258
ภาคผนวก ฌ ภาพกิจกรรม.....	269
ประวัติผู้เขียน.....	275



สารบัญตาราง

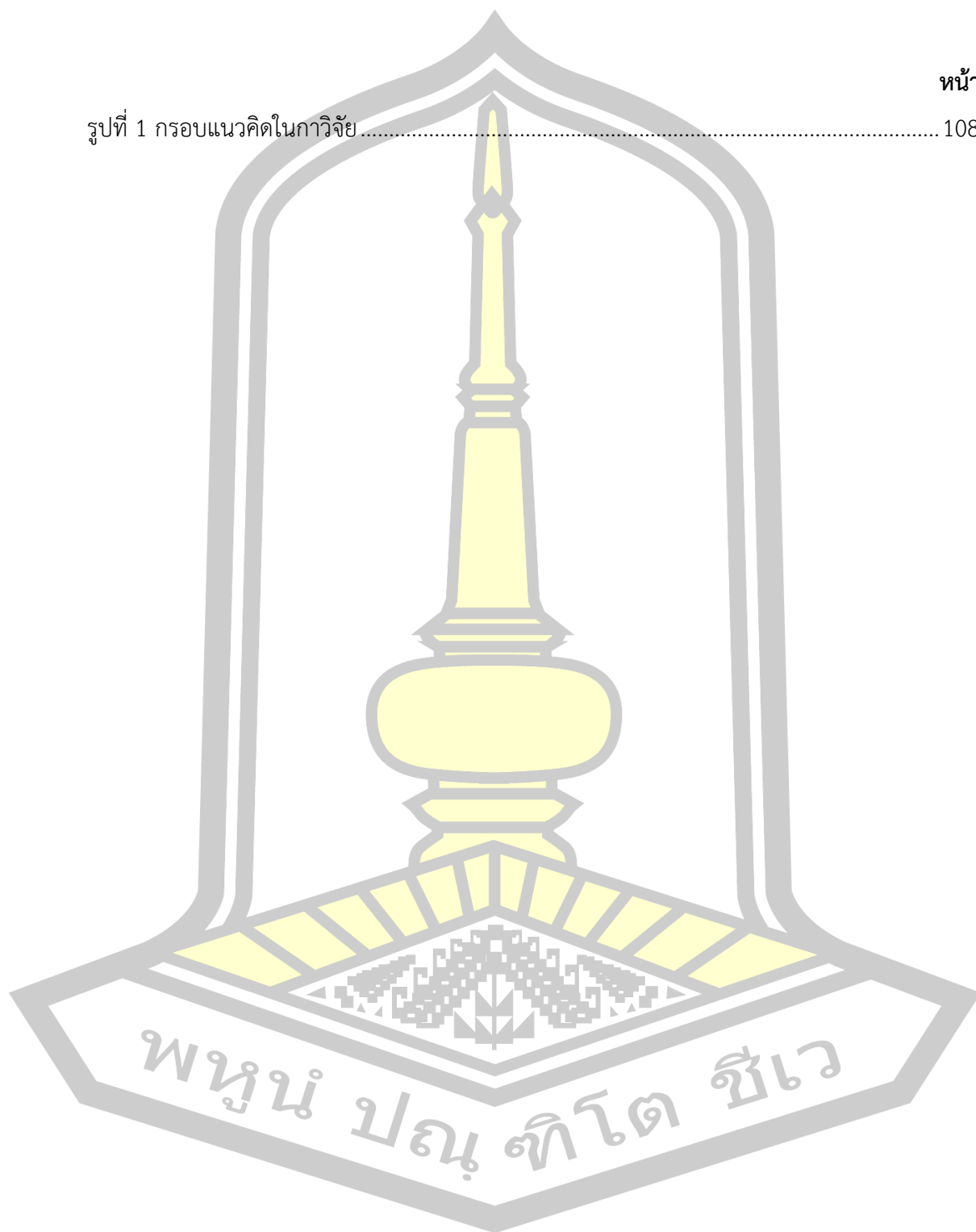
	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนกลุ่มเป้าหมายหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม.	113
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดจำแนกตามคุณลักษณะของประชากรที่ศึกษา (n = 416)	124
ตารางที่ 3 แสดงคะแนนความรู้ ทักษะและความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ (n=416).....	128
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนของระดับความรู้ ทักษะและความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ (n=416).....	130
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนระดับการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ รายข้อได้ดังนี้ (n=416)....	131
ตารางที่ 6 แสดงระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ (n=416).....	132
ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ (n=416)	133
ตารางที่ 8 แสดงจำนวนอัตราป่วยโรคโควิด-19 แยกรายอำเภอ จังหวัดชัยภูมิ	153
ตารางที่ 9 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. จำแนกตามเกณฑ์การคัดเลือกในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	156
ตารางที่ 10 สมรรถนะด้านความรู้ ทักษะและความสามารถของ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ตำบลหนองบัวบาน	156
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับสมรรถนะ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะ ของ อสม.ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ (n=33).....	174

สารบัญรูป

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในกาวิจัย

หน้า

108



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยเริ่มต้นอย่างชัดเจนภายหลังจากประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรอัลมาอาตา เมื่อปี พ.ศ. 2521 (World Health Organization, 2521) โดยที่การสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนที่มุ่งสร้างสุขภาวะทางสังคมที่เสมอภาค เป็นธรรม ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรสุขภาพให้กระจายไปสู่ประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของระบบสาธารณสุขอย่างเป็นทางการครั้งแรก ในโดยใช้กลไกลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ในปี พ.ศ. 2520 (แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520-2540) กลยุทธ์สำคัญที่การสาธารณสุขมูลฐานที่ประเทศไทยสร้างขึ้น คือ การเสริมสร้างความรู้ความสามารถของประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนและดำเนินการด้านสุขภาพรวมถึงการพัฒนาสุขภาพในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิในฐานะรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพ และเป็นเครื่องมือหลักในการบรรลุเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) (Astana Declaration, 2561) และในการดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข โดยหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขคือ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้รับมอบหมายจากรัฐบาลภายใต้ นโยบายที่กำหนดให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านสาธารณสุขและช่วยแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยการรับขึ้นทะเบียนประชาชนในพื้นที่ที่มีจิตอาสาทำงาน และจัดฝึกอบรมให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2564) ซึ่งจัดเป็นรูปแบบการแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยผ่านการพัฒนาและอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เริ่มดำเนินการอบรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2564) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ในการเป็นผู้ให้คำชี้แนะกับประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองรวมถึงการได้รับการพัฒนาขีดความสามารถให้ทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัย การสื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ ประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขในชุมชน ตลอดจนการให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนไปรับการรักษาพยาบาล รวมถึงการจัดกิจกรรมทางสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ตามหลักสูตรการอบรมต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2564) การพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของกระทรวงสาธารณสุขมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง จนปัจจุบัน มีการปรับกลยุทธ์ กลวิธีในการดำเนินงานและมีการปรับกระบวนการที่สำคัญในเรื่องการ

พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ภายใต้แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานหรือที่เรียกว่าระบบสุขภาพภาคประชาชน ที่เดิมมองบทบาทประชาชนเป็นเพียงผู้รับบริการและการตัดสินใจด้านสุขภาพทั้งหมด จะอิงบุคลากรด้านสาธารณสุข เปลี่ยนมาเพื่อให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น (Community participation) และเน้นการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน(กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2564)

จากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยแวดล้อมทางสุขภาพทั้งในระดับโลกและระดับประเทศส่งผลกระทบต่อการจัดการระบบสุขภาพในหลายด้าน ทั้งด้านโครงสร้างทางประชากร ระบาดวิทยา และการเปลี่ยนผ่านทางสังคมและเศรษฐกิจ ดังจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย ที่มีแนวโน้มไปสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคมไปสู่สังคมยุคดิจิทัล การเกิดโรคอุบัติใหม่ และอุบัติซ้ำ การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้ รวมทั้งปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติธรรมชาติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) โดยเหตุนี้หน่วยงานในระดับนโยบาย ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะยาว 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2579 เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ซึ่งในช่วงปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2564 ได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนา 4 ด้าน คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion & Prevention excellence) ด้านบริการสุขภาพ (Service Excellence) ด้านการพัฒนากำลังคน (People Excellence) และด้านการมีธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้ยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ด้าน(กระทรวงสาธารณสุข, 2560) มีการกำหนดแผนงานด้านการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน โดยการพัฒนา สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นแกนหลักในการดูแลและจัดการสุขภาพ ประชาชน (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นตัวแทนของภาคประชาชนในระดับ หมู่บ้าน เกิดขึ้นจาก แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ตั้งแต่แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2521) ที่ได้รับการพัฒนาให้มีบทบาทเป็นผู้นำการ เปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (change agent) ในการ “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี” (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) (2) สมรรถนะของ อสม. ทุกคนต้องผ่านการอบรม หลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ได้แก่ หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข พุทธศักราช 2550 ช่วงแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 11 ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2559 กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญ 10 ด้าน เพื่อให้ อสม. มีความรู้ความสามารถมีทักษะปฏิบัติงานได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และสามารถสร้างการมีส่วนร่วม การเรียนรู้และการจัดกิจกรรมขับเคลื่อน เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน ปีงบประมาณ 2560 ถึง 2562 กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน(กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เพื่อเป็นแกนนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับตำบล เป็นต้นแบบการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับคนในชุมชนต่อไป รวมทั้งแก้ไขปัญหา สุขภาพของประชาชนตามกลุ่มวัย (3) ช่วงแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 12 ปีระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคม ดิจิทัล” (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ข้อมูลข่าวสารสามารถส่งต่อถึงกันได้อย่างรวดเร็วทำ

ให้การสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องและทันเวลาเป็นสิ่ง ที่สำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตอีกทั้งรัฐบาลยังมี นโยบายขับเคลื่อนประเทศไทยให้เข้าสู่ประเทศไทย 4.0 มุ่งเน้นการนำเอานวัตกรรม และเทคโนโลยีดิจิทัลเข้า มาเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ รวมไปถึงการ ยกย่องคุณภาพการ ให้บริการสาธารณสุข และคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีขึ้น ซึ่ง อสม. ถือว่าเป็นบุคลากรที่ เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชนและยังเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) มีการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพ อสม. มาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2564 มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยประมาณ 1,047,800 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2564)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกระบบสุขภาพภาคประชาชนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤติของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2565 ที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก และยังคงระบาดต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน รวมถึงการระบาดของโรคติดต่อต่าง ๆ ในชุมชน เช่น โรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก เป็นต้น จะส่งผลต่อการจัดการด้านการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนเป็นอย่างมาก ประกอบกับปัญหาด้านสาธารณสุขอื่นในพื้นที่ โดยเฉพาะปัญหาการระบาดของโรคติดต่อต่าง ๆ ในปัจจุบันมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) การมีอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน จึงเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่สำคัญ ในฐานะผู้สนับสนุนและปฏิบัติหน้าที่ในเชิงรุกและการติดตามอย่างใกล้ชิดกับพื้นที่จึงมีความสำคัญ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ซึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม.ในพื้นที่ไว้ 5 ขั้นตอนได้แก่ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) 1) ขึ้นเตรียมความพร้อม อสม. โดยการจัดตั้งทีม SRRT ระดับอำเภอหมู่บ้านรวมถึงการเตรียมข้อมูลอุปกรณ์แบบฟอร์มต่าง ๆ 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับกำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือไปร่วมอยู่ในสถานที่ที่มีผู้ป่วย 3) จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโดยการสอบถามสังเกตอาการ และให้คำแนะนำหากมีอาการให้ประสานและส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) ผู้ที่ไม่มีอาการ อสม. ต้องติดตามให้ครบตามระยะเวลาของโรคติดต่อในชุมชน และ 5) รายงานผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบันทึกผ่านระบบรายงาน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งจะทำให้เห็นลักษณะงานที่สำคัญของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนโดยเฉพาะในภาวะวิกฤติโควิด รวมถึงสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่อื่น ๆ เช่น โรคไข้เลือดออกและโรคมือเท้าปาก เป็นต้น(กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคคลที่อาสาสมัครทำงานในด้านสาธารณสุขในระดับชุมชน โดยมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้ความช่วยเหลือในด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ อสม. มักจะ

ทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขระดับท้องถิ่น เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์อนามัย เพื่อให้บริการต่าง ๆ เช่น การรณรงค์เรื่องสุขภาพ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือการช่วยเหลือในสถานการณ์ฉุกเฉินต่าง ๆ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคติดต่อในชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังเป็นผู้ประสานกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564) แต่ในความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากองค์กรหรือหน่วยงานหลายฝ่าย ตลอดจนภาคประชาชน เช่น แกนนำครอบครัว หรือกลุ่มองค์กรในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและเสริมสร้างศักยภาพให้ประชาชน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) อสม. เป็นบุคคลหรือสื่อบุคคลที่ทำหน้าที่สื่อสารสุขภาพเพื่อยังยั้งการระบาดของโรคติดต่อในระดับหมู่บ้าน เป็นบุคคลหรือสื่อที่มีอำนาจน้อยในระบบโครงสร้างของหน่วยงานด้านสาธารณสุข แต่ในฐานะสื่อบุคคลแล้ว ผลการวิจัยส่วนใหญ่ระบุว่าอำนาจของ อสม. จะเกิดขึ้นได้จากการเป็นผู้ที่มีต้นทุนทางสังคมเช่น มีประสบการณ์และความเป็นคนในชุมชนที่ใกล้ชิดกับกลุ่มผู้รับสาร มีความใกล้ชิดกับประชาชนเป้าหมาย เป็นคนในชุมชนที่มีความสามารถในการสื่อสารที่เข้าถึงและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนเป็นบุคคลที่มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับชุมชนหมู่บ้านในระดับหลังคาเรือน จึงทำให้ อสม. ได้รับความไว้วางใจและได้รับความร่วมมือจากชาวบ้านที่อยู่อาศัยในชุมชนมาด้วยกันเป็นอย่างดี แต่ที่น่าสนใจคือการสื่อสารกับกลุ่มคนที่ย้ายเข้ามาอยู่ในชุมชน หรือคนจากพื้นที่อื่นเข้ามาอยู่ในชุมชนกลับทำได้ยากและมักไม่ได้รับความร่วมมือมากนัก (สุนันทา แยมทัพ, 2558, กาญจนา แก้วเทพ และคณะ, 2556 และ Adalja et al, 2012)

จากการประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในหลายรูปแบบพบว่า มีกระบวนการพัฒนาที่หลากหลาย ได้แก่ การคัดเลือกบุคคลเข้ามาเป็น อสม., การส่งเสริม พัฒนา และสนับสนุน เช่น การให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันหรือสื่ออื่น ๆ, การฝึกปฏิบัติหรือกระบวนการฝึกอบรมที่ชัดเจน (เพ็ญศรี โตเทศ, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่า อสม. ยังมีบทบาทเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ รวมถึงการทำงานแบบตั้งรับมากกว่าบทบาทเชิงรุก (Development of Civil Servants According to the Main Competencies, 2010) และจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อการจัดการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ประกอบกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งมีความสลับซับซ้อน การพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ให้มีมิติที่หลากหลาย รวมถึงทำหน้าที่เชิงรุกมากขึ้นเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากมีความใกล้ชิดในการสนับสนุนและปฏิบัติงานเชิงรุก รวมถึงการเฝ้าระวังและติดตามอย่างใกล้ชิดในพื้นที่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564)

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อด้านสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง พบผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก โดยมีผู้ป่วยสะสมทั่วโลก จำนวน 530,920,131 ราย และเสียชีวิต จำนวน 6,309,638 ราย และยังพบการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565: ศูนย์ข้อมูล Covid-19, 2565) สถานการณ์ดังกล่าวทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด

ขั้นตอนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชนไว้ 5 ขั้นตอน คือ 1) ขึ้นเตรียมความพร้อม ทั้งในระดับอำเภอและหมู่บ้าน รวมถึงความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ 3) จัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) การเฝ้าระวังติดตามผู้มีอาการในพื้นที่ และ 5) การรายงานผล (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ระบบและแนวทางการปฏิบัติเหล่านี้ ส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขต่างต้องยึดถือเป็นแนวปฏิบัติในด้านนี้โดยทั่วกัน ดังนั้นจึงส่งผลกระทบต่อไปยังกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหลายด้วย โดยเหตุนี้การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนจึงเป็นแนวทางและกรอบการดำเนินงานที่จะต้องมีการพัฒนาสมรรถนะเชิงหน้าที่ให้กับ อสม. เพิ่มเติมในความสามารถด้านนี้ด้วย จึงเป็นความท้าทายที่สำคัญของสมรรถนะ อสม. ยุคปัจจุบัน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565)

สมรรถนะเป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับการทำงานหรือการแสดงออกที่อ่อน ท่องแกว (2550) ได้กล่าวไว้ว่าการทำงาน ให้บรรลุผลสำเร็จได้ตามเป้าหมายจำเป็นต้องอาศัยสมรรถนะ หรือขีดความสามารถ (Competency) ของบุคคล ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่จำเป็นของบุคคล ซึ่งจะทำให้การทำงานประสบความสำเร็จได้ตามเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนด เช่นเดียวกับ Mc Shane & Glinow (2008) ได้กล่าวว่า สมรรถนะ หมายถึง ทักษะ ความรู้ ความสามารถและ คุณลักษณะอื่น ๆ ที่จะนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นเพื่อให้ บรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้ จุฑามาศ แก้วละมุล และดารุณี จงอุดมการณ์ (2557) ได้ทำการศึกษา เรื่อง สมรรถนะทางวิชาชีพของผู้สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว พบว่า สมรรถนะนั้น มีความสำคัญ และการปรับปรุงสมรรถนะ เช่น การเพิ่มทักษะบุคคลจะมีผลต่อการปฏิบัติงานเพื่อการเข้าถึงชุมชน และครอบครัว นอกจากนี้ วศิน สอนโพธิ์ และคณะ (2561) ได้กล่าวไว้ว่า การพัฒนาสมรรถนะ เพื่อให้มีคุณภาพและ มาตรฐาน ควรมีการกำหนดวิสัยทัศน์ และเป้าหมายที่ชัดเจน ดังนั้น สมรรถนะจึงมีความสำคัญในการทำงานเพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในปัจจุบัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงจำเป็นต้องมีมาตรฐานสมรรถนะ ซึ่งสมรรถนะของ อสม. จะมีทั้งสมรรถนะหลัก (Core Competency) ซึ่งประกอบด้วย 1) การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ 2) การสร้างและบริหารเครือข่าย 3) ผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ รักษาพยาบาลเบื้องต้นและคุ้มครองผู้บริโภค 4) การรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคม 5) การริเริ่มมาตรการสังคมใหม่ 6) จิตอาสาร่วมการจัดการสุขภาพชุมชน 7) การสร้างโอกาสให้เด็กเยาวชนและแกนนำอื่น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และสมรรถนะเชิงหน้าที่ (Functional Competence) หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่หรือปฏิบัติงานในงานเฉพาะด้าน โดยสามารถแสดงให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ และความสามารถที่จำเป็นในการทำงานในแต่ละหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งอาจจะครอบคลุมถึงการมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการ วิธีการ หรือเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับงานนั้น ๆ และจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดต่อที่ผ่านมา ขณะมีการระบาด อสม. ได้ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ด้วยความทุ่มเททั้งแรงกายแรงใจเป็นที่ประจักษ์ของชุมชน และได้รับความชื่นชมจากบุคคลและภาคส่วนต่าง ๆ ยกตัวอย่าง กรณีเหตุการณ์ที่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่ต่าง ๆ จนกระทั่งได้มีการปิดหมู่บ้านห้ามคนเข้า-ออก เป็นระยะเวลา 14 วัน เพื่อป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดนอกพื้นที่นั้น อส

ม. ได้ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเข้มแข็ง อสม. ต้องทำบทบาทหน้าที่หลายด้านในช่วงเวลาเดียวกัน ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 3 บทบาทหน้าที่ ได้แก่ (1) บทบาทหน้าที่ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข (2) บทบาทหน้าที่ของ อสม. 4.0 และ (3) บทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และมีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) สิ่งที่เป็นต่อความจำเป็นของการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน คือ การมีปัจจัยนำที่ดี ได้แก่ 1) กระบวนการฝึกอบรมและการกำกับติดตามการทำงานของ อสม. โดยบุคลากรสาธารณสุข 2) มีเครื่องมือในการอำนวยความสะดวกแก่ อสม. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการรายงาน และการติดต่อสื่อสาร เช่น โทรศัพท์มือถือ 3) ความสามารถของ อสม. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และ 4) กระบวนการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังและการนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรค (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) ดังนั้น ในกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจาก อสม. และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน ในส่วนของแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ต้องอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ในพื้นที่ ซึ่งถือเป็นสมรรถนะเชิงหน้าที่ (Functional Competency) ของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ประกอบด้วยการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขึ้นเตรียมความพร้อม อสม. โดยการจัดตั้งทีม SRRT ระดับอำเภอหมู่บ้านรวมถึงการเตรียมข้อมูลอุปกรณ์แบบฟอร์มต่าง ๆ 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับกำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือไปร่วมอยู่ในสถานที่ที่มีผู้ป่วย 3) จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโดยการสอบถามสังเกตอาการ และให้คำแนะนำหากมีอาการให้ประสานและส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) ผู้ที่ไม่มีอาการ อสม. ต้องติดตามให้ครบตามระยะเวลาของโรคติดต่อในชุมชน และ 5) รายงานผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบันทึกผ่านระบบรายงาน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคติดต่อในชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และ อสม. ยังเป็นผู้ประสานกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) แต่ในความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากองค์กรหรือหน่วยงานหลายฝ่าย ตลอดจนภาคประชาชน เช่น แกนนำครอบครัว หรือกลุ่มองค์กรในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและเสริมสร้างศักยภาพให้ประชาชน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อในชุมชนส่งผลต่อการจัดการด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในชุมชนเป็นอย่างมาก ประกอบกับปัญหาด้านสาธารณสุขอื่นในพื้นที่ โดยเฉพาะปัญหาการระบาดของโรคติดต่อต่าง ๆ ในปัจจุบันมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้น การมีอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน จึงเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่สำคัญ ในฐานะผู้สนับสนุนและปฏิบัติหน้าที่ในเชิงรุกและการติดตามอย่างใกล้ชิดกับพื้นที่จึงมีความสำคัญ การพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผลสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านต่าง ๆ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน แต่ก็ยังพบปัญหาการระบาดของโรคติดต่อ เช่น โรคโควิด-19, โรคไข้เลือดออก และโรคมือเท้าปาก เกิดขึ้นในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการจัดการกับปัญหาโรคติดต่อในชุมชนไว้อย่างมากมาย แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาสมรรถนะหลักของ อสม. และจากการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะหรือความรู้ความสามารถของ อสม. ในด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ พบว่ามีผลการประเมินสมรรถนะ อสม. ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐานการประเมินสมรรถนะ ของ อสม. (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในประเด็นการพัฒนาสมรรถนะเชิงหน้าที่ (Functional Competency) ของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน และจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาพบว่ามีหลายสาเหตุ ทั้งจากตัว อสม. หลักสูตรการอบรม นโยบายและระบบสาธารณสุข รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากประเด็นความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาจึงมีความจำเป็นต้องทราบสมรรถนะที่แท้จริงของ อสม. ในพื้นที่ ทราบถึงกระบวนการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน รวมถึงค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ เพื่อผลการวิจัยจะเกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานและองค์กรที่จะพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในอนาคต

1.2 คำถามการวิจัย

สมรรถนะเชิงหน้าที่ของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนจังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับใด และเป็นอย่างไร กระบวนการพัฒนาสมรรถนะเชิงหน้าที่ของ อสม. จังหวัดชัยภูมิเป็นอย่างไร และรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะเชิงหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

3.2.1 เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะเชิงหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนในปัจจุบัน

3.3.3 เพื่อประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 24,247 คน (กองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน, 2565)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดชัยภูมิ และหน่วยงานที่สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random) โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ต้องการจากสูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างในธีรภูมิ เอกะกุล, 2543) จากจำนวนประชากร อสม. ในจังหวัดชัยภูมิทั้งหมด จำนวนทั้งสิ้น 24,247 คน คำนวณเป้าหมายในการศึกษาได้จำนวน 378 คน เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนในการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือมีข้อมูลสูญหายที่อาจเกิดขึ้น จึงเพิ่มจำนวนร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น กลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น 416 คน

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 คัดเลือกแบบเจาะจงในหน่วยงานที่สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและ อสม. ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวนรวมทั้งสิ้น 34 คน และคัดเลือกแบบเจาะจงโดยการสนทนากลุ่ม อสม. ในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 22 คน รวมทั้งสิ้น 66 คน

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 ใช้ในประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน คัดเลือกแบบเจาะจงในพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 33 คน

1.4.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาสมรรถนะเชิงหน้าที่ (Functional Competency) ความสามารถในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดชัยภูมิ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมความพร้อม อสม. โดยการจัดตั้งทีม SRRT ระดับอำเภอหมู่บ้าน รวมถึงการเตรียมข้อมูลอุปกรณ์แบบฟอร์มต่าง ๆ 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับกำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือไปร่วมอยู่ในสถานที่ที่มีผู้ป่วย 3) จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโดยการสอบถามสังเกตอาการ และให้คำแนะนำหากมีอาการให้ประสานและส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) ผู้ที่ไม่มีอาการ อสม. ต้องติดตามให้ครบตามระยะเวลาของโรคติดต่อในชุมชน และ 5) รายงานผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบันทึกผ่านระบบรายงาน และการศึกษากระบวนการพัฒนาสมรรถนะ อสม. จังหวัดชัยภูมิ ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน รวมถึงศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดชัยภูมิ ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนที่เหมาะสม หลังจากนั้นจะเป็นการประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษาครั้งนี้ แบ่งการศึกษาจากพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ โดยดำเนินการในพื้นที่ 16 อำเภอของจังหวัดชัยภูมิ

1.4.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาการวิจัย ระหว่างเดือน มีนาคม 2565 ถึง กันยายน 2567

1.5 นิยามศัพท์

1.5.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่สมัครใจทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพในระดับชุมชน ได้รับการฝึกอบรมและสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง และลงทะเบียนปฏิบัติงานในจังหวัดชัยภูมิ ขึ้นทะเบียนและมีรายชื่อในฐานข้อมูล อสม. (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565)

1.5.2 สมรรถนะ (Competency) หมายถึง สมรรถนะเชิงหน้าที่หรือความสามารถในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดชัยภูมิในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ที่เกิดจากการประยุกต์ใช้ คุณลักษณะ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ (Knowledge) ด้านทักษะ (Skill) ด้านความสามารถ (Ability) และคุณลักษณะด้านอื่นๆ (Other)

1.5.3 สมรรถนะหลักของ อสม. (Core Competency) หมายถึง ความสามารถหรือทักษะที่สำคัญและเป็นเอกลักษณ์ของ อสม. และเป็นสิ่งที่แสดงออกถึง ความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) ความสามารถ (ability) และคุณลักษณะอื่น ๆ (other) ของ อสม. ที่จำเป็นในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานสมรรถนะของ อสม. ที่กำหนดโดยกองสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข วัดโดยแบบประเมินสมรรถนะของ อสม. จำนวน 7 ด้าน ดังนี้

- 1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
- 2) สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย
- 3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
- 4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสถานะแวดล้อมของสังคม
- 5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆที่จะมีผลต่อการขจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพ
- 6) สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ
- 7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน

1.5.4 สมรรถนะเชิงหน้าที่ (Functional Competency) หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่หรือปฏิบัติงานในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยสามารถแสดงให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ และความสามารถที่จำเป็นในการทำงานในแต่ละหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สำหรับในงานวิจัยนี้ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม

โรคติดต่อของ อสม. ตามแนวทางการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) **ขั้นเตรียมความพร้อม อสม.** โดยการจัดตั้งทีม SRRT ระดับอำเภอหมู่บ้าน รวมถึงการเตรียมข้อมูลอุปกรณ์แบบฟอร์มต่าง ๆ
- 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับกำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือไปร่วมอยู่ในสถานที่ที่มีผู้ป่วย
- 3) จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโดยการสอบถามสังเกตอาการ และให้คำแนะนำหากมีอาการให้ประสานและส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 4) ผู้ที่ไม่มีอาการ อสม. ต้องติดตามให้ครบตามระยะเวลาของโรคติดต่อในชุมชน และ
- 5) รายงานผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบันทึกผ่านระบบรายงาน

1.5.5 รูปแบบการพัฒนา หมายถึง วิธีการหรือกระบวนการที่ใช้ในการพัฒนาความสามารถทักษะ หรือศักยภาพของบุคคล องค์กร หรือชุมชน เพื่อให้สามารถปรับตัวและเติบโตได้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง รูปแบบการพัฒนามักถูกออกแบบให้เหมาะสมกับเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ เช่น การพัฒนาทักษะในงาน การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงาน หรือการพัฒนาองค์กรในด้านต่าง ๆ

1.5.6 รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง แนวทางการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดชัยภูมิ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ประกอบด้วย กระบวนการในการวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาสมรรถนะ อสม. ออกแบบการพัฒนา ทดลองใช้รูปแบบ และประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

1.5.7 การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ หมายถึง กระบวนการทำงานของ อสม. ที่ใช้เพื่อการตรวจตรา กำกับดูแล อย่างพิจารณาและป้องกัน ตลอดจนควบคุมปัญหาโรคติดต่อในชุมชนตามแนวทางการดำเนินงานหรือมาตรการเฝ้าระวังการติดเชื้อของ สบส. กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม. 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับภาคีเครือข่าย 3) การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยง 4) การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการและ 5) การบริหารจัดการ บันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน

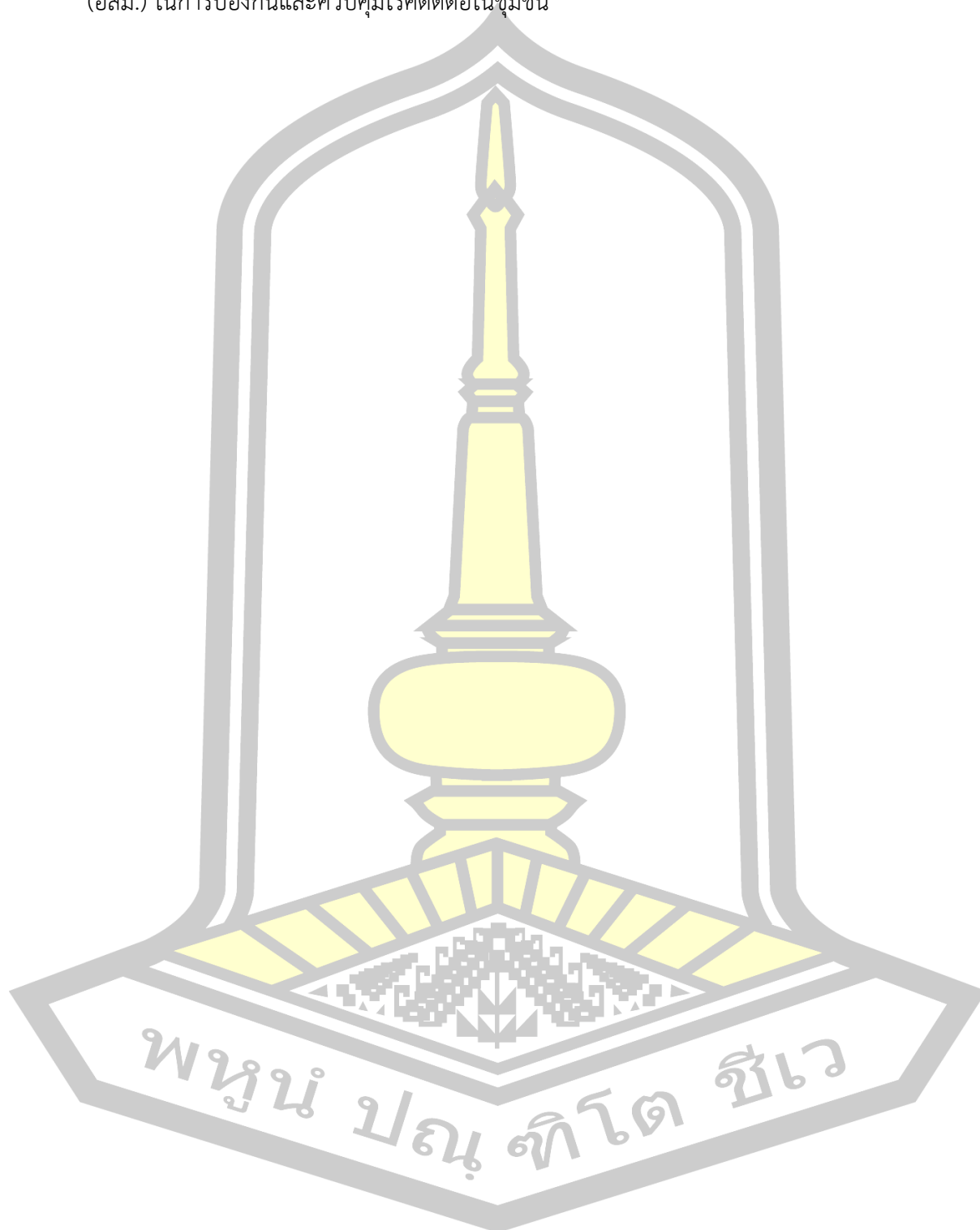
1.5.8 โรคติดต่อ หมายถึง โรคที่สามารถถ่ายทอดติดต่อถึงกันได้ระหว่างบุคคล โดยมีเชื้อจุลินทรีย์ต่าง ๆ เป็นสาเหตุของโรค และถึงแม้ว่าเชื้อโรคจะเป็นตัวก่อเหตุ แต่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของมนุษย์ ก็เป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญที่จะทำให้เกิดโรคติดต่อนั้น ๆ เช่น โรคโควิด-19, โรคไข้เลือดออกและโรคมือ เท้า ปาก

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.6.1 ทราบระดับสมรรถนะเชิงหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

1.6.2 ทราบแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

1.6.3 ได้รูปแบบการพัฒนาและส่งเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน



บทที่ 2

ปรัชญาเอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าหาบทวนแนวคิดทฤษฎีจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน เพื่อนำมาเป็นแนวทางและกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน และระบบสุขภาพภาคประชาชน
2. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรค
4. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะ
5. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ
6. แนวคิดเรื่องการวิจัยแบบผสมผสาน
7. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดในการวิจัย

รายละเอียดแต่ละหัวข้อมีสาระดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน

2.1.1 ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) คือ บริการสาธารณสุขอันจำเป็นแก่การดำรงชีวิตของมนุษย์ที่ ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ สอดคล้องกับความเป็นอยู่และเป็นที่ยอมรับของสังคม เข้าถึงชุมชน ครอบครัว และตัวบุคคล โดยที่ชุมชนได้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และสามารถทำนุบำรุงให้ เจริญก้าวหน้าต่อไปได้อย่างมั่นคงตามหลักการพึ่งตนเองและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้จะต้อง ได้รับการเชื่อมต่อให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศโดยถือว่าเป็นกลไกสำคัญยิ่งของการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของชุมชน ที่จะนำบริการเข้าไปให้ถึง ประชาชน ณ ที่อยู่อาศัยและที่ทำงานให้ดีที่สุดเท่าที่สามารถจะกระทำได้ (กรมส่งเสริมการปกครอง ท้องถิ่น, 2560) การสาธารณสุขมูลฐาน ได้ถูกนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ให้บรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ของประชาชน คือ มุ่งให้ประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มอาชีพ มีสิทธิมีโอกาสและมีส่วนร่วม ในการพัฒนาสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ตลอดจนได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ อันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีถึงระดับที่จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่าทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) โดยสรุป การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง บริการสาธารณสุขในระดับตำบลและหมู่บ้าน หรือชุมชนในเขตเมืองที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจนถึงระดับที่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และแก้ไขปัญหา

สาธารณสุขในหมู่บ้านหรือชุมชนของตนได้ ส่วนเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองในด้านสุขภาพได้ (อมร นนทสุต, 2550)

ในอีกความหมายหนึ่ง สาธารณสุขมูลฐาน คือ การดูแลสุขภาพในระบบสาธารณสุข รูปแบบหนึ่งที่มีมุ่งเน้นการจัดการทรัพยากรทางสุขภาพ โดยใช้เงื่อนไขของชุมชนเป็นสำคัญ (โกมาตร และคณะ, 2552)

สรุป การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้น เพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญในการดำเนินงานระดับตำบลและหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ประชาชนดำเนินการเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการ

2.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน

แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานเกิดขึ้นอย่างชัดเจนจากกฎบัตรอัลมา-อตา (Alma-Ata Declaration) ในปี 1978 ซึ่งจัดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ในการประชุมที่เมืองอัลมา-อตา ประเทศคาซัคสถาน แนวคิดดังกล่าวถือเป็นหมุดหมายสำคัญในการผลักดันระบบสุขภาพให้มุ่งเน้นการเข้าถึงของประชาชนในทุกระดับ ภายหลังจากที่ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรอัลมา-อตาแล้ว รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างเร่งด่วน โดยไทยมีพื้นฐานจากประสบการณ์การดำเนินทดลองงานสาธารณสุขรูปแบบต่าง ๆ ในหลายพื้นที่ และประสบความสำเร็จ เช่น โครงการวัดโบสถ์ จ.พิษณุโลก โครงการสารภี จ.เชียงใหม่ โครงการโนนไถ จ.นครราชสีมา และโครงการลำปาง (ลือชัย ศรีเงินยวง และยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2552) ประกอบกับความพร้อมด้านการนำของกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น งานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยจึงได้รับการขานรับและความเคลื่อนไหวได้อย่างรวดเร็ว โดยการสาธารณสุขมูลฐานในฐานะที่เป็นชุดของระบบคุณค่า (Set of values) หลักการ (Principles) และแนวทางการพัฒนาสุขภาพ (Approaches) ที่มีมุ่งหมายเพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชนที่ทุกซอกทุกมุม ขาดแคลนทั้งหลาย (ลือชัย ศรีเงินยวง และยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2552) สาธารณสุขมูลฐานที่ถือว่าการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพที่ปฏิบัติแนวคิดในการนิยามความหมายของสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการและให้บริการสุขภาพครั้งสำคัญของโลก (WHO, 2008) โดยแนวความคิดสากลของการสาธารณสุขมูลฐาน เกิดจากความพยายามของรัฐบาลทุกประเทศทั่วโลกที่จะให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ได้แก่ การรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน ทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน การที่จะให้บริการที่จำเป็นดังกล่าวเป็นจริงได้นั้น มีอยู่หนทางเดียว คือ ให้ประชาชนทุกคนปฏิบัติได้ด้วยตนเอง (Primary Health Care: Now more than ever) (WHO, 2008) แนวคิดดังกล่าวแตกต่างจากการปฏิบัติในอดีตที่เน้น ให้ความสำคัญแก่ระบบการจัดการบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนแต่เพียงอย่างเดียว แนวคิดทางการสาธารณสุขมูลฐานเป็นแนวคิดทางด้านการพัฒนาทางสังคม เพราะมุ่งเน้นพัฒนาความรู้ ความสามารถ การรวมกลุ่มกันในชุมชน และการตั้งใจที่จะช่วยเหลือเพื่อนบ้านและสมาชิกในครอบครัว (แนวความคิด หลักการ และวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยนายแพทย์อมร นนทสุต, 2550)

เมื่อประมาณปี พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2525 องค์การอนามัยโลกได้เสนอความคิดขึ้นมาว่า หากจะให้ประชากรทุกคนในโลกหรือประชากรในประเทศมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นแล้ว งานสาธารณสุข จะต้องได้รับการส่งเสริมให้ชาวบ้านได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (โกมาตร และคณะ, 2552) ซึ่งในขณะนั้นก็ได้มีประเทศต่าง ๆ ได้เริ่มดำเนินการทำนองนี้แล้ว รวมทั้งประเทศไทยด้วย พร้อมกันนั้นประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกได้มีมติให้ถือว่า ปี ค.ศ. 2000 หรือ พ.ศ. 2543 เป็น เป้าหมายที่ประชากรทุกคนของประเทศสมาชิกจะมีสุขภาพอนามัยดีอย่างทั่วถึง (โกมาตร และคณะ, 2552) ซึ่งประเทศสมาชิกทุกประเทศรวมทั้งประเทศไทย ได้ยอมรับเป้าหมายดำเนินงาน เมื่อเดือน กันยายน 2521 ได้มีการประชุมเรื่อง การสาธารณสุขมูลฐานขึ้นที่เมืองอัลมาตา ประเทศรัสเซีย ที่ประชุมยอมรับหลักการว่า สาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีที่เหมาะสมที่จะทำให้ประชากรทุกคนมีสุขภาพอนามัยดีอย่างทั่วถึงได้ (โกมาตร และคณะ, 2552)

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจะประสบผลสำเร็จได้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติจะต้อง เข้าใจในแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานว่าการสาธารณสุขมูลฐานมีลักษณะอย่างไร มีกลวิธีและแนวทางการดำเนินงานอย่างไร ซึ่งแนวคิดของ การสาธารณสุขมูลฐานสามารถสรุปได้ดังนี้ (อมร นนทสุด, 2550 ,โกมาตร และคณะ, 2552)

แนวคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐที่จัดให้มีบริการในระดับตำบลหรือหมู่บ้านโดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชน

แนวคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือกันจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนกำลังเผชิญอยู่จึงจะถือได้ว่าเป็นงานสาธารณสุขมูลฐาน

แนวคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าเป็นปัญหาของชุมชนคืออะไรและร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหานั้น รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาของตนเองได้

แนวคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องเข้าใจว่าเราไม่ได้ทำงานเขา เขาไม่ได้ทำงานแทนเรา แต่เราทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน

แนวคิดที่ 5 ความร่วมมือของชุมชน คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุน อาจจะเป็นในรูปแบบของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหา ไม่ใช่เป็นเพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้นบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่น ๆ เช่น การเกษตรและสหกรณ์ การศึกษาและการพัฒนาชุมชน เป็นต้น

แนวคิดที่ 7 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ เช่น เทคนิคที่นำมาใช้ต้องมีความเหมาะสม ประหยัด และราคาถูก มีความยืดหยุ่นสามารถปรับให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ และต้องเป็นวิธีที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหาที่นั่นได้ เป็นต้น

แนวคิดที่ 8 งานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวคิดที่ 9 งานสาธารณสุขมูลฐานควรมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาแก้ไขปัญหตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่ ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องที่เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 10 บริการสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้านคือ

- 1) การสุศึกษา
- 2) การควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น
- 3) การสุขภาพสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด
- 4) การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ
- 5) การส่งเสริมโภชนาการ
- 6) การรักษาพยาบาลโรคต่างๆที่พบบ่อยในท้องถิ่น
- 7) การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
- 8) การจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 11 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการให้การสนับสนุน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาพยาบาลต่อ การให้การศึกษาต่อเนื่อง และการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

สรุป แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC) คือแนวทางการจัดบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เน้นความครอบคลุมและความยั่งยืน เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นในลักษณะที่เท่าเทียม โดยมีจุดมุ่งหมายในการยกระดับสุขภาพของประชาชนในทุกมิติ โดยมีหลักการสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน ดังนี้ 1) เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการให้ประชาชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน อีกทั้งสนับสนุนการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ 2) เข้าถึงได้ง่ายและครอบคลุม โดยการบริการสุขภาพมีความสะดวก และครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่ด้อยโอกาส 3) เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น โดยการจัดบริการสุขภาพควรคำนึงถึงวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และทรัพยากรในพื้นที่ 4) การป้องกันโรคควบคู่กับการรักษา โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นอันดับแรก แทนที่จะเน้นการรักษาเพียงอย่างเดียว 5) การพึ่งพาตนเอง โดยส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ซึ่งประชาชนกลุ่มแรก ๆ ที่ได้รับการพัฒนาความสามารถ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคคลที่จะเป็นตัวเชื่อมระบบงานของการสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืน และช่วยลดความเหลื่อมล้ำในด้านสุขภาพของประชาชนในระยะยาวต่อไป

2.1.3 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Element of Primary Health Care)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกิจกรรมจำเป็นของสาธารณสุขมูลฐานไว้ 8 กิจกรรม

ซึ่งประเทศไทย ได้เริ่มนำมาใช้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) ต่อมาได้เพิ่มเติมอีก 2 กิจกรรม เป็น 10 กิจกรรม ในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) และในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ได้เพิ่มอีก 4 กิจกรรมรวมเป็น 14 กิจกรรม (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2543, หน้า 19-20 อ้างถึงใน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2550, หน้า 8) ซึ่งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสำคัญที่จะต้อง ช่วยเหลือสนับสนุน ให้ชุมชนสามารถดำเนินกิจกรรมเหล่านี้เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยนั้น มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน โดยเป็นองค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Service) ซึ่งรัฐบาลได้เป็นผู้จัดให้แก่ประชาชน องค์ประกอบของงานสาธารณสุขดังกล่าว ประกอบด้วยบริการแบบผสมผสาน 4 ด้าน คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสามารถแยกออกเป็นงานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองออกเป็นงานต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่าเป็นองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 14 องค์ประกอบ

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าวประกอบด้วยบริการแบบผสมผสาน 4 ด้าน คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสามารถแยกออกเป็นงานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองออกเป็นงานต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่าเป็น

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 14 องค์ประกอบ คือ

1. งานโภชนาการ อสม. มีหน้าที่กระตุ้นเตือนให้ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหาโภชนาการที่เกิดขึ้น เช่น โรคขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ขวบ หรือเด็กแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำเป็นต้น โดยร่วมมือกับกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำ กลุ่มแม่บ้าน ในการค้นหา สืบหา สภาวะอนามัยเด็ก ชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ขวบ ทุกคนเป็นประจำ เมื่อพบเด็กคนใดที่ขาดสารอาหารก็ดำเนินการให้อาหารเสริมโดยเร็ว ให้ความรู้แก่แม่ในการให้อาหารแก่ทารก ตลอดจนส่งเสริมการปลูกผัก เลี้ยงสัตว์ เพื่อนำมาเป็นอาหาร

2. งานสุขศึกษา ให้สุขศึกษาในเรื่องต่าง ๆ เช่น ปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น การร่วมกันแก้ไขปัญหา เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้แก่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน

3. การรักษาพยาบาล อสม. ให้การรักษาพยาบาลที่จำเป็นเบื้องต้นแก่ชาวบ้าน ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงความสามารถของ อสม. ในการรักษาพยาบาล และชี้แจงให้ทราบถึงสถานบริการของรัฐ ตลอดจนส่งต่อผู้ป่วยถ้าเกินความสามารถของ อสม.

4. การจัดหาที่จำเป็น ดำเนินการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน หรือจัดหาที่จำเป็นไว้ให้บริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และดำเนินการให้ประชาชนสามารถซื้อยาที่จำเป็นเหล่านี้จากกองทุน หรือ ศสมช. ได้สะดวก รวดเร็ว และมีราคาถูก

5. การสุขาภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด อสม. ชี้แจงให้ประชาชน กรรมการหมู่บ้าน ทราบถึงความสำคัญของการจัดหาน้ำสะอาดไว้ดื่ม การสร้างส้วม การกำจัดขยะมูลฝอย และการจัดบ้านเรือนให้สะอาด เป็นต้น

6. อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว อสม. ชี้แจงและจูงใจให้ประชาชนทราบถึงความสำคัญของการวางแผนครอบครัว ความจำเป็นของการดูแลก่อนคลอด (การฝากครรภ์) และการดูแลหลังคลอด นัดหมายมารดามารับบริการและความรู้ในการปฏิบัติตน การกินอาหาร ซึ่งน้ำหนัก และวัดความดันโลหิต นัดเด็กมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ

7. งานควบคุมป้องกันโรคติดต่อในท้องถิ่น อสม. ชี้แจงให้ประชาชนทราบว่าในหมู่บ้านมีโรคอะไรที่เป็นปัญหา เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคพยาธิ ไข้เลือดออก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา รวมทั้งการร่วมมือกันในการดำเนินการควบคุมและป้องกันมิให้เกิดโรคระบาดขึ้นได้

8. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อสม. ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงความสำคัญของการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ และนัดหมายเจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการแก่ประชาชนตามจุดนัดพบต่าง ๆ

9. การส่งเสริมสุขภาพฟัน อสม. ชี้แจงและให้ความรู้กับประชาชนถึงการดูแลฟัน การรักษาสุขภาพช่องปากและฟัน นัดหมายประชาชนให้มารับบริการในสถานบริการหรือเมื่อมีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เข้ามาในชุมชน

10. การส่งเสริมสุขภาพจิต อสม. ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงการส่งเสริมสุขภาพจิต การค้นหาผู้ป่วยในระดับชุมชน เพื่อจะได้รับการแนะนำ การรักษาที่ถูกต้อง

11. อนามัยสิ่งแวดล้อม อสม. ร่วมถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมกับประชาชน ประชาชนทุกคนเฝ้าระวังมิให้มีการกระทำที่ก่อให้เกิดมลภาวะ องค์กรชุมชนร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาของชุมชนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ส่งเสริมและให้ความรู้เรื่องสารเคมีในการเกษตร แจกเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการกับผู้กระทำผิด

12. คุ้มครองผู้บริโภค อสม. ร่วมกับประชาชนสอดส่องดูแลพฤติกรรมของร้านค้า รถขายยาเร่ ฯลฯ หากพบเห็นผู้กระทำผิดกฎหมายก็แจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการ อสม. ร่วมกันให้ความรู้แก่เพื่อนบ้านในการเลือกซื้อสินค้า เช่น อาหาร เครื่องปรุงรส ขนม เครื่องสำอางที่มีมาตรฐานตามเกณฑ์ อย. มาใช้ ตลอดจนอาจจัดตั้งกลุ่ม ชมรม เพื่อร่วมมือประสานงานกันดูแลประชาชนในพื้นที่

13. การป้องกันควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ อสม. ร่วมกันค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็ง พร้อมทั้งจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาหรือส่งต่อวิธีการปฏิบัติตนให้พ้นจากการเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ ให้ความรู้แก่ประชาชนถึงแนวทางการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย ตลอดจนสร้างเสริมความมีน้ำใจและเอื้ออาทรต่อผู้พิการในชุมชนและร่วมกันฟื้นฟูสภาพผู้พิการ

14. เอดส์ อสม. ให้ความรู้กับประชาชนให้ทราบถึงความสำคัญ และความจำเป็นในการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ร่วมกันจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ ความเข้าใจ ทักตนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ตลอดจนมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ให้สามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้โดยชุมชนยอมรับ และไม่แพร่กระจายโรคเอดส์สู่คนในชุมชน

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 องค์ประกอบนี้ ไม่จำเป็นต้องเริ่มทีละเดียวพร้อมกันหมดทุกอย่าง อาจจะเริ่มในเรื่องที่ประชาชนคิดว่าเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นจริง ๆ ของชุมชนของตนเองก่อน แล้วภายหลังต่อมาก็ขยายต่อไปได้อีก และถ้าหากชุมชนใดไม่มีปัญหาในบางเรื่องเหล่านี้ องค์ประกอบที่ดำเนินการก็อาจลดลงได้ตามสภาพของความเป็นจริงของชุมชนนั้น ๆ

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยสนใจศึกษาในประเด็นที่ 7 งานควบคุมป้องกันโรคติดต่อในท้องถิ่น ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่กำลังศึกษาคือเรื่องรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน อสม. ซึ่งแจ้งให้ประชาชนทราบว่าในหมู่บ้านมีโรคอะไรที่เป็นปัญหา เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคพยาธิ ไข้เลือดออก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา รวมทั้งการร่วมมือกันในการดำเนินการควบคุมและป้องกันมิให้เกิดโรคระบาดขึ้นได้ โดยดำเนินการผ่านโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคติดต่อในชุมชนต่อไป

2.1.4 แนวนโยบายและทิศทางในการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน

นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ดังนี้

2.1.4.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขไว้ ดังนี้

หมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทยมาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติและบุคคลย่อมมีสิทธิและรับบริการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

หมวดที่ 5 หน้าที่ของรัฐมาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุดบริการสาธารณสุขตามวรรค 1 ต้องควบคุมการส่งเสริมสุขภาพการควบคุมและป้องกันโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพด้วยหลักการพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง

หมวดที่ 16 การปฏิรูปประเทศมาตรา 258 (ซ) ด้านอื่น ๆ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

2.1.4.2 ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579)

นายกรัฐมนตรี (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้มีข้อสั่งการเมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ให้ทุกส่วนราชการจัดทำแผนงานในภารกิจหลักของหน่วยงานระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ในการจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูปและการจัดทำร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง 2) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน 3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน 4) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม 5) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม 6) ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐโดยยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านสาธารณสุข ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
กรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญคือ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ให้สนับสนุนการ
เจริญเติบโตของประเทศและการสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคทางสังคม กรอบ
แนวทางที่ต้องให้ความสำคัญ คือ การสร้างความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การพัฒนาระบบ
บริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพและการสร้างความเข้มแข็งของสถาบันทางสังคม ทุนทาง
วัฒนธรรมและความเข้มแข็งของชุมชน

2.1.4.3 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนนั้น ริเริ่มโดยสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United
National General Assembly: UN) เมื่อปี ค.ศ. 2010 โดยเป็นการดำเนินงานต่อเนื่องจากเป้าหมาย
การพัฒนาแห่งสหัสวรรษหรือ Millennium Development Goals: MDGs) มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้น
ให้ประเทศต่าง ๆ พัฒนาประเทศเพื่อกำจัดความยากจน ความหิวโหย ส่งเสริมสิทธิมนุษยชน ความ
เท่าเทียม เทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ซึ่งได้
สิ้นสุดลง เมื่อปี ค.ศ. 2015 ดังนั้น UN ได้ริเริ่มกระบวนการหารือเพื่อกำหนดวาระการพัฒนาภายหลัง
ปี ค.ศ. 2015 (The Post - 2015 Development Agenda) ตามกระบวนการที่ “การพัฒนาที่ยั่งยืน”
โดยประเด็นสำคัญของการจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนหรือ Sustainable Development
Goals: SDGs ประกอบด้วย 17 เป้าหมายหลัก ที่ต้องบรรลุและดำเนินการให้ได้ภายในปี ค.ศ. 2030
และเป้าหมายที่สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพคือเป้าหมายที่ 3 Good Health and Well-
Being โดยเฉพาะข้อ 3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทาง
การเงิน การเข้าถึงบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัยมี
ประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ เป็นประเด็นที่มีความสอดคล้องกับปฏิญญา
อัสตานา (Declaration of Astana) ประเทศไทยซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก
ได้เข้าร่วมประกาศเจตนารมณ์ในประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 72 (WHA) นครเจนีวา สมาพันธรัฐ
สวิส

2.1.4.4 ประเทศไทย 4.0 (Startup Thailand)

ตามยุทธศาสตร์สำคัญภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรีเน้นเรื่องการพัฒนาสู่ความ
มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ด้วยการสร้างความเข้มแข็งจากภายใน ขับเคลื่อนตามแนวคิด “ปรัชญาเศรษฐกิจ
พอเพียง” ผ่านกลไก “ประชารัฐ” หลายประเทศได้กำหนดโมเดลเศรษฐกิจรูปแบบใหม่ เพื่อสร้าง
ความมั่งคั่งในศตวรรษที่ 21 เช่นสหรัฐอเมริกาใช้ “A Nation of Makers” อังกฤษผลักดัน “Design
of Innovation” จีนใช้ “Made in China 2025” อินเดีย ขับเคลื่อนด้วย “Made in India” เกาหลี
ใต้ใช้โมเดล “Creative Economy” เป็นต้น

ในอดีตที่ผ่านมา ประเทศไทยมีโครงสร้างเศรษฐกิจที่เริ่มจากสังคมเกษตรกรรมหรือ
ประเทศไทย 1.0 เน้นการสร้างรายได้จากการเกษตรเป็นหลัก ต่อมาปรับเข้าสู่อุตสาหกรรมเบาหรือ
ประเทศไทย 2.0 โดยมุ่งเน้นแรงงานราคาถูก ใช้ทรัพยากรธรรมชาติที่มีในประเทศ เช่น สิ่งทอ อาหาร
หลังจากนั้นปรับเปลี่ยนเข้าสู่ประเทศไทย 3.0 ที่ให้ความสำคัญกับอุตสาหกรรมหนัก เช่น รถยนต์
อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ต้นทุนและเทคโนโลยีจากต่างประเทศ เพื่อเน้นการส่งออก ทำให้

ประเทศไทยมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อถึงหลังปี พ.ศ. 2540 อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจปรับลดลง และทำให้ประเทศไทยติดอยู่ในกับดักประเทศรายได้ปานกลางมากกว่า 20 ปี การปรับเปลี่ยนอีกครั้งเมื่อเข้าสู่ประเทศไทย 4.0 หรือ Thailand 4.0 ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจแบบเดิมที่ขับเคลื่อนด้วยอุตสาหกรรมไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมเพื่อผลักดันให้ประเทศหลุดพ้นจาก 3 กับหลักที่กำลังเผชิญ นั่นคือกับหลักประเทศรายได้ปานกลาง กับดักความเหลื่อมล้ำและกับดักความไม่สมดุลของการพัฒนา โดยใช้พลังประชารัฐในการขับเคลื่อน ผู้มีส่วนร่วมหลักประกอบด้วยภาคเอกชน ภาคการเงิน การธนาคาร มหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยต่าง ๆ โดยเน้นตามความถนัดและจุดเด่นของแต่ละองค์กร และมีภาครัฐคอยสนับสนุน โดยแปลงความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบให้เป็นความได้เปรียบในเชิงแข่งขันโดยการเติมเต็มด้วยวิทยาการ ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และการวิจัยและการพัฒนา และต่อยอดความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบเป็น 5 กลุ่ม เทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมายอันประกอบด้วย [แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561-2580)]

1. กลุ่มอาหารเกษตรและเทคโนโลยีชีวภาพ (Food, Agriculture & Bio-tech)
2. กลุ่มสาธารณสุขสุขภาพและเทคโนโลยีการแพทย์ (Health, Wellness & Bio-tech)
3. กลุ่มเครื่องมืออุปกรณ์อัจฉริยะ หุ่นยนต์และระบบเครื่องกลที่ใช้อิเล็กทรอนิกส์ควบคุม (Smart Device, Robotics & Mechatronics)
4. กลุ่มดิจิทัล เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมต่อและบังคับอุปกรณ์ต่างๆ ปัญญาประดิษฐ์และเทคโนโลยีสมองกลฝังตัว (Digital, IoT, Artificial Intelligence & Embedded Technology)
5. กลุ่มอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ วัฒนธรรมและบริการที่มีมูลค่าสูง (Creative, Culture, & High Value Services)

2.1.4.5 แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ 2560-2564)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ได้จัดทำขึ้นท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของประเทศที่เข้าสู่ประเทศไทย 4.0 โดยได้น้อมนำหลักปรัชญา “เศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งเป็นปรัชญาในการพัฒนาประเทศมาตั้งแต่แผนพัฒนาฉบับที่ 9-11 เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้คนไทยเข้มแข็งและสามารถยืนหยัดได้อย่างมั่นคง ในการจัดทำแผนพัฒนาฉบับนี้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (คสช.) ได้จัดทำบนพื้นฐานของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ 2560-2579) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) รวมทั้งการปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0 ตลอดจนประเด็นการปฏิรูปประเทศ นอกจากนี้ยังต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีการพัฒนาทุกภาคส่วน ทั้งในระดับกลุ่มอาชีพ ระดับภาค และระดับประเทศ ในทุกขั้นตอนอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง เพื่อร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ และทิศทางการพัฒนาประเทศ รวมทั้งร่วมกันจัดทำรายละเอียดยุทธศาสตร์ของแผนเพื่อมุ่งสู่ความ “มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” ซึ่งในมิติทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพ ได้กำหนดแผนในการบริหารจัดการ ให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ ผ่านการพัฒนาาระบบส่งต่อผู้ป่วยควบคู่ระบบควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ พร้อมนำเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารมาใช้

แก้ปัญหาในพื้นที่ห่างไกล จึงได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เป็นแผนพัฒนาระยะ 5 ปี ซึ่งจะเป็นตัวเชื่อมต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ให้สามารถนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

2.1.4.6 แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) มีสถานะเป็นแผนระดับที่ 2 ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญในการแปลงยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติ และใช้เป็นกรอบสำหรับการจัดทำแผนระดับที่ 3 เพื่อให้การดำเนินงานของภาคีการพัฒนาที่เกี่ยวข้องสามารถสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ ตามกรอบระยะเวลาที่คาดหวังไว้ได้ โดยพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2561 บัญญัติให้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 มีผลบังคับใช้ถึงวันที่ 30 กันยายน 2565 ส่งผลให้กรอบระยะเวลา 5 ปี ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 เริ่มต้น ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ครอบคลุมปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570 ซึ่งเป็นระยะ 5 ปีที่ 2 ของยุทธศาสตร์ชาติ การจัดทำแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 14 ยังอยู่ในช่วงเวลาที่ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยต้องเผชิญกับข้อจำกัดหลากหลายประการ ที่เป็นผลสืบเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ซึ่งไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชากร แต่ยังส่งผลให้เกิดเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตของประชาชนทุกกลุ่ม นอกจากนี้ ในระยะของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 ยังเป็นช่วงเวลามีแนวโน้มของการพัฒนาของเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดด การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น การเป็นสังคมสูงวัยของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านภูมิรัฐศาสตร์ ระหว่างประเทศ ดังนั้น การขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศท่ามกลางกระแสแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงต้องให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งจากภายในให้สามารถเติบโตต่อไปได้อย่างมั่นคง ท่ามกลางความผันแปรที่เกิดขึ้นรอบด้าน และคำนึงถึงผลประโยชน์ของประเทศทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน ในการกำหนดทิศทางของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 14 ให้ประเทศสามารถก้าวข้ามความท้าทายต่าง ๆ เพื่อให้ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญา ของเศรษฐกิจพอเพียง” ตามเจตนารมณ์ของยุทธศาสตร์ชาติ โดยมีเป้าหมายหลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ดังนี้

1) สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีและลดความเหลื่อมล้ำ โดยการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสและลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ เช่น รายได้ การศึกษา และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

2) เพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจและขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม โดยการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจไทยสู่เศรษฐกิจฐานนวัตกรรม (Innovation-based Economy) และส่งเสริมอุตสาหกรรมที่มีมูลค่าเพิ่มสูง เช่น เทคโนโลยีดิจิทัล พลังงานสะอาด และสุขภาพ

3) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและความยั่งยืน โดยจัดการทรัพยากรธรรมชาติอย่างสมดุลและยั่งยืนและลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก เพื่อรับมือกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

4) การเสริมสร้างธรรมาภิบาลและความโปร่งใส โดยการส่งเสริมการบริหารจัดการภาครัฐที่มีประสิทธิภาพและป้องกันการทุจริต และสร้างความเชื่อมั่นในระบบราชการ

ยุทธศาสตร์สำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ได้แก่ 1) พัฒนาศักยภาพคนไทย โดยเน้นยกระดับการศึกษา ทักษะ และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Life long Learning) 2) สร้างเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม โดยเน้นการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา (R & D) และส่งเสริมผู้ประกอบการดิจิทัลและการลงทุนในเทคโนโลยีใหม่ 3) การพัฒนาสังคมที่ยั่งยืน โดยเน้นการสร้างชุมชนเข้มแข็งและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน 4) การอนุรักษ์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการฟื้นฟูระบบนิเวศ ลดปัญหามลพิษ และส่งเสริมพลังงานสะอาด ซึ่งได้วางแนวทางการปฏิบัติไว้ดังนี้ 1) ใช้โมเดลเศรษฐกิจ BCG (Bio-Circular-Green Economy) เป็นแนวทางหลักในการพัฒนาที่ยั่งยืน และ 2) ส่งเสริมการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเพื่อพัฒนาชุมชนอย่างตรงจุด ซึ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) เพื่อพัฒนาประเทศไทยให้พร้อมสำหรับความเปลี่ยนแปลงในอนาคต และสร้างความเจริญก้าวหน้าอย่างยั่งยืนในระยะยาว

2.1.4.7 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงทั้งในระดับประเทศและระดับโลก โดยเน้นการสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชนในทุกช่วงวัย ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และส่งเสริมระบบสุขภาพที่ยั่งยืน โดยมีเป้าหมายหลักของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้ 1)ยกระดับสุขภาพของประชาชน โดยการสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพและลดภาระโรคทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และโรคติดต่อ 2)สร้างระบบสุขภาพที่เท่าเทียมและเข้าถึงได้ โดยการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและครอบคลุมทุกพื้นที่และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มเปราะบาง 3) ส่งเสริมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยการมุ่งเน้นการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม 4) พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และระบบสาธารณสุข โดยการสนับสนุนการพัฒนาทักษะใหม่ (Up-skilling) ของบุคลากรทางการแพทย์และเพิ่มความพร้อมของสถานพยาบาลและระบบอุปกรณ์ 5)สนับสนุนระบบสุขภาพที่ยั่งยืน โดยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาระบบสุขภาพและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในระบบสุขภาพ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ มียุทธศาสตร์สำคัญ ดังนี้ 1) สุขภาพดีถ้วนหน้า โดยการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 2) ลดภาระโรคและความเหลื่อมล้ำ โดยการให้ความสำคัญกับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการและลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ 3) การใช้เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ โดยการส่งเสริมการใช้ระบบสุขภาพดิจิทัล เช่น Telemedicine และพัฒนาการเก็บข้อมูลสุขภาพที่แม่นยำและปลอดภัย 4)การบริหารจัดการสุขภาพที่มีธรรมาภิบาล โดยการพัฒนากลไกการบริหารจัดการที่โปร่งใสและสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพ มีการบูรณาการกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ โดยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ที่เชื่อมโยงกับแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และโมเดล เศรษฐกิจ BCG (Bio-Circular-Green Economy) เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนในระยะยาว

2.1.4.8 ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี โดยกำหนดวิสัยทัศน์เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี มีเป้าหมายระยะ 20 ปี คือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” เนื่องจากระบบสุขภาพไทยที่กำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากรอบด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และส่งผลต่อการใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพของประเทศ สอดรับกับการปฏิรูปประเทศไทยและการปฏิรูปด้านสาธารณสุข เพื่อสร้างความเข้มแข็งและมั่นคง ยั่งยืนให้กับระบบสุขภาพ ทัดเทียมกับนานาประเทศในเอเชีย โดยทางในการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขมี 4 ระยะๆ ละ 5 ปี ระยะที่ 1 พ.ศ. 2560-2564 : ปฏิรูประบบ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2565-2569: สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 พ.ศ. 2570-2574 : ความยั่งยืนระยะที่ 4 พ.ศ. 2575-2579 : เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย

ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ได้แบ่งออกเป็น 4 ยุทธศาสตร์ เรียกว่า ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้ครอบคลุม 16 แผนงาน 48 โครงการ โดยมีรายละเอียดแผนงาน ดังนี้

1) Intervention and promotion excellence ส่งเสริมสุขภาพและความต้องการโลกเป็นเลิศ

- 1.1 พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
- 1.2 การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
- 1.3 ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 1.4 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

2) Service excellence บริการเป็นเลิศ

- 2.1 การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
- 2.2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- 2.3 ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
- 2.4 ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและเขตเศรษฐกิจพิเศษ

3) People excellence บุคลากรเป็นเลิศ

- 3.1 การวางแผนความต้องการอัตรากำลังคน
- 3.2 การผลิตและพัฒนาอัตรากำลังคน
- 3.3 การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังพลด้านสุขภาพ
- 3.4 การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ

4) Governance excellence บริหารจัดการเป็นเลิศ

- 4.1 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
- 4.2 ระบบหลักประกันสุขภาพ

4.3 ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์และการคุ้มครองผู้บริโภค

4.4 ระบบธรรมาภิบาล

ในยุทธศาสตร์สู่ความเป็นเลิศที่ 1 Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ) มีแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย มีเป้าหมายให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดีแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) ในแผนงานที่ 4 การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ ได้กล่าวถึงโครงการพัฒนาเครือข่าย อสม. และ อบต. โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งตำบลจัดการสุขภาพด้วยตนเองและโครงการพัฒนาเครือข่าย

จากประเด็นดังกล่าวข้างต้น ถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560-2564 โดยในระยะ 5 ปีแรก เน้นการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน ตั้งแต่ผู้ที่ยังมีร่างกายแข็งแรงไปจนถึงผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา โดยควบคู่ไปกับการให้บริการด้านสุขภาพเชิงรุก ปรับเปลี่ยนโครงสร้างการพัฒนากุศลกรด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มกำลังคนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลคนไทย พร้อมทั้งนำนวัตกรรมเดิม เสริมนวัตกรรมใหม่ โดยใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบันมาพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและครอบคลุมทั้งประเทศ สอดรับกับการเป็นประเทศไทย 4.0 โดยเป็นไปอย่างมีธรรมาภิบาลโปร่งใสและมีคุณธรรม

2.1.4.9 ยุทธศาสตร์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ที่มีภารกิจด้านการสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ให้มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยส่งเสริมและสนับสนุนระบบคุ้มครองประชาชน ด้านบริการสุขภาพส่งเสริม และพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพรวมทั้งการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน และองค์กรภาคเอกชน เพื่อการบริการสุขภาพ อันทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีสามารถพิทักษ์สิทธิ และเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ.2562-2566 วิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ “เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพภาคประชาชน ให้มีคุณภาพเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพที่ยั่งยืนแบบมีส่วนร่วม” เป้าประสงค์ที่ 2 “ประชาชนทุกคนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้และชุมชนจัดการสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน” ในยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและยกระดับการจัดการสุขภาพภาคประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน และเครือข่าย มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ประชาชนครอบครัวและชุมชนพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้

2.1.4.10 นโยบายสุขภาพ

“นโยบายสุขภาพ” เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน ซึ่งนโยบายสุขภาพที่ดีสามารถยกระดับสถานะทางสุขภาพของประชาชน และช่วยพัฒนาเศรษฐกิจมหภาค กระจายความเจริญและความมั่งคั่ง ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศโดยรวม (JD.Sachs, 2001) โดย “นโยบายสุขภาพ” ในอดีตวางกรอบความคิดเรื่องสุขภาพ (Health) อยู่บนฐานที่ว่าด้วยเรื่องโรค (Disease oriented) (อำพล จินดาวัฒน์, 2551) นโยบายสุขภาพในสมัยนั้น จึงเน้นหนักไปในเรื่อง

เกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุข เช่น การขยายสถานพยาบาล สร้างตึก ซื้อเครื่องมือ ผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น การกำหนดนโยบายจึงจำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบการจัดบริการหรือการกำหนดนโยบายในระดับประเทศร่วมกับกลุ่มนักวิชาการหรือบุคลากรในสายวิชาชีพในรูปแบบที่เรียกว่า ไตรภาคีเหล็ก (Iron triangle) (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิโรจน์ตั้ง เจริญเสถียร, ศรีเพ็ญ ตันติเวส และยศ ตีระวัฒนานนท์, 2546) รูปแบบการบริหารจัดการเชิงนโยบายสุขภาพ จึงเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่รัฐทุกระดับในฐานะ “ผู้ให้” โดยมีประชาชนเป็น “ผู้รับ” ซึ่งรูปแบบการบริหารจัดการเชิงนโยบายสุขภาพ เป็นไปในลักษณะจากบนลงล่าง (Top-Down) โดยมีหน่วยงานองค์การภาครัฐทุกระดับเป็นผู้ขับเคลื่อนการบริหารจัดการทรัพยากร ไม่ว่าจะ เป็นงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนองค์ความรู้ต่าง ๆ โดยมีประชาชนเป็นเป้าหมายที่ จำเป็นในการพัฒนา ซึ่งระยะแรกสามารถตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ อย่างไรก็ตาม พลวัตการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ชี้ให้เห็นว่า การบริหารนโยบายสุขภาพรูปแบบเดิม มีแนวโน้มไม่สามารถตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ อีกต่อไป กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ที่มุ่งเน้นระบบ สุขภาพแบบ “สร้าง นำซ่อม” ที่เปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ในระบบสุขภาพอย่างแท้จริง เพื่อการมีสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน โดยเฉพาะประเด็น กลไกกำหนดนโยบายสุขภาพที่เปิดช่องทางให้ทุก ภาคส่วนเข้าร่วม บริหารจัดการนโยบาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ส่งผลให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง หันมาให้ 2 ความสนใจ ในการพัฒนา “ระบบสุขภาพภาคประชาชน” ในลักษณะ “การบริหารนโยบายสุขภาพภาคประชาชน” ที่ให้ความสำคัญในระดับพื้นที่ มีอิสระในการบริหารจัดการเชิงนโยบาย ให้สอดคล้องกับ ปัญหาและความต้องการของชุมชน ผ่านหลักการในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชนที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การปรับความคิดและบทบาท 2) ความร่วมมือระหว่างพหุภาคี 3) ความร่วมมือจาก ประชาชนและชุมชน และ 4) การสร้างความปรารถนาและจุดเชื่อมร่วมกันของชุมชน ทั้งนี้แนวคิด ระบบสุขภาพภาคประชาชน ถือเป็นจุดกำเนิดของนโยบายสุขภาพภาคชุมชน ที่เปิดโอกาสให้ชุมชน บริหารจัดการเชิงนโยบายของตนเองอย่างแท้จริง ดังนั้น ในปี พ.ศ.2547 รัฐบาลสมัย พ.ต. ต. ดร. ทักษิณ ชินวัตร กระทรวงสาธารณสุข โดยกองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงได้กำหนด “นโยบายหมู่บ้านจัดการสุขภาพ” ขึ้นมาเพื่อความยั่งยืนใน การพัฒนาสุขภาพในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อให้คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง (Healthy & Thailand) หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ถือเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาที่สามารถดำเนินงานด้าน สุขภาพอย่างเป็นขั้นเป็นตอนให้เห็นเป็นรูปธรรม เป็นกระบวนการพัฒนาในรูปแบบใหม่ที่ภาครัฐและ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น เป็น “ผู้สนับสนุน” ให้หมู่บ้าน/ชุมชนเป็น “องค์กรบริหารจัดการ ตนเอง” (Self Management Organization) เป็นชุมชนที่มีพลัง มีความรู้ สามารถบริหารจัดการ ชุมชนของตนเองได้ ทั้งในเชิงนโยบาย การพัฒนายุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ และ กระบวนการพัฒนา โดยมีเจ้าหน้าที่เป็น พี่เลี้ยงและอำนวยความสะดวก (Facilitator) กระบวนการนี้ จะช่วยให้ชุมชนเติบโตทางปัญญา และมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการตนเองได้ไม่เฉพาะเรื่องสุขภาพ เท่านั้น แต่ยังเป็นรากฐานของการพัฒนาในทุกๆ ด้าน โดยหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เน้นบูรณาการ แนวคิด 3 ประการเข้าด้วยกัน อันได้แก่ 1) แนวคิดเรื่องคน 2) แนวคิดเรื่ององค์ความรู้ 3) แนวคิด

เรื่องทุน (กองทุนสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มีอยู่ทุกหมู่บ้าน/ชุมชน การนำองค์ประกอบทั้ง 3 ประการ มาใช้ร่วมกันอย่างเหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อหมู่บ้าน และชุมชนนั้น ๆ ควรหากลไกที่เป็นหัวใจสำคัญมาเชื่อมโยงองค์ประกอบทั้ง 3 ประการให้เกิดการบูรณาการได้อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด นั่นคือ “การบริหารจัดการ” ซึ่งแนวทางในการบริหาร จัดการเชิงนโยบายสุขภาพของหมู่บ้าน/ชุมชน มีขั้นตอน ดังนี้ คือ 1) การสำรวจกลไกหลักการบริหารสุขภาพ 2) สร้างเวทีการเรียนรู้ 3) การจัดทำแผนสุขภาพ 3) การดำเนินการตามแผนสุขภาพ และ 4) การประเมินผล (กองทุนสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข, 2551) การบริหารจัดการเชิงนโยบาย โดยองค์การหมู่บ้าน/ชุมชน ถือเป็นกระบวนทัศน์ใหม่ ในการวิจัยเชิงนโยบายที่ต้องมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับทฤษฎีเชิงนโยบาย โดยเฉพาะทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติซึ่งในเชิงวิชาการส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการศึกษาหน่วยงาน 3 องค์การภาครัฐไม่ว่าจะเป็นระดับสูง ระดับกลาง และระดับล่าง ดังนั้น การเปลี่ยนแนวคิดในการศึกษา การบริหารในเชิงนโยบายจากภาครัฐ มาสู่องค์การภาคชุมชนเต็มกระบวนการ เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับ นักนโยบายที่ต้องทำการศึกษาข้อเท็จจริงที่เป็นอยู่ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องพยายามพัฒนาและบูรณาการ ทฤษฎีการบริหารเชิงนโยบายให้สอดคล้องระหว่างตัวนโยบายกับความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่แท้จริง ตลอดจนศึกษาความเหมาะสมขององค์การในแต่ละชุมชนตามสภาพพื้นที่ สังคม เศรษฐกิจ และการเมืองในการบริหารเชิงนโยบาย

2.1.4.11 นโยบาย 3 หมอ

“คนไทยทุกคนควรมีหมอประจำตัว 3 คน” การประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทางลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งต่อรักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก โดยหมอคคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อสม. เป็นหมอใกล้ตัว แนะนำดูแลผู้ป่วยถึงบ้านและสุขภาพของคนในชุมชน 1 คนดูแลประชาชน 10-20 หลังคาเรือน หมอคคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ให้การรักษาและส่งต่อ รวมถึงดูแลสุขภาพให้คำแนะนำประชาชนในทุกมิติ 1 คนดูแลประชาชน 1,250-2,500 คน และหมอคคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาลรับส่งต่อ 1 คนดูแลประชาชน 8,000-12,000 คน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนรู้รายชื่อหมอประจำตัว 3 คนของตนเอง (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

2.1.4.12 กรอบแนวคิดหมอประจำตัว 3 คน

แนวคิดของนโยบายนี้คือการต้องการออกแบบระบบบริการให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัวมีหมอดูแลให้บริการในทุกระดับของการเจ็บป่วย ตั้งแต่การเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ดูแลได้ภายในครอบครัวและชุมชน การเจ็บป่วยที่เพิ่มระดับความต้องการบริการสุขภาพและการแพทย์ขึ้นมาเล็กน้อย ต้องการการดูแลในสถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้านในระดับตำบล และการเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล หรือการดูแลในระดับอำเภอ ต่อไปถึงระดับจังหวัด โดยกำหนดหน้าตาของหมอทั้ง 3 คน 3 ระดับไว้ดังนี้

หมอคนที่ 1 คือ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน โดยวางแผนการทำงานของ อสม. ใหม่ แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. 1 คน รับผิดชอบประชาชน 8- 15 หลังคาเรือน ให้การดูแลเบื้องต้น ทำหน้าที่หลักเชื่อมประสานกับหมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3

หมอคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถาน บริการปฐมภูมิ ทั้ง รพ.สต., PCC, คลินิกชุมชนอบอุ่น ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เกษัตริกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่น ๆ กำหนดให้เจ้าหน้าที่ 1 คน ไม่ว่าจะวิชาชีพใดก็ตาม รับผิดชอบประชากร 1,250 คน หรือ 1-3 หมู่บ้าน นอกจากนี้มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และ สุขภาพแล้ว ยังต้องเชื่อมต่อประสานงานกับ อสม. และหมอคนที่ 3

หมอคนที่ 3 คือ หมอเวชปฏิบัติครอบครัว หมายถึง บุคลากรในวิชาชีพแพทย์ที่ ผ่านการเทรนเวชปฏิบัติครอบครัว (FamMed) โดยกำหนดให้หมอ 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน หรือ 1-3 ตำบล ต้องประสานเชื่อมต่อกับหมอคนที่ 1 และ 2 อย่างใกล้ชิด นอกจากดูแล ผู้ป่วยแล้วต้องดูแลและทำให้หมอคนที่ 1 และ 2 มีความรู้และทักษะในการทำงานดีขึ้น

เป้าหมายใหญ่ของนโยบายคือการทำให้ประชาชนเป็นเจ้าของระบบสุขภาพที่แท้จริง ได้รับผลของนโยบายอย่างชัดเจน คือ การมีสุขภาพดีจากการได้รับบริการทางสุขภาพที่ดีทั้งการรักษา (Care) และบริการสาธารณสุข (Public health) และมีคุณภาพชีวิตจากปัจจัยทางสังคมที่ดี (Social determinants of health) แนวนโยบาย คือเป็นการต่อยอดให้ระบบบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค มั่นคงและยั่งยืนยิ่งขึ้น เพราะจะช่วยลดความแออัดและภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ เป็นนโยบายที่สามารถลงมือปฏิบัติได้ทันทีโดยไม่ต้อง การงบประมาณเพิ่ม และไม่จำเป็นต้องออกกฎหมายใหม่มารองรับ เพราะรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน กำหนดให้ต้องมีทีมหมอครอบครัวไว้บริการประชาชนอยู่แล้ว “นโยบายนี้เพียงทำให้เกิดบูรณาการ และปลุกพลังงานของคนและระบบเดิมที่มีอยู่” (อนุทิน ชาญวีรกูล, 2563)

หลักการทำงานของทีมหมอครอบครัวประจำตัว 3 คน คือ การทำให้ประชากรแต่ละ ครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง 3 คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับบริการ สุขภาพ จะได้รับบริการจากหมอทั้ง 3 คน ตามลำดับความต้องการ โดยหมอทั้ง 3 คนจะมีการติดต่อ ประสานงานกัน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีความ ต่อเนื่อง และการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่น เมื่อมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาภายในสถาน บริการไปก็ครั้งก็จะมีโอกาสพบหมอประจำตัวคนที่ 3 ของตัวเอง โดยหลักการแล้วผู้ป่วยจะเข้าถึงหมอ คนที่ 2 ได้ ก็โดยการส่งต่อของหมอคนที่ 1 และเข้าถึงหมอคนที่ 3 ได้ โดยการส่งต่อของหมอคนที่ 2 เมื่อออกจากรพ. หมอคนที่ 3 ต้องประสานไปยังหมอคนที่ 2 และคนที่ 1 ให้รู้ เพื่อการติดตามในระดับ ตำบลและชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

