



Development of Village Health Volunteers' Participation Model for Emerging Infectious Disease Prevention and Control in Thai-Lao Border Area, Wiang Kaen District, Chiang Rai Province

Tossapon Muangin

Chiang Rai Provincial Health Office, Thailand

E-mail: Tossaponnae@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-5329-0008>

Received 16/05/2025

Revised 29/05/2025

Accepted 30/06/2025

Abstract

Background and Aims: The Thai-Lao border areas face increased risks of emerging infectious disease transmission due to frequent cross-border population movements. Village Health Volunteers (VHVs) play a crucial role in community disease surveillance and prevention. This research aimed to (1) study the current situation of VHVs' participation in emerging infectious disease prevention and control in Thai-Lao border areas, (2) analyze factors affecting VHVs' participation, and (3) develop an appropriate participation model for the border context.

Methodology: This survey research employed 357 VHVs in Wiang Kaen District, Chiang Rai Province as samples, selected using purposive sampling. Data were collected using questionnaires comprising three sections: demographic information, participation levels in prevention and control activities, and open-ended questions. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including t-test and One-way ANOVA.

Results: VHVs' overall participation in emerging infectious disease prevention and control was at a moderate level (mean 3.12). High participation was found in temperature screening (89.90%), community forum attendance (95.02%), and disease prevention campaigns (80.60%), while low participation was observed in decision-making (20.20% never participated), knowledge provision evaluation (23.50% never participated), and financial or material donation (14.30% never participated). Age was a significant factor affecting participation ($F=8.25$, $p<0.001$), with VHVs over 50 years old showing higher participation levels than other groups, especially in implementation and evaluation activities.

Conclusion: The appropriate participation model for VHVs in emerging infectious disease prevention and control should emphasize: (1) developing VHVs' capacity in disease situation analysis, planning, and evaluation; (2) creating knowledge exchange forums between VHVs, community leaders, and health personnel; (3) establishing community disease surveillance teams with VHVs as core components; (4) developing suitable monitoring tools; and (5) creating driving mechanisms with mentorship systems where older, experienced VHVs support younger members. These findings can be applied to develop policies and guidelines for promoting VHVs' participation in border areas, strengthening disease surveillance systems, and improving community health security.

Keywords: Village Health Volunteers; Participation; Emerging Infectious Diseases; Thai-Lao Border Area

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ทศพล เมืองอินทร์

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและวัตถุประสงค์: พื้นที่ชายแดนไทย-ลาวมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ เนื่องจากการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามพรมแดนอย่างต่อเนื่อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว (2) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. และ (3) พัฒนาแบบการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชายแดน

ระเบียบวิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ในอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จำนวน 357 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่า (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

ผลการศึกษา: อสม. มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.12) โดยมีส่วนร่วมสูงในกิจกรรมการคัดกรองตรวจวัดอุณหภูมิ (ร้อยละ 89.90 มีส่วนร่วมในระดับมากและมากที่สุด) การเข้าร่วมประชุม (ร้อยละ 95.02) และการรณรงค์ป้องกันโรค (ร้อยละ 80.60) แต่มีส่วนร่วมต่ำในการตัดสินใจ (ร้อยละ 20.20 ไม่เคยร่วม) การประเมินการให้ความรู้ (ร้อยละ 23.50 ไม่เคยร่วม) และการบริจาคเงินหรือสิ่งของ (ร้อยละ 14.30 ไม่เคยร่วม) ปัจจัยด้านอายุมีผลต่อการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=8.25, p<0.001$) โดย อสม. ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มอื่น โดยเฉพาะในด้านการดำเนินงานและการประเมินผล

สรุปผล: แบบการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมควรเน้น (1) การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในด้านการวิเคราะห์สถานการณ์โรค การจัดทำแผน และการประเมินผล (2) การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (3) การจัดตั้งทีมเฝ้าระวังโรคในชุมชนโดยมี อสม. เป็นแกนหลัก (4) การพัฒนาเครื่องมือติดตามประเมินผลที่เหมาะสม และ (5) การสร้างกลไกการขับเคลื่อนโดยใช้ระบบพี่เลี้ยงที่ อสม. ที่มีประสบการณ์สูงช่วยสนับสนุน อสม. รุ่นใหม่ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายและแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในพื้นที่ชายแดน เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรค และยกระดับความมั่นคงด้านสุขภาพของชุมชน

