

รูปแบบการสร้างความรู้ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาดในอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
 KNOWLEDGE BUILDING MODEL FOR POST-EPIDEMIC SURVEILLANCE AND PREVENTION OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID 19) AFTER THE OUTBREAK AMONG PUBLIC HEALTH VOLUNTEERS IN SAINOI DISTRICT, NONTHABURI PROVINCE

นิธิพงศ์ ทรัพย์แก้ว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข
 จันทิมา จารณศรี สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการเข้าถึงสื่อ ความรู้ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาดในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรค และ 3) พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรค COVID-19 หลังการระบาด ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์ การพัฒนาและออกแบบรูปแบบ การทดลองใช้ และการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 248 คน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 36 คน โดยเครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบทดสอบความรู้ ความรอบรู้ และพฤติกรรม แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงสื่อและช่องทางข้อมูลด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 4.62$, S.D. = 0.78) ก่อนการพัฒนาแบบ อสม. มีความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 54.44 ซึ่งการเข้าถึงสื่อ ความรู้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงมีการพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ที่พัฒนาขึ้นอาศัยแนวคิดระบบ ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการเรียนรู้เชิงรุกและระบบพี่เลี้ยง และผลลัพธ์ด้านความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังจากทดลองใช้พบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความรอบรู้ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มจาก 8.73 เป็น 11.03 ความรอบรู้เพิ่มจาก 2.89 เป็น 4.20 และพฤติกรรมเพิ่มจาก 2.66 เป็น 4.06 ดังนั้นรูปแบบการสร้างความรู้ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรค COVID-19 หลังการระบาดที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสามารถยกระดับความรู้ ความรอบรู้ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบในการเตรียมความพร้อมของชุมชนเพื่อรับมือกับโรคอุบัติใหม่ในอนาคตได้

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันโรค COVID-19 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This research and development study aimed to: 1) examine media access, knowledge, health literacy, and surveillance and prevention behaviors related to coronavirus disease 2019 (COVID-19) after the outbreak among village health volunteers (VHVs) in Sai Noi District, Nonthaburi Province; 2) identify factors associated with surveillance and prevention behaviors; and 3) develop a health literacy enhancement model for COVID-19 surveillance and prevention in the post-outbreak period. A mixed-methods approach was employed and conducted in four phases: situational analysis, model development and design, implementation, and evaluation. The study participants consisted of 248 village health volunteers and 36 key informants. Research instruments included questionnaires, knowledge tests, health literacy and behavior assessment forms, focus group discussion guides, and in-depth interview guides. Quantitative data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis. The results showed that most VHVs had a very high level of access to health information and communication channels (mean = 4.62, S.D. = 0.78). Prior to model implementation, VHVs demonstrated moderate levels of knowledge and health literacy, and 54.44% had low levels of surveillance and prevention behaviors. Media access, knowledge, and health literacy were positively correlated with surveillance and prevention behaviors at a statistically significant level ($p < 0.01$). The developed health literacy enhancement model was based on a systems approach consisting of inputs, active learning processes with a mentoring system, and outcomes in terms of health literacy and preventive behaviors. After implementation, the mean scores of knowledge, health literacy, and surveillance and prevention behaviors significantly increased at the 0.001 level. The mean knowledge score increased from 8.73 to 11.03, health literacy from 2.89 to 4.20, and surveillance and prevention behaviors from 2.66 to 4.06. The findings indicate that the developed health literacy enhancement model for COVID-19 surveillance and prevention in the post-outbreak period was appropriate for the local context and effectively improved knowledge, health literacy, and preventive behaviors among village health volunteers. The model may serve as a prototype for strengthening community preparedness in response to emerging infectious diseases in the future.

Keyword : Health Literacy COVID-19 Prevention Village Health Volunteers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา โลกต้องเผชิญกับการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases) อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการ อาทิ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร การกลายพันธุ์ของเชื้อโรค การขยายไม่ถูกวิธีจนเกิดการดื้อยา พฤติกรรมของมนุษย์ที่เปลี่ยนไป ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการคมนาคมที่สะดวกขึ้น ทำให้โรคแพร่กระจายข้ามพรมแดนได้อย่างรวดเร็ว ปรากฏการณ์ที่สำคัญ ได้แก่ การระบาดของโรคซาร์ส (SARS) ในปี พ.ศ. 2546, การระบาดของโรคไข้หวัดนก (H5N1) ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2558 และการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 รวมถึงโรคเมอร์ส (MERS) และไวรัสซิกา (Zika) ซึ่งประเทศไทยมีรายงานการพบผู้ติดเชื้อทั้งจากภายในประเทศและผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาด (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2559)

สถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงล่าสุด คือ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่พัฒนาสายพันธุ์จนแพร่กระจายได้ง่ายกว่าเดิม และมีการกลายพันธุ์หลายครั้ง ส่งผลให้องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรคได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน เพื่อตอบโต้สถานการณ์ดังกล่าว โดยในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 พบผู้ติดเชื้อสะสมในประเทศมากกว่า 4,000,000 ราย ซึ่งจังหวัดนนทบุรีและอำเภอไทรน้อยเป็นพื้นที่ที่มีรายงานผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง จนต้องมีการจัดตั้งศูนย์พักคอยชุมชน (Community Isolation) เพื่อรองรับผู้ป่วย (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข, 2566)

