

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความพร้อม และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการคัดแยก และดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ในยุคหลังการระบาดของโควิด 19 ประเทศไทย**Readiness and competency of village health volunteers in triage and care for patients with respiratory infection in the post-COVID-19 era, Thailand**

อุ๋นใจ เครือสถิตย์
อัจฉรา กิตติวงศ์วิสุทธิ์
เดือนใจ ภูสระแก้ว
ประทีป กาลเขว้า

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น

Ounjai Kruesathit
Atchara Kittivongvisut
Thuanjai Poosakaew
Prateep Kankhwao
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute
Sirindhorn College of Public Health,
Khon Kaen

DOI: 10.14456/dcj.2025.55

Received: June 8, 2025 | Revised: August 25, 2025 | Accepted: September 17, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อประเมินความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นภาระโรคสำคัญหลังการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย วิเคราะห์สภาพการที่เป็นจริงและความคาดหวัง และดัชนีความต้องการจำเป็นในการพัฒนา จากมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน ได้ อสม. จำนวน 215 คน ผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวน 111 คน ในจังหวัดขอนแก่น ใช้เครื่องมือคือแบบสอบถาม และแบบทดสอบความรู้ ที่ตรวจสอบความตรง โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่น 0.82-0.90 และ KR-21=0.77 เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม ปี 2566 ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 45 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีความรู้ และการปฏิบัติในการคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 89.30 และ 70.23 ตามลำดับ อุปสรรคสำคัญคือ อุปกรณ์ตรวจประเมินผู้ป่วยไม่เพียงพอ ระดับ การศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ และการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) การปฏิบัติที่ยังเป็นปัญหา มากคือ การคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรง และการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลรักษาตัวเองที่บ้าน ผู้ให้บริการ สุขภาพส่วนใหญ่ทำงานเกิน 10 ปี รับรู้ภาพรวมของความคาดหวัง และสภาพที่เป็นจริงในการปฏิบัติจริงของ อสม. แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.026$) ดัชนีความต้องการจำเป็นที่ต้องพัฒนาตามลำดับคือ การตรวจ ร่างกายเบื้องต้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรง และการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะ อสม. โดยการเสริมสร้างความรู้ใน การคัดแยกผู้ป่วย การให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อดูแลตัวเองที่บ้าน พัฒนาทักษะคลินิกพื้นฐาน และสนับสนุนทรัพยากร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การดูแลสุขภาพชุมชน และสนับสนุนความมั่นคงทางสุขภาพที่ยั่งยืน

ติดต่อผู้พิมพ์: อุ๋นใจ เครือสถิตย์

อีเมล: ounjai@scphkk.ac.th

Abstract

This descriptive study aimed to assess the readiness of village health volunteers (VHVs) to triage, manage, and care for patients with respiratory infection, an important disease burden after the COVID-19 pandemic in Thailand. Healthcare providers' perspectives were also examined in the study to determine the gap between actual and expected VHVs' practice This study was conducted in Khon Kaen Province, by using multistage random sampling, and included 215 VHVs and 111 healthcare providers. Data were collected from June to December 2023 using questionnaire and a knowledge tests, validated by three experts with reliability coefficients of 0.82–0.90 and KR-21 of 0.77 The results revealed that most VHVs were aged over 45 years, had completed primary school education, and had low to moderate levels of knowledge (89.30%) and practices (70.23%) in triaging, managing, and caring for patients with respiratory infections. The barrier was insufficient equipment for patient assessment. Only education level significantly associated with knowledge and practices ($p<0.05$). Particularly, VHVs showed low to moderate practices in triaging by severity and providing self-care advice. Most health care providers had more than 10 years of work experience. There was a statistically significant difference between their expectations and their perceptions of actual VHV practices ($p=0.026$). The priority need index for improving basic clinical skills for VHVs was demonstrated, such as physical examinations, disease control and prevention, and patient triage by severity and screening of high-risk patients for infection. The study suggested the need to enhance VHVs competencies to strengthen respiratory infections effectively. It recommended focusing on basic clinical skills training and providing additional resources to improve community healthcare, reduce disease burden, and support global health security, aligning with goals for developing a sustainable health system.