จากแนวคิดหลักของนโยบาย หนึ่งในครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน จะเห็นว่ารูปลักษณ์ที่ ทำให้นโยบายนี้แตกต่างจากนโยบายหมอครอบครัวที่เป็นอยู่ในปัจจุบันคือการที่ผู้ป่วยหรือประชาชนรู้ แน่ว่าใครคือหมอประจำตัวหรือประจำครอบครัวของตนเอง มีช่องทางที่สามารถติดต่อหรือเข้าถึงได้ อย่างชัดเจน และหมอทั้ง 3 คน ต้องทำงานเชื่อมต่อเป็นทีมชัดเจน รู้รายละเอียดประชากรที่ตนเอง รับผิดชอบ แนวคิดนี้ได้รับการสนับสนุนอย่างมากจากบุคคลระดับชุมชนียบุคคลของกระทรวง สาธารณสุข ยกตัวอย่างเช่น นพ.ไพจิตร ปวะบุตร (อดีตปลัดกระทรวงฯ) ที่กล่าวถึงนโยบายนี้ไว้ว่าเป็น

นโยบายที่จะเข้ามาต่อยอดทำให้โครงสร้างเดิมของงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศที่เข้มแข็งอยู่แล้วพัฒนาไปอย่างมีบูรณาการยิ่งขึ้น โครงสร้างเดิมที่ นพ. ไพจิตร กล่าวถึงคือ 1. สถานบริการ ที่ประเทศไทยมีสถานบริการสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐานคือสถานีอนามัยแห่งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 จนพัฒนามาเป็น รพ.สต. ในปัจจุบันที่กระจายตัวทั่วทั้งประเทศ 2. คน กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการสร้างบุคลากรที่มีความสนใจและเชี่ยวชาญในงานสาธารณสุขมูลฐานมานานหลายทศวรรษ ตั้งแต่ระดับ อสม. มาจนถึงบุคลากรในวิชาชีพแพทย์ ที่ปัจจุบันมีการสร้างแพทย์แนวใหม่โดยการใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานในการผลิต เพื่อให้ได้แพทย์ที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพได้ตรงกับสภาพแวดล้อมของชุมชน 3. เงิน มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนงบประมาณด้านสาธารณสุขมูลฐาน และ 4. มีกฎหมายสนับสนุนคนและระบบการทำงานทุกระดับอยู่แล้ว (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

สรุป ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดวิสัยทัศน์ว่า จะเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่ร่วมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี โดยมีพันธกิจ คือ พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน เพื่อไปสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขและระบบสุขภาพยั่งยืน(สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข,2559) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นเลิศ) 2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ 4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ) เพื่อมุ่งพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ ซึ่งกลไกที่จะทำให้เกิดการเชื่อมโยงงานบริการด้านสุขภาพต่างๆไปสู่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ คือ กลไกการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ซึ่งปัจจุบันในประเทศไทยมีอยู่มากกว่าล้านคนทั่วประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากประเด็นดังกล่าวข้างต้น ถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560-2564 โดยในระยะ 5 ปีแรก เน้นการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน ตั้งแต่ผู้ที่ยังมีร่างกายแข็งแรงไปจนถึงผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา โดยควบคู่ไปกับการให้บริการด้านสุขภาพเชิงรุก ปรับเปลี่ยนโครงสร้างการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มกำลังคนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลคนไทย พร้อมทั้งนำนวัตกรรมเดิม เสริมนวัตกรรมใหม่ โดยใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบันมาพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและควบคุมทั้งประเทศ สอดรับกับการเป็นประเทศไทย 4.0 โดยเป็นไปอย่างมีธรรมาภิบาลโปร่งใสและมีคุณธรรมนโยบาย

“นโยบายสุขภาพ” ในอดีต วางกรอบความคิดเรื่องสุขภาพ (health) อยู่บนฐานที่ว่าด้วยเรื่องโรค (disease oriented) (อำพล จินดาวัฒนะ, 2551) จึงเน้นหนักไปในเรื่อง เกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุข เช่น การขยายสถานพยาบาล สร้างตึก ซื้อเครื่องมือ ผลิตบุคลากร ทางกายภาพ และสาธารณสุข เป็นต้น การกำหนดนโยบายจึงจำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มผู้มีอำนาจหน้าที่ รับผิดชอบการจัดบริการหรือการกำหนดนโยบายในระดับประเทศร่วมกับกลุ่มนักวิชาการหรือบุคลากร ในสาขาวิชาชีพในรูปแบบที่เรียกว่า ไตรภาคีเหล็ก (iron triangle) (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ, 2546)

รูปแบบการบริหารจัดการเชิงนโยบาย สุขภาพ จึงเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่รัฐทุกระดับ ในฐานะ “ผู้ให้” โดยมีประชาชนเป็น “ผู้รับ” อย่างไรก็ตาม พลวัตการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ชี้ให้เห็นว่า การบริหารนโยบายสุขภาพรูปแบบเดิม มีแนวโน้มไม่สามารถตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ อีกต่อไป กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ที่มุ่งเน้นระบบ สุขภาพแบบ “สร้างนำซ่อม” ที่เปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ในระบบสุขภาพอย่างแท้จริง เพื่อการมีสุขภาพที่ดีและยั่งยืน โดยเฉพาะประเด็น กลไกกำหนดนโยบายสุขภาพที่เปิดช่องทางให้ทุก ภาคส่วนเข้าร่วมบริหาร จัดการนโยบาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพอย่างจริงจังและ ต่อเนื่อง (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2550) ส่งผลให้หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง หันมาให้ 2 ความสนใจในการพัฒนา “ระบบสุขภาพภาคประชาชน” ในลักษณะ “การบริหารนโยบายสุขภาพภาคประชาชน” ที่ให้ความสำคัญในระดับพื้นที่ มีอิสระในการบริหารจัดการเชิงนโยบาย ให้สอดคล้องกับ ปัญหาและความต้องการของชุมชน ผ่านหลักการในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน ที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การปรับความคิดและบทบาท 2) ความร่วมมือระหว่างพหุภาคี 3) ความร่วมมือจากประชาชนและชุมชน และ 4) การสร้างความปรารถนาและจุดเชื่อมร่วมกันของชุมชน ทั้งนี้แนวคิด ระบบสุขภาพภาคประชาชน ถือเป็นจุดกำเนิดของนโยบายสุขภาพภาคชุมชน ที่เปิดโอกาสให้ชุมชนบริหารจัดการเชิงนโยบายของตนเองอย่างแท้จริง ซึ่งในปัจจุบัน แนวทางนโยบายสุขภาพภาคประชาชนได้ยกระดับเป็นการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง ปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถูกต้องปลอดภัย ทันสมัย ส่งเสริมให้ชุมชนเข้มแข็งร่วมพลังสร้างสุขภาพดี สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวทั้งกายและใจ

สรุป จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องในเรื่องแนวนโยบายและทิศทางในการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน สามารถสรุปได้ว่า ระบบสุขภาพภาคประชาชนเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการสร้างสุขภาพที่ดีและยั่งยืน โดยมุ่งพัฒนาสุขภาพของคนในทุกช่วงวัย ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อลดภาวะสุขภาพที่พึ่งพิงภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว โดยมีแนวนโยบายหลัก ดังนี้ 1) เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยการสนับสนุนการรวมตัวของกลุ่มและเครือข่ายด้านสุขภาพ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และส่งเสริมชุมชนให้มีบทบาทในการวางแผนและจัดการสุขภาพ 2) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน โดยการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆและส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกาย การดูแลโภชนาการ และการป้องกันโรคเรื้อรัง 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพภาคประชาชน โดยการฝึกอบรม อสม. และแกนนำชุมชนให้มีความรู้ด้านสุขภาพและเพิ่มทักษะการใช้เทคโนโลยี เช่น การดูแลสุขภาพผ่านระบบดิจิทัล 4) สร้างระบบสุขภาพที่เข้าถึงง่ายและเท่าเทียม โดยการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกลและลดช่องว่างในการเข้าถึงสำหรับกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้มีรายได้น้อย 5) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชนและสร้างความ

ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับทิศทางการพัฒนา ประกอบด้วย 1) ชุมชนเป็นศูนย์กลางสุขภาพ (Community-based Health) เน้นให้ชุมชนมีบทบาทนำในกระบวนการดูแลสุขภาพและสนับสนุนให้ชุมชนออกแบบกิจกรรมสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ 2) การใช้เทคโนโลยีสุขภาพ เน้นการนำระบบสุขภาพดิจิทัล เช่น Telemedicine และแอปพลิเคชันสุขภาพ มาช่วยในการบริการและการใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศเพื่อพัฒนาสุขภาพในชุมชน 3) การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ เน้นส่งเสริมการผลิตอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชนและกระตุ้นการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน 4) สุขภาพที่ยั่งยืนและครอบคลุม เน้นการพัฒนานโยบายสุขภาพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมการดูแลสุขภาพในระยะยาว เช่น การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จากการศึกษาจะพบว่าการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างสุขภาพที่ดีในระยะยาว โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากประชาชนทุกภาคส่วนในการเสริมสร้างสุขภาพที่แข็งแรงและลดภาระสุขภาพของชาติอย่างยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยมีความสนใจในประเด็นการพัฒนา “ระบบสุขภาพภาคประชาชน” ในลักษณะ “การบริหารนโยบายสุขภาพภาคประชาชน” ที่ให้ความสำคัญในระดับพื้นที่ มีอิสระในการบริหารจัดการเชิงนโยบายให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชนผ่านหลักการในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชนที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การปรับความคิดและบทบาท 2) ความร่วมมือระหว่างพหุภาคี 3) ความร่วมมือจากประชาชนและชุมชน และ 4) การสร้างความปรารถนาและจุดเชื่อมร่วมกันของชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนา

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) Village Health Volunteers (VHVs)

2.2.1 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมายและบทบาทหน้าที่ของ อสม. ไว้ดังนี้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายความว่า บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้าน หรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ได้แก่

- (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- (2) อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ด้านสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร
- (3) อาสาสมัครอื่น ๆ ตามที่กระทรวงกำหนด

2.2.2 ประเภทและจำนวน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคคลที่ได้รับคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agent) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ยดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1. พื้นที่ชนบท อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน
2. พื้นที่เขตเมือง ได้แก่ เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตชุมชนแออัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 20-30 หลังคาเรือนและเขตชุมชนชานเมือง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8 – 15 หลังคาเรือน

ดังนั้น ในหมู่บ้าน/ชุมชนหนึ่งๆ อาจมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น ๆ โดยทั่วไปจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประมาณ 10-20 คนต่อหมู่บ้าน

2.2.3 คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี
 2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
 3. มีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้
 4. สมัยครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
- เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในระแวกหรือคุ้มยอมรับและเชื่อถือ
5. ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง
 6. มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน
 7. มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง
 8. ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

2.2.4 วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่นๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้านเป็นคุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน สอบถามหาผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติตามที่กำหนดคัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในกรณีที่มีผู้สมัครเกิน 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จัดประชุมหัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ้มนั้น ๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำละแวกบ้านหรือคุ้ม

อนึ่งการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถปรับเปลี่ยนได้หากชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวมและมีขั้นตอนที่โปร่งใส เป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ซึ่งออกมาภายหลังจากมีการจ่ายค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

2.2.5 การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่

ฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่ในที่นี้หมายถึงการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คัดเลือกเข้ามาใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

1. วิธีการอบรม

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่ทุกคน มีความรู้ความสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้หรือไม่

2. เนื้อหาหลักสูตรและเนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1) กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วยวิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศและการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สิทธิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสาร การค้นคว้าวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น สุขวิทยาส่วนบุคคล การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข การจัดกิจกรรมการปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

2) กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2.6 การขึ้นทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สถานภาพของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.2.7 วาระและการฟื้นฟูสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. วาระกำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรเป็นผู้ถอดถอนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยตนเอง เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นกันเองกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่ รวมถึงกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น)

2. การฟื้นฟูสภาพ

1) ตาย
2) ลาออก
3) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถแล้วแต่กรณี
4) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีคำสั่งให้ฟื้นฟูสภาพ ตามที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของหลังคาเรือนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับผิดชอบร่วมกันลงลายมือชื่อยื่นหนังสือต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแล้วแล้วแต่กรณี และอาจตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริง ก่อนมีคำสั่งให้ฟื้นฟูสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากปรากฏข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

4.1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้น โดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น

4.2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นั้นไม่รักษาจรรยาบรรณของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือมีความประพฤติเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรีขององค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2.8 สิทธิประโยชน์และสวัสดิการที่พึงได้รับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. บัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามวิธีปฏิบัติงานระเบียบกระทรวงสาธารณสุขหลักเกณฑ์การออกบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. การได้รับการช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและครอบครัว โดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลและลดค่าห้องพิเศษ รวมทั้งค่าอาหารพิเศษร้อยละ 50 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วไปและได้รับการยกเว้นค่าห้องพิเศษ โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานมาแล้วตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัดระดับเขตระดับภาค และระดับชาติ

3. การได้รับการลดหย่อนโดยสรรพไฟอาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับส่วนลดค่าโดยสารรถไฟประเภทชั้นที่ 3 ที่นั่งธรรมดาเป็นรายบุคคลในอัตราร้อยละ 20 ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงกันยายนของทุกปีตลอดทางสายแต่ไม่รวมค่าธรรมเนียมต่างๆ

4. การสนับสนุนทุนการศึกษาสำหรับบุตรอาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้เงินส่วนเกินของหาย 3 ตัว 2 ตัวภายใต้การดูแลของศูนย์บริการโครงการแก้ไขปัญหาเด็กยากจนและเด็กด้อยโอกาสกระทรวงศึกษาธิการวงเล็บเป็นการสนับสนุนเฉพาะปี

5. การจัดสรรโควตาแก่อาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุตรธิดาเข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆ ในสถาบันการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรโควตาให้บุตรธิดาและอาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข

6. การเทียบตำแหน่งอาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้านกรมบัญชีกลางได้เทียบตำแหน่งอาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากตำแหน่งข้าราชการพลเรือนระดับ 1 เท่ากับตำแหน่งข้าราชการพลเรือนระดับ 3

7. การยกระดับการศึกษาโดยการเทียบโอนผลการเรียนตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดการศึกษานอกโรงเรียนหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานพุทธศักราช 2544 วงเล็บฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2548

8. การเบิกค่าใช้จ่ายในการออกปฏิบัติงานบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินของอาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้านกรมบัญชีกลางได้อนุมัติให้เบิกจ่ายค่าตอบแทนอาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ปฏิบัติบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินให้ทางราชการได้เท่าที่จ่ายจริงในอัตราร้อยละไม่เกิน 100 บาท

9. การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางแก่อาสาศาสตร์สาธารณสุขดีเด่นของตำบล กรมส่งเสริมปกครองท้องถิ่นได้มีหนังสือแจ้งว่าผู้ที่ได้รับอนุมัติให้เข้าร่วมประชุมซึ่งสอดคล้องกับภารกิจขององค์การบริหารส่วนตำบลและกรณีผู้ได้รับอนุมัติไม่เข้าเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. 2526 และที่แก้ไขเพิ่มเติมข้อ 6 ทั้งนี้การเบิกค่าใช้จ่ายดังกล่าวต้องคำนึงถึงสถานะคลังขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นสำคัญ

2.2.9 การสร้างขวัญและกำลังใจของอาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. การจัดกิจกรรมในงานวันอาสาศาสตร์สาธารณสุขแห่งชาติ ในวันที่ 20 มีนาคม ของทุกปีคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติให้วันที่ 20 มีนาคม ของทุกปี เป็นวันอาสาศาสตร์สาธารณสุขแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีการประกวดอาสาศาสตร์สาธารณสุขดีเด่นทุกระดับ ตั้งแต่หมู่บ้านจนถึงระดับชาติ จำนวน 11 สาขา และเพิ่มมาเป็น 12 สาขา ในปี พ.ศ. 2565 และเพิ่มเป็น 13 สาขา ในปี พ.ศ. 2567 พร้อมทั้งจัดให้มีพิธีประกาศเกียรติคุณแก่อาสาศาสตร์สาธารณสุขทั่วประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาศาสตร์สาธารณสุขระดับชาติจำนวน 13 สาขา รวมถึง 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และ 4 อำเภอจังหวัดสงขลาเพิ่มสาขาการปฏิบัติงานในพื้นที่วิกฤต

2. กระบวนการคัดเลือกอาสาศาสตร์สาธารณสุขดีเด่นระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เขตภาค และชาติ

3. การมอบเข็มเชิดชูเกียรติสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลาครบ 10 ปี 20 ปี และ 30 ปีขึ้นไป

4. ขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับชาติขึ้นกระทรวงสาธารณสุขได้มีการเสนอรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับชาติ เพื่อขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ชั้นเหรียญเงินเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับชาติทุกคนและได้รับการอนุมัติให้เสนอขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์เลื่อนชั้นตราสูงชั้นแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ได้รับเครื่องราชอิสริยาภรณ์ชั้นเหรียญเงินดิเรกคุณาภรณ์ครบ 5 ปีขึ้นไป และมีผลงานตามเกณฑ์กำหนด

5. ค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลกำหนดเป็นนโยบายให้สนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยให้ค่าป่วยการรายเดือน ๑ ละ 600 บาทต่อคน และมีการปรับเพิ่มค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเดือนละ 1,000 บาทต่อคน ในปี พ.ศ. 2564 ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 รัฐบาลมองเห็นความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติงานอย่างทุ่มเท ทั้งร่างกายแรงใจ ในการต่อสู้กับโควิด-19 จึงมีการปรับเพิ่มค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น 1,500 บาท โดยดำเนินการจ่ายให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 เดือน ตั้งแต่เดือน เมษายน-กันยายน 2565 ล่าสุดรัฐบาลได้ประกาศเพิ่มค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเดือนละ 2,000 บาทต่อคน มีผลตกเบิกย้อนหลังตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 จนถึงปัจจุบัน

จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือบุคคลที่มีความสำคัญ โดย อสม. มีหน้าที่ตามอุดมการณ์ที่เข้ามาเป็น อสม. ได้แก่ “แก้อาการร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงาน สาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชนและทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี” อสม. จึงเปรียบเสมือนแขนขาของกระทรวงสาธารณสุข เพราะมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ โดยปฏิบัติงานด้วยจิตอาสาโดยตลอด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและมีการอบรมพัฒนาศักยภาพฟื้นฟูความรู้อยู่เสมอเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่โดยจัดสรรสวัสดิการด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้นและล่าสุดก็คือค่าป่วยการรายเดือนที่เล็กน้อยแต่ก็ถือว่าเป็นกำลังใจที่ดีสำหรับคนทำงาน

สรุป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในระบบสาธารณสุขไทยที่มุ่งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในระดับรากหญ้า ซึ่งเป็นการสนับสนุนระบบสุขภาพที่ยั่งยืนและลดภาระของสถานพยาบาลในระดับสูงจำเป็นต้องอาศัยกำลังคนภาคประชาชนที่มีอยู่ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ซึ่งได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กองสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) ในการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาตนเองและพึ่งตนเอง (Self Reliance) ได้ในที่สุด ผลสรุปจากการประเมินศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข กับยุทธศาสตร์การพัฒนาที่มีข้อสรุป 6 ประการ คือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผลผลิตการพัฒนาทางประวัติศาสตร์ เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป

จะต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวด้วย 2) อาสาสมัครสาธารณสุขกว่า 1 ล้านคน เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่ายิ่ง และส่วนใหญ่มักเป็นผู้อุทิศตนให้กับการทำงานเพื่อสุขภาพชุมชน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 75) และเป็นคนรุ่นใหม่เข้ามาเป็นอาสาสมัครได้ไม่เกิน 5 ปี (ร้อยละ 35) 4) อาสาสมัครมีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จได้ในระยะเวลาสั้นๆ เช่น การสำรวจข้อมูล การรณรงค์ป้องกันโรคและมีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 5) อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูงนัก และจะหาอย่างไรให้กลุ่มบุคคลที่มีการศึกษาสูงและฐานะทางเศรษฐกิจดีเข้าสู่กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขมากขึ้น 6) เมื่อการสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุข มาจากหลากหลายแหล่งมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขจะต้องทำงานสนององค์การที่สนับสนุนซึ่งแต่ละแหล่งมีความคาดหวังแตกต่างกันออกไป ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขต้องผันตัวเองตามความคาดหวังนั้นๆ ซึ่งเป็นประเด็นที่ท้าทายว่า หากอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่บูรณาการ อาจทำให้อาสาสมัครสาธารณสุข หลุดจากการเป็นคนของชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการนำสมรรถนะมาใช้ในการพัฒนาขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2550: 16) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพภาคประชาชนต่อไป

2.3 หลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2.3.1 หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550

เป็นหลักสูตรที่จัดทำขึ้นสำหรับการฝึกอบรมประชาชนผู้มีจิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อผลิตและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้ ทักษะและความสามารถในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานตามบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ในยุคแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่มุ่งหวังการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพคน มองเห็นคนไทยทุกคนได้รับการพัฒนาทั้งทางร่างกายจิตใจและความรู้ความสามารถ ทักษะการประกอบอาชีพ และมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับตนเองที่จะนำไปความเข้มแข็งของครอบครัวชุมชนและสังคมไทย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550)

หลักสูตรดังกล่าว ได้กำหนดเนื้อหาวิชาไว้เป็น 2 หมวด คือ หมวดวิชาหลักจำนวน 8 วิชา เวลา 37 ชั่วโมงประกอบด้วย วิชาการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน วิชาอาสาสมัครสาธารณสุข วิชากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) วิชาสุขภาพดีมีสุข วิชาการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น วิชาการสื่อสารในการสาธารณสุขมูลฐาน วิชาการจัดทำแผนงาน/ โครงการของชุมชน วิชาการบริหารจัดการและหมวดวิชาเลือกเวลา 6 ชั่วโมง พิจารณาเลือกสอนตามปัญหาและความจำเป็นของชุมชนประกอบด้วย วิชาการเฝ้าระวังควบคุมสนับสนุนการรักษาและป้องกันโรคและปัญหาสาธารณสุขตามบริบทของพื้นที่ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเอดส์วัณโรค โรคไข้หวัดไข้เลือดออกโรคเล็ปโตสไปโรซิส (ไข้ฉี่หนู) โรคพิษสุนัขบ้า โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจมะเร็งอุบัติเหตุ เป็นต้น

จุดมุ่งหมายหลักสูตร

1. เพื่อผลิตและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้ ทักษะและความสามารถในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพฯ ฯ กทม. มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ ในมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำไปปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างสรรค์ความเจริญต่อชุมชนท้องถิ่นและประเทศชาติ
3. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบุคลิกภาพ มีมนุษยสัมพันธ์ มีคุณธรรม จริยธรรม และวินัยในตนเอง มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ เหมาะสมกับงานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
4. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตระหนักและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของทรัพยากรมนุษย์ในชุมชนและท้องถิ่น มีความรักท้องถิ่นสำนึกในความเป็นไทย เสียสละเพื่อส่วนรวม

ในหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน อสม. ปี พ.ศ. 2550 กำหนดมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไว้ดังนี้

1. สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
2. สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและการคัดกรองผู้ป่วย
3. สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วนได้
4. สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคม ให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชนและสถานะแวดล้อมของชุมชนได้
5. สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการขจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพได้
6. สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชน ในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ
7. สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชน เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัย

2.3.2 หลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ปี 2550 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้จัดทำแนวทางการอบรมฟื้นฟู อสม. ขึ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมพฤติกรรมมารักกินอยู่ที่ไม่ถูกต้องมากขึ้น จากการควบคุมโรคอ้วน การมีพฤติกรรมกินหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะความดันโลหิตสูง อสม. ที่มีอยู่ส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มคนที่เข้ามาเป็น อสม. มากกว่า 30 ปีบางคนทำงานไปเรื่อยๆ ขาดการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการและประสบการณ์ใหม่ ๆ โรคภัยลักษณะของปัญหาสุขภาพที่ได้เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมเศรษฐกิจ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว อสม. จึงต้องได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ใหม่ ๆ ที่เป็นปัญหาเร่งด่วนของประเทศ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550)

ปี 2553 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้น เพื่อให้เสริมการทำงานเชิงรุกร่วมกับ อสม. อย่างเข้มแข็ง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงได้พัฒนาหลักสูตรสำหรับบุคลากรสาธารณสุข และหลักสูตรสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม. ปีพุทธศักราช 2553 ขึ้น เพื่อเป็นคู่มือการทำงานของเจ้าหน้าที่และ อสม. ที่มุ่งเน้นให้ อสม. เป็นนักพัฒนา นักวิเคราะห์ และวางแผนงานสุขภาพชุมชนได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตพร้อมเป็น ศูนย์กลางในการบูรณาการงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐและกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อทางสังคมไปสู่เป้าหมายสุขภาพะหลักสูตรการอบรมฟื้นฟู ความรู้ อสม. ปี 2553 จึงเป็นหลักสูตรที่มุ่งเน้นพัฒนา อสม. ในด้านการเสริมสร้างอุดมการณ์ บทบาท อสม. ที่ควรจะเป็นและการเป็นต้นแบบการเป็นนักสืบสานสุขภาพที่ดีในชุมชน ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการจัดการสุขภาพชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านตำบลจัดการสุขภาพและทักษะเบื้องต้น ในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนด้วยแผนที่ยุทธศาสตร์และความรู้ความเข้าใจในปัญหาสุขภาพใหม่ ๆ และเป็นเรื่องที่เป็นปัญหาของพื้นที่ในปัจจุบันโดยกำหนดระยะเวลาอบรมตามหลักสูตรไว้ 2 วัน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2553)

2.3.3 หลักสูตรการอบรม อสม. เชี่ยวชาญ พ.ศ. 2555

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำหลักสูตรเพื่อพัฒนา อสม. ในโครงการอบรมฟื้นฟู อสม. พ.ศ. 2555 ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ข้อ 7 สร้างแรงจูงใจและพัฒนาขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขใน 10 สาขา ได้แก่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2555)

1. ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ รมววิชาการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน
4. ด้านการแก้ไขปัญหาเสพติด
5. ด้านการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ

6. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
 7. ด้านการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
 8. ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน
 9. ด้านการจัดการสุขภาพชุมชน
 10. ด้านการจัดการอนามัยแม่และเด็ก
- วัตถุประสงค์เฉพาะของการอบรม อสม. เชี่ยวชาญ 10 สาขา

1. มีความรู้มีทักษะในสาขานั้น ๆ อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ
2. สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมชุมชนในสาขานั้น ๆ
3. สามารถบริหารจัดการวางแผน แก้ไขปัญหา และพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยเชื่อมโยง และบูรณาการกับแผนของชุมชนท้องถิ่น โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล และจากแหล่งอื่น ๆ ได้
4. สามารถจัดกระบวนการเรียนรู้ในสาขานั้น ๆ ได้

คุณสมบัติของ อสม. ที่จะคัดเลือกเป็น อสม. เชี่ยวชาญ ไว้ดังนี้

1. ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข ปีพุทธศักราช 2550
2. ต้องผ่านประสบการณ์การทำงานในสาขานั้นๆ มาก่อนอย่างน้อย 2 ปี

2.3.4 หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย ปีพุทธศักราช 2557

หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยปีพุทธศักราช 2557 จัดทำขึ้นโดยมุ่งเน้นให้มีความรู้ทักษะและทัศนคติที่ดี ในการดูแลสุขภาพของประชาชนสามารถนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติตามบทบาทนักจัดการสุขภาพประชาชนตามกลุ่มวัยในชุมชนได้ ด้วยความร่วมมือจากกรมวิชาการต่างๆ ที่ได้รวบรวมความรู้ที่จำเป็นต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนตามกลุ่มวัย มาประยุกต์จัดเป็นกิจกรรมการเรียนการสอนที่เหมาะสม โดยมีหน่วยการเรียนรู้ระบบหน่วยหน่วยละ 3 ชั่วโมงรวม 18 ชั่วโมง ระยะเวลาฝึกอบรม 2 วัน ลักษณะการฝึกอบรมเป็นการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ เน้นการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติไปพร้อมกันสามารถฝึกอบรมติดต่อกัน 2 วันหรืออาจแบ่งเป็นช่วงได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ ซึ่งหลักสูตรดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบและรับรองจากคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554 เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2557 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ,2557)

จุดมุ่งหมายของหลักสูตร มุ่งหมายที่พัฒนาขีดความสามารถของ อสม.ให้เป็นนักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยดังนี้

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการดูแลสุขภาพประชาชนตามกลุ่มวัย
2. มีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพประชาชนตามกลุ่มวัย
3. สามารถนำความรู้และทักษะปฏิบัติงานตามบทบาทนักจัดการสุขภาพตาม

กลุ่มวัยในชุมชนได้

2.3.5 หลักสูตรมาตรฐานสมรรถนะ อสม. (อสม.4.0)

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) (กระทรวงสาธารณสุข , 2561) การพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านสาธารณสุขมุ่งผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ ตลอดจนสร้างภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพให้เข้มแข็งและยั่งยืน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ทำการทบทวนและพัฒนามาตรฐานสมรรถนะของ อสม.และมาตรฐานความเข้มแข็งของ อสม.ให้มุ่งไปสู่การพัฒนาระดับมาตรฐานสมรรถนะ อสม.ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตามที่คาดหวังไว้และเป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพ.ศ 2554 เพื่อให้เชื่อมโยงสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และนโยบายดังกล่าว กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจึงมุ่งพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนโดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็น smart อสม 4.0 คือให้มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนเป็น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ทั้งนี้การพัฒนาศักยภาพ อสม.เพื่อให้เป็นมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกันตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพ.ศ 2554 โดยกำหนดสมรรถนะหลักของ อสม.4.0 ออกเป็น 4 ด้านประกอบด้วย 13 ตัวบ่งชี้ ดังนี้

1. มีความรู้พื้นฐานในการเป็น อสม. (3 ตัวบ่งชี้)
2. ความรู้ความสามารถในด้านงานบริการสุขภาพ (6 ตัวบ่งชี้)
3. ความรู้และทักษะพื้นฐานการบริหารจัดการสุขภาพชุมชนมนุษย์ (1 ตัวบ่งชี้)
4. ความรู้และในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (3 ตัวบ่งชี้)

2.3.6 หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ปี พุทธศักราช 2561

เพื่อพัฒนา อสม.ให้เป็นเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในการประสานงานและบูรณาการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชน เพื่อการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน โดยมีจุดมุ่งหมายให้ อสม.มีความรู้ความเข้าใจในทิศทางนโยบาย เป้าหมาย ผลผลิต ต้องเริ่มจากการปรับกระบวนความคิดใหม่ (Mind Set) ปรับทักษะใหม่ (Skill Set) ปรับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพใหม่ (Health Behavior Set) สร้าง Health literacy ความรอบรู้แตกฉานด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาประชาชนไปสู่ Smart Citizen ที่รอบรู้และเท่าทันสื่อในด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงยุคปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ทั่วไปของหลักสูตร เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีศักยภาพ เรื่อง

1. ความรู้พื้นฐานในการเป็น อสม.
2. ความรู้ ความสามารถในด้านงานบริการสุขภาพ
3. ความรู้ และทักษะพื้นฐานการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน
4. ความรู้ และความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สามารถเข้าถึงข้อมูล

ตรวจสอบ

หลักการ

- 1) เป็นหลักสูตรเพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้พื้นฐานและความชำนาญเฉพาะด้าน มีคุณธรรมบุคลิกภาพและเจตคติที่เหมาะสม สามารถทำหน้าที่ได้ตรงตามความต้องการของพื้นที่
- 2) เป็นหลักสูตรที่เปิดโอกาสให้ฝึกอบรมได้อย่างกว้างขวาง เน้นความรู้ความเข้าใจ ความชำนาญ ด้วยการปฏิบัติจริง สามารถจัดฝึกอบรม จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ได้ตามศักยภาพและโอกาสของผู้เรียน
- 3) เป็นหลักสูตรที่สนับสนุนการประสานความร่วมมือในการจัดการฝึกอบรมระหว่างหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้ง ภาครัฐท้องถิ่นและเอกชน
- 4) เป็นหลักสูตรที่เปิดโอกาสให้ชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการปรับหลักสูตรให้ตรงตามความต้องการและสอดคล้องกับชุมชนและท้องถิ่น

จุดมุ่งหมาย

- 1) ผลิตและพัฒนา อสม.ให้มีความรู้ ทักษะและทัศนคติและทักษะการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน
- 2) เพื่อให้ อสม.มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3) เพื่อให้ อสม.มีภาวะผู้นำ มีมนุษยสัมพันธ์ มีคุณธรรม จริยธรรมและวินัยในตนเอง มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ เหมาะสมกับงานอาสาสมัครสาธารณสุข

4) เพื่อให้ อสม.ตระหนักและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนท้องถิ่น

5) เพื่อให้ อสม.มีความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

6) เพื่อให้ อสม.มีความรู้และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของหลักสูตร

ศูนย์ฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปี 2561 นี้จัดทำขึ้นเพื่อมุ่งหวังให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทุกหน่วยงานทุกองค์กรที่ต้องการผลิตและพัฒนา อสม. ให้มีความรู้ ทักษะและทักษะสามารถเป็นแกนนำดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานอีกทั้งขยายฐานการเรียนรู้ออกไปนอกกระทรวงสาธารณสุขให้มากที่สุด พร้อมทั้งสร้างกระบวนการให้ผู้ทรงคุณวุฒิมีส่วนร่วมจัดกระบวนการเรียนรู้ด้วยการคัดเลือก อสม. ปรากฏชาวบ้านและผู้มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องตลอดจนองค์กรเอกชน (NGOs) ที่จะทำหน้าที่เป็นครูผู้จัดกระบวนการเรียนรู้เพื่ออำนวยความสะดวก เพื่อพัฒนาศักยภาพอสม. ให้มีความรู้ความสามารถ มีการบูรณาการใช้ทุนของสังคมจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง (Self-Management) เมื่อมีปัญหาจึงค่อยมาหาผู้ให้บริการ และพัฒนามุ่งให้ประชาชนสามารถขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง หลักกระบวนการคิดใหม่ (Mind Set) ปรับทักษะใหม่ (Skill Set) ปรับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพใหม่ (Health Behavior Set) สร้าง Health literacy ความรอบรู้แตกฉานด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาประชาชนไปสู่ Smart Citizen ที่รอบรู้และเท่าทันสื่อในด้านสุขภาพ

คุณสมบัติของผู้เรียน

1. ผู้ที่ได้รับคัดเลือกเพื่อเป็น อสม.ในหมู่บ้านชุมชนแต่ยังไม่ได้ผ่านการอบรม
2. ผู้ที่ได้รับคัดเลือกเพื่อเป็น อสม. ในพื้นที่เฉพาะพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ เช่น โรงงาน

สถานประกอบการ และแปลกเป็นต้น

มาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม.

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณลักษณะของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

2. สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง

3. เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพและสามารถถ่ายทอดสู่คนในชุมชนต่อไปได้

4. สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนต้องระวังสุขภาพและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

5. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

6. มีความรู้และทักษะในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน

7. มีความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล

หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน

2. ส่งเสริมสุขภาพควบคุมและป้องกันโรค โดยให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเพื่อนบ้านแกนนำชุมชนในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ พละนาามัยให้แข็งแรงตลอดจนนำเสนอทางเลือกให้ผู้อื่นในการจัดการสุขภาพตนเองและจัดการสุขภาพชุมชน

3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจ่ายถุงยางอนามัย การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

4. ปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หรือสถานที่ตามกำหนดของหมู่บ้าน

5. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน เช่น กิจกรรมเฝ้าระวังทางโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็ก การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย การติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด ให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามพัฒนาการเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ขวบและแนะนำตรวจสุขภาพตามกำหนด กิจกรรมเฝ้าระวังด้านชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน

6. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายสุขภาพ กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้านบนพื้นฐานข้อมูลของชุมชน สอดคล้องกับเศรษฐกิจพอเพียงโดยเน้นพัฒนาและแก้ปัญหาบูรณาการควบคุมด้านสังคม เศรษฐกิจ และจิตใจควบคู่กันไป

โครงสร้างของหลักสูตร

เนื้อหาหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม 4.0) กำหนดเนื้อหาวิชาไว้เป็น 2 หมวดคือ

1. หมวดวิชาหลักจำนวน 8 วิชา จำนวน 41 ชั่วโมง
 - 1.1 การสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน เวลา 2 ชั่วโมง
 - 1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกฎหมายกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เวลา 3 ชั่วโมง
 - 1.3 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อการมีสุขภาพดีมีสุข เวลา 6 ชั่วโมง
 - 1.4 การให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น เวลา 6 ชั่วโมง
 - 1.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เวลา 12 ชั่วโมง
 - 1.6 การจัดทำแผนงานโครงการของชุมชน เวลา 6 ชั่วโมง
 - 1.7 การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงสุขภาพและการบริหารจัดการ เวลา 3 ชั่วโมง
 - 1.8 ความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล เวลา 3 ชั่วโมง

2. หมวดวิชาเลือก เวลา 6 ชั่วโมง

2.1 การเฝ้าระวังควบคุมและสนับสนุนการรักษาโรคติดต่อและปัญหาสาธารณสุขตามบริบทของพื้นที่ เวลา 3 ชั่วโมง

2.1 การเฝ้าระวังควบคุมและสนับสนุนการรักษาโรคไม่ติดต่อและปัญหาสาธารณสุขตามบริบทของพื้นที่เวลา 3 ชั่วโมง

รวมทั้งสิ้นเวลา 47 ชั่วโมง

2.3.7 หลักสูตรฝึกอบรม อสม.หมอบริการบ้าน

สืบเนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาและยกระดับความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นหมอบริการบ้าน ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุขในชุมชนผ่านการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลควบคู่ไปกับการเพิ่มบทบาทของอสม.เพื่อลดโลกและปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดการพึ่งพาโรงพยาบาลได้

กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและภัยสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยให้ประชาชนมีโอกาสในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมทำและร่วมในการอภิบาลแบบเครือข่าย ภายใต้กระบวนการที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบทบาทด้านสุขภาพภาคประชาชน ตามหลักการการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งปัจจุบันมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนกว่า 1.04 ล้านคน ซึ่งเป็นตัวแทนประชาชนผู้ที่มีจิตอาสาเสียสละ เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน จนได้รับการยอมรับจากสังคม

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้ และชุมชนมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน โดยให้ความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้อสม. ดังนั้นเพื่อให้การนำนโยบายสุขภาพภาคประชาชน บรรลุตามวัตถุประสงค์ ลดความแออัดของโรงพยาบาล การพึ่งพาโรงพยาบาลแต่พึ่งตนเองเพิ่มขึ้น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อยู่กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน จึงจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการพัฒนายกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอบริการบ้านเพื่อให้อสม.หมอบริการบ้านทำหน้าที่เป็นสื่อในการนำนโยบายสุขภาพไปสู่ประชาชนและเป็นกลไกขับเคลื่อนงานตามบทบาทใหม่เพิ่มขึ้นเพื่อลดโลกและปัญหาสุขภาพและส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้

ความคาดหวังในบทบาทของอสม.หมอบริการบ้านเมื่อผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรแล้วหมอบริการบ้านควรมีความรู้ทักษะดังนี้

1. ความรู้ทักษะการเป็นอสม.หมอบริการบ้านอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ
2. สามารถปฏิบัติหน้าที่ของอสม.หมอบริการบ้านอย่างครบถ้วน
3. สามารถดูแลสุขภาพคนในชุมชนไม่ให้เจ็บป่วยจนต้องไปโรงพยาบาล

4. สามารถปฏิบัติงานจัดการระบบดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมายในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการศึกษาอบรมหลักสูตรอสม. หมอประจำบ้าน

1. เป็นอสม.ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข
2. เป็นผู้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมีความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติหน้าที่อสม. หมอประจำบ้าน
3. เป็นประธานชมรมอสม. ประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมเป็นอสม. หมอประจำบ้าน และได้รับการคัดเลือกเป็นประธานชมรมอสม. ระดับตำบลโดยให้นำร่องการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการในบทบาทหน้าที่อสม. หมอประจำบ้าน
4. เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติบทบาท อสม. หมอประจำบ้านดังนี้
 - 4.1 สร้างอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และบทบาท อสม. หมอประจำบ้าน
 - 4.2 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่
 - 4.3 การส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญ
 - 4.4 ภูมิปัญญาไทยสมุนไพรและการใช้กัญชาทางการแพทย์
 - 4.5 เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์โทรเวชกรรม telemedicine และแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ

4.6 ผู้นำการสร้างสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

สรุป หลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีเป้าหมายเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับ อสม. ในการเป็นผู้นำและผู้สนับสนุนด้านสุขภาพในชุมชน โดยหลักสูตรครอบคลุมทั้งด้านการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการป้องกันโรคในชุมชน ซึ่งเนื้อหาในหลักสูตรจะประกอบด้วย 1)ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพและโรคติดต่อ เช่น การคัดกรองโรคในชุมชน การป้องกันโรคติดต่อในชุมชนและความรู้ด้านโภชนาการ 2) การพัฒนาทักษะในการสนับสนุนชุมชน อาทิ การเป็นครูฝึกเพื่อถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การจัดการโภชนาการและการออกกำลังกาย 3) ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการในชุมชน เพื่อให้ อสม. มีความสามารถในการเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขในพื้นที่อย่างยั่งยืน หลักสูตรเหล่านี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยความร่วมมือของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมควบคุมโรค เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของชุมชนและแนวโน้มปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน โดยเน้นการเรียนรู้ผ่านการสอนที่เข้าใจง่ายและปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ โดย อสม. ที่ผ่านการอบรมจะสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การสร้างเครือข่ายสุขภาพในครอบครัว และการสนับสนุนกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพในพื้นที่ จะเห็นได้ว่าหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริม พัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) โดยปรับปรุงการใช้หลักสูตรต่างๆ ให้เหมาะสมตามบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ โดยการศึกษาแนวทางการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน (อสม.) จากหลักสูตรการอบรมหลักสูตรต่างๆ ของหน่วยงานด้านสาธารณสุข หลังจากนั้นจะมีการปรับปรุงการใช้หลักสูตรต่างๆ ให้เหมาะสมตามบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่

2.3 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรค

ในการศึกษาครั้งนี้ จะมีการอธิบายใน 2 ลักษณะคือ บทบาทการปฏิบัติงานทั่วไปและบทบาทในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค ดังนี้

2.3.1 บทบาทในการปฏิบัติงานโดยทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน โดยมีการแสดงบทบาทในการทำงานในชุมชนท้องถิ่นที่ตนเองอาศัยอยู่ ตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานโดย อสม. มีบทบาทในการเป็นนាំการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง change agent พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ข่าวร้าย จ่ายข่าวดี ซึ่บริการ ประสานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดีโดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1) อสม. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข เป็นผู้ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน ทำการแจ้งการนัดหมายเพื่อนบ้านเข้ามารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารจากทางสาธารณสุข เช่น การแจ้งข่าวการเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข หรือในทางย้อนกลับ อสม. จะรับข่าวสารสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนเมื่อมีเรื่องสำคัญ เช่น โรคระบาดหรือโรคติดต่อในชุมชน

2) อสม. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้าน และแกนนำสุขภาพในชุมชน ในเรื่อง สุขอนามัย การสร้างเสริมสุขภาพ ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการวางแผนครอบครัว งานทันตกรรม สุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ จัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย

3) อสม. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เป็นการร่วมจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกายการคัดกรองด้วยวาจา การเยี่ยมบ้าน การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน การให้บริการวางแผนครอบครัว เช่น การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดและจ่ายถุงยางอนามัย ในไลน์ที่ผ่านการตรวจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

4) อสม. จัดแบ่งหน้าที่ เพื่อหมุนเวียนกันปฏิบัติงาน ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานของชุมชน (ศสมช.) โดยให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5) อสม. ทำหน้าที่เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ที่หลากหลายตามปัญหาของแต่ละพื้นที่ ได้แก่ การเฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ ได้แก่ภาวะทุพโภชนาการและการขาดธาตุไอโอดีน ดูจัดกิจกรรมการชั่งน้ำหนักเด็ก บันทึกรน้ำหนัก ส่วนสูง ติดตามภาวะโภชนาการและเฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบให้มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และมาเข้ารับตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านการสร้าง

เสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โรคไข้เลือดออก อสม. จะจัดกิจกรรมสำรวจจุงลายรณรงค์เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6) อสม. ทำหน้าที่เป็นผู้นำในการบริหารจัดการ วางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน ร่วมวางแผนในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สารงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการใช้งบประมาณในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

7) อสม. ทำหน้าที่เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ

8) อสม. ทำหน้าที่ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน (กรมสนับสนุนบริการกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

2.3.2 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน
3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขหรือ
บทบัญญัติของกฎหมายอื่นๆ

4. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ
ของท้องถิ่น

5. เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของ
ชุมชนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นและแหล่งอื่นๆ

6. ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข
ของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณสุขด้าน
สุขภาพ

7. ศึกษาพัฒนาตนเองและเข้าร่วมประชุมตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ

8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

9. ประสานงานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่
ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่นๆ ในท้องถิ่น

2.3.3 บทบาทของ อสม. ตามมาตรฐานสมรรถนะที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดบทบาทของ อสม. ตามมาตรฐานสมรรถนะดังนี้

- 1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
- 2) สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น
ฟื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค

- 3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินการสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
- 4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชนและสิ่งแวดล้อมของชุมชน
- 5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ
- 6) สามารถสร้างจิตสำนึกเรื่องจิตอาสาในการร่วมจัดการสุขภาพชุมชน
- 7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็ก เยาวชน แกนนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชนจะเห็นได้ว่า อสม. แสดงบทบาทในการปฏิบัติงานทั่วไป การให้บริการด้านสุขภาพ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เชื่อมต่อระบบบริการภาครัฐกับประชาชน และปฏิบัติงานตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน โดยเน้นการปฏิบัติงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และตอบสนองนโยบายเพื่อแก้ปัญหาตามสภาพความเป็นจริง บทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งมีแนวโน้มของปัญหาเพิ่มมากขึ้นคือ บทบาทในการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.4 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรค

2.4.1 ความหมายของการป้องกันและการควบคุมโรค

2.4.1.1 การป้องกันโรค

การป้องกันโรค หมายถึง การดำเนินการหรือทำกิจกรรมใดๆ เพื่อป้องกันหรือระงับการเกิดโรคเป็นการดำเนินการก่อนที่จะมีโรคหรือเหตุการณ์เกิดขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรครวมถึงการป้องกันผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยไม่ให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตทั้งนี้สามารถแบ่งการควบคุมและป้องกันโรคออกได้เป็น 3 ระดับ (คำนวน อึ้งชูศักดิ์, 2557) ได้แก่ ระดับที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้า (Primary Prevention) ระดับที่ 2 การป้องกันในระยะมีโรคเกิด (Secondary Prevention) และระดับที่ 3 การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ (Tertiary Prevention) รายละเอียดดังนี้

1) การป้องกันโรคล่วงหน้า คือการป้องกันโรคก่อนระยะที่เกิดโรค เป็นวิธีการที่ยอมรับกันทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด ประหยัดที่สุด และได้ผลมากที่สุด กว่า การป้องกันและควบคุมโรคระดับอื่นๆ วัตถุประสงค์หลักของการป้องกันโรคล่วงหน้า คือ การปรับสภาพความเป็นอยู่ของมนุษย์ หรือการปรับปรุงภาวะสิ่งแวดล้อมหรือทั้งสองประการร่วมกันเพื่อให้เกิดภาวะที่โลกต่างๆ ไม่สามารถเกิดหรือคงอยู่ได้โดยการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ให้มีความต้านทานต่อโรคต่างๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้การปรับปรุงสุขภาพสิ่งแวดล้อม ให้ถูกสุขลักษณะเพื่อป้องกันไม่ให้เกิด พยาหะและสื่อนำโรคทั้งนี้เพื่อทำให้การแพร่กระจายของเชื้อที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคโดยผ่านทางสื่อต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนหมดไปซึ่งมีกิจกรรมในการป้องกันโรคล่วงหน้ามีดังนี้

1.1) การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปในการป้องกันโรคการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงการปฏิบัติตนให้ถูกสุขภาวะวิद्याส่วนบุคคลและชุมชน

1.2) การจัดโภชนาการให้ถูกต้องตามมาตรฐานเหมาะสมกับกลุ่มอายุ และภาวะความถูกต้องของ บุคคล เช่น ทารก เด็กเล็ก วัยรุ่น วัยชรา หญิงมีครรภ์ แม่ระยะให้นมบุตร หรือผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิดที่มีความต้องการอาหารพิเศษเฉพาะโรค

1.3) การให้ภูมิคุ้มกันโรคเพื่อป้องกันโรคติดต่อต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้ โดยการใช้วัคซีน เช่นการให้ภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐานสำหรับเด็กเล็กที่จำเป็นต้องได้รับสำหรับการป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยักไวรัสตับอักเสบบี โรควัโพลีโอ วัณโรค และในปัจจุบัน คือการให้ภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการให้ภูมิคุ้มกันโรคขั้นเสริมซึ่งได้แก่ กลุ่มชนอายุต่างๆ ตามความจำเป็นและในโอกาสที่ต้องเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคคอตีบ ไข้โหวด ไข้สมองอักเสบ ไข้หัด เป็นต้น

1.4) กิจกรรมที่ส่งเสริมในด้านการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง การสนใจ การสังเกต ถึงการเจริญเติบโตของเด็กทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้ เพื่อจะให้เด็กได้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

1.5) การจัดที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ การจัดหาสถานพักผ่อนหย่อนใจในชุมชนได้เพียงพอ การจัดสถานที่เล่นกีฬา สนามเด็กเล่น รวมทั้ง สถานที่ประกอบอาชีพที่ปลอดภัยและเหมาะสม

1.6) การจัดหรือปรับปรุงการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดการน้ำสะอาด การกำจัดของเสียและสิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร เครื่องดื่ม นม การกำจัดหรือควบคุมมลพิษ การกำจัดหรือควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค และการควบคุมสิ่งที่ก่อให้เกิดความรำคาญต่างๆ

1.7) การจัดบริการให้ความปลอดภัยในด้านการป้องกันอุบัติเหตุภัยจากการประกอบอาชีพการจราจรทางท้องเที่ยว ฯลฯ

1.8) การจัดให้มีบริการด้านการตรวจสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะสำหรับเด็กเล็กหรือเด็กนักเรียนซึ่งกำลังเจริญเติบโตเพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ

1.9) การจัดให้มีบริการด้านให้คำปรึกษา และแนะนำเกี่ยวกับเพศศึกษา การสมรสการส่งเสริมสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับพันธุกรรม การป้องกันโรค และการโภชนาการ

2) การป้องกันในระยะมีโรคเกิด คือ การป้องกันโรคล่วงหน้าระดับที่ 2 ในกรณีที่มีการดำเนินงานระดับที่ 1 ยังไม่ได้ผล ทำให้มีโรคเกิดขึ้น ดังนั้น จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการป้องกันโรคในระยะมีโรคเกิด คือ การระงับกระบวนการดำเนินของโรค การป้องกันการแพร่เชื้อ และระบอบของโรคไปยังบุคคลอื่นในชุมชน และการลดการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชุมชนให้น้อยลง และหายไปให้เร็วที่สุด ซึ่งกิจกรรมการป้องกันระยะมีโรค มีดังนี้

2.1) การค้นหาผู้ป่วยให้ได้ในระยะเริ่มแรก นับว่าเป็นการป้องกันและควบคุมโรคที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยเฉพาะในกรณีโรคที่เกิดขึ้นเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง และสามารถแพร่โรคไปยังบุคคลอื่นๆ ในชุมชนได้ง่ายและรวดเร็ว เช่น ไข้ทรพิษ ไข้หวัดใหญ่ อหิวาตกโรค ไข้หัด โรคคอตีบ ไข้ซันหลังอักเสบ (โปลิโอ) และไข้รากสาดน้อย เป็นต้น การที่สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคเหล่านี้ได้ในระยะเริ่มแรก ที่มีอาการและโรคยังไม่แพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น ทำให้สามารถระงับกระบวนการดำเนินของโรคได้ เพื่อให้การรักษาได้ถูกต้องและสามารถป้องกันไม่ให้โรคติดต่อ ไปยัง

ผู้อื่น รวมทั้ง สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อน และผลเสียที่อาจเกิดตามมาเป็นผลให้เกิดการไร้สมรรถภาพ และความพิการลดน้อยลงได้

2.2) การวินิจฉัยโรคและให้การรักษาได้ทันที โรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นหากได้รับการวินิจฉัยได้ถูกต้องและรวดเร็ว จะสามารถช่วยให้การรักษาโรคถูกต้องและมีประสิทธิภาพ มีผลให้ความเจ็บป่วยหายได้รวดเร็วและสามารถป้องกันผลเสีย และโรคแทรกซ้อนที่เกิดตามมาได้เป็นอย่างดี และการรักษายังมีผลในด้านการกำจัดแหล่งแพร่โรค หรือบ่งเกิดโรคซึ่งอยู่ในตัวผู้ป่วยได้ด้วย

2.3) การป้องกันการแพร่เชื้อมีความจำเป็นมากสำหรับโรคติดต่อแพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่นในชุมชน โดยปะปนไปกับอาหารน้ำและแมลงนำโรคชนิดต่างๆ ดังนั้น การดำเนินการเกี่ยวกับการกำจัดเชื้อที่อยู่ในน้ำอาหาร สิ่งแวดล้อม ที่เป็นสื่อนำโรคโดยวิธีต่างๆ เช่น การควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค การทำน้ำให้สะอาดปราศจากเชื้อ โดยเติมสารฆ่าเชื้อ เช่น คลอรีน ตลอดจน การสุขาภิบาลอาหารและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะป้องกันการแพร่เชื้อโรค

2.4) การเพิ่มความต้านทานหรือป้องกันโรคให้แก่บุคคลหรือชุมชน เพื่อให้บุคคลในชุมชน มีความต้านทานต่อโรคที่เกิดขึ้นที่สามารถจะป้องกันได้โดยการใช้วัคซีน เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันอหิวาตกโรค วัคซีนป้องกันโรคไทฟอยด์ วัคซีนป้องกันโรคโคติบ ในระยะที่เกิดการระบาดของโรคขึ้น ควบคู่ไปกับการให้สุขศึกษาแก่ชุมชน เมื่อมีโรคเกิดขึ้นในชุมชน โดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้น การระมัดระวังในเรื่องอาหารและน้ำ การระมัดระวังและหลีกเลี่ยงการติดต่อ หรือสัมผัสกับผู้ป่วย การระมัดระวังในด้านสุขภาพร่างกายเป็นพิเศษ

2.5) การใช้กฎหมายสาธารณสุข ในกรณีที่มีโรคติดต่อร้ายแรงเกิดขึ้น และแม้ว่าจะได้ใช้มาตรการป้องกันและควบคุมโรค โดยวิธีการต่างๆแล้วแต่ไม่ได้ผล เนื่องจากไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชนด้วยดี จึงต้องใช้มาตรการทางกฎหมายเข้ามาช่วยสนับสนุน เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมโรค สามารถดำเนินการได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้โลกสงบลงเร็วที่สุด เช่น การบังคับใช้กฎหมายตาม พรบ.โรคติดต่อพ.ศ. 2558

3) การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ คือ การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็วเพื่อลดผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังการเกิดโรครวมทั้งการติดตามสังเกตและให้การป้องกันอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำการป้องกันในระดับนี้จะรวมถึงการบำบัดความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยการดำเนินงานจะเกิดผลดีจะต้องประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้

3.1) มีวิธีการรักษาโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพ

3.2) มีการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขและจ่ายอย่างทั่วถึงและมากพอที่ประชาชนจะมาใช้บริการได้สะดวก

3.3) ประชาชนมีความเข้าใจและรู้จักใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอยู่ให้ถูกต้อง

3.4) มีการศึกษาวิจัยและค้นคว้าถึงวิธีการใหม่ๆที่ใช้รักษาโรคให้หายโดยรวดเร็วและรักษาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เป็นการลดความพิการ และการไร้สมรรถภาพที่อาจเกิดตามมาให้น้อยลง

การป้องกันการเกิดโรคที่สำคัญที่สุด คือ การป้องกันการเกิดโรคในระดับที่ 1 และจากการป้องกันโรคทั้ง 3 ระดับ ที่กล่าวมาแล้ว จะดำเนินไปได้ด้วยดี และมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือ และการสนับสนุนจากบุคคลชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านนโยบาย การสนับสนุนด้านการบริหารการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ และทรัพยากร รวมทั้งการสนับสนุนของสังคมด้วย จึงจะทำให้การควบคุมและป้องกันโรคประสบความสำเร็จ

2.4.1.2 การควบคุมโรค (Control)

การควบคุมโรค หมายถึง การดำเนินการหรือทำกิจกรรมใดๆ เพื่อจัดการจำกัดหรือการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไม่ให้ขยายไปในวงกว้าง หรือเพิ่มจำนวนเพื่อให้กลับคืนสู่สภาวะปกติ หรืออยู่ในระดับที่เหมาะสม เป็นการดำเนินการเมื่อมีโรคหรือเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้ว เพื่อลดขนาดและความรุนแรงของการเกิดโรคและการควบคุมโรคทางระบาดวิทยา ได้แก่ การทำลายแหล่งของเชื้อโรค เช่นการทำลายหรือตรวจรักษาสัตว์ป่วยตลอดจนการตรวจคัดกรองสัตว์ที่ติดเชื้อแต่ไม่แสดงอาการ เพื่อลดแหล่งของเชื้อโรคในประชากร การขัดขวางห่วงโซ่ของการติดต่อ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อจากแหล่งรังโรค ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือตัวสัตว์ป่วยไปยังสัตว์ที่ยังไม่ติดเชื้อ เช่น การทำลายพาหะของโรค การกักกันสัตว์ป่วย หรือการควบคุมการเคลื่อนย้ายสัตว์ เป็นต้นและสุดท้าย ได้แก่ การสร้างภูมิคุ้มกัน เพื่อให้สัตว์สามารถต้านทานต่อการติดเชื่อได้ด้วยตนเองแม้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อก่อโรคได้เช่นการใช้วัคซีนเป็นต้น (CDC,2019;) (คำานวน อึ้งชูศักดิ์, 2557)

อย่างไรก็ตามจากความหมายของการป้องกันโรคในข้างต้นมีความหมายครอบคลุมถึงการควบคุมโรคด้วยเพราะการป้องกันโรคในระดับที่ 1 และระดับที่ 2 ความหมายรวมถึงการดำเนินการเมื่อมี โรคเกิดขึ้นแล้ว

การควบคุมโรคติดต่อในชุมชน หมายถึง การดำเนินการหรือทำกิจกรรมใดๆ เพื่อจัดการจำกัดหรือการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในชุมชน มิให้ขยายไปในวงกว้าง หรือเพิ่มจำนวน รวมทั้ง เพื่อป้องกันมิให้ผู้ติดเชื้อโรคติดต่อในชุมชน เป็นพาหะนำเชื้อโรคไปยังบุคคลอื่น หรือมีภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดความรุนแรงของโรค

2.4.2 บทบาทของ อสม.ในการป้องกันโรคและควบคุมโรค

การปฏิบัติงานในการป้องกันโรคและควบคุมโรค ถือได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข รวมถึงการป้องกันโรคและควบคุมโรคเชิงรุกในพื้นที่ เป็นคนในพื้นที่ทำให้ทราบข้อมูลและประสานงานคนในพื้นที่ได้ดีที่สุด อีกทั้งประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคได้ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน แกนนำองค์กรชุมชน ให้มีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ในการเฝ้าระวังเชิงรุก โดยการสำรวจพื้นที่ในความรับผิดชอบของตนเอง

2) เฝ้าระวังสังเกตการณ์ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายในหมู่บ้านและชุมชน โดยการค้นหากลุ่มเสี่ยง ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย และผู้ป่วยโดยเร็วอย่างต่อเนื่อง

3) รายงานความเคลื่อนไหวจากการเฝ้าระวังสังเกตการณ์ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายในหมู่บ้านและชุมชนมายังศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคระดับตำบล

4) ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจ แล้วคืนข้อมูลให้กับชุมชน อีกครั้งร่วมกันจัดทำแผนของชุมชนในการเฝ้าระวังเชิงรุกของชุมชนในการควบคุมและป้องกันโรค

5) ถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้องโดยการพูดคุยอย่างเป็นกันเองให้กับกลุ่มเป้าหมายทุกหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ โดยมีเนื้อหาในการสร้างทักษะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

6) การสื่อสาร จัดกิจกรรมรณรงค์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชน เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร สถานการณ์และความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันควบคุมโรค แต่ด้วยปัจจุบันนี้ประเทศไทย วิธีการระบาดด้วยโรคโควิด 19 โดยมีผู้คนเดินทางมาจากต่างประเทศที่มีความเสี่ยงสูงอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องมีมาตรการกักตัวอย่างต่ำเป็นระยะเวลา 14 วัน และเพื่อเป็นการป้องกันป้องกันการระบาดของโรคโควิด 19 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลไกที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน โดยมีนโยบาย อสม. เคาะประตูบ้านต้านโควิด 19 ซึ่งในการดำเนินการ ดังนี้

1) สำรวจในครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับการมีผู้ที่เดินทางมาจากกลุ่มประเทศที่มีความเสี่ยงสูงและมาจากต่างจังหวัด โดยการคัดกรองอาการสำคัญในกลุ่มเสี่ยง ประชาชนทั่วไปตามระบบการเฝ้าระวังอาการสำคัญ

2) ติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไปอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 14 วัน

3) รายงานผลโดยการบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังการระบาดโรคโควิด 19 ผ่านแอปพลิเคชันอสม.ออนไลน์ทำให้ทราบจำนวนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ตั้งง่ายต่อการติดตามดูแล

4) ให้ความรู้ความเข้าใจแก่กลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป ให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ชีวิตอย่างถูกต้องคือ การกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย ออกกำลังกายเป็นประจำ

บทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีประสิทธิภาพ สิ่งที่สำคัญต่อความจำเป็นของการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน คือการมีปัจจัยนำที่ดี ได้แก่ 1)กระบวนการฝึกอบรมและการกำกับติดตามการทำงานของ อสม.โดยบุคลากรสาธารณสุข 2)มีเครื่องมือในการอำนวยความสะดวกแก่ อสม.ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการรายงาน และการติดต่อสื่อสาร เช่น โทรศัพท์มือถือ 3)ความสามารถของ อสม.ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และ 4)กระบวนการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังและการนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรค ดังนั้นในกระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจาก อสม.และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน

สรุป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรืออสม. เป็นบุคคลหรือสื่อบุคคลที่ทำหน้าที่สื่อสารสุขภาพเพื่อยั้งการระบาดของโรคติดต่อในระดับหมู่บ้าน เป็นบุคคลหรือสื่อที่มีอำนาจน้อยในระบบโครงสร้างของหน่วยงานด้านสาธารณสุข แต่ในฐานะสื่อบุคคลแล้ว ผลการวิจัยส่วนใหญ่ระบุว่าอำนาจของ อสม. จะเกิดขึ้นได้จากการเป็นผู้ที่มีต้นทุนทางสังคมเช่น มีประสบการณ์และความเป็นคนในชุมชนที่ใกล้ชิดกับกลุ่มผู้รับสาร มีความใกล้ชิดกับประชาชนเป้าหมาย เป็นคนในชุมชนที่มี

ความสามารถในการสื่อสารที่เข้าถึงและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนเป็นบุคคลที่มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับชุมชนหมู่บ้านในระดับหลังคาเรือน จึงทำให้เหมาะสม. ได้รับความไว้วางใจและได้รับความร่วมมือจากชาวบ้านที่อยู่อาศัยในชุมชนมาด้วยกันเป็นอย่างดี แต่ที่น่าสนใจคือการสื่อสารกับกลุ่มคนที่ย้ายเข้ามาอยู่ในชุมชน หรือคนจากพื้นที่อื่นเข้ามาอยู่ในชุมชนกลับทำได้ยากและมักไม่ได้รับความร่วมมือมากนัก (สุนันทา แยมทัฬ, 2558, กาญจนา แก้วเทพ และคณะ, 2556 และ Adalja. et al, 2012)

จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดขั้นตอนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชนไว้ 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมความพร้อม ทั้งในระดับอำเภอและหมู่บ้าน รวมถึงความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ 3) จัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) การเฝ้าระวังติดตามผู้มีอาการในพื้นที่ และ 5) การรายงานผล สิ่งเหล่านี้ เป็นความท้าทายที่สำคัญของสมรรถนะ อสม.ยุคปัจจุบัน

จากการศึกษาประเด็นบทบาทของอสม.ในการป้องกันโรค ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับสมรรถนะของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ ในแต่ละขั้นตอนของการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน รวมถึงค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะ (Competencies)

- 2.5.1 ความเป็นมาของสมรรถนะ
- 2.5.2 ความหมายของสมรรถนะ
- 2.5.3 ประเภทของสมรรถนะ
- 2.5.4 การพัฒนาตัวแบบสมรรถนะ
- 2.5.5 การประเมินสมรรถนะ
- 2.5.6 องค์ประกอบของสมรรถนะ
- 2.5.7 มาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมรรถนะ (Competency) เป็นปัจจัยในเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันให้แก่ องค์กร โดยเฉพาะการบริหารทรัพยากรมนุษย์ เพราะสมรรถนะเป็นปัจจัยช่วยให้องค์กรประสบ ความสำเร็จ การพัฒนาสมรรถนะ ประกอบไปด้วย การบริหารทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาภาวะผู้นำ ของผู้บริหาร การพัฒนางานบริการ เป็นต้น ดังนั้น เพื่อให้มองเห็นภาพของแนวความคิดเบื้องต้น เกี่ยวกับสมรรถนะ จึงจะกล่าวถึงความเป็นมา และความหมายองค์ประกอบประเภทของสมรรถนะ การกำหนดสมรรถนะ การวัดสมรรถนะ และการประยุกต์ใช้สมรรถนะ รายละเอียดดังนี้

2.5.1 ความเป็นมาของสมรรถนะ

แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะเริ่มจาก เดวิด แมคเคลลีแลนด์ David C. McClelland (1960) นักจิตวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด กล่าวไว้ว่า ระดับความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะที่ดี ของบุคคล (Excellent Performer) ในองค์การกับระดับทักษะความรู้ ความสามารถ (โดยการวัด IQ และ

การทดสอบบุคลิกภาพ) ยังไม่เหมาะสมในการทำนายความสามารถ หรือสมรรถนะของบุคคลได้ เพราะไม่ได้สะท้อนถึงความสามารถที่แท้จริงออกมาได้

แมคเคลลีแลนด์ ได้เขียนบทความ “Testing for Competence Rather than for Intelligence” ในวารสาร American Psychologist เพื่อเผยแพร่แนวคิดและสร้างแบบประเมินแบบใหม่ที่เรียกว่า Behavioral Event Interview (BEI) เป็นเครื่องมือประเมินผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานดี สมรรถนะ จึงเป็นสิ่งที่สามารถทำนายความสำเร็จของงานได้ดีและ สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ที่ทำงานเก่ง มิได้หมายถึง ผู้ที่เรียนเก่งเสมอไป แต่ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการทำงาน ต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถ ในการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ที่มีอยู่ในตนเอง เพื่อก่อให้เกิดความสำเร็จที่ตนเองทำ จึงจะกล่าวได้ว่า บุคคลนั้นมี “สมรรถนะ (McClelland. 1973)

ในปี ค.ศ. 1982 ริชาร์ด โบยัตซิส (Boyatzis.1982) ได้เขียนหนังสือชื่อ The Competent Manager: A Model of Effective Performance ualuunu Competency in เป็น คุณลักษณะที่อยู่ภายในบุคคลที่นำไปสู่การปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพหรือเป็นความสามารถใน งาน

ต่อมา สเปนเซอร์และสเปนเซอร์ (Spencer and Spencer. 1993) ได้เสนอแนวคิด เกี่ยวกับสมรรถนะในผลงานเรื่อง Competence at Work: Models for Superior Performance โดยได้แบ่งสมรรถนะเป็น 5 ลักษณะ ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ อัดมโนทัศน์ คุณลักษณะเฉพาะ และแรงจูงใจ

ประเทศไทย ได้มีการนำแนวคิดสมรรถนะ มาใช้โดยสำนักงานข้าราชการพลเรือน ตาม หนังสือสำนักงาน ก.พ.ที่ นร.1008/ว. 27 ลงวันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2552 โดยกำหนดสมรรถนะ ข้าราชการไทยประกอบด้วย 1) สมรรถนะหลัก ได้แก่ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Results Driven) การบริการ ที่ดี (Service Mind) การสั่งสมความเชี่ยวชาญในอาชีพ (Expertise) การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและมีจริยธรรม (Integrity and Ethic) และการทำงานเป็นทีม (Team Working) (สำนักงาน คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2552)นอกจากนี้ ในการบริหารองค์กรภาคเอกชนชั้นนำของ ประเทศ ได้แก่ เครือปูนซีเมนต์ไทย ซินคอร์ปอเรชั่น การปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย และ ไทย ธนาคาร เป็นต้น โดยนำแนวคิด Competency ไปใช้ในการบริหารงานทรัพยากรบุคคล เป็นกรอบใน การทำงาน รวมถึงการประเมินผลการทำงาน และประสบความสำเร็จอย่างเห็นได้ชัดเจน (เชียง เภา ชิต, 2559)

2.5.2 ความหมายของสมรรถนะ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายของคำว่า สมรรถนะ คือ ความสามารถ ซึ่งตรงกับคำภาษาอังกฤษ คือ Capacity Ability และมีคำเฉพาะว่า Competency ซึ่งในภาษาไทยใช้คำว่า สมรรถนะ และมีความหมายที่มีลักษณะความเป็นเฉพาะเจาะจงเพิ่มขึ้นโดย สเปนเซอร์และสเปนเซอร์ (Spencer and Spencer.1993) ได้กล่าวว่า สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะพื้นฐาน (Underlying Characteristic) ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล นอกจากนี้ยังมีนักวิจัยที่ ศึกษาและให้นิยามสมรรถนะ ว่าหมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่สามารถวัดได้ สังเกตได้ สะท้อนให้เห็นความรู้ ความสามารถ ทักษะ อัดมโนทัศน์ และแรงจูงใจ ตลอดจนพฤติกรรม ที่สามารถทำให้บุคคลปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพ (เชียง เภาชิต, 2554) สำนักงาน ก.พ. (2562) ได้

ให้ความหมายของสมรรถนะไว้ดังนี้ คือ คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ทักษะ ความสามารถ และคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลสามารถสร้างผลงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าคนอื่น เพื่อนร่วมงาน หรือองค์กรอื่น และมีนักศึกษาจำนวนมากที่สนใจให้คำนิยามเกี่ยวกับสมรรถนะ เช่น สุกัญญา รัตมีธรรมโชติ (2549) บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคลซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้น สร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ และ ชัชวาลิต สรวารี (2550) ให้ความหมายว่า คุณลักษณะของงานหรือคุณสมบัติที่พึงประสงค์ของงานแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ สมรรถนะที่งานต้องการและสมรรถนะที่มีอยู่ในตัวคน ซึ่งเน้นการให้ความสำคัญกับทักษะ ความรู้ รวมถึงลักษณะที่สามารถเห็นได้ภายนอก มากำหนดเป็นหัวใจขององค์กรให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ Social Role คือบทบาทที่สังคม แสดงออกตามค่านิยม Value ที่คน ๆ นั้นมี Self-Image คือ ภาพลักษณ์ที่คน ๆ นั้นมองตนเอง Traits คือ บุคลิกภาพและตัวตนที่แท้จริง ของคน ๆ นั้น Motive คือ แรงจูงใจที่ผลักดันให้คนมี พฤติกรรมในแบบที่คน ๆ นั้น เป็นอยู่

โดยสรุปแล้วสมรรถนะจึงหมายถึง ลักษณะเชิงพฤติกรรมที่แสดงออกที่เกิดจากคุณลักษณะ ความรู้ ทักษะ อัตมโนทัศน์ แรงจูงใจ เป็นความสามารถที่ทำให้บุคคลสร้างผลงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีความโดดเด่นกว่าบุคคลอื่น

2.5.3 ประเภทของสมรรถนะ

การแบ่งประเภท สมรรถนะ เป็นการนำกลุ่มความสามารถของบุคคล มาจัดเป็นประเภท ให้มีความสอดคล้องกับลักษณะของงานในองค์การโดยนักวิชาการส่วนใหญ่ จะใช้ความสามารถของบุคคลเป็นหลักในการแบ่งประเภท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

อาภรณ์ ภูวิทย์พันธุ์. (2552) แบ่งระดับสมรรถนะเป็นความสามารถ ออกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. Core Competency คือ ความสามารถหลักซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมของคนที่ช่วยสนับสนุนให้องค์การสามารถบรรลุเป้าหมายและภารกิจตามวิสัยทัศน์ได้

2. Managerial Competency คือ ความสามารถในการจัดการซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงทักษะการบริหารงานของบุคคล ระดับผู้บริหารและระดับพนักงานโดยจะแตกต่างกันตามบทบาท และหน้าที่ความรับผิดชอบ (Role-Based)

3. Functional Competency คือ ความสามารถซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะเฉพาะของงานต่าง ๆ (Job-based) หน้าที่การงานที่ต่างกัน ความสามารถในการงานย่อมแตกต่างกัน เรียกว่า Functional Competency เป็น Job Competency หรือ Technical Competency

4. Individual Competency คือ ความสามารถเฉพาะตัวบุคคลสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะและคุณลักษณะเฉพาะของ บุคคลที่เกิดขึ้นจริงตามหน้าที่การงานที่ได้รับมอบหมาย

อํารงค์ดี คงสวัสดิ์ (2552) และ ศุภชัย ยาวะประภาส (2548) ได้แบ่ง สมรรถนะ ออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. สมรรถนะหลัก (Core Competency) คือ คุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่เป็นหลักที่ทุกตำแหน่งในองค์กรจะต้องมี เช่นการใช้คอมพิวเตอร์ การติดต่อประสานงาน

2. สมรรถนะตามสายงาน (Functional Competency) คือ ความสามารถของบุคคลที่มีตามหน้าที่รับผิดชอบ ตำแหน่งอาจเหมือนกันแต่ความสามารถอาจต่างกัน

2.5.4 การพัฒนาตัวแบบสมรรถนะ

ตัวแบบสมรรถนะหรือโมเดลสมรรถนะ พัฒนาโดยเริ่มจากการกำหนดเกณฑ์เลือกกลุ่มตัวอย่าง รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาพฤติกรรมที่เป็นเลิศ ตรวจสอบ ความถูกต้อง นำผลที่ได้มากำหนดรูปแบบสมรรถนะต่อไป ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังรายละเอียด 1) กำหนดเกณฑ์ นิยามเกณฑ์สำหรับการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศในแต่ละบทบาท 2) เลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับสร้างเกณฑ์โดยค้นหากลุ่มที่สามารถเป็นตัวแทน ที่มีผลการปฏิบัติงานในแต่ละระดับ 3) การเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรม นำไปสู่การปฏิบัติงานที่เป็นเลิศสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต การสำรวจ การวิเคราะห์งาน เป็นต้น 4) การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาพฤติกรรมที่เป็นเลิศ 5) การตรวจสอบความถูกต้อง และผลการวิเคราะห์ของสมรรถนะ 6) การประยุกต์ใช้ซึ่งหน่วยงานต่างสามารถนำรูปแบบสมรรถนะนั้น ไปปรับใช้กับกิจกรรมที่ต้องการ (McClelland, 1973)

นอกจากนี้ การพัฒนาตัวแบบสมรรถนะอาจจะประยุกต์ใช้แนวคิดของ Walker and Avant (1995) ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้

1) การเลือกมโนทัศน์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ (Select a Concept) เป็นการกำหนดคำสำคัญหรือแนวคิด (Concept) ที่สอดคล้องกับตัวแบบ เช่น สมรรถนะ งานคุ้มครองผู้บริโภค

2) การกำหนดเป้าหมายของการวิเคราะห์หามโนทัศน์ (Determine the Aims or Purposes of the Analysis) เป็นการกำหนดเป้าหมายว่าจะนำมโนทัศน์ไปใช้เพื่ออะไร เช่น เพื่อการวิจัย

3) การระบุถึงการใช้มโนทัศน์ในทุกแง่มุมที่สามารถค้นหาได้ (Identify All Uses of the Concept That You Can Discover) เป็นการระบุว่าการทบทวนวรรณกรรม มโนทัศน์ที่กล่าวถึงใน ข้อ 1) ได้ค้นพบ (ถูกนำไปใช้) ในที่ใด หรือ สาขาใดบ้าง เช่น ใช้ในภาคราชการ และการบริการสุขภาพ

4) การกำหนดคุณลักษณะสำคัญของมโนทัศน์ (Determine the Defining Attributes) เป็นการระบอบุคคลประกอบของมโนทัศน์ว่าประกอบด้วยอะไรบ้าง เช่น สมรรถนะประกอบด้วย ความรู้ที่นำไปใช้ปฏิบัติงาน ทักษะ และ แรงจูงใจ

5) การระบุหรือสร้างกรณีตัวอย่างที่มีคุณลักษณะของ มโนทัศน์อย่างครบถ้วน เป็นการเล่ากรณีตัวอย่างที่มีรายละเอียดของคุณลักษณะมโนทัศน์นั้น ๆ

6) การระบุกรณีหรือสร้างกรณีตัวอย่างอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ (Identify Additional Cases) ได้แก่ กรณีตัวอย่างแบบก้ำกึ่ง (Borderline Case) กรณีตัวอย่างแบบสัมพันธ์ (Related Case) กรณีตัวอย่างแบบตรงกันข้าม (Contrary Case) การเล่าเรื่อง เป็นต้น

7) การระบุถึงสิ่งที่ทำให้เกิด และสิ่งที่ตามมาจากมโนทัศน์ (Identify Antecedents and Consequences) เป็นการระบุปัจจัยที่ทำให้เกิดมโนทัศน์นั้น เช่น ปัจจัยที่ทำให้เกิดสมรรถนะ คือ การเรียนรู้ ความฉลาด และผลที่เกิดจากมโนทัศน์ เช่น ผลของสมรรถนะ คือ ประสิทธิภาพในการทำงาน

8) การกำหนดแนวทางที่จะวัดหรือประเมินคุณลักษณะโมทัศน์ เมื่อนำไปใช้ในสถานการณ์จริง (Define Empirical Referents) รวมทั้งการกำหนดวิธีการวัด

2.5.5 การประเมินสมรรถนะ

การประเมินสมรรถนะ ของ ขจรศักดิ์ ศิริมัย. (2562) แบ่งการประเมินสมรรถนะ ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) Behavior Observations เป็นแบบทดสอบที่เกี่ยวข้องกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้รับการทดสอบ วัดจากการสังเกต และประเมินพฤติกรรมในบางสถานการณ์ เช่น การสังเกตพฤติกรรมการเข้าสังคม พฤติกรรมการทำงาน การสัมภาษณ์ที่อาจจัดอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย

2) Tests of Performance เป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้รับการทดสอบทำงานบางอย่าง เช่น การเลือกตอบข้อที่ถูกที่สุด การเขียนอธิบายคำตอบ เพื่อวัดความสามารถของบุคคล ภายใต้เงื่อนไขของการทดสอบ แบบทดสอบที่วัด ความสามารถเฉพาะ เช่น ความสามารถในการเชิงพื้นที่ (Spatial Ability) หรือความเข้าใจในด้านเครื่องยนต์กลไกและแบบทดสอบ ที่ใช้วัดทักษะหรือความสามารถทางด้านร่างกาย

3) Self-Reports แบบทดสอบที่ให้ผู้ตอบรายงานเกี่ยวกับตนเอง แบบทดสอบบุคลิกภาพ แบบสำรวจความคิดเห็น การตอบคำถามประเภทนี้ อาจจะไม่เกี่ยวข้องกับความรูสึกที่แท้จริงของผู้ตอบ การทดสอบบางอย่าง เช่น การสัมภาษณ์อาจเป็นการผสมกันระหว่าง Behavior Observations และ Self-Reports เพราะการถามคำถามในการสัมภาษณ์อาจเกี่ยวข้องกับความรูสึก ความคิด และทัศนคติของผู้ถูกสัมภาษณ์ และในขณะที่เดียวกันผู้สัมภาษณ์ก็สังเกตพฤติกรรมของผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วย เนื่องจาก สมรรถนะเป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรม (ขจรศักดิ์ ศิริมัย. 2562) ฉะนั้น การวัดหรือประเมินที่สอดคล้องที่สุด คือ การสังเกตพฤติกรรม มีสมมุติฐาน 2 ประการ ดังนี้ 1) ผู้ที่ สังเกตและประเมินต้องทำด้วยความเที่ยงตรง และ 2) ผู้ที่สังเกตและประเมินต้องใกล้ชิดเพียง พอที่จะสังเกตพฤติกรรมของผู้ที่ถูกประเมินได้ ในส่วนของการวัดสมรรถนะบุคคลทำได้ยากและต้องใช้ เวลานานจึงต้องมีเครื่องมือช่วยในการวัดสมรรถนะ คุณลักษณะที่แสดงออกมาเชิงพฤติกรรม เป็นผล มาจากองค์ประกอบหลายประการ ดังนั้น วิธีที่ประเมินพฤติกรรมที่ตรงไปตรงมาที่สุด คือ การสังเกตพฤติกรรม โดยผู้สังเกตจะต้องประเมินด้วยความตรงไปตรงมา และต้องมีความใกล้ชิดอย่างเพียง พอที่จะสังเกตพฤติกรรมของผู้ที่ถูกประเมินได้ ได้แก่ 1) ประวัติการทำงานของบุคคล ทำให้ได้ข้อมูล ส่วนบุคคล 2) ผลประเมินการปฏิบัติงาน (Performance Appraisal) ซึ่งจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานใน 2 ลักษณะ คือ ผลการปฏิบัติที่เป็นเนื้องาน (Task Performance) และผลงาน การปฏิบัติที่ไม่ใช่เนื้องานแต่เป็นบริบทของเนื้องาน 3) ผลการสัมภาษณ์ (Interview) ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ อาจจะเป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง สัมภาษณ์ตามที่กำหนดประเด็นไว้กับการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง คือ สอบถามตามสถานการณ์ คล้ายกับเป็นการพูดคุยกันธรรมดา ๆ โดยใช้กระบวนการสนทนาให้ผู้ถูกสัมภาษณ์สบายใจ ให้ข้อมูลที่ตรงกับสภาพจริงมากที่สุด 4) การจัดตั้งศูนย์ประเมิน (Assessment Center) จะเป็นศูนย์รวมเทคนิคการวัดทางจิตวิทยาหลาย อย่างเข้าด้วยกัน 5) การประเมินแบบ 360 Degree Feedback) หมายถึง การประเมินรอบด้าน ได้แก่ การประเมินจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา และลูกค้า