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; การมีส่วนร่วม; โรคติดต่ออุบัติใหม่; พื้นที่ชายแดนไทย-ลาว

บทนำ

พื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว มีความสำคัญทางยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ด้วยการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามพรมแดนอย่างต่อเนื่องระหว่างทั้งสองประเทศ มีระยะทางยาวประมาณ 1,810 กิโลเมตร ครอบคลุมพื้นที่ 12 จังหวัดของไทย มีจุดผ่านแดนถาวร 20 จุด และจุดผ่อนปรนการค้า 29 จุด (กระทรวงการต่างประเทศ, 2564) การเคลื่อนย้ายประชากรดังกล่าวส่งผลให้พื้นที่ชายแดนมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่อระหว่างประเทศ โดยเฉพาะโรคติดต่ออุบัติใหม่ (ปัญญา ยงยิ่ง, 2563)

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้เผชิญกับการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่หลายครั้ง เช่น โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) ไข้หวัดนก (H5N1, H7N9) โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (กรมควบคุมโรค, 2564) ข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดนภาคเหนือ ปี 2564 พบว่า จังหวัดเชียงรายมีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงถึง 45.2 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือโรคอุจจาระร่วง และโรคทางเดินหายใจ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1, 2565)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญในระบบสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย ทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างชุมชนและระบบบริการสุขภาพ โดยมี อสม. กว่า 1,042,856 คน กระจายอยู่ทั่วประเทศ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) ในบริบทของพื้นที่ชายแดน อสม. มีบทบาทเฉพาะในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อระหว่างประเทศ โดยทำหน้าที่เฝ้าระวังและรายงานการเกิดโรคติดต่อ ให้ความรู้แก่ประชาชน และคัดกรองผู้เดินทางข้ามแดน (สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, 2565)

งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อสม. ในพื้นที่ชายแดนยังประสบปัญหาในการปฏิบัติงาน เช่น การขาดความรู้และทักษะในการจัดการกับโรคอุบัติใหม่ การขาดเครื่องมือและทรัพยากรที่จำเป็น และการมีส่วนร่วมที่จำกัดในกระบวนการตัดสินใจและการวางแผนด้านสาธารณสุข (วรรณ สุวรรณรัตน์ และคณะ, 2563) การศึกษาของ Srithongtham et al. (2024) ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังโรคติดต่อข้ามพรมแดน

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมายังขาดการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชายแดน โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีลักษณะพิเศษในด้านการมีจุดผ่อนปรน ความหลากหลายทางชาติพันธุ์ และการเคลื่อนย้ายประชากรที่มีลักษณะเฉพาะ (พิษณุรักษ์ กันทวิ และคณะ, 2563)

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดน อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนและความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว

3. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว

การทบทวนวรรณกรรม

สถานการณ์พื้นที่ชายแดนไทย-ลาว

พื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว มีความสำคัญทั้งในด้านยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม และสาธารณสุข โดยมีแม่น้ำโขงเป็นพรมแดนธรรมชาติหลักระหว่างสองประเทศ ระยะทางยาวประมาณ 1,810 กิโลเมตร ครอบคลุมพื้นที่ 12 จังหวัดของไทย (กระทรวงการต่างประเทศ, 2564) ความสัมพันธ์ระหว่าง ไทย-ลาว มีประวัติศาสตร์ยาวนาน โดยทั้งสองประเทศมีความคล้ายคลึงกันทั้งในด้านภาษา วัฒนธรรม ศาสนา และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ พิษณุรักษ์ กันทวิ และคณะ (2563) ได้ศึกษาการจัดการระบบสุขภาพชุมชนชายแดน ไทย-ลาว กรณีศึกษาบริเวณชุมชนที่มีจุดผ่อนปรน อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ไทย-ลาว ยังมีความใกล้ชิดทั้งในระดับรัฐบาล เอกชน และประชาชน วัฒนธรรมการเป็นอยู่มีความคล้ายคลึงกัน ส่งผลให้การสื่อสารระหว่างประชากรทั้งสองประเทศทำได้ง่าย แต่ยังพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการขนส่งสินค้าและการเคลื่อนย้ายประชากร ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพ

การเคลื่อนย้ายประชากรข้ามพรมแดนระหว่างไทย-ลาวมีหลายรูปแบบ ทั้งการเดินทางแบบไปกลับรายวัน การพำนักระยะสั้น การย้ายถิ่นแบบถาวร และการย้ายถิ่นถาวร โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการค้าขาย การทำงาน การรักษาพยาบาล การท่องเที่ยว และการเยี่ยมญาติ (ปัญญา ยงยิ่ง, 2563) การเคลื่อนย้ายประชากรข้ามพรมแดนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน ทั้งในด้านการให้บริการสุขภาพ การควบคุมโรคติดต่อ และการค่าใช้จ่ายทางการแพทย์

สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดน

โรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases) หมายถึง โรคติดต่อที่เพิ่งค้นพบในประชากร หรือโรคที่เคยเกิดขึ้นมาแล้วแต่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในพื้นที่ใหม่หรือในประชากรกลุ่มใหม่ (กรมควบคุมโรค, 2563) พื้นที่ชายแดนมีความเสี่ยงต่อการเกิดและแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่สูงกว่าพื้นที่อื่น ด้วยปัจจัยหลายประการ เช่น การเคลื่อนย้ายประชากร สภาพภูมิประเทศที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรค ความแตกต่างของระบบสาธารณสุขและมาตรการควบคุมโรคระหว่างประเทศ รวมถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรในพื้นที่ห่างไกล (องค์การอนามัยโลก, 2565)

จากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) พบว่า โรคติดต่อที่พบบ่อยในพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคไข้มาลาเรีย โรคอุจจาระร่วง โรคปอดบวม โรคไข้หวัดใหญ่ โรคมือเท้าปาก และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงโรคติดต่อเรื้อรัง เช่น วัณโรค และโรคเอดส์ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ระหว่างปี 2563-2564 พื้นที่ชายแดนไทย-ลาว ประสบปัญหาด้านการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ การเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างประเทศ และการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แนวคิดเรื่องอาสาสมัครสาธารณสุขในประเทศไทยเริ่มต้นขึ้นในปี พ.ศ. 2510 และได้พัฒนาเรื่อยมาจนกลายเป็นกำลังสำคัญในระบบสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย

อสม. มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ได้แก่ (1) เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชน (2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน (3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน (4) เป็นผู้นำในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิต (5) เป็นผู้ประสานงานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข (6) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน (7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ (8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชน และ (9) บันทึกและรายงานข้อมูลด้านสุขภาพ (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, ม.ป.ป.; ชาญชัย จิวจินดา, 2561) ในพื้นที่ชายแดน อสม. มีความสำคัญเป็นพิเศษในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อระหว่างประเทศ โดยทำหน้าที่เฝ้าระวังและรายงานการเกิดโรคติดต่อ ให้ความรู้แก่ประชาชน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คัดกรองผู้เดินทางข้ามแดน และสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, 2565)

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่การวางแผน การตัดสินใจ การดำเนินงาน การติดตามประเมินผล รวมถึงการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานนั้น Cohen และ Uphoff (1980) ได้แบ่งรูปแบบของการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดนมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากพื้นที่ชายแดนมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่อระหว่างประเทศ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะ อสม. และชุมชน จะช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พิษณุรักษ์ กันทวิ และคณะ (2563) ได้ศึกษาการจัดการระบบสุขภาพชุมชนชายแดน ไทย-ลาว กรณีศึกษาบริเวณชุมชนที่มีจุดผ่อนปรน อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการระบบสุขภาพชายแดนทำให้เกิดกระบวนการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคที่มีประสิทธิภาพ โดยชุมชนได้มีส่วนร่วมในการจัดทำกฎระเบียบเกี่ยวกับการเข้าพักอาศัยของคนลาวในชุมชน และการสร้างอาสาสมัครเฝ้าระวังคัดกรองโรคบริเวณจุดผ่อนปรน

ฤทัยรัตน์ บุญเรือง และคณะ (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในการเฝ้าระวังโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดนภาคเหนือ พบว่า การรับรู้บทบาท ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อ และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ อสม.