Correspondence: Ounjai kruesathit

E-mail: ounjai@scphkk.ac.th

คำสำคัญ

การคัดแยก, ความรู้, การปฏิบัติ,
ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ,
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน,
ดัชนีความต้องการจำเป็น

Keywords

triage, knowledge, practices,
respiratory infection patients,
village health volunteers, priority need index

บทนำ

การระบาดของโรคโควิด 19 ได้เปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพทั่วโลก จะต้องมีการเร่งรัดพัฒนาเทคโนโลยีด้านสุขภาพ⁽¹⁾ ประชาชนต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความตระหนักด้านสุขภาพของตน อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังคงพบโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง หรือปอดอักเสบ และยังคงเป็นปัญหาสุขภาพโลกโดยในปี 2021 มีผู้ป่วยใหม่

ประมาณ 344 ล้านราย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 2.18 ล้านรายคิดเป็น 27.70 รายต่อประชากร 100,000 คน⁽²⁾ ในประเทศไทย การติดเชื้อทางเดินหายใจยังคงเป็นภัยคุกคามสำคัญ โดยในปี 2567 โรคปอดบวมจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 15.35⁽³⁾ ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคในช่วงเดือนสิงหาคม 2567 ยังพบผู้ป่วยโควิด 19 รายใหม่เฉลี่ย 287 รายต่อสัปดาห์⁽⁴⁾ สถานการณ์นี้สะท้อน

ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน ในการคัดแยก จัดการ และดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ลดความรุนแรงของโรคและควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้สามารถรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรง เป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านหน้าในการจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: อสม. (Village health volunteer) ในประเทศไทย เป็นผู้ที่มีปฏิบัติหน้าที่เช่นเดียวกับบุคลากรสุขภาพชุมชน (Community Health Workers: CHWs) ในประเทศอื่นๆ มีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดย อสม. กว่า 1 ล้านคนทั่วประเทศ⁽⁵⁾ เป็นบุคลากรด้านหน้าที่ทำหน้าที่ตอบสนองอย่างเข้มแข็งระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ประเทศไทยไม่ต้องใช้มาตรการล็อกดาวน์ทั่วประเทศ และองค์การอนามัยโลก (WHO) ยังยกย่องให้เป็น “ฮีโร่ที่ไม่มีใครรู้จัก : The unsung Hero”⁽⁶⁾ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เสนอแนะบทบาทที่ของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบด้วย (1) การคัดแยกโรคเบื้องต้น (2) การให้ความรู้ คำแนะนำในการกักตัวที่บ้าน (3) การติดตามและเฝ้าระวังอาการ (4) การประสานงาน (5) การสนับสนุนด้านจิตใจ และ (6) การจัดการสิ่งแวดล้อม และข้อมูลจากการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า อสม. ควรทำหน้าที่คัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อป้องกันการแพร่ระบาด ให้สุขศึกษา ส่งต่อผู้ป่วย และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน⁽⁷⁻⁹⁾

บทบาทของ อสม. ในการจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จาก WHO และ UNICEF ที่ต้องการลดอัตราการตายของเด็กจากโรคปอดบวมในชุมชน ซึ่ง อสม. สามารถลดอัตราการตายในเด็กอายุ 0-4 ปีได้ถึงร้อยละ 24 และลดอัตราการตาย

จากโรคปอดบวมได้ร้อยละ 36⁽¹⁰⁾ หาก อสม. สามารถคัดแยกผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจตามความรุนแรงได้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่ และป้องกันการแพร่ระบาดอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ระหว่างการระบาดของโควิดของการศึกษาในประเทศไทย พบว่า อสม. มีความรู้ในการป้องกันโควิด 19 ในระดับปานกลางเท่านั้น⁽¹¹⁾ และยังมีเชื่อกับอุปสรรค เช่น การขาดความรู้ความเข้าใจ ทักษะด้านเทคโนโลยี บุคลากรและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาในปากีสถาน⁽¹³⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าความคาดหวังต่อบทบาทของ อสม. สูงกว่าการปฏิบัติจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการที่โรคติดเชื้อทางเดินหายใจยังเป็นการระบาดของโรคและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ หลังจากการระบาดของโรคโควิด 19 การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความพร้อมของ อสม. ในการคัดแยก จัดการ และดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจในชุมชน โดยศึกษาความพร้อมของ อสม. จากความรู้และการปฏิบัติอุปสรรคในการคัดแยก จัดการ และดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ และวิเคราะห์ดัชนีของความต้องการเร่งด่วน (Priority Needs Index)(modify)⁽¹⁴⁾ ของ อสม. ในมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและยกระดับศักยภาพของ อสม. พัฒนานวัตกรรมเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยั่งยืน เป็นไปตามเป้าหมายของ United Nations Thailand ตาม SDG 3⁽¹⁵⁾ ที่มุ่งเน้น “สุขภาพที่ดีและความเป็นอยู่ที่ดี” และส่งเสริมความปลอดภัยทางสุขภาพของประเทศไทยให้อยู่ในระดับที่ดีอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ การปฏิบัติ ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ และการปฏิบัติ อุปสรรค วิเคราะห์ดัชนีความต้องการจำเป็น ช่องว่างของความเป็นจริงและความคาดหวังในการคัดแยก จัดการ และดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจของ อสม. ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการสุขภาพ ในจังหวัดขอนแก่น