2.5.5.1 การประเมินระดับของสมรรถนะ

ระดับของสมรรถนะ หมายถึง ระดับความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะซึ่ง แตกต่างกัน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ แบบกำหนดเป็นสเกล และแบบไม่กำหนดเป็นสเกล รายละเอียด ดังนี้

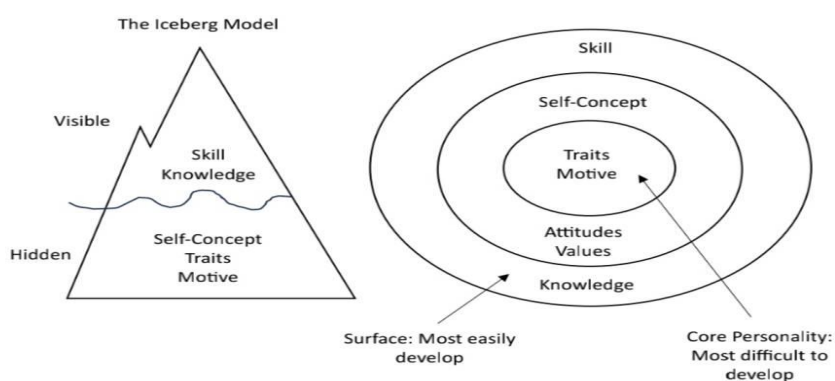
1. แบบกำหนดเป็นสเกล สมรรถนะแต่ละตัวจะกำหนดระดับความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะแตกต่างกันตามปัจจัยจะกำหนดเป็นตัวชี้บ่งพฤติกรรม (Behavioral Indicator) ที่สะท้อนถึงความสามารถในแต่ละระดับ (Proficiency Scale) โดยกำหนดเกณฑ์การจัดระดับ ความสามารถไว้ 5 ระดับ คือ

- 1) ระดับเริ่มต้น คือ ยังไม่สามารถทำได้ตามมาตรฐาน
- 2) ระดับมีความรู้บ้าง คือ ทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้บางส่วน
- 3) ระดับที่สามารถทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนด
- 4) ระดับที่สามารถทำได้สูงกว่ามาตรฐานที่กำหนด
- 5) ระดับที่สามารถทำได้สูงกว่ามาตรฐานที่กำหนดมาก

2. แบบไม่กำหนดเป็นสเกล เป็นสมรรถนะที่เป็นพฤติกรรมเชิงความรู้สึกรหรือทัศนคติที่ไม่ต้องใช้สเกล เช่น ความตรงต่อเวลา เป็นต้น (เทือน ทองแก้ว, 2562)

2.5.6 องค์ประกอบของสมรรถนะ

Spencer and Spencer. (1993) กล่าวว่า สมรรถนะ ประกอบด้วย คุณลักษณะ เฉพาะ (Traits) แรงจูงใจ (Motive) อัตมโนทัศน์ (Self-Concept) ความรู้ (Knowledge) และทักษะ (Skill) ซึ่งคุณลักษณะทั้ง 5 ประการเหล่านี้ จะเป็นตัวผลักดันหรือมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Causal Relationship) ที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรม วิธีคิด เพื่อปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบตามสถานการณ์ต่าง ๆ กันได้อย่างมีประสิทธิภาพและ/หรือ สูงกว่าเกณฑ์อ้างอิง (Criterion Reference) หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ เรียกตัวแบบนี้ว่า โมเดลภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg Model) ดังแผนภาพที่

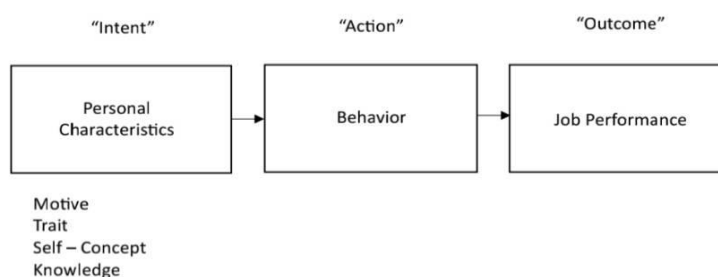


ภาพที่ 2 Iceberg Model Central and Surface Competencies
(ที่มา : Spencer and Spencer, 1993)

จากโมเดลข้างต้น อธิบายได้ว่าลักษณะของบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังรายละเอียดนี้

1. ส่วนที่มองเห็นได้ คือ ความรู้ และทักษะ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถมองเห็นได้ง่าย และประเมินผลได้ง่าย แต่ไม่ได้ทำให้ผลงานของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ซึ่งสามารถพัฒนาได้ไม่ยากนัก ด้วยการศึกษาค้นคว้า หาความรู้ และฝึกปฏิบัติจนก่อให้เกิดทักษะ

2. ส่วนที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใน ซึ่งสังเกตได้ยาก วัดและประเมินผลได้ยาก แต่เป็นสิ่งที่ทำให้ผลงานของบุคคลแตกต่างกัน ประกอบด้วย ทักษะ ค่านิยม ภาพลักษณ์ของตนเอง คุณลักษณะส่วนบุคคลรวมถึงแรงจูงใจ โดย Spencer and Spencer (1993) กล่าวว่า คุณลักษณะเหล่านี้ จะเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำ (Action) ซึ่งสะท้อนด้วยพฤติกรรมจนเกิดความชำนาญ หรือที่เรียกว่า ทักษะ และจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นผลสัมฤทธิ์ของงาน ดังแผนภาพที่ 3



ภาพที่ 3 Causal Relationships
(ที่มา : Spencer and Spencer. 1993)

การศึกษาในประเทศไทย ส่วนใหญ่ได้นำแนวคิดของ David C. McClelland (1973) และ Spencer & Spencer (1993) ผู้วิจัยได้พัฒนาองค์ประกอบแนวคิดของสมรรถนะจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ภายใต้บริบทที่สอดคล้องกับบุคคลและองค์กรที่ศึกษา ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและสรุปองค์ประกอบของสมรรถนะ ดังตาราง

ผู้แต่ง/ผู้วิจัย	องค์ประกอบ				
	แรงจูงใจ	คุณลักษณะ	อัตมโนทัศน์	ความรู้	ทักษะ
David C McClellan (1973)	/	/	/	/	/
Spencer and spencer (1993)	/	/	/	/	/
วรวิทย์ และอรุโณทัย (2556)	/	/	/	/	/
สุนทรา และวารุณี (2561)	/	/	/	/	/
ปภาสิณี และคณะ (2561)	/	/	/	/	/
กมลทิพย์ และคณะ (2561)	/	/	/	/	/
ปรีทศน์ และคณะ (2561)	/	/	/	/	/
นาฎตา และคณะ (2561)	/	/	/	/	/

สรุปได้ว่า สมรรถนะในการปฏิบัติงานใดๆ ประกอบด้วย องค์ความรู้ ทักษะ ทักษะ ค่านิยม แรงจูงใจ และอาจมีคุณลักษณะอื่นร่วมด้วยขึ้นกับประเภทงานและบริบทของงานนั้นๆ

สรุป สมรรถนะ ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา คือสมรรถนะเชิงหน้าที่ หมายถึง ความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) ความสามารถ (ability) และคุณลักษณะอื่นๆ (other) อันได้แก่ ค่านิยม เจตคติ

แรงจูงใจ ซึ่งมีอยู่ในตัวบุคคลอย่างเต็มกำลังขีดความสามารถด้วย เทคนิควิธีการต่าง ๆ ในการทำให้ งานประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่ สร้างไว้ และสร้างความเป็นเลิศในการปฏิบัติงาน ของบุคคลในองค์กร โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิด เกี่ยวกับสมรรถนะของเดวิด แมคเคลแลนด์ David C. McClelland(1960) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ งานวิจัยเนื่องจากแนวคิดสมรรถนะของ David C. McClelland มุ่งเน้นการประเมินและพัฒนา ความสามารถที่สำคัญของบุคคลในการปฏิบัติงาน โดยไม่พึ่งพาคะแนนเชิงวิชาการหรือ IQ แต่จะ เน้นการวัดจากพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งสัมพันธ์กับการวัดพฤติกรรมการทำงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน แนวคิดหลักของ McClelland ประกอบด้วยหลายประเด็นสำคัญได้แก่ 1.Iceberg Model: McClelland ใช้โมเดล ภูเขาน้ำแข็งในการอธิบายสมรรถนะ ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) ส่วนที่มองเห็น: ความรู้และทักษะ 2)ส่วนที่ ซ่อนอยู่ใต้ผิวน้ำ: คุณลักษณะส่วนบุคคล, แรงจูงใจ และค่านิยมที่มีผลต่อพฤติกรรม 2.Theory of Needs: McClelland เสนอทฤษฎีแรงจูงใจ 3 ประการ ได้แก่ 1) Need for Achievement (ความ ต้องการความสำเร็จ): ความมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมาย 2) Need for Affiliation (ความต้องการ ความสัมพันธ์): ความต้องการการยอมรับจากผู้อื่น 3) Need for Power (ความต้องการอำนาจ): ความต้องการมีอิทธิพลหรือควบคุมสถานการณ์ ในงานวิจัยนี้แนวคิดของ McClelland จะถูกนำไปใช้ ในการสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ (Competency Models) ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยภูมิ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ซึ่งรูปแบบการ พัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้จะช่วยในการพัฒนา สมรรถนะด้านความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) ความสามารถ (ability) และคุณลักษณะอื่นๆ (other) อันได้แก่ ค่านิยม เจตคติ แรงจูงใจ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัด ชัยภูมิ และการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและการพัฒนาความสามารถที่แท้จริงของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคติดต่อในชุมชน

2.5.7 มาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุข (2553) ได้กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถาน บริการที่ทำงานเชิงรุกต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับภาคส่วนต่างๆ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานเชิงรุกในพื้นที่และได้กำหนดมาตรฐานสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไว้ 7 ประการดังนี้

1. สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนา และแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับ บริบทพื้นที่
2. สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย
3. สามารถสร้างและบริหารเครือข่าย ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแบบ หุ้นส่วน

4. สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัว และรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชนและสภาวะแวดล้อมของสังคม
5. สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆที่จะมีผลต่อการจัดหรือลด ปัญหาสุขภาพ
6. สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ
7. สามารถสร้างโอกาส ให้เด็กและเยาวชน เข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนาสุขภาพ อนามัยและชุมชน

สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดังกล่าว เป็นสิ่งที่จะทำให้การแสดงผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่เน้นการพัฒนา มากกว่าการบริการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีบทบาทในเรื่อง

1. หลักพฤติกรรมโดยทำตนเป็นแบบอย่างและสร้างพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ทางด้านการส่งเสริมสุขภาพการควบคุมและป้องกันโรคโดยเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนชุมชนชักชวน เพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของชุมชน
2. ดูแลสิ่งแวดล้อมโดยการรณรงค์ลดโลกร้อนป้องกันควบคุมโรคติดต่อรวมทั้งเป็น ผู้นำในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในชุมชนการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ชุมชน
3. บริหารจัดการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชนที่มีฐานมาจากแผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลและจากแหล่งอื่นๆ
4. สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้านหรือเป็นนัก สื่อสารสุขภาพอย่างมีพลัง
5. ประสานงานกับบุคคลองค์กรและเครือข่ายทำงานเป็นทีมกับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกลุ่มภาคีสุขภาพตลอดจนเป็นผู้นำในการจัดกระบวนการประชุมอย่าง สร้างสรรค์โดยเป็นวิทยากรกระบวนการและอำนวยความสะดวกการประชุมรวมถึงการจัดการความรู้
6. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนใน หมู่บ้านโดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับผู้นำชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลและเครือข่าย สุขภาพกระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้านบนพื้น ฐานข้อมูลของชุมชนโดยเน้นการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสังคมเศรษฐกิจและจิตใจควบคู่กันไป
7. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนเช่นการรักษาพยาบาลเบื้องต้นการปฐม พยาบาลเบื้องต้นการวัดความดันโลหิตการตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะการตรวจหาน้ำตาลในเลือดการ ส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ
8. ปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนวงเล็บผสมหรือสถานที่ตามกำหนด ของหมู่บ้าน

สรุป สมรรถนะ เป็นคุณลักษณะที่มีอยู่ในบุคคล ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน องค์ประกอบ ของสมรรถนะ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ คุณลักษณะที่ซ่อนอยู่ในตัวบุคคลที่ส่งผลถึงพฤติกรรมและอื่นๆ สามารถแบ่งระดับสมรรถนะได้ 2 ลักษณะ คือ สมรรถนะพื้นฐานที่ต้องมี และสมรรถนะที่บอกถึง ความแตกต่างระหว่างคน สมรรถนะ ที่พึงประสงค์ของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อใน

ชุมชน จึงเป็นสมรรถนะที่ อสม.ต้องได้รับการพัฒนาทางด้านความรู้ ทักษะ คุณลักษณะที่ซ่อนอยู่ในตัว อสม.ที่ส่งผลถึงพฤติกรรมและอื่นๆ

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะเชิงหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ที่มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) ความสามารถ (ability) และคุณลักษณะอื่นๆ (other) อันได้แก่ ค่านิยม เจตคติ แรงจูงใจ ซึ่งมีอยู่ในตัว อสม.อย่างเต็มกำลังขีดความสามารถด้วยเทคนิควิธีการต่าง ๆ ในการทำให้งานประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่สร้างไว้ และสร้างความเป็นเลิศในการปฏิบัติงาน ของ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1.การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม. 2 การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับภาคีเครือข่าย 3. การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยง 4. การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการ 5. การบริหารจัดการ บันทึกลงและรายงานผลการดำเนินงาน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ

2.6.1 ความหมายของรูปแบบ

คำว่า “รูปแบบ” ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า “Model” มีคำที่ใช้อย่างหลากหลาย ในภาษาไทย เช่น แบบจำลอง ตัวแบบ ทุนจำลอง รูปหุ่น แบบตุ๊กตา โมเดล เป็นต้น มีนักวิชาการ ให้ความหมายคำว่ารูปแบบไว้ดังนี้

บาร์โธ และฮาร์ทแมน (Bartho & Hartman, 1982, p.70) อธิบายว่า รูปแบบ หมายถึงชุดของข้อความเชิงนามธรรมเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เราสนใจ เพื่อใช้ในการนิยามคุณลักษณะหรือบรรยายคุณลักษณะนั้น ๆ หรือเป็นชุดของแนวคิดที่รวบรวมไว้ในลักษณะโครงสร้างอย่างเป็นระบบ และมีองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สัมพันธ์เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงาน กลยุทธ์พื้นฐาน เงื่อนไขและข้อจำกัด ในการนำรูปแบบไปใช้

คีฟส์ (Keeves, 1998, p.11) อธิบายว่า รูปแบบ คือ การแสดงโครงสร้างเพื่อใช้ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร

บุญชม ศรีสะอาด (2560) อธิบายว่า รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างที่แสดง ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ หรือตัวแปรต่าง ๆ ที่แสดงขั้นตอนการทำงาน (Flowchart) สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ปรากฏในธรรมชาติหรือระบบต่าง ๆ ที่อธิบายลำดับขั้นตอนขององค์ประกอบหรือกิจกรรมในระบบ

พิรดา มาลาม (2560, หน้า 14) อธิบายว่า รูปแบบ คือ สิ่งที่เป็นโครงสร้างทางความคิด โปรแกรม แบบจำลอง หรือตัวแบบจำลองสภาพความเป็นจริงที่มีองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ โดยจะต้องพิจารณาว่ามีสิ่งใดบ้างที่จะต้องนำมาศึกษา เพื่อใช้แทนแนวคิดหรือปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง ที่ศึกษาจากรูปแบบนั้น ๆ โดยสามารถอธิบายความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนั้นได้ตามองค์ประกอบ

จากความหมายของรูปแบบดังกล่าว สรุปได้ว่า รูปแบบ คือ สิ่งที่เป็นโครงสร้างหรือแบบจำลองที่แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ที่แสดงขั้นตอนการทำงานหรืออธิบายความสัมพันธ์กันขององค์ประกอบหรือปรากฏการณ์นั้น ๆ

2.6.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ

โดยการพัฒนาและการใช้ รูปแบบ (Model) ในงานวิจัยและการออกแบบนั้นเกี่ยวข้องกับหลายทฤษฎีที่ช่วยในการสร้างสรรค์และพัฒนากระบวนการต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในแต่ละสาขา การพัฒนารูปแบบจึงเป็นการใช้ทฤษฎีและแนวคิดต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ที่ซับซ้อนและแปลงให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น มีรายละเอียดดังนี้

2.6.2.1 ทฤษฎีการออกแบบ (Design Theory) ทฤษฎีนี้มุ่งเน้นการออกแบบกระบวนการหรือรูปแบบใหม่ๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้การคิดสร้างสรรค์เป็นเครื่องมือในการพัฒนา ทฤษฎีการออกแบบนี้มีการใช้ในหลายสาขา เช่น การออกแบบการศึกษา การออกแบบผลิตภัณฑ์ หรือการออกแบบทางธุรกิจ การออกแบบที่ดีจะทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการทำงานหรือการเรียนการสอนได้(พรภัทร จตุพรและสุวิมล ว่องวาณิช, 2565)

ThaiJo

2.6.2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ในการพัฒนาโมเดลการเรียนรู้หรือการศึกษานั้น ทฤษฎีการเรียนรู้มีบทบาทสำคัญในการกำหนดวิธีการที่ดีในการออกแบบการสอน เช่น ทฤษฎีของ บลูม (Bloom's Taxonomy) หรือ การเรียนรู้แบบคอนสตรัคติวิสต์ (Constructivist Learning Theory) ซึ่งช่วยในการสร้างแบบจำลองการศึกษาที่สามารถทำให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้และพัฒนาทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ(ธนาภา จิวทองและสุวิมล ว่องวาณิช, 2561)

ThaiJo

2.6.2.3 ทฤษฎีการพัฒนาองค์กร (Organizational Development Theory) เมื่อใช้รูปแบบในการพัฒนาองค์กร ทฤษฎีการพัฒนาองค์กรสามารถใช้เป็นแนวทางในการออกแบบและปรับปรุงโครงสร้างองค์กร รวมถึงการใช้ แบบจำลองการพัฒนาองค์กร เช่น ADKAR Model หรือ Lewin's Change Management Model ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน(อมรรัตน์ พันธังาม, 2543)

CUIR

2.6.3 ประเภทของรูปแบบ

คีฟส์ (Keeves, 1988, p.178 อ้างถึงใน พิศดา มาลาม, 2560, หน้า 15) ได้แบ่งรูปแบบออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1) รูปแบบคล้าย (Analogue Model) เป็นแนวคิดที่มักใช้ในการเปรียบเทียบและอธิบายกระบวนการหรือโครงสร้างบางอย่างโดยอาศัยความคล้ายคลึงกับสิ่งที่คุ้นเคยหรือมีการเปรียบเทียบกับรูปแบบที่เป็นที่รู้จัก โดยที่มีการใช้แอนะล็อก (Analogue) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้สามารถเข้าใจแนวคิดหรือสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้ง่ายขึ้นผ่านการอ้างอิงกับสิ่งที่มีอยู่แล้วในประสบการณ์หรือในโลกที่เป็นจริง

2) รูปแบบที่อธิบายความหมายหรือให้ความหมาย (Semantic Model) คือ รูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ

เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น ๆ

- 3) รูปแบบที่มีลักษณะเป็นแผนภูมิแบบแผน หรือโครงการ (Schematic Models)
- 4) รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) คือ รูปแบบที่กำหนดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในรูปสมการหรือฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์
- 5) รูปแบบเชิงเหตุผล (Causal Model) เป็นรูปแบบที่มีโครงสร้างเป็นสมการเชิงเส้นที่ประกอบด้วยตัวแปรสัมพันธ์กันเชิงเหตุและผลที่เกิดขึ้น มีการทดสอบสมมุติฐานผลของรูปแบบ

2.6.4 การพัฒนารูปแบบ

การพัฒนาหรือการสร้างรูปแบบ มีหลักการเพื่อกำกับการสร้างรูปแบบไว้ 4 ประการคือ (Keeves, 1988, p.560 อ้างถึงใน ทิศานถ ชุณนถ, 2557, หน้า 85)

- 1) รูปแบบควรประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้างของตัวแปร มากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงแบบธรรมดา อย่างไรก็ตาม ความเชื่อมโยงแบบเส้นตรงแบบธรรมดาทั่วไปนั้น ก็มีประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยในช่วงต้นของการพัฒนารูปแบบ
- 2) รูปแบบควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบได้ สามารถตรวจสอบได้โดยการสังเกต และหาข้อสนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้
- 3) รูปแบบควรจะต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษา ดังนั้น นอกจากรูปแบบจะเป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ได้ ควรใช้อธิบายปรากฏการณ์ได้ด้วย
- 4) รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างมโนทัศน์ใหม่ และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่

วิลเลอร์ (Willer, 1986, p.83) ได้อธิบายว่า การพัฒนารูปแบบโดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การสร้าง (Construct) รูปแบบ
- 2) การหาความเที่ยงตรง (Validity) ของรูปแบบ

บุญชม ศรีสะอาด (2560) ได้อธิบายว่า กระบวนการวิจัยที่เกี่ยวกับ การพัฒนารูปแบบนั้น แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ โดยจะมีการสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อน เป็นรูปแบบตามสมมุติฐาน จากการศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวความคิด รูปแบบที่มีผู้พัฒนาไว้แล้ว ในเรื่องเดียวกันหรือเรื่องอื่น ๆ และผลการศึกษาหรือผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สภาพการณ์ ซึ่งจะช่วยให้สามารถกำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ ต่าง ๆ ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรนั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบ 2) การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ หลังจากได้สร้างหรือพัฒนารูปแบบในขั้นต้น จำเป็นต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบดังกล่าว เพราะว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนั้น ถึงแม้ว่าจะพัฒนา โดยมีรากฐานจากทฤษฎี แนวคิด รูปแบบของคนอื่น และผลการวิจัยที่ผ่านมา หรือผ่านการกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วก็ตาม แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบตามสมมุติฐาน จึงจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูล ในสถานการณ์จริง หรือทำการทดลองโดยนำไปใช้ในสถานการณ์จริง เพื่อทดสอบดูว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ซึ่งในบางครั้งใช้คำว่าทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบ

2) การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ หลังจากได้สร้างหรือพัฒนารูปแบบในขั้นต้น จำเป็นต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบดังกล่าว เพราะว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนั้น ถึงแม้ว่าจะพัฒนา โดยมีรากฐานจากทฤษฎี แนวคิด รูปแบบของคนอื่น และผลการวิจัยที่ผ่านมา หรือผ่านการกลั่นกรอง จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วก็ตาม แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบตามสมมติฐาน จึงจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูล ในสถานการณ์จริง หรือทำการทดลองโดยนำไปใช้ในสถานการณ์จริง เพื่อทดสอบดูว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ซึ่งในบางครั้งใช้คำว่า การทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบ

2.6.5 คุณลักษณะของรูปแบบที่ดี

คีฟส์ (Keeves, 1988, p.560) ได้อธิบายว่า รูปแบบที่ดีสามารถใช้ประโยชน์ได้โดยมีข้อกำหนด 4 ประการ ดังนี้

- 1) รูปแบบควรประกอบด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้าง (Structural Relationship) มากกว่าความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันแบบหลวม ๆ (Associative Relationship)
- 2) รูปแบบควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งสามารถถูกตรวจสอบ ได้โดยการสังเกต ซึ่งเป็นไปได้ที่จะทดสอบรูปแบบบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ได้
- 3) รูปแบบควรจะต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษา ดังนั้น นอกจากรูปแบบจะเป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ได้ ควรใช้อธิบายปรากฏการณ์ได้ด้วย
- 4) รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างมโนทัศน์ใหม่ และสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่ ซึ่งเป็นการขยายในเรื่องที่กำลังศึกษา

จากคุณลักษณะของรูปแบบที่ดี แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบต่าง ๆ ของรูปแบบ จะต้องมีความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้าง สามารถตรวจสอบได้ด้วยการสังเกต อีกทั้งเป็นการชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผล ทำให้เกิดมโนทัศน์ใหม่ในการศึกษา ซึ่งทั้งองค์ประกอบของรูปแบบและคุณลักษณะของรูปแบบที่ดีจะเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบในลำดับต่อไป

2.6.6 การทดสอบรูปแบบ

สุวิมล ว่องวานิช (2563) ได้นำเสนอการทดสอบรูปแบบด้วยการประเมิน ตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งเป็นการประเมินที่พัฒนาโดย The Joint Committee on Standards of Educational Evaluation โดยนำเสนอหลักการประเมินเพื่อเป็นบรรทัดฐานของกิจกรรมการตรวจสอบ รูปแบบ ดังนี้

- 1) มาตรฐานความเป็นไปได้ (Feasibility Standards) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง
- 2) มาตรฐานความเป็นประโยชน์ (Utility Standards) เป็นการประเมินการสนองตอบ ต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ
- 3) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety Standards) เป็นการประเมินความเหมาะสม ทั้งในด้านกฎหมายและศีลธรรมจรรยา
- 4) มาตรฐานด้านความถูกต้อง ครอบคลุม (Accuracy Standards) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือ และได้สาระครอบคลุมครบถ้วนตามความต้องการอย่างแท้จริง

สรุป รูปแบบที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดนั้น ต้องประกอบด้วย ลักษณะสำคัญ คือ มีความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง สามารถทำนายผลและขยายผลการทำนายได้กว้างขวางขึ้นและ

สามารถนำไปสู่แนวคิดใหม่ ๆ สำหรับการพัฒนารูปแบบนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษา แนวคิด ทฤษฎีในการสร้างรูปแบบ แล้วนำเอาข้อมูลที่จัดเก็บมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อกำหนด ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของรูปแบบ กำหนดโครงสร้างและข้อเสนอของรูปแบบอย่างชัดเจนเพื่อนำไปสู่ผลสรุปในการอธิบายปรากฏการณ์ที่มุ่งหวังของการพัฒนารูปแบบนั้น มีการตรวจสอบ และปรับปรุงรูปแบบก่อนนำรูปแบบไปใช้งานจริง และประเมินผลหลังจากการนำรูปแบบไปใช้งานจริง สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการออกแบบ (Design Theory) โดยมุ่งเน้นการออกแบบกระบวนการหรือรูปแบบใหม่ๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ของ บลูม (Bloom's Taxonomy) ในการพัฒนาโมเดลการเรียนรู้สำหรับพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยภูมิ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ซึ่งจะช่วยในการสร้างแบบจำลองหลักสูตรในการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยภูมิ ที่สามารถทำให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้และพัฒนาทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ(ธนาภา จิวทองและสุวิมล ว่องวานิช, 2561)

2.7 แนวคิดเรื่องการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

การวิจัยแบบผสมผสาน เป็นการวิจัยที่ใช้วิธีวิทยาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกันในระยยะต่างๆ ของการวิจัย ทั้งการเก็บรวบรวม การวิเคราะห์ข้อมูล และการแปลความหมายข้อมูล เพื่อหาคำตอบของการวิจัยที่มีความครอบคลุมลุ่มลึก และชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษามากขึ้น ปัญหาวิจัยในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น ประกอบกับข้อจำกัดของวิธีวิทยา ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนั้นการวิจัยแบบผสมผสาน จึงเป็นทางออกที่เหมาะสมที่สุด ในการหาคำตอบในปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างไรก็ตามการวิจัยแบบผสมผสาน ก็มีลักษณะเฉพาะและเกณฑ์คุณภาพหลายประการที่นักวิจัยจะต้องตระหนักและดำเนินการให้เหมาะสมไม่นำไปใช้อย่างผิวเผิน หากแต่จะต้องฝึกตนเองให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญทั้งวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยแบบผสมผสาน สามารถแบ่งการผสมผสานเป็นสองลักษณะได้แก่

- 1) การผสมผสานวิธีรวบรวมข้อมูลหลายหลายวิธีในการวิจัย (Mixed Methods)
- 2) การผสมผสานรูปแบบของการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Model)

ทั้งนี้อาจผสมผสานโดยให้น้ำหนักความสำคัญกับการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเท่าเทียมกันหรือผสมผสานในลักษณะวิธีหลักวิธีรอง กล่าวคือ ให้น้ำหนักความสำคัญกับการดำเนินการวิจัยแบบใดแบบหนึ่งมากกว่าอีกแบบหนึ่ง ทั้งในระยะเดียวกันหรือในระยะที่ต่างกันของการวิจัย สำหรับการผสมผสานรูปแบบนี้ Creswell & Clark (Creswell,J. W., & Plano Clark,2011) ได้เสนอปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกรูปแบบการวิจัยไว้ 4 ประการ

- 1) ระดับการเชื่อมโยงของผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Integration)
- 2) ระดับความสำคัญของผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Priority)
- 3) เวลาในการดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Timing)
- 4) ช่วงเวลาและวิธีการผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixing)

การวิจัยแบบผสมผสานยึดปรัชญาปฏิบัตินิยมซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความเชื่อพื้นฐานในการแสวงหาความจริงที่เน้นผลลัพธ์จากการปฏิบัติมุ่งการแก้ปัญหามากกว่าการยึดติดวิธีวิจัยใช้วิธีเก็บข้อมูลหลักหลายวิธีและหมู่ที่การปฏิบัติในโลกแห่งความเป็นจริง

2.7.1 ความหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน

การวิจัยแบบผสมผสาน มีชื่อที่ใช้เรียกแตกต่างกันทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น การวิจัยพหุวิธี (Multi-methods) การวิจัยพหุกลยุทธ์(Multi-strategy) การวิจัยแบบผสมวิธีวิทยา (Mixed Methodology) ชื่อที่ได้รับความนิยมมากที่สุดและนำมาใช้ในการทำวิจัยนี้คือ การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research หรือ MMR)

จากการที่มีชื่อเรียกต่างกัน มีข้อสังเกตว่า การวิจัยแบบพหุวิธีและการวิจัยแบบผสมผสานมีความแตกต่างกันตรงที่การวิจัยแบบพหุวิธีใช้วิธีรวบรวมข้อมูลมากกว่าหนึ่งวิธี แต่วิธีที่นำมาใช้นั้นมาจากกระบวนการวิจัยแบบเดียวกัน เช่น วิธีเชิงปริมาณอย่างเดียว หรือวิธีเชิงคุณภาพอย่างเดียว ขณะที่การวิจัยแบบผสมผสานใช้วิธีรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพผสมกัน แต่การจะเลือกรวบรวมข้อมูลแบบใดมาผสมผสานกันนั้นขึ้นกับแนวคิดเชิงปรัชญา ซึ่งประกอบด้วย ภาววิทยาหรือธรรมชาติของความจริง (Ontology) และญาณวิทยาหรือวิธีค้นหาความรู้ความจริง (Epistemology) ซึ่งจะเป็นสิ่งที่กำหนดกรอบการคิด (Frame of Reference) ของนักวิจัย การผสมผสานวิธีรวบรวมข้อมูล ในกระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน มีความเกี่ยวข้องกับ 2 ประเด็นคือแบบแผนการวิจัย (Research Design) ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงการเลือกวิธีเก็บข้อมูล ซึ่งต้องสัมพันธ์กับลักษณะของคำถามวิจัย และการวิจัยและแปรผลข้อมูล (Creswell, J. W., & Plano Clark, 2011) ด้วยเหตุดังกล่าวการวิจัยแบบผสมผสาน จึงมีความเชื่อว่า ข้อมูลที่ได้วิธี เดียวไม่สามารถอธิบายรายละเอียด ของสถานการณ์หรือปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างลึกซึ้ง ดังนั้น การผสมผสานวิธีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์สามารถให้คำตอบในปัญหาวิจัยได้อย่างดี

นักวิชาการได้แสดงทัศนะเกี่ยวกับความหมายของการวิจัยแบบผสมผสานว่า การวิจัยแบบผสมผสานเป็นการวิจัยที่ใช้วิธีวิทยาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และนำผลการวิจัยมาสรุปร่วมกัน ทั้งนี้ เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์ที่สุด สำหรับประเด็นในการผสมผสานนั้น จะครอบคลุมตั้งแต่การกำหนดปัญหาวิจัย การกำหนดวิธีการวิจัย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลความหมาย และการสรุปอ้างอิง นอกจากนี้จะผสมผสานกันระหว่างวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้วยังผสมผสานข้อมูลที่มีลักษณะต่างกันและการใช้ ผู้ศึกษาที่ต่างกันอีกด้วย (Creswell, J. W., & Plano Clark, 2011)

จากการศึกษาข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า การวิจัยแบบผสมผสาน หมายถึง การแสวงหาความรู้ความจริงด้วยการใช้วิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพร่วมกันในระยะใดระยะหนึ่งหรือใช้ต่อเนื่องในระยะที่ต่างกันแล้วนำผลที่ได้จากแต่ละวิธีมาสรุปร่วมกันซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในสิ่งที่ศึกษา

2.7.2 ความสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน

ตามแนวคิดของ Julia Brannon, Creswell and Clark (Julia Brannen, 2007; Creswell J. W., & Plano Clark, 2011) ให้ข้อสรุปว่าการวิจัยแบบผสมผสานมีความสำคัญดังนี้

1) ผลการวิจัยจากวิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธีสามารถเสริมต่อกัน โดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งอธิบายขยายความผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว

2) การใช้ผลการวิจัยจะให้วิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาความมั่นใจอีกวิธีหนึ่งหรือการใช้ผลการวิจัยวิธีหนึ่งไปตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง

3) การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดเด่นในตนเอง สามารถนำจุดเด่นมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น

4) การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างมีจุดด้อยในตนเอง ผู้วิจัยสามารถใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันอาจใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงปริมาณ

5) สามารถนำผลผลิตจากการวิจัยแบบผสมผสานวิธีมาสร้างความรู้ความจริงที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการปรับเรียนทฤษฎีหรือการปฏิบัติงาน

2.7.3 เหตุผลที่นิยมใช้การวิจัยแบบผสมผสานสรุปได้ดังนี้

1) การมองโลกอย่างคับแคบมักจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ผิดพลาด ดังนั้นการไขมมมองที่แตกต่างไปจากเดิมจะช่วยให้เห็นภาพรวมที่ชัดเจนลึกซึ้งขึ้น เช่น นักวิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้นักเรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหากใช้การวิจัยเชิงปริมาณ ก็จะรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและใช้สถิติการวิเคราะห์ทดสอบในการวิเคราะห์คำตอบ แต่ถ้านักวิจัยใช้การวิจัยแบบผสมผสานก็จะเพิ่มวิธีเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เข้ามาซึ่งจะทำให้ทราบปัจจัยที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2) แต่ละวิธีวิทยาต่างก็มีทั้งจุดอ่อนและจุดแข็ง เช่น การวิจัยเชิงปริมาณมีจุดอ่อนที่ไม่ให้ความสำคัญกับมุมมองของคนใน แต่มีจุดแข็งที่สามารถวัดสิ่งที่ศึกษาออกมาเป็นตัวเลขได้ ในขณะที่การวิจัยเชิงคุณภาพมีจุดอ่อนที่ไม่สามารถวัดสิ่งที่ศึกษาออกมาเป็นตัวเลขได้ แต่มีจุดแข็งที่การให้ความสำคัญกับมุมมองความรู้สึกและปฏิกิริยาของคนใน ดังนั้น ถ้าใช้วิธีวิทยามากกว่าหนึ่งวิธีย่อมจะช่วยให้ภาพของปรากฏการณ์ที่ศึกษาชัดเจนขึ้นและได้คำอธิบายที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

3) การวิจัยแบบผสมผสานมีปรัชญาปฏิบัตินิยมรองรับอย่างชัดเจน

4) ปัญหาวิจัยในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น มีลักษณะเป็นพลวัต ดังนั้น จึงต้องใช้การบูรณาการวิธีเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล และการแปลความหมายข้อมูลหลากหลายมากขึ้น

5) ปฏิเสธไม่ได้ว่าค่านิยมส่วนตัวของนักวิจัยมีผลต่อการเลือกใช้วิธีรวบรวมข้อมูลและการแปลความหมายข้อมูลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพ ในขณะที่การวิจัยเชิงปริมาณนักวิจัยจะแปลความหมายข้อมูลจากหลักฐานที่รวบรวมมาได้แม้จะไม่ครอบคลุมก็ตาม ดังนั้น การวิจัยแบบผสมผสานจึงน่าจะทำได้คำตอบที่ครอบคลุมที่สุด

2.7.4 จุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน

จากการประมวลทัศนะของนักวิชาการ เช่น Greene, J. C., Caracalla, V. J., & Graham, 1989; Creswell, J. W., & Plano Clark, 2011) สามารถสรุป. มุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสานได้ดังนี้

1) เพื่อแก้ไขจุดอ่อนและเสริมจุดแข็งของการวิจัยเชิงเดี่ยว (Mono method Research)

2) เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นใน ผลการวิจัย ด้วยการใช่วิธีต่างๆในการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

- 3) เพื่อเสริมความสมบูรณ์หรือ เติมเต็มประเด็นที่แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา
- 4) เพื่อค้นหาประเด็นหรือข้อค้นพบที่ผิดปกติดัดแย้งหรือทัศนะใหม่
- 5) เพื่อนำผลการศึกษาในระยะหนึ่งไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในอีกระยะหนึ่งของการวิจัย
- 6) เพื่อขยายงานวิจัยให้มีขอบเขตกว้างขวางลุ่มลึกมากขึ้น
- 7) เพื่อให้ได้ข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

นอกจากนี้ McMillan & Schumacher (McMillan, J. H., & Schumacher, 2010) ยังได้สรุปจุดมุ่งหมายวิธีวิทยาการวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งอาจเป็นประการใดประการหนึ่งหรือหลายประการดังนี้

- 1) เพื่อเป็นการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ให้เกิดความเชื่อมั่นในผลการวิจัยมากขึ้น
- 2) เพื่อเป็นการเสริมให้สมบูรณ์หรือเติมให้เต็ม เช่น การตรวจสอบประเด็นที่ซ้ำซ้อนหรือประเด็นที่แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นต้น
- 3) เพื่อเป็นการริเริ่ม เช่น ค้นหาประเด็นที่ผิดปกติค้นหาประเด็นที่มีความขัดแย้งหรือทัศนะใหม่ๆ เป็นต้น
- 4) เพื่อเป็นการพัฒนา เช่น นำเอาผลจากการวิจัยในขั้นตอนหนึ่งไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับการวิจัยในอีกขั้นตอนหนึ่ง เป็นต้น
- 5) เพื่อเป็นการขยายให้งานวิจัยมีขอบข่ายที่กว้างขวางมากขึ้น

วิธีวิทยาการแบบผสมผสานวิธีจำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ การประยุกต์ลักษณะเดี่ยว (Single Application) และการประยุกต์ลักษณะพหุ (Multiple Application) โดยการผสมนั้นเกิดขึ้นภายในขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งกระบวนการวิจัยที่ใช้ อาจเป็นเชิงปริมาณ แต่การรวบรวมข้อมูลอาจเป็นเชิงคุณภาพ หรือกลับกันหรือข้อมูลที่รวบรวมมาอาจเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ แต่อาจวิเคราะห์ให้เป็นเชิงปริมาณ ด้วยการปรับข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นเชิงปริมาณ หรือข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ให้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการปรับข้อมูลเชิงปริมาณให้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพดังความแตกต่างของการวิจัยเชิงปริมาณกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

การประสานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แนวคิดในการผสมผสานข้อมูลระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ยังมีความคิดเห็นที่ต่างกันในหมู่นักวิชาการ โดยบางท่านเห็นว่าข้อมูลทั้ง 2 แบบ เข้ากันไม่ได้เนื่องจากใช้สมมุติฐานทางญาณวิทยาที่ต่างกันอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาในการทำวิจัยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดขอบเขตของการศึกษา ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคต่อการวิจัยที่จะใช้การประสานข้อมูลระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ในขณะที่บางท่านเห็นว่าการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเข้าด้วยกัน อาจทำให้ได้ผลผลิตสุดท้ายที่สามารถแสดงให้เห็นคุณประโยชน์อย่างสำคัญของวิธีการวิจัยทั้ง 2 แบบอย่างเด่นชัด อย่างไรก็ดี สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงก็คือ แนวทางการวิจัยนั้นจะต้องเหมาะสมสอดคล้องกับคำถามการวิจัย มากกว่าความพึงพอใจต่อวิธีการวิจัยของแต่ละบุคคล ในการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพนั้น เราสามารถนำมาใช้ได้ในลักษณะดังต่อไปนี้

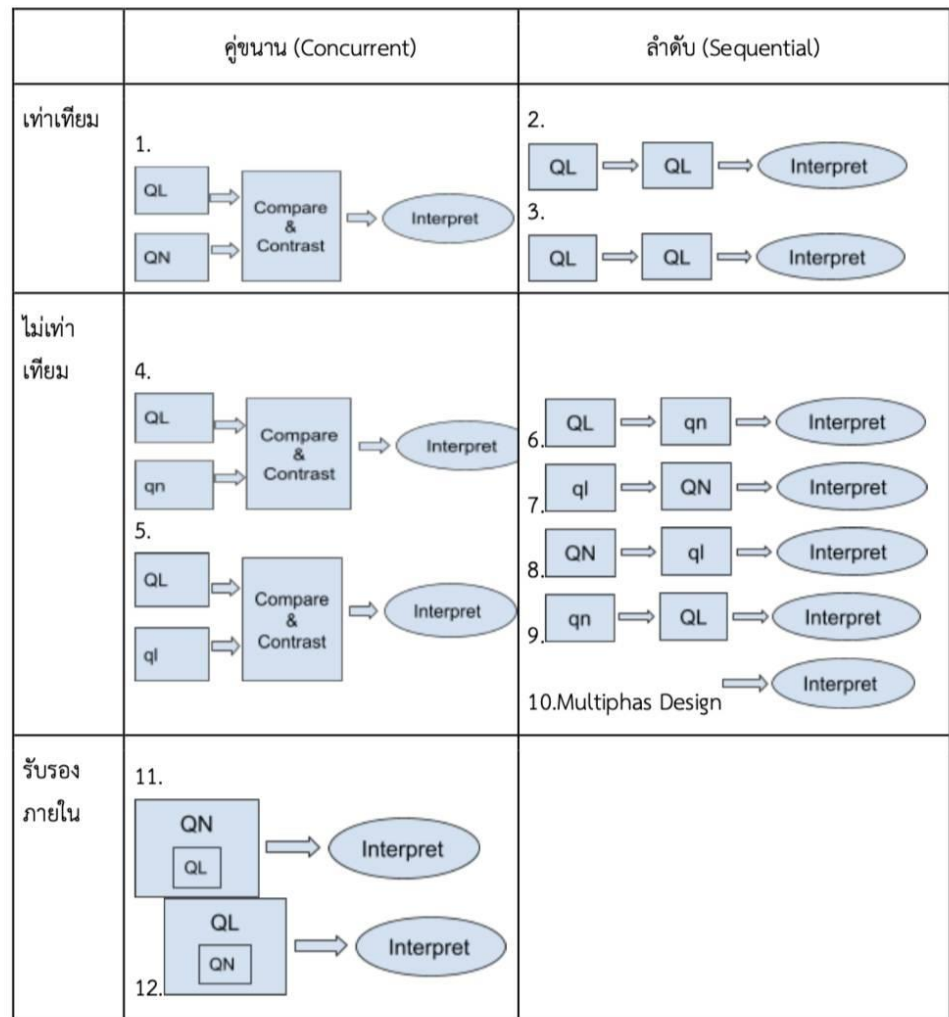
1) การใช้วิธีการวิจัยหนึ่งช่วยสนับสนุนอีกวิธีการวิจัยหนึ่ง เช่น วิธีการวิจัยเชิงปริมาณอาจแสดงให้เห็นถึงปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์เหล่านั้นได้ด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2) การใช้วิธีการวิจัยทั้ง 2 วิธีศึกษาหาคำตอบให้กับคำถามการวิจัยคำถามเดียวกัน เราอาจใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลที่ย่างๆไม่ซับซ้อน (Simple) หรือข้อมูลตัวเลขจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลที่ละเอียด หรือข้อมูลเชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก สิ่งหนึ่งที่จะต้องพิจารณาตั้งแต่เริ่มแรกก่อนตัดสินใจใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธีคือเรื่องเวลาและทรัพยากร ที่จะใช้ในการดำเนินการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods) บ่อยครั้งที่วิธีการศึกษาแบบผสมผสานวิธี จะต้องใช้เวลาและงบประมาณมากกว่าวิธีการวิจัยเฉพาะรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องพิจารณาเรื่องนี้อย่างรอบคอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับเวลาและทรัพยากร ลักษณะสำคัญสำคัญในแต่ละองค์ประกอบของวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่จะทำให้เกิดลักษณะของวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน

2.7.5 แบบแผนการวิจัยแบบผสมผสาน

จากทัศนะของ Brannen (2005) และ Creswell & Clark (2011) สามารถสรุปแบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสานได้ 12 แบบแผน ซึ่งมีทั้งแบบแผนที่ทำการวิจัยระยะเดียวที่เรียกว่าแบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) แบบแผนที่ทำการวิจัย 2 ระยะที่เรียกว่าแบบแผนลำดับขั้น (Sequential Design) และแบบแผนที่ทำวิจัยมากกว่า 2 ระยะที่เรียกว่าแบบแผนหลายระยะ (Multiphase or Multi-sequenced Design) แบบแผนที่ให้ความสำคัญกับวิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน (Equivalent Status Design) แบบแผนที่ใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกวิธีหนึ่งเป็นวิธีรอง (ไม่เท่าเทียมกัน) (Dominant-Less Dominant Design) และแบบแผนรองรับภายใน (Embedded Design) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแบบแผนต่างๆ ของการวิจัยแบบผสมผสานง่ายขึ้น ขออธิบายความหมายของข้อความและสัญลักษณ์ที่ใช้ในแต่ละแบบแผนดังรูปที่ 1 (Brannen (2005) และ Creswell & Clark (2011))





ที่มา : Brannen, J., 2007, Creswell, J.W., & Plano Clark, 2011

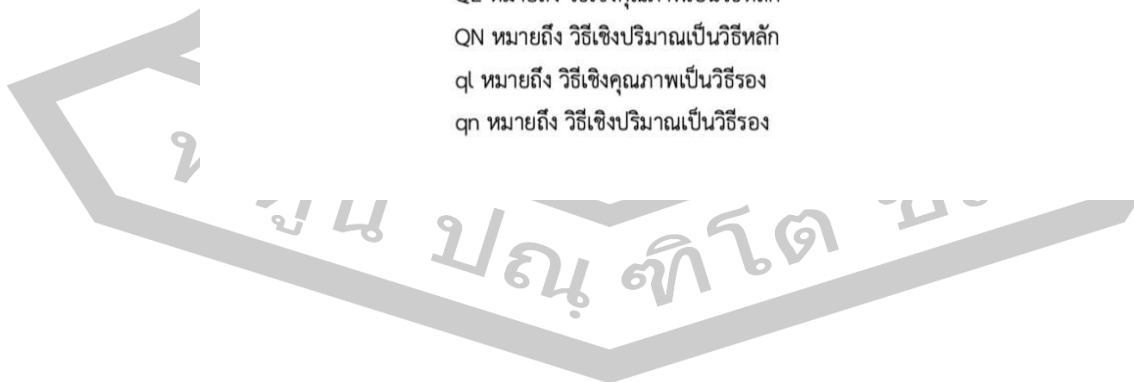
รูปที่ 1 ข้อความและสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิจัยผสมผสานในแต่ละแบบแผน

QL หมายถึง วิธีเชิงคุณภาพเป็นวิธีหลัก

QN หมายถึง วิธีเชิงปริมาณเป็นวิธีหลัก

ql หมายถึง วิธีเชิงคุณภาพเป็นวิธีรอง

qn หมายถึง วิธีเชิงปริมาณเป็นวิธีรอง



คู่ขนาน หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพพร้อม ๆ กัน เพื่อเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกัน ดำเนินการวิจัยระยะเดียว

ลำดับขั้น หมายถึงการใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรองดำเนินการวิจัยเป็นสองระยะ

เท่าเทียม หมายถึง การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเป็นวิธีหลักอย่างเท่าเทียมกัน

ไม่เท่าเทียม หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรองไม่ว่าจะดำเนินการวิจัยระยะเดียวหรือว่าสองระยะก็ตาม

รองรับภายใน หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบหนึ่งเป็นวิธีรองแต่ประเด็นที่ศึกษาโดยวิธีหลักและวิธีรองไม่ใช่ประเด็นเดียวกัน นิยมใช้แบบแผนนี้ในการวิจัยเชิงทดลองไม่ว่าจะดำเนินการวิจัยระยะเดียว (แบบดั้งเดิม) หรือ 2 ระยะก็ตาม

แม้การวิจัยแบบผสมผสานจะมีหลายแบบแผน แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า นักวิจัยจะต้องยึดติดกับแบบแผนใดแบบแผนหนึ่ง แต่จะต้องมีศิลปะในการเลือกและผสมผสานวิธีวิทยาและวิธีรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสมที่สุดกับความหมายของการวิจัยภายใต้ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่

2.7.6 รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน

การวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งออกได้ตามเวลาการดำเนินการวิจัยและความสำคัญของการวิจัยเป็น 6 รูปแบบ (Creswell, 2013) ได้แก่

1) การวิจัยแบบพร้อมกัน (Convergent Parallel Design) เป็นการที่นักวิจัยดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพพร้อมกันกับเชิงปริมาณ โดยให้ความสำคัญกับการวิจัยทั้ง 2 อย่างแบบเท่าเทียมกันและนำผลมารวมกันในช่วงการแปลผล เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง หรือทำให้การวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น

2) การวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) เป็นการวิจัยที่แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ช่วงแรกเป็นการวิจัยเชิงปริมาณก่อน ต่อจากนั้นเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อช่วยในการอธิบายผลให้กระจ่างยิ่งขึ้น

3) การวิจัยแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory Sequential Design) เป็นการวิจัยที่แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ช่วงแรกเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ และนำผลมาต่อด้วยการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อยืนยันและสามารถนำผลไปใช้ต่อในวงกว้าง

4) การวิจัยแบบรองรับภายใน (Embedded Design) เป็นการวิจัยที่มีการวิจัยย่อยเป็นเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณภายในการวิจัยหลัก ไม่ว่าจะเป็เชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณ เพื่อให้การวิจัยไปสนับสนุนการวิจัยหลักให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

5) การวิจัยแบบปฏิรูป (Transformative Design) เป็นการวิจัยที่นักวิจัยต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกรอบแนวคิดจากผลการวิจัย เป็นการวิจัยด้วยวิธีวิจัยหนึ่งแล้วต่อด้วยอีกวิธีหนึ่งแบบไหนก่อนก็ได้อย่างอิสระ เพื่อต้องการให้เกิดความร่วมมือสูงสุด มักดำเนินการในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก แล้วนำผลของการศึกษามาสรุปร่วมกันในช่วงแปลผล

6) การวิจัยแบบหลายช่วง (Multi-phase Design) เป็นการวิจัยที่มีหลายช่วงหลายรูปแบบ อาจมีทั้งแบบเป็นขั้นตอน และแบบพร้อมกัน เพื่อตอบปัญหาในการวิจัยอย่างเป็นระบบพร้อมกัน ซึ่งอาจต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของนักวิจัยเป็นกลุ่มใหญ่

ส่วน Tashakkori และ Teddie (Tashakkori & Teddie, 1998) ได้นำเสนอรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานไว้ 4 รูปแบบดังนี้

- 1) การวิจัยโดยการศึกษาเชิงคุณภาพก่อน เพื่อที่จะนำผลการศึกษามาพัฒนาเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Qualitative Measures to Develop Quantitative Tools)
- 2) การวิจัยด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อที่จะนำผลการศึกษาไปอธิบายหรือสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณ (Qualitative Methods to Explain Quantitative Results)
- 3) การวิจัยด้วยการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อที่จะเสริมให้ขนาดตัวอย่างในขั้นตอนการศึกษาเชิงคุณภาพมีขนาดใหญ่และเพียงพอ (Quantitative Methods to Enlarge on Qualitative Study)
- 4) การวิจัยโดยการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่เท่าเทียมกันและดำเนินการไปพร้อมๆ กัน (Qualitative and Quantitative Methods Equal and Parallel)

2.7.7 ข้อดีและข้อจำกัดของวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน

ข้อดี

- 1) ทำให้ได้คำตอบหรือสามารถตอบคำถามการวิจัย ประเภทที่วิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพเพียงวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ไม่สามารถตอบได้อย่างครอบคลุม
- 2) ทำให้ได้คำตอบที่ก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ในประเด็นที่ศึกษาอย่างกว้างขวางและลุ่มลึก
- 3) ทำให้นักวิจัยมีโลกทัศน์ทางวิชาการกว้างขวาง สอดคล้องกับความเป็นจริงของศาสตร์ทางสังคมหรือการศึกษา มากกว่าการที่จะยึดมั่นถือมั่นเพียงโลกทัศน์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพียงอย่างเดียว
- 4) ช่วยให้นักวิจัยตั้งคำถามและวัตถุประสงค์ของการศึกษาหาคำตอบได้อย่างหลากหลาย และยังสามารถใช้เทคนิควิธีการอย่างหลากหลาย ในการหาคำตอบให้กับคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัยข้อนั้นๆ อีกด้วย

ข้อจำกัด

- 1) มีความยากในการดำเนินงานวิจัย โดยเฉพาะ นักวิจัยที่ถูกฝึกฝนมาเฉพาะแนวทางการวิจัยแนวทางใดแนวทางหนึ่งเท่านั้น
- 2) สิ้นเปลืองทรัพยากรในการดำเนินงานมากกว่า ทั้งเรื่องระยะเวลาและงบประมาณในการวิจัย
- 3) ยังไม่มีรูปแบบการเขียนรายงานที่ชัดเจนว่าควรเขียนอย่างไร
- 4) ผลการศึกษาหรือข้อค้นพบที่ขัดแย้งกัน ทำให้ยากแก่การนำไปใช้และสร้างความเข้าใจต่อผู้อ่าน

สรุป การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้การวิจัยแบบผสมผสานของ Creswell & Clark (Creswell, 2013) โดยใช้แบบแผนหลายระยะ (Multiphase or Multi – sequenced Design ซึ่ง

เป็นการวิจัยที่ทำการวิจัยมากกว่า 2 ระยะ และการวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) โดยผู้วิจัยได้ทำการวิจัยแบบพร้อมกัน (Convergent Parallel Design) เป็นการที่นักวิจัยดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพพร้อมกันกับเชิงปริมาณ โดยให้ความสำคัญกับการวิจัยทั้ง 2 อย่างแบบเท่าเทียมกันและนำผลมารวมกันในช่วงการแปลผล เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง หรือทำให้การวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น (Creswell, 2013)

2.8 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาที่มุ่งแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมเฉพาะตนในการปรับปรุง พัฒนา และประเมินตนเอง จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและยินยอมพร้อมใจของบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการระงำนนั้น เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ และให้การพัฒนานั้นยังคงอยู่ในสังคมเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน (กิตติพร ปัญญาภิโยกุลผล, 2543)

วิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นเมื่อปี 1940 โดย Collier (1945) เป็นคนแรกที่มีแนวคิดในการรวมทีมวิจัยที่ประกอบด้วย นักวิจัย นักบริหาร และประชาชนในการปรับปรุงความสัมพันธ์ของเชื้อชาติ และ Kurt Lewin (1946) ได้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการปรับปรุง วิธีการปฏิบัติงานของคนงาน (Streubert & Carpenter, 1999) ซึ่ง Kurt Lewin ได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นนักจิตวิทยาสังคมชาวเยอรมัน ผู้มีเชื้อสายยิวที่อพยพถิ่นฐานเข้ามาพำนักในประเทศสหรัฐอเมริกา Lewin กล่าวว่า Action research เป็นการวิจัยเปรียบเทียบสภาพและผลที่ได้รับจากการกระทำทางสังคม และงานวิจัยนำไปสู่การกระทำทางสังคม เป็นขั้นตอนของเกลียวสว่าน (สมปอง พนมสุลีลา, 2557) ซึ่งแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย 1) ขั้นตอนแรกเป็นการวางแผนเพื่อเปลี่ยนพื้นที่หรือพฤติกรรมของบุคคล 2) นำกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงใส่ลงไป 3) ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง 4) ปรับปรุงการปฏิบัติการให้ชัดเจน 5) เริ่มกระบวนการทั้งหมดอีกครั้ง

ปัจจุบันยังคงใช้ขั้นตอนนี้แต่มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก โดยเฉพาะมีความเป็นประชาธิปไตย (Democratic) มากขึ้น และมีส่วนร่วมมากขึ้น และการวิจัยเชิงปฏิบัติการถูกนำไปดำเนินการในหลายสาขาวิชา เช่น การจัดการ สังคมวิทยา การดูแลสุขภาพ เป็นต้น

ลักษณะของวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มจากการปรับปรุงงานของตน แล้วขยายวงกว้างออกไป เพื่อเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้รับรู้ และหากมีลักษณะปัญหาเดียวกันก็ต้องได้รับการปรับปรุง เมื่อพัฒนางานเหมือนกันก็ต้องร่วมมือกันแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน (กิตติพร ปัญญาภิโยกุลผล, 2543) ดังนั้น ลักษณะสำคัญของวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ

1. จับงานที่ตนปฏิบัติอยู่ลงมือดำเนินการด้วยวิธีต่างๆเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข
2. กระบวนการดำเนินการโดยผ่านวงจรต่อเนื่องเป็นชุดๆ เป็นวงจรเกลียวสว่าน (วงจรหนึ่งประกอบด้วย การวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตรวบรวมข้อมูล และสะท้อนผล) ซึ่งวนอย่างเป็นระบบ และปฏิบัติการอย่างมีวิจารณ์ญาณ การปฏิบัติมีความสอดคล้องรองรับกัน มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันจนเกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น

3. ลักษณะการตอบสนอง ทันเวลา ทันเหตุการณ์ ในขณะที่ปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงคุณภาพ

4. กิจกรรมทุกระยะสามารถเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับงานหรือผู้รับงาน รับรู้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ถึงกระบวนการปฏิบัติงานและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ และพยายามให้การร่วมด้วยช่วยกันดำรงอยู่ เพราะเป็นการควบคุมกระบวนการปฏิบัติงานให้มีความเหมาะสมไปในตัวด้วย

วงจรของวิจัยเชิงปฏิบัติการ

หลักเกณฑ์พื้นฐาน 4 ประการของวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis S, McTaggart R. 1988 : กิตติพร ปัญญาภิบาล. 2543) หลักเกณฑ์พื้นฐานทั้ง 4 ที่เกี่ยวข้องกัน และพัฒนาต่อเนื่องเป็นวงจร และหมุนเป็นวงกลม เจาะลึกเข้าไปแบบเกลียวสว่าน ในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการกลุ่มและสมาชิกจะต้องปฏิบัติดังนี้

1. พัฒนาแผน (Plan) การปฏิบัติเพื่อปรับปรุงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วให้ดีขึ้น
2. การปฏิบัติ (Action) ตามแผน (การนำแผนไปปฏิบัติ)
3. การสังเกต (Observe) ผลการปฏิบัติ (เก็บข้อมูล)
4. สะท้อนผล (Reflect) ผลของการปฏิบัติให้นำเป็นพื้นฐานของการวางแผนงาน

ต่อไปอย่างต่อเนื่องตลอดวงจร

การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามข้อความดังกล่าวข้างต้น ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) โดยนำความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมที่หมุนไปในกระบวนการเหล่านี้มาใช้ เป็นเสมือนแหล่งที่ทำให้เกิดการปรับปรุง และแหล่งความรู้ ซึ่งแต่ละกิจกรรมอธิบาย โดยสรุปดังนี้

การวางแผน (Plan) คือแนวทางปฏิบัติซึ่งตั้งความคาดหวังไว้ให้เป็นการมองไปในอนาคตข้างหน้า การกำหนดแผนทั่วไปต้องมีความยืดหยุ่น เพื่อที่จะสามารถปรับให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลง และความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น ได้เกิดกิจกรรมที่เลือกเข้ามากำหนดแผน ผู้ร่วมงานจะต้องให้ความร่วมมือในการอภิปราย เพื่อให้เกิดการวิเคราะห์ และปรับปรุง การกำหนดแผนงานที่จะสามารถปฏิบัติได้จริงในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่

การปฏิบัติ (Action) การปฏิบัติจะดำเนินตามแผนที่ได้วางแผนไว้อย่างมีเหตุผล และมีการควบคุมอย่างสมบูรณ์ ส่วนการปฏิบัติอาจมีโอกาสนับแปรตามสภาพการณ์และบุคคล แผนที่วางไว้จึงต้องสามารถปรับแก้ไขได้เรื่อยๆ ตามผลการตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำนั้นๆ

การสังเกต (Observe) เป็นการทำหน้าที่เก็บข้อมูลเกี่ยวกับผลที่ได้จากการปฏิบัติงาน มีรายงานหลักฐานที่มาจากการสังเกตอย่างรอบคอบ และระมัดระวัง เนื่องจากการปฏิบัติงานอาจมีข้อจำกัดข้อขัดแย้ง ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้มาจากการสังเกตจะต้องมาจากการมองหลายมุมและควบคุมในทุกๆ ด้าน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินงานต่อไป

การสะท้อน (Reflect) การสะท้อนทำให้คิดถึงการทำตามที่ได้บันทึกไว้จากการสังเกต และการเก็บข้อมูลอื่นๆ ประกอบ การสะท้อนผลจะมีลักษณะเป็นการประเมินอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องตัดสินใจจากประสบการณ์ของตนเองว่าผลของการปฏิบัติจะต้องมีการปรับเปลี่ยน เพื่อแก้ไขไปในทิศทางใด

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่เคลื่อนไหว หมุนไม่หยุดนิ่ง ซึ่งมีการเคลื่อนไหวในลักษณะของเกลียวสว่าน ระหว่างการวางแผน การปฏิบัติงาน การสังเกต และการสะท้อนผล

ดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กระบวนการวิจัยที่ให้ความสำคัญกับ การมีส่วนร่วม การร่วมมือของบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กับปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อการปรับปรุงปัญหาให้ดีขึ้น เพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะต้องบูรณาการความรู้กับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นตามสภาพจริงในบริบทนั้นๆ นอกจากนี้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นักวิจัยต้องใช้หลักการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีความเชื่อร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative) และวิธีคุณภาพ (Qualitative) มีเป้าหมายสูงสุด คือ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติ วิธีการที่จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่จะศึกษา โดยวิธีการเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ มีลักษณะการดำเนินการวิจัย เป็นวงจร หรือเกลียว(Spiral) มีความเป็นพลวัต ในวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นที่การวางแผน(Planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมา คือ การปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต(Observation) และขั้นสุดท้าย คือ การสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของแผน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป เพื่อที่จะเริ่มต้นเข้าสู่เกลียวลำดับวงจรต่อไปของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (สมปอง พะมุลิลา, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าแนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ของ Kemmis S, McTaggart R. 1988 ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในแต่ละวงจร สามารถทำให้การศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาบริบทและสภาพปัญหาในการดำเนินงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาพัฒนาหลักสูตรและแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis S, McTaggart R. 1988 ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) หรือที่เรียกว่า วงจร PAOR สามารถสรุปแนวคิดทฤษฎีได้ดังนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกระบวนการวิจัยที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาในสภาพแวดล้อมจริงโดยการปฏิบัติและการสังเกตผลกระทบจากการกระทำเหล่านั้นในลักษณะที่สามารถปรับปรุงและพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดยวิจัยนี้มักใช้ในวงการการศึกษาและองค์กร เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานหรือการเรียนการสอน โดยมีลักษณะเด่นที่ความร่วมมือระหว่างนักวิจัยและผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง ขั้นตอนในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 1) การระบุปัญหา (Problem Identification) ขั้นตอนแรกคือการค้นพบปัญหาหรือความท้าทายที่เกิดขึ้นในบริบทจริง เช่น ปัญหาการระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่ เป็นหาคำตอบไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ

ของชาวบ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เป็นต้น 2) การวางแผนและดำเนินการ (Action Planning and Implementation) เมื่อปัญหาได้รับการระบุแล้ว จะมีการวางแผนแก้ไขและดำเนินการลงมือแก้ไขปัญหา โดยอาจใช้กลยุทธ์หรือการแนวทางแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย 3) การสังเกตผลลัพธ์ (Observation and Outcome) หลังจากดำเนินการแล้ว จะมีการติดตามผลและวัดผลกระทบจากการแก้ไขปัญหานั้น 4) การสะท้อนผล (Reflection) นักวิจัยจะทำการวิเคราะห์และสะท้อนถึงการดำเนินการนั้น ๆ เพื่อหาข้อดีและข้อที่ต้องปรับปรุง ซึ่งอาจนำไปสู่การดำเนินการในรอบต่อไป หรือการปรับปรุงกระบวนการในอนาคต

2.9 แนวคิด งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.9.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะ

สุรชาติพันธ์ จันทรักษ์ (2567) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ผลการวิจัย พบว่า (1) สถานการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของทีมจัดการสุขภาพ มีความรับผิดชอบ และมีการจัดการในระดับสูง (2) การประเมินระดับความคิดเห็นของ อสม. ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต่อการจัดการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับปานกลางโดยมีความคิดเห็นที่อยู่ในระดับสูง คือ ด้านการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้านความคิดเห็นต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุและด้านคุณลักษณะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและความคิดเห็นในระดับปานกลาง คือ ด้านลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้านปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และด้านความรู้เบื้องต้นเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของ อสม. มากที่สุด คือ ความถนัดในการดูแลผู้สูงอายุ และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ของอสม. ส่วนอาชีพ เพศและอายุ และรายได้ มีความสัมพันธ์น้อยและสถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนส่วนปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. ที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดคือการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ (4) แนวทางการพัฒนาสมรรถนะอสม.ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การมีนโยบายที่ชัดเจนการสื่อสารที่ชัดเจนและการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ รวมถึงการมีหลักสูตรฝึกอบรมการพัฒนาศักยภาพของคนทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ณัฐริกา พฤทธิกานนท์และยุทธนา แยมคาย (2567) ศึกษาเรื่อง สมรรถนะ วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า อสม. มีสมรรถนะวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนที่คาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด และสมรรถนะวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนที่มีอยู่จริงอยู่ในระดับมาก อสม. มีสมรรถนะวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนที่คาดหวังสูงกว่าสมรรถนะวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนที่มีอยู่จริง และกลุ่ม อสม. ประเมินสมรรถนะวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนที่คาดหวังและสมรรถนะวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนที่มีอยู่จริงสูงกว่ากลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพสมรรถนะวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนของ อสม. ให้สามารถปฏิบัติงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

มหาชาติ โสภณนิธินาทและยุทธนา แยกคาย (2567) ศึกษาเรื่อง สมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสุวรรณโคโลก จังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่คาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุดและมีสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่มีอยู่จริงอยู่ในระดับปานกลาง อสม. มีสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่คาดหวัง สูงกว่าสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่มีอยู่จริง และกลุ่ม อสม. ประเมินสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่คาดหวังและสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่มีอยู่จริงสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรฝึกอบรมพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. เพื่อให้ อสม.สามารถบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

เกสิรินทร์ ไทยเสนและนงนภัทร รุ่งเนย (2567) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ($M=18.17, SD=1.79$) ทักษะการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง($M=55.41, SD=0.83$) และทักษะการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ($M=26.90, SD=0.90$) ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังสิ้นสุดการทดลอง ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าการพัฒนาสมรรถนะ อสม. โดยเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้อสม.มีความรู้ ทักษะการคัดกรองภาวะสุขภาพและความสามารถในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น

จริยา ขันดีสาย (2567) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุขประกอบด้วย 7 กิจกรรมคือ 1) การประเมินความต้องการจำเป็น 2) พัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ อสม. 3) อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Stroke4) การพัฒนาสื่อสุขศึกษาการ์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย 5)สาธิต/ฝึกปฏิบัติ 6) พัฒนาระบบ/ช่องทางการสื่อสาร7) ติดตามประเมินผล เมื่อนำรูปแบบฯไปใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อสม.มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาในรูปแบบฯ สามารถนำไปใช้กับกลุ่ม อสม. และขยายผลไปสู่กลุ่มประชาชนทั่วไปได้

บรรจบ ไจระวัง (2567) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีดิจิทัลต่อการใช้โมบายแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า หลังเสริมสร้างสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล และทักษะการใช้โมบายแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ เพิ่มสูงขึ้น และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ควรสนับสนุนการ

เสริมสร้างสมรรถนะให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีทักษะการใช้โมบายแอปพลิเคชัน ด้านสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ในอนาคตต่อไป

พชรภรณ์ นียมเวชและนงนุช วงศ์สว่าง (2567) ศึกษาเรื่อง การศึกษาสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการวิจัย พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับมาก (mean =3.75, SD = 0.48) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพและด้านการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชน อยู่ในระดับมาก (mean =3.84, SD = 0.51, mean =3.72, SD = 0.54 ตามลำดับ) สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนแยกตามประสบการณ์การฝึกอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรม 1-3 หลักสูตรกับเข้ารับการอบรม 7-8 หลักสูตรมีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เข้ารับการอบรม 4-6 หลักสูตรกับเข้ารับการอบรม 7-8 หลักสูตร มีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พนมกร อินทนนท์ (2566) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในตำบลกันทรารมย์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การรับรู้สมรรถนะ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ปวิข เรียงศิริและบุษบา แผงสาเคน (2566) ศึกษาเรื่อง การประเมินสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้านความรู้ทางกระบวนการสื่อสารมีค่าเฉลี่ย 4.08 ด้านทักษะการสื่อสารมีค่าเฉลี่ย 4.31 ด้านแรงจูงใจในการสื่อสารมีค่าเฉลี่ย 3.47 ด้านการรู้จักตนเองมีค่าเฉลี่ย 4.60 ด้านปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จในการสื่อสารสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ย 3.71 ด้านมาตรฐานการปฏิบัติงานในชุมชนมีค่าเฉลี่ย 4.27 ผลจากการสำรวจความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความต้องการพัฒนาศักยภาพทางด้านความรู้จักตนเองมากที่สุด (ร้อยละ 62.50) รองลงมา คือ การพัฒนาศักยภาพทางด้านความรู้ด้านกระบวนการสื่อสาร (ร้อยละ 53.12) แรงจูงใจในการสื่อสาร (ร้อยละ 40.62) และด้านทักษะการสื่อสาร (ร้อยละ 18.75) ผลที่ได้จากการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุของ อสม. จังหวัดปทุมธานี ให้สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละตำบลได้ในอนาคต

กรรณิกา เพ็ชรรักษ์และคณะ (2566) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพชุมชนแบบออนไลน์ ต่อความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด-19 ผลการวิจัย : คะแนนเฉลี่ยของความรู้ของ อสม. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สรุปผลการศึกษา : การอบรมให้ความรู้แก่ อสม. แบบออนไลน์สามารถส่งเสริมความรู้แก่

อสม. ในชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ในปัจจุบัน ดังนั้น การอบรมให้ความรู้แบบออนไลน์เป็นอีกทางเลือกในการบริการวิชาการแก่ชุมชน

กัลยาวีร์ อนนท์จารย์และคณะ (2566) ศึกษาเรื่อง การส่งเสริมสมรรถนะในการควบคุมการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บทความนี้นำเสนอสาระสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและดำเนินโครงการส่งเสริมสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้อ่านทราบถึง 1) บทบาทหน้าที่ของ อสม. ในการดำเนินการควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาด 2) แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานควบคุมการแพร่ระบาด และ 3) ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการส่งเสริมศักยภาพของ อสม. ในการควบคุมการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อ COVID-19 สรุป แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะของ อสม. ในการดำเนินงานควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การสร้างทัศนคติที่เหมาะสมต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อ และสุดท้ายการฝึกทักษะที่จำเป็นในบทบาทของ อสม. ที่ประกอบด้วยกิจกรรม การล้างมือ การวัดอุณหภูมิ และการใส่-ถอดหน้ากากอนามัย

แสงระวี อุปสัย (2566) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ ของตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เป็นเพศหญิง อายุ 50- 60 ปี สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพเกษตรกร จบระดับชั้นประถมศึกษา ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคทั้ง 5 ด้านถูกวิเคราะห์ด้วย MANOVA (multivariate analysis of variance) ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคทั้ง 5 ด้าน ของ อสม. ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($T_2 = 0.02$; $F(5, 96) = 0.584$; $p = 0.76$) หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพแล้ว พบว่า อสม. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($T_2 = 39.01$; $F(5, 96) = 748.95$; $p = .00$) ทั้งด้านความรู้การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านทักษะการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านอัตมโนทัศน์ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค และด้านแรงจูงใจการคุ้มครองผู้บริโภค ดังนั้นควรจัดให้ อสม. ทุกคนได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพงานคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อส่งเสริมให้ มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานสาธารณสุขต่อไป

จุฬารัตน์ ไชยจิโรจ (2566) ศึกษาเรื่องความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กรณีศึกษาพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบางรีน อำเภอเมือง จังหวัดระนอง ผลการวิจัย พบว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($mean = 4.34$, $S.D. = 0.36$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมากที่สุด ($mean = 4.53$, $S.D. = 0.46$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พบว่า อสม. ที่มีอายุต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม ด้านการป้องกันโรค ด้านการควบคุมโรคเชิงรุก ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แตกต่างกัน ระยะเวลาการเป็น อสม. ต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการป้องกันโรคแตกต่างกัน สถานภาพของ

อสม. ที่แตกต่างกันมีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม ด้านการป้องกันโรค ด้านการควบคุมโรคเชิงรุก ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง และด้านการค้นหาข้อมูล บันทึกลงและรายงานผล และด้านการล้างมืออย่างถูกวิธี แตกต่างกันไป

กรณีศึกษา เพ็ชรรักษ์ และคณะ (2566) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ ด้านการดูแลสุขภาพชุมชนแบบออนไลน์ ต่อความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ของ อสม. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (mean = 25.70, S.D. = 1.73) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (mean = 11.85, S.D. = 1.89) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 สรุปผลการศึกษา : การอบรมให้ความรู้แก่ อสม. แบบออนไลน์สามารถส่งเสริมความรู้แก่ อสม. ในชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ในปัจจุบัน ดังนั้นการอบรมให้ความรู้ของออนไลน์เป็นอีกทางเลือกในการบริการวิชาการแก่ชุมชน

พารินทร์ แก้วสวัสดิ์ (2565) ศึกษาเรื่องแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี มีสมรรถนะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.03 (S.D. = 0.506) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงานภายในสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ต่อเดือน ความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบค่าป่วยการหรือสวัสดิการ สภาพการทำงานและความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ซึ่งนำมาบูรณาการโดยการสนทนากลุ่มได้แนวทางการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

สุมิตรา วิชา และคณะ (2565) ศึกษาเรื่องบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 :กรณีศึกษาจังหวัดลำปาง การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทตามความคาดหวังและ การปฏิบัติจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2564 กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ในจังหวัดลำปาง จำนวน 392 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังด้านการป้องกันโรคมามากที่สุดในบทบาทตาม ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 87.20 คาดหวังด้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด ในบทบาทของ อสม. 4.0 ร้อยละ 91.40 และคาดหวังด้านการควบคุมโรคเชิงรุกมากที่สุด ในบทบาทที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ร้อยละ 90.20 และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังสูงกว่า การปฏิบัติจริงตามบทบาทของ อสม. ในด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพ ด้านการจัดการและประสานงานในชุมชน และด้านการเตรียมความพร้อมต่อสถานการณ์ ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) กล่าวได้ว่า การปฏิบัติงานของ อสม. ในชุมชนเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้การจัดการในสถานการณ์ ระบาดของโรคโควิด 19 มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน

ควรสนับสนุนส่งเสริมให้ อสม. มีกำลังใจที่เข้มแข็งในการปฏิบัติงาน และเอื้ออำนวยความสะดวกด้านทรัพยากรในการทำงานที่เหมาะสม และเพียงพอ

กัญญาวีร์ อนนทจารย์ และคณะ (2565) ศึกษาเรื่องการส่งเสริมสมรรถนะในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะของ อสม. ในการดำเนินงานควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การสร้างทัศนคติที่เหมาะสมต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อ และสุดท้ายการฝึกทักษะที่จำเป็นในบทบาทของ อสม. ที่ประกอบด้วย กิจกรรมการล้างมือ การวัดอุณหภูมิ และการใส่-ถอดหน้ากากอนามัย

ธาราภรณ์ นาคสงค์ และคณะ (2565) ศึกษาเรื่องการจัดการภายใต้สถานการณ์เกิดโรคอุบัติใหม่ของบุคลากรอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษา พื้นที่อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า 1) การจัดการชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขในครอบครัวอยู่ในระดับมาก (mean = 4.12) ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วม (mean = 4.21) รองลงมาคือ ด้านการลงมือปฏิบัติ (mean = 4.20) ด้านการวางแผน (mean = 4.13) ด้านการตรวจสอบประเมินผล (mean = 4.08) และด้านการปรับปรุงพัฒนา (mean = 3.99) ตามลำดับ 2) ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า มีการรณรงค์ให้ประชาชนกับหน้ากากอนามัย วัดอุณหภูมิร่างกาย และล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์อยู่เสมอ (mean = 4.41) รองลงมาคือ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเหมาะสม (mean = 4.28) และ 3) แนวทางการพัฒนาการจัดการภายใต้สถานการณ์การเกิดอุบัติใหม่ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักได้แก่ 3.1) ด้านทักษะการจัดการเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3.2) ป้องกันความรู้ และความสามารถในการใช้เทคโนโลยีด้านสาธารณสุข 3.3) ด้านภาวะความเป็นผู้นำการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน โดยพัฒนาเป็นรูปแบบที่เรียกว่า MSKTL Model

สุรียัน รักกระเปา และกัณตภณ หนูทองแก้ว (2565) ศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามแนวพระพุทธศาสนา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกระบวนการปฏิบัติงานด้านการพัฒนาและด้านการบริการที่มีทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ครอบคลุมด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพมีรูปแบบการปฏิบัติงานสอดคล้องกับนโยบายภาครัฐและบริบทของพื้นที่ตามปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพต่อ

เกษมสุข กันชัยภูมิ (2565) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้ กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล กลุ่ม ตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 80 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การวิเคราะห์เอกสารแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม การ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์

ข้อมูล โดยการจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคระดับอำเภอมีการกำกับ ติดตามการดำเนินงานการควบคุม ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง โดยดำเนินงานตามกระบวนการวงจร POAR ประกอบด้วย การวางแผนดำเนินการจากการประมวลผลข้อมูลและการปรับปรุงวางแผนดำเนินการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) (2) โดยรูปแบบการจัดการ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพด้วยการสร้างเสริมความรู้ พัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน 2) การพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วม ร่วมโดยการสร้างข้อตกลงในการวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

นรุทธ์ อภิชาติอำมฤต (2565) ศึกษาเรื่อง การใช้สมาร์ทโฟนในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัย: ปัจจุบัน อสม. เข้าถึงการมีสมาร์ทโฟนได้มากถึง ร้อยละ 86.5 และมีอินเทอร์เน็ตใช้เอง ร้อยละ 73.1 อสม. แต่ละคนมีทักษะการใช้สมาร์ทโฟนที่แตกต่างกันมาก โดย อสม. ที่อายุน้อยกว่ามีทักษะในการใช้สมาร์ทโฟนมากกว่า อสม. อายุมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) แต่ในด้านของทัศนคติ อสม. ทุกช่วงวัยต่างเห็นว่าการใช้สมาร์ทโฟนในการทำงาน อสม. เป็นเรื่องจำเป็นและมีประโยชน์ในระดับมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการสื่อสารปัจจัยส่งเสริมการใช้งานสมาร์ทโฟนของ อสม. ได้แก่ สถานการณ์โควิด การมีคนในชุมชนใช้สมาร์ทโฟนเพิ่มขึ้น และการติดต่อกับบุคลากรที่อยู่ต่างจังหวัด ส่วนปัญหาอุปสรรคได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (ใช้ไม่เป็น, ไม่มีคนสอน) และปัญหาเรื่องอุปกรณ์และอินเทอร์เน็ต **สรุปอภิปรายผล:** อสม. มีทักษะการใช้สมาร์ทโฟนแตกต่างกันตามระดับอายุมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้สมาร์ทโฟนในการทำงาน ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาทักษะของ อสม. มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการฝึกอบรมทักษะ อสม. ด้านนโยบายส่งเสริมให้ อสม. ใช้สมาร์ทโฟนในการทำงานด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านอินเทอร์เน็ต