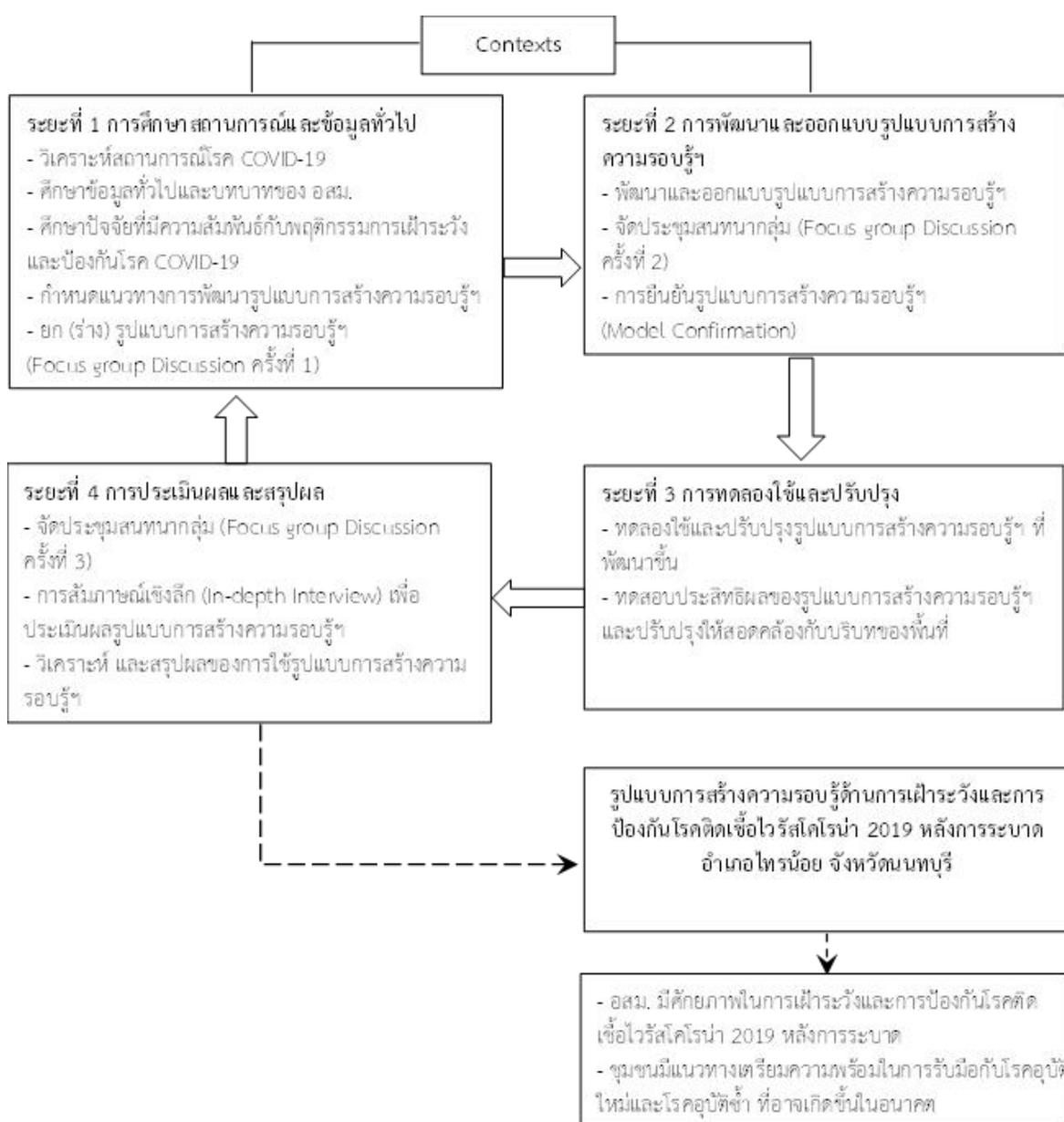
แม้ปัจจุบันสถานการณ์จะเข้าสู่ระยะหลังการระบาด (Post-epidemic) แต่ความเสี่ยงจากการแพร่เชื้อยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลหรือกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มของประชาชนจำนวนมาก การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคตามหลักระบาดวิทยาจึงยังคงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่ง “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)” ในพื้นที่อำเภอไทรน้อย ถือเป็นกำลังหลักของทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลประสานงาน และเข้าถึงชุมชน การปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในภาวะที่ข้อมูลข่าวสารมีความหลากหลาย จำเป็นต้องอาศัย “ความรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล, ความรู้ความเข้าใจ, ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการตัดสินใจ, การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า ในพื้นที่อำเภอไทรน้อย ยังไม่มีรูปแบบการสร้างความรู้ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรค COVID-19 หลังการระบาด ที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ฯ ที่เน้นกระบวนการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) เพื่อยกระดับศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นต้นแบบและสามารถถ่ายทอดข้อมูลที่ต้องให้กับประชาชนได้ ผลจากการวิจัยนี้ไม่เพียงแต่จะช่วยแก้ปัญหาเฉพาะหน้า แต่ยังเป็นการสร้าง “รูปแบบต้นแบบ” (Model) ที่มีความยืดหยุ่นสูง เพื่อเตรียมความพร้อมของชุมชนในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เช่น โรคติดต่อทางเดินหายใจสายพันธุ์ใหม่ ๆ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการเสริมสร้างระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและการเตรียมพร้อมรับมือภัยคุกคามสุขภาพของประเทศอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงสื่อฯ ความรู้ฯ ความรอบรู้ฯ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาดในอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาดในอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ความรอบรู้ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาดในอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และข้อมูลทั่วไป 2) การพัฒนาและออกแบบรูปแบบการสร้างความรู้ 3) การทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบการสร้างความรู้ และ 4) การประเมินผลและสรุปผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

1. ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 700 คน (สำรวจข้อมูลระหว่าง เดือน มิถุนายน - กรกฎาคม 2566)

2. กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อร่วมในการศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแบบการสร้างความรู้ จำนวน 36 คน คือ บุคลากรเครือข่ายด้านสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 6 คน/ตำบล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน ตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอไทรน้อย จำนวน 1 ท่าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 3 ท่าน

2.2 กลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้รูปแบบการสร้างความรู้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอไทรน้อย จำนวน 248 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ เครีจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งชั้นตามตำบลทั้ง 6 แห่ง จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลตามสัดส่วนของจำนวน อสม. ในแต่ละตำบล เพื่อให้การสุ่มตัวอย่างมีความเป็นตัวแทนของประชากร โดยมีขั้นตอนการสุ่มรายชื่อ อสม. ในแต่ละตำบล ตามจำนวนที่คำนวณได้ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทำการสุ่มหมายเลขจากรายชื่อ อสม. ในแต่ละพื้นที่ ผู้ที่มีหมายเลขตรงกับผลการสุ่มจะถูกคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้รูปแบบการสร้างความรู้

โดยมีรายละเอียดของวิธีการศึกษา กลุ่มเป้าหมาย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแต่ละระยะ ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

การดำเนินงาน	วิธีการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้
ระยะที่ 1 การศึกษา สถานการณ์ และข้อมูล ทั่วไป	การวิจัยเชิงปริมาณ: ศึกษาข้อมูลทั่วไป การเข้าถึงสื่อฯ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมฯ ของ อสม. และทดสอบความรู้ฯ ความรอบรู้ฯ พฤติกรรมฯ ของ อสม. (ก่อนการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ฯ)	อสม. จำนวน 248 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งชั้นตามตำบลทั้ง 6 แห่ง	(1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การเข้าถึงสื่อฯ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฯ ของ อสม. (2) แบบทดสอบความรู้ฯ ความรอบรู้ฯ พฤติกรรมฯ ของ อสม. (ก่อนการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ฯ)
	การวิจัยเชิงคุณภาพ: การสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 (Focus Group Discussion) เพื่อยกร่าง รูปแบบการสร้างความรู้ฯ	กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลหลัก เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 36 คน (บุคลากรเครือข่ายด้านสุขภาพ และ	(1) แนวคำถาม และประเด็นในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

การดำเนินงาน	วิธีการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้
		ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 6 คน/ตำบล	
ระยะที่ 2 การพัฒนา และ ออกแบบ รูปแบบการ สร้าง ความรู้	การวิจัยเชิงคุณภาพ : การสนทนา กลุ่ม ครั้งที่ 2 (Focus Group Discussion) เพื่อยืนยันรูปแบบ การสร้างความรู้	กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลหลัก เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 36 คน (บุคลากรเครือข่ายด้านสุขภาพ และ ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 6 คน/ตำบล)	(1) (ร่าง) รูปแบบการสร้างความรู้ รอบรู้ฯ (2) แนวคำถาม และประเด็นใน การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)
ระยะที่ 3 การทดลอง ใช้และ ปรับปรุง	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ: อสม. ฝึกปฏิบัติงานจริงตามโมเดล รูปแบบการสร้างความรู้ฯ ใน พื้นที่	อสม. จำนวน 248 คน ใช้วิธีการสุ่ม แบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งชั้นตามตำบลทั้ง 6 แห่ง	(1) รูปแบบการสร้างความรู้ฯ ฉบับสมบูรณ์
	การวิจัยเชิงปริมาณ : ทดสอบ ความรู้ฯ ความรอบรู้ฯ พฤติกรรมฯ ของ อสม. (หลังการใช้รูปแบบการสร้าง ความรู้ฯ)	อสม. จำนวน 248 คน ใช้วิธีการสุ่ม แบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งชั้นตามตำบลทั้ง 6 แห่ง	(1) แบบทดสอบความรู้ฯ ความ รอบรู้ฯ พฤติกรรมฯ ของ อสม. (หลังการใช้รูปแบบการสร้าง ความรู้ฯ)
ระยะที่ 4 การ ประเมินผล และสรุปผล	การวิจัยเชิงคุณภาพ : การสนทนา กลุ่ม ครั้งที่ 3 (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์ เชิงลึก (In-depth Interview)	กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลหลัก เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 36 คน (บุคลากรเครือข่ายด้านสุขภาพ และ ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 6 คน/ตำบล)	(1) แนวคำถาม และประเด็นใน การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) (2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