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม ปี 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย อสม. จำนวน 32,374 คน ที่ขึ้นทะเบียน และปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น⁽¹⁶⁾ ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้⁽¹⁷⁾

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

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาของเยาวชนลักษณะ ชาวบ้านโพธิ์⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาบทบาทของ อสม. ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่พบว่า อสม. มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.39$, $SD=0.57$) กำหนดค่า $e=2.5\%$ แทนค่าได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 105 คน ผู้วิจัยเลือกสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) ดังนั้น จึงปรับขนาดตัวอย่าง โดยคูณด้วยค่าปรับอิทธิพลของความคลาดเคลื่อนจากการสุ่ม (Design effect) กำหนดค่า Design Effect=2 ดังนั้น จำนวนขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 210 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยแบ่งอำเภอเป็นขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ สุ่มตัวแทนอำเภอ สุ่มตำบลในแต่ละอำเภอ รวม 3 ตำบล แบ่งจำนวนตัวอย่าง อสม. ตามสัดส่วนของ อสม. ในตำบล และสุดท้ายสุ่มตัวอย่าง อสม. จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของตำบลที่เลือก ได้ตัวอย่าง จำนวน 215 คน กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ สุ่มจากผู้ให้บริการสุขภาพ เลือกจากผู้ให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดียวกันกับที่ อสม. กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่ มีคุณสมบัติ คือเป็นผู้ที่ได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้ปฏิบัติงานร่วมกับ อสม. หรือนิเทศงาน อสม. ได้ตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวน 111 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ และแบบสอบถาม อสม. ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติ และอุปสรรคในการคัดแยก จัดการ และดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ แบบสอบถามผู้ให้บริการสุขภาพ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป สภาพที่เป็นจริง และความคาดหวังในการปฏิบัติของ อสม. ใช้มาตรวัด Likert 5 ระดับในการประเมินการปฏิบัติ และอุปสรรค จัดหมวดหมู่คะแนนเป็นดี (3.50–5.00) ปานกลาง (2.50–3.49) และต่ำ (1.00–2.49)⁽¹⁹⁾ แบบทดสอบความรู้ จัดหมวดหมู่คะแนนเป็นดี ($\geq$ ร้อยละ 80) ปานกลาง (ร้อยละ 60–79) หรือต่ำ ($\leq$ ร้อยละ 60)⁽²⁰⁾ เก็บรวบรวมข้อมูลโดย อสม. และนำส่งแบบสอบถามที่ประธาน อสม. ของแต่ละตำบล และผู้ให้บริการสุขภาพรวบรวมแบบสอบถามส่งที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คนตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ใช้ดัชนีความสอดคล้อง และประเมินความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามการปฏิบัติ และแบบสอบถามสภาพที่เป็นจริง และความคาดหวัง มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90, 0.82 และ 0.82 ตามลำดับ และแบบทดสอบความรู้ใช้แบบจำลองวัดความเชื่อมั่น ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 21 (Kuder-Richardson Formula 21: KR-21) คือ 0.77

การวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test ดัชนีของความถี่การจำเป็นแบบปรับปรุงแล้ว (PNI modified) จาก (I-D)/D ทดสอบไคสแควร์ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป พิจารณาค่า p -value ที่น้อยกว่า 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

การอนุมัติด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (หมายเลข IRB: HE 652093) อาสาสมัครทุกคนให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการศึกษา**1. ลักษณะทางประชากรของ อสม. และผู้ให้**