สมพร วัฒนกุลเกียรติ และคณะ (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในพื้นที่ชายแดน พบว่า การพัฒนาศักยภาพและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในพื้นที่ชายแดนเป็น ปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างประเทศ

พิมณฑา มาลาหอม และคณะ (2563) ได้ศึกษาเรื่อง "พลังชุมชนกับการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันการ ระบาดของโควิด-19 ในชุมชนชายแดน ไทย-ลาว" พบว่า พลังชุมชนในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 เกิดจากความรู้สึก เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชุมชน โดยมีอาสาสมัครสุขภาพระหว่างประเทศ (อสรป.) เป็นแกนนำขับเคลื่อนร่วมกับ ประชาชน ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว รูปแบบการจัดการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรค อาศัยพลังอำนาจชุมชนที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และ อสรป. ในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง

คันสนีย์ จันทรอานุภาพ และพร้อมศักดิ์ จิตจำ (2565) ได้ศึกษาเรื่อง "บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19" พบว่า อสม. มีบทบาทอย่างน้อย 6 ด้าน ใน การดำเนินงานควบคุมโรคโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน ได้แก่ (1) การสื่อสารความเสี่ยง (2) การส่งเสริมสุขภาพตาม บ้าน (3) การตรวจคัดกรองโรค (4) การควบคุมโรค (5) การสอดส่องรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน และ (6) จิต อาสาบรรเทาทุกข์

ในระดับนานาชาติ Srithongtham et al. (2024) ได้ศึกษาการประเมินมาตรการความร่วมมือในการ ป้องกันและควบคุมโรคเพื่อสุขภาพชายแดนระหว่างไทยกับพม่า ลาว และกัมพูชา พบว่า ความร่วมมือด้านสุขภาพ ชายแดนโดยรวมระหว่างไทยกับประเทศเพื่อนบ้านบรรลุเป้าหมายของมาตรการ โดยมีบันทึกความเข้าใจ (MOU) ว่าด้วยความร่วมมือด้านสุขภาพชายแดนระหว่างไทยกับลาวและกัมพูชา

Dara และคณะ (2017) ได้ศึกษาความร่วมมือข้ามพรมแดนเพื่อการป้องกันและดูแลโรค พบว่า การ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพและอาสาสมัครในพื้นที่ชายแดน รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยโรค ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคข้ามพรมแดน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff (1980) มาเป็นกรอบใน การศึกษา โดยแบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ชายแดน
2. การมีส่วนร่วมจัดทำแผนดำเนินงานและร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ชายแดน
3. การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ชายแดน

โดยมีปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม. และประวัติการ อบรม เป็นตัวแปรอิสระที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับการมีส่วนร่วม ทั้งนี้ กระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย (1) การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทายของการมีส่วนร่วม (2) การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผล ต่อการมีส่วนร่วม (3) การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม และ (4) การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการ มีส่วนร่วม

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข

1. อายุ
2. ระดับการศึกษา
3. ระยะเวลาการเป็น อสม.
4. ประวัติการอบรม



กระบวนการพัฒนา (Development Process)

1. การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทายของการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว
2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว
3. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว
4. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

การมีส่วนร่วมของ อสม.

1. การมีส่วนร่วมค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ชายแดน
2. การมีส่วนร่วมจัดทำแผนดำเนินงานและร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ชายแดน
3. การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ชายแดน



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว และเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จำนวน 473 คน (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2564) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อสม. จำนวน 357 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ทำการคัดเลือกพื้นที่แบบสุ่ม จาก 4 ตำบล 41 หมู่บ้าน ในอำเภอเวียงแก่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ชายแดนไทย-ลาว ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติม มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือใช้การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ใช้เทคนิค IOC (Item of Objective Congruence) และมีการทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างแจกแบบสอบถาม และตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามที่ได้รับคืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่รับรอง 56/2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง อสม. ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-50 ปี (ร้อยละ 50.40) รองลงมาคือกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 41.20) และกลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี (ร้อยละ 8.40) ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. (ร้อยละ 48.70 เท่ากัน) และมีเพียงส่วนน้อยที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 2.50) ด้านประสบการณ์การทำงาน พบว่าส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานเป็น อสม. มากกว่า 7 ปี (ร้อยละ 69.70) รองลงมาคือ 2-7 ปี (ร้อยละ 22.70) และน้อยกว่า 2 ปี (ร้อยละ 7.60) ตามลำดับ ส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. (ร้อยละ 85.70) ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 14.30 ที่ยังไม่เคยผ่านการอบรม

ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว พบว่า ในภาพรวม อสม. มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.12, S.D. = 0.87) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า (1) ด้านการมีส่วนร่วมค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.17, S.D. =

0.91) และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ (2) ด้านการมีส่วนร่วมจัดทำแผนและปฏิบัติกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.15, S.D. = 0.83) (3) ด้านการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.05, S.D. = 0.88) และมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ

เมื่อพิจารณาในแต่ละประเด็น พบว่า ประเด็นที่ อสม. มีส่วนร่วมสูงที่สุด ได้แก่ การคัดกรองตรวจวัดอุณหภูมิ (ร้อยละ 89.90 มีส่วนร่วมในระดับมากและมากที่สุด) การเข้าร่วมประชุม (ร้อยละ 95.02 มีส่วนร่วมในระดับมากและมากที่สุด) และการรณรงค์ป้องกันโรค (ร้อยละ 80.60 มีส่วนร่วมในระดับมากและมากที่สุด) ส่วนประเด็นที่ อสม. มีส่วนร่วมต่ำที่สุด ได้แก่ การเข้าร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาโรคติดต่อ (ร้อยละ 20.20 ไม่เคยร่วม) การประเมินการให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อ (ร้อยละ 23.50 ไม่เคยร่วม) และการบริจาคเงินหรือสิ่งของในการป้องกันและควบคุมโรค (ร้อยละ 14.30 ไม่เคยร่วม)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม.

การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยใช้การทดสอบทางสถิติ One-way ANOVA และ t-test พบผลดังนี้

อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม อสม. ที่มีอายุแตกต่างกันมีระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 8.25, p < 0.001$) โดย อสม. ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมสูงที่สุด (3.22) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 35-50 ปี (3.05) และกลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี (2.99) ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่าอายุมีผลต่อการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค ($F = 5.77, p = 0.003$) และด้านการติดตามและประเมินผล ($F = 12.07, p < 0.001$) โดย อสม. กลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในทั้งสองด้าน ส่วนด้านการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1.34, p = 0.265$)

ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วม แม้ว่า อสม. ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปจะมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมสูงที่สุดในทุกด้าน แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในภาพรวม ($F = 0.57, p = 0.500$) และรายด้าน การที่ระดับการศึกษาไม่มีผลอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับสูงมีจำนวนน้อย (2.50%) และลักษณะงานของ อสม. ที่เน้นการปฏิบัติมากกว่าทฤษฎี

ระยะเวลาการเป็น อสม. มีผลเฉพาะในด้านการดำเนินการ ในภาพรวมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1.59, p = 0.100$) แต่เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่ามีผลต่อด้านการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.24, p = 0.050$) โดย อสม. ที่มีระยะเวลาการเป็น อสม. ต่ำกว่า 2 ปี มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (3.35) แสดงให้เห็นถึงความกระตือรือร้นของ อสม. ใหม่ในการปฏิบัติงาน

การผ่านการอบรมมีผลเฉพาะในด้านการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา ในภาพรวมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.20, p = 0.200$) แต่พบความแตกต่างในด้านการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.25, p = 0.010$) โดย อสม. ที่ไม่เคยผ่านการอบรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่า (3.42) เมื่อเทียบกับ อสม. ที่เคยผ่านการอบรม (3.14) ซึ่งอาจเป็นผลจากความกระตือรือร้นและความต้องการเรียนรู้ของ อสม. ใหม่ ผลการวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นว่า อายุเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. โดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติการและการประเมินผล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์และความมั่นใจที่สั่งสมจากการทำงานในระยะยาว การค้นพบนี้มีความสำคัญต่อการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยควรมีการส่งเสริม อสม. กลุ่มอายุ

น้อยให้มีส่วนร่วมมากขึ้น และใช้ประโยชน์จากประสบการณ์ของ อสม. กลุ่มอายุมากในการเป็นพี่เลี้ยงและถ่ายทอดความรู้

รูปแบบการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

การศึกษาพบว่า อสม. มีส่วนร่วมสูงในกิจกรรมปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ การคัดกรองตรวจวัดอุณหภูมิ (89.90%) การเข้าร่วมประชุม (95.02%) และการรณรงค์ป้องกันโรค (80.60%) เนื่องจากเป็นงานที่คุ้นเคย มีขั้นตอนชัดเจน และได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์เพียงพอ ขณะที่มีส่วนร่วมต่ำในการตัดสินใจ (20.21% ไม่เคยร่วม) และการประเมินผล (23.50% ไม่เคยร่วม) เนื่องจากอาจจะขาดความมั่นใจในความรู้เฉพาะด้านและกลัวตัดสินใจผิดพลาด