- (1) ผู้ที่สามารถอ่านออก เขียนได้ และสื่อสารได้
- (2) ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย
- (3) ผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- (4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอายุการทำงานมากกว่า 1 ปี
- (5) บุคลากรเครือข่ายด้านสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ

นักวิชาการสาธารณสุข ตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอไทรน้อย ที่มีประสบการณ์
ทำงานในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ปี

2. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

- (1) ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรง หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว
- (2) เป็นผู้พิการ ทางหู ตา สติปัญญา หรือทุพพลภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหาโดยมีค่า (IOC : Index of item objective congruence) เท่ากับ 0.80 จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในพื้นที่อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 ชุด แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.76

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ให้สามารถดำเนินการวิจัยได้ เอกสารรับรองเลขที่ 17/2566 โดยมีการรับรองตั้งแต่วันที่ 26 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา โดยเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ข้อมูลทั่วไป การเข้าถึงสื่อฯ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฯ ของ อสม. เก็บข้อมูลทดสอบความรู้ ความรอบรู้ฯ พฤติกรรมฯ ของ อสม. ก่อนการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ (Pre-test) จากนั้นดำเนินการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามรูปแบบการสร้างความรู้ฯ ที่พัฒนาขึ้น และ อสม. ฝึกปฏิบัติงานจริงในพื้นที่อำเภอ ไทรน้อย เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้รูปแบบการสร้างความรู้ฯ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างความรู้ฯ ที่พัฒนาขึ้น (Post-test) พร้อมทั้งดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อประเมินและสรุปผลการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ฯ ในบริบทพื้นที่จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงสื่อฯ ความรู้ฯ และความรอบรู้ฯ กับพฤติกรรมฯ วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ฯ ความรอบรู้ฯ และพฤติกรรมฯ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ฯ ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยวิธีการ Triangulation เพื่อวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ และความถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมู่ข้อมูล สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ และเชื่อมโยงผลการวิเคราะห์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์และข้อมูลทั่วไป

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 248 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.44 รองลงมาเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 20.56 มีอายุเฉลี่ย 55.95 ปี (S.D. = 11.8) โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วง 51 – 60 ปี

คิดเป็นร้อยละ 38.71 ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.97 และประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก คิดเป็นร้อยละ 43.95 สำหรับประสบการณ์การทำงานในบทบาท อสม. พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงานช่วง 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.71 รองลงมา คือ กลุ่มที่มีประสบการณ์สูงตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.95 ในด้านประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้และเคยให้คำแนะนำแก่ประชาชนสูงถึงร้อยละ 95.16 และ 92.34 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทหน้าที่ที่เข้มแข็งในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่น่าสนใจ พบว่า อสม. ร้อยละ 60.48 เคยมีประวัติป่วยเป็นโรค COVID-19 ด้วยตนเอง (โดยส่วนใหญ่ป่วยจำนวน 1 ครั้ง) และร้อยละ 75.40 มีบุคคลร่วมบ้านที่เคยป่วยเป็นโรคดังกล่าว ข้อมูลเหล่านี้บ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคย และมีประสบการณ์ตรงกับโรค COVID-19 ในบริบทของตนเองและครอบครัว ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการต่อยอดเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในลำดับต่อไป

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเข้าถึงสื่อและช่องทางในการหาความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาด พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงสื่อและช่องทางข้อมูลอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 88.31 โดยมีค่าเฉลี่ยในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.62$, S.D. = 0.78) เมื่อพิจารณารายด้านพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ อสม. มีพฤติกรรมการคัดกรองข้อมูลในระดับสูงที่สุด โดยเน้นการตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย และแม่นยำ ($\bar{X} = 4.81$, S.D. = 0.52) รองลงมา คือ ความสามารถในการค้นหาและเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพผ่านทางอินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือได้อย่างสะดวก ($\bar{X} = 4.73$, S.D. = 0.75) ในขณะที่ช่องทางการได้รับข้อมูลผ่านการดูโทรทัศน์ ($\bar{X} = 4.53$, S.D. = 1.09) และการสอบถามจากผู้รู้ในชุมชน ($\bar{X} = 4.46$, S.D. = 1.18) แม้จะอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมากเช่นกัน แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าการสืบค้นด้วยตนเองผ่านระบบดิจิทัล สะท้อนให้เห็นว่า อสม. ในพื้นที่อำเภอไทรน้อย มีการปรับตัวสู่การเป็น “อสม. ยุคดิจิทัล” ที่พึ่งพาเทคโนโลยีสารสนเทศในการแสวงหาความรู้และมีทักษะการตรวจสอบข้อมูลที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคลและชุมชน

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้ ความรอบรู้ และพฤติกรรมฯ ก่อนการพัฒนาแบบการสร้างความรู้ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 81.85 และระดับดีมากเพียงร้อยละ 18.15 ในขณะที่มิติด้านความรู้ ซึ่งเป็นทักษะการนำความรู้ไปปรับใช้ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.97 และมีกลุ่มที่มีความรอบรู้ อยู่ในระดับต่ำถึงร้อยละ 30.65 ที่น่าสนใจคือ เมื่อพิจารณาด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำสูงถึงร้อยละ 54.44 โดยมีเพียงร้อยละ 28.22 ที่มีพฤติกรรมในระดับดีมาก ผลการวิจัยในระยนี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ในระดับปานกลางถึงดี แต่กลับมีระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติงานจริงที่ยังไม่สอดคล้องกัน โดยเฉพาะสัดส่วนของพฤติกรรมที่อยู่ในระดับต่ำกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นข้อมูลยืนยันถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเชิงรุก เพื่อยกระดับสมรรถนะของ อสม. ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่เฝ้าระวังโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคฯ พบว่า การเข้าถึงสื่อและช่องทางการรับรู้ ความรู้ด้านสุขภาพฯ ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยการเข้าถึงสื่อและช่องทาง

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฯ ในระดับสูงสุด ($r = .341, p < 0.01$) รองลงมา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ($r = .334, p < 0.01$) และความรู้ด้านสุขภาพ ($r = .284, p < 0.01$) ตามลำดับ

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาและออกแบบรูปแบบการสร้างความรู้ฯ

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ฯ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เน้นการออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานจริง ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในพื้นที่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อยืนยันรูปแบบการสร้างความรู้ฯ ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีระบบ (IPO Model) ผลการวิจัย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีมติเห็นชอบต่อองค์ประกอบของรูปแบบใน 3 มิติหลัก ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (Input) องค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ นโยบาย บุคลากร องค์ความรู้ งบประมาณ และเครือข่าย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกภาคส่วนมีมติเห็นชอบว่าองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน มีความสอดคล้องและครอบคลุมบริบทพื้นที่อำเภอไทรน้อยอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการระบุบทบาทของภาคีเครือข่ายและความชัดเจนของแผนเตรียมความพร้อม ซึ่งเปรียบเสมือนรากฐานสำคัญที่ทำให้รูปแบบนี้มีความน่าเชื่อถือและสามารถขับเคลื่อนได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. สำหรับมิติของ กระบวนการ (Process) และการสื่อสาร ที่ประชุมยืนยันว่ากระบวนการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ร่วมกับระบบพี่เลี้ยง (Coaching) เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการเปลี่ยนความรู้สู่การปฏิบัติจริง โดยมีการนำสื่อดิจิทัลและระบบการแจ้งเตือนออนไลน์มาช่วยเพิ่มความรวดเร็วและแม่นยำในการคัดกรองโรค ซึ่งช่วยลดช่องว่างของการระบาดซ้ำและสร้างความมั่นใจให้กับชุมชนในฐานะระบบเฝ้าระวังด้านหน้า

3. ในส่วนของ ผลลัพธ์และความยั่งยืน (Output/Outcome) ข้อมูลสะท้อนถึงความเชื่อมั่นในระดับสูงว่า รูปแบบการสร้างความรู้ฯ ที่พัฒนาขึ้นมานี้ จะส่งผลให้ อสม. เกิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่ยั่งยืน ไม่เพียงแต่เพื่อการรับมือกับโรค COVID-19 เท่านั้น แต่ยังเป็นโครงสร้างการทำงานที่ยืดหยุ่นพร้อมที่จะรับมือกับโรคอุบัติใหม่ในอนาคต ทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้อย่างมั่นคง

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ข้อสรุปในการปรับปรุงรูปแบบการสร้างความรู้ฯ ตามข้อเสนอแนะในประเด็นสุดท้าย โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงสื่อการทำงานให้มีความเรียบง่าย และการจัดระบบ “คู่หูดูแลกัน” (Buddy System) เพื่อทลายกำแพงด้านทักษะดิจิทัลใน อสม. บางกลุ่ม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มครั้งนี้ จึงเป็นการ “รับรองและยืนยัน” ว่ารูปแบบการสร้างความรู้ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรคฯ ที่พัฒนาขึ้น มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา มีความเหมาะสมกับบริบทสังคม และมีความเป็นไปได้สูงในการนำไปปฏิบัติจริง ซึ่งข้อมูลทั้งหมดนี้จะถูกนำไปใช้เป็นบรรทัดฐานสำคัญในการทดลองใช้รูปแบบ (Model Implementation) ในระยะที่ 3 ต่อไป จากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกับผลการศึกษาสถานการณ์ในระยะแรก ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดทฤษฎีระบบร่วมกับบริบทพื้นที่จริง จนเกิดเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อให้เห็นโครงสร้างความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้า กระบวนการเรียนรู้ และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงได้สรุปรูปแบบการสร้างความรู้ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรคฯ ดังแสดงในภาพที่ 1 รูปแบบการสร้างความรู้ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรคฯ ฉบับสมบูรณ์ (Final Confirmed Model)