มนัสพงษ์ มาลา(2565) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ของ อสม.หมอประจำบ้าน อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.40 มีอายุเฉลี่ย 48.31 ปี และมีการศึกษาสูงสุดในระดับ มัธยมศึกษา ร้อยละ 52.60 ส่วนผลของโปรแกรม หลังจากการทดลองใช้ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลง ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุม และกำจัดโรคไข้มาลาเรีย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุม และ กำจัดโรคไข้มาลาเรียเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติโดยก่อนเข้าไปแกรมมีระดับความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียอยู่ ในระดับพอใช้และหลังเข้าไปแกรมอยู่ในระดับดี โดยสรุป โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถเพิ่มระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียของอสม.หมอประจำบ้านได้และ สามารถนำไปใช้เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ของ อสม.หมอประจำบ้าน ด้านป้องกันควบคุม และกำจัดโรคมาลาเรียได้

ยุพดี ตริชลาและคณะ (2565) ศึกษาเรื่อง การศึกษาสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผลการศึกษา พบว่า อสม. มีความรู้เรื่องโรค COVID-19 ระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 61.25

(Mean = 15.59, S.D. = 1.37, Min = 11, Max = 20) ระดับทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 ของ อสม. พบว่า เกือบทั้งหมดมีทักษะในระดับสูง ร้อยละ 99.25 (Mean = 14.77, S.D. = 0.77, Min = 8, Max = 15) ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองของ อสม. ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้เรื่องโรค COVID-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.066, P = 0.040$) อสม.ที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน มีความรู้เรื่องโรค COVID-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.273, P = 0.024$) อสม.ที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน มีบทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรค COVID-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.901, P = 0.001$) สรุปผลการศึกษา พบว่า อสม.มีสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ทั้งด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านพฤติกรรม ด้านบทบาทหน้าที่ และควรส่งเสริมทักษะของ อสม.ในการชักชวนการรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 เพื่อเพิ่มสมรรถนะของ อสม. ให้มากขึ้น

ยุทธนา แยกคาย (2564) รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จิตอาสา การรับรู้บทบาท ความตั้งใจ การทำงานเป็นทีม ภาควิเคราะห์ การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการยอมรับนับถือ ซึ่งมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ด้านความเหมาะสม ความ เป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อนำรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปทดลองใช้ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ จึงควรนำไปใช้ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น รวมทั้งนำประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ตามความเหมาะสมต่อไป

วิชัย ศิริวรรณชัย (2564) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจ ซึ่งทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ นำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับปัจจัยสนับสนุนระดับสูง มีความรู้ระดับสูง มีแรงจูงใจระดับสูงและมีการปฏิบัติงานตามบทบาทระดับสูง โดยการมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้านและตำแหน่งในกลุ่ม อสม.มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ตามบทบาทของ อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ สรุปการส่งเสริมบทบาทของ อสม.ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน ควรให้ความสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ โดยสร้างการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบรวมถึงการให้สิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานที่เพียงพอและเหมาะสมเป็นพื้นฐาน

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2564) ได้ศึกษาเรื่อง การถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่า การนำนโยบายการเฝ้าระวังสู่การปฏิบัติในพื้นที่ อสม. เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการเฝ้าระวังในระดับตำบลและหมู่บ้านมีการป้องกันตนเอง เคาะประตูเยี่ยมบ้านกับเครือข่ายรายงานผลการดำเนินงานตามขั้นตอน ปัจจัยความสำเร็จมาจาก อสม.คือความตั้งใจ มีจิตอาสาเป็นคนในพื้นที่มีการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย และความร่วมมือชุมชน สิ่งสนับสนุนค่าตอบแทน และการกำกับติดตามอุปสรรคการดำเนินงานจากปัจจัยด้าน อสม.คือ ขาดความรู้และทักษะ ขาดแนวทางการทำงาน อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีและประชาชน ข้อเสนอเชิงนโยบายพอสมควรได้รับการพัฒนาความรู้ และศักยภาพการทำงานด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนการจัดทำคู่มือแนวทางการทำงานสำหรับ อสม.การบริหารจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการบูรณาการการทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย

วิทยา ชินบุตร และนภัทร ภักดีศรีวิษญ์ (2564) ได้ศึกษาเรื่อง บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า อสมมีการปฏิบัติงานตามบทบาทอยู่ในระดับมากโดยด้านการป้องกันโรคและด้านการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมากที่มีอาชีพหลักต่างกันมีบทบาทในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกัน ส่วนเพศอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนระยะเวลาการปฏิบัติงานและวิธีการได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ไม่แตกต่างกันและ ปัญหาและอุปสรรคคือขาดความร่วมมือในการสวมหน้ากาก การเว้นระยะห่าง เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ประชาชนไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ปัญหาในการสื่อสาร งบประมาณไม่เพียงพอ และบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ส่วนแนวทางแก้ไข คือ สร้างความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค รัฐต้องเพิ่มงบประมาณสนับสนุนให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่อง ความเป็นมา สาเหตุ ความรุนแรงของโรค และการป้องกันรักษาเพิ่มศักยภาพด้านการสื่อสาร รวมถึงการทำสื่อประชาสัมพันธ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเพื่อให้เข้าใจตรงกันและจัดหาบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครให้เพียงพอ

สุชาติ อินทรกำแหง ณ ราษีมา และคณะ (2564) ศึกษาเรื่องบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย ผลการวิจัยจากการทบทวนบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย พบว่า การแนะนำ เผยแพร่ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแล ตลอดจนการติดตาม ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสาธารณสุข การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งบางครั้งมีงานเฉพาะกิจที่เสริมบทบาทหน้าที่ที่ต้องบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วิเชียร เทียนจนวนัดนา และคณะ (2564) ศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคนด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า อสม. คุณภาพ ควรมีคุณสมบัติ 4 ด้าน ได้แก่ ทักษะ ทักษะ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการแสดงออกรายละเอียดมีดังนี้ (1) ทักษะมี 2 องค์ประกอบ คือ มีจิตอาสาเสียสละ และเป็นพี่เลี้ยงของชุมชน (2) ความรู้มี 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้

สาธารณสุขพื้นฐานดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย การพัฒนาชุมชน และเทคโนโลยีสื่อสาร (3) ทักษะมี 3 องค์ประกอบ คือ ทักษะทางสุขภาพ เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และทักษะพิเศษ (4) พฤติกรรมและการแสดงออกมี 6 องค์ประกอบ คือ ปฏิบัติตามค่านิยม เป็นแบบอย่างดูแลสุขภาพตนเอง ดูแลแบบองค์รวมทุกช่วงวัย ดูแลด้านจิตใจ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และปฏิบัติตามนโยบาย จากคุณสมบัติของ อสม. คุณภาพสามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมิน อสม. คุณภาพ ที่เหมาะสมกับบริบทและภารกิจของ อสม. โดยประเมินจากหลายแหล่ง ได้แก่ ประเมินจากผู้บังคับบัญชา และผู้รับบริการ พิจารณาตัดสินในรูปแบบคณะกรรมการ ทั้งนี้ คงออกแบบการพัฒนากำลังคนของ อสม. ในทุกมิติเพื่อให้ อสม. สามารถช่วยบุคลากรสาธารณสุขแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรวิณี เอี่ยมนัย (2564) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด - 19 อำเภอองไทรภาค จังหวัดสุโขทัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอองไทรภาค จังหวัดสุโขทัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.94 มีระยะเวลาในการทำงานเป็นอสมเฉลี่ย 13.61 ปีผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ร้อยละ 80.60 และมีจำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 12.18 ครัวเรือน ส่วนใหญ่ อสม. มีการปฏิบัติงานตามบทบาทอยู่ในระดับสูงร้อยละ 80.57 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอสมในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้บทบาท อสม. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการพัฒนาโปรแกรมการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อให้มีผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

นิชนันท์ สุวรรณภู และคณะ (2564) ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ จำนวนปีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนปีของความเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 31.3

กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของ อสม. คือการรับรู้ความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ดี และพบว่า อสม. ที่มีเพศ การศึกษา ระยะเวลาการทำงาน และการได้รับรางวัล

อสม. ตีเด่นต่างกัน มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 และ 0.05

กฤติพงษ์ คำโคตร (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในเขตสุขภาพที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า เขตการปกครองท้องถิ่นไม่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อซิกา ไม่ว่าจะเป็นเขตเทศบาลหรือเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ปัจจัยด้านการบริหาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว คือ การวางแผนการจัดการองค์การ การบริหารส่วนบุคคล การอำนวยความสะดวก และการควบคุมกำกับ ส่วนด้านกำลังคนพบว่าเจ้าหน้าที่ร่วมปฏิบัติงานมีความเพียงพอ จึงส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

พงษ์พิพัฒน์ ชุ่มสีดา และวินัย ทองภูบาล (2563) ได้ศึกษาเรื่อง กลยุทธ์การป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า 1) กลยุทธ์เพิ่มประสิทธิภาพระบบค้นหาผู้ป่วยและควบคุมการระบาดเป็นจุดแข็งที่มาจากระบบงานที่ดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เสริมแรงด้วยนโยบายของภาครัฐที่ชัดเจน มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center : EOC) ที่ทำให้เพิ่มความร่วมมือและทำงานแบบบูรณาการ 2) กลยุทธ์ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจแก่ อสม. ในการเฝ้าระวังโรคในชุมชน เป็นจุดแข็งที่มาจากระบบงานที่ดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งอสม. เป็นกลไกที่ทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการจัดการกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) กลยุทธ์ส่งเสริมชุมชนสุขภาพดีวิถีชีวิตใหม่ เป็นกลยุทธ์ที่น่าจุดอ่อนที่เกิดจากความไม่รู้ ความไม่สะดวกทางบริหาร ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน รวมทั้งอุปสรรคจากการไม่มีระบบความล่าช้าของการประสานงานจากส่วนกลาง ปัญหาที่เกิดจากการสื่อสาร การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องของประชาชน จัดการโดยให้ชุมชนเป็นฐานปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ มีการดำเนินงานในรูปแบบใหม่สามารถจัดการโดยอาศัยโอกาสจากศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center : EOC) และภาคีเครือข่าย โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นพี่เลี้ยง ในการปรับปรุงพัฒนาส่งเสริมให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องนำไปสู่การปรับพฤติกรรมในการป้องกัน และลดความเสี่ยงของตนเอง และคนรอบข้างจากการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระนอง เกตุดาวและคณะ (2563) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการ การเฝ้าระวัง คัดกรอง สอบสวน ควบคุม ป้องกันโรค มีโครงสร้าง มีความครอบคลุม และมีการมอบหมายงานที่ชัดเจน โดยใช้แนวทางจากกรมควบคุมโรค 2) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ อสม. ภาคีเครือข่าย และประชาชนอย่างถูกต้องรวดเร็วและต่อเนื่อง 3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินกิจกรรม ร่วมประเมินผล และสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง

วิรัชวิญญ์ รุ้อยิ่ง (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ของผู้นำชุมชน อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค อยู่ในระดับปานกลาง โดยการปฏิบัติงานต้องอาศัยปัจจัยด้านกำลังคน งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และการบริหารจัดการที่ดี มีความเพียงพอ และมีปริมาณที่เหมาะสม จึงจะทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง โดยปัจจัยด้านบุคลากร การบริหารจัดการ และเวลา มีความสัมพันธ์ระดับสูงส่วนด้านงบประมาณ และขวัญกำลังใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ศุภกัญญา ภาวังคะรัตและคณะ (2563) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผลการศึกษาพบว่า อสม. และประชาชนในชุมชน มีพฤติกรรมการป้องกันตนเอง คือ การสวมหน้ากากอนามัย กินร้อน ช้อนส่วนตัว ล้างมือ รักษาระยะห่าง และหลีกเลี่ยงไม่ไปในที่ชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งในช่วงมีนโยบายปิดเมือง และช่วงมาตรการผ่อนปรน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.76 และร้อยละ 97.98 ตามลำดับ การเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ (อสม.) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.60 และร้อยละ 96.13 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันตนเองช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ระหว่างช่วงมีนโยบายปิดเมือง และช่วงมาตรการผ่อนปรน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองของ (อสม.) และประชาชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 กล่าวคือทั้ง 2 กลุ่ม มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองลดลงอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมดังกล่าวมีโอกาสที่จะเกิดการระบาดระลอกใหม่ภายในประเทศเพิ่มสูงขึ้นได้

อภิวดี อินทรเจริญ และคณะ (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล คือ การได้รับคำแนะนำในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคลากรสุขภาพภายในชุมชน หรือจากองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีส่วนทำให้บุคคลเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองได้

อัมพร จันทวิบูลย์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบ และกลไกการเฝ้าระวัง และตอบโต้ความเสี่ยงฉุกเฉิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง และตอบโต้ความเสี่ยงฉุกเฉิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาร่วมกันของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจาก 9 ส่วนราชการระดับกรม ในกระทรวง-สาธารณสุข มีการตอบโต้ข่าวที่มีความสำคัญ และมีความเสี่ยงสูงสุดได้ครบถ้วนทุกกระบวนการ เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดยุทธศาสตร์ มาตรการและแนวทางปฏิบัติ เพื่อสื่อสารแก่ประชาชนระบบและกลไกที่พัฒนาขึ้นสามารถเป็นต้นแบบแนวคิดและวิธีการทำงานของระบบราชการ

4.0 สามารถพัฒนาต่อยอดให้เป็นระบบและกลไกการเฝ้าระวัง และตอบโต้ความเสี่ยงฉุกเฉิน เพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ลดการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง นำไปสู่การปรับพฤติกรรมในการป้องกันและลดความเสี่ยงของตนเอง และครอบงำจากการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019

วิณาพร สำอางศรี และคณะ (2563) ศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า 1. สถานการณ์และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนเชิงรุกของ อสม. พบว่าเป็นการดำเนินงานตามกรอบในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข อสม. ส่วนใหญ่ต้องการได้รับการพัฒนาความรู้ "อย่างเข้าถึงที่สุด" ได้ลงมือปฏิบัติให้มากกว่าที่ทำอยู่ รู้เท่าทันเหตุการณ์ ในการพัฒนากระบวนการทำงาน มีการทำงานเป็นทีมแบบเครือข่ายและมีการสร้างการมีส่วนร่วมด้วยการประชุม ทบทวนกันต่อเนื่อง 2. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนเชิงรุกของ อสม. เป็นรูปแบบกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 1) หลักการและเหตุผล 2) จุดมุ่งหมายในการพัฒนา 3) หลอดแนวคิดของรูปแบบ 4) เนื้อหาสาระ 5) ขั้นตอนกิจกรรม 6) ส่วนประกอบการจัดกิจกรรมและ 7) การประเมินผล และมีผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีคะแนนเฉลี่ย 16.61 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 18.54 3. ประสิทธิภาพของรูปแบบ พบว่า กลุ่มใช้จริงมีคะแนนการทดสอบก่อนเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบมีคะแนนเฉลี่ย 15.57 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 18.00 และมีคะแนนการประเมินสมรรถนะด้านการจัดทำแผนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดและมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก

วิไล ตั้งปณิธานดี และคณะ (2563) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม:กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนทดลอง ($p < .001, p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, p = .024$) ตามลำดับ

เบญจวรรณ ชันไสวและคณะ (2563) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอมะนัง จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของ อสม. กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, p < .001, p < .001$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับมาก ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของ อสม. เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในชุมชน

วิณาพร ลำอางศรีและคณะ (2563) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนเชิงรุก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนเชิงรุกของ อสม.พบว่าเป็นการดำเนินงานตามกรอบในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข อสม.ส่วนใหญ่ต้องการได้รับการพัฒนาความรู้ “อย่างเข้าถึงที่สุด” ได้ลงมือปฏิบัติให้มากกว่าที่ทำอยู่ รู้เท่าทันเหตุการณ์ มีการพัฒนากระบวนการทำงาน มีการทำงานเป็นทีมแบบเครือข่ายและมีการสร้างการมีส่วนร่วมด้วยการประชุม ทบทวนกันต่อเนื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนเชิงรุกของ อสม.เป็นรูปแบบกระบวนการอบรมปฏิบัติการ ประกอบด้วย 1) หลักการและเหตุผล 2) จุดมุ่งหมาย ในการพัฒนา 3) กรอบแนวคิดของรูปแบบ 4) เนื้อหาสาระ 5) ขั้นตอน กิจกรรม 6) สื่อประกอบการ จัดกิจกรรม และ 7) การประเมินผล และมีผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนก่อนเข้าร่วม กิจกรรมตามรูปแบบมีคะแนนเฉลี่ย 16.61 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ย 18.54 ประสิทธิภาพของรูปแบบ พบว่า กลุ่มใช้จริงมีคะแนนการทดสอบก่อนเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบมี คะแนนเฉลี่ย 15.57 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 18.04 และมีคะแนนการประเมิน สมรรถนะด้านการจัดทำแผน ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดและมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับ มาก

นฤมล วงศ์วัยรักษ์ และรชานนท์ งานใจรัก (2562) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการ พัฒนาสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขศูนย์แพทย์ ชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ 2560 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถนะ ด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กฤษณา ภูพลพันธ์ และคณะ (2562) ศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อ เสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า ผลการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ สมรรถนะด้านความเป็นผู้นำ การสื่อสารและ ปฏิสัมพันธ์ สมรรถนะความเหมาะสมของแต่ละองค์ประกอบ โครงร่างโปรแกรมฝึกอบรมตามความ คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.60-4.80 และความสอดคล้องของโครงร่างโปรแกรม ฝึกอบรม มีค่าดัชนีมีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.60-1.00 ความเห็นผู้เชี่ยวชาญในโครงร่างโปรแกรมทุก องค์ประกอบของการอบรม มีความเหมาะสมหรือในระดับมากที่สุด และมีความสอดคล้องกัน ด้วยผลการประเมิน เปรียบเทียบสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ทั้ง 3 ด้านในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .01 ด้านสมรรถนะมีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

มลธิกา กาศสมบูรณ์ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตาม บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า การพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม. เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้อง คำนึงถึงปัจจัยหรือเงื่อนไขบางประการ 1)บริบทของพื้นที่ 2 บริบทของอสม.และ 3 ปัจจัยสนับสนุน จากชุมชน ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนาระบบนิเทศติดตามให้มีความสม่ำเสมอต่อเนื่อง

พร้อมทั้งสนับสนุนวิชาการ วัสดุอุปกรณ์และข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข ในการปฏิบัติงานรวมทั้ง ยกย่องเชิดชูเกียรติและประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานดีเด่น เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถ แห่งตนเองของอสม

เพ็ญศรี โตเทศ (2561) ศึกษาเรื่องการศึกษาารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. 4.0 ภาคเหนือปี 2561 ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. 4.0 ภาคเหนือ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์สมรรถนะ อสม. 4.0 ที่คาดหวังคือมีความรู้ ความเข้าใจที่ดีในการใช้ เทคโนโลยีดิจิทัล สามารถเข้าถึงข้อมูล ตรวจสอบ วิเคราะห์ และเลือกใช้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ 2) หลักสูตรฝึกอบรมพัฒนาสมรรถนะ อสม. 4.0 ประกอบด้วย เป้าหมายหลักสูตร วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม คุณลักษณะและบทบาทผู้เรียน ขอบเขตเนื้อหา แผนการสอน การประเมินผลทั้งในและ หลังนอกรห้องเรียน 3) การพัฒนาครู ก อสม. 4.0 4) การนำความรู้ไปใช้ 5) การประเมินผลรูปแบบ การประเมินผลการใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการอบรมดี มีความสำเร็จของชิ้นงาน คะแนนความรู้มีค่าเฉลี่ย 9.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.20 ค่า p-value 0.003 อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ที่ระดับ 0.05 ด้านการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน พบว่า ผู้ที่ผ่านการอบรม พัฒนาสมรรถนะครู ก อสม. 4.0 ได้จัดอบรมขยายผลการพัฒนาสมรรถนะ อสม. 4.0 ต่อทุกพื้นที่ และมีผลประเมินการนำความรู้จากการอบรมไปใช้คะแนนส่วนใหญ่ทุกด้านทุกข้ออยู่ในระดับสูง

นาฎยา นุชนารถ และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพปัจจุบันของการพัฒนา สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี อสม. ส่วนใหญ่ขาด สมรรถนะด้านการทำบัญชีและมีอายุมาก สำเร็จการศึกษาในระดับไม่สูงนัก การทำงานสาธารณสุข จังหวัดเป็นผู้กำกับดูแล เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นด้วย ปัญหาและอุปสรรค ของการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือเนื่องจากยังไม่มั่นใจในการทำงาน อสม. การทำงานขาดการบันทึกที่ถูกต้อง และขาด หลักฐานในการดำเนินงาน หน่วยงานต่างๆ มอบหมายงานให้ มากเกินไป รูปแบบการพัฒนา สมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี ต้องมีสมรรถนะใน การปฏิบัติงานเชิงรุก 4 ด้าน 4 หลักการซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จ

อำพล สามสีและคณะ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ตามแนวทางทีม เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบล อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ผล การศึกษาพบว่า ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ได้แก่ ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านบุคลากรและด้านการจัดการ อยู่ในระดับดีมาก ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม ได้แก่ การ สนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว และเพื่อนบ้าน อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งมีผลต่อการ ดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ตามแนวทางทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับ ตำบลประสบความสำเร็จ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ส่งเสริมการมีส่วนร่วม มีการกำหนดบทบาทหน้าที่มอบหมายงานที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร มี แนวทางการประสานงานทั้งแนวตั้งและแนวนอน เพื่อการประสานงานที่เป็นรูปธรรม

คมสันต์ ธงชัย และสุชาตามณี บุญจรัส (2560) ศึกษาเรื่องการปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่คือเมืองกึ่งชนบทบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของกลุ่มอสม. พบว่าส่วนใหญ่ไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพ ขาดความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงานบางคน เกิดทัศนคติไม่ดีต่อการทำงาน เพราะคิดว่าเป็นงานที่ลำบากและได้รับค่าตอบแทนน้อย และพบว่าส่วนใหญ่ต้องได้รับการพัฒนาหรืออบรมเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและอสม.ต้องได้รับการพัฒนาตนเองและทำให้เกิดการทำงานสอดคล้องกับชุมชนด้วย

ปรารงค์ จักรไชยและคณะ (2560) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.ในทีมหมอครอบครัวจังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า อสม.ในทีมหมอครอบครัวมีการปฏิบัติงานภาพรวมอยู่ในระดับสูง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวจากบุคลากรสาธารณสุข นโยบายที่จูงใจ และการสนับสนุนปัจจัยค้ำจุนแก่ อสม.ในทีมหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่องอันจะส่งผลให้ อสม.สามารถปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ชาติชาย สุวรรณมิตร (2560) ได้ศึกษาสถานการณ์งานสุขภาพภาคประชาชนในปัจจุบันและทิศทางการพัฒนาในอนาคต ใช้รูปแบบวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มคือ (1) อสม.จำนวน 967 คน (2) เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนและตำบล และ(3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและสุขภาพภาคประชาชนจำนวน 24 ท่าน ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของ อสม.ในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนประกอบด้วย 1) บทบาทในทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานมากที่สุด ได้แก่การสำรวจรวบรวมข้อมูลผู้ด้อยโอกาสผู้สูงอายุผู้ป่วยติดเตียงผู้พิการเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพ 2) บทบาทในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภาคประชาชนได้แก่การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์จัดรณรงค์ให้ความรู้ในการเข้าถึงบริการและสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพบทบาทในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพและหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้แก่การจัดกิจกรรมและรณรงค์ด้านสุขภาพวิถีไทย บทบาทในการทำงานร่วมกับชมรมได้แก่ การประสานแลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงานในพื้นที่ เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานและด้านผลสัมฤทธิ์ของงานสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ การลดปัญหาสุขภาพในชุมชน เช่น ใช้เลือดออกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การลดปัจจัยเสี่ยงหรือปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายจากสถานที่ออกก้างกาย สร้างรั้วกินได้การกำหนดมาตรการทางสังคมเช่นข้อตกลงงดเหล้าในงานบุญ ไม่สูบบุหรี่ในสถานศึกษาและวัด การคัดแยกขยะ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การลดการบริโภคอาหารหวานมันเค็ม ไม่สุกดี ไม่ดื่มสุรา ไม่ช้ำยาและสารเสพติด ข้อเสนอแนะจากการวิจัยด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม.ควรมีการ

สำรวจประเมินความต้องการอบรมของ อสม. และเพิ่มศักยภาพที่จำเป็นควรพัฒนาศูนย์ฝึกอบรมและ พัฒนาสุขภาพภาคประชาชน(เดิม)ให้มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ควรมีการทำการศึกษา วิจัยประเมินผลงานและประเมินศักยภาพของอสม. สถาบันฝึกอบรม อสม. ส่วนกลางควรมีการกำหนด ทิศทางการพัฒนา อสม. ที่ชัดเจนและเผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบสร้างขวัญกำลังใจ อสม. ในรูปแบบต่างๆ แนวทางการบริหารจัดการเงินค่าป่วยการของหน่วยงานส่วนกลางควรพิจารณา แนวทางในการส่งเสริมเพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมที่ทุกฝ่ายยอมรับได้โดยจะต้องพิจารณาให้ รอบคอบในด้านเงื่อนไขและความพร้อมของแต่ละพื้นที่

พชนี ศิริมาศ และคณะ (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาชุดฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างการ ทำงานเป็นทีมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ ผลการวิจัยพบว่า ชุดฝึกอบรมที่สร้างขึ้นประกอบด้วย 5 หน่วยฝึกอบรม คือ ภาวะผู้นำ มนุษย์สัมพันธ์ การสื่อสาร การตัดสินใจและการจัดการความขัดแย้ง แต่ละหน่วยฝึกอบรมใช้กระบวนการเรียนรู้จาก ประสบการณ์ 4 ขั้นตอน คือ ลงมือทำ นำมาสะท้อนกลับปรับความคิดใหม่ และประยุกต์ใช้ตาม สถานการณ์ ผลการตรวจสอบคุณภาพของชุดอบรมพบว่า ฝึกอบรมมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ใน ระดับมากที่สุดมีประสิทธิภาพ 92.2 5/9 1.00 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึง พอใจต่อการฝึกอบรมในระดับมากที่สุดหลังการทดลองใช้ชุดฝึกอบรมพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจและทักษะการทำงานเป็นทีมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

รัตนะ บัวสนธ์ และคณะ (2556) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการประเมินผลการ ปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการ ประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นพัฒนา ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การประเมิน มาตรฐานสมรรถนะ สมรรถนะตัวชี้วัด และเกณฑ์ เกณฑ์การตัดสินผลการประเมิน เทคนิคการประเมิน ผู้ประเมินและผู้รับการประเมิน ระยะเวลาในการประเมิน ขั้นตอนการประเมิน เป็นการทำความเข้าใจกับทุกฝ่ายโดยการประชุมเชิง ปฏิบัติการผู้ประเมินและการประชุมชี้แจงผู้รับการประเมิน เก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการประเมิน และคู่มือการประเมิน ขั้นสรุปผลการประเมิน เป็นการสรุปผลรายบุคคลและในภาพรวม ขั้นการให้ ข้อมูลย้อนกลับ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น รายบุคคลและภาพรวม รวมทั้งการนำผลการประเมินไปปรับปรุงและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อนำรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานมีสมรรถนะของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปใช้ในสถานการณ์จริง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น มีผลการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นสมรรถนะสูงกว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ด้านความ เหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมาก

วิภาวี อนุพันธ์, พิสิทธิ์ และคณะ (2556) ได้ศึกษาการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขบริบทคลองแสนแสบ พบว่าวิธีการพัฒนาศักยภาพสำหรับอาสาสมัคร สาธารณสุขมีหลากหลายวิธีด้วยกันซึ่งแต่ละวิธีให้ผลในทางบวกกับการเพิ่มศักยภาพในการทำงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขโดยสร้างและพัฒนาขึ้นในรูปแบบหลักสูตรชุดโปรแกรมกระบวนการโดยใช้

ร่วมกับสื่อและอุปกรณ์ต่างๆที่สร้างสรรค์งานเพื่อเพิ่มพูนความรู้ประสบการณ์และแนวทางปฏิบัติให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น เช่น คู่มือ วิดีทัศน์ ภาพพลิก เทปโทรทัศน์ สไลด์ เป็นต้น ซึ่งพบว่ากระบวนการเรียนรู้แบบร่วมมือระหว่างผู้ถ่ายทอดและผู้รับสาร (อาสาสมัครสาธารณสุข) เป็นวิธีเดียวที่พบและให้ผลลัพธ์ในเชิงบวกเสมอ ดังนั้น การจัดรูปแบบการอบรมควรพัฒนาควบคู่ไปกับสื่อประกอบการสอนให้มีความเข้าใจและเพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น การอบรมที่มีศักยภาพนั้นควรเป็นการอบรมแบบมีส่วนร่วมเชิงปฏิบัติการเน้นการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติงานแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ในเบื้องต้นและสามารถเชื่อมโยงการทำงานกับภาควิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อัญชลี เอมวัฒน์ (2556) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. สมรรถนะการป้องกันโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่โดยรวม และสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่โดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง 92 คน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยมีสมรรถนะรายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้การป้องกันโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ด้านการปฏิบัติงาน และด้านผลการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความรู้การควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ และด้านผลการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ด้านการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 2. รูปแบบการเรียนรู้โดยการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะป้องกันโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ และรูปแบบการเรียนรู้โดยการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ละรูปแบบมี 6 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินสถานการณ์โรค 2) การเตรียมความพร้อมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 3) การกำหนดกรอบในการเสริมสร้างสมรรถนะ 4) การวางแผนปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม 5) การปฏิบัติงานตามแผน และ 6) การประเมินผลการปฏิบัติงาน 3. สมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง หลังได้รับการพัฒนาด้วยรูปแบบการเรียนรู้โดยการปฏิบัติ และหลังการติดตามผล สูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการเรียนรู้โดยการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4. สมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลอง หลังได้รับการพัฒนาด้วยรูปแบบการเรียนรู้โดยการปฏิบัติ และหลังการติดตามผล สูงกว่าสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่มเฉพาะ เกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้โดยการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรค กลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความพึงพอใจ เห็นประโยชน์และคุณค่าของรูปแบบดังกล่าวในการเสริมสร้างสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่

2.9.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ

กฤษฎิ์ คำมาปิ่นและชุตติกาญจน์ สมสิงห์ใจ(2567) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุข ต้นแบบด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบ Academy Health Model ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย A:Active learning

C:Communication skill 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ ชั้นให้ความสนใจ ชั้นจำ ชั้นปฏิบัติ และชั้นจูงใจ
 A:Associate ภาคีเครือข่าย สสจ. สสอ. รพ.สต. และ อปท., D:Development พัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร E:Education เวที Academy แห่งการเรียนรู้ M:Monitoring การกำกับติดตามและจัดกิจกรรม โดยครูพี่เลี้ยง รพ.สต. คณะกรรมการและตัวแบบ Y:Phayao การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขพื้นที่จังหวัดพะเยา และ Health Model คือ ตัวแบบอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดพะเยา ผลการทดลองใช้ พบว่า ความรู้และพฤติกรรมที่แสดงออกด้านทักษะการสื่อสาร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถกำหนดระยะเวลาสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์และบริบทพื้นที่ ในส่วนของแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ กระบวนการในการเรียนรู้ จำเป็นต้องดำเนินการตามขั้นตอน 4 ชั้น ควรเพิ่มระยะเวลาในชั้นจำและชั้นปฏิบัติ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

สาลินี ไวยนนท์และคณะ (2567) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า จังหวัดขอนแก่น ยังพบปัญหาความครอบคลุมในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การดูรักษา และการติดตามการกินยา ซึ่งจะต้องมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามสภาพปัญหาที่เปลี่ยนไป รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) โครงสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ 2) การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพ 3) การจัดรูปแบบการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม และ 4) การติดตามประเมินผลเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข พัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพ ด้านผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 1) ความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุข ก่อน – หลังพัฒนา 2) ความรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ 3) ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการดูแลรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ก่อน – หลังพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สรุปได้ว่า รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น ทำให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ รวมถึงครอบครัวและชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ

นฤมล ขาวดีและคณะ (2567) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของวิศวกรต้นทุนในอุตสาหกรรมก่อสร้าง ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของวิศวกรต้นทุนในอุตสาหกรรมก่อสร้าง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบสมรรถนะหลัก 12 สมรรถนะย่อย ดังนี้ 1) องค์ประกอบสมรรถนะหลักด้านความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับธุรกิจ ความรู้เกี่ยวกับธุรกิจก่อสร้าง ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายธุรกิจก่อสร้างและพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง 2) องค์ประกอบสมรรถนะหลักด้านทักษะ ได้แก่ ความเชี่ยวชาญการประมาณราคา การบริหารต้นทุนโครงการก่อสร้างและผลกำไร ความสามารถการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่ การสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ ความเป็นผู้นำที่มุ่งงาน การบริหารโครงการก่อสร้าง และ 3) องค์ประกอบสมรรถนะหลักด้านคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ได้แก่ จริยธรรมการดำเนินธุรกิจ ความใฝ่รู้และแบ่งปัน ความมุ่งมั่นทำงานให้สำเร็จ 2) คู่มือแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของวิศวกรต้นทุนในอุตสาหกรรมก่อสร้าง มีความเหมาะสม สอดคล้องกับเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้วยมติเอกฉันท์คิดเป็นร้อยละ 100

มนัส จันทรพิวงและคณะ (2567) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาสู่การเป็นนักเกษตรอัจฉริยะ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาเป็นรูปแบบที่มีชื่อว่า “PHRAE Model” โดยเป็นรูปแบบเชิงบูรณาการ ประกอบด้วย P : Plan ประชุมคณะอาจารย์ วางแผนการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาในแต่ละภาคเรียน H : High Technology การใช้เทคโนโลยีขั้นสูงมาส่งเสริมอาชีพด้านการเกษตร R : Relationship สานสัมพันธ์และสร้างเครือข่ายแหล่งฝึกประสบการณ์ระหว่างเรียน A : Area กำหนดให้นักศึกษาไปเรียนรู้ทำงานในพื้นที่ชุมชนกับสถานประกอบการ E : Evaluation ติดตามให้นักศึกษามีอาชีพให้ได้ตามสมรรถนะในแต่ละภาคเรียน และผลการประเมินและรับรองรูปแบบ ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 ซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่ได้กำหนด จึงสรุปได้ว่า ผู้เชี่ยวชาญรับรองรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

เกษม แลวงคณิล (2567) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้ของครู โรงเรียนบ้านหัวดง สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการศึกษาสภาพที่เป็นจริงของสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้ของครูโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสภาพที่พึงประสงค์ของสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้ของครูโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 2) ผลการสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้ของครู โรงเรียนบ้านหัวดง สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1 ดังนี้ 2.1) ยกร่างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้ของครู โรงเรียนบ้านหัวดง ประกอบด้วย (1) หลักการของรูปแบบ (2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ (3) ระบบงานและกลไกของรูปแบบ (4) วิธีดำเนินงานของรูปแบบ และ (5) แนวการประเมินรูปแบบ 2.2) ตรวจสอบร่างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้ของครู โรงเรียนบ้านหัวดง ดังนี้ ความเป็นไปได้ (Feasibility) อยู่ในระดับมาก ความเป็นประโยชน์ (Utility) อยู่ในระดับมาก ความเหมาะสม (Propriety) อยู่ในระดับมาก และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) อยู่ในระดับมาก 3) ผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้ของครู โรงเรียนบ้านหัวดง ดังนี้ 3.1) ศึกษาสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้ของครูโรงเรียนบ้านหัวดง พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก 3.2) ศึกษาความพึงพอใจของครูต่อการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้ของครู โรงเรียนบ้านหัวดง พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 4) ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้ของครู โรงเรียนบ้านหัวดง ดังนี้ 4.1) สรุปได้ว่าผลสัมฤทธิ์ครูโรงเรียนบ้านหัวดง ครูโรงเรียนบ้านก้อ และโรงเรียนบ้านป่าแหงง โรงเรียนละ 3 คน พบว่า สมควรจะให้ครูเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้ของครู เพราะจะเกิดประโยชน์มากที่สุด ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น ควรได้รับการฝึกอบรมบ่อยๆ มีกำลังใจ มีคนสนใจในกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัด และ 4.2) ผลการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้ของครูโรงเรียนบ้านหัวดงดังนี้ ความเป็นไปได้ (Feasibility) อยู่ในระดับ

มาก ความเป็นประโยชน์ (Utility) อยู่ในระดับมาก ความเหมาะสม (Propriety) อยู่ในระดับมาก และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) อยู่ในระดับมาก

ครุปรกรณ์ ละเอียดอ่อนและคณะ(2566) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาทักษะการบริหารงานวิจัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น ของผู้บริหารในมหาวิทยาลัยราชภัฏ ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพปัจจุบันของการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี อสม.ส่วนใหญ่ขอสมรรถนะด้านการทำบัญชีและมีอายุมาก สำเร็จการศึกษาในระดับไม่สูงนัก การทำงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้กำกับดูแล เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นด้วย ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือเนื่องจากยังไม่มั่นใจในการทำงาน อสม. การทำงานขาดการบันทึกที่ถูกต้อง และขาดหลักฐานในการดำเนินงาน หน่วยงานต่างๆมอบหมายงานให้ มากเกินไป รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี ต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานเชิงรุก 4 ด้าน 4 หลักการซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จ

ภัทรพล จิงสมเจตไพศาลและสันติ ทวยมณีฤทธิ์ (2564) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิจัย พบว่า (1) ทั้ง 3 อำเภอมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคระดับอำเภอเพื่อกำกับ ติดตามการดำเนินงานการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ในด้านความพึงพอใจ โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก (Mean=4.11, SD=0.63) ความต้องการโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก (Mean=4.37, SD=0.66) โดยมีการดำเนินงานตามกระบวนการวงจร PDCA ดังนี้ มีการวางแผน ดำเนินการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประมวลผลข้อค้นพบ ปรับปรุงข้อค้นพบ (2) รูปแบบการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพตนเอง โดยการสร้างเสริมความรู้ พัฒนาทักษะ เรียนเครื่องมือที่จำเป็น การพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วม โดยการสร้างข้อตกลงของชุมชน วางแผนการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (3) การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานภายใต้ SCAN model สามารถใช้งานได้จริง มีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงจังหวัดนครราชสีมาได้ ข้อเสนอแนะ คือ การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความเสถียรมากขึ้น

อนุตรา อุดทะและจิตติมา วรรณศรี (2563) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของครูปฐมวัย สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น A MODEL OF COMPETENCY DEVELOPMENT FOR EARLY CHILDHOOD TEACHER UNDER LOCAL ADMINISTRATIVE ORGANIZATION

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของครูปฐมวัย สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) สมรรถนะของครูปฐมวัย ประกอบด้วย 7 สมรรถนะ ได้แก่ ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านหลักสูตรและการจัดการเรียนรู้ ด้านการปฏิสัมพันธ์เชิงบวก ด้านการพัฒนาวิชาชีพ ด้านการบริหารจัดการชั้นเรียน ด้านการวิเคราะห์และการวิจัยเพื่อพัฒนาและด้านการบริการชุมชน 2) วิธีการพัฒนาสมรรถนะ ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ พี่เลี้ยงสอนงาน

การศึกษาดูงาน การเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้จากการปฏิบัติและชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ และ 3) กระบวนการพัฒนาสมรรถนะ มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ความต้องการ การออกแบบหลักสูตร การดำเนินการพัฒนา การนิเทศติดตามผล และการประเมินผล ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของครูปฐมวัย พบว่า รูปแบบมีความเป็นประโยชน์และมีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้อยู่ในระดับมาก

สุทธิพงษ์ภาคทอง (2563) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำ ออสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า การสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำออสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม วิธีการพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ ออสม. บูรณาการกับ การประชุม ออสม.ประจำเดือน ที่ รพ.สต. ระยะเวลา 2 วัน ความรู้ เรื่อง สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ทักษะการประสานงาน การศึกษาดูงาน วิทยากรจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) งบประมาณ จาก สปสช. มีการประเมินผลหลังการปฏิบัติงาน และรายงานผลต่อ รพ.สต.ชมรม ออสม.ควรมีส่วนร่วม ในด้านหลักสูตร บทบาท ผู้นำ ออสม. ในการขับเคลื่อน คือ การสร้างสร้างความเข้าใจและให้ความรู้ประชาชน ชวนภาคีเครือข่าย จัดทำธรรมนูญสุขภาพ และเป็นตัวอย่างที่ดีในการขับเคลื่อน

นิ มานูวัฒน์ (2553) ได้พัฒนารูปแบบการสอนเพื่อนพัฒนาความคิดเชิงระบบสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการสอนนั้นสามารถแยกได้เป็น 2 แนวทาง คือ 1) การพัฒนารูปแบบการสอนในลักษณะขั้นตอนของการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่ต้องดำเนินการไปตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ การพัฒนารูปแบบการสอนในลักษณะของแบบแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ตามเป้าหมาย กำหนด รูปแบบการสอนที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้นำแนวทางการพัฒนารูปแบบการสอนในรูปแบบกองแบบแผนที่แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ต่าง ๆ มาใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสอนโดยอยู่บนฐานแนวทางการพัฒนารูปแบบ การสอนของ จอย และเวล เป็นหลัก รูปแบบการสอนเพื่อพัฒนากระบวนการคิดเชิงระบบสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มี 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 ขั้นตอนการจัดกิจกรรมนำเสนอ เป็น 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 นำเสนอสถานการณ์ ขั้นที่ 2 พัฒนาแนวทางการคิด ขั้นที่ 3 พิจารณาปัญหา ขั้นที่ 4 สนทนาแลกเปลี่ยน ขั้นที่ 5 เรียนรู้ผลงานกลุ่ม ขั้นที่ 6 สรุปร่วมกันองค์ประกอบที่ 2 ระบบทางสังคม องค์ประกอบที่ 3 หลักการตอบสนอง และองค์ประกอบที่ 4 ระบบที่นำมาสนับสนุนรูปแบบการสอนที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพ 81.15/85.95 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้คือ 80/80

แมน เชื้อบางแก้ว (2556) ในนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ ทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ขั้นสูงและเจตคติทางวิทยาศาสตร์ พบว่า มีองค์ประกอบสำคัญ คือ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) กระบวนการจัดการเรียนรู้ มี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการเตรียมการ (Managing preparation) การเรียนรู้แบบกระตือรือร้น (Activelearning) ขั้นปัญญาความคิด (Nation intelligence) และขั้นสร้างความพึงพอใจ (Satisfaction) และ 4) ผลที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนจากการเรียนตามรูปแบบ สำหรับผลการทดลองใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ ทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และเจตคติทางวิทยาศาสตร์ พบว่า ผู้เรียนในกลุ่มทดลอง มีผลการคิดวิเคราะห์ทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และทางวิทยาศาสตร์หลังการเรียน สูงกว่าก่อนการเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีเจตคติที่ดีต่อการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบ

2.9.3 งานวิจัยในต่างประเทศ

Kaushiki Tripathi 1 , Manisha Agrawal 2 (2014) ศึกษาเรื่อง การบริหารจัดการ โดยใช้สมรรถนะในบริบทองค์กร ผลการศึกษาพบว่า ในสภาพแวดล้อมที่มีการแข่งขันและโลกาภิวัตน์ ในปัจจุบัน การคงไว้ซึ่งพนักงานที่มีความสามารถเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการอยู่รอดขององค์กร ความสำเร็จขององค์กรขึ้นอยู่กับสองปัจจัยสำคัญ: 1) การใช้ทรัพยากรบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ 2) การกระตุ้นให้พนักงานมีความมุ่งมั่นต่อองค์กร (Employee Commitment) แนวคิดของ CBM (Competency-Based Management) หมายถึงการจัดการทรัพยากรมนุษย์ (HR) โดยใช้ "สมรรถนะ" (Competencies) เป็นฐานสำคัญสำหรับการบริหาร เช่น การจ้างงาน การพัฒนา การประเมินผล และการให้ค่าตอบแทน CBM ถูกนำมาใช้ในหลากหลายกระบวนการ HR: 1) การสรรหาและคัดเลือก (Recruitment and Selection): ใช้กรอบสมรรถนะเพื่อกำหนดคุณสมบัติที่เหมาะสมของผู้สมัคร 2) การฝึกอบรมและพัฒนา (Training and Development): วางแผนการอบรมให้เหมาะสมกับความต้องการสมรรถนะ 3) การจัดการผลการปฏิบัติงาน (Performance Management): ใช้สมรรถนะเป็นตัวชี้วัดผลงาน 4) การพัฒนาอาชีพ (Career Development): วางแผนเส้นทางอาชีพตามสมรรถนะ 5) การจ่ายค่าตอบแทน (Compensation and Pay): กำหนดค่าจ้างที่เหมาะสมกับระดับสมรรถนะ สรุป CBM เป็นแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่ช่วยเพิ่มขีดความสามารถทั้งในระดับองค์กรและพนักงาน การนำ CBM มาใช้ในกระบวนการ HR ช่วยสร้างความได้เปรียบในตลาดที่แข่งขันสูง นอกจากนี้ การส่งเสริมให้พนักงานมีความผูกพันต่อองค์กรยังเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนความสำเร็จในระยะยาว

Craig Campbell and etc. (2010) ศึกษาเรื่อง Competency-Based Continuing Professional Development (CPD) ผลการศึกษาพบว่า แนวคิดหลัก Competency-based CPD มุ่งเน้นที่การพัฒนาความสามารถของบุคลากรทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยมองว่าความสามารถ (Competence) ไม่ใช่แค่การบรรลุคุณลักษณะหรือทักษะที่กำหนดไว้แบบตายตัว แต่เป็นกระบวนการเชิงพลวัตที่บุคคลสามารถพัฒนาจากประสบการณ์ในงานของตน เพื่อมุ่งสู่ความเชี่ยวชาญ (Expertise) สรุป Competency-Based CPD เป็นแนวทางที่สำคัญสำหรับการพัฒนาบุคลากรในสายวิชาชีพ โดยเปลี่ยนความคิดจากการเรียนรู้แบบตายตัวสู่การเรียนรู้ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ความสามารถในการตั้งคำถาม วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาความรู้ใหม่ และประเมินผลตนเอง ช่วยเสริมสร้างความพร้อมในสายงานและความสามารถในการแข่งขันของบุคคลและองค์กรในระยะยาว

Anna Carroll, Judith McCrackin (2008) ศึกษาเรื่อง การใช้กลยุทธ์ Competency-Based ในการคัดเลือกและพัฒนาบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ บทความนี้กล่าวถึงแนวทางสำคัญในการใช้กลยุทธ์ Competency-Based อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความสำคัญกับการเลือกและพัฒนาบุคลากรตามมาตรฐานความสามารถ (Competencies) ที่จำเป็นสำหรับความสำเร็จของธุรกิจในปัจจุบัน และอนาคต Competencies ในบทความนี้แบ่งออกเป็น 4 ประเภท: 1) Key Competencies: ความสามารถหลักที่ทุกคนในองค์กรควรมี 2) Team Competencies: ความสามารถที่จำเป็นสำหรับ

การทำงานร่วมกันในทีม 3) Functional Competencies: ความสามารถที่เฉพาะเจาะจงตามบทบาทหน้าที่ 4) Leadership Competencies: ความสามารถในการเป็นผู้นำที่จำเป็นสำหรับระดับผู้บริหาร บทความนี้ยังได้นำเสนอเครื่องมือและแนวทางที่สามารถนำมาใช้ได้หลายมิติ เช่น: 1) การคัดเลือกบุคลากร: ใช้ Competency Models ในการออกแบบกระบวนการสัมภาษณ์และประเมินศักยภาพ 2) การฝึกอบรมและพัฒนา: สร้างโปรแกรมการพัฒนาที่เน้นสมรรถนะเฉพาะบุคคล 3) การโค้ช: ใช้ Competency Models เป็นแนวทางในการโค้ชบุคลากร 4) การประเมินผลแบบ Multi-Rater (360° Assessment): ประเมินสมรรถนะจากมุมมองหลายฝ่าย 5) การทบทวนผลการปฏิบัติงาน: ใช้ Competency Models เป็นกรอบในการประเมินผลการทำงาน และยังพบทบทวนจากการปฏิบัติจริง ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) อย่างต่อเนื่องมีความสำคัญยิ่ง 2) การบริหารโครงการที่ดีช่วยลดปัญหาในระยะยาว 3) มีการเรียนรู้และปรับปรุงกระบวนการในทุกชั้นตอน

Denise Lustri, Irene Miura, Sérgio Takahashi (2007) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการจัดการความรู้: การประยุกต์ใช้จริงเพื่อพัฒนาสมรรถนะ บทความนี้แนะนำเสนอ รูปแบบแนวคิดการจัดการความรู้ (Knowledge Management - KM) เพื่อการพัฒนาสมรรถนะ โดยเน้นการประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษาในบริษัทให้บริการด้านกฎหมายที่ได้นำ KM มาใช้ในโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ ผลการศึกษา 1) ผลลัพธ์เชิงบวก: หลังจากดำเนินโครงการ 12 เดือน พบว่าผู้เข้าร่วมมีพัฒนาการในด้านสมรรถนะการปฏิบัติงานที่ไม่เคยเกิดขึ้นในช่วงการฝึกอบรมแบบดั้งเดิม 4 ปีที่ผ่านมา 2) การเร่งเวลาพัฒนาสมรรถนะ: วิธีการนี้ไม่เพียงแต่ช่วยพัฒนาสมรรถนะ แต่ยังช่วยเร่งเวลาในการพัฒนาสมรรถนะให้เกิดเร็วขึ้นข้อจำกัดของการวิจัย 1) ขนาดกลุ่มที่เล็ก: การดำเนินโครงการในกลุ่มขนาดเล็กและควบคุมได้ง่าย อาจเอื้อต่อผลลัพธ์ที่ดี 2) การศึกษาเพิ่มเติม: ยังต้องมีการวิเคราะห์ในระยะยาวเพื่อประเมินการขยายขอบเขตโปรแกรมและควรมีการดำเนินกรณีศึกษาอีกสองกรณีในกลุ่มที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

Dianne Mulcahy (2006) ศึกษาเรื่อง การวิพากษ์เกี่ยวกับการฝึกอบรมตามมาตรฐานความสามารถ: การฝึกอบรมที่เน้นความสามารถ (Competency-Based Training, CBT) และแนวทางที่เกินกว่า บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิจารณ์แนวคิดที่ได้รับการส่งเสริมโดยรัฐบาลและภาคอุตสาหกรรมในออสเตรเลียว่า การฝึกอบรมที่เน้นความสามารถ (CBT) เป็นโมเดลที่สอดคล้องและเหมาะสมในการศึกษาวิชาชีพ ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้กับทุกสาขาวิชาและสถานการณ์ อย่างไรก็ตาม บทความนี้ชี้ให้เห็นว่า CBT ไม่ได้เป็นโมเดลที่สมบูรณ์แบบและสากลตามที่ถูกนำเสนอในวรรณกรรมทางนโยบายสาธารณะ จากกรณีศึกษาและการวิจัยล่าสุด พบว่า CBT ไม่ใช่โมเดลเดียวที่เหมาะสมกับการศึกษาและฝึกอบรมวิชาชีพ (VET) แต่กลับมีตัวเลือกและการตัดสินใจที่แตกต่างกันอย่างมากเกี่ยวกับการนิยามความสามารถ และการใช้มาตรฐานความสามารถ (competency standards) ซึ่งเมื่อเลือกใช้แล้วก็จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาและรูปแบบของ VET ที่แตกต่างกันไป บทความยังเสนอว่าโมเดลเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องถูกมองว่าเป็นทางเลือกที่ขัดแย้งกัน แต่สามารถมีการโต้ตอบ สนับสนุน หรือทำหายกันได้ ทั้งในแง่ของการมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการศึกษาและการฝึกอบรม

รวมถึงกระบวนการในการฝึกอบรมและการพัฒนา ซึ่งโมเดลที่รักษาความตึงเครียดระหว่างทั้งสองจุดนี้จะเหมาะสมที่สุดสำหรับการพัฒนาความสามารถในสภาพแวดล้อมของ VET และบทความสรุปว่า โมเดลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมที่สุดในกระบวนการพัฒนาความสามารถในสภาพแวดล้อม VET มักจะเป็นโมเดลที่ผสมผสาน (Hybrid Models) เช่น โมเดลที่รวมการศึกษาและการฝึกอบรม หรือ การฝึกอบรมและการพัฒนา ซึ่งสะท้อนลักษณะของ VET ที่มีหลายมิติและมีความหลากหลายในการนำไปใช้ โมเดลเหล่านี้ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงแค่ผลลัพธ์ของการศึกษา แต่ยังคำนึงถึงกระบวนการในการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะไปพร้อมๆ กัน ทำให้การพัฒนาอาชีพและความสามารถเกิดขึ้นอย่างสมดุลและยั่งยืน

Anne F. Marrelli, Janis Tondora & Michael A. Hoge (2005) ศึกษาเรื่อง กลยุทธ์ในการพัฒนารูปแบบสมรรถนะ พบว่า ในวงการ การดูแลสุขภาพ มีแนวโน้มที่จะนำแนวทางที่อิงกับสมรรถนะมาใช้ในการ ฝึกอบรม การประเมินผล และการพัฒนาบุคลากร เพิ่มขึ้น โดยแนวทางดังกล่าวพบได้ในหลากหลายสาขาวิชาและความเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะใน สาขาพฤติกรรมสุขภาพ (Behavioral Health) บทความนี้จะจัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนแนวทางดังกล่าวผ่านการนำเสนอ ขั้นตอนแบบเป็นระบบ สำหรับการพัฒนารูปแบบสมรรถนะ (Competency Model) บทความเริ่มต้นด้วยการแนะนำพื้นฐานเกี่ยวกับ 1) ความหมายของ สมรรถนะ (Competencies) 2) รูปแบบของ Competency Models และ 3) ผลกระทบทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะ หลังจากนั้น จะเข้าสู่การอธิบาย 7 ขั้นตอน ในการพัฒนารูปแบบสมรรถนะที่เหมาะสมกับบทบาท หน้าที่ หรือ ตำแหน่งงานเฉพาะ โดยกระบวนการดังกล่าวนำมาจาก การศึกษาเชิงลึกในแวดวงธุรกิจและอุตสาหกรรม

Marston C , Renedo A , Miles S (2020) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชน ในภาวะวิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติด้านสุขภาพทั่วโลกได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนตอบสนองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การผสมผสานข้อมูลเชิงลึก และแนวคิดของชุมชนที่หลากหลาย ถือเป็นหัวใจสำคัญของการร่วมมือด้านสุขภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจะทำงานร่วมกับชุมชน เพื่อวางแผนวิจัย สอบสวน และประเมินผล การส่งเสริมสุขภาพ และบริการด้านสุขภาพที่ดีที่สุด ความสัมพันธ์ที่มีความหมายระหว่างต่อชุมชน และผู้ให้บริการควรได้รับการหล่อเลี้ยง เพื่อให้แน่ใจว่ามีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน และครอบคลุมการจัดการพื้นที่ที่มีส่วนร่วม ต้องใช้ความละเอียดอ่อน และความระมัดระวังในการรับรู้ และควบคุมความรู้และประสบการณ์ประเภทต่าง ๆ ที่นำมาจากชุมชนและบุคคลที่หลากหลาย การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรับมือกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ประกอบด้วย 1) การลงทุนในการผลิตร่วมกัน 2) ร่วมงานกับกลุ่มชุมชน 3) มุ่งสู่ความหลากหลาย 4) ตอบสนองและโปร่งใส ทำงานร่วมกันเพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ในกลุ่มที่มอบหมาย และทำการปรับปรุง แสดงให้เห็นว่าความคิดเห็นและข้อตกลงของกลุ่มได้รับการรับฟังและปฏิบัติตาม

Sathitadas MG. (2020) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในช่วงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบว่า การสร้างพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการตัดสินใจร่วมกับผู้กำหนดนโยบายจะช่วยให้การตัดสินใจในระดับชุมชนมีการดำเนินงานได้ง่ายขึ้น และความชัดเจน ความโปร่งใสในการตัดสินใจควบคู่ไปกับการสื่อสารอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ข้อมูลสู่

สาธารณสุขเป็นส่วนสำคัญในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมการระบาดใหญ่ กลุ่มชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของทีมรับมือกับโรคระบาดร่วมกับบุคลากรของรัฐ ซึ่งจะมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาในท้องถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่ด้อยโอกาสมีปัญหาในการเข้าถึงข้อมูล การมีส่วนร่วมของชุมชนยังช่วยแบ่งเบาภาระหน่วยงานด้านสุขภาพ และความปลอดภัย โดยทำให้ประชาชนมีบทบาทในการเผชิญเหตุมากกว่าที่จะตกเป็นเหยื่ออย่างเดียว การมีส่วนร่วมของชุมชนได้พิสูจน์แล้วว่า มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเอดส์ (HIV) และการระบาดใหญ่ของอีโบล่า โดยเฉพาะการติดตาม และการจัดการกับข่าวลือ

Zhang M et al. (2020) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากรด้านสาธารณสุขในเหอหนาน ประเทศจีน ผลการศึกษาพบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรด้านสาธารณสุข และทัศนคติ รวมทั้งการปฏิบัติที่ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อโดยตรง 2) ความรู้เป็นข้อกำหนดเบื้องต้นสำหรับการสร้างความเชื่อในการป้องกันการสร้างทัศนคติเชิงบวก และการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก ความรู้ ความเข้าใจของบุคคล และทัศนคติต่อโรค จะส่งผลต่อประสิทธิภาพของกลยุทธ์ และพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาในระดับหนึ่ง 3) ความรู้ส่งผลโดยตรงกับทัศนคติต่อโรค ซึ่งความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้น จะทำให้มีความมั่นใจมากในการเอาชนะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกเหนือจากระดับความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขแล้ว ปัจจัยด้านประสบการณ์ในการทำงานและประเภทของงาน ยังมีอิทธิพลต่อทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งต้องนำมาใช้เป็นมาตรการเพื่อปกป้องความปลอดภัยในให้แก่บุคลากรด้านสาธารณสุขในการปฏิบัติงานควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Kamacooki O et al. (2020) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ทัศนคติ และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในยูกันดา : การสำรวจแบบภาคตัดขวาง ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขในยูกันดา มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่มีการปฏิบัติ ที่ไม่ดีต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อได้ ทั้งนี้ พบความแตกต่างระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุขด้านคลินิกและที่ไม่ใช่ทางคลินิก ที่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขทางคลินิกมีแนวโน้มที่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ใช่ทางคลินิก ดังนั้น จึงต้องเร่งเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ไม่ใช่ทางคลินิกให้เพียงพอ เพื่อส่งเสริมด้านการยอมรับและการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในโรงพยาบาลและชุมชน

Bashirian S et al. (2020) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ในประเทศอิหร่าน : การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกัน ผลการศึกษาพบว่า การรับรองความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ แต่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการปกป้องจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และยังรวมถึงการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสอีกด้วย อีกทั้ง พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับค่อนข้างดี แต่ในทางตรงกันข้ามพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บในที่ทำงานยังไม่เอื้ออำนวยให้ปลอดภัย ทั้งนี้เพราะหากผู้คนไม่เข้าใจภัยคุกคาม และไม่เข้าใจความรุนแรง หมายถึง การรับรู้ความอ่อนไหว และความรุนแรงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโค

โรนา 2019 ต่ำ จะทำให้เพิกเฉยต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันอย่างง่ายดาย และในทางตรงกันข้าม จากผลการศึกษาในปัจจุบัน แม้ผู้คนจะรับรู้ถึงภัยคุกคาม เมื่อพบว่ากลยุทธ์ที่แนะนำไม่ได้ผลด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ หรือพบว่าไม่สามารถปฏิบัติตามได้ก็จะทำให้กลยุทธ์นั้น ไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้น จากข้อค้นพบของการศึกษาครั้งนี้เสนอแนะให้เพิ่มทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ประชาชนมีการรับรู้ถึงประสิทธิภาพของพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นลำดับสำคัญ

Hursein N et al. (2020) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินความรู้เจตคติ และการปฏิบัติสู่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในภูมิภาคเคอร์คิสถาน ประเทศอิรัก : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการประเมินความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่มีผลต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยทางออนไลน์ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในความรู้ระหว่างเพศและสถานภาพสมรส นักศึกษามีความรู้ดีและมีการปฏิบัติที่เหมาะสม และมีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยส่วนใหญ่เห็นพ้องต้องกันว่า หน่วยงานท้องถิ่นจะควบคุมการระบาดและการติดเชื้อได้สำเร็จ การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับอิทธิพลจากความรู้ เจตคติของประชาชน ดังนั้น การให้ความรู้ด้านสุขภาพในท้องถิ่น จึงเป็นแผนในการจะเพิ่มพูนความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการติดเชื้อ มีคุณค่าในการปกป้องชุมชน และผลลัพธ์เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Paakkari L , Okan O (2020) ได้ศึกษาเรื่อง Covid-19 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหาที่ประเมินผลต่ำ ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค Covid-19 ได้แสดงให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดีในหมู่ประชากรเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ประเมินค่าต่ำไปทั่วโลก โดยในผู้ใหญ่เกือบครึ่งรายงานว่ามีปัญหาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และไม่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและของผู้อื่นได้ ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันโรคที่ต้องลงทุนด้วยการให้การศึกษาและการสื่อสาร เพื่อหามาตรการที่ยั่งยืนและระยะยาว โดยเริ่มตั้งแต่อายุน้อย และการพัฒนาอย่างรวดเร็วของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปสู่การระบาดใหญ่ได้เรียกร้องให้ผู้คนได้รับและ ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ และการปรับพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว ซึ่งข้อมูลที่มีค่าที่สุด ควรสร้างขึ้นในลักษณะที่เข้าใจง่าย เสนอวิธีการแก้ปัญหาที่ง่าย และใช้ได้จริง เช่น การล้างมือ การรักษาระยะห่าง พฤติกรรมที่ไม่ลงตัวในการปฏิบัติตามนโยบายของ Covid-19 อาจมาจากแรงจูงใจจากการเข้าใจผิดเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อ เนื่องจากความเสี่ยงในการติดเชื้อขึ้นอยู่กับปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของผู้อื่น และความเสี่ยงของผู้อื่น การป้องกันจึงขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่นในความพยายามร่วมกัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้คนเข้าใจเหตุผลเบื้องหลังข้อแนะนำ หรือมาตรการในการปฏิบัติ การพัฒนาความรู้รอบด้านสุขภาพเป็นการเตรียมบุคคลให้พร้อมสำหรับสถานการณ์ที่ต้องมีการปฏิบัติ ความรับผิดชอบต่อสังคมและความเป็นหนึ่งน้ำใจเดียวกัน เป็นสิ่งจำเป็นหลังจากผู้ที่ต้องการข้อมูลและบริการร่วม รวมทั้งบุคคลที่จัดหาข้อมูลรองรับการเข้าถึงสำหรับประชาชนทั่วไป

Tang S , Wong C (2004) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการสวมหน้ากากอนามัย เพื่อป้องกันโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงของชาวจีนในประเทศฮ่องกง ผลการศึกษา พบว่า

การระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) ทั่วโลกในปี 2546 เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนในระดับสากล ยังไม่มีการทดสอบวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และการรักษาเฉพาะสำหรับโรคซาร์ส การป้องกันจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมการแพร่กระจายไปทั่วโลก การป้องกันโรคซาร์สโดยการสวมหน้ากากอนามัย พบว่า ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วอายุระหว่าง 50-59 ปี มีแนวโน้มที่จะสวมหน้ากากอนามัยมากกว่ากลุ่มอื่น และพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคที่ได้รับ เป็นตัวทำนายที่สำคัญในการสวมหน้ากากอนามัย หลังพิจารณาถึงผลกระทบของลักษณะทางประชากร

Qing Miao , Susan Schwarz , Gary Schwarz (2021) การศึกษานี้สร้างบทเรียนจากด้านหน้าของโควิด-19 ในประเทศจีน โดยอาศัยข้อมูลดิจิทัลจากอาสาสมัคร 85,699 คน พร้อมด้วยผู้ตอบแบบสำรวจ 2,270 คน และการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน 14 คน โดยมีความเกี่ยวข้องกับประเทศอื่น ๆ ที่กำลังต่อสู้กับโรคระบาดทั่วโลก (Oldekop และคณะ, 2563) ผลลัพธ์แสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญสำหรับอาสาสมัครที่มีประสบการณ์ซึ่งสามารถปรับใช้หรือปรับใช้ใหม่อย่างรวดเร็วเพื่อแก้ไขวิกฤติที่กำลังเกิดขึ้น แนวทางการทำงานร่วมกันที่ใช้ประโยชน์จากเครือข่ายระหว่างหน่วยงาน สาธารณะ องค์กรชุมชน และอาสาสมัครพลเมือง ทำให้เกิดการระดมพลอย่างรวดเร็วเพื่อตอบสนองความต้องการบริการสาธารณะอย่างเร่งด่วน (Lee, Heo & Seo, 2020) การศึกษานี้ให้ข้อมูลเชิงลึกที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับนโยบายโดยรัฐจากบนลงล่างที่ดำเนินการผ่านหน่วยงานท้องถิ่น องค์กร และประชาชน การปรับการตอบสนองต่อภาวะวิกฤติให้เข้ากับท้องถิ่นนั้นแตกต่างอย่างมากกับปรากฏการณ์ที่ขยายตัวของการเป็นอาสาสมัครในต่างประเทศ (Meneghini, 2016) ที่ใช้ผู้เชี่ยวชาญหรือเยาวชนจากประเทศหนึ่ง (โดยปกติจะมาจากทางเหนือของโลก) เพื่อดำเนินกิจกรรมในประเทศอื่น (โดยปกติจะเป็นในโลก) ที่คิดได้) ในระยะเวลาอันจำกัด นอกจากนี้ยังแตกต่างจากการพึ่งพาเบื้องต้นต่อรัฐบาลหรือองค์กรพัฒนาระหว่างประเทศที่มักเกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อภาวะวิกฤติ การพึ่งพาอาสาสมัครในพื้นที่ในระยะยาวยังช่วยบรรเทาช่องว่างในบริการที่จำเป็นที่เหลืออยู่เมื่ออาสาสมัครจากองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศต้องส่งตัวกลับประเทศ (Tierney & Boodoosingh, 2020) ในทางกลับกัน อาสาสมัครโรคโควิด-19 ในประเทศจีนเป็นสมาชิกของชุมชนที่พวกเขาให้บริการซึ่งสามารถเข้าใจบรรทัดฐาน ความสัมพันธ์ และภาษาท้องถิ่นของท้องถิ่น โดยใช้ความสามารถในพื้นที่ใกล้เคียง ดังที่ Ostrom (1996, 1083) ทำนายไว้ว่า “การผลิตสำเนาจะแพร่กระจายไปยังพื้นที่อื่นๆ อย่างรวดเร็ว” ในการศึกษาของเรา การผลิตร่วมที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครในพื้นที่และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำจากรัฐบาลไม่เพียงแต่จัดการกับโรคโควิด-19 เท่านั้น แต่ยังเพิ่มขีดความสามารถในการดำเนินการอย่างรวดเร็วเพื่อเติมเต็มช่องว่างในการบริการเมื่อเกิดวิกฤตการณ์ในอนาคตแม้จะมีผลลัพธ์เชิงบวก แต่อาสาสมัครพลเมืองก็สมควรถือเป็นยาครอบจักรวาลสำหรับการตอบสนองความต้องการของสาธารณะ (Bovaird, 2007) หรือโอกาสสำหรับรัฐในการยกเลิกความรับผิดชอบ (McLennan et al., 2016) มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนต้นทุน หรือเปลี่ยนภาระเพิ่มเติม สู่กลุ่มเปราะบาง (Mitlin & Bartlett, 2018) ความพยายามดังกล่าวไม่น่าจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนในอนาคต การผลิตร่วมมีแนวโน้มที่จะมีความเกี่ยวข้องมากขึ้น เนื่องจากผลกระทบระยะยาวของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อรัฐบาล จึงมีความต้องการเพิ่มมากขึ้นในการให้อาสาสมัครพลเมืองและกลุ่มชุมชนมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างขีด

ความสามารถ (Moreno, Noguchi, & Harder, 2017) ตามที่ Weible และเพื่อนร่วมงานระบุไว้ (2020, 236) “การระบาดใหญ่เรียกร้องให้มีการผลิตร่วมกันของพลเมืองในการบรรลุเป้าหมายนโยบายในระดับที่ไม่เคยมีมาก่อน” การค้นพบของเราเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับการวิจัยในอนาคต เพื่อพิจารณาศักยภาพของการบูรณาการอาสาสมัครท้องถิ่นที่มีประสบการณ์ การทำงานผ่านองค์กรชุมชนและหน่วยงานสาธารณะ อย่างเป็นระบบมากขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม

Kühlbrandt et al (2021) ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมได้จัดระเบียบและเป็นผู้ดำเนินการดำเนินการร่วมกันเพื่อปกป้องสุขภาพของตนเองและของผู้อื่น และเพื่อจัดการกับข้อจำกัดของการตอบสนองต่อโรคระบาดด้านสาธารณสุข พวกเขาใช้ บริการและทรัพยากรด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (เช่น การทดสอบ PCR การทดสอบ LFD) ควบคุมเกี่ยวกับมาตรการป้องกันของตนเอง เช่น การติดตามผู้ติดต่อที่นำโดยชุมชน ซึ่งพัฒนาเป็นกลไกในการดูแลครอบครัวและผู้อื่นให้ปลอดภัยและ เพื่อรองรับความต้องการของชุมชนในช่วงการแพร่ระบาด มาตรการป้องกันเหล่านี้ไม่ได้ปราศจากความเสียหาย และได้รับการพัฒนาขึ้นเมื่อเผชิญกับการถูกกักกันอย่างเร็วและต่อเนื่อง การกีดกันจากบริการด้านสุขภาพ การคุกคามของตำรวจ การสอดแนม การเลือกปฏิบัติ และสภาพความเป็นอยู่ที่จำกัด

Seyed Fahim Irandoost et al. (2022) ศึกษาเรื่องกิจกรรมและความเสียหายของอาสาสมัครในการเผชิญหน้ากับโควิด-19: การศึกษาเชิงคุณภาพในอิหร่าน ผลการศึกษาพบว่า การควบคุมและป้องกันโควิด-19 จำเป็นต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันและสมัครใจของประชาชน เนื่องจากอาสาสมัครเผชิญกับกิจกรรมและความเสียหายที่แตกต่างกัน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุกิจกรรมและความเสียหายของอาสาสมัครในการเผชิญกับโควิด-19 การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการด้วยแนวทางเชิงคุณภาพและวิธีวิเคราะห์เนื้อหาแบบเดิมในอาสาสมัคร 35 คนในสาขาโรคโควิด-19 โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสโนว์บอลและการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง การจัดการข้อมูลดำเนินการโดยใช้ซอฟต์แวร์ MAXQDA-2018 และการตรวจสอบอย่างละเอียดทำได้ด้วยวิธีการวิเคราะห์ Graneheim และ Lundman หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ก็ได้หมวดหมู่หลัก 2 หมวด และ 15 หมวดย่อย ได้แก่ 1- กิจกรรม (การเรียนการสอนและการฝึกอบรม การผลิตและการจัดจำหน่ายสิ่งของเพื่อสุขอนามัย ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) ความร่วมมือกับ หน่วยงานของรัฐในการกักกัน การฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อม การร่วมมือและสนับสนุนของบุคลากรทางการแพทย์ การส่งเสริมและชักชวนประชาชนให้เข้าร่วมงานอาสาสมัคร การเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในศูนย์เสี่ยงสูง) และ 2- ความเสียหาย (ความกลัวและกังวลว่าจะติดเชื้อ) ; การปฏิเสธ ; แตกต่างจากกิจกรรมสมัครใจอื่น ๆ ; ประสบการณ์ความล้มเหลวและทำอะไรไม่ถูก ความยากลำบากของกระบวนการสรรหาและความร่วมมือ ขาดคำแนะนำที่เพียงพอเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือ) อาสาสมัครมีบทบาทอย่างกว้างขวางและหลากหลายในการเผชิญกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสามารถให้การสนับสนุนในรูปแบบต่างๆ แก่ภาครัฐ องค์กรด้านสุขภาพและสังคม และประชาชนทั่วไปได้ในรูปแบบต่างๆ แต่เนื่องด้วยสถานการณ์พิเศษของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) พวกเขาได้เผชิญกับความเสียหายมากมายในเวลาเดียวกัน

Tamsin McKinnon et al (2022). โครงการอาสาสมัครในการวิจัย: สนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับโควิด-19 และปรับปรุงการฝึกอบรมทางการแพทย์ไปพร้อมๆ กัน ผลการศึกษา พบว่า โควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสังคม การดูแลสุขภาพทั่วโลก และชีวิตประจำวันอย่างไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน การเปลี่ยนบุคลากรวิจัยไปรับบทบาทที่ต้องเผชิญหน้าผู้ป่วยใน NHS ส่งผลให้มีบุคลากรเหลือน้อยลง เพื่อนำเสนอการวิจัยด้านสาธารณสุขเร่งด่วนที่สำคัญ (UPHR) เรามุ่งหวังที่จะสนับสนุนการศึกษา UPHR และการฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์โดยการพัฒนาและดำเนินการอาสาสมัครนักศึกษาแพทย์ในโครงการวิจัย เรายังพยายามหาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการรับรู้ของนักศึกษาแพทย์ต่อโปรแกรมนี้อีกด้วย เรายรวบรวมข้อมูลในอนาคตและดำเนินการสำรวจย้อนหลังซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินบริการเพื่อประเมินคุณค่าของประสบการณ์การวิจัยทางคลินิกนี้ให้กับนักศึกษาตลอดจนแรงจูงใจและอุปสรรคในการมีส่วนร่วม โครงการอาสาสมัครในโครงการวิจัยประสบความสำเร็จในการสนับสนุนการศึกษา UPHR ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 เราสร้างข้อมูลเชิงลึกที่สำคัญเพื่อช่วยในการดำเนินการตามโปรแกรมนี้ในวงกว้างในระดับประเทศ เพื่อสนับสนุนการวิจัยที่จำเป็นและการศึกษาของนักศึกษาแพทย์

Leonardo W Heyerdahl et al (2021) ศึกษาเรื่องการประเมินแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขสภาวิชาชีพในการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: ผลการศึกษา พบว่า บทนำ องค์การอาสาสมัครให้การสนับสนุนที่จำเป็นแก่ประชากรกลุ่มเปราะบางและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพแนวหน้าต่อการระบาดของโควิด-19 ฝรั่งเศส กษัตริย์ (FRC) มีชื่อเสียงในหมู่องค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพและการสนับสนุนในช่วงวิกฤตปัจจุบัน อาสาสมัคร FRC ในภูมิภาคปารีส (ฝรั่งเศส) ประกอบด้วยอาสาสมัครทั่วไปและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมบางส่วน เผชิญกับความท้าทายในการปรับตัวให้เข้ากับสถานะการแพร่ระบาด การทำงานร่วมกับประชากรที่ป่วยและอ่อนแอ การจัดการทรัพยากรที่จำกัด และการรับมือกับความต้องการบริการที่มีสูง การศึกษาที่มีอยู่ของอาสาสมัครมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยกำหนดแรงจูงใจส่วนบุคคล สังคม และองค์กร แต่จะเน้นไปที่ปัจจัยกำหนดบริบทน้อยกว่า ความไม่มั่นใจด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการระบาดของโควิด-19 ถือเป็นลักษณะสำคัญของการระบาดใหญ่ครั้งนี้ ความไม่แน่นอนมีปฏิสัมพันธ์กับความเข้าใจและประสบการณ์ของอาสาสมัครในการทำงานและความสัมพันธ์ในองค์กรเพื่อสนับสนุนแรงจูงใจของพนักงานภาคหรือไม่และอย่างไรเป็นจุดสนใจของการสืบสวนนี้ วิธีการและการวิเคราะห์ การศึกษาแบบผสมผสานนี้จะตรวจสอบแรงจูงใจของอาสาสมัครโดยใช้วิธีการทางชาติพันธุ์และการฟังเครือข่ายทางสังคม การสัมภาษณ์และการสังเกตการณ์แบบกึ่งโครงสร้างจะให้ความกระจ่างเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในการทำงาน ประสบการณ์ และข้อกังวลของอาสาสมัคร FRC ในระหว่างการแพร่ระบาด

Yeyang Zhu et al (2022). ศึกษาเรื่อง ผลการกลั่นกรองการรับรู้ความเสี่ยงจากโควิด-19 ต่อความสัมพันธ์ระหว่างความเห็นอกเห็นใจและพฤติกรรมอาสาสมัครโควิด-19: การศึกษาแบบตัดขวางในมณฑลเจียงซู ประเทศจีน ผลการศึกษาพบว่า ระบบสุขภาพเผชิญกับความท้าทายครั้งใหญ่นับตั้งแต่การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 จึงมีความต้องการอาสาสมัครอย่างเร่งด่วนในทุกสถานการณ์ในช่วงวิกฤต ผลการวิจัยพบว่าความเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมอาสาสมัครโรคโควิด-19 ($\beta = 0.080, p < 0.001$) การรับรู้ความเสี่ยงจากโรคโควิด-19 ส่งผลต่อ

ความสัมพันธ์ระหว่างความเห็นอกเห็นใจกับพฤติกรรมของอาสาสมัครโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง ($\beta = -0.005, p < 0.001$) ยิ่งระดับการรับรู้ความเสี่ยงจากโรคโควิด-19 สูงเท่าใด ความสัมพันธ์ระหว่างความเห็นอกเห็นใจและพฤติกรรมของอาสาสมัครโรคโควิด-19 ก็ยิ่งอ่อนแอลงเท่านั้น 19 พฤติกรรมอาสาสมัคร การทดสอบ J-N แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเห็นอกเห็นใจกับพฤติกรรมของอาสาสมัครโรคโควิด-19 ไม่มีนัยสำคัญอีกต่อไป เมื่อค่าการรับรู้ความเสี่ยงจากโควิด-19 อยู่ที่ >10.71 การค้นพบในปัจจุบันสามารถให้ความกระจ่างแก่นักวิจัยและผู้กำหนดนโยบายในการส่งเสริมการเป็นอาสาสมัครในหมู่ประชาชนในช่วงสถานการณ์วิกฤติ ผ่านการกระตุ้นให้เกิดความเห็นอกเห็นใจมากขึ้น และลดการรับรู้ความเสี่ยงที่ไม่จำเป็นของสาธารณชน

Yang Liahou (2555) ได้พัฒนารูปแบบการสอนอ่านภาษาไทยเพื่อความเข้าใจ สำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยชนชาติยูนนาน ตามแนวการสอนแบบ Active reading และหลักการเรียนรู้แบบร่วมมือ พบว่า มีองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ หลักการ จุดมุ่งหมาย เนื้อหา กระบวนการจัดการเรียนการสอน การวัดและประเมินผล กระบวนการจัดการเรียนการสอน มี 6 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 กระตุ้นให้ระลึกถึงความรู้เดิม ขั้นที่ 2 นำเสนอความรู้ใหม่ ขั้นที่ 3 ศึกษาทำความเข้าใจความรู้ใหม่ และ เชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เก่า ขั้นที่ 4 แลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับกลุ่ม ขั้นที่ 5 การประเมินและ ให้ข้อมูลป้อนกลับ ขั้นที่ 6 การสรุปและประยุกต์ใช้ โดยรูปแบบการสอนมีคุณภาพอยู่ในระดับ เหมาะสม มาก ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังการทดลองของนักศึกษาในกลุ่มทดลองที่เรียนตามรูปแบบ การสอนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เรียนตามการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และผลการศึกษาเจตคติของผู้เรียนกลุ่มทดลองที่มีต่อรูปแบบการสอนพบว่า มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับเห็นด้วย

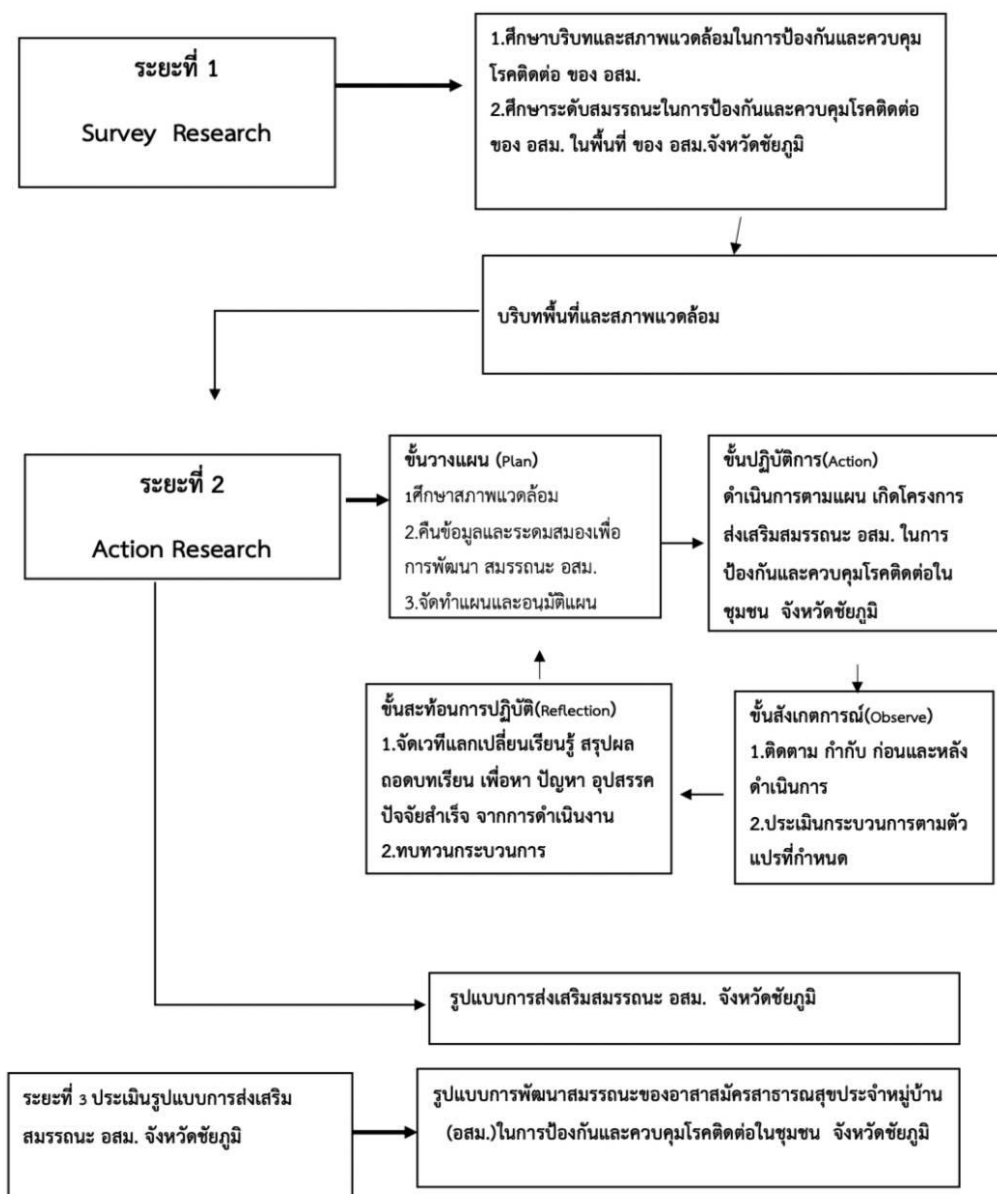
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาในเกี่ยวกับการรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการจัดการกับปัญหาโรคติดต่อในชุมชน อย่างมากมาย ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ มุ่งเน้นการจัดการด้านโครงสร้าง (จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการ) การจัดการความรู้ การสื่อสาร รวมถึง กระบวนการดำเนินการ (ภัทรพล จิงสมเจตไพศาล และสันติ ทวยมีฤทธิ์, 2564; ยุพดี ตรีชาลา, 2565; ปณพัคตร์ พงษ์พุทธรักษ์ และคณะ, 2564; กัลยาวิรี อนนทจรรย์และคณะ, 2565) แต่งานวิจัยนี้ มุ่งเน้นการพัฒนาแบบการพัฒนาเพื่อให้เกิดหลักสูตรการอบรมที่เหมาะสม หรือคู่มือในการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน โดยวิธีการค้นหาคำตอบ ภายใต้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน แล้วนำมาสังเคราะห์เพื่อสร้างเป็นหลักสูตร และนำไปสู่การทดลองใช้พร้อมการถอดบทเรียน ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานและองค์กรที่จะพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในอนาคต อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในการดำเนินงานและการพัฒนาสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กล่าวคือ ผลการศึกษาเรื่องพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี (นาฎยา นุชนารถและคณะ, 2561) พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ขาดสมรรถนะด้านการทำบัญชีและมีอายุมาก สำเร็จการศึกษาในระดับไม่สูงนัก การทำงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดูแล เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การศึกษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นด้วย ปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือเนื่องจากยังไม่มั่นใจในการทำงานของ อสม. การทำงานขาดการบันทึกที่ถูกต้องและขาดหลักฐานในการ

ดำเนินงาน หน่วยงานต่างๆ มอบหมายงานให้มากขึ้นไป รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี ต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานเชิงรุก 4 ด้าน 4 หลักการซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จ จากการศึกษาสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม (ยุพดี ตรีชลา และคณะ, 2565) สรุปผลการศึกษาพบว่า อสม. มีสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ทั้งด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านพฤติกรรม ด้านบทบาทหน้าที่ และควรส่งเสริมทักษะของ อสม. ในการชักชวนการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อเพิ่มสมรรถนะของ อสม. ให้มากขึ้น จากการศึกษาการพัฒนาแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอสม. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (รัตนะ บัวสนธ์ และคณะ, 2556) ผลการศึกษาสมรรถนะที่สำคัญจำเป็นในการปฏิบัติงานประกอบด้วย มาตรฐานสมรรถนะ จำนวน 4 มาตรฐาน และสมรรถนะ 8 ด้าน ดังนี้ 1) มาตรฐานสมรรถนะสามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ ประกอบด้วยสมรรถนะที่ 1 ด้านการสื่อสารนโยบายและงานสาธารณสุข สมรรถนะที่ 2 ด้านการสำรวจและเผยแพร่ข้อมูลปัญหาสาธารณสุข สมรรถนะที่ 3 ด้านการแนะนำถ่ายทอดความรู้ 2) มาตรฐานสมรรถนะสามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้นตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วยและสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย สมรรถนะที่ 4 ด้านการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น สมรรถนะที่ 5 ด้านการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขและดูแลสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน/ชุมชน 3) มาตรฐานสมรรถนะสามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน รณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อมของสังคม โดยสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของชุมชน ประกอบด้วย สมรรถนะที่ 6 ด้านการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ สมรรถนะที่ 7 ด้านการดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย สมรรถนะที่ 8 ด้านคุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุข

สรุป จากการศึกษาเอกสารและแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของ อสม. มีความหลากหลาย อาทิ เช่น มีระดับความรู้และทักษะเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่ไม่สามารถดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อได้หรือขาดแรงสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแตกต่างกันออกไปตามการศึกษาในแต่ละบริบทหรือพื้นที่ ยังไม่สามารถยืนยันได้อย่างชัดเจนว่าการปฏิบัติงานของ อสม. มีความถูกต้อง เหมาะสมกับระดับสมรรถนะที่มีอยู่ในตัว อสม. หรือไม่ อย่างไรก็ตาม รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ที่ผ่านมา นอกจากจะดำเนินงานตามแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. และใช้หลักสูตรการอบรมตามที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้แล้ว ยังมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนโดยการปรับใช้หลักสูตรการอบรม พัฒนาสมรรถนะ อสม. ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของชุมชน หรือไม่ อย่างไร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดชัยภูมิ

2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ สรุปรูปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยใน



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การจัดการทำข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้วิธีวิจัยแบบแผนหลายระยะ (Multiphase or Multi-sequenced Design) มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการวิจัยเพื่อประเมินระดับสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนและพัฒนารูปแบบในการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยการศึกษาวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ในแต่ละระยะจะมีทั้งการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อช่วยอธิบายหรือยืนยันผลการศึกษาร่วมกัน กระบวนการวิจัยมี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 Servey Research เป็นการศึกษาเพื่อประเมินระดับสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน เป็น การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ในขั้นตอนการวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพไปพร้อมกันโดยจะเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในการศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการพัฒนาสมรรถนะ อสม.จังหวัดชัยภูมิ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยอาศัยข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Source) โดยการศึกษาจากเอกสาร บทความ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหา รวมถึงสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในจังหวัดชัยภูมิ

2. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Source) โดยการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยและหน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินงานและการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

ในขั้นตอนนี้จะศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลักเพื่อศึกษาข้อมูลบริบท วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดชัยภูมิ และสำรวจสภาพปัญหาของโรคติดต่อในชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ จากนั้นจะศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ สทนากลุ่มในประเด็น สภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อในชุมชนและระบบการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดชัยภูมิ การส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ที่ผ่านมา เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนารูปแบบการพัฒนา และสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่ม อสม. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อหาปัญหา อุปสรรค และปัจจัยสำเร็จ ในการดำเนินงาน แล้วทำการสรุปแปลผลจากข้อมูลทั้งสองส่วนกระบวนการวิจัยใน

ระยะที่ 1 ดังนี้

1. การประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัยกระบวนการตลอดจนระยะเวลาในการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนและตรงกันแก่ทีมผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

2. การสำรวจข้อมูลพื้นฐานสภาพปัญหาด้วยแบบสอบถาม แบบเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ การสนทนากลุ่มในกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ได้แก่ อสม.กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

3. การสัมภาษณ์กลุ่มอสม.ในพื้นที่การศึกษาซึ่งจะได้รับการวิเคราะห์ข้อมูล และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูล (Key information) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาบริบทในพื้นที่

4. การวิเคราะห์สภาพปัญหาร่วมกันเพื่อนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 2 Action Research เป็นการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

ในขั้นตอนนี้ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มี 4 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก ซึ่งมีทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณเป็นส่วนเสริมเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของกลุ่มอสม.จังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้ได้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม.มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Plan) หลังจากได้ทำการวิเคราะห์สภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อและระบบการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดชัยภูมิจนถึงการเก็บข้อมูลสมรรถนะ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดชัยภูมิตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แล้วนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาบริบทและสภาพปัญหารวมถึงรูปแบบการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ที่ผ่านมา หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้จัดประชุมผู้ช่วยนักวิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและ

ผู้เกี่ยวข้องเพื่อระดมความคิดเห็นหาปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จ เพื่อจัดทำแผนและอนุมัติแผนปฏิบัติการ กำหนดกรอบการดำเนินงานเพื่อป้องกัน แก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นขณะดำเนินการตามแผน

2. **ขั้นปฏิบัติการ (Action)** ในขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ผู้วิจัยได้ร่วมกันทำขึ้นกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีส่วนรับผิดชอบในการส่งเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ ได้แก่ กระบวนการในการวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาสมรรถนะ อสม. ออกแบบการพัฒนา ทดลองใช้รูปแบบ และประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3. **ขั้นสังเกตการณ์ (Observe)** ในขั้นตอนนี้จะเป็นการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามโครงการที่กำหนดไว้ ทั้งการสังเกตและประเมินสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ที่ผ่านโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม.

