



The Development Model for the Capacity of Village Health Volunteers in Screening of Patients and Risk Communication with Severe Respiratory Disease to Home Isolate in Maha Sarakham Province

Rungreung Sankosa, Juraporn Krates and Duangtawan Chinnawong

Mahasarakham Provincial Public Health Office, Thailand**

Public Health Academic Office, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand*

E-mail: rungreung_san@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-5686-0150>

E-mail: juraporn_krates@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4936-0181>

E-mail: duangtawan.pan@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-8098-6657>

Received 12/12/2024

Revised 14/12/2024

Accepted 14/01/2025

Abstract

Background and Aims: Globally, the COVID-19 pandemic has had a significant impact. Thailand's economy, society, and health have all been affected in previously unheard-of ways. There is a public health emergency, specifically the lack of medical staff and beds to treat patients, which forces many patients to receive care at home. As the frontline employees closest to the community, village health volunteers (VHVs) are crucial in promoting the prevention, screening, and assessment of those at risk for treatment and isolation in the family or community. As a result, creating knowledge for VHVs is crucial and required. As a result, a model for maximizing the potential of village health volunteers ought to exist. This article aims to develop a model for developing the potential of village health volunteers in assessing, screening, and communicating the risk of patients with severe respiratory diseases for home isolation in Maha Sarakham Province.

Methodology: This study uses a combination of methodologies. Using the PDCA quality cycle concept, phase 1 qualitative research was conducted to analyze the potential of village health volunteers in screening, assessing, and communicating the risks of patients with severe respiratory disorders for home isolation. To test the research hypothesis and develop a model for enhancing the potential of village health volunteers in screening, risk assessment, and communication of patients with severe respiratory diseases for home isolation, a quantitative research method was used in phase 2 to study the population and sample of 300 people.

Results: (1) To develop the potential of VHVs in screening, evaluation, and risk communication for patients with severe respiratory disease for home isolation, the pertinent target groups took part in each stage of the PDCA quality cycle process. (2) Knowledge and comprehension of severe respiratory disease, role perception, performance, and social support were all factors in the development of the potential for screening and risk assessment for patients with severe respiratory disease. (3) The following variables influenced the possibility of VHW screening and





risk assessment in cases of severe respiratory disease: 1) necessary labor abilities; 2) supplies, tools, and assistance; 3) morale; 4) putting policies into action; and 5) the primary health care delivery system. With a multiple regression value of .687, the five predictive variables were statistically significant ($p < 0.05$) and could jointly predict the development of the potential for screening and risk assessment for patients with severe respiratory disease by 60.10 percent ($R^2 = .601$, $F = 29.739$). A model for the development of the potential for screening and risk assessment for patients with severe respiratory disease for home isolation was developed using forecasting experience. In the Province of Maha Sarakham.

Conclusion: Policy recommendations for enhancing the capabilities of village health volunteers may result from the development model for screening and evaluating the danger of home isolation for patients with severe respiratory conditions in Maha Sarakham Province.

Keywords: Capacity Development Model; Village Health Volunteers; Screening Assessment and Risk Communication for Patients with Severe Respiratory Disease for Home Isolation



รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการประเมินคัดกรองและการสื่อสารความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกกักตัวที่บ้านในจังหวัดมหาสารคาม

รุ่งเรือง แสนโกษา, จุฬพร กระเทศ และดวงตะวัน ชินวงศ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม**

สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและวัตถุประสงค์: สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ส่งผลกระทบต่อใหญ่ทั่วโลก ประเทศไทยได้รับผลกระทบในวงกว้างอย่างไม่เคยมีมาก่อนทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมเกิดวิกฤตการณ์ทางด้านสาธารณสุขคือการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ จำนวนเตียงในการรองรับผู้ป่วยไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องทำการรักษาตัวที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ซึ่งเป็นด่านหน้าที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมป้องกัน ประเมินและคัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยงเพื่อแยกกักตัวและรักษาในชุมชน/ครัวเรือน การสร้างองค์ความรู้ให้กับ อสม จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง จึงควรมีรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการประเมินคัดกรองและการสื่อสารความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกกักตัวที่บ้านในจังหวัดมหาสารคาม

ระเบียบวิธีการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) ระยะที่ 1 วิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม ด้านการประเมินคัดกรองและการสื่อสารความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกกักตัวที่บ้าน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA ระยะที่ 2 วิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาในประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน ทดสอบสมมติฐานการวิจัยและสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการประเมินคัดกรองและการสื่อสารความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกกักตัวที่บ้าน

ผลการวิจัย: (1) กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ทุกขั้นตอนในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม ด้านการประเมินคัดกรองและการสื่อสารความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกกักตัวที่บ้าน (2) การพัฒนาศักยภาพการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรง ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรง การรับรู้บทบาท การปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อศักยภาพการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรง ของ อสม ได้แก่ ปัจจัยด้านทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน 2) ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์/ สิ่งสนับสนุน 3) ปัจจัยด้านขวัญกำลังใจ 4) ปัจจัยด้านการสื่อสารนโยบาย สู่การปฏิบัติ และ 5) ระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัวแปร มีค่าถดถอยพหุคูณ เท่ากับ .687 สามารถร่วมกันพยากรณ์การพัฒนาศักยภาพการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงฯ ได้ร้อยละ 60.10 ($R^2 = .601$ $F = 29.739$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และนำสมการพยากรณ์ไปสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม

สรุปผล: รูปแบบการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรง เพื่อแยกกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม สามารถนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

คำสำคัญ: รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; การประเมินคัดกรองและการ สื่อสารความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกกักตัวที่บ้าน

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ส่งผลกระทบยิ่งใหญ่อะไรทั่วโลก และ นับตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโรค มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่มีการระบาดของโรคดังกล่าวจนถึง ตุลาคม 2564 พบว่ามีอัตราการติดเชื้อ 219 ล้านคน เสียชีวิต 4.55 ล้านคน (องค์การอนามัยโลก, 2564) สำหรับ ในประเทศไทยตั้งแต่เริ่มมีการระบาดในวันที่ 21 มกราคม 2563 จนกระทั่งถึง 31 ธันวาคม 2564 พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมรวม 2.22 ล้านคน เสียชีวิตสะสม 21,698 คน (ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.), 2564) ประเทศไทยได้รับผลกระทบในวงกว้างอย่างไม่เคยมีมาก่อนทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม จาก ปรากฏการณ์ดังกล่าวทั้งภาครัฐและเอกชนพยายามที่จะร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อที่จะฝ่าฟัน วิกฤตการณ์โรคระบาดดังกล่าว ในช่วงแรกของการระบาดต้นปี 2563 ได้มีการใช้ระบบบริหารจัดการทางด้าน สาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามในช่วงหลัง เดือนเมษายน 2564 ได้มีการแพร่กระจายในวงกว้างและระบาดซ้ำของโรคโควิด 19 อีกทั้งเชื้อไวรัสดังกล่าวมีการ กลายพันธุ์ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วจนกระทั่งเกิดวิกฤตการณ์ทางด้านสาธารณสุขคือการขาดแคลน บุคลากรทางการแพทย์ จำนวนเพียงในการรองรับผู้ป่วยไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องทำการรักษาตัวที่ บ้าน การติดต่อประสานงานเพื่อขอเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นไปด้วยความลำบาก เนื่องจากไม่มีเตียงว่าง พอในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ส่งผลให้มีผู้ป่วยจำนวนมากเสียชีวิตภายในบ้าน และเมื่อหันกลับมามองที่ โรงพยาบาลพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานท่ามกลางความเหนื่อยล้า เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากทั้ง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทั่วไปและผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 รัฐบาลและภาคส่วนต่างๆ พยายามเร่งแก้ไขปัญหาโดย เปิดโรงพยาบาลสนามขึ้นจำนวนมากแต่ก็ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อีกทั้งสภาพปัญหาที่ เกิดขึ้นไม่ใช่เฉพาะเรื่องเตียงผู้ป่วยอย่างเดียว แต่มีปัญหारेื่องการขาดแคลนจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ จนมี การนำส่งและรับผู้ป่วยจากกรุงเทพ ฯ กลับภูมิลำเนาเพื่อกระจายคนไข้ให้โรงพยาบาลในจังหวัดต่างๆ ช่วยเหลือใน การดูแลผู้ป่วย

จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น พบว่าจำนวนผู้ป่วยในต่างจังหวัดมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อีกทั้งรัฐบาล จำเป็นต้องออกมาตรการล็อกดาวน์ ส่งผลให้ต้องมีการหยุดงาน ประชาชนจำนวนมากเดินทางออกจากกรุงเทพฯ กลับคืนสู่ภูมิลำเนา ทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อไปสู่พื้นที่ต่างจังหวัดอย่างรวดเร็ว กระทรวงสาธารณสุขได้พยายาม แก้ไขปัญหาโดยการระดมบุคลากรทางด้านสาธารณสุขทุกระดับรวมทั้งอาสาสมัครทางด้านสาธารณสุข เข้าให้การ ช่วยเหลือไม่ว่าจะด้วยเรื่องของการประเมินความเสี่ยงคัดกรองผู้ป่วย การให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น มีการจัดลำดับ การคัดแยกผู้ป่วยออกเป็นสีเขียว หมายถึง ผู้ป่วยอาการไม่มาก หรือไม่มีอาการ หรืออาการน้อย เช่น มีไข้ ไอ น้ำมูก ตาแดงผื่นขึ้น ไม่มีโรคร่วม สีเหลือง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจเร็ว มีปัจจัยเสี่ยงอาการรุนแรงหรือโรคร่วม สีแดง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก เอกซเรย์ปอด