ภาพที่ 1 รูปแบบการสร้างความรู้ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรคฯ ฉบับสมบูรณ์ (Final Confirmed Model)

ระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้ และการปรับปรุง

ผลการนำรูปแบบการสร้างความรู้ฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 248 คน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) และการใช้สื่อดิจิทัลภายใต้ระบบพี่เลี้ยง (Coaching) สามารถสรุปผลการวิจัยได้เป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้

1. องค์ประกอบเชิงกระบวนการของรูปแบบ (Process Implementation) การดำเนินงานในระยะทดลองใช้เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีระบบ (IPO Model) โดยเน้นการบูรณาการปัจจัยนำเข้า (Input) ทั้งด้านนโยบาย บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการ (Process) ผ่านกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การเรียนรู้ผ่านสื่อออนไลน์ และระบบคู่หูดูแลกัน (Buddy System) เพื่อทลายข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (Output/Outcome) คือ อสม. มีศักยภาพในการเฝ้าระวัง คัดกรอง และแจ้งเตือนสถานการณ์โรคได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว รวมถึงมีความยืดหยุ่นพร้อมรับมือกับโรคอุบัติใหม่อื่นๆ ในอนาคต

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างความรู้ฯ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระดับความรู้ฯ ความรอบรู้ฯ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคฯ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างความรู้ฯ พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ดังนี้

(1) ด้านความรู้ฯ หลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างความรู้ฯ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลางถึงดีมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากเดิม 8.73 คะแนน (S.D. = 1.73) เป็น 11.03 คะแนน (S.D. = 1.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

(2) ด้านความรอบรู้ฯ หลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างความรู้ฯ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ฯ อยู่ในเกณฑ์ดีมาก ร้อยละ 70.97 โดยคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างชัดเจนจากเดิม 2.89 คะแนน (S.D. = 0.83) เป็น 4.20 คะแนน (S.D. = 0.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

(3) ด้านพฤติกรรมฯ หลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างความรู้ฯ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมฯ ดีขึ้นขึ้นจากระดับต่ำมาเป็นระดับดีมาก ร้อยละ 67.74 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากเดิม 2.66 คะแนน (S.D. = 0.92) เป็น 4.06 คะแนน (S.D. = 0.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รายละเอียดแสดงดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ฯ ความรอบรู้ฯ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อน และ หลัง การทดลองใช้รูปแบบฯ ของ อสม.

(n = 248)

ปัจจัย	การใช้รูปแบบ	\bar{x}	S.D.	df	t	p-value
ความรู้ฯ	ก่อนทดลองใช้	8.73	1.73	247	-26.041	0.001***
	หลังทดลองใช้	11.03	1.50			
ความรอบรู้ฯ	ก่อนทดลองใช้	2.89	0.83	247	-21.811	0.001***
	หลังทดลองใช้	4.20	0.78			
พฤติกรรมฯ	ก่อนทดลองใช้	2.66	0.92	247	-35.218	0.001***
	หลังทดลองใช้	4.06	0.75			

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ระยะที่ 4 การประเมินผลและสรุปผล

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความเฉลียวฉลาด ความรอบรู้ และพฤติกรรมฯ หลังการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ฯ สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus group Discussion) พบว่า รูปแบบการสร้างความรู้ฯ ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการขัดเกลาแล้ว มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสามารถเตรียมความพร้อมในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

(1) พัฒนาการด้านความรู้ฯ ความรอบรู้ฯ และพฤติกรรมฯ อสม. มีความเชี่ยวชาญในการคัดกรองข้อมูลข่าวสารและตรวจสอบแหล่งที่มาได้ถูกต้องมากขึ้น ช่วยลดการแพร่กระจายข่าวลวงในชุมชน พร้อมทั้งมีความมั่นใจในการเป็นต้นแบบและสาธิตพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้องและคล่องแคล่ว

(2) ความเหมาะสมของรูปแบบการสร้างความรู้ฯ และระบบสนับสนุน เช่น สื่อดิจิทัลรูปแบบสั้น และกระบวนการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) มีความสอดคล้องกับวิถีการทำงาน โดยมีระบบพี่เลี้ยงระบบคู่หูดูแลกัน เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ อสม. ทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีและปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคได้อย่างไร้รอยต่อ

(3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จและแนวทางพัฒนายั่งยืน ซึ่งความสำเร็จเกิดจากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและการสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่น โดยมีข้อเสนอให้พัฒนา “คลังสื่อความรู้ชุมชนดิจิทัล” ที่ทันสมัยเพื่อเป็นเครื่องมือสนับสนุนการทำงานของ อสม. และเป็นฐานข้อมูลสื่อสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ได้ในระยะยาว