4. **ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)** ในขั้นตอนนี้จะเป็นการจัดการสะท้อนผลการดำเนินการตามแผนให้กับทีมวิจัยในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและชุมชน ได้แก่ การประเมินระดับสมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนหลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะ การคืนข้อมูลและสรุปสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ในเวทีประชุมประจำเดือนของกลุ่ม อสม.

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.

ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลักโดยการประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม.ในตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมายของการศึกษาในจังหวัดชัยภูมิ โดยผู้วิจัยสนใจสมรรถนะเชิงหน้าที่ในด้านความรู้ (knowledge) ด้านทักษะ (skill) ด้านความสามารถ (ability) และด้านคุณลักษณะอื่นๆ (other) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ใน อสม.กลุ่มเป้าหมาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

1. ประชากรที่ศึกษาวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็น อสม.บัญชี 1 ใน จังหวัดชัยภูมิ จำนวนทั้งสิ้น 24,247 คน

2. กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใน จังหวัดชัยภูมิ เนื่องจากการทำวิจัยในครั้งนี้มีหลายระยะและหลายขั้นตอน ผู้วิจัยจึงได้สุ่มตัวอย่างผสมระหว่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) และแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งประชากรออกตามพื้นที่ และทำการสุ่มต่อเป็นลำดับขั้นมากกว่า 1 ระดับ โดยแบ่งจากจังหวัด เป็นอำเภอ ตำบล จนถึงหมู่บ้าน ซึ่งเป็นไปตามขั้นตอนของการวิจัยซึ่งมีอยู่ 3 ระยะ ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1

ขั้นตอนนี้จะศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลักเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และ สมรรถนะของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดชัยภูมิ และสำรวจสภาพปัญหาของโรคติดต่อในชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ

1) กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ในขั้นตอนการศึกษาเชิงปริมาณ ใช้ในการศึกษาข้อมูลทั่วไป และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ต้องการจากสูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2543) จากจำนวนประชากร อสม.ในจังหวัดชัยภูมิทั้งหมด จำนวนทั้งสิ้น 24,247 คน คำนวณเป้าหมายในการศึกษาได้จำนวน 378 คน เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนในการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือมีข้อมูลสูญหายที่อาจเกิดขึ้น จึงเพิ่มจำนวนร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น กลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น 416 คน รายละเอียดสูตรการคำนวณมีดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 NP(1-P)}{e^2(N-1) + \chi^2 P(1-P)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

P = สัดส่วนประชากร(P=0.5)

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

2. กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คัดออกในระยะที่ 1

เกณฑ์การคัดเข้าการวิจัย (Inclusion Criteria)

- 2.1 เป็น อสม.ที่มีรายชื่อในฐานข้อมูล จังหวัดชัยภูมิ
- 2.2 สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
- 2.3 มีความสามารถในการสื่อสารต่างๆ ให้เข้าใจ
- 2.4 ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

- 2.5 ถูกให้ออกจาก อสม.
- 2.6 ขาดการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน

2) กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ในขั้นตอนการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่ม อสม. หน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินงานและการพัฒนาสมรรถนะ ของ อสม. ตามกรอบการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและสนทนากลุ่มในประเด็นแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน และศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อในชุมชนและระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนารูปแบบการพัฒนา แล้วทำการสรุปแปรผลจากข้อมูล

ทั้งสองส่วนเพื่อนำสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ ของ อสม.ในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ในระยะ 2 ต่อไป กระบวนการวิจัยในระยะที่ 1 ในขั้นตอน การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Puposive Sampling) โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใน ประเด็น สภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อในชุมชนและระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดชัยภูมิ รวมถึงการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ที่ผ่านมา ในพื้นที่ เป้าหมาย ได้แก่ อำเภอคอนสาร อำเภอแก้งคร้อและอำเภोजัตร์ส อำเภอละ 22 คน รวมเป็น 66 คน และหน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียและ อสม.ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ จำนวนทั้งสิ้น 34 คน ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนกลุ่มเป้าหมายหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม.

ลำดับ	รายการ	จำนวน (คน)	หน่วยงาน
1	หัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	1	สสจ.ชัยภูมิ
2	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	1	สสจ.ชัยภูมิ
3	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข	1	อบจ.ชัยภูมิ
4	สาธารณสุขอำเภอ	3	จัตร์ส,บ้านแท่น,คอนสาร
5	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	3	จัตร์ส,ภักดีชุมพล,แก้งคร้อ
6	ประธาน อสม. ระดับจังหวัด	1	สุขภาพภาคประชาชน
7	ประธาน อสม. ระดับอำเภอ	3	จัตร์ส,ภักดีชุมพล,คอนสาร
8	อสม.ดีเด่น สาขาเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อ ระดับจังหวัด ปี 2565	1	อำเภอเมือง
9	อสม.ดีเด่น สาขาเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อ ระดับจังหวัด ปี 2566	1	อำเภอคอนสาร
10	ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล	3	ต.โคกมั่งงอย อ.คอนสาร, ต.โพหนอง อ.เมืองและ ต.หนองบัวบาน อ.จัตร์ส
11	ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ระดับ อำเภอ	3	จัตร์ส,บ้านแท่น,คอนสาร
12	ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ระดับตำบล	3	จัตร์ส,บ้านแท่น,คอนสาร
13	ผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อ ระดับจังหวัด	1	สสจ.ชัยภูมิ
14	ผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อ ระดับอำเภอ	3	ภักดีชุมพล,บ้านแท่น, คอนสาร

ลำดับ	รายการ	จำนวน (คน)	หน่วยงาน
15	ผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ระดับตำบล	3	ภักดีชุมพล,บ้านแท่น, คอนสวรรค์
16	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เป้าหมาย	3	จัตุรัส
	รวม	34	

2. กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คัดออกในระยะที่ 1 ขึ้นตอนเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เกณฑ์การคัดเข้าการวิจัย (Inclusion Criteria)

- 2.1 เป็นผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ อสม.
- 2.2 สนใจเข้าร่วมโครงการ
- 2.3 มีความสามารถในการสื่อสารต่างๆ ให้เข้าใจ
- 2.4 ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

- 2.5 ย้ายออกนอกพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ
- 2.6 ขาดการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน

3) กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 ในขั้นตอนการปฏิบัติการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart มี 4 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง(Purposive Sampling) ได้แก่ บ้านหนองบัวบาน ม.1 ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จำนวน 33 คน

4) กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 ในขั้นตอนการประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลักโดยการประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม.ในตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมายของการศึกษาใน จังหวัดชัยภูมิ ในการเก็บข้อมูลระยะที่ 2 และมีการพัฒนาสมรรถนะหรือผ่านการพัฒนาสมรรถนะ ตามโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ได้แก่ บ้านหนองบัวบาน ม.1 ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จำนวน 33 คน

2. กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คัดออกในระยะที่ 3

เกณฑ์การคัดเข้าการวิจัย (Inclusion Criteria)

- 2.1 เป็นผู้อาศัยอยู่ในพื้นที่เป้าหมายอย่างน้อย 1 ปี
- 2.2 สนใจเข้าร่วมโครงการ
- 2.3 มีความสามารถในการสื่อสารต่างๆ ให้เข้าใจ
- 2.4 ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

2.5 สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ

2.6 ขาดการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

3.3.1 ระยะเวลาที่ 1 การประเมินระดับสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ใช้เก็บข้อมูลในประเด็นที่ศึกษา เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบรายการ (Check List) และเติมคำในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาการเป็น อสม.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะอื่นๆของอสม. จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบรายการ (Check List) และเติมคำในช่องว่าง ได้แก่ จำนวนหลังคาเรือนในการรับผิดชอบ จำนวนประชากรในการรับผิดชอบ ประวัติการอบรมพัฒนาศักยภาพ การระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่ การจัดงบประมาณในการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในชุมชน ความต้องการให้หน่วยงานสาธารณสุขพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในด้าน ความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) ความสามารถ (ability) และคุณลักษณะอื่นๆ (other)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะของอสม. จำนวน 15 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านความสามารถของ อสม.ใน เรื่องการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค จำนวน 3 ด้าน (การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ) ลักษณะคำถามเป็นแบบถูก-ผิด (True-False Item) มีทั้งคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ โดยใช้คำตอบถูกและผิด มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก	ด้านบวก	ให้คะแนน	1	ด้านลบ	ให้คะแนน	0
--------	---------	----------	---	--------	----------	---

ตอบผิด	ด้านบวก	ให้คะแนน	0	ด้านลบ	ให้คะแนน	1
--------	---------	----------	---	--------	----------	---

จากนั้นนำคะแนนความรู้มารวมกันและจัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom(1971) ดังนี้

ได้คะแนน ร้อยละ	80 – 100	หมายถึง	มีความรู้อยู่ในระดับมาก
-----------------	----------	---------	-------------------------

ได้คะแนน ร้อยละ	60 – 79	หมายถึง	มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
-----------------	---------	---------	-----------------------------

ได้คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง	มีความรู้อยู่ในระดับน้อย
----------	-------------------	---------	--------------------------

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จำนวน 15 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม รายละเอียด ดังนี้

คะแนนระดับ 5 หมายถึง ท่านมีระดับการดำเนินงานตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
 คะแนนระดับ 4 หมายถึง ท่านมีระดับการดำเนินงานตรงกับข้อความนั้นมาก
 คะแนนระดับ 3 หมายถึง ท่านมีระดับการดำเนินงานตรงกับข้อความนั้นมากปาน

กลาง

คะแนนระดับ 2 หมายถึง ท่านมีระดับการดำเนินงานตรงกับข้อความนั้นน้อย

คะแนนระดับ 1 หมายถึง ท่านมีระดับการดำเนินงานตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

การแปลผลค่าระดับสมรรถนะ ผู้วิจัยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ยของผลคะแนน (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) มีรายละเอียดดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00	หมายถึง	ระดับสูงมาก
ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง	ระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง	ระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง	ระดับต่ำมาก

3.3.2 ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ ของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart มี 4 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม เป็นกรอบคำถามในการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับใช้เป็นเครื่องมือประกอบการสนทนากลุ่มและการค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบหรือแนวทางที่เหมาะสมเพื่อการพัฒนาต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาระดับสมรรถนะในเชิงลึกของ อสม. เพื่อนำมากำหนดแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ในพื้นที่มากขึ้น ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ ดังนี้

ข้อที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับ การรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในระยะที่ 1 ได้แก่ โรคโควิด 19 โรคไข้เลือดออก และโรคมือเท้าปาก ใน 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ขั้นเตรียมความพร้อม ทั้งในระดับอำเภอและหมู่บ้าน รวมถึงความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์
- 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่
- 3) จัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 4) การเฝ้าระวังติดตามผู้มีอาการในพื้นที่
- 5) การรายงานผล

ข้อที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ใน 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นเตรียมความพร้อม ทั้งในระดับอำเภอและหมู่บ้าน รวมถึงความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์

- 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่
- 3) จัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 4) การเฝ้าระวังติดตามผู้มีอาการในพื้นที่
- 5) การรายงานผล

ข้อที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ด้านการเฝ้าระวังโรค 2) ด้านการป้องกันโรค 3) ด้านการควบคุมโรค 4) ด้านอื่นๆ (ถ้ามี)

ข้อที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ 2)ด้านทักษะ 3)ด้านความสามารถ 4)ด้านคุณลักษณะอื่นๆ

ข้อที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการพัฒนาสมรรถนะ อสม ด้านการป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อในชุมชนที่เหมาะสม

ข้อที่ 6 เป็นคำถามเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะ อสม อื่นๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ควรมีประเด็นอย่างไร

ข้อที่ 7 เป็นคำถามเกี่ยวกับระบบสนับสนุนที่จำเป็นและควรมีในการพัฒนาสมรรถนะ อสม ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนควรเป็นอย่างไร

2) โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการเก็บข้อมูลในระยะที่ 1

3.3.3 ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ประกอบด้วย

1. การประเมินผลโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

2. การประเมินสมรรถนะ อสม.หลังผ่านการพัฒนาสมรรถนะตามโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินระดับสมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน มีการสร้างเครื่องมือ ตามขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน เพื่อนำมากำหนดกรอบในการวิจัย

2) กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแบบสอบถาม ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดในการวิจัย

3) สร้างเครื่องมือและกำหนดกฎเกณฑ์การให้คะแนน แล้วนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านในสาขาที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความถูกต้องความตรงในเนื้อหาการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษาและนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้แนะนำอีกครั้ง ก่อนนำไปตรวจสอบหาคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.2 การตรวจสอบเครื่องมือในงานวิจัย

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบประเมินสมรรถนะของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เพื่อขอข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ให้สอดคล้องตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและพิจารณาสำนวนภาษา เมื่อได้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น กำหนดให้คะแนนผลการพิจารณา ดังนี้

ให้ +1 = แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ 0 = ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ -1 = แน่ใจว่าไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

จากผลการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำไปหาดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์รายข้อ (Index of Item and Objective Congruency: IOC) ซึ่งมีค่าสูงสุด +1 ข้อใดมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของข้อนั้นมาก ถ้ามีค่าเข้าใกล้ 0 แสดงว่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของข้อนั้นน้อย และถ้ามีค่าติดลบแสดงว่าเป็นข้อที่ใช้ไม่ได้ โดยดัชนีความสอดคล้องที่เหมาะสมต้องมากกว่า 0.5 (ปราณี หล้าเบญญะ) ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ต่ำกว่า 0.5 จะถูกตัดทิ้งหรือปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น จากผลการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0 ซึ่งมากกว่า 0.5 จึงไม่มีการตัดข้อคำถามออก

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้เครื่องมือ (Try - out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่ม อสม. ในตำบลบ้านชวน อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficiency) ของ Cronbach ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ไม่น้อยกว่า 0.7 (กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวน ศรีเจริญ, 2556 อ้างอิงจาก Cronbach, 1954) ซึ่งความเที่ยงของแบบสอบถามที่ยอมรับได้ต้องไม่น้อยกว่า 0.70 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ Cronbach ของแบบสอบถามสมรรถนะของ อสม. เท่ากับ 0.87

3.5 วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดการวิจัยไว้ 3 ระยะ 3 ขั้นตอน ดังนี้

มีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.5.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

ใช้ระยะเวลา ช่วงเวลาระหว่าง เดือน มีนาคม 2565 ถึง เดือน กรกฎาคม 2566 เป็นการเก็บข้อมูลบริบท สภาพปัญหา และข้อมูลสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) จังหวัดชัยภูมิ โดยศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ เพื่อสังเคราะห์ รวบรวมความรู้ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- จัดทำแผนปฏิบัติการ
- ลงพื้นที่ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ
- ประสานงานกับหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย โดยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เพื่อขอเก็บข้อมูลและศึกษาในพื้นที่
- ประสานกับสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อประสานขอความอนุเคราะห์ลงพื้นที่เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย
- ผู้วิจัยลงพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)เป้าหมาย พูดคุยทำความเข้าใจเนื้อหาในแบบสอบถามแก่ผู้ช่วยนักวิจัยในแต่ละ รพ.สต. เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน ในขั้นตอนการเก็บข้อมูล ได้แก่ การแนะนำตนเองและแจ้งขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ต่างๆและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ซักถามและให้เวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้
- หลังจากได้รับแบบสอบถามคืนมาผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความครบถ้วน และสมบูรณ์ของข้อมูลทันที หากพบว่าข้อมูลในแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะโทรศัพท์สอบถามเพิ่มเติมจากผู้ตอบแบบสอบถาม และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป
- ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มหมายโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่มตามแบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ต่อไป

3.5.2 การเก็บข้อมูล ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ใช้ระยะเวลา ช่วงเวลาระหว่าง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ.2567 ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ตามแผนปฏิบัติการ PAOR ผลจากการดำเนินงานตามขั้นตอนใน ระยะที่ 2 จะทำให้ได้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน เพื่อนำไปทดลองใช้ในพื้นที่เป้าหมายและพัฒนาเป็นรูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนที่เหมาะสมต่อไป

3.5.3 การเก็บข้อมูล ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ใช้ระยะเวลา เดือน สิงหาคม พ.ศ.2567 ถึง เดือน กันยายน พ.ศ. 2567 มีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินผลโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

2. การประเมินสมรรถนะ อสม.หลังผ่านการพัฒนาสมรรถนะตามโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

3.5.4 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.5.4.1 การสัมภาษณ์รายบุคคล (Deep interview)

- 1) แบบสัมภาษณ์
- 2) แบบสอบถาม

3.5.4.2 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการสนทนากลุ่ม (focus group)

1) อัดเทปเสียง เพื่อช่วยในการเก็บรายละเอียดที่ได้จากการเก็บรายละเอียดที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

2) แบบบันทึกการจัดเวทีคุยสะท้อนผลลัพธ์ เวทีถอดบทเรียน

3.5.4.3 โดยการจดบันทึก เพื่อบันทึกเนื้อหาจากการสังเกต

แนวคำถาม เพื่อใช้ประกอบการสนทนากลุ่ม มีแนวประเด็นคำถามดังนี้

1) สมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ก่อนเข้ารับการพัฒนาสมรรถนะ

2) สมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน หลังเข้ารับการพัฒนาสมรรถนะ

3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานส่งเสริมสมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

4) ผลคะแนนเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา สมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

3.5.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือทางการวิจัย ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการดำเนินการเก็บข้อมูลตามหลักการวิจัยภาคสนาม ตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1) ดำเนินการจัดเตรียมแบบสอบถามและอุปกรณ์เครื่องเขียนต่างๆไว้ให้เพียงพอเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย

2) จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลงานวิจัยส่งไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ชัยภูมิ

3) ประชุมทีมผู้ช่วยผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา บอกรูปแบบผู้ช่วยผู้วิจัย และทำความเข้าใจกับเครื่องมือซึ่งเป็นแบบสอบถามอย่างละเอียด ถ่องแท้ จนเกิดความเข้าใจตรงกัน ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย

4) ลงพื้นที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม พร้อมอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วน

5) กลุ่มเป้าหมายลงนามบันทึกคำยินยอมในแบบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยก่อนตอบแบบสอบถาม

6) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลก่อนที่จะออกจากพื้นที่ หากพบว่า มีข้อมูลส่วนใดขาดหายไปหรือยังไม่สมบูรณ์ จะเก็บข้อมูลเพิ่มเติมครบถ้วน หรือถ้าจำเป็นต้องเก็บข้อมูลซ้ำในวันต่อมาก็ต้องทำ เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปสู่การวิเคราะห์ แล้วนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วมาให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว จะนำมาลงรหัสแล้วบันทึกข้อมูลลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยการวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

3.6.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยค่า จำนวน ร้อยละ กรณีนเป็นข้อมูลแบบแบ่งกลุ่ม และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีนเป็นข้อมูลต่อเนื่อง และสถิติที่ใช้หาคุณภาพของเครื่องมือ ได้แก่ การหาค่าความเที่ยง Reliability โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Co efficiency) ของ Cronbach ซึ่งเนื่องจากสามารถคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

3.6.2 วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงพรรณนา (descriptive analysis) และหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ต่างๆ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) รวมทั้งไป ทั้งจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การคุยสะท้อนผลลัพธ์และการถอดบทเรียน วิเคราะห์ตามแนวทางวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic induction) จำแนกข้อมูลเป็นชนิดตามขั้นตอนของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

ในระยะนี้เป็นการคัดเลือกสมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (จากผลการศึกษาระยะที่ 1) เพื่อนำสู่การพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน และการคัดเลือกสมรรถนะที่ต้องพัฒนาต่อเนื่องด้วย 2 เกณฑ์ คือ

เกณฑ์ที่ 1 สมรรถนะที่ต้องพัฒนา

ข้อมูลทั่วไป กรณีที่ผู้ตอบว่าเคยมีประสบการณ์น้อยกว่าร้อยละ 25

1 หมายถึง รายด้านที่มีผลการประเมินระดับปานกลางลงมา

2 หมายถึง รายข้อที่มีผลการประเมินระดับปานกลางลงมา

3 หมายถึง ข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดสามลำดับทุกด้าน

เกณฑ์ 2 สมรรถนะของ อสม. แต่ละคนที่มีความต่างกันสูง

4 หมายถึง รายชื่อที่มีค่า SD สูงสุดสามลำดับทุกด้าน

5 หมายถึง รายชื่อที่มีค่า SD มากกว่า 1.00 ของทุกด้าน

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัย ได้ดำเนินการยื่นขอจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตามขั้นตอนการขอจริยธรรมมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการอนุมัติเอกสารรับรองโครงการวิจัย ครั้งที่ 1 เลขที่รับรอง 400-412/2565 วันที่รับรอง 13 ธันวาคม 2565 วันหมดอายุ 12 ธันวาคม 2566 หลังจากนั้นดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยครั้งที่ 2 ได้รับเอกสารรับรองเลขที่รับรอง 412-1 07/2567 วันที่รับรอง 27 มิถุนายน 2567 ถึง 26 มิถุนายน 2568 โดยผู้วิจัยจะได้มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย โดยไม่มีการระบุชื่อในผลการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย สามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มเป้าหมายยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงได้ลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเป้าหมาย และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จริยธรรมถือเป็นสิ่งที่นักวิจัยคำนึงถึงมากที่สุด เนื่องจากนักวิจัยจะต้องเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลและกระทำกิจกรรมต่างๆกับผู้ร่วมโครงการ ในฐานะผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยจึงกำหนดแนวทางปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัย ดังนี้

3.7.1 การใช้หลักเอกลิทธิ (Autonomy) หมายถึง การคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและ ความมีอิสระในการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัย การยินยอมร่วมศึกษาวิจัย ผู้ศึกษาให้สิทธิการตัดสินใจด้วยตนเอง พร้อมทั้งได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ร่วมศึกษา หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจโดยขอความยินยอมด้วยวาจาและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

3.7.2 การป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ร่วมศึกษาวิจัย ผู้วิจัยให้ความเชื่อมั่นว่าการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ประการใดจะไม่คุกคามหรือทำร้ายความรู้สึกของผู้เข้าร่วมการวิจัย ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้ร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลต่างๆ ได้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ อยู่ในสถานที่ปลอดภัยโดยไม่มีชื่อของกลุ่มเป้าหมายปรากฏในการรายงานผลการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกทำลาย หลังจากมีการวิเคราะห์และเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นแล้วภายใน 1 ปี จะไม่ระบุหรืออ้างอิงผู้ให้ข้อมูลหากไม่ได้รับอนุญาต

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนและประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยแบ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ระยะตามกรอบการนำเสนอ ดังนี้

4.1 ผลการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาระดับสมรรถนะ อสม. จังหวัดชัยภูมิ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

4.2 ผลการศึกษาระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบ ชั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

4.2 ผลการศึกษาระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.จังหวัดชัยภูมิ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

4.1 ผลศึกษาระยะที่ 1

ดำเนินการศึกษาในช่วงระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ.2565 ถึง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1) การศึกษาเชิงปริมาณ ในด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและระดับสมรรถนะของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

2) ศึกษาเชิงคุณภาพ ในประเด็นสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อในชุมชน และระบบการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดชัยภูมิ รวมถึงการพัฒนาและส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ

4.1.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

พหุบัณฑิต ชีเว

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดจำแนกตามคุณลักษณะของประชากรที่ศึกษา (n = 416)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=416)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	81	19.47
หญิง	335	80.53
2.อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	7	1.68
31-40 ปี	29	6.97
41-50 ปี	117	28.13
51-60 ปี	179	43.03
61 ปีขึ้นไป	84	20.19
Mean = 53.33	S.D. = 9.20	Min = 23 Max = 82
3.สถานภาพสมรส		
โสด	29	6.97
คู่	352	84.61
หม้าย	15	3.61
หย่า/แยกกันอยู่	20	4.81
4.การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	0.48
ประถมศึกษา	151	36.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	105	25.24
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	141	33.89
ปวส./อนุปริญญา	14	3.37
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	0.72
5.อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	1.92
เกษตรกร	307	73.80
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	16	3.85
รับจ้างทั่วไป	78	18.75
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7	1.68

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดจำแนกตามคุณลักษณะของประชากรที่ศึกษา (n = 416) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=416)	ร้อยละ
6.รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(ยังไม่หักค่าใช้จ่าย)		
≤ 3,000 บาท	128	30.77
3,001 – 6,000 บาท	153	36.78
6,001 – 9,000 บาท	72	17.31
9,001 – 12,000 บาท	51	12.26
12,001 – 15,000 บาท	10	2.40
15,001 บาท ขึ้นไป	2	0.48
7.ระยะเวลาการเป็น อสม.		
1-10 ปี	131	31.49
11-20 ปี	188	45.19
21-30 ปี	74	17.79
31-40 ปี	21	5.05
41 ปี ขึ้นไป	2	0.48
Mean = 15.99 S.D. = 8.66 Min = 1 Max = 44		
ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะเดิมของ อสม.		
		จำนวน
		ร้อยละ
1.จำนวนหลังคาเรือนรับผิดชอบ(หลัง)		
4-8 หลังคาเรือน	122	29.33
9-13 หลังคาเรือน	259	62.26
14-18 หลังคาเรือน	32	7.69
19-23 หลังคาเรือน	2	0.48
24 หลังคาเรือนขึ้นไป	1	1.00
Mean = 9.88 S.D. = 2.79 Min = 4 Max = 24		
2.จำนวนประชากรรับผิดชอบ (คน)		
1-15	28	6.73
16-31	201	48.32
32-47	141	32.47
48-63	37	8.89
64 คนขึ้นไป	9	2.16
Mean = 32.54 S.D. = 12.32 Min = 5 Max = 78		
3.การอบรมพัฒนาศักยภาพ		
เคย	304	73.08
ไม่เคย	112	26.92

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดจำแนกตามคุณลักษณะของประชากรที่ศึกษา (n = 416) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=416)	ร้อยละ
3.1 หลักสูตรที่ อสม. ใหม่		
เคย	267	64.20
ไม่เคย	149	35.80
3.2 หลักสูตร อบรมฟื้นฟู		
เคย	159	38.22
ไม่เคย	257	61.78
3.3 หลักสูตร อสม. เชี่ยวชาญ		
เคย	136	32.69
ไม่เคย	280	67.31
3.4 หลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน		
เคย	119	28.61
ไม่เคย	297	71.39
4. การระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่		
ไม่มี	297	71.39
มี	119	28.61
โรคติดต่อในชุมชนที่พบ		
ไม่มี	313	75.24
โควิด	48	11.54
ไข้เลือดออก	13	3.12
อื่นๆ	42	10.09
5. การจัดงบประมาณแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในชุมชน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	348	83.65
10,000-20,000 บาท	47	11.30
20,001 บาท ขึ้นไป	21	5.05
Mean = 10,000 Min = 1,000 Max = 60,000		
แหล่งสนับสนุนงบประมาณ		
อบต.	330	79.33
กองทุน สปสช.	21	4.40
อื่นๆ	65	13.50
ดำเนินการแก้ไขในเรื่อง		
เฝ้าระวังโรคติดต่อ	191	45.91
ป้องกันโรคติดต่อ	94	22.60
ควบคุมโรคติดต่อ	131	31.49

จากตารางที่ 2 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่างจำนวน 416 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 335 (ร้อยละ 80.53) เพศชาย จำนวน 81 (ร้อยละ 19.47) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 51-60 ปี จำนวน 179 ร้อยละ (43.03) รองลงมาอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 117 (ร้อยละ 28.13) และอายุน้อยที่สุดต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 1.68) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 53 ปี อายุสูงสุด 82 ปีและอายุต่ำสุด 23 ปี ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 352 (ร้อยละ 84.61) รองลงมาได้แก่สถานภาพสมรสโสด จำนวน 29 (ร้อยละ 6.97) ส่วนใหญ่จบ ประถมศึกษา จำนวน 151 (ร้อยละ 36.30) รองลงมาได้แก่มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 141 (ร้อยละ 33.89) และ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 105 (ร้อยละ 25.24) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม จำนวน 307 (ร้อยละ 73.80) รองลงมา ได้แก่รับจ้างทั่วไป จำนวน 78 (ร้อยละ 18.75) และ ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว จำนวน 16 (ร้อยละ 3.85) ส่วนมากมีรายได้ระหว่าง 3,001-6,000 บาท จำนวน 153 (ร้อยละ 36.78) รองลงมารายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท จำนวน 128 (ร้อยละ 30.77) ระยะเวลาการเป็น อสม.ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 11-20 ปี จำนวน 188 (ร้อยละ 31.49) รองลงมาอยู่ระหว่าง 1-10 ปี จำนวน 131 (ร้อยละ 31.49) ระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 15.99 ปี ระยะเวลาการเป็น อสม.สูงสุด 44 ปี และระยะเวลาการเป็น อสม.ต่ำสุด 1 ปี จำนวนหลังคาเรือน รับผิดชอบส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 9-13 หลังคาเรือน จำนวน 259 (ร้อยละ 62.26) รองลงมา หลังคา เรือนรับผิดชอบอยู่ระหว่าง 4-8 หลังคาเรือน จำนวน 122 (ร้อยละ 29.33) จำนวนหลังคาเรือน รับผิดชอบเฉลี่ย 10 หลัง จำนวนหลังคาเรือนรับผิดชอบสูงสุด 24 หลัง จำนวนหลังคาเรือนรับผิดชอบ ต่ำสุด 4 หลัง จำนวนประชากรรับผิดชอบส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 16-31 คน จำนวน 201 (ร้อยละ 48.32) รองลงมา จำนวนประชากรรับผิดชอบอยู่ระหว่าง 32-47 คน จำนวน 141 (ร้อยละ 32.47) จำนวนประชากรรับผิดชอบเฉลี่ย 33 คน จำนวนประชากรรับผิดชอบสูงสุด 78 คน จำนวนประชากร รับผิดชอบต่ำสุด 5 คน

ในส่วนการพัฒนาศักยภาพ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพร้อยละ จำนวน 304 (ร้อยละ 73.08) และไม่เคยอบรมพัฒนาศักยภาพ จำนวน 112 (ร้อยละ 26.92) สำหรับหลักสูตรที่เคยผ่านการอบรม ได้แก่ หลักสูตรการอบรม อสม.ใหม่ ส่วนใหญ่ผ่านการอบรม จำนวน 267 (ร้อยละ 64.20) ไม่เคยผ่านการอบรม จำนวน 149 (ร้อยละ 35.80) หลักสูตรอบรมฟื้นฟู ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรม จำนวน 257 (ร้อยละ 61.78) เคยผ่านการอบรม จำนวน 159 (ร้อยละ 38.22) หลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรม จำนวน 280 (ร้อยละ 67.31) เคยผ่าน การอบรม จำนวน 136 (ร้อยละ 32.69) หลักสูตร อสม.หมอบริการบ้านส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรม จำนวน 297 (ร้อยละ 71.39) เคยผ่านการอบรม จำนวน 119 (ร้อยละ 28.61)

ในส่วนของการระบาดของโรคติดต่อ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการระบาดของโรคติดต่อ จำนวน 297 (ร้อยละ 71.39) มีการระบาดของโรคติดต่อ จำนวน 119 (ร้อยละ 28.61) โรคติดต่อที่พบมีการ ระบาดส่วนใหญ่ ไม่มีการระบาด จำนวน 313 (ร้อยละ 75.21) มีการระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 48 (ร้อยละ 11.54) รองลงมาคือโรคอื่นๆ ได้แก่ มือเท้าปาก โรคอุจจาระร่วง จำนวน 42 (ร้อยละ 10.09) และโรคไข้เลือดออก จำนวน 13 (ร้อยละ 3.12) โดยพบว่า สัดส่วนของการเกิดโรคระบาดใน พื้นที่ของ อสม.ที่ได้รับการฝึกอบรมจะสูงกว่าพื้นที่ที่ไม่เกิดการระบาด (ร้อยละ 78.6: ร้อยละ 62.5)

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาถึงการเกิดโรคระบาดในพื้นที่ จะพบว่ามีส่วนที่ค่อนข้างน้อยกว่าการไม่เกิดโรคระบาด (ร้อยละ 26.9: ร้อยละ 73.1)

พิจารณาจากการได้รับงบประมาณในการควบคุมป้องกันโรค พบว่า ส่วนใหญ่ ได้รับการจัดงบประมาณแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในชุมชนต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 348 (ร้อยละ 83.65) รองลงมาได้รับการจัดงบประมาณระหว่าง 10,000-20,000 บาท จำนวน 47 (ร้อยละ 11.30) และได้รับการจัดงบประมาณมากกว่า 20,000 บาท จำนวน 21 (ร้อยละ 5.05) งบประมาณต่ำสุด 1,000 บาท และสูงสุด 60,000 บาท โดยงบประมาณมัธยฐานเท่ากับ 10,000 บาท และพบว่าแหล่งงบประมาณสนับสนุนแหล่งใหญ่มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถึงร้อยละ 87.3 และร้อยละ 9.1 มาจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน ส่วนอีกร้อยละ 3.6 มาจากแหล่งอื่น ๆ เช่น สสส. หรือการระดมทุนในหมู่บ้าน ฯลฯ

และหากพิจารณาถึงสัดส่วนการได้รับงบประมาณควบคุมป้องกันโรค ระหว่างพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดต่อและพื้นที่ที่ไม่มีการระบาด พบว่าใกล้เคียงกัน โดยงบประมาณจะกระจุกอยู่ในช่วงระหว่าง 1,000 บาท ถึง 20,000 บาท

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนความรู้ ทักษะและความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุม

โรคติดต่อในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ (n=416)

ข้อ	ความรู้ ทักษะ ความสามารถในการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	ระดับคะแนน (n = 416)		
		ถูก	ผิด	แปลผล
1	การจัดทำประชาคมหมู่บ้านเป็นวิธีการค้นหา ปัญหาโรคติดต่อได้ตรงกับสภาพปัญหาในพื้นที่ ของท่าน	384 92.31	32 7.69	ระดับ มาก
2	การจัดทำทะเบียนข้อมูลเข้าออกเป็นการลดความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อในพื้นที่ของท่านได้มาก	398 95.67	18 4.33	ระดับ มาก
3	การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรคในพื้นที่ของ ท่านอย่างสม่ำเสมอ สามารถตรวจจับการระบาดของ ของโรคติดต่อได้ทันเวลา	396 95.19	20 4.81	ระดับ มาก

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนความรู้ ทักษะและความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ (n=416) (ต่อ)

ข้อ	ความรู้ ทักษะ ความสามารถในการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	ระดับคะแนน (n = 416)		
		ถูก	ผิด	แปลผล
4	การจัดกิจกรรมรณรงค์ การผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ เป็นวิธีการป้องกันโรคติดต่อในชุมชน	395 94.95	21 5.05	ระดับ มาก
5	อสม.สามารถจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์เพื่อ ดำเนินการป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่รับผิดชอบได้	265 63.70	151 36.30	ระดับ ปาน
6	การควบคุมโรคไขเลือดออกที่ได้ผลดีที่สุดคือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	407 97.84	9 2.16	กลาง ระดับ
7	การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุม โรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่เป็นวิธีระงับโรคติดต่อซึ่ง สามารถแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืน	400 96.15	16 3.85	มาก ระดับ
8	การดำเนินงานควบคุมโรคในเขตพื้นที่เป็นหน้าที่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น	231 55.53	185 44.47	ระดับ ปาน
9	อสม.มีหน้าที่ช่วยสังเกตเหตุการณ์เกิดโรคและ ปักจี้เสี่ยง แจ้งข่าวโดยเร็วและช่วยดำเนินการ เบื้องต้นเพื่อควบคุมการระบาดของโรคติดต่อใน ชุมชน	409 98.32	7 1.68	กลาง ระดับ มาก
10	ความสามารถที่เหมาะสมของ อสม.ในการ ดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ในชุมชน คือ รู้เร็ว แจ้งข่าวเร็วและควบคุมเร็ว	407 97.84	9 2.16	ระดับ มาก
11	เหตุการณ์ที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ เหตุการณ์การเกิด โรคในคนและเหตุการณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการ เกิดโรคในคน	385 92.55	31 57.45	ระดับ มาก
12	การควบคุมโรคที่ยั่งยืนทำได้โดยการป้องกันก่อน เกิดโรค คือ การส่งเสริมสุขภาพอนามัย	400 96.15	16 3.85	ระดับ มาก

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนความรู้ ทักษะและความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ (n=416) (ต่อ)

ข้อ	ความรู้ ทักษะ ความสามารถในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	ระดับคะแนน (n = 416)		
		ถูก	ผิด	แปลผล
13	การรายงานเหตุการณ์สามารถทำได้ทั้งแบบเอกสารและรายงานออนไลน์ เช่น ผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์กลุ่ม	401	15	ระดับมาก
14	ท่านเคยเข้าร่วมประชุมผ่านระบบออนไลน์ เช่น google meet , zoom เป็นต้น	67.79	32.21	ปานกลาง
15	ท่านเคยส่งรายงาน อสม. ผ่านระบบออนไลน์ แอปพลิเคชัน เช่น สมาร์ท อสม., อสม.ออนไลน์	391	25	ระดับมาก
		93.99	6.01	

จากตารางที่ 3 แสดงระดับสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะและความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 5 อสม.สามารถจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์เพื่อดำเนินการป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่รับผิดชอบได้ ข้อ 8 การดำเนินงานควบคุมโรคในเขตพื้นที่เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น และข้อ 14 ท่านเคยเข้าร่วมประชุมผ่านระบบออนไลน์ เช่น google meet , zoom เป็นต้น

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนของระดับความรู้ ทักษะและความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ (n=416)

ระดับความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ	จำนวน (n=416)	ร้อยละ
น้อย (ได้คะแนน ร้อยละ 80 - 100)	0	0
ปานกลาง (ได้คะแนน ร้อยละ 60 - 79)	24	5.77
มาก (ได้คะแนน ร้อยละ 80 - 100)	392	94.23

จากตารางที่ 4 ระดับความรู้ ทักษะและความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 392 คน ร้อยละ 94.23 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 24 คน ร้อยละ 5.77 และระดับน้อย ไม่มี

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนระดับการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการปฏิบัติงาน ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ รายข้อได้ดังนี้ (n= 416)

รายการ	ระดับการปฏิบัติ (n = 416) (จำนวน/ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย (SD.)	แปลผล
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
1.เป็นกรรมการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	2 (0.48)	5 (1.2)	31 (7.45)	161 (38.7)	217 (52.16)	4.41 (0.722)	ระดับสูง
2.มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหา	2 (0.48)	2 (0.48)	27 (6.49)	165 (39.66)	220 (52.88)	4.45 (0.692)	ระดับสูง
3.มีส่วนร่วมในการเสนอแผนของบประมาณ	8 (1.92)	10 (2.4)	43 (10.34)	169 (40.63)	186 (44.7)	4.36 (2.638)	ระดับสูง
4.เฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชนด้วยการรายงาน	2 (0.48)	1 (0.24)	8 (1.92)	118 (28.37)	287 (68.99)	4.65 (0.582)	ระดับสูงมาก
5.มีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรค	1 (0.24)	1 (0.24)	9 (2.16)	133 (31.97)	272 (65.38)	4.62 (0.568)	ระดับสูงมาก
6.มีส่วนร่วมในการกำหนดกติกาข้อตกลง	5 (1.2)	5 (1.2)	57 (13.7)	185 (44.47)	164 (39.42)	4.20 (0.814)	ระดับสูง
7.มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูล	2 (0.48)	7 (1.68)	53 (12.74)	189 (45.43)	165 (39.66)	4.22 (0.766)	ระดับสูง
8.มีข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ	1 (0.24)	4 (0.96)	43 (10.34)	173 (41.59)	195 (46.88)	4.34 (0.720)	ระดับสูง
9.คืนข้อมูลสถานการณ์สุขภาพให้ชุมชน	7 (1.68)	1 (0.24)	32 (7.69)	184 (44.23)	192 (46.15)	4.33 (0.770)	ระดับสูง
10.เลือกวิธีแก้ไขปัญหาได้เหมาะสม	6 (1.44)	7 (1.68)	78 (18.75)	175 (42.07)	150 (36.06)	4.10 (0.859)	ระดับสูง
11.ได้รับการอบรมฟื้นฟูสมรรถนะ	3 (0.72)	4 (0.96)	29 (6.97)	171 (41.11)	209 (50.24)	4.39 (0.723)	ระดับสูง

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนระดับการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการปฏิบัติงาน ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ รายข้อได้ดังนี้ (n= 416) (ต่อ)

รายการ	ระดับการปฏิบัติ (n = 416) (จำนวน/ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย (SD.)	แปลผล
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
12.รายงานผลการปฏิบัติงาน	0 (0.00)	2 (0.48)	32 (7.69)	174 (41.83)	208 (50.0)	4.41 (0.653)	ระดับสูง
13.ส่งรายงานผ่าน application	1 (0.24)	4 (0.96)	14 (3.37)	125 (30.05)	272 (65.38)	4.59 (0.629)	ระดับสูงมาก
14.เข้าร่วมการประชุม online	30 (7.21)	26 (6.25)	80 (19.23)	148 (35.58)	132 (31.73)	3.78 (1.168)	ระดับสูง
15.ชักชวนบุคคลในชุมชนเข้าร่วม	1 (0.24)	5 (1.2)	37 (8.89)	156 (37.5)	217 (52.16)	4.40 (0.721)	ระดับสูง

ตารางที่ 6 แสดงระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ (n=416)

ระดับสมรรถนะ	จำนวน (n=416)	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ		
ระดับสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00)	272	65.38
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50)	144	34.62
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50)	0	0
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50)	0	0
ระดับต่ำมาก (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50)	0	0
Mean = 4.34 S.D. = 0.42 Min = 1.93 Max = 5		

จากตารางที่ 6 แสดงจำนวนของระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 65.38 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 34.62 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.42 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1.93 และค่าสูงสุดเท่ากับ 5

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ (n=416)

ข้อ	การดำเนินงาน	ระดับสมรรถนะด้านการปฏิบัติ		
		mean	S.D.	แปลผล
1	อสม.เป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	4.41	0.722	ระดับสูง
2	อสม.มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	4.45	0.692	ระดับสูง
3	อสม.มีส่วนร่วมในการเสนอแผนขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	4.36	2.638	ระดับสูง
4	อสม.มีบทบาทในการเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชนคือการรายงานให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทราบเมื่อสงสัยว่ามีการระบาดของโรคติดต่อในชุมชน	4.65	0.582	สูงมาก
5	อสม.มีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อเมื่อมีการระบาดในชุมชน	4.62	0.568	ระดับสูงมาก
6	อสม.มีส่วนร่วมในการกำหนด กติกา ข้อตกลงเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในชุมชน	4.20	0.814	ระดับสูง
7	อสม.มีส่วนร่วมวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ของโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ และจัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหา	4.22	0.766	ระดับสูง
8	อสม.มีข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	4.34	0.720	ระดับสูง
9	อสม.มีการคืนข้อมูลสถานะด้านสุขภาพแก่หลังคาเรือนรับผิดชอบเพื่อสร้างการรับรู้และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในชุมชน	4.33	0.770	ระดับสูง
10	อสม.สามารถตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหาก็เหมาะสมกับสภาพปัญหาได้	4.10	0.859	ระดับสูง
11	อสม.มีการอบรมฟื้นฟูหรือเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรที่เจ้าหน้าที่กำหนด	4.39	0.723	ระดับสูง
12	อสม.มีการรายงานผลการปฏิบัติงานผ่านเอกสารรายงานที่เจ้าหน้าที่กำหนด	4.41	0.653	ระดับสูง
13	อสม.ส่งรายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลายผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.	4.59	0.629	ระดับสูงมาก
14	อสม.เข้าร่วมประชุมผ่านระบบออนไลน์ เช่น google meet , zoom	3.78	1.168	ระดับสูง
15	อสม.สามารถชักชวนบุคคลในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุม โรคติดต่อในชุมชน	4.40	0.721	ระดับสูง

จากตารางที่ 7 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ พบว่า 5) การมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรค อยู่ในระดับสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย = 4.65) 4) การเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชนด้วยการรายงาน อยู่ในระดับสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย = 4.62) และ 13) อสม.ส่งรายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลายผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. อยู่ในระดับสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย = 4.59) ตามลำดับ

ข้อมูลระดับสมรรถนะด้านการปฏิบัติส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ย ได้ดังนี้ 2) อสม.มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.45) 1) อสม.เป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.41) 12) อสม.มีการรายงานผลการปฏิบัติงานผ่านเอกสารรายงานที่เจ้าหน้าที่กำหนด (ค่าเฉลี่ย = 4.41) 15) อสม.สามารถชักชวนบุคคลในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดต่อในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.40) 11) อสม.มีการอบรมฟื้นฟูหรือเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรที่เจ้าหน้าที่กำหนด (ค่าเฉลี่ย = 4.39) 3) อสม.มีส่วนร่วมในการเสนอแผนขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.36) 8) อสม.มีข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.34) 9) อสม.มีการคืนข้อมูลสถานะด้านสุขภาพแก่หลังคาเรือนรับผิดชอบเพื่อสร้างการรับรู้และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.33) 7) อสม.มีส่วนร่วมวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ของโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ (ค่าเฉลี่ย = 4.22) 6) อสม.มีส่วนร่วมในการกำหนด กติกา ข้อตกลงเพื่อใช้เป็น เครื่องมือในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.20) 10) อสม.สามารถตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาได้ (ค่าเฉลี่ย = 4.10) 14) อสม.เข้าร่วมประชุมผ่านระบบออนไลน์ เช่น google meet , zoom (ค่าเฉลี่ย = 3.78) ตามลำดับ

4.1.2 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ในระยะที่ 1

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการสนทนากลุ่ม อสม.ในพื้นที่เป้าหมายและสัมภาษณ์บุคลากรในหน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินงานของ อสม.ในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ เพื่อต้องการรู้บริบท สภาพปัญหา รวมถึงกระบวนการในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.จังหวัดชัยภูมิและนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม.จังหวัดชัยภูมิตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) ต่อไป

ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในพื้นที่เป้าหมายของการวิจัยระยะที่ 1 มีผลการศึกษาตามรายละเอียดดังนี้

4.2.1 สภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อในชุมชน และระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดชัยภูมิ

ในปี 2565 จังหวัดชัยภูมิ มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมด 24,247 คน จาก รพ.สต. 167 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ, 2565) ในช่วงสถานการณ์ระบาดของ โควิด 19 พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 128,205 คน เสียชีวิตจำนวน 217 ราย อัตราป่วยร้อยละ 11.27 และอัตราป่วยตายน้อยละ 0.16 ขณะมีการระบาด อสม. ได้ปฏิบัติบทบาท

ด้วยความทุ่มเท ทั้งร่างกายแรงใจ เป็นที่ประจักษ์ของชุมชน และได้รับ ความชื่นชมจากบุคคลและภาคส่วนต่างๆ ยกตัวอย่าง เหตุการณ์ที่พบผู้ติดเชื้อโควิด 19 ในพื้นที่ต่างๆในจังหวัดชัยภูมิ จนกระทั่งได้มีการปิดหมู่บ้านห้ามคน เข้า-ออกเป็นระยะเวลา 14 วัน เพื่อป้องกันและควบคุม ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดนอกพื้นที่นั้น อสม. ได้ปฏิบัติงาน ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ อย่างเข้มแข็ง อสม. ต้องทำบทบาทหลายด้านในช่วงเวลาเดียวกัน ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในจังหวัดชัยภูมิประกอบด้วย 3 บทบาท ได้แก่ (1) บทบาท ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข (2) บทบาทหน้าที่ ของ อสม. 4.0 และ (3) บทบาทที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ ระบาดของโรคโควิด 19 และมีบทบาทในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งที่เป็นต่อความจำเป็นของการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน คือการมีปัจจัยนำที่ดี ได้แก่ 1) กระบวนการฝึกอบรมและการกำกับติดตามการทำงานของ อสม. โดยบุคลากรสาธารณสุข 2) มีเครื่องมือในการอำนวยความสะดวกแก่ อสม. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการรายงาน และการติดต่อสื่อสาร เช่น โทรศัพท์มือถือ 3) ความสามารถของ อสม. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และ 4) กระบวนการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังและการนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรค ดังนั้นในกระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจาก อสม. และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน

อำเภอจัตุรัส ประกอบด้วย 9 ตำบล 119 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 73,616 คน จำนวนหลังคาเรือน 26,038 หลังคาเรือน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมด 2,073 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัตุรัส, 2565) ในช่วงสถานการณ์ระบาดของ โรคโควิด 19 พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 6,893 คน เสียชีวิตจำนวน 20 ราย อัตราป่วยร้อยละ 9.27 และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.29 ซึ่งอำเภอจัตุรัส อัตราป่วยตายสูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดชัยภูมิ (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ, 2565) พบผู้ป่วยในอำเภอจัตุรัสที่เป็น อสม. จำนวน 372 คน คิดเป็นร้อยละ 5.40

แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) ต้องอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ในพื้นที่ไว้ 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) ขึ้นเตรียมความพร้อม อสม. โดยการจัดตั้งทีม SRRT ระดับอำเภอ หมู่บ้านรวมถึงการเตรียมข้อมูลอุปกรณ์แบบฟอร์มต่างๆ 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับ กำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือไปร่วมอยู่ในสถานที่ที่มีผู้ป่วย 3) จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโดยการสอบถามสังเกตอาการ และให้คำแนะนำหากมีอาการให้ประสาน และส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) ผู้ที่ไม่มีอาการ อสม. ต้องติดตามให้ครบตามระยะเวลาของโรคติดต่อในชุมชน และ 5) รายงานผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบันทึกผ่านระบบรายงาน

4.2.2 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพระยะ 1 จากการสนทนากลุ่ม

สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่ม
2. ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview) โดยการสัมภาษณ์บุคลากรในหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม.

4.2.2.1 ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่ม

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่สนทนากลุ่ม ในพื้นที่เป้าหมาย คือ อสม.บ้านห้วยยาง อำเภอคอนสารจากโซนเหนือ อสม.บ้านกรุงเจริญสามัคคี อำเภอแก้งคร้อจากโซนกลางและ อสม.บ้านหนองบัวบาน ม.1 ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัสจากโซนใต้ กลุ่มเป้าหมายจำนวน 66 คน จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 57 คน (ร้อยละ 86.40) เพศชาย จำนวน 9 คน (ร้อยละ 13.60) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.7 (Min= 20 Max= 79 Mean= 51.67 SD=10.48) การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 33 คน (ร้อยละ 50.00) รองลงมาจบการชั้นประถมศึกษา จำนวน 18 คน (ร้อยละ 27.30)และ อาชีพหลัก ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 51 คน (ร้อยละ 77.30)

ผลการศึกษา จากการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาปรับปรุงจากข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 โดยการสนทนากลุ่มตามกรอบการสนทนาที่ผู้วิจัยออกแบบ โดยผู้วิจัยได้สรุปผลการสนทนากลุ่มตามกรอบการสนทนากลุ่มในประเด็น การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ ทั้ง 5 ขั้นตอน พร้อมสรุปปัญหา อุปสรรคที่พบและแนวทางพัฒนาต่อ ได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1.การเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงานของ อสม.จะพบปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ ขาดวัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุมโรค อสม.ส่วนใหญ่ ไม่รู้แหล่งที่มาของงบประมาณ ยกเว้นประธาน อสม.และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จะรู้แหล่งที่มาของงบประมาณ การแบ่งงานรับผิดชอบไม่ชัดเจน อสม.ที่รับผิดชอบหลังคาเรือนไหน ถ้ามีผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อในหลังคาเรือนนั้นๆ ก็ต้องรับผิดชอบ ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไปโดยปริยาย ถึงแม้จะไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการ ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ อสม.ก็ต้องเสาะแสวงหาความรู้จากแหล่งข้อมูลและเอกสารที่ส่งต่อมา จากส่วนกลางและในจังหวัด จึงพบปัญหา อสม.มีความรู้ไม่ครอบคลุม รู้แต่ไม่ปฏิบัติ และมีการ กระจายวัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ครอบคลุม เพราะมีจำนวนจำกัด

“...ไม่รู้ว่างบประมาณที่ใช้ในการควบคุมโรคโควิด เอามาจากไหน ไปถามประธาน อสม. น่าจะรู้ มี อบต.เอาหน้ากากอนามัยมาแจกครั้งนึง ผู้ใหญ่บ้านเอาเจลแอลกอฮอล์มาแจกครั้งนึง บอกว่า อบจ.ให้มาแจก 1 ขวดต่อหลังคาเรือน...”

(อสม.คนที่ 6,วันที่ 10 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...ทำงานที่ อบต....คะ อาศัยอยู่หมู่บ้านนี้ อสม.เชิญมาร่วมกิจกรรมวันนี้คะ การสนับสนุน งบประมาณของ อบต.ในช่วงที่มีการระบาดของโควิดที่ผ่านมา ช่วงแรกๆจะยากหน่อยคะ ของแพงทั้ง หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ สนับสนุนไม่ทั่วถึง ต่อมาดีขึ้น อบจ.... สนับสนุนทั้งหน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์และที่วัดใช้ ส่วน อสม.ช่วยเหลือดีคะ ขอความร่วมมืออะไรก็ช่วยเต็มที่...”

(ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คนที่ 3,วันที่ 10 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...เป็นประธาน อสม. มา 4 ปี พอจะรู้อ่างประมาณที่ใช้ในการซื้อหน้ากากอนามัยหรือเจลแอลกอฮอล์มาจาก อบต.... นายกคนนี้ใจดี มีคนติดเชื่อที่กรุงเทพ ท่านก็ให้รถ อบต.ไปรับมารักษาที่บ้าน โดยการกักตัวที่วัด... คุณหมอบอกเรียกว่า CI...”

(อสม. คนที่ 6,วันที่ 12 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...เป็นผู้รับผิดชอบดูแลบ้าน...ค่ะ หรือที่เรียกว่าหมอคนที่ 2 เป็นพยาบาลค่ะ เพิ่งเคยร่วมกิจกรรมแบบนี้ ปกติจะอยู่แต่ รพ.สต.ให้บริการคนไข้ ช่วงมีการระบาดของโรคโควิด ก็เลยอยากเรื่องจ่ายยาผู้ป่วยเรื้อรัง ก็ได้ อสม. ช่วยในการนำยาส่งให้คนไข้ ต่อมามีคนกักตัวที่บ้าน ก็ได้ อสม.นี้แหละค่ะ ที่ไปติดตามเยี่ยมบ้านส่งรายงานให้ บางคนส่งเป็นเอกสาร บางคนส่งผ่านมือถือได้...”

(ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คนที่ 2,วันที่ 10 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...การป้องกันโรคโควิด ของ อสม. ขณะอยู่บ้านตนเอง จะไม่ค่อยใส่หน้ากากอนามัย จะใส่หน้ากากอนามัยเฉพาะเวลาไปในที่ชุมชนหรือมีคนเยอะๆ เช่น ตลาด วัด แต่ถ้าเข้าเซเว่น ต้องใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง เพราะพนักงานเซเว่นไม่ให้เข้าถ้าไม่ใส่หน้ากากอนามัย...”

(อสม. คนที่ 4,วันที่ 10 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...เป็น อสม.เก่า เป็นมานานแล้ว เกือบ 20 ปีแล้ว ไม่เคยอบรมที่อำเภอหรอก อันที่คุณหมอให้ไปอบรมหลายวัน เคยแต่ไปอบรมที่ รพ.สต.โคกสูง 2 วัน ก็ได้บรรจุเป็น อสม....”

(อสม. คนที่ 8,วันที่ 10 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...เป็น อสม.เก่า เป็นมานานแล้ว เกิน 10 ปีแล้ว ไม่เคยอบรมที่อำเภอ เคยแต่ไปอบรมที่ รพ.สต..... ปีละ 1 ครั้งๆละ 1 วัน คุณหมอบอกว่าเป็นการอบรมฟื้นฟู...”

(อสม.บ้านห้วยยาง คนที่ 8,วันที่ 11 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...เป็น อสม.ใหม่ เพิ่งอบรม เพราะคุณหมอให้อบรมมาทดแทนพ่อที่แก่แล้ว แยกส่งรายงานผ่านโทรศัพท์.มือถือไม่ได้ ทำแทนพ่อมา 1 ปีแล้ว คุณหมอเลยให้มาอบรม ไม่มีค่าใช้จ่ายอะไร ผอ.นิศบอกว่าทางอำเภอมึงบงจ่ายค่าอาหารให้ ไปอบรมที่อำเภอ 3 วัน ฝึกปฏิบัติที่ รพ.สต.หนองบัวบานอีก 2 วัน...”

(อสม.บ้านหนองบัวบาน คนที่ 7,วันที่ 12 มิถุนายน 2566 : การสะท้อนผล)

“...เป็น อสม.เก่า เป็นมานานแล้ว เกือบ 30 ปีแล้ว ไม่เคยอบรมที่อำเภอหรอก อันที่คุณหมอให้ไปอบรมหลายวัน เคยแต่ไปอบรมที่ รพ.สต. 1 วัน ก็ได้บรรจุเป็น อสม....”

(อสม.บ้านหนองบัวบาน คนที่ 8,วันที่ 12 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

สำหรับแนวทางพัฒนาในขั้นตอน การเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงานของ อสม. ผู้วิจัยได้สรุปข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่มได้ ดังนี้

1) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครให้มีสมรรถนะ ด้านการบริหารจัดการทรัพยากร งบประมาณ การจัดการที่ดี

2) ควรมีการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ในการเฝ้าระวังเชิงรุก โดยการสำรวจพื้นที่ในความรับผิดชอบของตนเองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชน เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร สถานการณ์และความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันควบคุมโรค

2.การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย ปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงานที่พบส่วนใหญ่คือ กลุ่มเสี่ยงปกปิดข้อมูลการป่วย บางรายไม่กักตัว ขาดการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน

“...การเฝ้าระวังโรคโควิด ของ อสม. ที่ผ่านมา ช่วยคุณหมอ รพ.สต..... โดยการออกแจกเอกสาร อสม.เคาะประตูบ้าน พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ชาวบ้าน ตามที่ได้รับข้อมูลมาจากคุณหมอให้เอกสาร แผ่นพับ...”

(อสม. คนที่ 1,วันที่ 11 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...การเฝ้าระวังโรคโควิด ของ อสม. ที่ผ่านมา ช่วยคุณหมอ รพ.สต.ห้วยยาง โดยการส่งรายงานคนเข้า ออก หมู่บ้าน ทุกวัน ตอนแรกส่งเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มของคุณหมอ ต่อมาคุณหมอให้ส่งทางไลน์ พอส่งได้ ให้ลูกหลานสอน”

(อสม. คนที่ 2,วันที่ 11 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

แนวทางพัฒนา

1.จัดการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการพัฒนาสมรรถนะ ด้านการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง มีทักษะ Screening รู้เร็ว แจ้งเร็วและควบคุมเร็ว มีระบบการติดตามเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคที่ดี

2.จัดประชุมชี้แจง กำหนดแนวทางปฏิบัติ ในการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้กับภาคีเครือข่ายที่ร่วมปฏิบัติงาน

3.การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยง ปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงาน ในขั้นตอนนี้พบว่าการจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงไม่ครอบคลุม กลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในพื้นที่ไม่ให้ความร่วมมือ

“...การเฝ้าระวังโรคโควิด ของ อสม. ที่ผ่านมา ช่วยคุณหมอ รพ.สต.ห้วยยาง โดยการส่งรายงานคนเข้า ออก หมู่บ้าน ทุกวัน ตอนแรกส่งเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มของคุณหมอ ต่อมาคุณหมอให้ส่งทางไลน์ พอส่งได้ ให้ลูกหลานสอน”

(อสม.บ้านห้วยยาง คนที่ 2,วันที่ 11 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...การส่งรายงานคนเข้า ออก หมู่บ้าน ทุกวัน ตอนแรกส่งเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มของคุณหมอ พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ชาวบ้าน ตามที่ได้รับข้อมูลมาจากคุณหมอให้เอกสาร แผ่นพับมาแจก พอตอนหลังมีการระบาดมากขึ้น คุณหมอให้ถ่ายภาพรายงานทางไลน์ ทำให้ไม่เป็นหรือให้ลูกหลานทำให้”

(อสม. คนที่ 3,วันที่ 12 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

มีแนวทางพัฒนา ดังนี้ 1) มีระบบการจัดการข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงที่ดีและมีประสิทธิภาพโดยอสม.ในชุมชน 2)พัฒนาศักยภาพอสม.ให้มีสมรรถนะด้านการจัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง ส่งรายงาน Smart อสม.ได้ มีการทบทวนสม่ำเสมอ

4.การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการ ปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงานในขั้นตอนนี้พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ไม่กล้าเข้าไปเคาะประตูบ้าน อสม.มีความรู้แต่ไม่ปฏิบัติ จึงไม่สามารถไปบอก ชาวบ้านได้

“...การเฝ้าระวังโรคโควิด ของ อสม. ที่ผ่านมา ช่วยคุณหมอ รพ.สต.... โดยการส่งรายงาน คนเข้า ออก หมู่บ้าน ทุกวัน ตามแบบฟอร์มของคุณหมอ พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ชาวบ้าน ตามที่ได้รับข้อมูลมาจากคุณหมอให้เอกสาร แผ่นพับมาแจก....”

(อสม. คนที่ 6,วันที่ 11 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...การควบคุมโรคโควิด ของ อสม. ขณะปฏิบัติงานช่วยคุณหมอในการดูแลคนที่กักตัว คือ ออกไปเยี่ยมบ้านเขาทุกวัน จนกว่าจะครบ 14 วัน ของการกักตัว ก็ไม่ได้เข้าไปใกล้ ยืนอยู่นอกรั้วบ้าน ตะโกนถามอาการ บางคนก็โทรศัพท์ถามข่าว”

(อสม. คนที่ 2,วันที่ 10 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

มีแนวทางพัฒนา ดังนี้ 1)การสื่อสารข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจให้ประชาชนชุมชน 2)จัดกิจกรรมรณรงค์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชนเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร สถานการณ์และความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันควบคุมโรค 3) พัฒนาศักยภาพอสม.มีสมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม มีภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม

5. การบริหารจัดการ บันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน ปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงานในขั้นตอนนี้ พบว่า อสม.ส่วนใหญ่เล่นไลน์ไม่เป็น ไม่มีโทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์ไม่มีเน็ต อายุมาก สายตาไม่ดี ทำไม่เป็น ส่งรายงานผ่านระบบไม่ได้

“...การควบคุมโรคโควิด ของ อสม. ขณะปฏิบัติงานช่วยคุณหมอในการดูแลคนที่กักตัว คือ ออกไปเยี่ยมบ้านเขาทุกวัน จนกว่าจะครบ 14 วัน ของการกักตัว ก็ไม่ได้เข้าไปใกล้ ยืนอยู่นอกรั้วบ้าน ตะโกนถามอาการ โทรศัพท์ถามข่าว คุณหมอบอกให้ถ่ายภาพส่งทางไลน์ แต่เล่นไลน์ไม่เป็น”

(อสม. คนที่ 5,วันที่ 10 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...เพิ่งย้ายมาทำงานที่นี่ได้ 2 เดือนค่ะ เป็นงานรับผิดชอบใหม่ เพิ่งเคยทำ ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการอบรม แต่มีความจำเป็นต้องอบรม อสม.ใหม่ เพื่อทดแทนคนเสียชีวิต ลาออก และส่งงานผ่าน Application สมาร์ช อสม. ไม่ได้ เนื่องจากอายุเยอะ ทำไม่เป็น...”

(ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คนที่ 1,วันที่ 10 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...เป็น อสม.ใหม่ เพิ่งอบรม เพราะคุณหมอให้อบรมมาทดแทนพ่อที่แก่แล้ว แก่ส่งรายงานผ่านโทรศัพท์มือถือไม่ได้ ทำแทนพ่อมา 1 ปีแล้ว...”

(อสม. คนที่ 7,วันที่ 10 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...ก็ไม่ได้เข้าไปใกล้ ยืนอยู่นอกรั้วบ้าน ตะโกนถามอาการ บางคนก็โทรศัพท์ถามข่าว คุณหมอบอกให้ถ่ายภาพส่งทางไลน์ แต่เล่นไลน์ไม่เป็น ต่อมาคุณหมอบอกว่าต้องส่งงานผ่านมือถือ ก็ต้องฝึกทำ ไม่มีอะไรที่ อสม.ทำไม่ได้...”

(อสม. คนที่ 2, วันที่ 10 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...ออกไปเยี่ยมบ้านเขาทุกวัน จนกว่าจะครบ 14 วัน ของการกักตัว ก็ไม่ได้เข้าไปใกล้ ยืนอยู่นอกรั้วบ้าน ตะโกนถามอาการ บางคนก็โทรศัพท์ถามข่าว คุณหมอบอกให้ถ่ายภาพส่งทางไลน์ แต่เล่นไลน์ไม่เป็น ต่อมาต้องฝึกทำ เพราะทางอำเภอให้ศิริข้อมูลผ่านระบบ ฝึกจนทำเป็น....”

(อสม. คนที่ 5, วันที่ 12 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...ที่ผ่านมา อสม.ช่วยงานดีมาก แต่พอมีการปรับระบบ ให้ อสม.ส่งรายงานผ่าน Application สมาร์ช อสม. ก็เกิดปัญหาค่ะ อสม.ส่วนใหญ่อายุมาก สายตาไม่ดี ส่งงานไม่ได้...”

(ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คนที่ 1, วันที่ 12 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

“...บางคนส่งเป็นเอกสาร บางคนส่งผ่านมือถือได้ อสม.หนองบัวบาน มีปัญหาเรื่องส่งงานผ่าน Application สมาร์ช อสม. ไม่ได้ค่ะ ประสานผู้รับผิดชอบงานที่อำเภอไปแล้ว ท่านบอกว่ามีปัญหาระบบส่วนกลางค่ะ จังหวัดกำลังประสานส่วนกลางเพื่อดำเนินการแก้ไขให้ค่ะ...”

(ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คนที่ 2, วันที่ 12 มิถุนายน 2566 : การสนทนากลุ่ม)

มีแนวทางพัฒนา ดังนี้ 1)มีการบริหารจัดการ บันทึกรายงานผลการดำเนินงานโดยอสม.
2) จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ อสม.แบบ Learning by doing สอนโดย รพ.สต.

4.2.2.2 ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview) โดยการสัมภาษณ์บุคคลากรในหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม.