จากคำถามปลายเปิด อสม. ต้องการด้านความรู้โรคติดต่ออุบัติใหม่ การสื่อสารด้านภาษา และขาดทรัพยากรสนับสนุน แต่มีแรงจูงใจจากความรู้สึกรักคุณค่า การเรียนรู้พัฒนาตนเอง และการสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน อสม. เสนอแนะให้มีการอบรมเรื่องโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ การใช้เทคโนโลยี การเพิ่มค่าตอบแทน และการสร้างความร่วมมือระหว่างหมู่บ้านทั้งฝั่งไทย และ สปป.ลาว ผลการศึกษานี้สะท้อนความต้องการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้ครอบคลุมทุกมิติของการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการเสริมสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจและการประเมินผล

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม สามารถพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของ อสม. ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว ได้ดังนี้

1. รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมด้านการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา

1.1 การพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์โรคในพื้นที่ชายแดน โดยเน้นการพัฒนา อสม. กลุ่มอายุน้อย

1.2 การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.3 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดนที่เข้าถึงง่ายและเป็นปัจจุบัน

2. รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมด้านการจัดทำแผนและปฏิบัติกิจกรรม

2.1 การพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการวางแผนและจัดทำแผนป้องกันควบคุมโรคแบบมีส่วนร่วม

2.2 การสร้างทีมเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชนโดยมี อสม. เป็นแกนหลัก

2.2 การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคติดต่อข้ามพรมแดน

3. รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมด้านการติดตามและประเมินผล

3.1 การพัฒนาเครื่องมือและวิธีการติดตามประเมินผลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนชายแดน

3.2 การจัดเวทีถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

3.3 การเสริมสร้างบทบาทของ อสม. ในการวิเคราะห์และติดตามสถานการณ์โรคอย่างต่อเนื่อง

4. กลไกการขับเคลื่อนรูปแบบการมีส่วนร่วม

4.1 การจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล โดยมี อสม. เป็นองค์ประกอบหลัก

4.2 การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม อสม. เฉพาะด้านการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน

4.3 การสร้างเครือข่ายความร่วมมือการเฝ้าระวังโรคติดต่อข้ามแดนระหว่างประเทศไทยและสปป. ลาว

4.4 การพัฒนาระบบพี่เลี้ยงโดยใช้ อสม. ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี เป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสม. ที่มีอายุน้อยกว่า

อภิปรายผล

สถานการณ์ปัจจุบันของการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

ผลการวิจัยพบว่า อสม. ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.12) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ายังมีช่องว่างในการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของ อสม. ในพื้นที่นี้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชญรักษ์ กันทวี และคณะ (2563) ที่ชี้ให้เห็นว่า อสม. ในพื้นที่ชายแดนยังประสบปัญหาในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการขาดความรู้และทักษะในการจัดการกับโรคอุบัติใหม่ เมื่อพิจารณาประเด็นที่ อสม. มีส่วนร่วมในระดับสูง พบว่า การคัดกรองตรวจวัดอุณหภูมิ (ร้อยละ 89.90) การเข้าร่วมประชุม และการรณรงค์ป้องกันโรค เป็นกิจกรรมที่ อสม. มีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ศันสนีย์ จันทรอานุภาพ และพร้อมศักดิ์ จิตจำ (2565) ที่พบว่า อสม. มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองโรคและการทำงานเชิงรุกในชุมชน การที่ อสม. มีส่วนร่วมสูงในกิจกรรมเหล่านี้ อาจเนื่องมาจากเป็นกิจกรรมที่มีขั้นตอนชัดเจน ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ที่เพียงพอ และเห็นผลเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะหลังจากประสบการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่ทำให้ อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านการคัดกรองอย่างเข้มข้น

ในทางตรงกันข้าม ประเด็นที่มีระดับการมีส่วนร่วมต่ำ ได้แก่ การเข้าร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาโรคติดต่อ (ร้อยละ 20.20 ไม่เคยร่วม) การประเมินการให้ความรู้ (ร้อยละ 23.50 ไม่เคยร่วม) และการบริจาคเงินหรือสิ่งของ (ร้อยละ 14.30 ไม่เคยร่วม และร้อยละ 30.30 มีส่วนร่วมในระดับน้อย) สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดสำคัญในการมีส่วนร่วมของ อสม. ในกระบวนการตัดสินใจและการประเมินผล ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะเฉพาะด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทัยรัตน์ บุญเรือง และคณะ (2564) ที่พบว่า อสม. ในพื้นที่ชายแดนยังขาดความรู้และทักษะในการจัดการกับโรคอุบัติใหม่และการประเมินผลการดำเนินงาน การที่ อสม. มีส่วนร่วมในการบริจาคเงินหรือสิ่งของในระดับต่ำอาจเกิดจากข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจของ อสม. เอง เนื่องจากส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลและมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูงนัก การค้นพบนี้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ชายแดนที่มักประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจและการพัฒนาที่ล่าช้า

เมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่ชายแดนอื่น พบว่าผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Mujarin et al. (2024) ในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา ที่พบว่าอาสาสมัครสุขภาพพาทาหน้าที่เป็น "เชื้อมป้องกันโรค" และมีบทบาทสำคัญในระบบเฝ้าระวังโรคแบบมีส่วนร่วม อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างในรูปแบบการจัดระบบและลักษณะโรคที่เฝ้าระวัง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมต้องคำนึงถึงบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม.

ปัจจัยสำคัญที่พบจากการวิจัยคืออายุของ อสม. โดย อสม. ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีระดับการมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย = 3.22) โดยเฉพาะในด้านการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคและการติดตามประเมินผล การค้นพบนี้อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ประสบการณ์ที่สั่งสมมานาน การได้รับการยอมรับจากชุมชน ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และการมีเวลามากกว่ากลุ่มวัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของพิมณทิพา มาลาหอม และคณะ (2563) ที่พบว่าประสบการณ์การทำงานและการได้รับการยอมรับในชุมชนมีผลต่อประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค

ระดับการศึกษาแม้จะไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบแนวโน้มว่า อสม. ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมสูงที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าการศึกษาที่สูงขึ้นอาจ

ช่วยเพิ่มศักยภาพในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้องใช้ความรู้และทักษะการวิเคราะห์ อย่างไรก็ตาม การที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับสูงมีจำนวนน้อย (ร้อยละ 2.50)

ผลการวิจัยที่น่าสนใจคือการพบว่า อสม. ที่ไม่เคยผ่านการอบรมมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในด้านการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาสูงกว่า อสม. ที่เคยผ่านการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานเดิมและการศึกษาของ สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ (2565) การค้นพบนี้อาจเนื่องมาจากความกระตือรือร้นของ อสม. ใหม่ที่มีแรงจูงใจสูงในการเรียนรู้และแสดงศักยภาพ หรืออาจได้รับการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจาก อสม. รุ่นพี่และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

รูปแบบการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชายแดน

รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยครอบคลุม 3 ด้านหลัก โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและบริบทเฉพาะของพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว

1. ด้านการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา การเสริมสร้างศักยภาพในการวิเคราะห์สถานการณ์โรคและการสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะช่วยยกระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. สอดคล้องกับแนวคิดของ Cohen และ Uphoff (1980) ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพของ อสม. กลุ่มอายุน้อยเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรคในระยะยาว

2. ด้านการจัดทำแผนและปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพด้านการวางแผนและการสร้างทีมเฝ้าระวังโรคในชุมชนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Srithongtham et al. (2024) ที่พบว่าการทำงานเป็นทีมและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการเฝ้าระวังโรคข้ามพรมแดน การใช้จุดแข็งของ อสม. กลุ่มอายุมากเป็นพี่เลี้ยงให้กับกลุ่มอายุน้อยจะช่วยถ่ายทอดประสบการณ์และเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบ

3. ด้านการติดตามและประเมินผล การพัฒนาเครื่องมือและวิธีการติดตามประเมินผลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนและการจัดเวทีถอดบทเรียนจะช่วยยกระดับการมีส่วนร่วมในด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด การเน้นความง่ายและไม่ซับซ้อนของเครื่องมือประเมินเป็นกลยุทธ์สำคัญ เนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมและมัธยมศึกษา

รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมสำหรับบริบทของพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว และสามารถเป็นแนวทางสำหรับการประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชายแดนอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพแบบต่อเนื่อง การบูรณาการหลายระดับ และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Srithongtham et al. (2024) ที่เน้นความสำคัญของความร่วมมือระหว่างประเทศในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อข้ามแดน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายและจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในพื้นที่ชายแดนโดยเฉพาะ โดยเน้นการพัฒนาทักษะด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

2. ควรพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะสำหรับ อสม. ในพื้นที่ชายแดน ที่เน้นการเสริมสร้างทักษะการวิเคราะห์สถานการณ์โรค การวางแผน และการประเมินผล ซึ่งเป็นด้านที่ อสม. มีส่วนร่วมในระดับต่ำ

3. ควรส่งเสริมการสร้างความร่วมมือด้านสาธารณสุขชายแดนระหว่างไทยและ สปป.ลาว

4. ควรจัดสรรทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานของ อสม. ในพื้นที่ชายแดน

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทักษะการวิเคราะห์สถานการณ์โรคในพื้นที่ชายแดนให้แก่ อสม. และควรจัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์โรคอย่างสม่ำเสมอ

2. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคในระดับตำบลและหมู่บ้าน และจัดตั้งทีมเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชนโดยมี อสม. เป็นแกนนำ

3. ควรพัฒนาเครื่องมือติดตามและประเมินผลที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับ อสม. และควรจัดเวทีถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอ

4. ควรมีการเสริมพลังและพัฒนาศักยภาพ อสม. กลุ่มที่มีอายุน้อย (ต่ำกว่า 35 ปี) เป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมต่ำกว่ากลุ่มอื่น

5. ควรส่งเสริมให้ อสม. ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ซึ่งมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มอื่น เป็นพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาให้กับ อสม. ที่มีอายุน้อยกว่า

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นหลังจากนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ชายแดนอย่างเป็นระบบ โดยใช้การวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อและปัจจัยอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดนในเชิงลึก

3. ควรมีการศึกษารูปแบบความร่วมมือข้ามพรมแดนระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขของไทยกับอาสาสมัครสาธารณสุขหรือบุคลากรสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อข้ามแดน

4. ควรมีการศึกษาการพัฒนานวัตกรรมหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2563). *คู่มือควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในชุมชน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค. (2564). *รายงานประจำปี 2564*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (ม.ป.ป.). *แนวทางส่งเสริมสุขภาพระดับท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). *แนวทางดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงการต่างประเทศ. (2564). *รายงานสถานการณ์และแนวโน้มโรคระบาดโลก*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผน.

ชาญชัย จิวจินดา. (2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 24(1), 33–45.



- ปัญญา ยงยิ่ง. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการควบคุมโรคติดต่อ. *วารสารสาธารณสุข*, 50(3), 105–116.
- พิมณฑิพา มาลาหอม และคณะ. (2563). กระบวนการสร้างสุขภาวะในชุมชน. *วารสารการแพทย์ชุมชน*, 12(2), 123–136.
- พิษณุรักษ์ กันทวิ และคณะ. (2563). การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล. *วารสารสุขศึกษา*, 43(4), 78–91.
- ฤทัยรัตน์ บุญเรือง และคณะ. (2564). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ. *วารสารพยาบาลชุมชน*, 16(1), 22–35.
- วรรณ สุวรรณรัตน์ และคณะ. (2563). แนวทางการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่เสี่ยง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(2), 55–68.
- คันสนีย์ จันทร์อานภาพ และพร้อมศักดิ์ จิตจำ. (2565). กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมโรคติดต่อ. *วารสารการวิจัยสังคมศาสตร์*, 10(3), 45–60.
- สมพร วัฒนกุลเกียรติ และคณะ. (2564). แนวทางการประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ. *วารสารการบริหารสุขภาพ*, 15(1), 88–102.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1. (2565). *คู่มือการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคในชุมชน*. เชียงใหม่: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ. (2565). การจัดการสุขภาพเชิงพื้นที่. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์*, 29(3), 132–149.
- องค์การอนามัยโลก. (2565). *รายงานสถานการณ์สุขภาพโลก 2022*. สำนักงาน WHO ประเทศไทย.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). *Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity*. Cornell University Rural Development Committee.
- Dara, M., Acosta, C. D., Melchers, N. V. S., Al-Darraj, H. A. A., Chorgoliani, D., Reyes, H., & Centis, R. (2017). Tuberculosis control in prisons: Current situation and research gaps. *International Journal of Infectious Diseases*, 56, 33–45.
- Mujarin, C., Phonsomboon, K., & Suriyan, N. (2024). Community-based health program success factors in Thai rural provinces. *Asian Journal of Public Health*, 9(1), 14–27.
- Srithongtham, S., Chankham, R., & Kriangchai, S. (2024). Public participation in health promotion for disease prevention: A case study in northeastern Thailand. *Journal of Community Development Research*, 17(2), 102–118.