บริการสุขภาพ : อสม. จำนวน 215 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 45 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ด้านผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวน 111 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง การศึกษาระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี โดยเป็นพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข ใกล้เคียงกัน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. (n=215) และผู้ให้บริการ สุขภาพ (n=111)

Table 1 Characteristics of VHVs (n=215) and healthcare providers (n=111)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม.		
เพศ		
ชาย	36	16.70
หญิง	179	83.30
ช่วงอายุ		
25-35 ปี	19	8.80
36-45 ปี	24	11.20
46-55 ปี	86	40.00
>55 ปี	86	40.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	85	39.50
มัธยมต้น	58	27.00
มัธยมปลาย	71	33.00
ปริญญาตรี	1	0.50
ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
<5 ปี	12	5.60
5-10 ปี	78	36.30
>10 ปี	125	58.10
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ให้บริการสุขภาพ		
เพศ		
ชาย	20	18.00
หญิง	91	82.00
ช่วงอายุ		
<25 ปี	8	7.21
25-35 ปี	42	37.84
36-45 ปี	30	27.03
46-55 ปี	27	24.32
>55 ปี	4	3.60

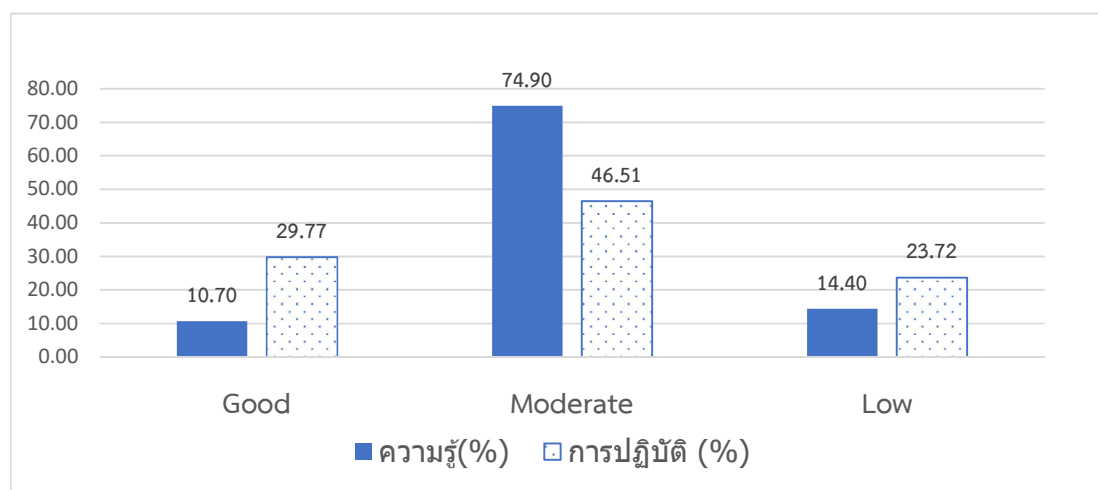
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. (n=215) และผู้ให้บริการ สุขภาพ (n=111) (ต่อ)

Table 1 Characteristics of VHV's (n=215) and healthcare providers (n=111) (Continue)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ปวส.	8	7.20
ปริญญาตรี	83	74.80
ปริญญาโท	13	11.70
สูงกว่าปริญญาโท	7	6.30
ตำแหน่งในปัจจุบัน		
จพง. สาธารณสุขชุมชน	4	3.60
นักวิชาการสาธารณสุข	45	40.54
พยาบาลวิชาชีพ	47	42.34
ผอ.รพ.สต.	15	13.51
ระยะเวลาปฏิบัติเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ		
<5 ปี	29	26.10
5-10 ปี	16	14.40
>10 ปี	66	59.50

2. ความรู้และการปฏิบัติในการคัดแยก จัดการ และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วย ประเมินโดยใช้ข้อสอบแบบถูกผิด 15 ข้อ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 9.88 (SD=1.39) โดยความรู้ในระดับต่ำ

ถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 89.30 และการปฏิบัติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.49 (SD=0.60) โดยพบการปฏิบัติในระดับต่ำ ถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.23 รายละเอียดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความรู้และการปฏิบัติในการคัดแยก การจัดการและการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจของ อสม (n=215)

Figure 1 Knowledge and practices of VHV's in triage, manage and care for respiratory infections patients (n=215)