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามกรอบการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview) ที่ผู้วิจัยพัฒนาปรับปรุงจากข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 ได้ดังนี้

การสนับสนุนการดำเนินของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ เป็นกระบวนการที่ดำเนินการภายใต้นโยบายจากส่วนกลาง และมีการบูรณาการกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกจังหวัด กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นหน่วยงานหลักที่ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการอบรม อสม. ตามหลักสูตรต่าง ๆ ให้เป็นไปตามมาตรฐานของส่วนกลาง มีการมอบนโยบาย ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล ตามลำดับ จากระดับจังหวัด ไประดับอำเภอ(สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) ระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน ตามลำดับ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ ที่ผ่านมาจะพบว่า สสจ.ชัยภูมิ มีนโยบายด้านการสนับสนุนการดำเนินง ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยเชิญกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อให้ข้อมูลโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ เช่น

โรคไข้เลือดออก ให้ความรู้แก่ อสม.ทุกเดือน ทั้งเรื่องโรคติดต่อและบทบาทอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชน

“...ในเรื่องของการควบคุมโรคติดต่อ ปกติเราจะมีกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องอยู่แล้ว คือ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ ท่านนายแพทย์ สสจ.ให้ความสำคัญ และให้พัฒนาศักยภาพ อสม. ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อ ท่านจะเชิญกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อเข้ามาให้ข้อมูลว่าตอนนี้ สถานการณ์โรคติดต่อของเรา ช่วงนี้มีปัญหาเรื่องโรคอะไรบ้างที่จะให้ อสม.ไปประชาสัมพันธ์กับประชาชนในพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรค เช่น โรคไข้เลือดออก ท่านก็จะมาให้ความรู้ทุกเดือน และถ้าไม่เกี่ยวกับโรคติดต่อ อสม. ก็จะเป็นบทบาทหลักที่ทุกกลุ่มงานจะไป take action ได้อยู่แล้ว และจะมีเครือข่ายที่เข้าไปให้ความรู้แก่ อสม.ในส่วนของเราก็จะเป็นหน่วยประสานงานที่จะให้ทุกกลุ่มงานเข้ามาให้ความรู้กับ อสม. “

(หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพภาคประชาชน สสจ.ชัยภูมิ, 12 กรกฎาคม 2566:สัมภาษณ์เชิงลึก)

“...สำหรับกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับ อสม.ในเรื่องการติดตามผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ แต่จะไม่ได้ติดต่อกับ อสม.โดยตรง จะประสานงานผ่านผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ สำหรับในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพ อสม.ในเรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จะเกี่ยวข้องในส่วนของ การให้ความรู้แก่ อสม.ในวันประชุมประจำเดือน อสม. ที่มีการจัดประชุมผ่านระบบออนไลน์ทุกเดือน มีท่านนายแพทย์ สสจ. นั่งเป็นประธานการประชุมพร้อมทั้งมอบนโยบายแก่ อสม. สิ่งการประเด็นที่เป็นปัญหา ที่ผ่านมาจะให้ความรู้เรื่องโรคโควิด โรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก และโรคที่เป็นปัญหาในเดือนนั้นๆ เช่น โรคหัด โรคอุจจาระร่วง เป็นต้น”

(หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.ชัยภูมิ, 12 กรกฎาคม 2566:สัมภาษณ์เชิงลึก)

สืบเนื่องจากมีนโยบายถ่ายโอน รพ.สต.ไปยังหน่วยงานองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ชัยภูมิ การประสานงานและขับเคลื่อนการดำเนินงานของ อสม.ที่อยู่ภายใต้สังกัด รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ก็มีความสำคัญ โดยเฉพาะ การสนับสนุนการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน อบจ.ชัยภูมิ มีการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรค เช่น แอลกอฮอล์ล้างมือ หน้ากากอนามัย รวมถึงการสนับสนุนบุคลากรในการ ค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ มุ่งเน้นการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 เป็นหลัก และ อบจ.ยังมีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. ตามภารกิจการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่พบ อสม.มีปัญหาในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค โดยเฉพาะในเรื่องการส่งรายงานและการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชัน **สมาร์ช อสม.** ซึ่งหน่วยงานต่าง ๆ พยายามแก้ไข้ปัญหาโดยการพัฒนาศักยภาพ อสม. ผ่านการอบรมและการประชุมประจำเดือน

“...การดำเนินงานของ อบจ.ชัยภูมิ ที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ที่ผ่านมาจะดำเนินการในโรคโควิดเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ การสนับสนุนอุปกรณ์ให้กับอำเภอ ตำบล เช่น แอลกอฮอล์ล้างมือ, หน้ากากอนามัย การสนับสนุนบุคลากรในการค้นหาและคัด

กรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ส่วนปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนตาม บทบาทของหน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

(ตัวแทน หน่วยงานสนับสนุน อสม., 2 กรกฎาคม 2566: สัมภาษณ์)

จากการสัมภาษณ์หน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงาน อสม. พบว่า การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดชัยภูมิ จะดำเนินการคล้ายๆกับการสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. โดยกลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชนจะบูรณาการร่วมกันกับกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โดยการจัดอบรมให้ความรู้ อสม.และการสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ ผ่านช่องทางต่างๆ มีการมอบนโยบาย ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามลำดับ จากระดับจังหวัด ไประดับอำเภอ(สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) ระดับตำบล(รพ.สต.)และระดับหมู่บ้าน ตามลำดับ โดยเชื่อมโยงประสานการทำงานกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับอำเภอ,กลุ่มงานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ โดยการประสานงานจะเป็นทั้งแนวตรงและแนวราบ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ ได้ 5 ขั้นตอนดังนี้

1. **การเตรียมความพร้อม** ในระดับจังหวัด, อำเภอ, ตำบล และหมู่บ้าน มีการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังการระบาด เช่น การรายงานสถานการณ์โรค และการติดตามข้อมูลประชาชนที่เดินทางเข้าพื้นที่และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขและหน่วยงานต่าง ๆ เช่น เครื่องวัดอุณหภูมิ, เจลแอลกอฮอล์, หน้ากากอนามัย, ชุด PPE และชุดตรวจ ATK
2. **การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง** ในการค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่ เช่น การสอบสวนผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและต่ำ และให้เข้ารับการตรวจหาเชื้อ และการคัดกรองบุคคลที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ และกลุ่มที่มีอาการไข้หรือต้องเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ
3. **การจัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง** มีการบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในระบบ QR Code ที่อำเภอเป็นผู้ดำเนินการเพื่อทำการติดตามและเฝ้าระวังในชุมชน การตรวจสอบข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงและส่งคืนข้อมูลให้ผู้นำชุมชน
4. **การเฝ้าระวังและติดตามผู้มีอาการ** โดยอสม.ออกติดตามและสอบถามอาการ ไข้ และติดตามกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่เป็นระยะเวลา 14 วัน
5. **การรายงานผล** โดย อสม.รายงานข้อมูลผ่านการสแกน QR Code โดยสามารถติดตามผลการปฏิบัติงานผ่านระบบของอำเภอ ซึ่งช่วยให้เจ้าหน้าที่ติดตามและให้การดูแลกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป: การดำเนินงานของ อสม.ในชุมชนช่วยลดการแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านการประสานงาน การใช้เทคโนโลยี และการเฝ้าระวังอย่างรอบคอบ

ผู้วิจัยได้สรุปปัญหา อุปสรรค จากการสัมภาษณ์หน่วยงานสนับสนุนในแต่ละขั้นตอนได้ ดังนี้

- 1) ขันเตรียมความพร้อม ทั้งในระดับอำเภอและหมู่บ้าน รวมถึงความพร้อมด้านวัสดุ อุปกรณ์ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ มีไม่เพียงพอ มีการจำกัดการใช้อุปกรณ์
- 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ มีปัญหาของความเสี่ยงที่ไม่เปิดเผย ไม่ได้ครอบคลุม เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงวิตกกังวล ไม่เปิดเผยตัวตน
- 3) จัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีปัญหาการปกปิดข้อมูลการป่วย ทำให้การเฝ้าระวังติดตามในพื้นที่ไม่ได้ครอบคลุม
- 4) การเฝ้าระวังติดตามผู้มีอาการในพื้นที่ บางคนปกปิดข้อมูล กลัวเป็นที่รังเกียจของชุมชน
- 5) การรายงานผล มีปัญหาเรื่อง ยังคงมี อสม.บางส่วนรายงานเข้าระบบออนไลน์ไม่ได้และผู้วิจัยยังได้สรุปข้อเสนอแนะจากการสัมภาษณ์หน่วยงานสนับสนุน อสม. โดยสรุปข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ทั้ง 4 ด้าน ต้องการให้พัฒนาศักยภาพ อสม. ดังนี้

- 1) ด้านความรู้
อบรมออนไลน์ ทบทวนสม่ำเสมอ เป็นบทเรียน E-learning /ประชุมกลุ่ม พัฒนาศักยภาพเป็นระยะ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน โรคติดต่อต่างๆ ทั้งความรู้ การให้วัสดุอุปกรณ์
- 2) ด้านทักษะ
อบรม ทบทวน สาธิต การปฏิบัติ ด้านการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ เช่น การตรวจ ATK
- 3) ด้านความสามารถ จัดประชุมกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในแต่ละพื้นที่
- 4) ด้านคุณลักษณะอื่น อบรม อสม.เชี่ยวชาญ เฉพาะทาง เช่น การเจาะเลือดปลายนิ้วคัดกรองค้นหาเบาหวาน ฝึกความเชี่ยวชาญการตรวจ ATK และตรวจพื้นฐานเบื้องต้นอื่นๆ เพื่อช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ้ามีเหตุจำเป็นขาดแคลนเจ้าหน้าที่

สำหรับรูปแบบหรือวิธีการพัฒนาสมรรถนะ อสม ด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชนเหมาะสมควรดำเนินการโดยผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเกี่ยวกับงานนั้นๆ เพื่อให้ อสม. ได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง

การพัฒนาสมรรถนะ อสม อื่นๆที่จำเป็นต่อการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชน ควรมีประเด็นที่ง่ายต่อความเข้าใจของ อสม. นำไปปฏิบัติใช้ได้จริง เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข

ระบบสนับสนุนที่จำเป็นและควรมีในการพัฒนาสมรรถนะ อสม ด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชนควรเพิ่มสมรรถนะ อสม.ให้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องระบบส่งต่อข้อมูล

ควรมีฐานข้อมูลสำรอง เพื่อใช้ในการติดตามย้อนหลัง หรือเพื่อดูข้อมูลให้ทันต่อสถานการณ์การเกิดโรค และการส่งต่อข้อมูล

สำหรับหน่วยงานในระดับตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบทบาทสำคัญในการติดตาม ควบคุม และกำกับให้ อสม. บันทึกรายงานการปฏิบัติงานผ่านแอปพลิเคชัน SMART อสม. อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา อย่างไรก็ตาม พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต. มาจากหลากหลายสาขาอาชีพ และบางคนไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ อสม. การรับมอบนโยบายและการติดตามรายงานมักดำเนินการผ่านการประชุมประจำเดือนในระบบออนไลน์ ในทางปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต. ต้องจัดอบรมให้ความรู้ อสม. ในการใช้แอปพลิเคชัน SMART อสม. ตั้งแต่การติดตั้ง การใช้งาน การส่งรายงาน และการอัปเดตแอปพลิเคชัน เมื่อมีการปรับปรุง ระบบการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานของ อสม. มีหลายระบบ รวมถึงการติดตามการส่งรายงานผ่าน SMART อสม. ในส่วนที่เรียกว่า "รายงาน อสม.1" ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการขออนุมัติจ่ายค่าป่วยการ อสม. ในแต่ละเดือน สำหรับกระบวนการส่งรายงานผ่านแอปพลิเคชัน SMART อสม. เริ่มจาก อสม. กดส่งรายงานระหว่างวันที่ 20-25 ของทุกเดือน จากนั้นผู้รับผิดชอบงานระดับตำบลใน รพ.สต. จะตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ก่อนส่งรายงานไปยังระดับอำเภอ เพื่อให้ผู้รับผิดชอบงานในระดับอำเภอตรวจสอบ และส่งต่อไปยังระดับจังหวัด

สรุป จากการสัมภาษณ์หน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ พบว่ามีหลายประเด็นที่ต้องพัฒนา โดยเฉพาะรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. แนวทางการพัฒนาควรเริ่มจากการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับ รวมถึงการพัฒนากระบวนการสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. ในจังหวัดชัยภูมิทุกระดับ นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีในการทำงานของ อสม. เป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาพบว่า อสม. มีทัศนคติและทักษะในการใช้สมาร์ตโฟนในการทำงานที่แตกต่างกัน การฝึกอบรมและการสนับสนุนเพิ่มเติมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดชัยภูมิ ควรเน้นการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในทุกระดับ การใช้เทคโนโลยีในการทำงาน และการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับนโยบายส่วนกลาง ดังจะเห็นได้จากบทสัมภาษณ์ อาทิเช่น

(ตัวแทน หน่วยงานสนับสนุน อสม., 1 กรกฎาคม 2566: สัมภาษณ์)

ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ระดับอำเภอ

“...สำหรับการพัฒนาศักยภาพ อสม.ในระดับอำเภอ จะรับนโยบายจากศูนย์ สสม.ภาคที่จะมามอบนโยบายปีละครั้ง โดยจะให้ผู้รับผิดชอบงาน อสม.ระดับอำเภอไปประชุมรับนโยบายพร้อมกันที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ แต่ก่อนการพัฒนาศักยภาพ อสม. จะมีโควตามาให้ตามหลักสูตร งบประมาณสนับสนุนก็มีน้อย อย่างเช่น การอบรมหลักสูตร อสม.หมอบประจำบ้าน กลุ่มเป้าหมายอบรมก็จะเป็นประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน งบประมาณที่ได้ตกหัวละ 80 บาท มีตารางอบรมมาจากส่วนกลาง วิทยากรจะเป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและระดับตำบล ช่วยกันโดยไม่มีค่าวิทยากร ตั้งแต่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ยังไม่มีการสนับสนุนงบประมาณมาให้

จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.อีกเลย ส่วนการอบรม อสม.ใหม่ การจัดอบรมขึ้นอยู่กับแต่ละอำเภอ เพราะถูกจำกัดด้วยโควตาการจ่ายค่าป่วยการ อสม.ของแต่ละอำเภอ สสอ.มีหน้าที่ดูแลโควตา และจัดทำบัญชีทดแทนกรณีเสียชีวิตและลาออก โดยแบ่งตามโควตาของแต่ละ รพ.สต. จึงมี อสม.บาง คนทำงานโดยไม่ได้รับค่าป่วยการ แต่ด้วยความเป็นจิตอาสา และมีการดูแลสิทธิสวัสดิการต่างๆ ให้ อสม. ทั้ง อสม.บัญชีและ อสม.บัญชี 2 อาทิเช่น สวัสดิการดูแลเมื่อเจ็บป่วย จะได้รับสิทธิรักษาฟรี นอนห้องพิเศษฟรี ซึ่งสิทธิสวัสดิการนี้จะรวมถึงบุคคลในครอบครัวของ อสม. หรือแม้กระทั่งสิทธิการ สมัครเป็นสมาชิกชมรมฌาปนกิจ อสม.แห่งประเทศไทย ที่ อสม.สามารถสมัครได้ทุกคน รวมถึงคู่ สมรสของ อสม.ก็สามารถสมัครสมาชิกสมทบได้ ซึ่งในปัจจุบันสมาคมดังกล่าว ได้ดูแล ครอบครัว อสม.ที่เสียชีวิต โดยจ่ายเงินสงเคราะห์ศพประมาณ 5.4 แสนบาท ซึ่งเงินจำนวนนี้จะมาจากการหักเงิน ค่าป่วยการ อสม. โดยธนาคาร ธกส. ดำเนินการหักศพละประมาณ 40 สตางค์ ตกเดือนละประมาณ 400 บาท ปัจจุบัน จึงทำให้มีคนแจ้งความประสงค์ที่จะขอสมัครเป็น อสม. แต่เนื่องจากการจำกัด ด้วยโควตา จึงมีการจัดอบรม ปีเว้นปี และต้องดู อสม.บัญชี 2 ด้วย ส่วนการพัฒนาศักยภาพ อสม.เก่า ปัจจุบัน ภาระงานจะตกไปอยู่ที่ รพ.สต. ซึ่งจะขอสนับสนุนจากกองทุน สปสช.มาจัดอบรมตาม โครงการที่ต้องการแก้ไขปัญหาในพื้นที่และจัดอบรมในโครงการตามนโยบายเช่น อบรม อสม.บัดดี้ เพื่อแก้ไขปัญหาหยาเสพติด จัดอบรม อสม.ยกระดับเป็นจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ(CG) จัดอบรมเจาะปลาย นิ้วตามโครงการ NCD เป็นต้น ส่วนใหญ่ รพ.สต.จะเชิญผู้รับผิดชอบงานที่ สสอ.และ รพช.ไปเป็น วิทยากรร่วม....”

(ตัวแทน หน่วยงานสนับสนุน อสม.,6 กรกฎาคม 2566: สัมภาษณ์)

ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ระดับจังหวัด

“...การพัฒนาศักยภาพ อสม.ต้องดำเนินการตามนโยบายของหน่วยงานสนับสนุนด้วย ไม่ใช่ว่าอยากพัฒนาแบบไหน ตามใจตัวเอง นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขช่วงนี้จะเน้นให้ อสม.ส่ง รายงานผ่านแอปสมาร์ช อสม.ได้ และสามารถประเมินตนเองผ่านแอปพลิเคชันได้ ซึ่งข้อมูลที่ได้รับมา จากกลุ่มงาน สช.สสจ.พบว่า อสม.จังหวัดชัยภูมิ มีผลงานการประเมินตนเองผ่านระบบแอปพลิเคชัน สมาร์ช อสม.ต่ำที่สุดในเขตนครชัยบุรีรินทร์ จำเป็นต้องมีการอบรม พัฒนาศักยภาพ อสม.ให้สามารถ ดำเนินการแก้ไขปัญหานี้ได้ เพื่อตอบโจทย์ของผู้บริหาร...”

(ตัวแทน อสม., 9 กรกฎาคม 2566: สัมภาษณ์)

ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ระดับอำเภอ

“...การพัฒนาศักยภาพ อสม.ต้องดำเนินการตามนโยบายของ จังหวัด อำเภอ ช่วงนี้จะ เน้นให้ อสม.ส่งรายงานผ่านแอปสมาร์ช อสม.ได้ และสามารถประเมินตนเองผ่านแอปพลิเคชันได้ จำเป็นต้องมีการอบรม พัฒนาศักยภาพ อสม.ให้สามารถดำเนินการเองได้ แต่ปัญหาที่พบคือ อสม. ส่วนใหญ่อายุมาก ทำเองไม่ได้ บางคนไม่มีโทรศัพท์ บางคนไม่ชอบใช้เน็ตตัวเอง การส่งรายงานแต่ละ รอบต้องไปใช้เน็ต รพ.สต.ส่งงานในวันประชุมประจำเดือน ซึ่งคุณหมอก็ไม่ได้ประชุมตรงกันทุกเดือน บางคนทำไม่ได้ก็ไปจ้างคนอื่นทำ เพื่อให้สามารถส่งรายงานผ่านระบบ ผ่านแอปพลิเคชันได้...”

(ตัวแทน อสม.,10 กรกฎาคม 2566: สัมภาษณ์)

ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา จะพบว่า การประสานงานส่วนใหญ่จะทำได้ในระบบออนไลน์ สั่งการผ่านระบบหนังสือราชการตามระบบ ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารทางเดียว การสะท้อนข้อมูลกลับมีน้อย หน่วยงานที่ถูกมองว่าใกล้ชิด อสม.มากที่สุด คือ หน่วยงานในระดับตำบล ไม่ว่าจะเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) ต่างก็เข้ามามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม. โดยจะมีการสนับสนุนทั้งวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค วัสดุ อุปกรณ์ แก่ อสม.ในการป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน อาทิเช่น หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ เป็นต้น รวมถึงการสนับสนุนบุคลากรจากหน่วยงาน ลงพื้นที่ไปเป็นที่เลี้ยง ดูแล ช่วยเหลือ อสม. ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ภาคเอกชน เป็นต้น เพื่อร่วมกันป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ซึ่งมีการระบาดอย่างต่อเนื่องและรุนแรงในขณะนั้น เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และระดับตำบล เริ่มเข้ามามีบทบาทสำคัญในการฝึกอบรม ให้ความรู้ อสม. ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน รวมถึงการ ควบคุม กำกับและติดตามให้ อสม. สามารถบันทึกรายงานการปฏิบัติงานผ่านแอปพลิเคชันต่างๆ ซึ่งหน่วยงานต่างๆ ในระดับกระทรวง ทบวง กรม หรือแม้กระทั่งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ที่ได้เริ่มมีการพัฒนาแอปพลิเคชันต่างๆ มาใช้มากขึ้น เพื่อให้การปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทุกหน่วยงาน มุ่งพัฒนาแต่ด้าน software (แอปพลิเคชัน) ลืมนึกถึงการพัฒนา Hardware (ผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน) ซึ่งส่วนใหญ่ ผู้บันทึกผลการปฏิบัติงานผ่านแอปพลิเคชันต่างๆ จะเป็น อสม.และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระดับตำบล ซึ่งยังไม่มีเตรียมความพร้อมเท่าที่ควร ประกอบกับจากการสัมภาษณ์พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต. มาจากหลากหลายสาขาอาชีพ และบางคนไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ อสม. การรับมอบนโยบายและการติดตามรายงานมักดำเนินการผ่านการประชุมประจำเดือนในระบบออนไลน์ ในทางปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต. ต้องจัดอบรมให้ความรู้ อสม. ในการใช้แอปพลิเคชันต่างๆที่หน่วยงานจากส่วนกลางพัฒนาขึ้น ตั้งแต่การติดตั้ง การใช้งาน การส่งรายงาน และการอัปเดตแอปพลิเคชันเมื่อมีการปรับปรุง ระบบการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานของ อสม. มีหลายระบบ รวมถึงการติดตามการส่งรายงานผ่าน SMART อสม. ในส่วนที่เรียกว่า "รายงาน อสม.1" ซึ่งเป็นรายงานที่เป็นพื้นฐานของข้อมูลต่างๆ ในระบบของกระทรวงสาธารณสุข แต่ถูกบันทึกข้อมูลเข้าระบบโดยบุคลากรที่อยู่ในระบบสาธารณสุขล่างสุด คือ อสม.

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในจังหวัดชัยภูมิ พบว่ามีการดำเนินงานตามนโยบายจากบนลงล่าง โดยมีการประสานงานระบบรายงานออนไลน์ ควบคุม กำกับ และติดตามโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในแต่ละระดับ การควบคุมกำกับติดตามดำเนินการตามลำดับ คือ จังหวัดติดตามระดับอำเภอ อำเภอติดตามระดับตำบล ตำบลติดตามระดับหมู่บ้าน โดยประธาน อสม. ติดตามข้อมูลรายบุคคลจาก อสม. ผู้รับผิดชอบแต่ละหลังคาเรือน สุดท้ายเมื่อนำนโยบายการเพิ่มค่าป่วยการมาใช้ในการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานของ อสม. นำมาเป็นข้อต่อรองในการโอนค่าป่วยการ เกิดนโยบาย ต้องส่งรายงาน อสม.1 จึงจะได้รับโอนค่าป่วยการ ในเดือนนั้น เกิดระบบโควตา อสม.อาจจะไม่ใช้จิตอาสาอีกต่อไป ทำให้ อสม.ต้องมีการพัฒนาตัวเองทั้งทางด้านความรู้ การปฏิบัติงาน และความรู้ในด้านเทคโนโลยี เพื่อให้สามารถดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อใน

ชุมชนให้ได้ทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้วิจัยพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม อสม.สามารถสรุปได้ตามกรอบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ โดยผู้วิจัยได้เสนอแนวทางการพัฒนาไว้ในแต่ละขั้นตอน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสรุปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ในจังหวัดชัยภูมิ ต่อไป

ผู้วิจัยได้สรุปปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ และปัญหา อุปสรรคที่พบ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล ซึ่งน่าจะเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใกล้ชิด อสม.มากที่สุดขณะปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ พบว่าปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่

คน – การเกิดโรคระบาดหลายๆโรค มีการติดต่อจากคน(โดยเฉพาะ covid-19) จะเห็นว่าติดต่อจากคนสู่คน กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดมาตรการหลายด้านเช่น DMHTT ห้ามใกล้ชิดหรือทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื่อ อีกทั้งตัวบุคคลเองที่ต้องมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค การมีสุขวิทยาที่ถูกต้องเช่น สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ เป็นต้น การป้องกัน ควบคุมโรค บางครั้งอาจจะไม่ได้ผลเนื่องจาก คน ไม่ให้ความร่วมมือ การให้ข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง(ในการสอบสวนโรค) รวมทั้งการเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่และไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรการ

สิ่งแวดล้อม – โรคติดต่อส่วนใหญ่เกิดการระบาดได้มาก ได้รวดเร็วเนื่องจากสภาพแวดล้อมมีความเหมาะสม เช่น ในห้องที่มีสภาพแวดล้อมที่มียุงยักยอกันหนาแน่น การถ่ายเทอากาศไม่ดี สภาพอากาศมีความเย็น ซึ่งเหมาะกับการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ง่ายกว่า สภาพแวดล้อมที่โล่ง อากาศถ่ายเทสะดวก

เชื้อโรค – covid19 เกิดจากเชื้อโรคที่มีการระบาดใหม่ เกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ระบาดทั่วโลกซึ่งยังไม่สามารถหาวิธีการรักษาโรคได้อย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ แม้กระทั่งวัคซีนที่ผลิตขึ้นเพื่อมาฉีดก็ไม่สามารถป้องกันได้ 100%

ปัญหาอุปสรรคในขั้นตอนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชน

ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ที่พบปัญหา ดังนี้:

1. การสื่อสาร ระบบสื่อสารไม่สะดวก ลำช้า และไม่ทันสมัย
2. ประสิทธิภาพของ อสม. บางคนขาดความพร้อม หรือมีข้อจำกัดในการทำงาน
3. การได้รับความร่วมมือประชาชนและชุมชนบางส่วนให้ความร่วมมือน้อย
4. การส่งข้อมูล ไม่ทันเวลา ขาดการประสานงานผ่านสื่อสังคมออนไลน์
5. การจัดหาวัสดุและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ

1. ด้านการเฝ้าระวังโรค จัดอบรมความรู้และฟื้นฟูสมรรถนะ อย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อปี รวมถึงให้เจ้าหน้าที่ทบทวนและให้ความรู้แก่ อสม. ในการประชุมประจำเดือน

2. **ด้านการป้องกันโรค** ให้ความรู้เชิงทฤษฎี **เดือนละ 1 ครั้ง** หรือ **ปีละ 3-4 ครั้ง** จัดหาอุปกรณ์และวัสดุที่เพียงพอ เตรียมรับมือการระบาดในพื้นที่

3. **ด้านการควบคุมโรค** อบรม อสม. ให้มีทักษะการสื่อสารผ่านช่องทาง **Social Media** และพัฒนาระบบส่งข้อมูลให้สามารถส่งได้ **รวดเร็วและทันเวลา**

4. **ด้านอื่นๆ** ทบทวนและซ้อมแผนรับมือโรคระบาด เช่น การ **เขียนแผนปฏิบัติการ** และซ้อมแผนบนโต๊ะ (Table-top Exercise)

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.

1. ด้านความรู้ ควรมีการพัฒนาและให้ความรู้แก่ อสม. อย่างต่อเนื่อง
2. ด้านทักษะ เพิ่มทักษะการ ประเมินโรคเบื้องต้น และฝึกการปฏิบัติจริง
3. ด้านความสามารถ ส่งเสริมความสามารถผ่านการให้ความรู้จากโรงพยาบาลที่มีการ สอบทาน ข้อมูล

4. ด้านคุณลักษณะอื่นๆ อสม. ควรมี วิทยุที่เหมาะสม ไม่แก่เกินไปหรือสุขภาพทรุดโทรม ย้ำเรื่อง ความซื่อสัตย์ ในการบันทึกข้อมูล เช่น ห้ามรายงานเท็จโดยไม่ลงพื้นที่ปฏิบัติงานจริง

ปัญหาและการแก้ไข: ปัญหาที่พบคือ อสม.บางคนใช้งานแอปพลิเคชันไม่เป็นหรือไม่มีอุปกรณ์ที่เหมาะสม การแก้ไขโดยการอบรมจากเจ้าหน้าที่ที่ใกล้ชิด เช่น คุณหมอใน รพ.สต. ซึ่งสามารถตอบคำถามและช่วยเหลือได้ทันที

“...ข้อเสนอแนะอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) **ด้านการเฝ้าระวังโรค** ต้องสร้างความเข้าใจกับ **ผู้นำชุมชน, อสม. และประชาชน** เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค สร้างความตระหนักให้ประชาชนในชุมชน มีความรู้ ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน โดยถือเป็นหน้าที่ของทุกคนไม่ใช่หน้าที่ของ อสม.หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น 2) **ด้านการป้องกันโรค** ต้องแสวงหาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่และส่งเสริมการแชร์ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน 3) **ด้านการควบคุมโรค** ต้องประสานงานร่วมกับ **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)** และผู้นำชุมชน ควรสนับสนุนด้านงบประมาณและอุปกรณ์สิ่งของให้เพียงพอ 4) **ด้านอื่นๆ** ควรมีการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้เพื่อความสะดวก รวดเร็ว ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน อสม.สามารถใช้งานได้...”

(ตัวแทน หน่วยงานสนับสนุน อสม., 13 กรกฎาคม 2566: สัมภาษณ์)

“...มีการฝึกอบรมทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการพัฒนาด้านการสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ อสม.บางส่วนขาดทักษะด้านการสื่อสาร การพูด การให้คำแนะนำ(ทำงานเก่ง แต่พูดไม่เก่ง) ซึ่งเวทีประกวด อสม.ดีเด่นระดับต่างๆ ทำให้กลุ่มที่พูดไม่เก่ง ไม่กล้าไปนำเสนอการพัฒนาศักยภาพของ อสม.: การคัดเลือก อสม. ที่มีจิตอาสาและมีใจรัก การอบรมให้ได้ผล ควรเน้นการปฏิบัติจริงและการสอนตัวต่อตัว โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันและเทคโนโลยีต่าง

ๆ การสอนเทคโนโลยีควรเหมาะสมกับ อสม. แต่ละคน เช่น การสอนรายบุคคล เพื่อให้ทุกคนเข้าใจ และใช้งานได้จริง...”

(ตัวแทน หน่วยงานสนับสนุน อสม., 13 กรกฎาคม 2566: สัมภาษณ์)

“...การพัฒนาศักยภาพ อสมต้องดำเนินการตามนโยบายของ จังหวัด อำเภอ ช่วงนี้จะเน้น ให้ อสม.ส่งรายงานผ่านแอปสมาร์ช อสม.ได้ และสามารถประเมินตนเองผ่านแอปพลิเคชันได้ จำเป็นต้องมีการอบรม พัฒนาศักยภาพ อสม.ให้สามารถดำเนินการเองได้ แต่ปัญหาที่พบคือ อสม. ส่วนใหญ่อายุมาก ทำเองไม่ได้ บางคนไม่มีโทรศัพท์ บางคนไม่ยอมใช้เน็ตตัวเอง การส่งรายงานแต่ละรอบต้องไปใช้เน็ต รพ.สต.ส่งงานในวันประชุมประจำเดือน ซึ่งคุณหมอก็ก็นั่งประชุมตรงกันทุกเดือน บางคนทำไม่ได้ก็ไปจ้างคนอื่นทำ เพื่อให้สามารถส่งรายงานผ่านระบบ ผ่านแอปพลิเคชันได้ ส่วนการพัฒนาศักยภาพด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ที่ผ่านมามีพบว่า อสม.ทำได้ดี ในระดับหนึ่ง แต่ข้อมูลการระบาดของโรคติดต่อ เช่น การระบาดของโควิด-19 โรคไข้เลือดออก หรือ แม้กระทั่งโรคมือเท้าปาก พบว่ายังมีอย่างต่อเนื่อง เพราะอะไร เพราะ อสม. เก่งทุกคน ดังจะเห็นจากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา แต่ อสม.ส่วนใหญ่ รู้แต่ไม่ทำ ไม่สามารถไปบอกให้ชาวบ้านทำได้ อสม.เลยต้องทำเอง เพราะฉะนั้น การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในเวลานี้ ควรมุ่งเน้นพัฒนาความสามารถในด้าน ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม และฝึกทักษะเพิ่มเติมในเรื่องเทคนิคต่างๆ ในการช่วยคุณหมอทำงาน เช่น ฝึกใช้ชุดตรวจ ATK, การใส่ชุดป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น...”

(ตัวแทน อสม.,10 กรกฎาคม 2566: สัมภาษณ์)

“...ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงานด้าน การเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อ ในชุมชน คือ องค์ความรู้ คือ รู้เร็ว แฉ่งเร็วและควบคุมเร็ว ที่ผ่านมามีการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ไม่ได้ผลเพราะ ทุกคน รู้แต่ไม่ทำ ยกตัวอย่างการระบาดของโรคโควิด-19 บางรายมีการปกปิดข้อมูล ทำให้ไม่ทราบข้อมูลที่แท้จริง อาจทำให้การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงไม่ครอบคลุมในพื้นที่ การดำเนินงานเฝ้าระวังที่ได้ผลดี ต้องมีการ ประชาสัมพันธ์และประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีผู้มีอาการจำนวนมาก ทำให้การติดตามผู้มีอาการในพื้นที่ล่าช้าไปบ้าง สำหรับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของตำบล...มีการ.รายงานผ่านแอปพลิเคชัน ผอ.ดีดี (PODD) ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่ อบต.....พัฒนาร่วมกับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เป็นแอปพลิเคชันที่ใช้ในการรายงานผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายและร้องขอความช่วยเหลือจาก อบต.....ในปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตำบล...การพัฒนาศักยภาพ อสม.ควรพัฒนารายบุคคล ควรมีการจัดอบรมและฝึกทักษะในการใส่ชุด PPE และการใช้อุปกรณ์อื่นๆ ในการควบคุมโรค การอบรมเชิงปฏิบัติการที่มีการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติจริง ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะในด้านการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่เพื่อให้มีความรู้เท่าทันเหตุการณ์....”

(ตัวแทน อสม., 14 กรกฎาคม 2566: สัมภาษณ์)

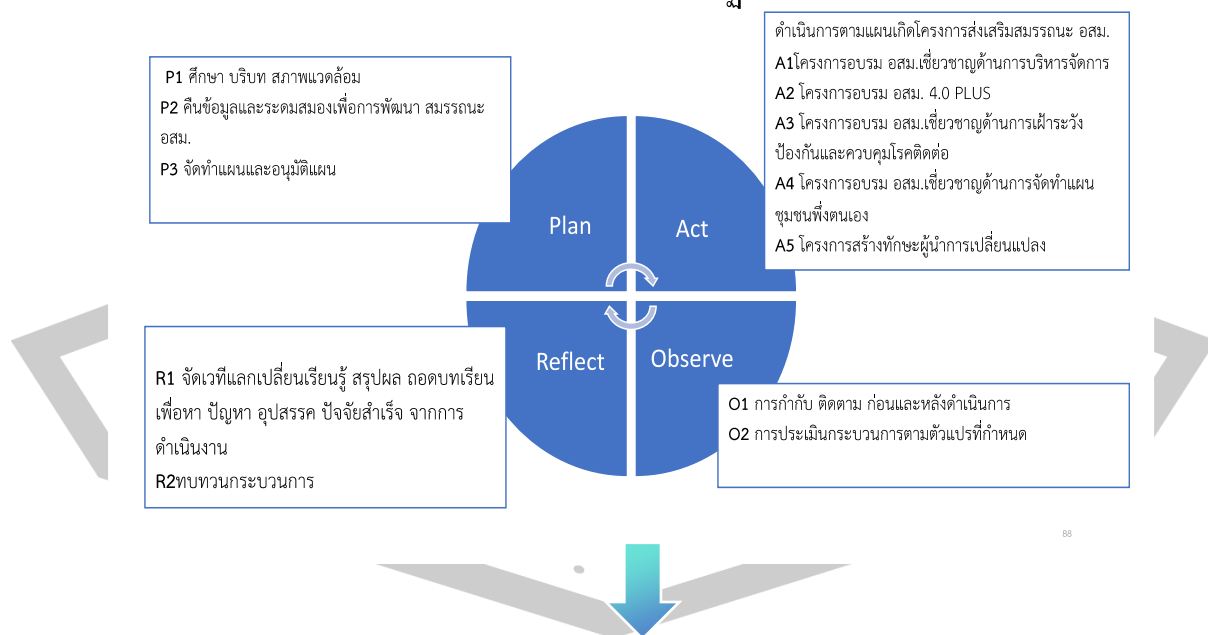
“...คุณหมอให้ข้อมูลว่า ผลการประเมินตนเอง อสม.เป็น 0 ยังตกใจในข้อมูลที่คุณหมอบอก อสม.ทั้งหมด 100 คน ประเมินตนเองผ่านแอปสมาร์ช อสม.ไม่ผ่านเกณฑ์ คุณหมอจึงนัดประชุม อสม. พร้อมเขาไปดูว่าปัญหาเกิดจากอะไร พอเข้าดูจริงๆ พบว่า อสม.ใช้แอปสมาร์ช อสม.ไม่เป็น อสม.บางคนอายุมาก บางคนไม่มีโทรศัพท์ ที่สำคัญบางคนไม่ยอมเติมเน็ตมือถือ รอมาใช้เน็ต รพ.สต. เวลาส่งงาน การแก้ไข คุณหมอจึงจัดอบรมให้ เพราะที่ สสจ.สอนการใช้แอปสมาร์ช อสม.ผ่านการประชุมออนไลน์ มองว่า ไม่ได้ผล อสม.ตามไม่ทัน การสอน อสม.จะให้ดี ควรเป็นคุณหมอที่ รพ.สต. เพราะใกล้ชิด อสม. มีเวลาให้ อสม.เต็มที่ ติดขัดอะไร ก็ถามได้ อสม.ทุกคนสามารถสอนให้เก่งขึ้นได้ เพียงแต่วิธีการสอนของคุณหมอต้องเหมาะสมกับ อสม. การใช้เทคโนโลยีต่างๆ ถ้าจะให้ควรสอนรายบุคคล อสม.ทำได้อยู่แล้วถ้าสอนถูกวิธี เพราะ อสม.ทำงานด้วยใจ มีหน้าที่ทำงานเชิงรุก เข้าทุกหลังคาเรือน”
(ตัวแทน อสม., 4 สิงหาคม 2567: สัมภาษณ์)

4.2 ผลการศึกษาในระยะ 2 ผลการศึกษาในขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ในการศึกษาระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เก็บข้อมูลระหว่าง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง สิงหาคม พ.ศ.2567

หลังจากการศึกษาระยะที่ 1 ได้นำประเด็นต่าง ๆ มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อต้องการรู้ กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.และนำมาพัฒนาเป็นกระบวนการ ขั้นตอน โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ตามแผนปฏิบัติการ PAOR ดังนี้

การดำเนินการศึกษาระยะที่ 2 ขั้นวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR



หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะ อสม. จังหวัดชัยภูมิ

กรอบรายละเอียดของขั้นตอน PAOR ประกอบด้วย

4.2.3.1 ขั้นวางแผน (Plan)

ในขั้นวางแผน ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานได้ 3 แผน ดังนี้

- 1) ศึกษา บริบท สภาพแวดล้อม (P1)
- 2) ค้นข้อมูลและระดมสมองเพื่อการพัฒนา สมรรถนะ อสม. (P2)
- 3) จัดทำแผนและอนุมัติแผน (P3)

4.2.3.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

ในขั้นตอนปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามแผนเกิดโครงการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. จำนวน 4 โครงการ ดังนี้

- 1) โครงการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ (A1)
- 2) โครงการอบรม อสม. 4.0 PLUS (A2)
- 3) โครงการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (A3)
- 4) โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. (A4)
- 5) โครงการสร้างทักษะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (A5)

4.2.3.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observe)

ในขั้นสังเกตการณ์ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางไว้ 2 แผน ดังนี้

- 1) การกำกับ ติดตาม ก่อนและหลังดำเนินการ (O1)
- 2) การประเมินกระบวนการตามตัวแปรที่กำหนด (O2)

4.2.3.4 ขั้นสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection)

ในขั้นสะท้อนการปฏิบัติ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางไว้ 2 แผน ดังนี้

- 1) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผล ถอดบทเรียน เพื่อหา ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสำเร็จ จากการดำเนินงาน (R1)
- 2) ทบทวนกระบวนการ (R2)

สามารถอธิบายแผนภาพ ขั้นตอน PAOR ได้ดังนี้

4.2.3.1 ขั้นวางแผน (Plan)

ในขั้นวางแผน ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางหลังจากได้ทำการวิเคราะห์สภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อและระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดชัยภูมิ แล้วผู้วิจัยได้ศึกษาหลักสูตรการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ที่ผ่านมา รวมถึงการเก็บข้อมูลสมรรถนะ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดชัยภูมิตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แล้วนั้น ผู้วิจัยได้จัดประชุมผู้ช่วยนักวิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้องเพื่อระดมความคิดเห็นหาปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงานรวมถึงปัญหา อุปสรรค และแสวงหาทางออก กำหนดกรอบการดำเนินงานเพื่อป้องกัน แก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นขณะดำเนินการตามแผน มีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

(1)การศึกษา บริบท สภาพแวดล้อม (P1)

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้สรุป วิเคราะห์ผลการเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 ตามแบบสอบถามเชิงปริมาณที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อนำผลการวิเคราะห์จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ มาประกอบการพัฒนารูปแบบในการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษา จากการศึกษา บริบท สภาพแวดล้อม ในระยะที่ 1 พบว่า สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดชัยภูมิ ในขณะที่ดำเนินการเก็บข้อมูลงานวิจัย พบว่า ยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัดชัยภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. จังหวัดชัยภูมิ มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ในขณะที่เกิดสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อต่างๆ ในชุมชน ซึ่งจากการเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้พบว่า การระบาดของโรคติดต่อในชุมชนที่สำคัญและ อสม.จังหวัดชัยภูมิ กำลังเผชิญอยู่ขณะดำเนินการวิจัยคือสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นอันดับ 1 และการระบาดของโรคไข้เลือดออก เป็นอันดับ 2 ส่วนโรคติดต่ออื่นๆ เช่น โรคมือเท้าปาก โรคไข้ฉี่หนู โรคไข้หวัดใหญ่ มีน้อยมาก จนไม่เป็นปัญหา สามารถเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดได้ดี

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดชัยภูมิ

ในขณะที่ดำเนินการเก็บข้อมูลงานวิจัย พบว่า ยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัดชัยภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. จังหวัดชัยภูมิ มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ในขณะที่เกิดสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อต่างๆ ในชุมชน ซึ่งจากการเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้พบว่า การระบาดของโรคติดต่อในชุมชนที่สำคัญและ อสม.จังหวัดชัยภูมิ กำลังเผชิญอยู่ขณะดำเนินการวิจัยคือสถานการณ์การระบาดของโรค โควิด 19 เป็นอันดับ 1 และการระบาดของโรคไข้เลือดออก เป็นอันดับ 2 ส่วนโรคติดต่ออื่นๆ เช่น โรคมือเท้าปาก โรคไข้ฉี่หนู โรคไข้หวัดใหญ่ มีน้อยมาก จนไม่เป็นปัญหา สามารถเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดได้ดี

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนอัตราป่วยโรคโควิด-19 แยกรายอำเภอ จังหวัดชัยภูมิ

ลำดับ	โซน	อำเภอ	จำนวน		อัตราป่วย ต่อแสน ปชก.	รพ.สต.ที่ป่วย เป็นอันดับ 1
			ประชากร ทั้งหมด	จำนวน ผู้ป่วย		
1		คอนสาร	61,729	1,004	1,626.46	ห้วยยาง
2		บ้านแท่น	45,684	750	1,641.71	สามสวน
3		เกษตรสมบูรณ์	110,963	953	858.84	บ้านหัน
4	เหนือ	ภูเขียว	124,297	2,837	2,282.44	บ้านเพชร
5		หนองบัวแดง	98,561	1,555	1,577.70	กุดชุมแสง
6		เมืองชัยภูมิ	184,431	5,370	2,911.66	นาฝาย
7		หนองบัวระเหว	37,001	396	1,070.24	ห้วยแย้
8		บ้านเขว้า	51,197	725	1,416.10	โนนน้อย
9	กลาง	คอนสวรรค์	54,463	970	1,781.03	บ้านโสก
10		แก้งคร้อ	92,531	1,447	1,563.80	โคกกุง
11	ใต้	จัตุรัส	75,865	1,183	1,559.35	หนองบัวบาน
12		เนินสง่า	25,648	248	966.94	รังงาม
13		บำเหน็จณรงค์	53,583	1,021	1,905.46	โคกเจริญรัมย์
14		ซับใหญ่	14,193	213	1,500.74	ท่ากูป
15		เทพสถิต	67,142	1,589	2,366.63	ห้วยยายจิว
16		ภักดีชุมพล	30,135	1,041	3,454.45	ลาดชุมพล
		รวม	1,127,423	21,302	1,889.44	

ที่มา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ณ วันที่ 10 ตุลาคม 2565

ขณะที่จังหวัดชัยภูมิกำลังเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดชัยภูมิ เป็นอีกส่วนสำคัญของระบบสาธารณสุขมูลฐาน และมีส่วนในการรณรงค์ให้ข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในสถานการณ์โควิด-19 ได้ทำหน้าที่ในการดำเนินงานด้านจัดการสุขภาพชุมชนในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 โดยการคัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน นอกจากนี้ยังมีบทบาทเป็นผู้นำพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง ประชาชนครอบครัวและชุมชน บทบาทที่สำคัญของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ ในการจัดการภาวะวิกฤตหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งได้แก่ 1) การวางแผนการดำเนินโครงการภายหลังสถานการณ์วิกฤตโรคโควิด-19 การส่งเสริมสุขภาพ 2) การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 3) การเป็นผู้นำและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพชุมชนภายหลังสถานการณ์โรคโควิด-19 4) การใช้เทคโนโลยี

สารสนเทศด้านสุขภาพ ภายหลังสถานการณ์โรคโควิด-19 และ 5) การจัดการภาวะวิกฤตภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ อสม. สามารถดำเนินการได้ในชุมชนต่อไป

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ในพื้นที่เป้าหมายการวิจัย ได้แก่ อสม.ในพื้นที่ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้ทราบระดับสมรรถนะ อสม.ก่อนการพัฒนา ผลการศึกษา พบว่า อสม.ตำบลหนองบัวบาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83.20 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 46-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.10 (Min= 28 Max= 65 Mean= 55.18 SD=10.48) การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 39.20 และอาชีพหลัก ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 78.02

ระดับสมรรถนะของ อสม.ตำบลหนองบัวบาน ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และอื่น ๆ จากการวิเคราะห์ พบว่า ด้านความรู้ อสม.มีความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.67, sd.=0.94) เมื่อแยกเป็นรายกลุ่ม พบว่า ความรู้ระดับสูง ร้อยละ 54.54 และความรู้ระดับปานกลางและระดับต่ำ คือ ร้อยละ 36.36 และ 9.09 ตามลำดับ ส่วนสมรรถนะด้านความสามารถ พบว่าอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (Mean = 3.55, sd.=0.87) เมื่อจำแนกรายกลุ่ม พบความสามารถระดับปานกลาง ร้อยละ 54.54 ส่วนความสามารถระดับสูงและความสามารถระดับต่ำ ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 22.24 มี และร้อยละ 21.21 ตามลำดับ เช่นเดียวกับ สมรรถนะด้านทักษะของ อสม. อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (Mean = 3.57, sd.=0.88) โดยเป็นสมรรถนะในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.48 ส่วนระดับสูงและระดับต่ำ ร้อยละ 27.27 และ 18.18 ตามลำดับ และสมรรถนะด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับสมรรถนะด้านอื่น ๆ ที่อธิบายมาแล้วข้างต้น (Mean = 3.38, sd.=1.02) และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.75 ระดับสูง และระดับต่ำ เท่ากัน คือ ร้อยละ 9.09

ผู้วิจัยสนใจวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะด้านทักษะ ประกอบด้วย ทักษะการบริหารจัดการ ทักษะการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ทักษะด้านความคิดวิเคราะห์สถานการณ์ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการใช้เทคโนโลยี จากการวิเคราะห์ พบว่า สมรรถนะด้านทักษะของ อสม.ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีทักษะด้านการใช้เทคโนโลยี เช่น การเข้าร่วมประชุม online (skill 14) มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (mean = 3.82)

หลังจากทราบระดับสมรรถนะ ของ อสม.ตำบลหนองบัวบาน ก่อนการพัฒนา ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาจัดทำแนวทางการคัดเลือกประเด็นพัฒนาสมรรถนะของ อสม.สู่การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ โดยการนำข้อมูลเข้าสู่กิจกรรมตามแผนปฏิบัติการในลำดับต่อไป

(2) คำนึงข้อมูลและระดมสมองเพื่อการพัฒนา สมรรถนะ อสม. (P2)

ผู้วิจัยได้ร่วมประชุมคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในวันที่ 28 มิถุนายน 2567 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรัส โดยมี นายประดิษฐ์ เพชรจตุรภัทร สาธารณสุขอำเภอจตุรัส เป็นประธานในการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอจตุรัส ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง หรือผู้แทน เพื่อรับฟังการคืนข้อมูลผลการเก็บข้อมูลสมรรถนะของ อสม.ตำบลหนองบัวบาน อำเภอ จัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ รวมถึงการระดมความคิดเห็น หาปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน รวมถึงปัญหา อุปสรรค และแสวงหาทางออก กำหนดกรอบการดำเนินงาน และร่วมกันพิจารณาคัดเลือกประเด็นพัฒนาสมรรถนะของ อสม. สู่การพัฒนาโปรแกรม พัฒนาสมรรถนะ อสม.

ผลการศึกษา ในกิจกรรมการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ ของ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การคัดเลือกประเด็นสมรรถนะ ของ อสม. สู่การพัฒนาโปรแกรม 2) โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกประเด็นพัฒนาสมรรถนะของ อสม. สู่การพัฒนาโปรแกรม พัฒนาสมรรถนะ อสม. มีเกณฑ์ในการคัดเลือกประเด็นสมรรถนะ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์ที่ 1 สมรรถนะที่ต้องการพัฒนา

ข้อมูลทั่วไป กรณีมีผู้ตอบว่าเคยมีประสบการณ์น้อยกว่าร้อยละ 25

- 1 หมายถึง รายด้านที่มีผลการประเมินระดับปานกลางลงมา
- 2 หมายถึง รายข้อที่มีผลการประเมินระดับปานกลางลงมา
- 3 หมายถึง ข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดสามลำดับของทุกด้าน

เกณฑ์ที่ 2 สมรรถนะของ อสม. แต่ละคนที่มีความต่างกันสูง

- 4 หมายถึง รายข้อที่มีค่า SD สูงสุดสามลำดับของทุกด้าน
- 5 หมายถึง รายข้อที่มีค่า SD มากกว่า 1.00 ของทุกด้าน

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 9 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. จำแนกตามเกณฑ์การคัดเลือกในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

ข้อมูลทั่วไป/ประเด็นพัฒนา	จำนวน (คน)	ร้อยละ	เกณฑ์การคัดเลือก				
			1	2	3	4	5
เคยผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. เชี่ยวชาญ	7	21.21					
เคยผ่านการอบรมฟื้นฟู	8	24.24					
เคยผ่านการอบรม อสม.4.0	8	24.24					

จากตารางที่ 9 พบว่า อสม.ส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ จำนวน 3 หลักสูตร ได้แก่ เคยผ่านการอบรมหลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญ,เคยผ่านการอบรมฟื้นฟูและเคยผ่านการอบรม อสม.4.0 ร้อยละ 21.21,24.24และ24.24 ตามลำดับ เข้าเกณฑ์การคัดเลือกประเด็นสมรรถนะที่ต้องการพัฒนา กรณีมีผู้ตอบว่าเคยมีประสบการณ์น้อยกว่าร้อยละ 25

ตารางที่ 10 สมรรถนะด้านความรู้ ทักษะและความสามารถของ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ตำบลหนองบัวบาน

ประเด็นการพัฒนาสมรรถนะ อสม.	mean	SD	เกณฑ์การคัดเลือก				
			1	2	3	4	5
การควบคุมไข้เลือดออกที่ได้ผลดีที่สุดคือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย						/	
อสม.มีบทบาทในการเฝ้าระวังโรคติดต่อใน ชุมชนคือรายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบ							/
อสม.มีส่วนร่วมวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ของโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่และจัดลำดับ ปัญหาความสำคัญ							/
อสม.มีข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญตาม แผนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อใน ชุมชน							/
อสม.สามารถชักชวนบุคคลในชุมชนให้เข้า มามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในชุมชน							/

ตารางที่ 10 สมรรถนะด้านความรู้ ทักษะและความสามารถของ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ตำบลหนองบัวบาน (ต่อ)

ประเด็นการพัฒนาสมรรถนะ อสม.	mean	SD	เกณฑ์การคัดเลือก				
			1	2	3	4	5
อสม.มีหน้าที่ช่วยสังเกตเหตุการณ์เกิดโรค และปัจจัยเสี่ยง แจ้งข่าวโดยเร็วและช่วย ดำเนินการเบื้องต้นเพื่อควบคุมการระบาดของโรคติดต่อในชุมชน							/
การจัดทำทะเบียนเข้าออกเป็นการลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อในพื้นที่							/

จากตารางที่ 10 พบว่า อสม.ส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ จำนวน 3 หลักสูตร ได้แก่ เคยผ่านการอบรมหลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญ,เคยผ่านการอบรมฟื้นฟูและเคย ผ่านการอบรม อสม.4.0 ร้อยละ 21.21,24.24และ24.24 ตามลำดับ เข้าเกณฑ์การคัดเลือกประเด็น สมรรถนะที่ต้องการพัฒนา กรณีมีผู้ตอบว่าเคยมีประสบการณ์น้อยกว่าร้อยละ 25

สมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ของ อสม.ตำบลหนองบัวบาน มีประเด็นที่ ต้องพัฒนา ได้แก่ 1) การควบคุมไข้เลือดออกที่ได้ผลดีที่สุดคือการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย 2) อสม. มีบทบาทในการเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชนคือรายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบ 3) อสม. มีส่วนร่วมวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ของโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่และจัดลำดับปัญหาความสำคัญ 4) อสม.มีข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน และ 5) อสม.สามารถชักชวนบุคคลในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ในชุมชน 6) อสม.มีหน้าที่ช่วยสังเกตเหตุการณ์เกิดโรคและปัจจัยเสี่ยง แจ้งข่าวโดยเร็วและช่วย ดำเนินการเบื้องต้นเพื่อควบคุมการระบาดของโรคติดต่อในชุมชน 7) การจัดทำทะเบียนเข้าออกเป็น การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อในพื้นที่

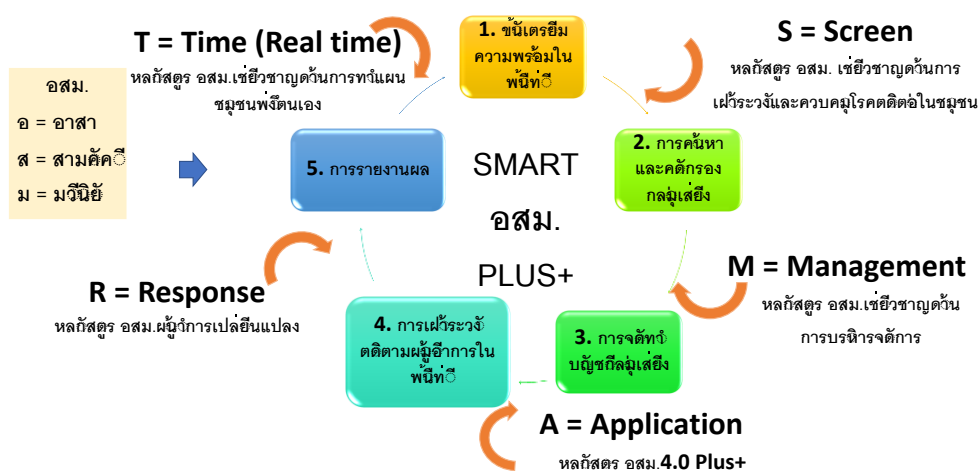
ผลการประชุมคืบข้อมูลและระดมสมองเพื่อการพัฒนา สมรรถนะ อสม. ทำให้เกิด โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ตำบล หนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

สมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ตำบลหนอง บัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ โดยรวมแล้ว มีสมรรถนะอยู่ในระดับมาก แต่ก็ยังมีประเด็นที่ต้องมี การพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น เพื่อการทำงานที่เหมาะสมถูกต้องตามกระบวนการขั้นตอนการควบคุมป้องกัน โรคติดต่อตามบทบาทของ อสม.ทั้ง 5 ขั้นตอน ได้แก่ กระบวนการทำงานของ อสม.ที่ใช้เพื่อการตรวจ ตรา กำกับดูแล อย่างพิจารณา(เฝ้าระวัง) และป้องกัน ตลอดจนควบคุมปัญหาโรคติดต่อในชุมชนตาม แนวทางการดำเนินงานหรือมาตรการเฝ้าระวังการติดเชื้อของ สบส. กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1.การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม. 2 การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับภาคีเครือข่าย 3. การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยง 4. การ

เคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการ 5. การบริหารจัดการ บันทึกลงและรายงานผลการดำเนินงาน ซึ่งการพัฒนาสมรรถนะ อสม.จะต้องดำเนินการตามแนวทางที่ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันสรุป ที่เรียกว่า โปรแกรมSMART อสม.Plus Model (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

สรุปผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ได้แนวทางการพัฒนาสมรรถนะ อสม.รูปแบบใหม่ดังนี้

**รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.
ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ**



จากการประชุมสรุปได้ว่า แนวทางการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน มติที่ประชุมเห็นควรให้มีการปรับปรุงหลักสูตรการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะ อสม. โดยนำหลักสูตรการอบรม อสม.ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ต่างๆที่มีอยู่แล้ว มาปรับปรุง รวมถึง

การพัฒนาหลักสูตรขึ้นใหม่จากการการศึกษา บริบท สภาพแวดล้อมและการแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ รวมถึงการสังเคราะห์ข้อมูลที่ค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 เพื่อจัดทำร่างโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

ผู้วิจัยได้สรุปรายละเอียดหลักสูตรการอบรม อสม.เพื่อเสนอในที่ประชุมให้คณะทำงานมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์หาจุดดี จุดด้อย ของแต่ละหลักสูตร เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ มีรายละเอียดดังนี้

ชื่อหลักสูตร	องค์ประกอบ		
	เนื้อหา	ระยะเวลา (ชั่วโมง)	จุดมุ่งหมายหลักสูตร
หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปี พุทธศักราช 2550	หมวดวิชาหลักจำนวน 8	37	เพื่ออบรม อสม.ใหม่
	หมวดวิชาเลือก	6 รวม 43 ชั่วโมง	
หลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	มุ่งเน้นพัฒนาอสม. ในด้านการ เสริมสร้างอุดมการณ์ บทบาท อสม.ที่ควรจะเป็นและการเป็น ต้นแบบ	2 วัน	พัฒนาศักยภาพ อสม.เก่า
หลักสูตรการอบรม อสม.เชี่ยวชาญ พ.ศ. 2555	เพื่อสร้างแรงจูงใจและพัฒนาขีด ความสามารถของอาสาสมัคร สาธารณสุขตามนโยบาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุข	1 วัน	พัฒนาศักยภาพ อสม.เป็น อสม. เชี่ยวชาญใน 10 สาขา
หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขเรื่องการเจาะ เลือดฝอยจากปลายนิ้วเพื่อคัดกรอง โรคเบาหวานโดยใช้เครื่องตรวจ น้ำตาลในเลือดชนิดพกพาปี 2556	เพื่อเพิ่มศักยภาพของ อสม.ใน การปฏิบัติงานตามสภาพปัญหา สุขภาพของคนไทย	1 วัน	เพื่อเพิ่มศักยภาพให้ อสม.สามารถคัดกรอง โรคเบาหวาน
หลักสูตรมาตรฐานสมรรถนะอสม. (อสม.4.0)	ให้มีทักษะในการใช้เทคโนโลยี ดิจิทัลและให้มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพ ตลอดจนเป็น ผู้นำการ เปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ	1 วัน	ให้เป็น smart อสม 4.0
หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปีพุทธศักราช 2561	หมวดวิชาหลักจำนวน 8 วิชา	41 ชั่วโมง	เพื่ออบรม อสม.ใหม่
	หมวดวิชาเลือก	6 ชั่วโมง รวม 47 ชั่วโมง	
หลักสูตรฝึกอบรม อสม.หมอบริการ บ้าน	เพื่อให้อสม.หมอบริการบ้านทำ หน้าที่เป็นสื่อในการนำนโยบาย สุขภาพไปสู่ประชาชนและเป็น กลไกขับเคลื่อนงานตามบทบาท ใหม่ที่เพิ่มขึ้นเพื่อลดโลกและ ปัญหาสุขภาพและส่งเสริมให้ ประชาชนพึ่งตนเองได้	1 วัน	พัฒนายกระดับ อสม. เป็น อสม .หมอ ประจำบ้าน

มติที่ประชุมสรุป ได้ว่าหน่วยงานด้านสาธารณสุขทุกระดับตั้งแต่ระดับจังหวัด ระดับ
อำเภอและระดับตำบลเป็นหน่วยงานที่สำคัญที่จะช่วยสนับสนุน ส่งเสริม พัฒนาศมรณะอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) โดยปรับปรุงการใช้หลักสูตรต่างๆให้เหมาะสมตามบริบทและสภาพ

ปัญหาของพื้นที่ ที่ประชุมเห็นด้วยกับผู้วิจัยที่จะประยุกต์ใช้หลักสูตรการอบรม อสม.4.0 และหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน รวมถึงการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรขึ้นใหม่ตามผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ หน่วยงานสนับสนุน อสม. ในพื้นที่จังหวัดจังหวัดชัยภูมิ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคติดต่อ จังหวัดชัยภูมิ

หลังจากมติที่ประชุมเห็นชอบ ร่างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ผู้วิจัยได้ ดำเนินการ ในขั้นตอนต่อไปดังรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนา รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ขึ้นมา ก่อน เป็นรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis Model) โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและผลการศึกษา ในระยะที่ 1 นำมาพัฒนารูปแบบในการศึกษาระยะที่ 2 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลกลุ่มอย่างโดยแบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวมถึงการสัมภาษณ์ สันทนาการกลุ่ม ในหน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินงานของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อใน ชุมชน ในขั้นตอนนี้ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นการสะท้อนผล การปฏิบัติ (Reflection) โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

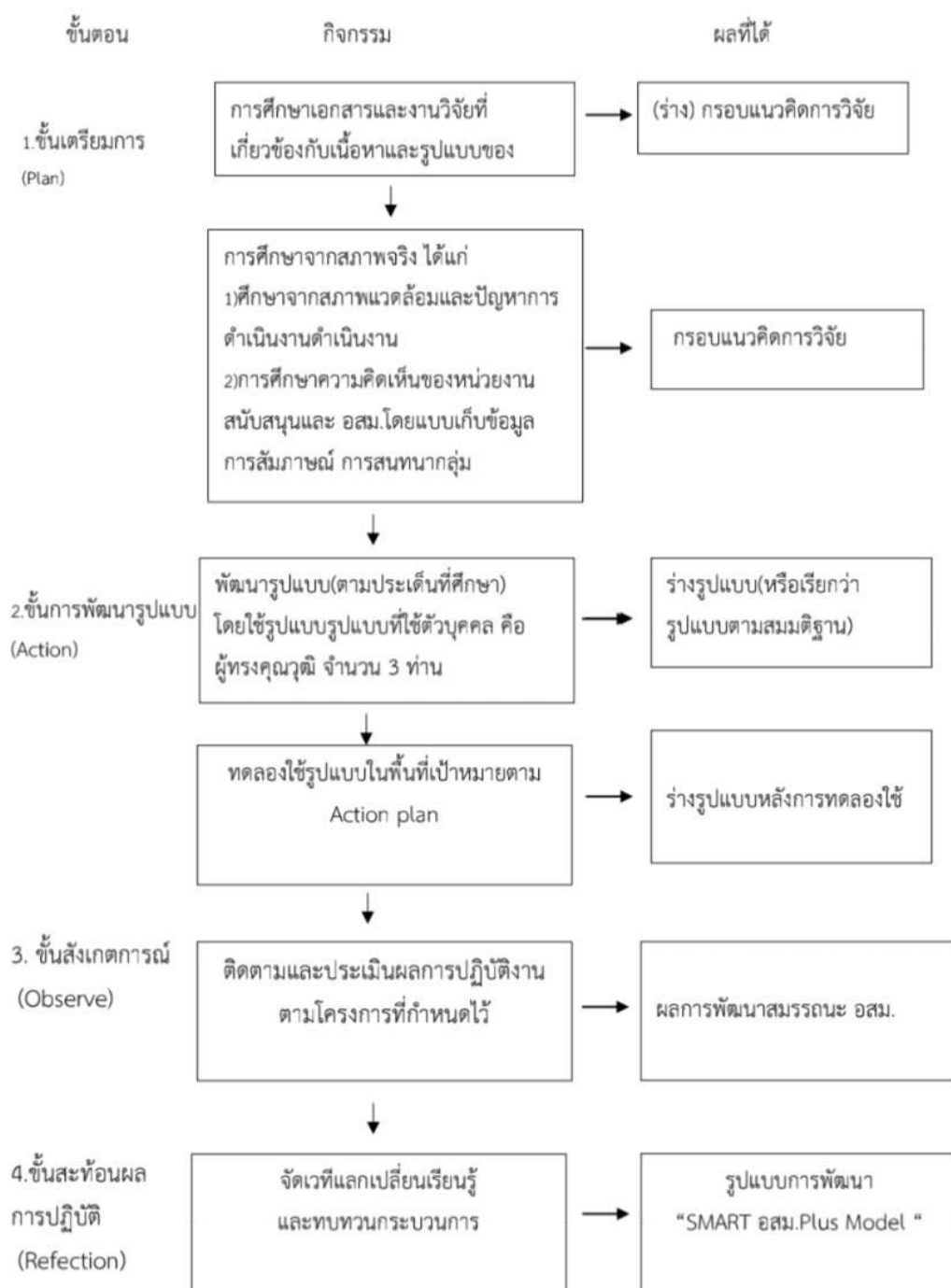
การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก ซึ่งมีทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งการศึกษา ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นส่วนเสริมเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของกลุ่มอสม.จังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้ได้ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

หลังจากได้แนวทางการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยได้จัดทำ (ร่าง) รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ เพื่อดำเนินการในขั้นตอนที่ 2 คือ การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ โดยผู้วิจัยได้ส่ง(ร่าง)รูปแบบการพัฒนาทดสอบความเที่ยงตรง ของรูปแบบ โดยผู้วิจัยได้เลือกวิธีการทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ รูปแบบที่ใช้ ตัวบุคคล คือผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นเครื่องมือในการประเมิน โดยให้ความเชื่อถือว่าผู้ทรงคุณวุฒินั้นเที่ยง ธรรมและมีดุลยพินิจที่ดี เพราะผู้วิจัยได้เลือกผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์และความชำนาญ

พูน ปณ ทัต ชีเว

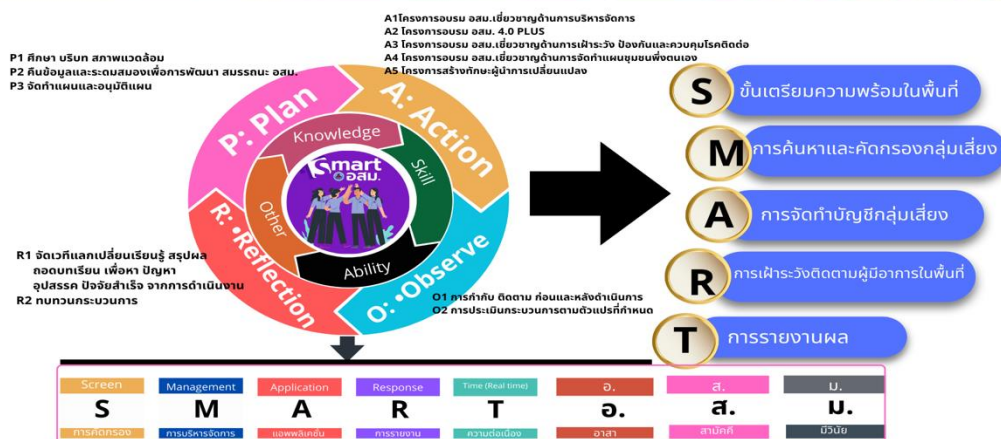
กระบวนการพัฒนารูปแบบ สามารถแสดงรายละเอียดได้ดังนี้

แผนภาพแสดงขั้นตอนการศึกษาการพัฒนารูปแบบ กรณีร่างโดยรูปแบบที่ใช้ตัวบุคคล คือผู้ทรงคุณวุฒิ



หลังจากนั้น ผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ในอำเภอจตุรัส ได้ร่วมกันร่างหลักสูตรการอบรมเพื่อพัฒนาและส่งเสริม สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดชัยภูมิ ตามแนวทางที่ผู้วิจัยเสนอพร้อมร่างรูปแบบ เพื่อประกอบการตัดสินใจ ได้แก่ ร่างรูปแบบการพัฒนาแบบ SMART อสม. PLUS ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ได้แก่ 1. ขั้นเตรียมความพร้อมในพื้นที่ 2. การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 3. การจัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง 4. การเฝ้าระวัง ติดตามผู้มีอาการในพื้นที่ และ 5. การบันทึกและรายงานผล และ 5 องค์ประกอบ 3 อุดมการณ์ มีรายละเอียดดังนี้ 1. S = Screen 2.M = Management 3.A = Application 4.R = Response 5.T = Time (Real time) อ = อาสา ส = สามัคคี ม = มีวินัย และเกิดหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะ อสม.จากโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม.อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 5 หลักสูตร ได้แก่ 1.หลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน 2.หลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ 3.หลักสูตร อสม.4.0 Plus 4.หลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญด้านการจัดทำแผนชุมชนและ 5.หลักสูตร อสม.ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ดังแผนภาพที่

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. “SMART อสม.Plus Model”



จาก “ SMART อสม. Plus Model “ ในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

- ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ได้แก่
1. ขั้นเตรียมความพร้อมในพื้นที่
 2. การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง
 3. การจัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง
 4. การเฝ้าระวัง ติดตามผู้มีอาการในพื้นที่ และ
 5. การบันทึกและรายงานผล
- สามารถอธิบายได้ดังนี้
1. ขั้นเตรียมความพร้อมในพื้นที่
 2. การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง
 3. การจัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง
 4. การเฝ้าระวัง ติดตามผู้มีอาการในพื้นที่
 5. การบันทึกและรายงานผล

(2) จัดทำแผนและอนุมัติแผน (P3)

หลังจากได้แนวทางการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อจังหวัดชัยภูมิ “SMART อสม.Plus Model” ผู้วิจัยได้จัดทำร่างแผนการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนและนำเสนอแผนเพื่อขออนุมัติในที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.จัตุรัส) หลังจากนั้นได้นำแผนสู่การปฏิบัติโดยการเขียนโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน โดยแผนงานโครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการออกแบบโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ตามขั้นตอนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชนไว้ 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมความพร้อม ทั้งในระดับอำเภอและหมู่บ้าน รวมถึงความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ 3) จัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) การเฝ้าระวังติดตามผู้มีอาการในพื้นที่ และ 5) การรายงานผล โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน เพื่อร่วมประชุมจัดทำแผนงานโครงการแบบมีส่วนร่วม ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบานและประธานอาสาสมัครสาธารณสุข จนเกิดแผนงานโครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ประจำปีงบประมาณ 2567 และเกิดแผนงานกิจกรรมการอบรมย่อยทั้งหมด จำนวน 5 กิจกรรม

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) ในขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ผู้วิจัยได้ร่วมกันทำขึ้นกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีส่วนรับผิดชอบในการส่งเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) โดยการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ ได้แก่ การจัดอบรมตามแผนงานโครงการที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้ 5 กิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ดังนี้

- 1) กิจกรรมการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ (A1)
- 2) กิจกรรมการอบรม อสม. 4.0 PLUS (A2)
- 3) กิจกรรมการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (A3)
- 4) กิจกรรมการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการจัดทำแผนชุมชนพึ่งตนเอง (A4)
- 5) กิจกรรมการสร้างทักษะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (A5)

ผู้วิจัยได้สรุปรายละเอียดหลักสูตรการอบรม อสม.ตามโปรแกรมการพัฒนา SMART อสม.Plus model เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ มีรายละเอียดดังนี้

ชื่อหลักสูตร	องค์ประกอบ		
	เนื้อหา	ระยะเวลา (วัน)	จุดมุ่งหมาย หลักสูตร
หลักสูตรฝึกอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการบริหาร จัดการ (A1)	ทักษะการบริหารจัดการ ทักษะการแก้ไขปัญหาแบบ มีส่วนร่วม ฝึกปฏิบัติในพื้นที่	1 วัน ภาคเช้า ทฤษฎี ภาคบ่าย ปฏิบัติ	เพื่อพัฒนา สมรรถนะ อสม.ด้านการ บริหารจัดการ
หลักสูตรฝึกอบรม อสม. 4.0 Plus (A2)	มุ่งเน้นพัฒนาอสม. ในด้าน ให้มีทักษะในการใช้ เทคโนโลยีดิจิทัลและให้มี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามนโยบายกรมสนับสนุน บริการสุขภาพ ฝึกปฏิบัติในพื้นที่	1 วัน ภาคเช้า ทฤษฎี ภาคบ่าย ปฏิบัติ	ให้เป็น SMART อสม 4.0 Plus
หลักสูตรฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อ (A3)	เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดำเนินงาน ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อใน ชุมชน	1 วัน ภาคเช้า ทฤษฎี ภาคบ่าย ปฏิบัติ	พัฒนา ศักยภาพ อส ม.ตาม แนวทาง 5 ขั้นตอน
หลักสูตรฝึกอบรมอสม. เชี่ยวชาญด้านการจัดทำแผน ชุมชนพึ่งตนเอง (A4)	เพื่อเพิ่มศักยภาพของ อสม. ในการปฏิบัติงานตามแนว ทางการจัดการสุขภาพ ชุมชน	1 วัน	เพื่อเพิ่ม ศักยภาพให้ อสม.สามารถ จัดทำแผน ชุมชน พึ่งตนเองได้
หลักสูตรฝึกอบรมสร้างทักษะ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (A5)	ภาวะผู้นำ ผู้นำสี่ทิศ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง	1 วัน ภาคเช้า ทฤษฎี ภาคบ่าย ปฏิบัติ	เพื่อสร้าง ทักษะการเป็น ผู้นำ

1) กิจกรรมการฝึกอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ (A1)

ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ในวันที่ 29 มิถุนายน 2567 เพื่อ ร่วมประชุมคณะกรรมการ พี่เลี้ยง อสม. ซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัยในครั้งนี้ เพื่อเตรียมการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ อสม.ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมการฝึกอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ ดังนี้

1. เหตุผลที่มาของการจัดโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ อสม.ฝึกอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ

เนื่องด้วยสถานการณ์การเกิดโรคติดต่อในชุมชนยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง การลดอัตราการเกิดและลดความรุนแรงของโรคติดต่อในพื้นที่ให้น้อยลงจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่มีปัจจัยที่หลากหลาย เช่น สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการระบาด พฤติกรรมของคน เป็นต้น ในภาพรวม ถึงแม้การประเมินสมรรถนะของ อสม.จะพบว่า อสม.จังหวัดชัยภูมิ มีระดับสมรรถนะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ สูง ทุกด้าน ทั้งด้านความรู้ ด้านความสามารถ ด้านทักษะ หรือด้านอื่นๆ แต่ก็ยังพบมี อสม.บางส่วนมีผลการประเมินระดับสมรรถนะไม่ผ่านเกณฑ์และยังพบการระบาดของโรคติดต่ออย่างต่อเนื่อง อาจจะเป็นเนื่องมาจากการขาดสมรรถนะการทำงานของ อสม.ในบางประการ รวมถึงการแสดงบทบาทของการเป็น อสม. ที่อาจยังมีบางประเด็นที่ยังปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์ และด้วยการดำเนินงานในรูปแบบเดิมๆ จึงอาจจะทำให้อสม.ขาดความกระตือรือร้นหรือเพิกเฉยต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่

เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่มีการดำเนินงานเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ และมุ่งเน้นให้ อสม.มีการพัฒนาตนเอง ทำงานได้อย่างถูกต้องและมีการทำงานเป็นทีมร่วมกับสมาชิก อสม.และภาคีเครือข่ายอื่นๆในพื้นที่ตนเอง หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่ใกล้เคียงที่มีกระบวนการทำงานที่แตกต่างออกไป

2. วัตถุประสงค์ของการจัดโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.

เพื่อนำโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ที่เรียกว่า “SMART อสม.Plus Model” ไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

3. กลุ่มเป้าหมาย

อสม.ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

4. ระยะเวลา

โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่นี้ออกแบบสำหรับการดำเนินงานในระยะเวลา 2 เดือน และจะประเมินและปรับปรุงเนื้อหาของโปรแกรมก่อนการปรับใช้ครั้งต่อไป

5. ขอบเขตของเนื้อหา ครอบคลุมสมรรถนะ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความรู้ (Knowledge)
2. ด้านทักษะ (Skill)
3. ด้านความสามารถ (Ability)

4. ด้านอื่นๆ (Other)

1) กิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.

- 1.การอบรมเชิงปฏิบัติการ
- 2.การอบรมในห้องประชุมและทำแบบฝึกหัด
- 3.การทำกิจกรรมกลุ่ม การร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น
- 4.การฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริง
- 5.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 6.การประสานงานกับภาคีเครือข่าย

ช่องทางการเรียนรู้และการสื่อสาร

- 1.เอกสาร โปสเตอร์ ใบปลิว แผ่นพับ สติกเกอร์
- 2.การใช้เสียงตามสายในชุมชนผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน โดยทีม
- 3.คอมพิวเตอร์
- 4.โทรศัพท์มือถือ

อสม.ในพื้นที่

การติดตามและประเมินผล

ตามรายละเอียดกิจกรรมที่ระบุแนวทางการจัดกิจกรรม

ผลการศึกษา กิจกรรมการฝึกอบรมอสม.เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ด้านการบริหารจัดการที่สำคัญ 4 ประการ คือการบริหารจัดการ คนหรือบุคคล (Man) เงินหรืองบประมาณ (Money) วัสดุสิ่งของหรือวัสดุอุปกรณ์ (Material) และการบริหารจัดการ (Management) ซึ่งในการจัดกิจกรรมฝึกอบรมครั้งนี้ จะเน้นส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ด้าน M = Management (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

2) กิจกรรมการฝึกอบรม อสม. 4.0 PLUS (A2)

ผู้วิจัยร่วมกับทีมผู้ช่วยนักวิจัยและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองบัวบาน ได้ร่วมกันจัดอบรมตามโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม.อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ในกิจกรรมการฝึกอบรม อสม. 4.0 PLUS (A2) โดยโปรแกรมจะดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการในวันที่ 5 กรกฎาคม 2567 เวลา 08.30 – 16.30 น. ใช้สถานที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมียรายละเอียดเนื้อหาของโปรแกรม

ผลการศึกษา กิจกรรมการฝึกอบรมอสม.อสม. 4.0 PLUS (A2) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ที่มุ่งเน้นพัฒนาอสม. ในด้านให้มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามนโยบายกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยการประยุกต์ใช้หลักสูตรการอบรม อสม.4.0 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในการจัดกิจกรรมฝึกอบรมครั้งนี้ จะเน้นส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ด้าน A = Application (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

3) กิจกรรมการฝึกอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (A3)

ผู้วิจัยร่วมกับทีมผู้ช่วยนักวิจัยและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองบัวบาน ได้ร่วมกันจัดอบรมตามโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม.อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ในกิจกรรมการฝึกอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ(A3) ในวันที่ 26 กรกฎาคม 2567 เวลา 08.30 – 16.30 น. ใช้สถานที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ โดยโปรแกรมจะดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการ รายละเอียดเนื้อหาของโปรแกรม ตามภาคผนวก ข

ผลการศึกษา กิจกรรมการฝึกอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ(A3) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ที่มุ่งเน้นเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวทางการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคติดต่อ 5 ขั้นตอน ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในการจัดกิจกรรมฝึกอบรมครั้งนี้ จะเน้นส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ด้าน S = Screen และ ด้าน T= Time (Real time)

4) โครงการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการจัดทำแผนชุมชนพึ่งตนเอง (A4)

ผู้วิจัยร่วมกับทีมผู้ช่วยนักวิจัยและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองบัวบาน ได้ร่วมกันจัดอบรมตามโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม.อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ กิจกรรมการฝึกอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการจัดทำแผนชุมชนพึ่งตนเอง (A4)ในวันที่ 27 กรกฎาคม 2567 เวลา 08.30 – 16.30 น. ใช้สถานที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิโดยโปรแกรมจะดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการ รายละเอียดเนื้อหาของโปรแกรม ตามภาคผนวก ข

ผลการศึกษา กิจกรรมกิจกรรมการฝึกอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการจัดทำแผนชุมชนพึ่งตนเอง (A4) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ที่มุ่งเน้นเพิ่มศักยภาพให้อสม.สามารถจัดทำแผนชุมชนพึ่งตนเองได้โดยการประยุกต์ใช้แนวทางการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งในการจัดกิจกรรมฝึกอบรมครั้งนี้ จะเน้นส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ด้าน T= Time (Real time)

5) กิจกรรมการฝึกอบรมสร้างทักษะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (A5)

ผู้วิจัยร่วมกับทีมผู้ช่วยนักวิจัยและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองบัวบาน ได้ร่วมกันจัดอบรมตามโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม.อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ กิจกรรมการฝึกอบรมสร้างทักษะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (A5) โดยโปรแกรมจะดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการ รายละเอียดเนื้อหาของโปรแกรม ตามภาคผนวก ข

ผลการศึกษา กิจกรรมการฝึกอบรมสร้างทักษะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (A5) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ที่มุ่งเน้นเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านทักษะการเป็นผู้นำ โดยการประยุกต์ใช้แนวการอบรมหลักสูตรผู้นำสี่ทิศ ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งในการจัดกิจกรรมฝึกอบรมครั้งนี้ จะเน้นส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ด้าน R=Response

4.2.3 ชั้นสังเกตการณ์ (Observe)

ในชั้นสังเกตการณ์ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางไว้ 2 แผน ดังนี้

1) การกำกับ ติดตาม ก่อนและหลังดำเนินการ (O1)

ในชั้นตอนนี้จะเป็นการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามโครงการที่กำหนดไว้ ทั้งการสังเกตและประเมินสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ที่ผ่านโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม. โดยผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ติดตามสนับสนุน และให้คำแนะนำแก่พี่เลี้ยง อสม.ในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 13 สิงหาคม 2567 เวลา 08.30 – 16.30 น. ในการเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สันทนาการของ อสม.ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน

ครั้งที่ 2 วันที่ 22 สิงหาคม 2567 เวลา 09.00-12.00 น. ในเวทีประชุมประจำเดือนของ อสม.ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน

ครั้งที่ 3 วันที่ 22 กันยายน 2567 เวลา 09.00– 16.30 น. ใช้สถานที่ศาลา SML บ้านหนองบัวบาน ม.1 ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

การติดตามผลการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน พื้นที่ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยการบันทึกเหตุการณ์และข้อมูลต่างๆ มีการสัมภาษณ์โดยการสนทนากลุ่มใน อสม.และหน่วยงานสนับสนุนในพื้นที่ รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในประเด็นการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยได้ลงพื้นที่เพื่อให้คำแนะนำผู้เกี่ยวข้อง ดดยในระหว่างการดำเนินงานจะมีการประเมินผลเพื่อให้ทราบ ปัจจัยสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และอาจมีการปรับแผนให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และการดำเนินชีวิตของพื้นที่วิจัย เพื่อให้มีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า มีการปรับวิธีดำเนินงานและใช้เครื่องมือที่เกิดจากการพัฒนา ระหว่างการดำเนินการวิจัย ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของ อสม. ในพื้นที่วิจัย จนส่งผลให้มีการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปากและ โรคโควิด ทำได้ดีกว่าการดำเนินงานที่ผ่านมา ทำให้อัตราการป่วยลดลงจากปีที่ผ่านมา ดังตัวอย่างข้อความผลจากการสนทนากลุ่ม อสม.หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนา

2) การประเมินกระบวนการตามตัวแปรที่กำหนด (O2)

ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ร่วมกับทีมผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อร่วมประชุมกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขจาก 12 หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน เพื่อประเมินผล

กระบวนการตามตัวแปรที่กำหนดและสรุปปัญหา อุปสรรคในการทำงาน นำผลการประชุมไปปรับปรุงใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

4.2.4 ขั้นสะท้อนการปฏิบัติ(Reflection)

ในขั้นสะท้อนการปฏิบัติ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางไว้ 2 แผน ดังนี้

1)จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผล ถอดบทเรียน เพื่อหา ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสำเร็จ จากการดำเนินงาน (R1)

ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยได้ลงพื้นที่ร่วมจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผล ถอดบทเรียน เพื่อหา ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสำเร็จ จากการดำเนินงาน กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขจาก 12 หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผล ถอดบทเรียน สรุปปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสำเร็จจากการดำเนินงานและนำผลการประชุมไปปรับปรุงใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่อื่นๆต่อไป

ผลการศึกษา ผู้วิจัยได้สรุปผลการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน อสม.ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ โดยการสนทนากลุ่ม อสม.การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ รวมถึงถอดบทเรียน ปัจจัยความสำเร็จ ของการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะของ อสม.อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ขณะมีการระบาดของโรคโควิด -19 ในพื้นที่ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ได้รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ดังนี้

หลังจากมีเหตุการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 เกิดขึ้นในวงกว้าง อสม.หนองบัวบานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนบ้านหนองบัวบานจึงได้กำหนดวาระการหารือ เพื่อวางแผนสถานการณ์ในพื้นที่ ข้อมูลสำคัญมาจาก อสม.รพ.สต.หนองบัวบาน จึงถูกนำมาเสนอ พูดคุยกัน เพื่อวางแผนจัดการ ซึ่งประกอบด้วย

การวางแผนระยะสั้นของชุมชน (ดำเนินการเร่งด่วน)

1. ข้อมูลระดับครัวเรือน ได้แก่ ข้อมูลครัวเรือนที่มีกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ ประกอบด้วย ผู้ป่วยเรื้อรัง เด็ก และผู้สูงอายุ พร้อมทบทวนขอบเขตการรับผิดชอบ โดยใช้กลุ่ม อสม.เป็นแกนหลัก จากนั้นเติมความรู้เรื่องเชื้อโควิด ช่องทางการแพร่เชื้อรับเชื้อ วิธีการป้องกันโดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบานเพื่อให้ อสม.มีความรู้เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเอง ไปถ่ายทอดให้คนในครัวเรือนที่ดูแล และเฝ้าระวังได้อย่างถูกต้อง

2.ตรวจสอบข้อมูลจำนวนคนที่ยังไม่มีหน้ากากอนามัย และยังไม่เพียงพอ เพื่อนำมาวางแผนและดำเนินการจัดทำเพื่อแจกจ่าย โดยเน้นการใช้ทรัพยากรในชุมชน ต้องมีกลวิธีแจกหน้ากาก "ที่ได้ความรู้ ความตระหนักและคุณค่า" โดยขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ อบต.หนองบัวบาน

3.หาข้อมูลจุดเสี่ยงการแพร่ระบาดในชุมชน ซึ่งจากการร่วมกันวิเคราะห์พบว่า มีตลาดสด อบต.หนองบัวบาน ร้านค้า ร้านก๋วยเตี๋ยว วัด และงานบุญประเพณีที่จะจัด โดยเฉพาะ งานศพ ซึ่งเลื่อนการจัดงานไม่ได้ ฉะนั้น จึงต้องออกมาตรการชุมชนและชี้แจง ข้อมูล สาเหตุ (ไม่สามารถประชุมได้จึงคุยกันผ่านไลน์กลุ่ม อสม.)