(4) รูปแบบการสร้างความรู้ฯ ที่พัฒนาขึ้นถือเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน (SOP) ที่มีความยืดหยุ่นสามารถประยุกต์ใช้กับการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่อื่นๆ ได้ทันที เนื่องจากเป็นการเสริมสร้างสมรรถนะการเรียนรู้และการปรับตัวของชุมชนให้เข้มแข็งอย่างยั่งยืน

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) อสม. แกนนำเครือข่ายสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปผลการสะท้อนกลับเชิงคุณภาพที่มีต่อรูปแบบการสร้างความรู้ฯ ได้ใน 4 มิติสำคัญ ดังนี้

(1) อสม. มีทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล ข่าวสารสูงขึ้น สามารถแยกแยะข่าวลวง (Fake News) ได้อย่างมีวิจารณญาณ ส่งผลให้การปฏิบัติงานเปลี่ยนสู่เชิงรุก มีความมั่นใจในการสื่อสารและติดตามข้อมูลสุขภาพครัวเรือนอย่างเป็นระบบมากขึ้น

(2) รูปแบบการสร้างความรู้ฯ มีขั้นตอนไม่ซับซ้อนและมีสื่อภาพประกอบที่ชัดเจนช่วยให้การสื่อสารในพื้นที่สะดวกขึ้น ทั้งนี้มีข้อเสนอให้ปรับเปลี่ยนระบบการบันทึกข้อมูลจากเอกสารไปสู่แพลตฟอร์มออนไลน์ เพื่อความรวดเร็วและลดภาระงานธุรการ

(3) กุญแจสำคัญ คือ ระบบพี่เลี้ยงและการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน (คู่หูบัดดี้) อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดด้านภาระงานส่วนตัวและงบประมาณสนับสนุนทรัพยากรพื้นฐานที่อาจส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนในระยะยาว

(4) อสม. เสนอให้บูรณาการรูปแบบการสร้างความรู้ฯ นี้เข้ากับแผนปฏิบัติงานปกติ ของ รพ.สต. และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน (SOP) ในการรับมือโรคอุบัติใหม่อื่นๆ เนื่องจากเป็นโครงสร้างการทำงานที่ยืดหยุ่นและช่วยให้ชุมชนพึ่งพาตนเองได้อย่างมั่นคง

อภิปรายผล

ผู้วิจัยเสนอข้อมูลอภิปรายผลการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผลการศึกษาการเข้าถึงสื่อฯ ความรู้ฯ ความรอบรู้ฯ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคฯ พบว่า อสม. มีการเข้าถึงสื่อและข้อมูลข่าวสารในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 88.31 สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ระบุว่า การเข้าถึงข้อมูล (Access) เป็นพื้นฐานสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ โดย อสม. ทำหน้าที่เป็น “กลไกคัดกรองข้อมูล” ที่มีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปที่มักเผชิญปัญหาข่าวปลอม (Fake News) ด้านความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีการพัฒนาขึ้นสู่ระดับดีมากอย่างก้าวกระโดด คิดเป็นร้อยละ 70.97 อธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (1956) ว่ากระบวนการเรียนรู้เชิงรุก ช่วยยกระดับจากความจำสู่การคิดวิเคราะห์ (Critical Literacy) ส่งผลให้พฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคฯ พัฒนาสู่ระดับดีมากอย่างยั่งยืน คิดเป็นร้อยละ 67.74 สอดคล้องกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและประโยชน์ของการปฏิบัติที่ชัดเจน นำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัยของ พงศกร บุญมาตุ่น และคณะ (2565) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ อสม. มีพฤติกรรมการเฝ้าระวังป้องกันโรคในระดับสูง และยิ่งสอดคล้องกับข้อสรุปของศิริประภาพร บุญอง และคณะ (2566) ที่เน้นย้ำว่าการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดซ้ำในพื้นที่อย่างยั่งยืน

2. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคฯ พบว่า การเข้าถึงสื่อและช่องทางการรับรู้ฯ ความรู้ฯ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงสุดคือ การเข้าถึงสื่อและช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร รองลงมา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ ตามลำดับ ปรากฏการณ์นี้ชี้ให้เห็นว่า อสม. ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและมีระดับความรู้ที่เหมาะสม จะมีสมรรถนะในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐกร นิลเนตร และคณะ (2565) ที่พบว่า ผู้ที่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่า และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Saiwutthikul และ Panpoklang (2022) ที่ยืนยันว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ซึ่งสะท้อนว่าเพียงแค่ว่าความรู้พื้นฐานอาจไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่จำเป็นต้องอาศัย “ความรู้” (Health Literacy) และ “การเข้าถึงสื่อคุณภาพ” เป็นแรงขับเคลื่อนหลัก ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบข้อมูลและการสื่อสารที่เข้าถึงง่ายเพื่อส่งเสริมความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพในระดับชุมชน

3. การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาดฯ พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ฯ ตามกรอบแนวคิด Input–Process–Output (IPO Model) มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงในการยกระดับความรู้ฯ ความรอบรู้

ด้านสุขภาพฯ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคฯ ของ อสม. โดยสามารถอภิปรายผลได้ตามองค์ประกอบหลัก ดังนี้ (1) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ความสำเร็จมีรากฐานมาจากความชัดเจนของนโยบาย การสนับสนุนงบประมาณ และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (รพ.สต. และ อปท.) สอดคล้องกับแนวคิดของ สุมิตรา วิชา และคณะ (2023) ที่ระบุว่า การสนับสนุนเชิงนโยบายและทรัพยากรเป็นกลไกพื้นฐานสำคัญที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังของ อสม. ในระดับหมู่บ้านได้อย่างเป็นระบบ (2) ด้านกระบวนการ (Process) ซึ่งการใช้กิจกรรมการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ร่วมกับระบบพี่เลี้ยง (Coaching/Mentoring) และคู่มือที่ดีช่วยให้ อสม. เกิดทักษะการคิดวิเคราะห์มากกว่าการอบรมแบบบรรยายเพียงอย่างเดียว ทำให้เกิด “พื้นที่การเรียนรู้ร่วมกัน” (Collaborative Learning Space) ที่ช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงานและเพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารความเสี่ยง สอดคล้องกับกลยุทธ์การเฝ้าระวังของ ทนงศักดิ์ หลีกเขต (2565) ที่เน้นการจัดการระบบความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอย่างมีบูรณาการ (3) ด้านผลลัพธ์ (Output) รูปแบบการสร้างความรู้ฯ นี้ ส่งผลให้ อสม. มีสมรรถนะความรู้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (Access) ความเข้าใจ (Understand) การประเมินข้อมูล (Appraise) และการประยุกต์ใช้ข้อมูล (Apply) ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงระบบ (System Change) ไม่เพียงแต่ในระดับบุคคล แต่ยังส่งผลให้คนในชุมชนมีความตระหนักและปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคมามากขึ้น ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบสุขภาพปฐมภูมิในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรนำรูปแบบการสร้างความรู้ฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปใช้เป็นแนวทางจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยเน้นการฝึกปฏิบัติจริงและกระบวนการมีส่วนร่วม
2. ควรพัฒนากิจกรรมหรือหลักสูตรฝึกอบรมที่เน้นการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. โดยเฉพาะทักษะการค้นหาข้อมูล การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจด้านสุขภาพ
3. อสม. ควรได้รับการสนับสนุนให้มีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้และสร้างความรู้แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม และช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของระดับความรู้และพฤติกรรมของ อสม. รวมถึงควรขยายผลการวิจัยไปยังกลุ่มประชากรอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรค เช่น ปัจจัยด้านแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม ทักษะจิตด้านสุขภาพ หรือบทบาทของผู้นำชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น
3. ควรมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น สื่อออนไลน์ แอปพลิเคชัน หรือระบบสุขภาพดิจิทัล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
4. ควรศึกษาเชิงเปรียบเทียบในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม อสม. และความยืดหยุ่นของรูปแบบ IPO พร้อมทั้งพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการดำเนินงานศูนย์พักคอยชุมชน (Community Isolation). ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข.
- จิราณีย์ พันมูล และประพันธ์ โพธิ์พูลพรหม. (2564). สถานการณ์การเข้าถึงสื่อ การรับรู้ข่าวปลอม และผลกระทบจากการใช้สื่อของผู้สูงอายุชุมชนเขตเมืองในชีวิตวิถีใหม่. *วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 7(8), 171-184.
- ณัฐกร ภูิลเนตร และคณะ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรวัยแรงงานในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาศาสตร์แห่งประเทศไทย*, 4(4), 10-18.
- ทองศักดิ์ หลีกเขต. (2565). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอเมืองอุบลราชธานี ด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(3), 61-69.
- พงศกร บุญมาตุ่น, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล และ วรินทร์มา เกษทองมา. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(2), 300-312.
- ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และสันติ ทวยมีฤทธิ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(3), 490-499.
- ศิริประภาพร บุญคง และคณะ (2566). การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-19) ในการแพร่ระบาดระลอกใหม่ ของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี*, 2(1), 31-46
- สุมิตรา วิชา, วนิตา อินทราชา และเครือวัลย์ สารเถื่อน แก้ว. (2023). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด19: กรณีศึกษา จังหวัดลำปาง. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 19(1), 37-48.
- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. (2559). รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่ออุบัติซ้ำในประเทศไทย. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Health Promotion International*, 23(4), 422-427.
- Rosenstock, I. M. (1974). *Historical origins of the health belief model*. Health Education.
- Saiwutthikul, S., & Panpoklang, S. (2022). The relationship between health literacy, prevention behaviors, and COVID-19 infection among industrial workers in Chachoengsao Province, Thailand. *Thai Journal of Public Health*, 53(1), 349-364.