3. การปฏิบัติในการคัดแยก จัดการและการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจของ อสม. จากการศึกษาในรายละเอียด พบว่า อสม. มีการปฏิบัติในเชิงบวกในการคัดแยกผู้ป่วย มาจากข้อมูลที่ อสม. ส่วนใหญ่เห็นว่า การคัดแยกผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการนี้ และมองว่าการคัดแยกผู้ป่วยไม่ควรจำกัดเฉพาะแพทย์และพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 89.30, 79.00 และ 74.00

ตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่า อสม. มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุดถึงปานกลาง ใน 2 ประเด็นหลักคือ (1) ประเด็นการคัดแยกผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง คัดแยกความรุนแรงของอาการที่พบ และคัดแยกอาการไม่รุนแรง คิดเป็นร้อยละ 60.00, 53.40 และ 46.40 ตามลำดับ และ (2) ประเด็นการให้คำแนะนำในการดูแลรักษาตัวเองที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 77.30 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การปฏิบัติในการคัดแยก จัดการและการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจของ อสม. (n=215)

Table 2 Practices of VHVs in triage, manage and care for respiratory infections patients. (n=215)

ประเด็น	ระดับการปฏิบัติ				
	มากที่สุด (%)	มาก (%)	ปานกลาง (%)	น้อย (%)	น้อยที่สุด (%)
1. ท่านสามารถคัดแยกผู้ป่วย เพื่อลดแพร่กระจายเชื้อ	63.70	25.60	8.80	1.90	0.00
2. ท่านเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการคัดแยกผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ	38.20	40.90	18.10	1.40	1.40
3. การคัดแยกผู้ป่วยติดเชื้อ ทางเดินหายใจไม่ควรเป็นบทบาทของแพทย์และพยาบาลเท่านั้น	42.80	31.20	18.10	6.00	1.90
4. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ	29.80	37.20	27.00	3.70	2.30
5. ท่านสามารถชักประวัติผู้ป่วยเพื่อคัดแยกโรค	27.90	38.10	21.90	10.20	1.90
6. ท่านสามารถคัดแยก อาการ ติดเชื้อทางเดินหายใจที่อาการไม่รุนแรงได้	14.10	39.50	38.10	2.80	5.50
7. ท่านสามารถคัดแยกความรุนแรงของโรคตามอาการที่พบได้	12.20	34.40	31.60	7.40	14.40
8. ท่านสามารถคัดแยกอาการติดเชื้อทางเดินหายใจที่อาการรุนแรงได้	6.00	34.00	38.10	9.30	12.60
9. ท่านสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจเพื่อดูแลรักษาตัวเองที่บ้านได้	7.90	14.90	36.30	21.90	19.10

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ และการปฏิบัติในการคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับความรู้ การปฏิบัติในการคัดแยก จัดการ และดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ พบว่าเพศ ช่วงอายุ และระยะเวลาการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และการปฏิบัติของ อสม.

เฉพาะปัจจัยระดับการศึกษา เท่านั้นที่ พบว่า ผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีระดับความรู้ และการปฏิบัติในการคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ สูงกว่าผู้ที่จบระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}=0.033$ และ $p\text{-value}=0.000$ ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ในการคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ (n=215)

Table 3 Association between personal factors and knowledge of triage, manage and care for respiratory infections patients (n=215)

ปัจจัยส่วนบุคคล		ความรู้ในการคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วย			χ^2	p-value
		ติดเชื้อทางเดินหายใจ				
		High n (%)	Moderate n (%)	Low n (%)		
เพศ	ชาย	2 (5.56)	28 (77.78)	6 (16.67)	1.269	0.530
	หญิง	21 (11.73)	133 (74.30)	25 (13.97)		
ช่วงอายุ	25-45 ปี	3 (6.98)	32 (74.42)	8 (18.60)	1.350	0.509
	>45 ปี	20 (11.63)	129 (75.00)	23 (13.37)		
การศึกษา	ประถมศึกษา	4 (4.71)	71 (83.53)	10 (11.76)	6.808	0.033
	มัธยมศึกษา	19 (14.62)	90 (69.23)	21 (16.15)		
ระยะเวลาที่เป็น อสม.	5-10 ปี	10 (11.11)	66 (73.33)	14 (15.56)	0.213	0.899
	>10 ปี	13 (10.40)	95 (76.00)	17 (13.60)		