4.ตรวจสอบข้อมูล การเดินทางเข้าออกชุมชนของคนในชุมชนและจากนอกชุมชน โดยขอความร่วมมือให้ครัวเรือนแจ้งข้อมูลล่วงหน้าหากจะมีคนในครอบครัวหรือญาติกลับจากต่างจังหวัด หรือเดินทางไปนอกพื้นที่ โดย อสม.คอยสังเกต เก็บข้อมูล (อสม.เคาะประตูบ้าน) และมีทีมเข้าถึงเร็ว ในการแสกนวัดไข้ ให้คำแนะนำ ขอความร่วมมือในการกักตัว 14 วัน โดยประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชน ซึ่งทีมนี้จะต้องมีเครื่องแสกนวัดไข้ และอุปกรณ์ป้องกันตัวเอง เช่น เจลล้างมือ หน้ากากอนามัยทั้งใส่เอง และแจกให้กลุ่มเสี่ยง มีความรู้และถ่ายทอดความรู้ได้ถูกต้องและเข้าใจได้ พร้อมกับไปติดตามตรวจวัดไข้ และดูอาการ พร้อมติดตามการกักตัวว่าเป็นไปตามมาตรฐาน ตามประกาศของผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิหรือไม่ ให้ความร่วมมือหรือไม่ โดยมีทีมที่รับผิดชอบครัวเรือนคอยช่วยเหลือ สื่อสาร ต่อเนื่อง และรายงานข้อมูลไปที่ รพ.สต.หนองบัวบาน ทุกวัน จนครบ 14 วัน จะได้รับหนังสือรับรองการกักตัวครบ 14 วัน จาก สาธารณสุขอำเภอจัตุรัส

5.การเชิญชวนครัวเรือน ดูแลความสะอาดรอบบ้าน ในบ้าน จัดการแหล่งที่มีโอกาสสร้างเชื้อโรค

6.จัดทีมดูแลความสะอาดพื้นที่สาธารณะจุดละ 2-3 คน ออกเก็บกวาด และจัดการพื้นที่รก สกปรก ให้เรียบร้อย

7.วางแผนจัดเตรียมสถานที่รองรับผู้ป่วยเข้าข่ายเฝ้าระวัง กรณีสภาพบ้านเรือนไม่เหมาะสมสำหรับการกักตัว ให้มีสถานที่รองรับผู้ป่วยได้ประมาณ 40 คน โดยมีมติใช้อาคารวิปัสสนา ณ วัดประชาณีมิตร ที่เปิดเป็น CI ตามนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัดอยู่แล้ว พร้อมกับประสาน รพ.สต.จัดการเป็นสถานพยาบาล สอนวิธีการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายเฝ้าระวัง แผนระยะกลางและระยะยาว

8.การสร้างความมั่นคงทางด้านอาหาร โดยวิธีการปลูกผักในภาชนะเช่น ช่ง เป็นพืชผักสวนครัวและสมุนไพรที่ใช้ในครัวเรือน เช่น ข่า ตะไคร้ ผักกวางตุ้ง ผักคะน้า สลัดน้ำวอเตอร์เครส

9.หมั่นเติมความรู้ สื่อสารข้อมูล ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ เช่น Line, Facebook ของหมู่บ้าน เสียงตามสาย การบอกกล่าว ทั้งเรื่องโควิด-19 เรื่องการสร้างความมั่นคงทางอาหาร โคนหนองนาโมเดล ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้คนได้คิด ซึมซับ และสนใจที่จะทำมากขึ้น

10. อสม. ต้องทบทวนออกแบบ วางแผน และดำเนินการในทุกด้าน (เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม สุขภาพ) ทั้งระยะสั้น กลาง ยาว เฝ้าระวังโควิด -19 ตรวจคัดกรองสุขภาพ ต่อเนื่อง และพัฒนาศักยภาพอสม.ผ่านบทเรียนจาก การลงมือทำ- สะท้อนผล- ปรับปรุง แผนเตรียมการหากมีผู้ป่วยโควิด-19 เช่น จุดแยกตัวกักตัว ทีมดูแล(อสม.เคาะประตูบ้าน) และการปิดหมู่บ้านหากจำเป็นเพื่อป้องกันระบาดจากภายนอกและภายในออกภายนอก จะจัดการอาหาร การดูแล ป้องกัน ระวัง อย่างไร รวมถึงโรคเรื้อรังอื่นๆ ในชุมชน เป็นต้น

ข้อค้นพบ/ปัจจัยสำคัญในการแก้ไขปัญหาโรคโควิด-19 ในชุมชน

อสม.บ้านหนองบัวบานได้เรียนรู้จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แล้ว พบว่า มี 3 ปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่จำเป็นและพัฒนาไปพร้อมกับการป้องกันเชื้อไวรัสนี้ คือ

1. ต้องสร้างและมีกลไกจัดการที่ดี (ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในชุมชน ความรู้ และโครงสร้างหน้าที่)

2. ต้องมีแผนที่ดีในการจัดการ ต้องจัดการข้อมูลเพื่อวางแผน มิใช่แค่เพื่อรายงาน และเป็นแผนปฏิบัติการโควิดที่รอบด้าน ทั้งปัจจุบันและเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึง ขณะเดียวกันต้องมีแผนดำเนินการเรื่องที่เกี่ยวข้องพร้อมๆ กัน เช่น ความมั่นคงทางอาหาร ความสะอาด เป็นต้น

3. ต้องมีการสื่อสารเพื่อการเรียนรู้ พัฒนา ปรับปรุง เช่น การสะท้อนผลรายวัน สะท้อนผลการติดตามเฝ้าระวัง ปัญหาอุปสรรคที่พบ โดยผ่านช่องทางสื่อสาร เช่น ไลน์ โดยเฉพาะทีมงานพื้นที่พร้อมสรุปบทบาท ภารกิจ ของ อสม.ที่เพิ่มขึ้น ดังนี้

อสม. กับภารกิจโควิด

อสม.มีการรณรงค์สื่อสารกับชาวบ้านให้ถูกต้องว่าโควิด 19 มีความเป็นมาอย่างไร ในส่วนของการคัดกรองคนที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด อสม. บ้านหนองบัวบาน 2 หมู่ มีทั้งหมด 33 คน โดยประธานจะทำการแบ่งอสม 1 คนต่อ 8 หลังคาเรือนเป็นอย่างต่ำ ทำการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง แล้วทำการวัดอุณหภูมิทุกวันจนครบ 14 วัน เมื่อครบกำหนดแล้ว จะส่งข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบานอีกครั้ง เพื่อให้ความมั่นใจกับคนในหมู่บ้าน

การรณรงค์ให้ประชาชนฉีดวัคซีน

อสม.กับบทบาทการติดตามประชาชนมารับการฉีดวัคซีน ในตอนแรกนั้น ประชาชนยังไม่ให้การตอบรับมากนัก เนื่องจากมีกระแสข่าวเกี่ยวกับเรื่องวัคซีนที่ฉีดแล้วเสียชีวิต หรือข่าวต่างๆ ที่เป็นด้านลบ ทำให้ประชาชนเกิดความกังวลและไม่กล้าที่จะลงทะเบียนฉีดวัคซีน ต่อมา อสม. ได้รับหน้าที่ไปรณรงค์และสื่อสารข่าวสารให้กับชาวบ้านภายในตำบลหนองบัวบาน ให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องวัคซีนมากขึ้น โดยเราได้ไปเคาะประตูบ้านแต่ละหลังคาเรือน ปรากฏว่าผลการตอบรับเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ประชาชนให้ความสนใจในการลงทะเบียนฉีดวัคซีนเพิ่มมากขึ้น

ผลกระทบในการใช้ชีวิตประจำวัน

สำหรับ อสม. มีผลกระทบไม่มาก เพราะ อสม.รักในหน้าที่จิตอาสาอยู่แล้ว จึงทำให้ อสม.มีความสุขที่ได้มาทำงานตรงนี้ ไม่ได้คำนึงถึงค่าตอบแทนว่าจะเป็นเงินมากหรือเงินน้อย อสม. ตำบลหนองบัวบานแต่ละคนทำงานตรงนี้อาจต่ำ 10 กว่าปี ถือว่าเป็นประสบการณ์ในการทำงาน ร่วมกันกับชุมชนและได้ทำกิจกรรมในงานต่างๆ ร่วมกับหน่วยงานอื่นอีกด้วย ทำให้ตัว อสม.มีประสบการณ์การในการเข้ากับสังคมได้เป็นอย่างดี และมีความสุขที่ได้ทำหน้าที่นี้อย่างมาก

ปัจจุบันการทำงานสะดวกสบายมากขึ้น เนื่องจากมีเครื่องมือติดต่อสื่อสารที่ง่ายต่อการเข้าถึงในการเรียนรู้ ตั้งแต่มีการระบาดของโรคโควิด 19 เข้ามานั้น ส่งผลให้การทำงานของอสม. เพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการลงพื้นที่ ที่เป็นหน้าที่หลักๆ ที่ต้องรับผิดชอบ ถือได้ว่าเป็นการเสียสละอย่างมาก ทั้งนี้ อสม.ตำบลหนองบัวบานได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งเรื่องร่างกาย สภาพจิตใจ ของตนเองให้ดีที่สุด เพื่อจะทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีความสุข

สำหรับภาระงานนั้น อาจมีผลต่อการดำเนินงานในชีวิตประจำวันเพียงเล็กน้อย ในเรื่องเป็นเวลา ที่ต้องเสียสละเวลาในการรณรงค์พื้นที่มากขึ้น อบรมเรียนรู้เพิ่มขึ้น เพื่อจะสามารถอธิบายและทำความเข้าใจเพื่อสื่อสารกับประชาชนให้รับรู้อย่างถูกต้อง แต่ก็ถือว่าเป็นความรู้ที่เราต้องเรียนรู้อยู่แล้ว ดังนั้นก็ถือว่าเป็นข้อดีสำหรับตัวเราเองด้วย

สิ่งที่ อสม.หนองบัวบาน อยากฝากคือให้ชาวบ้านตำบลหนองบัวบานและชาวบ้านทุกคนในอำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ใช้ชีวิตอย่างระมัดระวัง และไม่ประมาท โดยร่วมมือกัน ฝ้าระวังและติดตามข่าวสารอย่างใกล้ชิด ไม่ตื่นตระหนก ล้างมือบ่อยๆ สวมแมสตลอดเวลาเมื่อออกนอกสถานที่ต่างๆ

ข้อเสนอแนะจาก อสม.ตำบลหนองบัวบาน กล่าวว่า อสม.หนองบัวบานส่วนใหญ่ได้เข้ามาเป็นอาสาสมัครตั้งแต่ พ.ศ. 2524 ตั้งแต่เป็น ผสส.และได้รับการพัฒนาศักยภาพยกระดับเป็น อสม.พร้อมกันทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2537 ตอนนั้นยังไม่มีใครสนใจและอยากทำหน้าที่นี้ และยังไม่มีความตอบแทนเป็นจำนวนเงิน แต่เราได้สิทธิ์รักษาฟรีทุกโรค ส่วนการทำงานนั้น เป็นการอบรม เรียนรู้ เป็นส่วนใหญ่ และได้มีการลงมือปฏิบัติจริง เช่น การทำ CPR เบื้องต้น ซึ่งในยุคสมัยนั้น เทคโนโลยีหรือเครื่องมือสื่อสารยังไม่มี หลักๆเราได้รับรู้ผ่านเครื่องกระจายเสียงกระจายข่าวในชุมชน เป็นต้น อสม.ส่วนใหญ่ทำหน้าที่กันตลอดชีวิต มีจำนวนไม่น้อยที่กลายเป็นพันธกิจผูกพันในครอบครัว มีลูกหลานขึ้นมารับช่วงเป็นต่อจากคนรุ่นพ่อ รุ่นแม่ การเป็น อสม. ในช่วงหลังมีทั้งการแนะนำ และการสมัครใจเข้ามาเอง โดยใช้เวลารว่างจากการทำงานหาเลี้ยงชีพมาทำงาน อสม.

(...แลกเปลี่ยนเรียนรู้ อสม.หนองบัวบาน, 24 ก.ย.67...)

2) ทบทวนกระบวนการ (R2)

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการจัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อทบทวนกระบวนการที่ได้ดำเนินการตามแผน โดยมีการจัดประชุม 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ประชุมร่วมกับทีมผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและชุมชน รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในพื้นที่ตำบลหนองบัวบาน ในวันที่ 25 กันยายน 2567 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน โดยให้ อสม.บ้านหนองบัวบานที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการตามโปรแกรมการพัฒนาศมรณะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการดำเนินงานฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคุยสะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงานกับ อสม.ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้ร่วมประชุมคณะกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอจัตุรัส ในวันที่ 26 กันยายน 2567 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัตุรัส โดยมีนายธนาดิษฐ์ เพชรจตุรภัทร สาธารณสุขอำเภอจัตุรัส เป็นประธานในการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอจัตุรัส ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งหรือผู้แทน เพื่อรับฟังการคืนข้อมูลผลการวิจัยเพื่อพัฒนาศมรณะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการดำเนินงานฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนและนำเสนอ

(ร่าง)คู่มือการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ชื่อคู่มือ SMART อสม.Plus อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ รายละเอียดตามโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (ผนวก ข)

4.3 ผลการศึกษาระยะที่ 3

4.3.1 การประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะ อสม

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ส่งรูปแบบการพัฒนาให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทดสอบรูปแบบตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งเป็นการประเมินที่พัฒนาโดย The Joint Committee on Standards of Educational Evaluation(สุวิมล ว่องวานิช (2549, หน้า 54-56) โดยนำเสนอหลักการประเมินเพื่อเป็นบรรทัดฐานของกิจกรรมการตรวจสอบ รูปแบบดังนี้

1) มาตรฐานความเป็นไปได้ (Feasibility Standards) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง

2) มาตรฐานความเป็นประโยชน์ (Utility Standards) เป็นการประเมินการสนองตอบ ต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ

3) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety Standards) เป็นการประเมินความเหมาะสม ทั้งในด้านกฎหมายและศีลธรรมจรรยา

4) มาตรฐานด้านความถูกต้อง ครบคลุม (Accuracy Standards) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือ และได้สาระครอบคลุมครบถ้วนตามความต้องการอย่างแท้จริง

สรุป รูปแบบที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดนั้น ต้องประกอบด้วย ลักษณะสำคัญคือ มีความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง สามารถทำนายผลและขยายผลการทำนายได้กว้างขวางขึ้นและสามารถนำไปสู่แนวคิดใหม่ ๆ สำหรับการพัฒนารูปแบบนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษา แนวคิด ทฤษฎีในการสร้างรูปแบบ แล้วนำเอาข้อมูลที่จัดเก็บมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อกำหนด ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของรูปแบบ กำหนดโครงสร้างและข้อเสนอของรูปแบบอย่างชัดเจนเพื่อนำไปสู่ผลสรุปในการอธิบายปรากฏการณ์ที่มุ่งหวังของการพัฒนารูปแบบนั้น มีการตรวจสอบ และปรับปรุงรูปแบบก่อนนำรูปแบบไปใช้งานจริง และประเมินผลหลังจากการนำรูปแบบไปใช้งานจริง

ผลการทดสอบรูปแบบของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับหลักการประเมินทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) มาตรฐานความเป็นไปได้ 2) มาตรฐานความเป็นประโยชน์ 3) มาตรฐานด้านความเหมาะสม และ 4) มาตรฐานด้านความถูกต้อง ครบคลุม

4.3.2 ระดับสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส

ก่อนการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ในพื้นที่เป้าหมาย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษา พบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83.20 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 46-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.10 (Min= 28 Max= 65 Mean= 55.18 SD=10.48) การศึกษาส่วนใหญ่

จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 39.20 และอาชีพหลัก ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 78.02

ผลการศึกษา พบว่า หลังกระบวนการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ตามรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนที่ผู้วิจัยได้พัฒนา และทดลองใช้ในพื้นที่เป้าหมาย เกิดการเปลี่ยนแปลงตามตัวชี้วัดที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มเป้าหมายมีการพัฒนาสมรรถนะครบตามโปรแกรม SMART อสม. Plus Model

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับสมรรถนะ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะ ของ อสม.ตำบลหนองบัวบาน อำเภोजัตร์ส จังหวัดชัยภูมิ (n=33)

ตัวแปร	n	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	95% Conf. Interval
ก่อนพัฒนา	33	86.141	1.332	7.653	83.427 88.855
หลังพัฒนา	33	98.161	.3396	1.951	97.469 98.853
diff	33	-12.020	1.068	6.140	-14.197 -9.842

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

จากตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ระดับสมรรถนะของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน พบว่าก่อนการพัฒนาสมรรถนะ มีค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับสมรรถนะ อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังจากกลุ่ม อสม.ตำบลหนองบัวบาน อำเภोजัตร์ส จังหวัดชัยภูมิ ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะตามโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน พบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับสมรรถนะ อสม.ในระดับสูง เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับสมรรถนะ ก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับสมรรถนะของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ก่อนการพัฒนาและหลังพัฒนาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนมีผลทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับสมรรถนะของ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} < 0.05$)

พูน ปณ ทิโต ชีเว

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

5.1.1 สรุปผลการศึกษาระยะที่ 1

5.1.1.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

การศึกษาข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดชัยภูมิ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 416 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 335 (ร้อยละ 80.53) เพศชาย จำนวน 81 (ร้อยละ 19.47) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 51-60 ปี จำนวน 179 ร้อยละ (43.03) รองลงมาอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 117 (ร้อยละ 28.13) และอายุน้อยที่สุดต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 1.68) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 53 ปี อายุสูงสุด 82 ปีและอายุต่ำสุด 23 ปี ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 352 (ร้อยละ 84.61) รองลงมา ได้แก่สถานภาพสมรสโสด จำนวน 29 (ร้อยละ 6.97) ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา จำนวน 151 (ร้อยละ 36.30) รองลงมาได้แก่มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 141 (ร้อยละ 33.89) และมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 105 (ร้อยละ 25.24) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 307 (ร้อยละ 73.80) รองลงมา ได้แก่รับจ้างทั่วไป จำนวน 78 (ร้อยละ 18.75) และ ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว จำนวน 16 (ร้อยละ 3.85) ส่วนมากมีรายได้ระหว่าง 3,001-6,000 บาท จำนวน 153 (ร้อยละ 36.78) รองลงมารายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท จำนวน 128 (ร้อยละ 30.77) ระยะเวลาการเป็น อสม.ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 11-20 ปี จำนวน 188 (ร้อยละ 31.49) รองลงมาอยู่ระหว่าง 1-10 ปี จำนวน 131 (ร้อยละ 31.49) ระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 15.99 ปี ระยะเวลาการเป็น อสม.สูงสุด 44 ปี และระยะเวลาการเป็น อสม.ต่ำสุด 1 ปี จำนวนหลังคาเรือนรับผิดชอบส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 9-13 หลังคาเรือน จำนวน 259 (ร้อยละ 62.26) รองลงมา หลังคาเรือนรับผิดชอบอยู่ระหว่าง 4-8 หลังคาเรือน จำนวน 122 (ร้อยละ 29.33) จำนวนหลังคาเรือนรับผิดชอบเฉลี่ย 10 หลัง จำนวนหลังคาเรือนรับผิดชอบสูงสุด 24 หลัง จำนวนหลังคาเรือนรับผิดชอบต่ำสุด 4 หลัง จำนวนประชากรรับผิดชอบส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 16-31 คน จำนวน 201 (ร้อยละ 48.32) รองลงมา จำนวนประชากรรับผิดชอบอยู่ระหว่าง 32-47 คน จำนวน 141 (ร้อยละ 32.47) จำนวนประชากรรับผิดชอบเฉลี่ย 33 คน จำนวนประชากรรับผิดชอบสูงสุด 78 คน จำนวนประชากรรับผิดชอบต่ำสุด 5 คน

ในส่วนการพัฒนาศักยภาพ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพร้อยละ จำนวน 304 (ร้อยละ 73.08) และไม่เคยอบรมพัฒนาศักยภาพ จำนวน 112 (ร้อยละ 26.92) สำหรับหลักสูตรที่เคยผ่านการอบรม ได้แก่ หลักสูตรการอบรม อสม.ใหม่ ส่วนใหญ่ผ่านการอบรม จำนวน 267 (ร้อยละ 64.20) ไม่เคยผ่านการอบรม จำนวน 149 (ร้อยละ 35.80) หลักสูตรอบรมฟื้นฟู ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรม จำนวน 257 (ร้อยละ 61.78) เคยผ่านการอบรม จำนวน 159 (ร้อยละ 38.22) หลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรม จำนวน 280 (ร้อยละ 67.31) เคยผ่าน

การอบรม จำนวน 136 (ร้อยละ 32.69) หลักสูตร อสม.หมอบริการบ้านส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรม จำนวน 297 (ร้อยละ 71.39) เคยผ่านการอบรม จำนวน 119 (ร้อยละ 28.61)

ในส่วนของภาระโรคติดต่อ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการระบาดของโรคติดต่อ จำนวน 297 (ร้อยละ 71.39) มีการระบาดของโรคติดต่อ จำนวน 119 (ร้อยละ 28.61) โรคติดต่อที่พบมีการระบาดส่วนใหญ่ ไม่มีการระบาด จำนวน 313 (ร้อยละ 75.21) มีการระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 48 (ร้อยละ 11.54) รองลงมาคือโรคอื่นๆ ได้แก่ มือเท้าปาก โรคอุจจาระร่วง จำนวน 42 (ร้อยละ 10.09) และโรคไข้เลือดออก จำนวน 13 (ร้อยละ 3.12) โดยพบว่า สัดส่วนของการเกิดโรคระบาดในพื้นที่ของ อสม.ที่ได้รับการฝึกอบรมจะสูงกว่าพื้นที่ที่ไม่เกิดการระบาด (ร้อยละ 78.6: ร้อยละ 62.5) อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาถึงการเกิดโรคระบาดในพื้นที่ จะพบว่ามีสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อยกว่าการไม่เกิดโรคระบาด (ร้อยละ 26.9: ร้อยละ 73.1)

พิจารณาจากการได้รับงบประมาณในการควบคุมป้องกันโรค พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการจัดงบประมาณแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในชุมชนต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 348 (ร้อยละ 83.65) รองลงมาได้รับการจัดงบประมาณระหว่าง 10,000-20,000 บาท จำนวน 47 (ร้อยละ 11.30) และได้รับการจัดงบประมาณมากกว่า 20,000 บาท จำนวน 21 (ร้อยละ 5.05) งบประมาณต่ำสุด 1,000 บาท และสูงสุด 60,000 บาท โดยงบประมาณมีฐานเท่ากับ 10,000 บาท และพบว่าแหล่งงบประมาณสนับสนุนแหล่งใหญ่มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถึงร้อยละ 87.3 และร้อยละ 9.1 มาจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน ส่วนอีกร้อยละ 3.6 มาจากแหล่งอื่น ๆ เช่น สสส. หรือการระดมทุนในหมู่บ้าน ฯลฯ

และหากพิจารณาถึงสัดส่วนการได้รับงบประมาณควบคุมป้องกันโรค ระหว่างพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดต่อและพื้นที่ที่ไม่มีการระบาด พบว่าใกล้เคียงกัน โดยงบประมาณจะกระจุกอยู่ในช่วงระหว่าง 1,000 บาท ถึง 20,000 บาท

5.1.1.2 ระดับสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

ระดับสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะและความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากรองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 5 อสม.สามารถจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์เพื่อดำเนินการป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่รับผิดชอบได้ ข้อ 8 การดำเนินงานควบคุมโรคในเขตพื้นที่เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น และข้อ 14 ท่านเคยเข้าร่วมประชุมผ่านระบบออนไลน์ เช่น google meet , zoom เป็นต้น

ระดับความรู้ ทักษะและความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 392 คน ร้อยละ 94.23 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 24 คน ร้อยละ 5.77 และระดับน้อย ไม่มี

ระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 65.38 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 34.62 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.42 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1.93 และค่าสูงสุดเท่ากับ 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ พบว่า 5) การมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรค อยู่ในระดับสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย = 4.65) 4) การเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชนด้วยการรายงาน อยู่ในระดับสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย = 4.62) และ 13) อสม.ส่งรายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลายผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. อยู่ในระดับสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย = 4.59) ตามลำดับ

ข้อมูลระดับสมรรถนะด้านการปฏิบัติส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ย ได้ดังนี้ 2) อสม.มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.45) 1) อสม.เป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.41) 12) อสม.มีการรายงานผลการปฏิบัติงานผ่านเอกสารรายงานที่เจ้าหน้าที่กำหนด (ค่าเฉลี่ย = 4.41) 15) อสม.สามารถชักชวนบุคคลในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดต่อในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.40) 11) อสม.มีการอบรมฟื้นฟูหรือเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรที่เจ้าหน้าที่กำหนด (ค่าเฉลี่ย = 4.39) 3) อสม.มีส่วนร่วมในการเสนอแผนขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.36) 8) อสม.มีข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.34) 9) อสม.มีการคืนข้อมูลสถานะด้านสุขภาพแก่หลังคาเรือนรับผิดชอบเพื่อสร้างการรับรู้และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.33) 7) อสม.มีส่วนร่วมวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ของโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ (ค่าเฉลี่ย = 4.22) 6) อสม.มีส่วนร่วมในการกำหนด กติกา ข้อตกลงเพื่อใช้เป็น เครื่องมือในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.20) 10) อสม.สามารถตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาได้ (ค่าเฉลี่ย = 4.10) 14) อสม.เข้าร่วมประชุมผ่านระบบออนไลน์ เช่น google meet , zoom (ค่าเฉลี่ย = 3.78) ตามลำดับ

5.1.1.3 ผลการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพใน ระยะที่ 1

1) สภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อในชุมชน และระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดชัยภูมิ

ในปี 2565 จังหวัดชัยภูมิ มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมด 24,247 คน จาก รพ.สต. 167 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ, 2565) ในช่วงสถานการณ์ระบาดของ โรคโควิด 19 พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 128,205 คน เสียชีวิตจำนวน 217 ราย อัตราป่วยร้อยละ 11.27 และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.16 ขณะมีการระบาด อสม. ได้ปฏิบัติบทบาทด้วยความทุ่มเท ทั้งร่างกายแรงใจ เป็นที่ประจักษ์ของชุมชน และได้รับความชื่นชมจากบุคคลและภาคส่วนต่างๆ ยกตัวอย่าง เหตุการณ์ที่พบผู้ติดเชื้อโควิด 19 ในพื้นที่ต่างๆในจังหวัดชัยภูมิ จนกระทั่งได้มีการปิดหมู่บ้านห้ามคน เข้า-ออกเป็นระยะเวลา 14 วัน เพื่อป้องกันและควบคุม ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดนอกพื้นที่นั้น อสม. ได้ปฏิบัติงาน ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ อย่างเข้มแข็ง อสม. ต้องทำบทบาทหลายด้านในช่วงเวลาเดียวกัน ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในจังหวัดชัยภูมิประกอบด้วย 3 บทบาท ได้แก่ (1) บทบาท ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข (2) บทบาทหน้าที่ ของ อสม. 4.0 และ (3) บทบาทที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ ระบาดของโรคโควิด 19 และมีบทบาทในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งที่สำคัญต่อความจำเป็นของการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน คือการมีปัจจัยนำที่ดี ได้แก่ 1) กระบวนการฝึกอบรมและการกำกับติดตาม

การทำงานของ อสม. โดยบุคลากรสาธารณสุข 2) มีเครื่องมือในการอำนวยความสะดวกแก่ อสม. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการรายงาน และการติดต่อสื่อสาร เช่น โทรศัพท์มือถือ 3) ความสามารถของ อสม. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และ 4) กระบวนการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังและการนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรค ดังนั้นในกระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจาก อสม. และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน

อำเภอจัตุรัส ประกอบด้วย 9 ตำบล 119 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 73,616 คน จำนวนหลังคาเรือน 26,038 หลังคาเรือน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมด 2,073 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัตุรัส, 2565) ในช่วงสถานการณ์ระบาดของ โรคโควิด 19 พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 6,893 คน เสียชีวิตจำนวน 20 ราย อัตราป่วยร้อยละ 9.27 และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.29 ซึ่งอำเภอจัตุรัส อัตราป่วยตายสูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดชัยภูมิ (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ, 2565) พบผู้ป่วยในอำเภอจัตุรัสที่เป็น อสม. จำนวน 372 คน คิดเป็นร้อยละ 5.40

แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) ต้องอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ในพื้นที่ไว้ 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) ขั้นเตรียมความพร้อม อสม. โดยการจัดตั้งทีม SRRT ระดับอำเภอหมู่บ้านรวมถึงการเตรียมข้อมูลอุปกรณ์แบบฟอร์มต่างๆ 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับกำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือไปร่วมอยู่ในสถานที่ที่มีผู้ป่วย 3) จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโดยการสอบถามสังเกตอาการ และให้คำแนะนำหากมีอาการให้ประสานและส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) ผู้ที่ไม่มีอาการ อสม. ต้องติดตามให้ครบตามระยะเวลาของโรคติดต่อในชุมชน และ 5) รายงานผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบันทึกผ่านระบบรายงาน

2) ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม ในหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและ อสม. จังหวัดชัยภูมิ

ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ ได้ 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมความพร้อม ในระดับจังหวัด, อำเภอ, ตำบล และหมู่บ้าน มีการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังการระบาด เช่น การรายงานสถานการณ์โรค และการติดตามข้อมูลประชาชนที่เดินทางเข้าพื้นที่และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขและหน่วยงานต่าง ๆ เช่น เครื่องวัดอุณหภูมิ, เจลแอลกอฮอล์, หน้ากากอนามัย, ชุด PPE และชุดตรวจ ATK

2. การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ในการค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่ เช่น การสอบสวนผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ และให้เข้ารับการรักษาเชื้อ และการคัดกรองบุคคลที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ และกลุ่มที่มีอาการใช้หรือต้องเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ

3. การจัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง มีการบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในระบบ QR Code ที่อำเภอเป็นผู้ดำเนินการเพื่อทำการติดตามและเฝ้าระวังในชุมชน การตรวจสอบข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงและส่งคืนข้อมูลให้ผู้นำชุมชน

4.การเฝ้าระวังและติดตามผู้มีอาการ โดยอสม.ออกติดตามและสอบถามอาการ วัดไข้ และติดตามกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่เป็นระยะเวลา 14 วัน

5.การรายงานผล โดย อสม.รายงานข้อมูลผ่านการสแกน QR Code โดยสามารถ ติดตามผลการปฏิบัติงานผ่านระบบของอำเภอ ซึ่งช่วยให้เจ้าหน้าที่ติดตามและให้การดูแลกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สามารถสรุปได้ว่า การดำเนินงานของ อสม.ในชุมชนช่วยลดการแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านการประสานงาน การใช้เทคโนโลยี และการเฝ้าระวังอย่างรอบคอบ

ผู้วิจัยได้สรุปปัญหา อุปสรรค จากการสัมภาษณ์หน่วยงานสนับสนุนในแต่ละขั้นตอนได้ดังนี้

1) ขึ้นเตรียมความพร้อม ทั้งในระดับอำเภอและหมู่บ้าน รวมถึงความพร้อมด้านวัสดุ อุปกรณ์ ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ มีไม่เพียงพอ มีการจำกัดการใช้อุปกรณ์

2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ มีปัญหาของความเสี่ยงที่ไม่เปิดเผย ไม่ได้ครอบคลุม เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงวิตกกังวล ไม่เปิดเผยตัวตน

3) จัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีปัญหาการปกปิดข้อมูลการป่วย ทำให้การเฝ้าระวังติดตามในพื้นที่ไม่ได้ครอบคลุม

4) การเฝ้าระวังติดตามผู้มีอาการในพื้นที่ บางคนปกปิดข้อมูล กลัวเป็นที่รังเกียจของชุมชน

5) การรายงานผล มีปัญหาเรื่อง ยังคงมี อสม.บางส่วนรายงานเข้าระบบออนไลน์ไม่ได้ และผู้วิจัยยังได้สรุปข้อเสนอแนะจากการสัมภาษณ์หน่วยงานสนับสนุน อสม. โดยสรุปข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ทั้ง 4 ด้าน ต้องการให้พัฒนาศักยภาพ อสม. ดังนี้

1) ด้านความรู้

อบรมออนไลน์ ทบทวนสม่ำเสมอ เป็นบทเรียน E-learning /ประชุมกลุ่ม พัฒนาศักยภาพเป็นระยะ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน โรคติดต่อต่างๆ ทั้งความรู้ การให้วัสดุอุปกรณ์

2) ด้านทักษะ

อบรม ทบทวน สาธิต การปฏิบัติ ด้านการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ เช่น การตรวจ ATK

3) ด้านความสามารถ จัดประชุมกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในแต่ละพื้นที่

4) ด้านคุณลักษณะอื่น อบรม อสม.เชี่ยวชาญ เฉพาะทาง เช่น การเจาะเลือดปลายนิ้ว คัดกรองค้นหาเบาหวาน ฝึกความเชี่ยวชาญการตรวจ ATK และตรวจพื้นฐานเบื้องต้นอื่นๆ เพื่อช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ้ามีเหตุจำเป็นขาดแคลนเจ้าหน้าที่

สำหรับรูปแบบหรือวิธีการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชนเหมาะสมควรดำเนินการโดยผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเกี่ยวกับงานนั้นๆ เพื่อให้ อสม. ได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง

การพัฒนาสมรรถนะ อสม อื่นๆที่จำเป็นต่อการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และ ป้องกันโรคติดต่อในชุมชน ควรมีประเด็นที่ง่ายต่อความเข้าใจของ อสม. นำไปปฏิบัติใช้ได้จริง เป็น ประโยชน์ต่อการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข

ระบบสนับสนุนที่จำเป็นและควรมีในการพัฒนาสมรรถนะ อสม ด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชนควรเพิ่มสมรรถนะ อสม.ให้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องระบบส่งต่อข้อมูล ควรมีฐานข้อมูลสำรอง เพื่อใช้ในการติดตามย้อนหลัง หรือเพื่อดูข้อมูลให้ทันต่อสถานการณ์การเกิด โรค และการส่งต่อข้อมูล

สำหรับหน่วยงานในระดับตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบทบาท สำคัญในการติดตาม ควบคุม และกำกับให้ อสม. บันทึกรายงานการปฏิบัติงานผ่านแอปพลิเคชัน SMART อสม. อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา อย่างไรก็ตาม พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต. มาจากหลากหลายสาขาอาชีพ และบางคนไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ อสม. การรับมอบนโยบายและการติดตามรายงานมักดำเนินการผ่านการประชุมประจำเดือนในระบบ ออนไลน์ ในทางปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต. ต้องจัดอบรมให้ความรู้ อสม. ในการใช้ แอปพลิเคชัน SMART อสม. ตั้งแต่การติดตั้ง การใช้งาน การส่งรายงาน และการอัปเดตแอปพลิเคชัน เมื่อมีการปรับปรุง ระบบการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานของ อสม. มีหลายระบบ รวมถึงการติดตาม การส่งรายงานผ่าน SMART อสม. ในส่วนที่เรียกว่า "รายงาน อสม.1" ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญใน การขออนุมัติจ่ายค่าป่วยการ อสม. ในแต่ละเดือน สำหรับกระบวนการส่งรายงานผ่านแอปพลิเคชัน SMART อสม. เริ่มจาก อสม. กดส่งรายงานระหว่างวันที่ 20-25 ของทุกเดือน จากนั้นผู้รับผิดชอบงาน ระดับตำบลใน รพ.สต. จะตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ก่อนส่งรายงานไปยังระดับ อำเภอ เพื่อให้ผู้รับผิดชอบงานในระดับอำเภอตรวจสอบ และส่งต่อไปยังระดับจังหวัด

สรุป จากการสัมภาษณ์หน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ พบว่า มีหลายประเด็นที่ต้องพัฒนา โดยเฉพาะรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. แนวทางการพัฒนา ควรเริ่มจากการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับ รวมถึงการพัฒนากระบวนการ สนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. ในจังหวัดชัยภูมิทุกระดับ นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีในการ ทำงานของ อสม. เป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาพบว่า อสม. มีทัศนคติและทักษะในการใช้สมาร์โฟน ในการทำงานที่แตกต่างกัน การฝึกอบรมและการสนับสนุนเพิ่มเติมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ เทคโนโลยีเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ใน การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดชัยภูมิ ควรเน้นการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพของ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในทุกระดับ การใช้เทคโนโลยีในการทำงาน และการเสริมสร้างความรู้ เกี่ยวกับโรคติดต่อ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับนโยบาย ส่วนกลาง

5.1.2 สรุปผลการศึกษาระยะที่ 2

ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นการสะท้อนผล การปฏิบัติ (Reflection) โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของกลุ่มอสม.จังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้ได้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม.

โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 มาใช้พัฒนารูปแบบในการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

ซึ่งจากผลการศึกษา สามารถสรุปได้ว่า กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน สามารถนำมาพัฒนาเป็นกระบวนการ ขั้นตอน โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ตามแผนปฏิบัติการ PAOR ตามกรอบรายละเอียดของขั้นตอน PAOR ประกอบด้วย

5.1.2.1 ขั้นวางแผน (Plan)

ในขั้นวางแผน ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานได้ 3 แผน ดังนี้

1. ศึกษา บริบท สภาพแวดล้อม (P1)
2. ค้นข้อมูลและระดมสมองเพื่อการพัฒนา สมรรถนะ อสม. (P2)
3. จัดทำแผนและอนุมัติแผน (P3)

5.1.2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

ในขั้นตอนปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามแผนเกิดโครงการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. จำนวน 4 โครงการ ดังนี้

- 4.โครงการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ (A1)
- 5.โครงการอบรม อสม. 4.0 PLUS (A2)
- 6.โครงการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (A3)
- 7.โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. (A4)
- 8.โครงการสร้างทักษะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (A5)

5.1.2.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observe)

ในขั้นสังเกตการณ์ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางไว้ 2 แผน ดังนี้

- 9.การกำกับ ติดตาม ก่อนและหลังดำเนินการ (O1)
- 10.การประเมินกระบวนการตามตัวแปรที่กำหนด (O2)

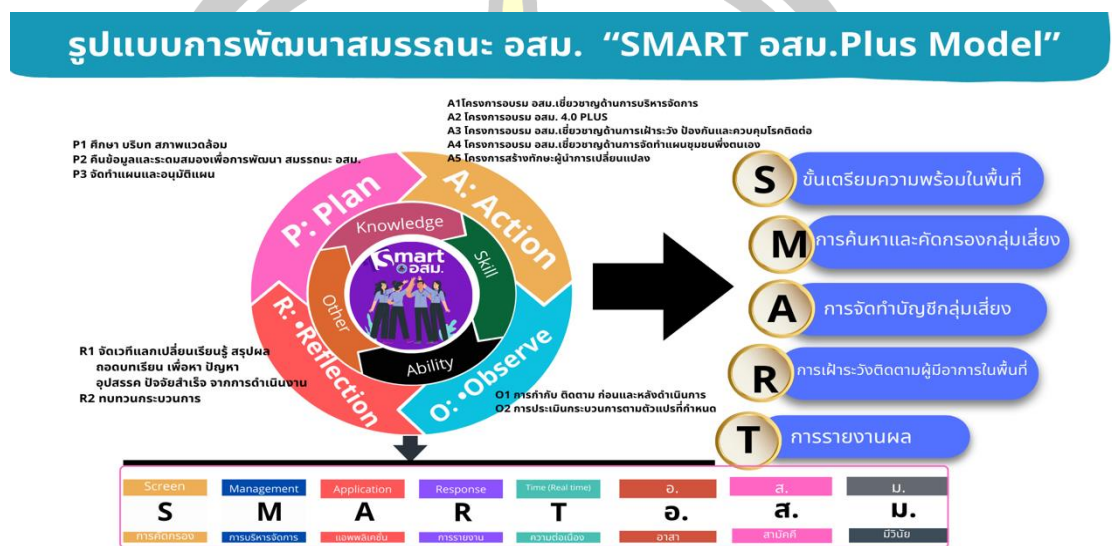
5.1.2.4 ขั้นสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection)

ในขั้นสะท้อนการปฏิบัติ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางไว้ 2 แผน ดังนี้

- 1) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผล ถอดบทเรียน เพื่อหา ปัญหา อุปสรรค ปัจจัย สำเร็จ จากการดำเนินงาน (R1)
- 2) ทบทวนกระบวนการ (R2)

สำหรับการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ 2) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ และการพัฒนารูปแบบ SMART อสม. PLUS ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ได้แก่ 1. ขึ้นเตรียมความพร้อมในพื้นที่ 2. การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 3.การจัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง 4.การเฝ้าระวัง ติดตามผู้มีอาการในพื้นที่ และ 5. การบันทึกและรายงานผล และ 5 องค์ประกอบ 3 อุดมการณ์ มีรายละเอียดดังนี้ 1. S = Screen 2.M = Management 3.A = Application 4.R = Response 5.T = Time (Real time)

อ = อาสา ส = สามัคคี ม = มีวินัย และเกิดหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะ อสม.จากโครงการพัฒนา ศักยภาพ อสม.อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 5 หลักสูตร ได้แก่ 1.หลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญด้านการ เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน 2.หลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญด้านการบริหาร จัดการ 3.หลักสูตร อสม.4.0 Plus 4.หลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญด้านการจัดทำแผนชุมชนและ 5. หลักสูตร อสม.ผู้นำการเปลี่ยนแปลง สรุปลงได้ดังแผนภาพ



5.1.3 สรุปผลการศึกษาระยะที่ 3

ระดับสมรรถนะของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน พบว่า ก่อนการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ มีค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับสมรรถนะ อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะตามโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน พบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับสมรรถนะ อสม.ในระดับสูง เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับสมรรถนะ ก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยมีประเด็นในการอภิปรายผลได้ ดังนี้

5.2.1 อภิปรายผลการศึกษาระยะที่ 1

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อ 3.2.1 เพื่อศึกษา ระดับสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ พบว่า สมรรถนะด้านความรู้ ทักษะและความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม. จังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.23

รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 5.77 และระดับน้อย ไม่มี ส่วนสมรรถนะด้านการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 65.38 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 34.62 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.42 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1.93 และค่าสูงสุดเท่ากับ 5 สอดคล้องกับ นาฎยา นุชนารถ และคณะ (2561) ที่พบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี ต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานเชิงรุก 4 ด้าน 4 หลักการซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จ และฉวีวรรณ ศรีดาวเรืองและคณะ. (2564) พบว่า ไม่สอดคล้องด้าน อสม.ขาดความรู้และทักษะ แต่สอดคล้องในประเด็นขาดแนวทางการทำงาน อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ควรได้รับการพัฒนาความรู้และศักยภาพการทำงานด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน การจัดทำคู่มือแนวทางการทำงานสำหรับ อสม.การบริหารจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการบูรณาการทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย

5.2.2 อภิปรายผลการศึกษาระยะที่ 2

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อ 3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้แนวคิดของ Kemis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน (P-A-O-R) เกิดรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 12 ขั้นตอน ประกอบด้วย 3P5A2O2R ที่เรียกว่า “SMART อสม.PLUS Model” ผลการสัมฤทธิ์และสนทนากลุ่มหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและ ตัว อสม.เอง พบว่า ได้แนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยการปรับปรุงหลักสูตรการอบรมต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข การนำแนวทางการพัฒนาสมรรถนะ อสม.จากหน่วยงานที่ดำเนินการจนประสบความสำเร็จและการประยุกต์ใช้หลักสูตรต่างๆ จนเกิดโปรแกรม SMART อสม.Model Plus ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน การดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ได้แก่ 1. ขั้นเตรียมความพร้อมในพื้นที่ 2.การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 3.การจัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง 4.การเฝ้าระวัง ติดตามผู้มีอาการในพื้นที่ และ 5. การรายงานผล และ 5 องค์ประกอบ 3 อุดมการณ์ มีรายละเอียดดังนี้ 1. S = Screen 2.M = Management 3.A = Application 4.R = Response 5.T = Time (Real time) อ = อาสา ส = สามัคคี ม = มีวินัย และเกิดหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะ อสม.จากโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม.อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 5 หลักสูตร ได้แก่ 1.หลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน 2.หลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ 3.หลักสูตร อสม.4.0 Plus 4.หลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญด้านการจัดทำแผนชุมชนและ 5. หลักสูตร อสม.ผู้นำการเปลี่ยนแปลง

สำหรับการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน มีวิธีการพัฒนาศักยภาพสำหรับ อสม. มีหลากหลายวิธีด้วยกันซึ่งแต่ละวิธีให้ผลในทางบวกกับการเพิ่มศักยภาพในการทำงาน

ของ อสม. โดยสร้างและพัฒนาขึ้นในรูปแบบหลักสูตรชุดโปรแกรมกระบวนการสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชาวิ อนุพันธ์, พิสูจน์ ได้ใช้โปรแกรมกระบวนการพัฒนาร่วมกับสื่อและอุปกรณ์ต่างๆ ที่สร้างสรรค์งานเพื่อเพิ่มพูนความรู้ประสบการณ์และแนวทางปฏิบัติให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น เช่น คู่มือ วัสดุทัศน ภาพพลิก เทปโทรทัศน์ สไลด์ เป็นต้น ซึ่งพบว่ากระบวนการเรียนรู้แบบร่วมมือระหว่างผู้ถ่ายทอดและผู้รับสาร (อาสาสมัครสาธารณสุข) เป็นวิธีเดียวที่พบและให้ผลลัพธ์ในเชิงบวกเสมอ ดังนั้น การจัดรูปแบบการอบรมควรพัฒนาควบคู่ไปกับสื่อประกอบการสอนให้มีความเข้าใจและเพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น การอบรมที่มีศักยภาพนั้นควรเป็นการอบรมแบบมีส่วนร่วมเชิงปฏิบัติการเน้น การเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติงานแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ในเบื้องต้น และสามารถเชื่อมโยงการทำงานกับภาควิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชนี ศิริมาศและคณะ ได้ศึกษาการพัฒนาชุดฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างการทำงานเป็นทีมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ ผลการวิจัยพบว่า ชุดฝึกอบรมที่สร้างขึ้นประกอบด้วย 5 หน่วยฝึกอบรม คือ ภาวะผู้นำ มนุษย์สัมพันธ์ การสื่อสาร การตัดสินใจและการจัดการความขัดแย้ง แต่ละหน่วยฝึกอบรมใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ 4 ขั้นตอน คือ ลงมือทำ นำมาสะท้อนกลับปรับความคิดใหม่ และประยุกต์ใช้ตามสถานการณ์ ผลการตรวจสอบคุณภาพของชุดอบรมพบว่า ฝึกอบรมมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในระดั้มากที่สุดมี ประสิทธิภาพ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของยุทธนา แยกคาย ที่ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนา ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาผล การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จิตอาสา การรับรู้บทบาท ความตั้งใจ การทำงานเป็นทีม ภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการยอมรับนับถือ ซึ่งมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ ด้านความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมากที่สุด สำหรับการศึกษเกี่ยวกับสมรรถนะ อสม.ด้านอื่นๆ พบว่าผลการวิจัยได้สอดคล้องกับการศึกษาของนาถยา นุชนารถ และคณะ ที่ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพปัจจุบันของการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี อสม. ส่วนใหญ่ขาดสมรรถนะด้าน การทำบัญชีและมีอายุมาก สำเร็จการศึกษาในระดับไม่สูงนัก การทำงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ กำกับดูแล เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นด้วย ปัญหาและอุปสรรคของการ พัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ป่วยไม่ให้ความ ร่วมมือเนื่องจากยังไม่มั่นใจในการทำงาน อสม. การทำงานขาดการบันทึกที่ถูกต้อง และขาดหลักฐาน ในการดำเนินงาน หน่วยงานต่างๆ มอบหมายงานให้ มากเกินไป รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี ต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานเชิง รุก 4 ด้าน 4 หลักการซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จ

5.2.3 อภิปรายผลการศึกษาระยะที่ 3

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อ 3.3.3 เพื่อประเมินผล รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุม

โรคติดต่อในชุมชน เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้ และประเมินระดับสมรรถนะของ อสม.หลังพัฒนา พบว่า สมรรถนะเฉลี่ยรวมทุกด้าน สูงขึ้น สอดคล้องกับนฤมล วงศ์วัยรักษ์ และรชานนท์ งานใจรัก (2562) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัส 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน แพทย์ชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2560 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถนะด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสซิกาหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับเพ็ญศรี โทเทศที่ได้ศึกษาเรื่องการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. 4.0 ภาคเหนือปี 2561 ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. 4.0 ภาคเหนือ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์สมรรถนะ อสม. 4.0 ที่คาดหวังคือมีความรู้ ความเข้าใจที่ดีในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สามารถเข้าถึงข้อมูล ตรวจสอบ วิเคราะห์ และเลือกใช้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ 2) หลักสูตรฝึกอบรมพัฒนาสมรรถนะ อสม. 4.0 ประกอบด้วย เป้าหมายหลักสูตร วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม คุณลักษณะและบทบาทผู้เรียน ขอบเขตเนื้อหา แผนการสอน การประเมินผลทั้งในและหลังนอกห้องเรียน 3) การพัฒนาครู ก อสม. 4.0 4) การนำความรู้ไปใช้ 5) การประเมินผลรูปแบบ การประเมินผลการใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการอบรมดี มีความสำเร็จของชิ้นงาน คะแนนความรู้มีค่าเฉลี่ย 9.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.20 ค่า p-value 0.003 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ด้านการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน พบว่า ผู้ที่ผ่านการอบรมพัฒนาสมรรถนะครู ก อสม.4.0 ได้จัดอบรมขยายผลการพัฒนาสมรรถนะ อสม. 4.0 ต่อทุกพื้นที่ และมีผลประเมินการนำความรู้จากการอบรมไปใช้คะแนนส่วนใหญ่ทุกด้านทุกข้ออยู่ในระดับสูง

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

5.3.1.1 การอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะให้กับ อสม เป็นเรื่องสำคัญ โดยจะต้องเริ่มที่เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต ให้เข้าใจและยอมรับกลไกอย่างชัดเจนเสียก่อน จึงควรมีการจัดอบรมเพิ่มสมรรถนะการเป็นพี่เลี้ยง อสม.แก่ให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เสียก่อน ที่จะทำการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงหน้าที่ของ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยเลือกช่องทางการจัดกิจกรรมให้เหมาะสม กิจกรรมที่หลากหลาย ครอบคลุมการส่งเสริมสมรรถนะทุกด้านตามบริบท

5.3.1.2 การพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของ อสม. กระบวนการคัดเลือกบุคคลเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่ง อสม. ควรได้รับการคัดเลือกมาจากผู้ที่มี ประสบการณ์มีความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีทางด้านสาธารณสุขและเป็นที่ยอมรับโดยชุมชน เป็นสำคัญมากกว่าคุณสมบัติอื่นๆ

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

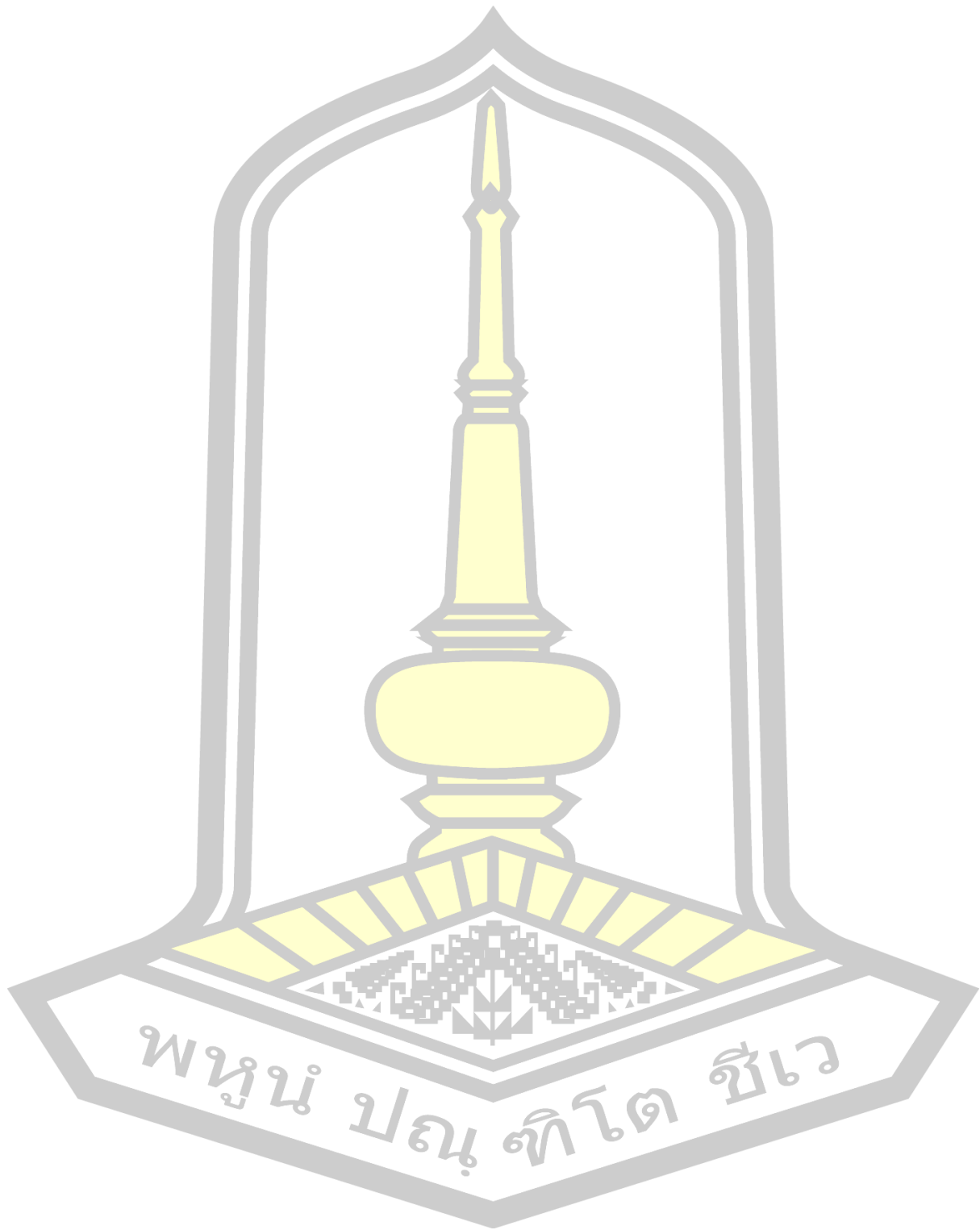
5.3.2.1 ควรศึกษาการสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอสม.ในการดำเนินงานด้านอื่นๆเช่น การส่งเสริมสุขภาพ ที่แตกต่างกันโดยอิงรูปแบบ SMART อสม.PLUS Model เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้อย่างจำเพาะเจาะจงและเหมาะสมกับบริบทนั้นๆ ต่อไป

5.3.2.2 ควรศึกษาวิจัยในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของ อสม. อาทิ เช่น เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอสม.และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

5.3.2.3 ควรศึกษาติดตามผลการปฏิบัติงานของ อสม.ที่ผ่านการพัฒนาสมรรถนะในรูปแบบใหม่ได้ยังคงอยู่ไม่น้อยเพียงใดเช่นในระยะ 6 เดือน 9 เดือนและ 12 เดือนหลังจากจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอสม. ทั้งนี้เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอสม.จังหวัดชัยภูมิ ในด้านความคงทนของการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจากรูปแบบการพัฒนา



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2564). **แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**. ค้นเมื่อ 21 กันยายน 2564
จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150920210610033910.pdf>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **การอบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. ปีพุทธศักราช**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **คู่มือ อสม. ยุคใหม่**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **หลักสูตรอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปีพุทธศักราช 2553**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). **คู่มือ อสม. ยุคใหม่**. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2555). **หลักสูตรอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ปีพุทธศักราช 2555**. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **SMART อสม.** ค้นเมื่อ 14 เดือน มีนาคม 2562, จาก http://110.77.139.142/phc/phoca_downloadpap/userupload/admin/smart%20VHv.pdf.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). **คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ เพื่อการยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน**. ค้นเมื่อ 1 เดือนมกราคม 2562,
จาก http://phc.moph.go.th/www_hss/_center/dyn_mod/Manual_official.pdf.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **บทบาท อสม. กับ Social Distancing**. ค้นเมื่อ 20 เมษายน 2564 จาก ผิดพลาด! การอ้างอิงไฮเปอร์ลิงก์ไม่ถูกต้อง.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556). **คู่มือ อสม. มีอาชีพ**. กรุงเทพฯ: พระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554 พร้อมด้วยกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2558). **คู่มือแนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยมอย่างยิ่ง**. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). **คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อการยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน** : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). **คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับ อสม.หมอประจำบ้าน** : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). **คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อการยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน** : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). **คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับ อสม.หมอประจำบ้าน** : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น.(2560). **คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2550). **หลักสูตรอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ปีพุทธศักราช 2550**. กรุงเทพฯ: เเรดิโอเซ็น.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). **หลักสูตรอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ปีพุทธศักราช 2552**. นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2560. เอกสารเผยแพร่โดย กระทรวงสาธารณสุข.ค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2563 จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/main.php?filename=select>
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2553). **คู่มืออบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ปี 2553**. กรุงเทพฯ: เเรดิโอเซ็น.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2557). **หลักสูตรอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักจัดการข้อมูลสุขภาพตามกลุ่มวัย ปีพุทธศักราช 2557**. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2557). **วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521-พ.ศ. 2557)**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2558). **เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบสุขภาพและระบบสุขภาพภาคประชาชน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2558 เรื่อง แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนประจำปีงบประมาณ 2559**. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2559). **คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว**. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2559) **หลักสูตรอบรม อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชนตามกลุ่มวัยในตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการปีพุทธศักราช 2559**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2560). **แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ประจำปีงบประมาณ 2561**. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2561). **4 ทศวรรษการสาธารณสุขมูลฐาน**. นนทบุรี: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.

- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2561) การประเมินสถานการณ์งานสุขภาพภาคประชาชน
ปีงบประมาณ 2560. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2561) แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน
ปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.(2561) คู่มือวิทยากรพี่เลี้ยงขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ
แบบบูรณาการ. นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2563).แนวทาง อสม.เคาะประตูบ้าน ต้านโควิด 19.
นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2564). ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน.
สืบค้น 23 มกราคม 2565, จาก
[http://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/
Report/OSMRP00013.php](http://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP00013.php).
- กาญจนา ดวงสงคราม. (2557). การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมแบบ training the trainer.
วารสารวิชาการ : TM การจัดการเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 1(1),
73-83.
- กฤษณา ภูพลผัน และคณะ. (2562). การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการ
ปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารโรงพยาบาล
มหาสารคาม. 16(1), 22-31.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ. (2550). อสม.: ศักยภาพและยุทธศาสตร์ใน
สถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. วารสารหมออนามัย. 17(3), 7-20.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2552). อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสากับสุขภาวะไทย.
กรุงเทพฯ: บริษัท มีดี กราฟฟิค.
- คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง. (2562). ประกาศ
คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง เรื่อง
แนวทางการจัดทำระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์ของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- คมสันต์ ธงชัย และสุชาตามณี บุญจรัส. (2560). การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขภายใต้บริบท
การเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี.
วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่. 9(3), 206-220.
- จารุวรรณ ศิริवासัน และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบ P.K.R. “พ่อขุนราม” Model เพื่อ
ยกระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โรงเรียนบ้านวังน้ำขาว สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา
ประถมศึกษา สุโขทัยเขต 1. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงศึกษาธิการ.
- จักรพงษ์ ปิติโชคโกคินท์, พัชรี อมรสิน, สุกัญญา สระแสง และสายชล ชินกธรรม. (2562). การ
พัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตโรงพยาบาลนาตาล จังหวัด
อุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 8(1),
110-122.

- จันทิมา นวะมะวัฒน์ และคณะ. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์
- จำเนียร ทวงตระกูล. (2553) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ศูนย์กฎหมายธุรกิจอินเตอร์เนชั่นแนล..
- ฉวีวรรณ ศรีดาวเรืองและคณะ. (2564). การถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- ชินีเพ็ญ มะลิสวรรณ, ย่าอ่อนะ ศรีอำมหัด และ รอมซี แตมาสา. รูปแบบการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในพื้นที่จังหวัดยะลา.
- ณพสร สวัสดิบุญญา และคณะ. (2554). รูปแบบการฝึกอบรมหัวหน้าแผนกวิชาเพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานในการจัดการเรียนการสอน. วารสารมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. 21, 387-395.
- ณัฐธิดา พฤชิกานนท์. (2567). สมรรถนะวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- ธนภัทร ทวยจัด, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา. (2559). รูปแบบการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลวังใหม่ อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี. Phranakhon Rajabhat Research Journal (Science and Technology). 11(12), 1-16.
- ชนะสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์, สงครามชัย ลีทองดีศกุล, กฤษณ์ ขุนลิก. (2564). รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอคอบคร้วโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็นคลินิกหมอคอบคร้วต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 7(3).
- ธนันต์ ดียิ่ง. (2556). โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะครูระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานด้านการวัดและประเมินผลในชั้นเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นันทวรรณ ทิพยเนตร, วชิร ชนะบุตร, ชลลดา ทอนเสาร์ และเกียรติศักดิ์ ชัยพรหม. (2559). การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขนักเรียนมัธยม (อสนม.) ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดมหาสารคาม. Proceedings of The perspective of multidisciplinary research & practice in health sciences การประชุมวิชาการระดับชาติ ฉลองครบรอบทศวรรษสำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประจำปี 2559. เชียงราย: สารนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ.

- นันทวรรณ ทิพย์เนตร และวิทยา จารุพูนผล. (2560). การพัฒนาสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้บัณฑิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามเพื่อเพิ่มจำนวนผู้อาจช่วยได้ในชุมชน. เอกสารประกอบการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 13 พ.ศ. 2560. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มณฑดา ศุขอร่าม. (2557). แนวทางการพัฒนาการเรียนรู้ผ่านเครือข่ายทางสังคมเพื่อเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพิน หงษ์วะชิน และคณะ. (2556). การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน. วารสารพยาบาลตำรวจ. 5, 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2556): 61-78.
- นิสิต ยิ้มรินทร์. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ, 32(3), 9-23.
- นูไรฮัน ฮะ. (2562). ความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประจักษ์ ก๊กก้อง. (2558). สมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. วารสารสีกทอง มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 21(2), 187-197.
- ประเสริฐ ประสมรักษ์. (2556). ประสิทธิภาพการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเป็นวิทยากรในชุมชนเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองจังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปรานค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์ และวรเดช ช่างแก้ว. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31(1), มกราคม - เมษายน.
- พัชรียา ศรีสุขและคณะ. (2560). ประสิทธิภาพของการอบรมระยะสั้นเรื่องการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติในนักศึกษาาระดับปริญญาตรี. ศรีนครินทร์เวชสาร. 32(4), 332-337.
- พัชรียา ทิวทอง. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง และชัชคณิต แพระขาว. (2560). ผลของโปรแกรมสอนการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นต่อความรู้และทักษะของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับนานาชาติ 2560. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 137 ตอนพิเศษ 58 ง 13 มีนาคม 2563

ภูมเรศ ศรีระวงศ์. (2555). **ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดอำนาจเจริญ.** วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

ภัชรินทร์ วงศ์ศรีดา. (2561). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล.

ระบบสถิติทางการทะเบียน. (2561). **จำนวนประชากรแยกอายุทั่วประเทศ.** ค้นเมื่อ 14 เดือน มีนาคม 2562, จาก http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php

ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน. (2562). **ประเภเหตุการณ.** ค้นเมื่อ 14 เดือนเมษายน 2562, จาก https://ws.niems.go.th/ITEMS_DWH/

รัตนกร จันไค, ชวนชัย เชื้อสาธุน และพจนีย์ เสงี่ยมจิตต์. (2559). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.** 5(1), 75-89.

วรรณัท สบายใจ, กุลวรรณ โสรัจจ์ และจำลอง วงษ์ประเสริฐ. (2561). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดย การประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มที่มีผลต่อพฤติกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.** 7(2), 6-17.

วิศรา เบ้านู. (2562). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการแนะนำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานทางโทรศัพท์ กรณีพบผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย.** 2562(6), 37-47.

มณฑลลักษณ์ ภัคดีชน. (2555). **การพัฒนากลยุทธ์การบริหารแบบดุลยภาพ(BSC) สำหรับสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน.** วิทยานิพนธ์การศึกษาดุขปฏิบัติ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2560). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี,** 42(2), 179-186.

ยุทธนา แยกคาย, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2563). **การปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี,** 31(2), 269-279.

ยุพิน หงส์วะชิน, อำนวย ป่าอ้าย, เพ็ญญา กุลนภาต และวรางภรณ์ ไตรติลานนท์. (2556). **การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชน. วารสารพยาบาลตำรวจ,** 5(2), 1-13.

- ราชกิจจานุเบกษา.(2554). **ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554**. กรุงเทพฯ: คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พ.ศ. 2554. (20 มีนาคม 2554). ราชกิจจานุเบกษา ตอนพิเศษ, 128(33 ง), หน้า 1-10.
- ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน. (2565). **แบบรายงานฐานข้อมูลอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปีงบประมาณ 2564** (Online)
Available:<http://www.thaiphc.net/thaiphcweb/index.php?r=staticContent/show&id=4>.(2565,กุมภาพันธ์ 20).
- ละคร ปิ่นแก้ว. (2559). **การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างจิตสาธารณะสำหรับนักศึกษา คณะครุศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช**. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรเดช ช่างแก้ว. (2556). **โมเดลสมการโครงสร้างพระดับประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)**. ดุษฎีนิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิชัย ศิริวรรณชัย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน. **วารสารนครศรีธรรมราชเวชสาร**. 4(2), 63-75.
- วิทยา ชินบุตร และนภัทร ภักดีสรวิชญ์. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ**, 6(2), 304-318.
- วิทยา ชินบุตร และนภัทร ภักดีสรวิชญ์. (2021). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. **วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ**, 6(2), 304-316.
- วิสุทธิ สุกรินทร์, สุนันทา วีรกุลเทวีล และมนตรี พิริยะกุล. (2557). อิทธิพลโครงสร้างของภาวะผู้นำเชิงสถานการณ์ที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุพรรณบุรี. **WMS Journal of Management Walailak University**, 3(3), 57-68.
- วิณาพร สำอางศรี, ปรีชา สามัคคี และไกรเดช ไกรสกุล. (2563). รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. **วารสารบัณฑิตวิทยาลัยพิษณุพนธ์**, 15(3), 187-198.
- วันทนีย์ รัตนะ. (2553). **ประสิทธิผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดชัยภูมิ**. การศึกษาอิสระรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ.

- ศิริวัฒน์ ศิริอมรพรรณ. (2556). **รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดร้อยเอ็ด.** วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส2019. ค้นเมื่อ 24 เมษายน 2564 จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>
- สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.). (2556). **ระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน.** บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด; นนทบุรี.
- สรราชย์ ลีสุขสม. (2556). **ความสามารถในการปฏิบัติงานตามวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งผลกระทบต่อ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน.** วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สิทธิ์ชัย ชูจัน. (2554). **แรงจูงใจในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.** เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- สุพัตรา ศรีชุม. (2560) **บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามการรับรู้และความคาดหวัง ของประชาชน ตำบลเสม็ด จังหวัดชลบุรี .**ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุทธิพงษ์ ภาคทอง. (2563). **รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม. ในการขับเคลื่อนนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 13(2), พฤษภาคม – สิงหาคม.**
- สุภามาต ผาติประจักษ์. (2558). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการ ปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิตขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการกวดหน้าอก ในนักศึกษาพยาบาล ระดับปริญญาตรี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 35(1), 119-134.**
- สารานุกรมไทย. (2563). **โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019.** ค้นเมื่อ 29 สิงหาคม 2563 จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/2019>.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). **คู่มือแนะนำสำหรับ อสม. ในการเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตอาการโควิด-19.** กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, นนทบุรี.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.** ค้นเมื่อ 28 เดือนเมษายน 2562, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>
- สำนักงบประมาณ. (2557). **โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) เจริญรุ่ง รายงานการประเมินผล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556.** กรุงเทพฯ: สำนักงบประมาณ.
- สำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2558). **แนวทางการจัดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่เน้น สมรรถนะทางสาขาวิชาชีพ.** กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ.
- สำนักงานจังหวัดนครราชสีมา. (2564). **สถานการณ์การระบาดระลอกใหม่ จังหวัดนครราชสีมา.** ข้อมูล ณ วันที่ 21 กันยายน 2564. ค้นเมื่อ 21 กันยายน 2564 จาก <https://covid-19.nakhonratchasima.go.th/news>

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (2565). รายงานข้อมูลครอบครัว ประชากรที่มีหมอ 3 คน จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัตุรัส. (2565). รายงานข้อมูล อสม. อำเภอจัตุรัส. จัตุรัส ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัตุรัส.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (2565). จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยภูมิ
- สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ 2560-2564.**
- สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค. (2555). **คู่มือเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชน.** กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค. (2555). **แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRR เครือข่ายระดับตำบล.** กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำเร็จ แหียงกระโทก, ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์, ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ, และวรารัตน์ กิจพจน์. (2020). **ความรู้โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับเจ้าหน้าที่และ อสม.** นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ,
- อลงกรณ์ มีสุทธา และสมิต สัจฉกร. (2551). **การประเมินผลการปฏิบัติงาน: แนวความคิดหลักการ วิธีการ และกระบวนการ (ฉบับปรับปรุง).** กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- อมร นนทสุด. (2553). **แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์: เส้นทางสู่ความสำเร็จการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคของ รพ.สต.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อัจฉรา หล่อตระกูล. (2557). การพัฒนาสมรรถนะพนักงานมหาวิทยาลัยของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตร์ดุสิตบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- อำนาจ วัดจินดา. (2550). นวัตกรรมบริการฝึกอบรมและพัฒนา. **วารสารดำรงราชานุภาพ.** 6(22), 105-109.
- Abdullah, H. (2010). Delineating and charting the systematic apptoch of HRD process. **The Journal of International Social Research**, 3(11), 11-12.
- Bandura, A. (1997). **Self-Efficacy the Exercise of Control.** New York: W.H.Freeman and Company.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, 84(2), 191-215.
- Bandura, A., & Hall, P. (2018). **Albert bandura and social learning theory.** Learning theories for early years, 78.
- Bano et al. (2017) Dietary knowledge, Attitude and Practices of Diabetes Patients at Services Hospital Lahore. **Int. J. Appl. Sci. Biotechnol.** 5(2), 227-236 DOI:10.3126/ijasbt. v5i2.17625

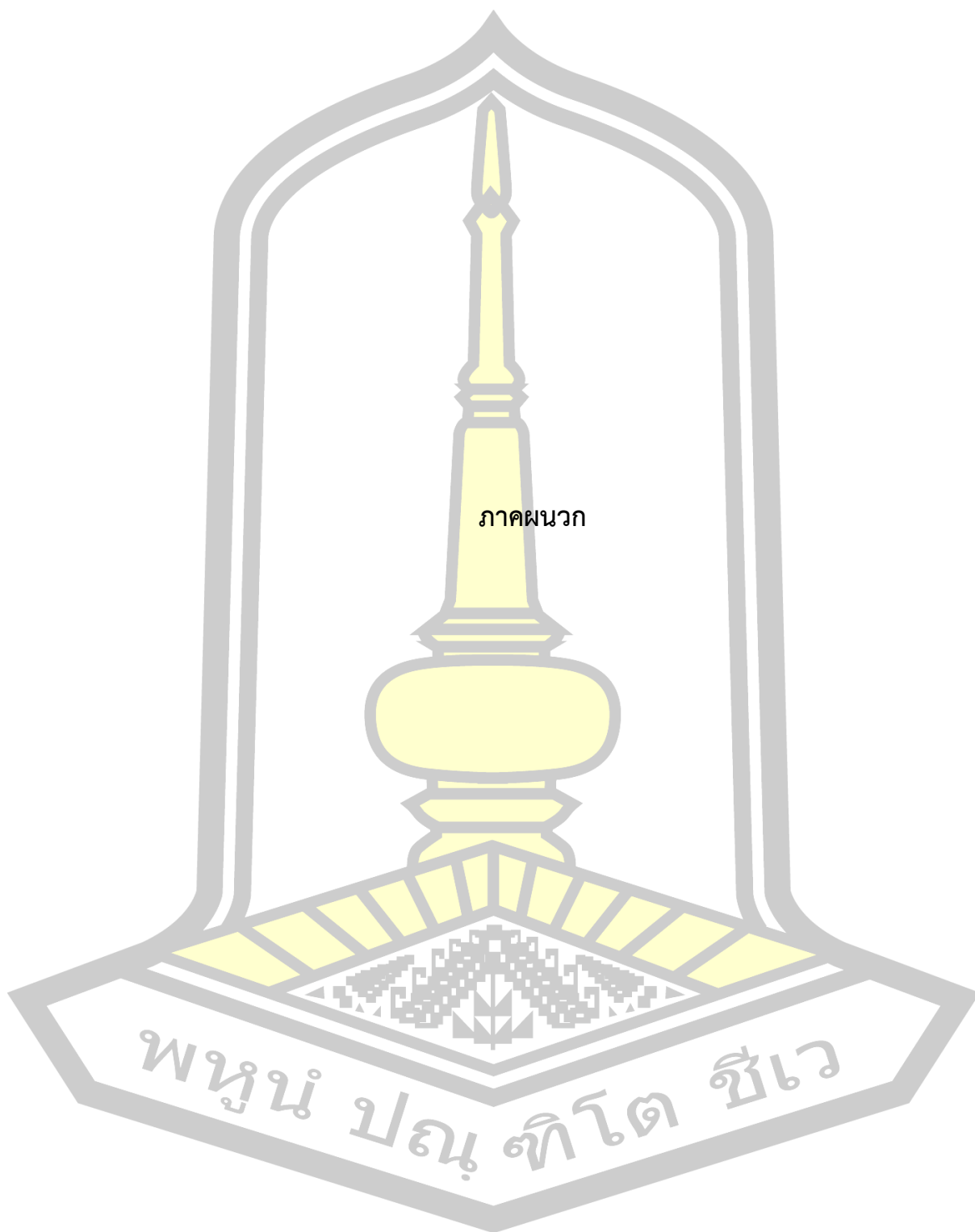
- Best, John W. (1977). **Research in Education**. 3rd ed. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Best J. W, & Kahn J. V. (2016). **Research in education (10th ed.)**. Pearson Education.
- Blanchard, P. N. & Thacker, J. W. (2007). **Effective Training: Systems Strategies, and Practice**. (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall; 2007.
- Bloom, B. S. (1971). **Handbook on formative and summative evaluation of student learning**. McGraw-Hill.
- Boopathiraj, C., & Chellamani, K. (2013). Analysis of test items on difficulty level and discrimination index in the test for research in education. *International Journal of Social Science & Interdisciplinary Research*, 2(2), 189-193.
- Brown, J. D. (2011). **Testing in language programs: A comprehensive guide to English language assessment**. Jamesa Dean Brown.
- Bunsri, A. and Thongbupha, S. (2020). Stroke care system for patients with cerebrovascular disease. Digital service. *Thammasat University Hospital Journal*, 5(3), 36-44.
- Chiangpiw, N. et al. (2018). Participatory learning program. Stroke Perceived self-efficacy; village health volunteers. *Nursing Journal*, 45(1), 87-99.
- Colomer, J., Serra, T., Cañabate, D., & Bubnys, R. (2020). Reflective learning in higher education: Active methodologies for transformative practices. *Sustainability*, 12(9), 3827.
- Cronbach, L. J. (1984). **Essentials of psychology and education**. New York, NY: McGraw-Hill.
- Daya, RM., Schmicker, HR., Zive, MD., Rea, DT., Nichol, G., Buick, EJ., ... Wang, H. (2015). Out-of-hospital cardiac arrest survival improving over time: Results from the Resuscitation Outcomes Consortium (ROC). *Resuscitation* 2015. 91(2015), 108-115.
- Division of Noncommunicable Diseases. (2023). **Stroke situation**. [Online] from <http://www.thaincd.com> [23 June 2022]
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149.

- Haldane, V., Chuah, F. L., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). **Community participation in health services development, implementation, and evaluation.**
- Harkness, K., Arthur, H., & McKelvie, R. (2013). The measurement of uncertainty in caregivers of patients with heart failure. *J Nurs Meas*, 21(1), 23-42.
- Hennessy, S., Bilker, W. B., Berlin, J. A., & Stromu, B. L. (1999). Factors influencing the optimal control-to-case ratio in matched case-control studies. *American Journal of Epidemiology*, 149(2), 195-197. doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009786.
- Jarupisitpaiboon, C. et al. (2019). Guidelines for developing the potential of village health volunteers in preventing stroke in high-risk groups. *Ministry of Public Health Nursing Journal*, 30(3), 74-89.
- Kanter, R. M. (1993). **Men and women of the corporation (2nd ed.)**, Basic Book.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). **The Action Research Planer (3rded.)**. Victoria : Deakin University.
- Kolb, D. A. (2014). **Experiential learning: Experience as the source of learning and development, FT press.**
- Kuder, Frederic G. & M.W. Richardson. (1937, September). The Theory of the Estimation of Test Reliability. *Psychometrika*, 2, 151-160. **Journal for Developing the Social and Community**, 11(2): May-August 2024 (สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม) [100] Marked a day of global.
- Kumar, P., & Phiri, S. (2021). Role of community health volunteers in identifying people with elevated blood pressure for diagnosis and monitoring of hypertension in Malawi: a qualitative study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 21, 1-13. https://doi.org/10.1186/s12872-021-02171-7
- Laddha, M.D., Lokare, V.T., Kivelekar, A.W., & Netak, L.D. (2021). Classifications of the summative assessment for revised blooms taxonomy by using deep learning. arXiv preprint arXiv:2104.08819.
- Lewin, K. (1997). **Resolving social conflicts & Field theory in social science.** Washington, D.C: American Psychological Association.
- Malcarney, Mary-Beth., Pittman, P., Quigley, L., Horton, K., & Seiler, N. (2017). The Changing Roles of Community Health Worker. *Health Service Research*. 52(suppl 1): 360-382.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for intelligence. *American Psychologist*, 28(1), 1-14. https://doi.org/10.1037/h0034092

- McClelland, D. C. (1998). Identifying competencies with behavioral-event interviews. *Psychological Science*, 9(5), 331–339.
- McClelland, D. (2015). **Achievement motivation theory**. In *Organizational Behavior 1* (pp. 46–60). Routledge.
- Merriam, S. B., & Baumgartner, L. M. (2020). *Learning in adulthood: A comprehensive guide*. John Wiley & Sons.
- Milne, L.M., Lam, C., Cock, D., C., Velthoven, M.H., and Meinert, E. (2020). Mobile apps for health behavior change in physical activity, diet, drug and alcohol use and mental health: Systematic review. *JMIR Mhealth Uhealth*, 8(3), e17046.
- Odendaal, W.A., Anstey, W.J., Leon, N., Goudge, J., Griffiths, F., Tomlinson, M. and Daniels, K. (2020). **Health workers' perceptions and experiences of using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: a qualitative evidence synthesis**. The Cochrane Collaboration: John Wiley & Sons.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations [Electronic version]. *Research in Nursing & Health*, 29, 489-497.
- Rajaa, S., Sahu, S. K., & Thulasigam, M. (2022). Contribution of community health care volunteers in facilitating mobilization for diabetes and hypertension screening among the general population residing in urban puducherry–An operational research study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(2), 638-643.
- Rosenstock, I.M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Rothman, A.J., & Kiviniemi, M.T. (1999). Treating people with information: an analysis and review of approaches to communicating health risk information. *Journal of the National Cancer Institute Monograph*, 25, 44-51.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch*, 2(2), 49-60.
- Skarbaliene, A.K. (2016). The correlation between mentor's leadership competencies and the functions performance by the mentor. *European Scientific Journal*. 12(8), 1-13.
- Sonsit, P. (2024). Development of a model for prevention of stroke in high-risk groups. Muang Maha Sarakham District Maha Sarakham Province. *Environmental Health Journal. and Community Health*, 9(2), 137-149

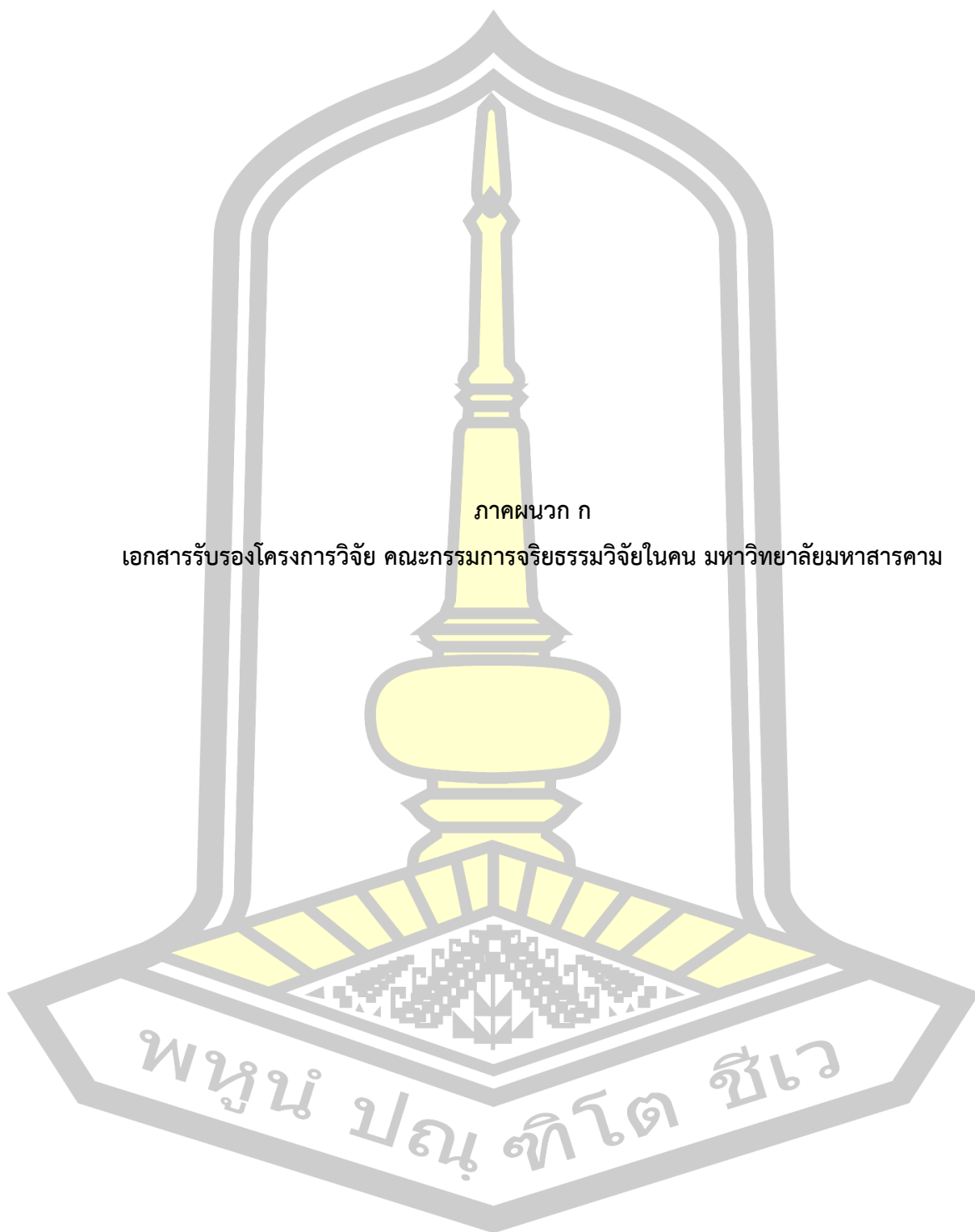
- Starfield, Barbara. (2009). Politics, primary healthcare and health. *J Epidemiol Community Health* 2011; 65:653-655doi:10.1136/jech.102780.
- Vareilles, G., Pommier, J., Marchal, B. & Kane, S. (2017). **Understanding the performance of community health volunteers involved in the delivery of health programs in underserved areas: a realist synthesis.** Retrieved May 1, 2018, from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2Fs13012-017-0554-3.pdf>
- World Health Organization. (2020). **Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update.** Retrieved on Sep 24,2020 from <https://www.who.int/>.
- World Health Organization. (1978). **Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September.**
- World Health Organization. (2023). **First WHO report details devastating impact of hypertension and ways to stop it.** <https://www.who.int/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>
- World Health Organization. (2021). **Global strategy on digital health 2020-2025.** Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). **Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services.** Denmark: WHO Office for Europe.
- World Stroke Organization. (2017). The state of stroke services across the globe: Report of World Stroke Organization–World Health Organization surveys. *International Journal of Stroke*, 16(8), 145-156.