พบว่าปอดอักเสบรุนแรง มีภาวะปอดบวม ความอึดตัวของออกซิเจนน้อยกว่าร้อยละ 96 จากจำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราเพิ่มขึ้นกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้ไขปัญหาโดยเพิ่มแนวทางในการบริหารจัดการคือการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในชุมชนเพื่อรักษาผู้ป่วยและลดการแพร่ระบาดของโรคในชุมชนโดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานคือ ผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการไม่รุนแรงอาจรับการแยกกักตัวที่บ้าน หรือเข้ารับการแยกกักในชุมชน หากมีอาการรุนแรงขึ้นสามารถนำส่งโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมได้ สำหรับกรณีที่มีผู้ป่วย COVID-19 ในชุมชนที่มีจำนวนมากกระทรวงสาธารณสุขได้มีการบริหารจัดการโดยการจัดระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขดูแลผู้ป่วย COVID-19 ในชุมชนเพื่อการวินิจฉัยเร็ว รักษาให้เร็ว ลดอัตราการเสียชีวิต และลดการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน ครอบคลุมทั้งในส่วนของสุขภาพทางกาย และสุขภาพทางใจ รวมถึงสุขภาพสิ่งแวดล้อมในส่วนบุคคลและส่วนรวม ปรับบางส่วนของชุมชนให้เป็นศูนย์แยกกักในชุมชนหรือศูนย์พักคอย เพื่อลดการเคลื่อนย้าย เข้า-ออกในชุมชนนั้น

จากแนวทางการบริหารจัดการดังกล่าว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญเนื่องจากเป็นบุคลากรสาธารณสุขด่านหน้าที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคระบาดในระบบทางเดินหายใจที่ร้ายแรงบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของ อสม. คือ การส่งเสริมป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเกิดขึ้น ทำหน้าที่ในการคัดกรองและให้การดูแลเบื้องต้นในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงและรณรงค์ให้ประชาชนได้รับการดูแลที่ถูกต้องโดยเฉพาะในเขตพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบ ดังนั้นการสร้างองค์ความรู้ให้กับ อสม. ในการให้การดูแลประชาชนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 หรือผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญ มาตรการคุมเข้มในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค การป้องกันตนเองเนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะสัมผัสกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ การให้ความรู้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง การประเมินและการคัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยง การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ Community Isolation /Home Isolation เพื่อดำเนินการกักตัวและรักษาในชุมชน/ครัวเรือน ดังนั้นการสร้างองค์ความรู้ให้กับ อสม. จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ในการดูแลป้องกันตนเองและดูแลสุขภาพของประชาชนช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ของประเทศ ในปัจจุบันคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาทักษะและช่วยสร้างองค์ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการดูแลและคัดแยกตัวอยู่บ้านของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรง ซึ่งเป็นบุคลากร ด่านหน้าที่มีความสำคัญในการดูแลคัดกรองและดูแลเบื้องต้นในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงให้เข้าสู่ระบบการรักษาที่รวดเร็ว ลดการแพร่ระบาด ลดป่วยและลดการเสียชีวิต ลดภาวะการสูญเสียที่เกิดขึ้นของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม

การทบทวนวรรณกรรม

1. รูปแบบ ประกอบด้วยส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 หลักการและวัตถุประสงค์ของรูปแบบ ประกอบด้วย 1) หลักการของรูปแบบ 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ ส่วนที่ 2 โครงสร้างและสาระสำคัญของรูปแบบ ประกอบด้วย 1) ฐานะของสถานศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างสถานศึกษากับสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ส่วนกลาง 2 บทบาทคณะกรรมการสถานศึกษาและผู้อำนวยการ 3) การกระจายอำนาจการจัดการศึกษา 4 ด้าน 4) หน่วยงานกำกับติดตาม ตรวจสอบและส่งเสริมสนับสนุนภารกิจของโรงเรียน 5) มาตรฐานและการประกันคุณภาพผู้เรียน ส่วนที่ 3 การนำสู่การปฏิบัติและเงื่อนไขความสำเร็จ 1) การนำไปสู่การปฏิบัติ 2) เงื่อนไขความสำเร็จในส่วนการบริหารขององค์การ (พิเชฐ โพธิ์ภักดี, 2553 และ บราวน์และโมเบิร์ก (Brown and Moberg, 1980: 16-17) ได้สังเคราะห์รูปแบบขึ้น และได้นำเสนอองค์ประกอบดังนี้ 1) สภาพแวดล้อม (Environment) 2) เทคโนโลยี (Technology) 3) โครงสร้าง (Structure) 4) กระบวนการจัดการ (Management Process) และการตัดสินใจสั่งการ (Decision Making) สำหรับองค์ประกอบของรูปแบบการบริหารจัดการศึกษา เท่าที่พบจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ส่วนใหญ่จะกล่าวถึงการจัดการองค์การบริหาร หรือโครงสร้างระบบบริหารและแนวทางในการดำเนินงานในภาระหน้าที่ (Function) ที่สำคัญ ๆ ในการบริหารงานขององค์การนั้นๆ เช่น การบริหารงานบุคคล การบริหารงานงบประมาณ การบริหารงานวิชาการ และการบริหารงานทั่วไป เป็นต้น ซึ่งจะได้กล่าวถึงอีกครั้งหนึ่งในตอนที่ว่าด้วยการกำหนดองค์ประกอบในการกำหนดรูปแบบต่อไป โดยสรุปแล้วในการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบว่าจะประกอบด้วยอะไรบ้างจำนวนเท่าใดมีโครงสร้าง และความสัมพันธ์กันอย่างไรนั้นอยู่กับปรากฏการณ์ที่เรา กำลังศึกษา หรือจะออกแบบแนวคิด ทฤษฎี และหลักการพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบแต่ละรูปแบบนั้น ๆ เป็นหลักผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสอดคล้องขององค์ประกอบของรูปแบบโดยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการวิเคราะห์ เพื่อเป็นกรอบในการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบสำหรับ การวิจัยในครั้งนี้