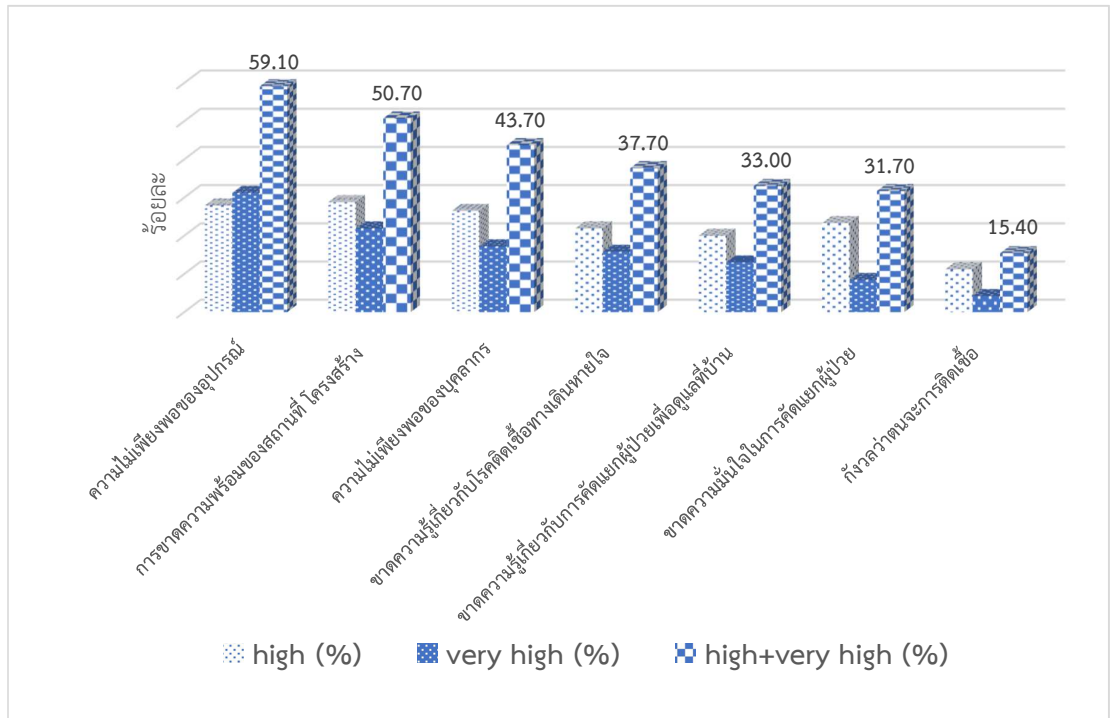
ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการปฏิบัติในการคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ (n=215)

Table 4 Association between personal factors and practices in triage, manage and care for respiratory infections patients (n=215)

ปัจจัยส่วนบุคคล		การปฏิบัติในการคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วย			Fisher's Exact Test
		ติดเชื้อทางเดินหายใจ			
		High n (%)	Moderate n (%)	Low n (%)	
เพศ	ชาย	9 (25.00)	27 (75.00)	0 (0.00)	0.498
	หญิง	57 (31.84)	117 (65.36)	5 (2.79)	
ช่วงอายุ	25-45 ปี	9 (20.93)	32 (74.42)	2 (4.65)	0.142
	>45 ปี	57 (33.14)	112 (65.12)	3 (1.74)	
การศึกษา	ประถมศึกษา	14 (16.47)	67 (78.82)	4 (4.71)	0.000
	มัธยมศึกษา	52 (40.00)	77 (59.23)	1 (0.77)	
ระยะเวลาที่เป็น อสม.	5-10 ปี	27 (30.00)	59 (65.56)	4 (4.44)	0.273
	>10 ปี	39 (31.20)	85 (68.00)	1 (0.80)	

5. อุปสรรคในการคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ของ อสม. การศึกษาพบว่า อุปสรรคภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.23$, $SD=0.66$) โดยประเด็นอุปสรรคที่คะแนนสูงสุด คือ ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ตรวจประเมิน การขาดความพร้อมของสถานที่ โครงสร้าง และขาดแคลน

บุคลากร คิดเป็นร้อยละ 59.10, 50.70 และ 43.70 ตามลำดับ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องได้รับการปรับปรุง และพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม. ในการคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ รายละเอียดดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 อุปสรรคในการคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ของ อสม. (n=215)