ภาคผนวก

พหุมนุ ปณฺ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหุพันธ์ ปณฺ ทิโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 412-107/2567

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) A Model for Developing the Competency of the VHV in Disease Surveillance, Prevention and Control of Communication Diseases in the Community Chaiyaphum Province.

ผู้วิจัย : นางปรียกร ชาลีพรม

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 27 มิถุนายน 2567

วันหมดอายุ : 26 มิถุนายน 2568

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

..... กตริ์ สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษีซกรหญิงราตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 412-107/2024

Title : A Model for Developing the Competency of the VHV in Disease Surveillance,
Prevention and Control of Communication Diseases in the Community Chaiyaphum Province.

Principal Investigator : Mrs. Pariyakorn Chaleephrom
Responsible Department : Faculty of Public Health
Research site : Chatturat District, Chaiyaphum Province

Review Method : Expedited Review

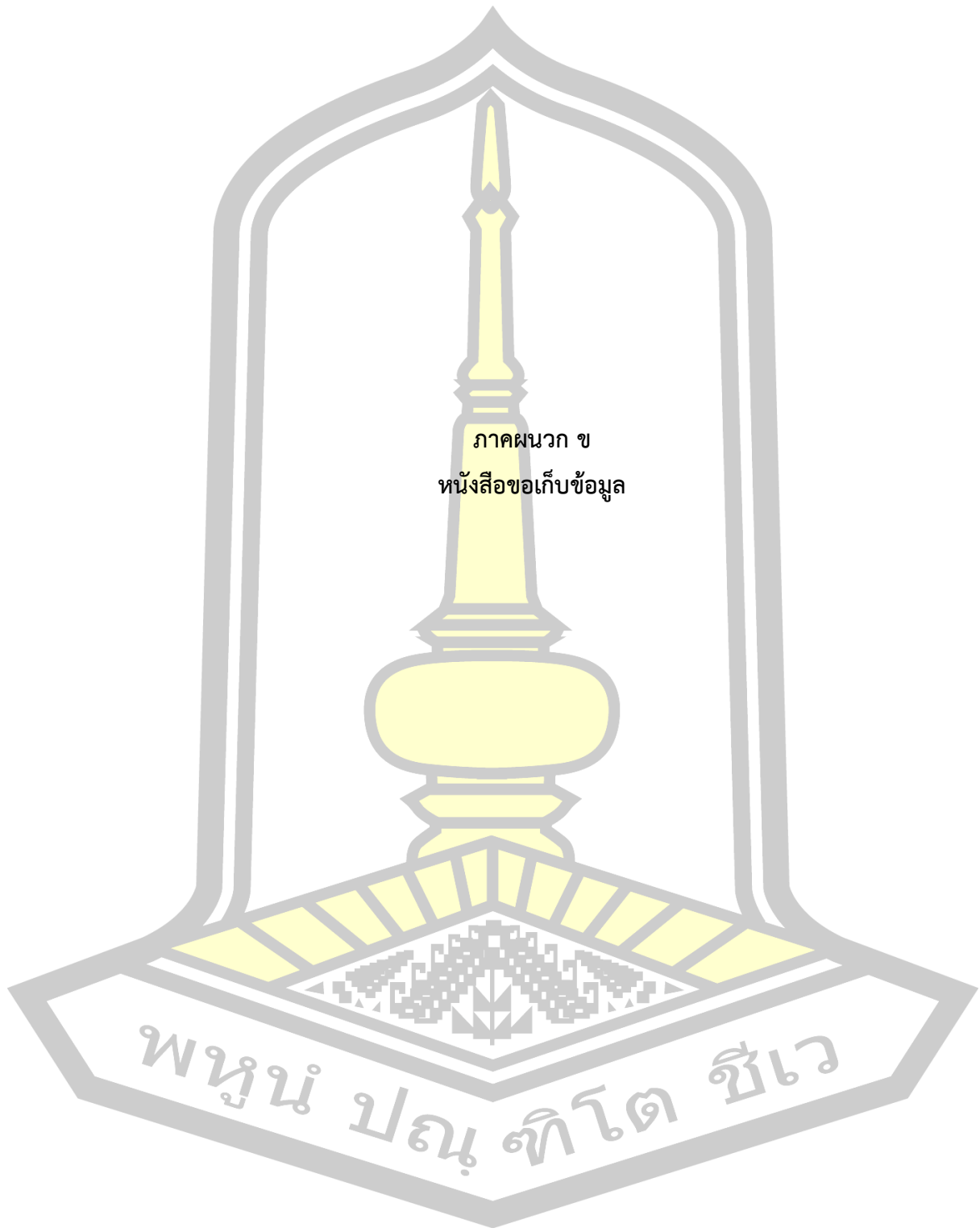
Date of Manufacture : 27 June 2024 **expire :** 26 June 2025

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.

(Assistant Professor Ratree Sawangjit)
Chairman

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



ภาคผนวก ข
หนังสือขอเก็บข้อมูล

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๒๕๖๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ด้วย นางปริญกร ชาลีพรม นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ A Model for Developing the Competency of the VHV in Disease Surveillance, Prevention and Control of Communication Diseases in the Community Chaiyuphum Province)” ซึ่งเป็นส่วนของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รศ.ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุลและรศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ นางปริญกร ชาลีพรม นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เข้าดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่เขตรับผิดชอบของท่าน ในระหว่างวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๗ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ เพื่อเป็นพื้นที่ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ทัดชา ทิธีญวัฒน์กุล)

รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและบัณฑิตศึกษา
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน : นางปริญกร ชาลีพรม โทร. ๐๙๕-๖๑๕๒๓๓๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๗๓๕๓



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา
เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

ด้วย นางปรีภกร ชาลีพรม นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ A Model for Developing the Competency of the VHV in Disease Surveillance, Prevention and Control of Communication Diseases in the Community Chaiyuphum Province)” ซึ่งเป็นส่วนของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รศ.ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุลและรศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ นางปรีภกร ชาลีพรม นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เข้าดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่เขตรับผิดชอบของท่าน ในระหว่างวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๗ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ เพื่อเป็นพื้นที่ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.พัชชา ทิรวิวัฒน์กุล)

รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและบัณฑิตศึกษา
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน : นางปรีภกร ชาลีพรม โทร. ๐๔๕-๖๑๕๒๓๓๓



ที่

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่เก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ด้วย นางปริยกร ชาลีพรม นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) รูปแบบการพัฒนาศมรรถนะของ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ (ชื่อภาษาอังกฤษ) A Model for Developing the Competency of the VHV in Disease Surveillance, Prevention and Control of Communication Diseases in the Community Chaiyuphum Province โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการพัฒนาศมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขออนุญาตเผยแพร่ให้ นางปริยกร ชาลีพรม ทำการเก็บข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบของสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งใน จังหวัดชัยภูมิ เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565 - 31 ตุลาคม 2566 และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใดๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทร 04375 4353 ต่อ 5523
โทรสาร 0 4375 4353



ภาคผนวก ค

แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ ในการขอจริยธรรมการวิจัยครั้งที่ 2

ได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่รับรอง 412-107/2567

วันที่รับรอง 27 มิถุนายน 2567 วันหมดอายุ 26 มิถุนายน 2568

67/107

ECMSU01-05.03 Update 2021

เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางปรียกร ชาลีพรม นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ชุมชนบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ” “A Model for Developing the Competency of the VHV in Disease Surveillance, Prevention and Control of Communication Diseases in the Community Chaiyaphum Province” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ เกิดรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะ อสม.และปรับบทบาทของ อสม. เพื่อสร้าง ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ได้แนวทางหรือรูปแบบสำหรับหน่วยงานอื่นหรือผู้ที่สนใจ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านร่วมกิจกรรมการสัมภาษณ์/ประชุมกลุ่ม ตามกรอบการสัมภาษณ์เชิงลึก/ประชุมกลุ่มย่อยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาระดับสมรรถนะในเชิงลึกของ อสม. เพื่อนำมากำหนดแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ในพื้นที่มากขึ้น โดยใช้เวลาในการการสัมภาษณ์/ประชุมกลุ่มประมาณ 20-40 นาที และจะขอบันทึกเสียงหรือบันทึกวีดิโอขณะมีการสัมภาษณ์หรือประชุมกลุ่ม

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อท่านทั้งในปัจจุบันและอนาคต


ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย แต่ข้อมูลรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลในรูปแบบคู่มือการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.จังหวัดชัยภูมิ เพื่อประโยชน์สูงสุดของอาสาสมัคร แต่การเปิดเผยข้อมูลนั้น จะเปิดเผยเฉพาะผู้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางปรียกร ชาลีพรม นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 09 56152 333 หรือ

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง


(นางปรียกร ชาลีพรม)

ผู้วิจัย



เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน (สำหรับเจ้าหน้าที่)

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางปรียกร ชาลีพรม นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ” “A Model for Developing the Competency of the VHV in Disease Surveillance, Prevention and Control of Communication Diseases in the Community Chaiyaphum Province” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ เกิดรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะ อสม.และปรับบทบาทของ อสม. เพื่อสร้าง ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ได้แนวทางหรือรูปแบบสำหรับหน่วยงานอื่นหรือผู้ที่สนใจ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านร่วมกิจกรรมการสัมภาษณ์/ประชุมกลุ่ม ตามกรอบการสัมภาษณ์เชิงลึก/ประชุมกลุ่มย่อยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาระดับสมรรถนะในเชิงลึกของ อสม. เพื่อนำมากำหนดแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ในพื้นที่มากขึ้น โดยใช้เวลาในการการสัมภาษณ์/ประชุมกลุ่ม ประมาณ 20-40 นาที และจะขอบันทึกเสียงหรือบันทึกวีดิโอขณะมีการสัมภาษณ์หรือประชุมกลุ่ม

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของท่านแต่ประการใด


ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางปรียกร ชาลีพรม นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 095 6152333

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง



(นางปรียกร ชาลีพรม)

ผู้วิจัย



แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร(สำหรับเจ้าหน้าที่)
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) นามสกุล อายุ ปี
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นางปริยกร ชาลีพรม เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม/ให้สัมภาษณ์/เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (เลือกข้อความที่เหมาะสมกับการวิจัย) โดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัว เป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการดูแลสุขภาพที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม

(.....)

วันที่.....



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับการสัมภาษณ์)
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางปริญกร ชาลีพรหม นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ชุมชนบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ” “A Model for Developing the Competency of the VHV in Disease Surveillance, Prevention and Control of Communication Diseases in the Community Chaiyaphum Province” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ เกิดรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะ อสม.และปรับบทบาทของ อสม. เพื่อสร้าง ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ได้แนวทางหรือรูปแบบสำหรับหน่วยงานอื่นหรือผู้ที่สนใจ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ในประเด็นการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์และจัดกระบวนการถอดบทเรียนจำนวน 1 วัน โดยจะขอสัมภาษณ์ที่อาสาสมัครสะดวก

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขออนุญาต บันทึกเสียง ถ่ายภาพ และจะดำเนินการทำลายข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลในการสัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางปริญกร ชาลีพรหม นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 0956152333

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง



(นางปริญกร ชาลีพรหม)

ผู้วิจัย



ECMSU01-06.03

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร(สำหรับการสัมภาษณ์)
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) นามสกุล อายุ ปี
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นางปริยกร ขาสีพรม เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟัง คำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม/ให้สัมภาษณ์/เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (เลือก ข้อความที่เหมาะสมกับการวิจัย) โดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่ เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่เก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัว เป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทาง วิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถ ถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการดูแลสุขภาพที่ ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม
(.....)

วันที่.....



กรอบการสัมภาษณ์เชิงลึก/ประชุมกลุ่มย่อย

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์/ประชุมกลุ่ม เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.)ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ
ค้นหาระดับสมรรถนะในเชิงลึกของ อสม. เพื่อนำมากำหนดแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการดำเนินงาน
เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ในพื้นที่มากขึ้น

แนวทางนี้เป็นกรอบคำถามในการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับใช้เป็นเครื่องมือประกอบการ
สนทนากลุ่มและการค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบหรือแนวทางที่เหมาะสมเพื่อการพัฒนาต่อไป

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมดหลังจากการศึกษา
ครั้งนี้เสร็จสิ้นแล้ว และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เกิดความเสียหายต่อท่านแต่ประการใด

ขอขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือ

ปริญกร ชาลีพรม

ผู้วิจัย

สิงหาคม 2567



สำหรับหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม.

แบบสัมภาษณ์/ประชุมกลุ่ม รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

เลขที่ผู้ถูกสัมภาษณ์.....วันที่.....

ชื่อ-สกุล ผู้สัมภาษณ์.....

สถานที่ในการสัมภาษณ์...

วิธีการบันทึกการสัมภาษณ์...

คำถามเกี่ยวกับ การรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (ได้แก่ โรคโควิด-19 โรคไข้เลือดออก และโรคมือเท้าปาก)

คำถามทั่วไป

1. ชื่อ สกุล และ ประสบการณ์การทำงานด้าน การเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชน
 2. ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่สำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงานด้าน การเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชน
 3. ท่านมีความพึงพอใจต่อผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชนเพียงใด
 4. ท่านคิดว่าบทบาทของ อสม. ในด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชนมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด และควรมีการปรับปรุงหรือพัฒนาอย่างไร
- คำถามเกี่ยวกับ สมรรถนะของ อสม. ต่อการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชน

1. จากสถานการณ์การระบาดของติดต่อในชุมชน ได้แก่ โรคโควิด-19 โรคไข้เลือดออก และโรคมือเท้าปากที่ผ่านมา ท่านทราบหรือไม่ว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในขั้นตอนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชนอย่างไร
2. การดำเนินงานในขั้นตอนสำคัญ 5 ขั้นตอน ท่านมีบทบาทในการสนับสนุนมากน้อยเพียงใด



1) ขึ้นเตรียมความพร้อม ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน รวมถึงความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์

.....

.....

.....

2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

.....

.....

3) จัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

.....

.....

4) การเฝ้าระวังติดตามผู้มีอาการในพื้นที่

.....

.....

5) การรายงานผล

.....

.....

คำถามเกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

2. ท่านมีปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานตาม บทบาทของหน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในขั้นตอนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชน 5 ขั้นตอนอะไรบ้าง

1) ขึ้นเตรียมความพร้อม ทั้งในระดับอำเภอและหมู่บ้าน รวมถึงความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์

.....

.....



.....
.....
2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

.....
.....
3) จัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

.....
.....
4) การเฝ้าระวังติดตามผู้มีอาการในพื้นที่

.....
.....
5) การรายงานผล

.....
.....
3.ข้อเสนอแนะอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในด้านต่างๆ ดังนี้

1) ด้านการเฝ้าระวังโรค.....
.....

2) ด้านการป้องกันโรค.....
.....

3) ด้านการควบคุมโรค.....
.....

4)ด้านอื่นๆ (ถ้ามี).....
.....



.....
 4. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการดำเนินงาน
 เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ทั้ง 4 ด้าน (ท่านต้องการให้หน่วยงานสาธารณสุขพัฒนา
 สมรรถนะของ อสม.อย่างไร)

1)ด้านความรู้.....

2)ด้านทักษะ.....

3)ด้านความสามารถ.....

4)ด้านคุณลักษณะอื่นๆ.....

5. รูปแบบหรือวิธีการพัฒนาสมรรถนะ อสม ด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชนที่ท่าน
 เห็นว่าเหมาะสมคืออะไร และควรดำเนินการโดยใคร

6. การพัฒนาสมรรถนะ อสม อื่นๆที่จำเป็นต่อการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อ
 ในชุมชน ควรมีประเด็นอย่างไร

7. ระบบสนับสนุนที่จำเป็นและควรมีในการพัฒนาสมรรถนะ อสม ด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกัน
 โรคติดต่อในชุมชนควรเป็นอย่างไร

ขอขอบคุณในความร่วมมือนะ

ปริญกร ชาลีพรม

ผู้วิจัย



กรอบการสัมภาษณ์เชิงลึก/ประชุมกลุ่มย่อย

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์/ประชุมกลุ่ม เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ
ค้นหาระดับสมรรถนะในเชิงลึกของ อสม. เพื่อนำมากำหนดแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการดำเนินงาน
เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ในพื้นที่มากขึ้น

แนวทางนี้เป็นกรอบคำถามในการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับใช้เป็นเครื่องมือประกอบการ
สนทนากลุ่มและการค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบหรือแนวทางที่เหมาะสมเพื่อการพัฒนาต่อไป

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมดหลังจากการศึกษา
ครั้งนี้เสร็จสิ้นแล้ว และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เกิดความเสียหายต่อท่านแต่ประการใด
ขอขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือ

ปริญกร ชาลีพรม

ผู้วิจัย

สิงหาคม 2567



กลุ่มเป้าหมาย อสม.

แบบสัมภาษณ์/ประชุมกลุ่ม รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

เลขที่ผู้ถูกสัมภาษณ์.....วันที่.....

ชื่อ-สกุล ผู้สัมภาษณ์.....

สถานที่ในการสัมภาษณ์...

วิธีการบันทึกการสัมภาษณ์...

คำถามเกี่ยวกับ การรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (ได้แก่ โรคโควิด-19 โรคไข้เลือดออก และโรคมือเท้าปาก)

คำถามทั่วไป

1. ชื่อ สกุล และ ประสบการณ์การทำงานด้าน การเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชน
 2. ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่สำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงานด้าน การเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชน
 3. ท่านมีความพึงพอใจต่อผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชนเพียงใด
 4. ท่านคิดว่าบทบาทของ อสม. ในด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชนมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด และควรมีการปรับปรุงหรือพัฒนาอย่างไร
- คำถามเกี่ยวกับ สมรรถนะของ อสม. ต่อการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชน

1. จากสถานการณ์การระบาดของติดต่อในชุมชน ได้แก่ โรคโควิด-19 โรคไข้เลือดออก และโรคมือเท้าปากที่ผ่านมา ท่านทราบหรือไม่ว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในขั้นตอนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชนอย่างไร



2. การดำเนินงานในขั้นตอนสำคัญ 5 ขั้นตอน ท่านมีบทบาทมากน้อยเพียงใด

1) ขั้นเตรียมความพร้อม ทั้งในระดับอำเภอและหมู่บ้าน รวมถึงความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์

.....

.....

.....

2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

.....

.....

3) จัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

.....

.....

4) การเฝ้าระวังติดตามผู้มีอาการในพื้นที่

.....

.....

5) การรายงานผล

.....

.....

คำถามเกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

2. ท่านมีปัญหาลุप्तจากการดำเนินงานตาม บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในขั้นตอนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชน (โรคโควิด-19) 5 ขั้นตอน อะไรบ้าง

1) ขั้นเตรียมความพร้อม ทั้งในระดับอำเภอและหมู่บ้าน รวมถึงความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์

.....

.....



.....
 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

.....
 3) จัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

.....
 4) การเฝ้าระวังติดตามผู้มีอาการในพื้นที่

.....
 5) การรายงานผล

.....
 3. ข้อเสนอแนะอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ(โรคโควิด-19) ในด้าน
 ต่างๆ ดังนี้

1) ด้านการเฝ้าระวังโรค.....

.....
 2) ด้านการป้องกันโรค.....

.....
 3) ด้านการควบคุมโรค.....

.....
 4)ด้านอื่นๆ (ถ้ามี).....



.....
 4. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการดำเนินงาน
 เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน(โรคโควิด-19) ทั้ง 4 ด้าน (ท่านต้องการให้หน่วยงาน
 สาธารณสุขพัฒนาสมรรถนะของ อสม.อย่างไร)

1)ด้านความรู้.....

2)ด้านทักษะ.....

3)ด้านความสามารถ.....

4)ด้านคุณลักษณะอื่นๆ.....

5. รูปแบบหรือวิธีการพัฒนาสมรรถนะ อสม ด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชนที่ท่าน
 เห็นว่าเหมาะสมคืออะไร และควรดำเนินการโดยใคร

6. การพัฒนาสมรรถนะ อสม อื่นๆที่จำเป็นต่อการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อ
 ในชุมชน ควร มีประเด็นอย่างไร

7. ระบบสนับสนุนที่จำเป็นและควรมีในการพัฒนาสมรรถนะ อสม ด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกัน
 โรคติดต่อในชุมชนควรเป็นอย่างไร

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

ปริญกร ชาลีพรหม

ผู้วิจัย



[] [] เลขที่แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่เหมาะสมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ
2. แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะเดิมของอสม. จำนวน 6 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะที่เหมาะสมของอสม. จำนวน 15 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจงในแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่อง สมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่เหมาะสมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ
2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถาม ในแต่ละส่วนโดยละเอียดและขอความกรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริงและตามความคิดเห็นของท่าน เพราะคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ ของ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ
3. แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ข้อมูลที่ได้จะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่ประการใด ซึ่งผู้วิจัยจะนำวิเคราะห์ในภาพรวมของการศึกษาในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุก ๆ ท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามไว้ในโอกาสนี้

(นางปริญกร ชาลีพรหม)

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สิงหาคม 2567



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ตรงกับความเป็นจริงสำหรับตัวท่านมากที่สุด

- | | | |
|--|--|---------------------------------|
| | | สำหรับผู้วิจัย |
| 1. เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง | | SEX [] |
| 2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (นับเต็มปีปฏิรูป) | | AGE [] [] |
| 3. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน | | STA [] |
| () 1.โสด () 2. คู่ | | |
| () 3.หม้าย () 4.หย่า/แยกกันอยู่ | | |
| 4. การศึกษา | | EDU [] |
| () 1.ไม่ได้รับการศึกษา () 2.ประถมศึกษา | | |
| () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. | | |
| () 5. ปวส./ อนุปริญญา () 6.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | | |
| 5. อาชีพ | | OCC [] |
| () 1.ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. เกษตรกรรม | | |
| () 3.ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว () 4.รับจ้างทั่วไป | | |
| () 5.รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ | | |
| () 6.อื่นๆ..... | | |
| 6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(ยังไม่หักค่าใช้จ่าย).....บาท | | |
| () 1.ต่ำกว่า 3,000 บาท | | |
| () 2. 3,001 – 6,000 บาท | | |
| () 3. 6,001 – 9,000 บาท | | |
| () 4. 9,001 – 12,000 บาท | | |
| () 5. 12,001 – 15,000 บาท | | |
| () 6 .15,001 บาท ขึ้นไป | | MON [] [] [] [] [] [] [] |
| 7. ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.).....ปี(ปีเต็ม) | | Time [] [] [] [] [] [] |



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะเดิมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านหรือเติมข้อความในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ตรงกับความเป็นจริงสำหรับตัวท่านมากที่สุดมากที่สุด

- 1. จำนวนหลังคาเรือนในการรับผิดชอบ.....หลังคาเรือน
- 2. จำนวนประชากรในการรับผิดชอบ.....คน
- 3. ท่านเคยได้รับการเข้าอบรมพัฒนาศักยภาพหรือไม่ () ไม่เคย () เคย ถ้าตอบเคย ระบุการอบรม
 - 3.1 หลักสูตร.....ปี พ.ศ.....
 - 3.2 หลักสูตร.....ปี พ.ศ.....
 - 3.3 หลักสูตร.....ปี พ.ศ.....
 - 3.4 หลักสูตร.....ปี พ.ศ.....

อื่นๆ ระบุ.....

4. ในพื้นที่ของท่านมีโรคติดต่อเกิดขึ้นหรือไม่ () ไม่มี () มี ถ้าตอบมี ได้แก่ โรค.....

5. การจัดการงบประมาณในด้านการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในชุมชน ปีงบประมาณ 2565 จำนวน.....บาท
 แหล่งสนับสนุนงบประมาณ.....
 ดำเนินการแก้ไขในเรื่อง.....

6. ข้อเสนอแนะ (เกี่ยวกับการพัฒนา สมรรถนะ ของอสม.) ทั้ง 4 ด้าน ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (ท่านต้องการให้หน่วยงานสาธารณสุขพัฒนาสมรรถนะของ อสม. อย่างไร)

- 1.ด้านความรู้.....
- 2.ด้านทักษะ.....
- 3. ด้านความสามารถ.....
- 4. ด้านอื่นๆ.....



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะที่เหมาะสมของอสม. จำนวน 13 ข้อ

คำชี้แจง ส่วนนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ความสามารถของท่าน เรื่องการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค จำนวน 3 ด้าน (การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ) คำถามแต่ละข้อจะให้เลือกรับตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” โดยท่านเลือกตอบได้ 1 ข้อ

โดยทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง ช่องใดช่องหนึ่งตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อ	ความรู้ ทักษะ ความสามารถในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
1	การจัดทำประชาคมหมู่บ้านเป็นวิธีการค้นหาปัญหาโรคติดต่อได้ตรงกับสภาพปัญหาในพื้นที่ของท่าน		
2	การจัดทำทะเบียนข้อมูลเข้าออกเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อในพื้นที่ของท่านได้มาก		
3	การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรคในพื้นที่ของท่านอย่างสม่ำเสมอ สามารถตรวจจับการระบาดของโรคติดต่อได้ทันเวลา		
4	การจัดกิจกรรมรณรงค์ การผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ เป็นวิธีการป้องกันโรคติดต่อในชุมชน		
5	การควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้ผลดีที่สุดคือการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย		
6	อสม.สามารถจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์เพื่อดำเนินการป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่รับผิดชอบได้		
7	การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่เป็นวิธี ระวังโรคติดต่อซึ่งสามารถแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืน		
8	การดำเนินงานควบคุมโรคในเขตพื้นที่เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น		
9	อสม.มีหน้าที่ช่วยสังเกตเหตุการณ์เกิดโรคและปัจจัยเสี่ยง แจ้งข่าวโดยเร็วและช่วยดำเนินการ เบื้องต้นเพื่อควบคุมการระบาดของโรคติดต่อในชุมชน		
10	เหตุการณ์ที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ เหตุการณ์การเกิดโรคในคนและเหตุการณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการ เกิดโรคในคน		
11	ความสามารถที่เหมาะสมของ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อใน ชุมชน คือ รู้เร็ว แจ้งข่าวเร็วและควบคุมเร็ว		
12	การควบคุมโรคที่ยั่งยืนทำได้โดยการป้องกันก่อนเกิดโรค คือ การส่งเสริมสุขภาพอนามัย		
13	การรายงานเหตุการณ์สามารถทำได้ทั้งแบบเอกสารและรายงานออนไลน์ เช่น ผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์กลุ่ม		
14	ท่านเคยเข้าร่วมประชุมผ่านระบบออนไลน์ เช่น google meet , zoom เป็นต้น		
15	ท่านเคยส่งรายงาน อสม. ผ่านระบบออนไลน์ แอปพลิเคชัน เช่น สมาร์ท อสม., อสม.ออนไลน์		



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จำนวน 15 ข้อ
คำชี้แจง ส่วนนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของอสม.จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ การเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน คำถามแต่ละข้อจะมีระดับคำตอบ 5 ระดับ "โดยท่านเลือกตอบได้ 1 ข้อ" โดยทำเครื่องหมาย

✓ ลงในช่องว่าง ช่องใดช่องหนึ่งที่ตรงกับระดับการดำเนินงานของท่านมากที่สุด

มากที่สุด หมายถึงผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 5 มาก หมายถึงผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 4
 ปานกลางหมายถึงผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 3 น้อย หมายถึงผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 2
 น้อยที่สุด หมายถึงผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 1

ข้อ	การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1.	อสม.เป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน					
2.	อสม.มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน					
3.	อสม.มีส่วนร่วมในการเสนอแผนขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน					
4.	อสม.มีบทบาทในการเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชนคือการรายงานให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทราบเมื่อสงสัยว่ามีภาวะระบาดของโรคติดต่อในชุมชน					
5.	อสม.มีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อเมื่อมีการระบาดในชุมชน					
6.	อสม.มีส่วนร่วมในการกำหนด กติกา ข้อตกลงเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในชุมชน					
7.	อสม.มีส่วนร่วมวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ของโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ และจัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหา					
8.	อสม.มีข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน					
9.	อสม.มีการคืนข้อมูลสถานะด้านสุขภาพแก่หลังคาเรือนรับผิดชอบเพื่อสร้างการรับรู้และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในชุมชน					
10.	อสม.สามารถตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาได้					
11.	อสม.มีการอบรมฟื้นฟูหรือเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรที่เจ้าหน้าที่กำหนด					
12.	อสม.มีการรายงานผลการปฏิบัติงานผ่านเอกสารรายงานที่เจ้าหน้าที่กำหนด					
13.	อสม.ส่งรายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลายผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.					
14.	อสม.เข้าร่วมประชุมผ่านระบบออนไลน์ เช่น google meet , zoom					
15.	อสม.สามารถชักชวนบุคคลในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดต่อในชุมชน					





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 400-412/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนจังหวัดชัยภูมิ

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) A Model for Developing the Competency of the VHV in Disease Surveillance, Prevention and Control of Communication Diseases in the Community Chaiyaphum Province.

ผู้วิจัย : นางปรีภกร ชาลีพรม

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 13 ธันวาคม 2565

วันหมดอายุ : 12 ธันวาคม 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือ หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ภทรี มหิงงตา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษัชกรหญิงราตรี สว่างจิตร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 400-410/2022

Title : A Model for Developing the Competency of the VHV in Disease Surveillance, Prevention and Control of Communication Diseases in the Community Chaiyaphum Province.

Principal Investigator : Mrs. Pariyakorn Chaleephrom

Responsible Department : Faculty of Public Health

Research site : Chatturat District Chaiyaphum Province.

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 13 December 2022

expire : 12 December 2023

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Mahasarakham 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)



Certificate of Achievement

This is to certify that

Mrs. Pariyakorn Chaleephrom

has successfully completed

หลักสูตร จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Human Research Ethics) (e-Learning)

awarded on October 30, 2022.

เอกสารรับรองการฝึกอบรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-Certificate)

ผ่านเว็บไซต์ <https://elearn.career4future.com>

e-Certificate ฉบับนี้ เป็นหลักสูตรระดับพื้นฐานเท่านั้น ไม่สามารถนำไปใช้ประกอบการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ นอก สวทช. ได้

Certificate No. O-2022016335

Date of Expire October 29, 2023

Click or press ESC to cl

101/2567




มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ร่วมกับ
ศูนย์วิจัยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ขอมอบเกียรติบัตรฉบับนี้ ไว้เพื่อแสดงว่า

ปริญกร ชาลีพิรม

ได้ผ่านการฝึกอบรม

“จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำหรับ Social Science and Behavioral Science Research”

ในวันเสาร์ที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2567

ให้ไว้ ณ วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2567 หมดอายุ วันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2572



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิกพันธ์ ชัดขุ่มแสง
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปีที่ 3



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษิษฐกรหญิง ดร.ราตรี สว่างจิตรา
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม





ภาคผนวก ง

แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ ในการขอจริยธรรมครั้งที่ 1

ได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่รับรอง 400-412/2565

วันที่รับรอง 13 ธันวาคม 2565 วันหมดอายุ 12 ธันวาคม 2566

พหุ ประยูร จิตโต ชีวะ

เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน (สำหรับเจ้าหน้าที่)

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางปริยกร ชาลีพรหม นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ชุมชนบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ” “A Model for Developing the Competency of the VHV in Disease Surveillance, Prevention and Control of Communication Diseases in the Community Chaiyaphum Province” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ เกิดรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะ อสม.และปรับบทบาทของ อสม. เพื่อสร้าง ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ได้แนวทางหรือรูปแบบสำหรับหน่วยงานอื่นหรือผู้ที่สนใจ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะเดิมของอสม. จำนวน 6 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะที่เหมาะสมของอสม. จำนวน 15 ข้อ
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จำนวน 15 ข้อ

โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 - 20 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

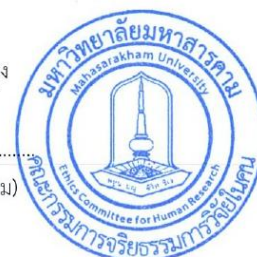
หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางปริยกร ชาลีพรหม นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 095 6152333

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นางปริยกร ชาลีพรหม)

ผู้วิจัย



ECMSU01-05.04

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับการสัมภาษณ์)
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางปรีภร ชาลีพรหม นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ชุมชนที่บัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และ
ควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ” “A Model for Developing the Competency of the VHV in Disease
Surveillance, Prevention and Control of Communication Diseases in the Community Chaiyaphum Province”
โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อสร้างและพัฒนาารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการ
เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ เกิดรูปแบบการ
พัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะ อสม.และปรับบทบาท
ของ อสม. เพื่อสร้าง ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ได้แนวทางหรือ
รูปแบบสำหรับหน่วยงานอื่นหรือผู้ที่สนใจ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม
โรคติดต่อในชุมชน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ในประเด็นการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และ
ควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์และจัดกระบวนการถอดบทเรียน
จำนวน 1 วัน โดยจะขอสัมภาษณ์ที่อาสาสมัครสะดวก

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขออนุญาต บันทึกเสียง ถ่ายภาพ และจะดำเนินการทำลายข้อมูลภายหลัง
เสร็จสิ้นการวิจัย

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมี
สิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจาก
โครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลในการสัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยใน
ภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางปรีภร ชาลีพรหม นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 0956152333

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถ
ติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นางปรีภร ชาลีพรหม)

ผู้วิจัย



ECMSU01-06.03

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) นามสกุล อายุ ปี
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นางปริยกร ชาลีพรม เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟัง คำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม/ให้สัมภาษณ์/เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (เลือกข้อความที่เหมาะสมกับการวิจัย) โดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัว เป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใดๆ ในการดูแลสุขภาพที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม

(.....)

วันที่.....



รายละเอียดกลุ่มตัวอย่าง

1.กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

1) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็น อสม.บัญชี 1 ใน จังหวัดชัยภูมิ จำนวนทั้งสิ้น 24,247 คน

2) กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดชัยภูมิ เนื่องจากการทำวิจัยในครั้งนี้มีหลายระยะและหลายขั้นตอน ผู้วิจัยจึงได้สุ่มตัวอย่างผสมระหว่างแบบชั้นภูมิ(Stratified sampling) และแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งประชากรออกตามพื้นที่ และทำการสุ่มต่อเป็นลำดับขั้นมากกว่า 1 ระดับ โดยแบ่งจากจังหวัด เป็นอำเภอ ตำบล จนถึงหมู่บ้าน ซึ่งเป็นไปตามขั้นตอนของการวิจัยซึ่งมีอยู่ 3 ระยะ ดังนี้

2. กลุ่มตัวอย่างขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาสมรรถนะ อสม.

ในขั้นตอนนี้จะศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลักเพื่อศึกษาสมรรถนะเดิม(Reskil) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดชัยภูมิ และสำรวจสภาพปัญหาของโรคติดต่อในชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ จากนั้นจะศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นข้อมูลเสริมการศึกษาเชิงปริมาณโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็น สภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อในชุมชนและระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดชัยภูมิ ที่ผ่านมา และสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่ม อสม. แล้วจึงสรุปแปลผลจากข้อมูลทั้งสองส่วน มีรายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างในการสำรวจสถานการณ์การพัฒนาสมรรถนะ อสม.เดิมเป็น อสม.บัญชี 1 ในจังหวัดชัยภูมิ ที่ปฏิบัติงานในอำเภอที่เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดต่อในชุมชนสูงเป็นอันดับ 1 ของแต่ละโซน จาก 3 โซนของจังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ อำเภอภูเขียวจากโซนเหนือ อำเภอเมืองชัยภูมิจากโซนกลางและอำเภอภักดีชุมพลจากโซนใต้ ซึ่งมีจำนวน อสม.บัญชี 1 เท่ากับ 2,718 คน , 3,395 คน และ 1,041 คน ตามลำดับ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ต้องการจากสูตรของเครซีและมอร์แกน สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2543) มีดังนี้

2)กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะ ของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของKemmis and Mc Taggart มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) ขึ้นสังเกต (Observe) และขั้นการสะท้อนผล (Reflect) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ ได้แก่ อสม.ในตำบลที่มีการระบาดของโรคติดต่อในชุมชนสูงเป็นอันดับหนึ่งของ 3 อำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลระยะที่ 1 คัดเลือกแบบเจาะจงในหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคติดต่อสูงเป็นอันดับ 1 ตำบลนั้น

3)กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลักโดยการถอดบทเรียนรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน

และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ของ อสม.ในตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมายของการศึกษาใน จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ ได้แก่ อสม.ในตำบลที่มีการระบาดของโรคติดต่อในชุมชนสูงเป็นอันดับหนึ่งของ 3 อำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลระยะที่ 2 คัดเลือกแบบเจาะจงในหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคติดต่อสูงเป็นอันดับ 1 ตำบลนั้น

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล)
อาจารย์ที่ปรึกษา



[] [] เลขที่แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่เหมาะสมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

2. แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะเดิมของอสม. จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะที่เหมาะสมของอสม. จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

จำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจงในแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่อง สมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่เหมาะสมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถาม ในแต่ละส่วนโดยละเอียดและขอความกรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริงและตามความคิดเห็นของท่าน เพราะคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ ของ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

3. แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ข้อมูลที่ได้จะไม่มีการกระทบต่อตัวท่านแต่ประการใด ซึ่งผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมของการศึกษาในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุก ๆ ท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามไว้ในโอกาสนี้

(นางปริยกร ชาลีพรหม)

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กรกฎาคม 2565



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะเดิมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านหรือเดิมข้อความในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ตรงกับความเป็นจริงสำหรับตัวท่านมากที่สุดมากที่สุด

1. จำนวนหลังคาเรือนในการรับผิดชอบ.....หลังคาเรือน
2. จำนวนประชากรในการรับผิดชอบ.....คน
3. ท่านเคยได้รับการเข้าอบรมพัฒนาศักยภาพหรือไม่ () ไม่เคย () เคย ถ้าตอบเคย ระบุการอบรม
 - 3.1 หลักสูตร.....ปี พ.ศ.....
 - 3.2 หลักสูตร.....ปี พ.ศ.....
 - 3.3 หลักสูตร.....ปี พ.ศ.....
 - 3.4 หลักสูตร.....ปี พ.ศ.....
 - อื่นๆ ระบุ.....
4. ในพื้นที่ของท่านมีโรคติดต่อเกิดขึ้นหรือไม่ () ไม่มี () มี ถ้าตอบมี ได้แก่ โรค

.....
5. การจัดการงบประมาณในด้านการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในชุมชน ปีงบประมาณ 2565 จำนวน.....บาท

แหล่งสนับสนุนงบประมาณ.....

ดำเนินการแก้ไขในเรื่อง.....

.....
6. ข้อเสนอแนะ (เกี่ยวกับการพัฒนา สมรรถนะ ของอสม.) ทั้ง 4 ด้าน ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (ท่านต้องการให้หน่วยงานสาธารณสุขพัฒนาสมรรถนะของ อสม. อย่างไร)
 - 1.ด้านความรู้.....
 - 2.ด้านทักษะ.....
 3. ด้านความสามารถ.....
 4. ด้านอื่นๆ.....



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะที่เหมาะสมของอสม. จำนวน 13 ข้อ

คำชี้แจง ส่วนนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ความสามารถของท่าน เรื่องการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค จำนวน 3 ด้าน (การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ) คำถามแต่ละข้อจะให้เลือกตอบ "ใช่" "ไม่ใช่" โดยท่านเลือกตอบได้ 1 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง ช่องใดช่องหนึ่งที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อ	ความรู้ ทักษะ ความสามารถในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
1	การจัดทำประชาคมหมู่บ้านเป็นวิธีการค้นหาปัญหาโรคติดต่อได้ตรงกับสภาพปัญหาในพื้นที่ของท่าน		
2	การจัดทำทะเบียนข้อมูลเข้าออกเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อในพื้นที่ของท่านได้มาก		
3	การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรคในพื้นที่ของท่านอย่างสม่ำเสมอ สามารถตรวจจับการระบาดของโรคติดต่อได้ทันเวลา		
4	การจัดกิจกรรมรณรงค์ การผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ เป็นวิธีการป้องกันโรคติดต่อในชุมชน		
5	อสม. สามารถจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์เพื่อดำเนินการป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่รับผิดชอบได้		
6	การควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้ผลดีที่สุดคือการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย		
7	การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่เป็นวิธีระงับโรคติดต่อซึ่งสามารถแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืน		
8	การดำเนินงานควบคุมโรคในเขตพื้นที่เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น		
9	อสม. มีหน้าที่ช่วยสังเกตเหตุการณ์เกิดโรคและปัจจัยเสี่ยง แจ้งข่าวโดยเร็วและช่วยดำเนินการเบื้องต้นเพื่อควบคุมการระบาดของโรคติดต่อในชุมชน		
10	ความสามารถที่เหมาะสมของ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในชุมชน คือ รู้เร็ว แจ้งข่าวเร็วและควบคุมเร็ว		
11	เหตุการณ์ที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ เหตุการณ์การเกิดโรคในคนและเหตุการณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคในคน		
12	การควบคุมโรคที่ยั่งยืนทำได้โดยการป้องกันก่อนเกิดโรค คือ การส่งเสริมสุขภาพอนามัย		
13	การรายงานเหตุการณ์สามารถทำได้ทั้งแบบเอกสารและรายงานออนไลน์ เช่น ผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์กลุ่ม		
14	ท่านเคยเข้าร่วมประชุมผ่านระบบออนไลน์ เช่น google meet , zoom เป็นต้น		
15	ท่านเคยส่งรายงาน อสม. ผ่านระบบออนไลน์ แอปพลิเคชัน เช่น สมาร์ท อสม. ,อสม. ออนไลน์		



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จำนวน 15 ข้อ **คำชี้แจง** ส่วนนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของอสม.จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ การเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน คำถามแต่ละข้อจะมีระดับคำตอบ 5 ระดับ "โดยท่านเลือกตอบได้ 1 ข้อ" โดยที่ เครื่องหมาย ลงในช่องว่าง ช่องใดช่องหนึ่งที่ตรงกับระดับการดำเนินงานของท่านมากที่สุด มากที่สุด หมายถึงผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 5 มาก หมายถึงผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 4 ปานกลางหมายถึงผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 3 น้อยหมายถึงผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 2 น้อยที่สุด หมายถึงผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 1

ข้อ	การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1.	อสม.เป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน					
2.	อสม.มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน					
3.	อสม.มีส่วนร่วมในการเสนอแผนขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน					
4.	อสม.มีบทบาทในการเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชนคือการรายงานให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทราบเมื่อสงสัยว่ามีภาวะระบาดของโรคติดต่อในชุมชน					
5.	อสม.มีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อเมื่อมีการระบาดในชุมชน					
6.	อสม.มีส่วนร่วมในการกำหนด กติกา ข้อตกลงเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในชุมชน					
7.	อสม.มีส่วนร่วมวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ของโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ และจัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหา					
8.	อสม.มีข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน					
9.	อสม.มีการค้นหาข้อมูลสถานะด้านสุขภาพแก่หลังคาเรือนรับผิดชอบ. เพื่อสร้างการรับรู้และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในชุมชน					
10.	อสม.สามารถตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพ. ปัญหาได้					
11.	อสม.มีการอบรมฟื้นฟูหรือเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรที่เจ้าหน้าที่. กำหนด					

ชื่อ	การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
12	อสมมีการรายงานผลการปฏิบัติงานผ่านเอกสารรายงานที่เจ้าหน้าที่กำหนด					
13	อสมส่งรายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลายผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท .อสม					
14	อสม เข้าร่วมประชุมผ่านระบบออนไลน์ เช่น.google meet , zoom					
15	อสมสามารถชักชวนบุคคลในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดต่อในชุมชน					



กรอบการสัมภาษณ์เชิงลึก/ประชุมกลุ่มย่อย

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์/ประชุมกลุ่ม เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาระดับสมรรถนะในเชิงลึกของ อสม. เพื่อนำมากำหนดแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ในพื้นที่มากขึ้น

แนวทางนี้เป็นกรอบคำถามในการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับใช้เป็นเครื่องมือประกอบการสนทนากลุ่มและการค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบหรือแนวทางที่เหมาะสมเพื่อการพัฒนาต่อไป

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมดหลังจากการศึกษาครั้งนี้เสร็จสิ้นแล้ว และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เกิดความเสียหายต่อท่านแต่ประการใด

ขอขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือ

ปริญกร ชาลีพรม

ผู้วิจัย

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

แบบสัมภาษณ์/ประชุมกลุ่ม รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)
ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

เลขที่ผู้ถูกสัมภาษณ์.....วันที่.....
ชื่อ-สกุล ผู้สัมภาษณ์.....
สถานที่ในการสัมภาษณ์.....
วิธีการบันทึกการสัมภาษณ์.....

คำถามเกี่ยวกับ การรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง
ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (ได้แก่ โรคโควิด-19 โรคไข้เลือดออก และโรคมือเท้าปาก)

คำถามทั่วไป

1. ชื่อ สกุล และ ประสบการณ์การทำงานด้าน การเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชน
 2. ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่สำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงานด้าน การเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชน
 3. ท่านมีความพึงพอใจต่อผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชนเพียงใด
 4. ท่านคิดว่าบทบาทของ อสม. ในด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชนมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด และควรมีการปรับปรุงหรือพัฒนาอย่างไร
- คำถามเกี่ยวกับ สมรรถนะของ อสม. ต่อการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชน

1. จากสถานการณ์การระบาดของติดต่อในชุมชน ได้แก่ โรคโควิด-19 โรคไข้เลือดออก และโรคมือเท้าปากที่ผ่านมา ท่านทราบหรือไม่ว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในขั้นตอนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชนอย่างไร

2. การดำเนินงานในขั้นตอนสำคัญ 5 ขั้นตอน ท่านมีบทบาทในการสนับสนุนมากน้อยเพียงใด
 - 1) ขึ้นเตรียมความพร้อม ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน รวมถึงความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์

2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

3) จัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4) การเฝ้าระวังติดตามผู้มีอาการในพื้นที่

5) การรายงานผล

คำถามเกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

2. ท่านมีปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานตาม บทบาทของหน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) / บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม. ในขั้นตอนการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคในชุมชน 5 ขั้นตอน อะไรบ้าง

1) ขึ้นเตรียมความพร้อม ทั้งในระดับอำเภอและหมู่บ้าน รวมถึงความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์

2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

3) จัดทำบัญชีกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4) การเฝ้าระวังติดตามผู้มีอาการในพื้นที่

5) การรายงานผล

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในด้านต่างๆ ดังนี้

1) ด้านการเฝ้าระวังโรค

2) ด้านการป้องกันโรค

.....

.....

3) ด้านการควบคุมโรค

.....

.....

4)ด้านอื่นๆ (ถ้ามี)

.....

.....

4.ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ทั้ง 4 ด้าน (ท่านต้องการให้หน่วยงานสาธารณสุขพัฒนาสมรรถนะของ อสม.อย่างไร)

1)ด้านความรู้

.....

.....

2)ด้านทักษะ

.....

.....

3)ด้านความสามารถ

.....

.....

4)ด้านคุณลักษณะอื่นๆ

.....

.....

5. รูปแบบหรือวิธีการพัฒนาสมรรถนะ อสม ด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชนที่ท่านเห็นว่าเหมาะสมคืออะไร และควรดำเนินการโดยใคร

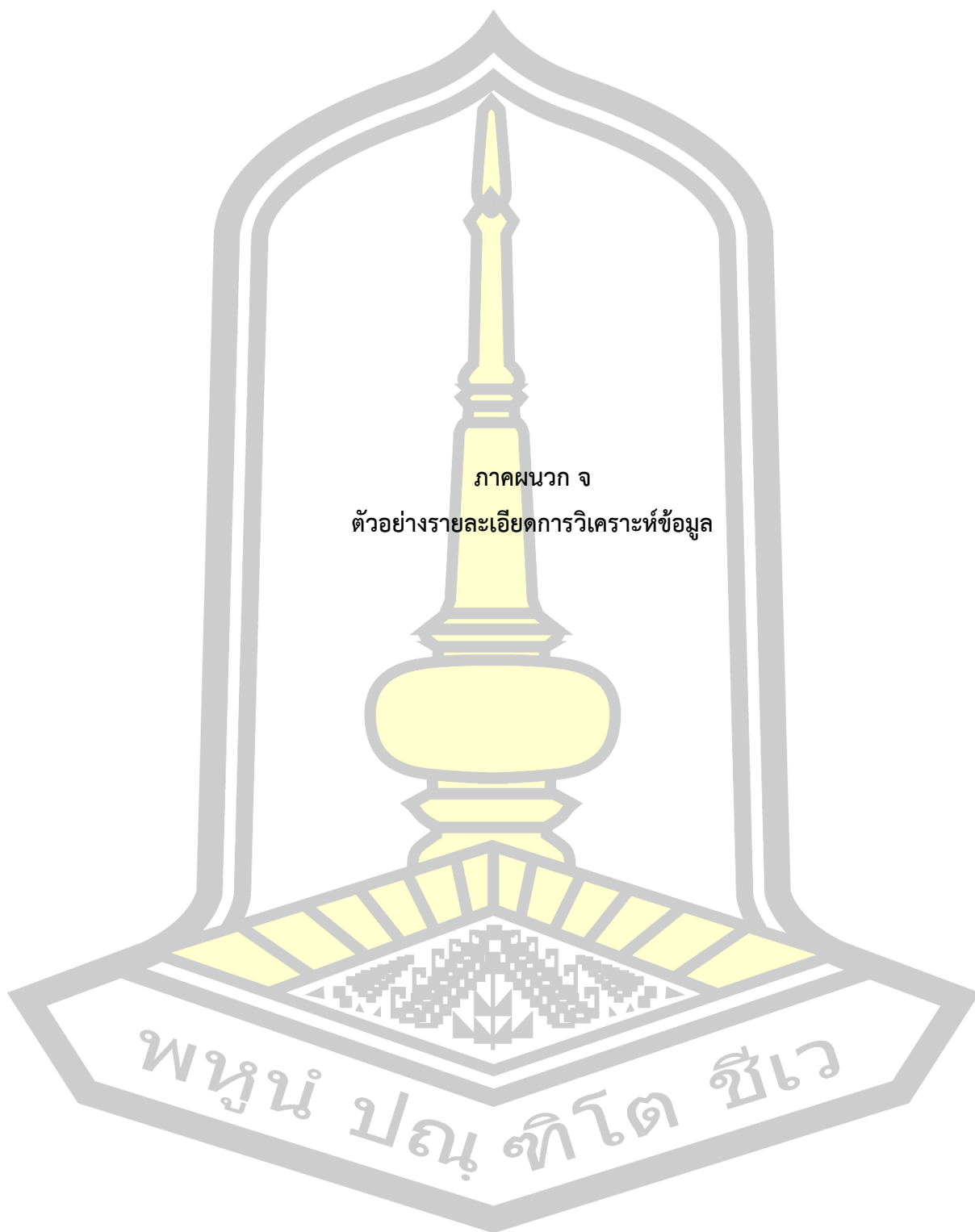
6. การพัฒนาสมรรถนะ อสม อื่นๆที่จำเป็นต่อการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชน ควรมีประเด็นอย่างไร

7. ระบบสนับสนุนที่จำเป็นและควรมีในการพัฒนาสมรรถนะ อสม ด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชนควรเป็นอย่างไร

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

ปรียกร ชาลีพรม

ผู้วิจัย



ภาคผนวก จ
ตัวอย่างรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล

พหุ ประจักษ์ ชัยเว

```

RELIABILITY
/VARIABLES=k1 k2 k3 k4 k5 A1 A2 A3 A4 A5 01 02 03 04 05 s1 s2 s3 s4 s5 s6 s7 s8 s9 s10 s11 s12
s13 s14 s15
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

```

→ **Reliability**

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.857	30

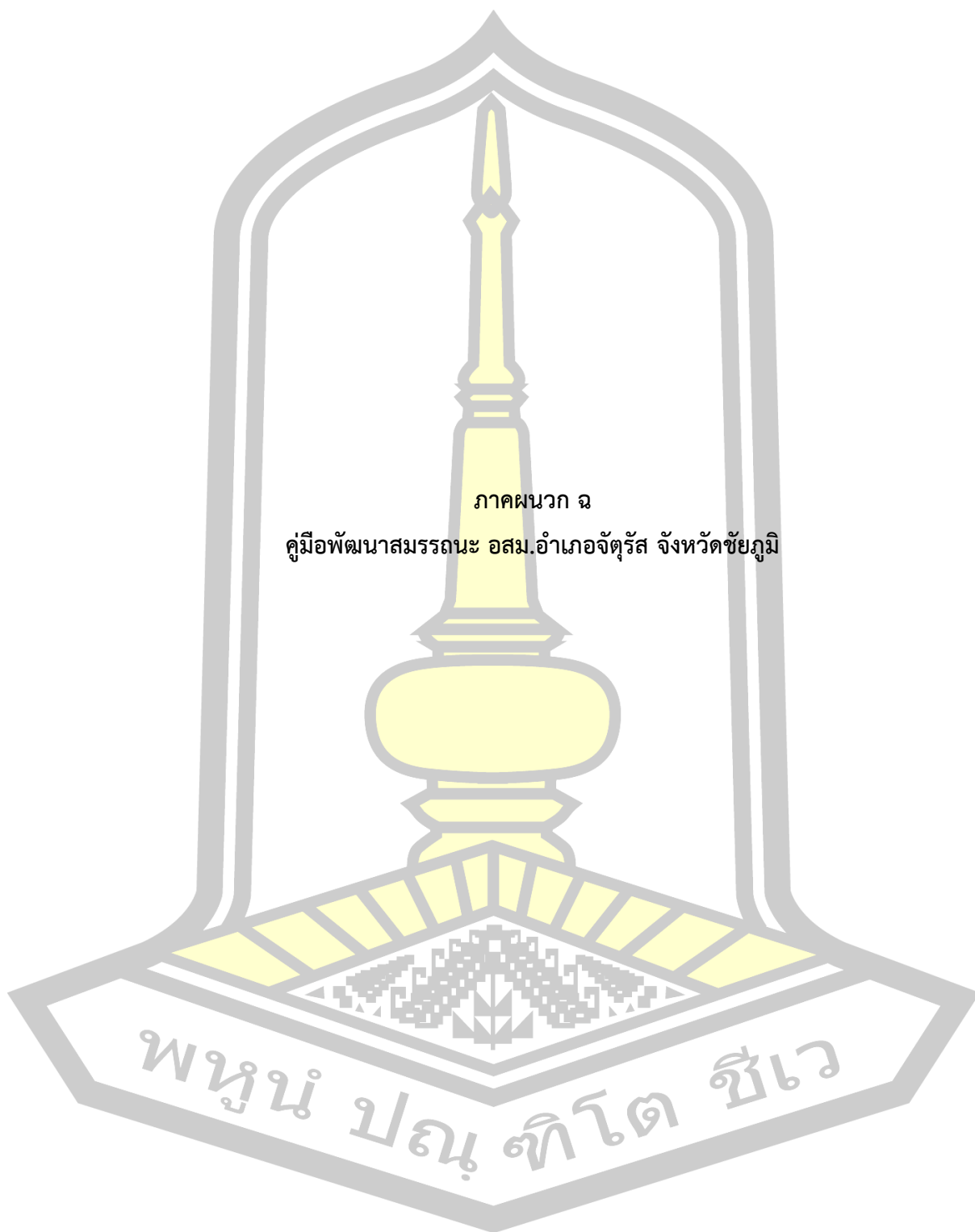
Paired t test

Variable	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
pretest_~e	33	86.14141	1.33231	7.653536	83.42759	88.85524
posttest_~e	33	98.16162	.3396255	1.951	97.46982	98.85341
diff	33	-12.0202	1.068955	6.140677	-14.19759	-9.842812

mean(diff) = mean(pretest_compet~e - posttest_compe~e) t = -11.2448
Ho: mean(diff) = 0 degrees of freedom = 32

Ha: mean(diff) < 0 Ha: mean(diff) != 0 Ha: mean(diff) > 0
Pr(T < t) = 0.0000 Pr(|T| > |t|) = 0.0000 Pr(T > t) = 1.0000





ภาคผนวก ฉ

คู่มือพัฒนาสมรรถนะ อสม.อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

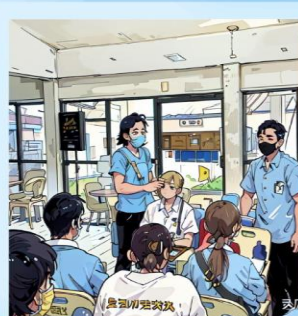
พหุมนั ปณุ ทิโต ชีเว

คู่มือพัฒนาสมรรถนะ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน

และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน



Smart อสม.

อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

S Screen
การคัดกรอง เฝ้าระวัง
ตรวจสอบติดตามอย่างต่อเนื่อง

M Management
การบริหารจัดการได้ดี

A Application
ส่งงานผ่านแอปพลิเคชันได้

R Response
การตอบสนองรวดเร็ว
ทันเหตุการณ์

T Time
(Real time)

อ อาสา

ส สามัคคี

น มีวินัย





ภาคผนวก ช
แนวทางการพัฒนาสมรรถนะ อสม.
SMART อสม. Plus Model
จังหวัดชัยภูมิ

พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว

คำนำ

การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2520 เป็นต้นมา ซึ่งผ่านมาแล้วกว่า 4 ทศวรรษ ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม รูปแบบการบริโภคและการใช้ชีวิต โดยเฉพาะเทคโนโลยีที่พัฒนาแบบก้าวกระโดด ส่งผลต่อแบบการเจ็บป่วยของประชาชน รวมถึงการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในชุมชน ทั้งชุมชนเขตเมืองและเขตชนบท

แนวทางการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน “SMART อสม.Plus Model จังหวัดชัยภูมิ “ ได้จัดทำขึ้นจากผลการวิจัยและพัฒนาแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ และได้ทดลองใช้ “SMART อสม.Plus Model จังหวัดชัยภูมิ ในพื้นที่ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ แนวทางการดำเนินงานฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและส่งเสริมสมรรถนะ อสม.จังหวัดชัยภูมิ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ (Knowledge) ด้านทักษะ (Skill) ด้านความสามารถ (Ability) และด้านอื่นๆ (Other) ให้สามารถนำมาปรับใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออื่นๆในชุมชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ปรียกร ชาลีพรหม
ผู้จัดทำ

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
เอกสารชุดที่ 1 SMART อสม.Plus Model จังหวัดชัยภูมิ	
เอกสารชุดที่ 2 หลักสูตรการอบรมที่เกิดขึ้นหลังพัฒนารูปแบบ	
เอกสารชุดที่ 3 แนวทางการจัดอบรมตามหลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	
เอกสารชุดที่ 4 แนวทางการจัดอบรมตามหลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ	
เอกสารชุดที่ 5 แนวทางการจัดอบรมตามหลักสูตร อสม. 4.0 Plus	
เอกสารชุดที่ 6 แนวทางการจัดอบรมตามหลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ	
เอกสารชุดที่ 7 แนวทางการจัดอบรมตามหลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญด้าน การจัดทำแผนชุมชนพึ่งตนเอง	
เอกสารชุดที่ 8 แนวทางการจัดอบรมตามหลักสูตร อสม.ผู้นำการเปลี่ยนแปลง	
เอกสารชุดที่ 9 แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค 5 ขั้นตอน	
เอกสารชุดที่ 10 แนวทางการรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม. 1) ผ่านแอปพลิเคชัน Smart อสม.	





ภาคผนวก ซ

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
ในการเฝ้าระวังโรค ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)
รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
ในการเฝ้าระวังโรค ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

ระยะปฏิบัติการวิจัย ระยะที่ 1 Survey research ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	สถานที่	เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาการเกิด โรคติดต่อและ สมรรถนะของ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน(อสม.)ในการ ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อในชุมชน วัตถุประสงค์เฉพาะ 1 เพื่อศึกษาระดับ สมรรถนะของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ในการ ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อในชุมชน2 เพื่อ พัฒนาขั้นตอนในการ พัฒนารูปแบบการพัฒนา สมรรถนะอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ	วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการ พัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อในชุมชน วัตถุประสงค์เฉพาะ 1 เพื่อศึกษาระดับ สมรรถนะของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ในการ ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อในชุมชน2 เพื่อ พัฒนาขั้นตอนในการ พัฒนารูปแบบการพัฒนา สมรรถนะอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิง ปริมาณจากกลุ่มเป้าหมาย เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ สภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยง ของการเกิดโรคติดต่อและ ระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในจังหวัด ชัยภูมิ แล้วผู้วิจัยได้ศึกษา หลักสูตรการส่งเสริมและ พัฒนาสมรรถนะของ อสม.ที่ ผ่านมา รวมถึงการเก็บข้อมูล สมรรถนะ ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดชัยภูมิโดย เก็บข้อมูล ดังนี้ 1.ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Source) โดยการศึกษาจาก เอกสาร บทความหนังสือและ รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อ ทำความเข้าใจแนวคิด ทฤษฎี 	<p>ระยะ 1 มีนาคม 2565 – พฤษภาคม 2566</p> <p>ระยะ 2 มิถุนายน 2566 -สิงหาคม 2567</p> <p>ระยะ 3 สิงหาคม 2567 - กันยายน 2567</p>	<p>ระยะ 1 จังหวัดชัยภูมิ ทั้ง 16 อำเภอ</p> <p>ระยะ 2 หน่วยงาน สนับสนุนการดำเนินงาน ของ อสม. ในจังหวัด ชัยภูมิและพื้นที่ที่ ทดลองใช้ model</p> <p>ระยะ 3 ตำบลหนองบัว บาน อำเภอจัตุรัส จังหวัด ชัยภูมิ</p>	<p>ระยะ 1 แบบสอบถาม เกี่ยวกับสมรรถนะของ อสม. เป็นคำถามเกี่ยวกับ สมรรถนะด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้าน ความสามารถของ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดต่อในชุมชน ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ส่วนที่ 1 คุณลักษณะ ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับ คุณลักษณะด้านอื่นๆ ของอสม. ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับ สมรรถนะของอสม. <p>ระยะ 2 แบบสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม</p>	<p>ได้ทราบถึงสมรรถนะ ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน(อสม.) ใน การดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดชัยภูมิ</p>	<p>มีข้อมูล สถานการณ์ สภาพปัญหา การเกิด โรคติดต่อและ สมรรถนะ ของอสม.ใน การดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและ ควบคุม โรคติดต่อ จังหวัดชัยภูมิ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	สถานที่	เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
	หมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนในปัจจุบัน 3 เพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	ที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหา รวมถึงสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในจังหวัดชัยภูมิ 2. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Source) โดยการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย			ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นกรอบคำถามในการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับใช้เป็นเครื่องมือประกอบการสนทนากลุ่มและการค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบหรือแนวทางที่เหมาะสมเพื่อการพัฒนาต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาระดับสมรรถนะของ อสม. ส่วนที่ 2 โปรแกรมการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ระยะ 3 ประกอบด้วย 1. การประเมินผลโปรแกรมการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะอสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน			

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	สถานที่	เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
					2.การประเมิน สมรรถนะ อสม.หลัง ผ่านการพัฒนา สมรรถนะตามโปรแกรม การส่งเสริมและพัฒนา สมรรถนะ อสม.			

ระยะปฏิบัติการวิจัย ระยะที่ 2 Action research ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	สถานที่	เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 1 (P1) ประชุมคณะทำงาน พัฒนาสมรรถนะ อสม. ม.ในการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อใน ชุมชน	วัตถุประสงค์ เพื่อจัดทำแผนและแนว ทางการส่งเสริม สมรรถนะ อสม.ในการ ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> ประชุมทีมคณะทำงานการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและจัดทำแผนปฏิบัติการ 	มิถุนายน 2566- ธันวาคม 2566	<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลสมรรถนะ อสม. จังหวัดชัยภูมิ 	<ul style="list-style-type: none"> มีรูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ที่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> แผนปฏิบัติการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนที่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
วัตถุประสงค์ เพื่อคืนข้อมูลและ ร่วมกันจัดทำ แผนพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการ ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อในชุมชน	วัตถุประสงค์ จัดทำแผนปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมระหว่าง ผู้วิจัยและหน่วยงาน สนับสนุน อสม.	<ul style="list-style-type: none"> จัดประชุมทีมที่เสี่ยง อสม.ระดับอำเภอ ตำบล กำหนดแผนการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. กำหนดแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน 	มกราคม 2567	<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 	<ul style="list-style-type: none"> แบบสนทนากลุ่ม และแผนปฏิบัติการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. 	<ul style="list-style-type: none"> ได้แผนและแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ที่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> แผนปฏิบัติการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนที่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบงาน อสม.ระดับอำเภอ/ตำบล

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	สถานที่	เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
		<ul style="list-style-type: none"> จัดประชุมทีมพี่เลี้ยง อสม. ระดับอำเภอ ตำบล กำหนดแผนการส่งเสริม สมรรถนะ อสม. กำหนดแนวทางการส่งเสริม สมรรถนะ อสม. ติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน 	กุมภาพันธ์ 2567	<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุข อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 	<ul style="list-style-type: none"> แบบสนทนากลุ่ม และแผนปฏิบัติการ ส่งเสริมสมรรถนะ อสม. 	<ul style="list-style-type: none"> ได้แผนปฏิบัติการ การแบ่งมีส่วนร่วม ในการส่งเสริม สมรรถนะ อสม. ที่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> แผนปฏิบัติการ ส่งเสริม สมรรถนะ อสม. ในงาน ค่าเงินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคติดต่อในชุมชนที่ เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบ งาน อสม. ระดับอำเภอ/ ตำบล
กิจกรรมที่ 4 (A1) จัดประชุม คณะทำงาน พี่เลี้ยง อสม.	วัตถุประสงค์ เพื่อแบ่งบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในการ จัดกิจกรรมส่งเสริม สมรรถนะ อสม. ในงาน ค่าเงินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำคำสั่งคณะทำงาน จัดประชุมทีมพี่เลี้ยง อสม. ระดับอำเภอ ตำบล กำหนดแผนการส่งเสริม สมรรถนะ อสม. กำหนดแนวทางการส่งเสริม สมรรถนะ อสม. ติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน 	มีนาคม 2567	<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุข อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 	<ul style="list-style-type: none"> หลักสูตรการส่งเสริม สมรรถนะ อสม. ในงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ได้หลักสูตรการ อบรมเพื่อส่งเสริม สมรรถนะ อสม. ใน การดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อใน ชุมชน ที่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> หลักสูตรการ ส่งเสริม สมรรถนะ อสม. ในงาน ค่าเงินงานเฝ้า ระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคติดต่อ 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบ งาน อสม. ระดับอำเภอ/ ตำบล

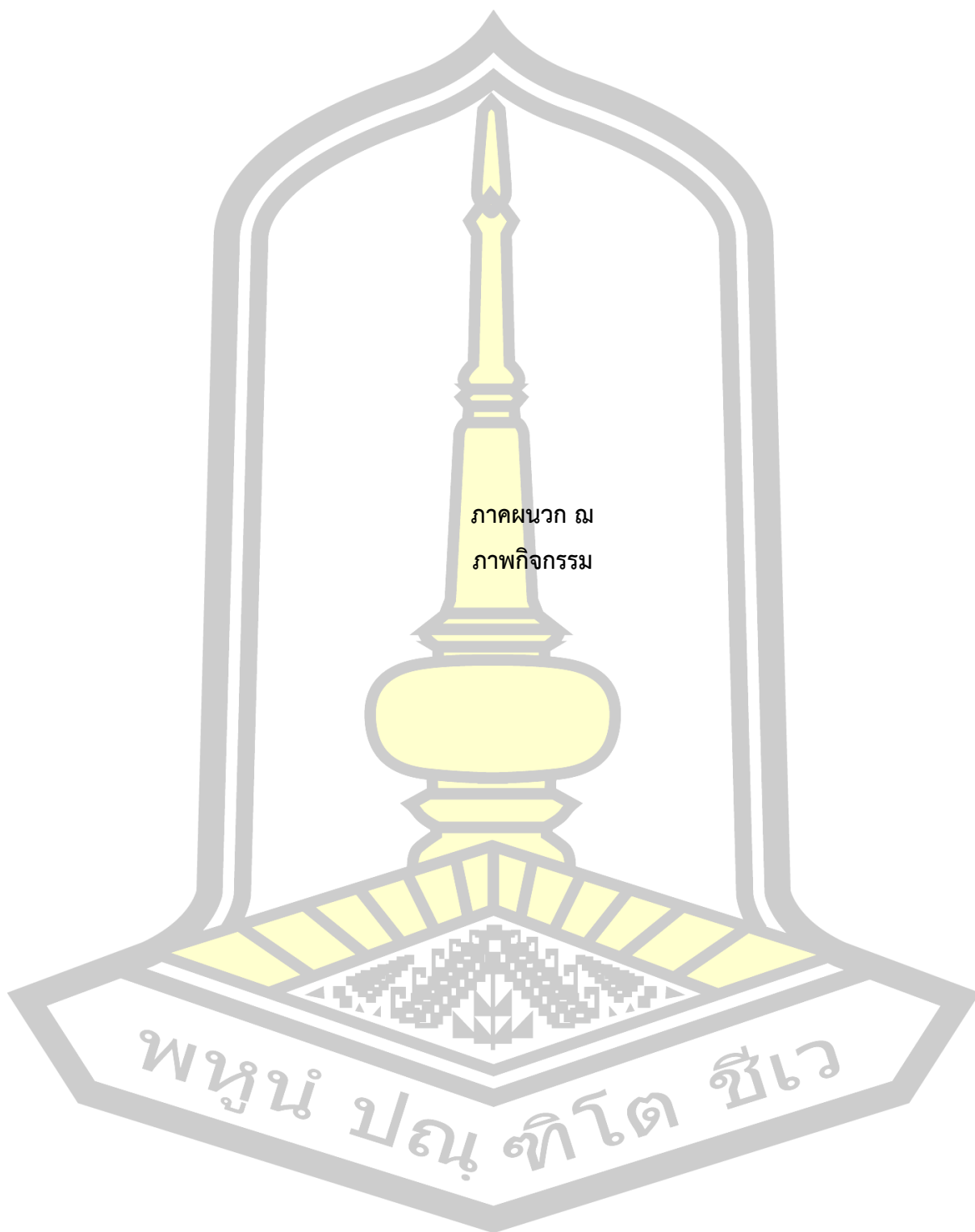
กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	สถานที่	เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 5 (A2) จัดทำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะ อส ม.	เพื่อปรับปรุงหลักสูตรการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	• ผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัยและที่เลี้ยง อสม. ระดับตำบล ร่วมปรับปรุง พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	มีนาคม 2567	• โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัดหารัฐ จังหวัดชัยภูมิ	• โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนที่เหมาะสม	โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	• ผู้วิจัย • ผู้ช่วยผู้วิจัย • ผู้รับผิดชอบงาน อสม. ระดับอำเภอ/ตำบล
กิจกรรมที่ 6 (A3) ทดสอบโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ อส ม.	เพื่อทดสอบโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	ผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้รับผิดชอบงาน อสม. ระดับตำบล ร่วมกันทดสอบโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	มีนาคม 2567	• โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัดหารัฐ จังหวัดชัยภูมิ	• โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนที่เหมาะสม	โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	• ผู้วิจัย • ผู้ช่วยผู้วิจัย ที่เลี้ยง อสม. ระดับตำบล • ผู้รับผิดชอบงาน อสม. ระดับอำเภอ/ตำบล

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	สถานที่	เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 7 (A4) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะ อสม.	เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> จัดกิจกรรมตามแผนการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน 	เมษายน 2567-สิงหาคม 2567	<ul style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว บ้าน อำเภอจัดตั้ง จังหัดชัยภูมิ 	<ul style="list-style-type: none"> หลักสูตรการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ได้หลักสูตรการอบรมเพื่อส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ที่เหมาะสม 	หลักสูตรการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดชัยภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบงาน อสม.ระดับอำเภอ/ตำบล
กิจกรรมที่ 8 (A5) ประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะ อสม.	เพื่อประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะ อสม.	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้รับผิดชอบงาน อสม.ระดับตำบล ร่วมประเมินผลโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน 	สิงหาคม 2567	<ul style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว บ้าน อำเภอจัดตั้ง จังหัดชัยภูมิ 	<ul style="list-style-type: none"> โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนที่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบงาน อสม.ระดับตำบล

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	สถานที่	เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 9 (O1) ติดตาม สนับสนุน และให้คำแนะนํา ผู้รับผิดชอบงาน อสม.ในพื้นที่	เพื่อติดตาม สนับสนุน และให้คำแนะนํา ผู้รับผิดชอบงาน อสม.ในพื้นที่ ในการดำเนินงานส่งเสริม สถานะ อสม.	<ul style="list-style-type: none"> จัดประชุมทีมผู้รับผิดชอบงาน อสม.ระดับอำเภอ ตำบล ร่วมประชุมประจำเดือน อสม.ในพื้นที่ ติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน 	เมษายน 2567 - สิงหาคม 2567	<ul style="list-style-type: none"> ตำบลหนองบัว บ้าน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 	<ul style="list-style-type: none"> แบบสนทนา กลุ่ม/การสังเกต การสัมภาษณ์ส่วนรวม 	<p>ได้หลักสูตรการอบรม เพื่อส่งเสริมสถานะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ที่เหมาะสม</p>	หลักสูตรการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดชัยภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบงาน อสม.ระดับอำเภอ/ตำบล
กิจกรรมที่ 10 (O2) ส่งเสริม สนับสนุน สร้างแรงจูงใจในการทำงานแก่ อสม.	เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และให้คำแนะนํา ผู้รับผิดชอบงาน อสม.ในพื้นที่ ในการดำเนินงานส่งเสริม สถานะ อสม.	<ul style="list-style-type: none"> จัดประชุมทีมผู้รับผิดชอบงาน อสม.ระดับอำเภอ ตำบล ร่วมประชุมประจำเดือน อสม.ในพื้นที่ ติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน 	เมษายน 2567 - สิงหาคม 2567	<ul style="list-style-type: none"> ตำบลหนองบัว บ้าน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 	<ul style="list-style-type: none"> แบบสนทนา กลุ่ม/การสังเกต การสัมภาษณ์ส่วนรวม 	<p>ได้หลักสูตรการอบรม เพื่อส่งเสริมสถานะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ที่เหมาะสม</p>	หลักสูตรการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดชัยภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบงาน อสม.ระดับอำเภอ/ตำบล

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	สถานที่	เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 11 (O3) สรุปปัญหา อุปสรรค ในการทำงาน	เพื่อสรุปปัญหา อุปสรรค ในการทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้รับผิดชอบงาน อสม.ระดับอำเภอ/ตำบล ร่วมสรุปปัญหา อุปสรรค ในการส่งเสริมดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน 	มีนาคม 2567	<ul style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 	<ul style="list-style-type: none"> โปรแกรมการส่งเสริม โปรแกรมการส่งเสริม สมรรถนะ อสม. ในการทำงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน 	โปรแกรมการส่งเสริม อสม. ในการทำงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> โปรแกรมการส่งเสริม อสม. ในการทำงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบงาน อสม. ระดับอำเภอ/ตำบล
กิจกรรมที่ 12 (R1) คืนข้อมูลการส่งเสริม สมรรถนะ อสม. แก่ หน่วยงานสนับสนุน อสม.	เพื่อคืนข้อมูลการส่งเสริม สมรรถนะ อสม. แก่ หน่วยงานสนับสนุน อสม.	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัยร่วมกับ ทีม วิจัย คณะทำงานร่วมกันสะท้อนผล การปฏิบัติ ข้อค้นพบ/ปัจจัย แห่งความสำเร็จ การ ส่งเสริมสมรรถนะ อสม. แก่ หน่วยงานสนับสนุน อสม. ที่ได้พัฒนาขึ้น ดังนี้ สะท้อนปัจจัยแห่ง ความสำเร็จของการดำเนินงาน สะท้อนปัญหา อุปสรรค ในการทำงาน ถอดบทเรียนและหาแนว ทางแก้ไขร่วมกัน กำหนดแนวทางการ ดำเนินงานที่เหมาะสมต่อไป 	กันยายน 2567	<ul style="list-style-type: none"> พื้นที่ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 	<ul style="list-style-type: none"> แบบสรุปผลการสะท้อนปัญหาอุปสรรค และปัจจัยแห่ง ความ สำเร็จใน การดำเนินงาน แบบสรุปผลการถอดบทเรียน และแนว ทางแก้ไขในการ ดำเนินงานที่ เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> ได้ทราบผลการ พัฒนาโปรแกรมการ ส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> โปรแกรมการ ส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการทำงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบงาน อสม. ระดับอำเภอ/ตำบล

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	สถานที่	เครื่องมือ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 13 (R2) จัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้การดำเนินงาน	เพื่อสะท้อนผลการทำงานปฏิบัติ ข้อค้นพบ/ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จในการ ส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อในชุมชน							
กิจกรรมที่ 14 (R3) สรุปผลการ ดำเนินงานร่วมกับ หน่วยงานสนับสนุน อสม.และผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	เพื่อสรุปผลการ ดำเนินงานร่วมกับ หน่วยงานสนับสนุน อสม. และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้รับผิดชอบงาน อสม.ระดับอำเภอ/ตำบล ร่วมสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคในการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน 	กรกฎาคม 2567	<ul style="list-style-type: none"> ตำบลหนองบัวบาน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 	<ul style="list-style-type: none"> แบบสนทนากลุ่ม การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม 	<ul style="list-style-type: none"> ได้ผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคในการส่งเสริมสมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน 		<ul style="list-style-type: none"> ผู้วิจัย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาคี เครือข่ายระดับพื้นที่



ภาคผนวก ฅ
ภาพกิจกรรม

พูนํ ปณํ ทิโต ชีเว

ภาพกิจกรรม ระยะที่ 1



ภาพกิจกรรม ระยะที่ 1 (ต่อ)



ภาพกิจกรรม ระยะที่ 2 ขั้นตอน PAOR



ภาพกิจกรรม ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning) : P1 ศึกษา บริบท สภาพแวดล้อม
ประชุมผู้ช่วยนักวิจัย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้อง



ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning) : P2 คั้นข้อมูลและระดมสมองเพื่อพัฒนา สมรรถนะ ของ อสม.



- A1 โครงการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ
- A2 โครงการอบรม อสม. 4.0 PLUS
- A3 โครงการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
- A4 โครงการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการจัดทำแผนชุมชนพึ่งตนเอง

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning) : P3 จัดทำแผนและอนุมัติแผน



ภาพกิจกรรม ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน A1 : โครงการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ



ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน A2 : โครงการอบรม อสม. 4.0 PLUS



ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน A3 โครงการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ



ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน A4: โครงการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านการจัดทำแผนชุมชนพึ่งตนเอง
A5 : โครงการสร้างทักษะผู้นำการเปลี่ยนแปลง



ขั้นตอนที่ 2 การสังเกตการณ์ (Observation) : O1 การกำกับ ติดตาม ก่อนและหลังดำเนินการ
: O2 ประเมินกระบวนการตามตัวแปรที่กำหนด



ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

R1 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผล ถอดบทเรียน เพื่อหา ปัญหา อุปสรรค บั๊จจัยสำเร็จ จากการดำเนินงาน
R2 ทบทวนกระบวนการ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางปริยกร ชาลีพรม
วันเกิด	วันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2513
สถานที่เกิด	จังหวัดชัยภูมิ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 133/4 หมู่ที่ 1 ตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ รหัสไปรษณีย์ 31630
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ จัตุรัส
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัตุรัส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ รหัสไปรษณีย์ 36130
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2534 ปริญญาพยาบาลศาสตร์ (ระดับต้น) วิทยาลัยพยาบาลสระบุรี พ.ศ. 2543 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2558 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ พ.ศ. 2568 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ทิโต ชีเว