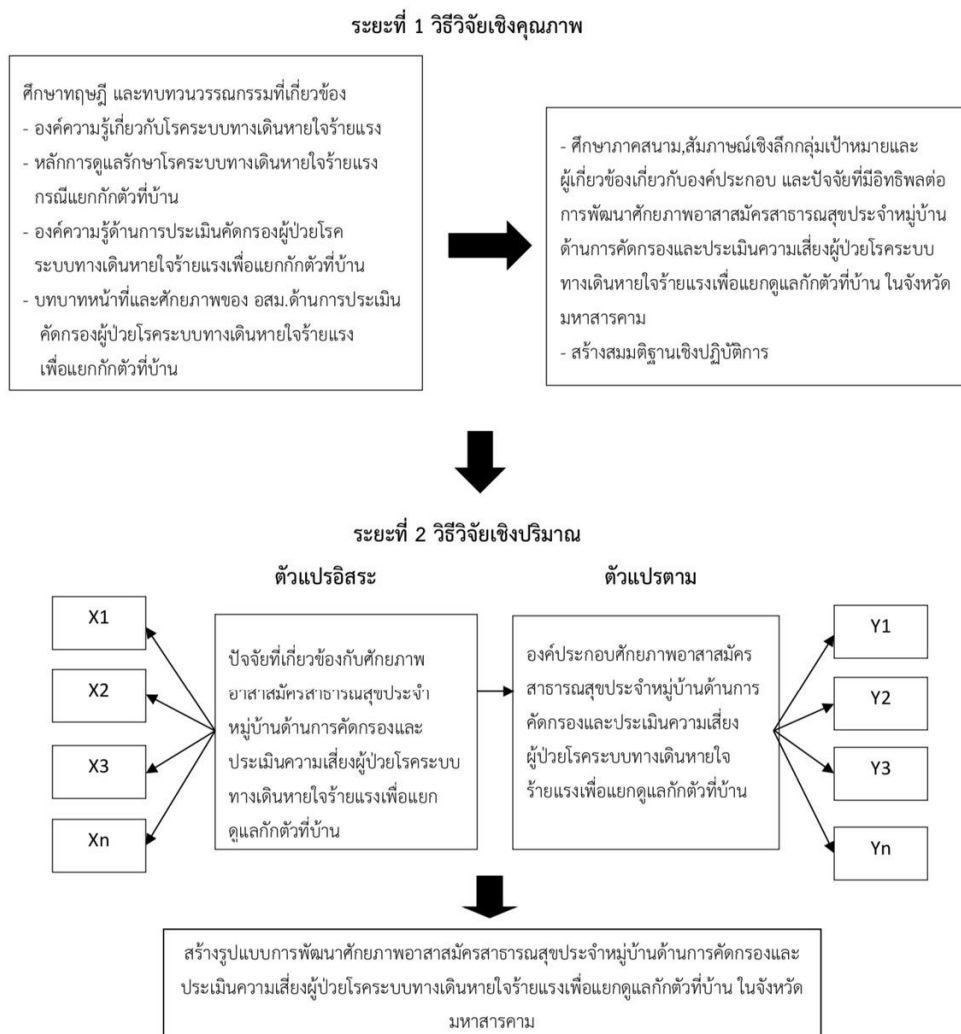
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือนในแต่ละคุ้มหรือละแวกบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) ทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผ.ส.ส.) การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและการป้องกันโรค การช่วยเหลือ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟู (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) โดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) มีบทบาทในการแก้ไขข่าวร้าย กระจายข่าวดี ขี้บริการประสานงานสาธารณสุขบำบัดทุกข์ประชาชน และทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552)

3. โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ หมายถึง การติดเชื้อโรคของระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่จมูก คอ หลอดลมไปจนถึงปอด เชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่จากเชื้อไวรัส ได้แก่ โรคหัด ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก ชาร์ส และเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (RSV) เป็นสาเหตุของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจทั้งส่วนบนและส่วนล่าง สามารถเกิดการติดเชื้อได้ใน

ทุกกลุ่มอายุ แต่อาการจะรุนแรงในเด็กเล็ก เด็กที่คลอดก่อนกำหนด และผู้สูงอายุ มากกว่า 65 ปี รวมถึงผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคปอด โรคหัวใจ หรือมีปัญหาเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันร่างกายผิดปกติ เป็นต้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

4. การแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation) เป็นการแยกกักตัวของผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่อยู่ในระยะที่แพร่เชื้อได้ที่บ้าน ผ่านระบบการติดตามดูแลอาการ ในผู้ติดเชื้อที่อาการไม่รุนแรงหรืออยู่โรงพยาบาลมาแล้วอย่างน้อย 7 วันสามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านต่อไปโดยแพทย์ยินยอมและความสมัครใจของผู้ติดเชื้อเอง ซึ่งคุณสมบัติของผู้ป่วยที่สามารถแยกกักตัวที่บ้านตามกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ปัทมา ชัยชุมภู (2551) ศึกษาผลของการให้ความรู้และข้อมูลย้อนกลับในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศต่อการปฏิบัติของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติพบว่า หลังการให้ความรู้ร่วมกับการ ให้ข้อมูลย้อนกลับแบบรายกลุ่มและรายบุคคลแก่บุคลากรมีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศของบุคลากรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.5 เป็นร้อยละ 46.1 เมื่อแยกตามกิจกรรมหลักพบว่า ในกิจกรรมการแยกผู้ป่วย การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับแบบรายบุคคลและรายกลุ่มในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศส่งผลให้บุคลากรมีการปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น และ สานิตา ดันติยาพงศ์ (2551) ศึกษาผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางฝอยละอองจากระบบทางเดินหายใจต่ออุบัติการณ์โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและการลาป่วยของบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก สถานบริการสุขภาพพิเศษมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากรพยาบาลภายหลังการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางฝอยละอองจากระบบทางเดินหายใจพบว่า อุบัติการณ์ลดลง ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางฝอยละอองจากระบบทางเดินหายใจสามารถลดอุบัติการณ์โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากรพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 - เดือนกันยายน 2566 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

1. ประชากร ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และวิทยากรระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ในจังหวัดมหาสารคามกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมต่อการเป็นตัวแทนของประชากรโดยใช้สูตรการคำนวณของ ทาโร

ยามานะ (Yamane.1973:727) กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 185 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ในอำเภอกันทรวิชัย บริบูรณ์ และอำเภอมะนัง มหาสารคาม ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 300 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามแบบปลายเปิด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากองค์ความรู้ในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert) โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความสามารถส่วนบุคคล

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้

1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจร้ายแรง

2) การรับรู้บทบาท และความสามารถของตนเอง

3) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะ/ปัญหาอุปสรรค/แนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลร่วมกัน ตามมาตรการการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ในช่วงเวลานั้น

4. การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลการสัมภาษณ์ และการจัดประชุมมาวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติอนุมาน ใช้วิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ ด้วยวิธี Stepwise

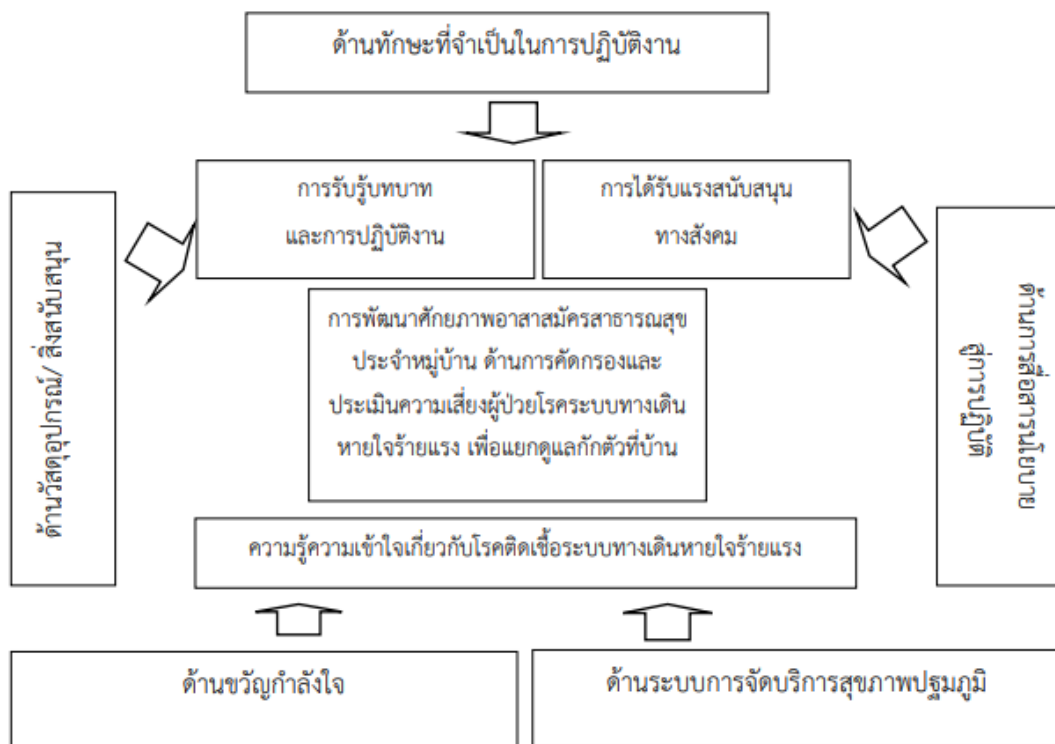
ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรง เพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม และนำมาสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง 300 คน คณะผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ตามหัวข้อ ดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.33 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือสมรส ร้อยละ 75.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษา

ประถมศึกษา ร้อยละ 41.00 อาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 64.00 และมีอายุเฉลี่ยที่ 52.99 ปี โดยอายุสูงสุด 78 ปี ต่ำสุด 22 ปี

2. การศึกษาความสามารถส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามด้านความสามารถส่วนบุคคล พบว่า ความสามารถในการมองเห็น ใช้แว่นตา ร้อยละ 55.00 และไม่ใช้แว่นตา ร้อยละ 45.00 ความสามารถในการได้ยิน ได้ยินชัดเจน ร้อยละ 88.33% ชัดบ้างไม่ชัดบ้าง ร้อยละ 11.33 และ ไม่ชัดเจนเลย ร้อยละ 0.33 ความสามารถในการพูด พูดคล่อง ร้อยละ 82.33 คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง ร้อยละ 17.33 และ พูดไม่คล่องเลย ร้อยละ 0.33 ความสามารถในการอ่าน อ่านได้คล่อง ร้อยละ 89.33 อ่านไม่คล่อง ร้อยละ 10.67 และ ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถามที่อ่านไม่ได้ ความสามารถในการเขียน เขียนได้คล่อง ร้อยละ 84.00 เขียนไม่คล่อง ร้อยละ 16.00 และ ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถามที่เขียนไม่ได้ และความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์ ใช้งานได้คล่อง ร้อยละ 37.67 คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง ร้อยละ 60.67 และ ใช้งานได้ไม่คล่องเลย ร้อยละ 1.67



ภาพที่ 2 ร่ำนรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการประเมินคัดกรองและการสื่อสารความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม

3. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม ภาพรวม พบว่า ปัจจัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจร้ายแรง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจร้ายแรง คิดเป็นร้อยละ 82.13

4. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน โดยรวม อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 4.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.65 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม มีความคิดเห็น เกี่ยวกับการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรง ด้านปัจจัยการรับรู้บทบาท และการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 4.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.64 และปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 4.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.69

5. การศึกษาปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีปัจจัยเงื่อนไขที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับดี ทั้ง 5 ปัจจัย โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ คือ มากที่สุด ได้แก่ ปัจจัยด้านการสื่อสารนโยบาย สู่การปฏิบัติค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 4.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.62 รองลงมา ปัจจัยด้านทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.67 ปัจจัยด้านระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 4.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.64 ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์/ สิ่งสนับสนุน ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.75 และ ปัจจัยด้านขวัญกำลังใจ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 4.07 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.69 ตามลำดับ

6. การศึกษาระดับของปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับของปัจจัยเงื่อนไขด้านทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.67 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นว่า ปัจจัยเงื่อนไขด้านทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับดีทุกข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ มากที่สุดคือ ท่านมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน เป็นจิตอาสาช่วยเหลือสังคมเพียงใด ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 4.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.57 รองลงมา ท่านศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ ข้อ 5. ท่านสามารถประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน และปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีบุคลิกภาพที่ดีในการปฏิบัติงาน ท่านสามารถพูดคุยเพื่อโน้มน้าวหรือแนะนำข้อมูลสุขภาพให้ผู้ยินยอมรับและสามารถนำไปปรับใช้กับตนเองตามหลักการดูแลสุขภาพ ที่ดีได้ ท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพียงใด และ ท่านสามารถใช้สมาร์ทโฟน/เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น application Line, Smart อสม หรือโปรแกรมอื่น ๆ ที่กำหนดได้เป็นอย่างดี ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 4.36, 4.36, 4.18, 4.15, 4.08 และ 4.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.63, 0.63, 0.61, 0.66, 0.69 และ 0.76 ตามลำดับ

7. การศึกษา ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านวัสดุอุปกรณ์/สิ่งสนับสนุน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับของปัจจัยเงื่อนไขด้านการสนับสนุนของผู้บริหารท้องถิ่นและคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น โดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)

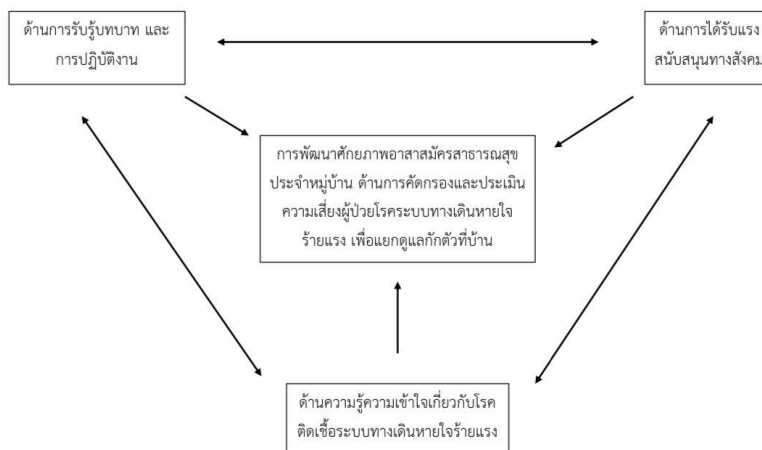
เท่ากับ 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.75 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นว่า ปัจจัยเงื่อนไขปัจจัยเงื่อนไขด้านวัสดุอุปกรณ์/สิ่งสนับสนุน มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฯ อยู่ในระดับดีทั้ง 2 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ มากที่สุดคือ ข้อ 1. วัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้การปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความทันสมัยและเหมาะสมแก่การใช้ประโยชน์ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 4.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.72 และ ข้อ 2. มีวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือในการปฏิบัติงาน อย่างเพียงพอ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 4.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.78

8. การศึกษาปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฯ ปัจจัยเงื่อนไขด้านด้านขวัญกำลังใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับของปัจจัยเงื่อนไขปัจจัยเงื่อนไขด้านด้านขวัญกำลังใจ มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฯ โดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.79 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า อยู่ในระดับดีทุกข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ มากที่สุดคือ ได้รับโอกาสและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น และเพื่อนร่วมงาน ให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพอยู่เสมอ เช่น การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประกวดแข่งขันในระดับ ตำบล/อำเภอ/จังหวัด/เขต/ประเทศ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 4.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.77 รองลงมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น และเพื่อนร่วมงาน ให้การยอมรับในความสามารถ ในการทำงาน เมื่อเข้าไปดำเนินงานด้านสุขภาพ ประชาชน จะให้ความร่วมมือและยอมรับในความสามารถ และ ได้รับค่าตอบแทนเพียงพอ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 4.20, 4.19 และ 3.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.64, 0.66 และ 0.93 ตามลำดับ

9. การศึกษาปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฯ ปัจจัยเงื่อนไขด้านการสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับของปัจจัยเงื่อนไขด้านการสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติ มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฯ โดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 4.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.62 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า อยู่ในระดับดีครบทุกข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ มากที่สุดคือ ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 4.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.63 รองลงมา เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดรณรงค์และให้ ความรู้ทางด้านสาธารณสุข ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 4.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.63 และ จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 4.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.60 ตามลำดับ

10. การศึกษาปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฯ ด้านระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับของปัจจัยเงื่อนไขด้านระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฯ โดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 4.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.64 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า อยู่ในระดับดีทุกข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ มากที่สุดคือ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขรวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความสามารถและความพร้อมในการจัดการโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจร้ายแรง ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 4.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.62 รองลงมา เทคโนโลยีสารสนเทศทำให้การประสานงาน ส่งข้อมูล และการสื่อสารระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ และ

เครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับ เป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว และทันเวลา ความพร้อมด้านทรัพยากร การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ เทคนิคการวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาและได้รับการสื่อสารความเสี่ยงที่รวดเร็วและแม่นยำ หน่วยบริการปฐมภูมิควรได้รับสนับสนุนทรัพยากรด้านการจัดบริการสุขภาพ เช่น บุคลากร องค์ความรู้ เทคโนโลยีและงบประมาณ และ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเครือข่ายบริการสุขภาพ มีความพร้อมและตอบสนองความต้องการของบุคลากรผู้ใช้งาน ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 4.26, 4.19, 4.17 และ 4.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.64, 0.60, 0.68 และ 0.65 ตามลำดับ



ภาพที่ 3 กระบวนการสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการประเมินคัดกรองและ การสื่อสารความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้นำมาสรุปและอภิปรายผล ดังนี้

1. ผลการศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม จากสรุปผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ส่งผลกระทบยิ่งใหญ่ว่าโลก ประเทศไทยได้รับผลกระทบในวงกว้างอย่างไม่เคยมีมาก่อนทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมเกิดวิกฤตการณ์ทางด้านสาธารณสุขคือการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ จำนวนเตียงในการรองรับผู้ป่วยไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องทำการรักษาตัวที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ซึ่งเป็นด่านหน้าที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมป้องกัน ประเมินและการคัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยงเพื่อแยกกักตัวและรักษาในชุมชน/ครัวเรือน ซึ่งสอดคล้องกับประกาศของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2554) ที่กล่าวไว้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือนในแต่ละคุ้มหรือละแวกบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุข

กำหนดโดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) ทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผ.ส.ส.) การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและการป้องกันโรค การช่วยเหลือและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟู ซึ่งสอดคล้องกับ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2552) ที่กล่าวว่าบทบาทหน้าที่ของ อสม คือ (1) ปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยทำตนเป็นแบบอย่าง และสร้างพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน (2) ดูแลสิ่งแวดล้อมโดยมีการป้องกันควบคุมโรคติดต่อรวมทั้งเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในชุมชน การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านชุมชน (3) บริหารจัดการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน (4) สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชนหรือเป็นนักสื่อสารสุขภาพอย่างมีพลัง (5) ประสานงานกับบุคคล องค์กรและเครือข่าย ทำงานเป็นทีมกับ อสม และกลุ่มภาคีสุขภาพ (6) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำประสานงานกับผู้นำในชุมชน (7) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน และ (8) ปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) หรือสถานที่ตามกำหนดของหมู่บ้านการแบ่งละแวกบ้านและหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ จึงสังเคราะห์องค์ประกอบที่เกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ ออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจร้ายแรง 2) การรับรู้บทบาท และการปฏิบัติงาน และ 3) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

2. ผลการศึกษาปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า มี 5 ปัจจัย 1) ปัจจัยด้านทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน 2) ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์/ สิ่งสนับสนุน 3) ปัจจัยด้านขวัญกำลังใจ 4) ปัจจัยด้านการสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติ และ 5) ปัจจัยด้านระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัวแปร มีค่าถดถอยพหุคูณ เท่ากับ .687 สามารถร่วมกันพยากรณ์การพัฒนาศักยภาพการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงฯ ได้ร้อยละ 60.10 ($R^2 = .601$ $F = 29.739$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และนำสมการถดถอยไปสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ มากที่สุด คือ ปัจจัยด้านการสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของอสม ที่ประกาศจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2552) ที่ว่า อสม เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชนหรือเป็นนักสื่อสารสุขภาพอย่างมีพลัง

3. จากผลการศึกษา เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคัดกรองและ ประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรงเพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม โดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า องค์ประกอบความสำเร็จการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ มีค่าระดับความเหมาะสม/เป็นไปได้เฉลี่ยในแต่ละด้านอยู่ในช่วง 4.29 – 4.37 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มีความเหมาะสม/เป็นไปได้ และผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันสูง โดยด้านที่มีค่าความเหมาะสมมากที่สุด ได้แก่ ด้านการรับรู้บทบาท และการปฏิบัติงาน (4.37) จึงเป็นจุดแข็งที่สามารถนำไป พัฒนาต่อยอดสำหรับการดำเนินการครั้งต่อไป และด้านที่มีค่าคะแนนต่ำสุดคือด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม(3.29) เป็นโอกาสของนักวิจัยในพื้นที่ สามารถนำข้อค้นพบจากการวิจัยไปใช้ในการแก้ปัญหการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

ข้อค้นพบที่ได้จากผลการวิจัยรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรง เพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้เกี่ยวข้อง และ ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. จากข้อค้นพบผลการวิจัยสามารถนำไปประกอบหรือเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ หรือแนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรง เพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน ในจังหวัดมหาสารคาม หรือสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับหน่วยบริการสุขภาพ หรือเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจร้ายแรง เพื่อแยกดูแลกักตัวที่บ้าน เพื่อให้มีคุณภาพ และมาตรฐานเดียวกันในดูแลประชาชน

2. ควรจัดให้มีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาศักยภาพหรือการอบรมฟื้นฟูเพิ่มเติมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้ความสามารถที่ครอบคลุมพร้อมที่จะดูแลประชาชนในพื้นที่

3. ควรมีกระบวนการถอดบทเรียนระบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และขยายผลให้หน่วยงานหน่วยบริการสุขภาพอื่นที่ไม่ใช่พื้นที่ต้นแบบ ในจังหวัดได้เรียนรู้และสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ของชุมชน/หมู่บ้าน อำเภอ และจังหวัด และควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความเหมาะสม และเกิดความต่อเนื่องในการทำงานในชุมชนมากขึ้น

4. ควรมีการสร้างข้อกำหนดที่เป็นเชิงนโยบายและข้อตกลงของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีกระบวนการ/กลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน และถอดบทเรียนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงานในภาพทั้งระดับอำเภอ ระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ รวมถึงขยายผลหรือนำไปใช้ในพื้นที่จังหวัดอื่นต่อไป ทั้งระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานผลการสำรวจ (Quick Survey) สถานการณ์โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ จากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (RSV) ของประเทศไทย ปี2566. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้จัดการสุขภาพชุมชน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2552). สุขบัญญัติแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). คู่มือ อสม. ยุคใหม่. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). หลักสูตรฝึกอบรม มาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550. กรุงเทพฯ.



- ปัทมา ชัยชุมภู. (2551). ผลของการให้ความรู้ และข้อมูลย้อนกลับในการป้องกันการแพร่ กระจาย เชื้อทางอากาศ ต่อการปฏิบัติของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิเชฐ โพธิ์ภักดี. (2553). การพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนนิติบุคคล สังกัดสำนักงาน คณะกรรมการ การศึกษาขั้นพื้นฐาน. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.). (2564). เกาะติดสถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). Retrieved from: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8449>
- สาธิตา ตันติยาพงศ์. (2551). ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่ กระจาย เชื้อทางฝอย ละอองจากระบบทางเดินหายใจต่ออุบัติการณ์โรคติดเชื้อระบบทางเดิน หายใจ และการลาป่วยของบุคลากร พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ด้านการควบคุมการติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Brown, W.B., & Moberg, D.J. (1980). *Organizational Theory and. Management: A Macro Approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. 3rd Ed. NewYork. Harper and Row Publications 727.