Figure 2 Obstacles to triage, manage and care for respiratory infections patients among VHVAs. (n=215)

6. ความแตกต่างของสภาพที่เป็นจริง และความคาดหวังของการปฏิบัติในการคัดแยก จัดการ และดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจของ อสม. ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่าภาพรวมของค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพที่เป็นจริงและความคาดหวัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.026$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวัง เท่ากับ 3.42 (SD=0.87) และ ค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพที่เป็นจริง เท่ากับ 3.26 (SD=0.76) โดยมี 4 ประเด็นที่สภาพเป็นจริงและความคาดหวัง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ได้แก่ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การคัดแยกผู้ป่วย

ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรง และการตรวจร่างกายเบื้องต้น ส่วนประเด็นอื่นๆ แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำมาวิเคราะห์ดัชนีของความต้องการเร่งด่วน ที่ต้องพัฒนา PNI (modified) ตามความแตกต่างของคะแนนสภาพเป็นจริงและความคาดหวัง พบว่าทักษะทางคลินิกขั้นพื้นฐาน ที่ต้องพัฒนาตามลำดับความเร่งด่วน ได้แก่ การตรวจร่างกายเบื้องต้น การป้องกันการแพร่กระจายของโรค การคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรง และการคัดแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นประเด็นที่จะต้องพัฒนาให้กับ อสม. ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของสภาพที่เป็นจริง และความคาดหวังของการปฏิบัติในการคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจของ อสม. ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการสุขภาพ (n=111)

Table 5 Difference between actual and expected practices of VHVs in triage, manage and care for respiratory infections patients (n=111)

ประเด็นการปฏิบัติ	สภาพที่เป็นจริง	ความคาดหวัง	p-value	PNI modified	ลำดับ
1. การตรวจร่างกายเบื้องต้น	3.00	3.26	0.012	0.08	1
2. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	3.23	3.48	0.003	0.07	2
3. การคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรง	3.07	3.30	0.009	0.07	2
4. การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	3.15	3.38	0.005	0.07	2
5. การซักประวัติ	3.24	3.42	0.058	0.05	5
6. การใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย	3.28	3.44	0.062	0.05	5
7. การทำความสะอาด อุปกรณ์หลังการ ใช้งาน	3.31	3.44	0.150	0.04	7
8. การจัดการ และดูแลสิ่งแวดล้อม ไม่เหมาะสม	3.41	3.47	0.445	0.02	8
9. การให้คำแนะนำผู้ป่วย ในการดูแลตนเองที่บ้าน	3.45	3.51	0.505	0.02	8
10. การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	3.45	3.50	0.624	0.01	10
ค่าเฉลี่ยในภาพรวม	3.26	3.42	0.026	0.05	

วิจารณ์

1. การศึกษาความพร้อมของ อสม. ในการรับมือกับสถานการณ์โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ในช่วงหลังการระบาดของโควิด 19 โดยประเมินความรู้ การปฏิบัติในการคัดแยก จัดการ และดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจพบว่า อสม. มีความรู้ และการปฏิบัติในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธัชธาทายจัด และคณะ⁽²¹⁾ และ นราวุธ ลินสุพรรณ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบในระดับใกล้เคียงกัน และพบข้อจำกัดของ อสม. ในประเด็นการคัดแยกอาการผู้ป่วยตามความรุนแรง และการให้คำแนะนำในการรักษาตัวเองที่บ้าน อยู่ในระดับน้อยที่สุดถึงปานกลาง ซึ่งอสม. ยังขาดความมั่นใจในการคัดแยกที่ซับซ้อน ส่วนบางการศึกษาที่พบความรู้ และทักษะอยู่ในระดับสูง ซึ่งอยู่ในบริบทฝึกอบรมเฉพาะทาง⁽²²⁾ และการศึกษาที่ประเมินความรู้ใช้ข้อสอบเพียงแค่ 15 ข้อ และ อสม. ให้คะแนนการปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งการประเมินความรู้ ควรพิจารณาจำนวนข้อสอบให้ครอบคลุมในเนื้อหา และต้องไม่ยากเกินไป เหมาะสมกับระดับความรู้ เนื้อหาต้องครอบคลุม โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจต่างๆ อาการและอาการแสดง เกณฑ์การประเมินความ

รุนแรงที่มาจากผลการแปลผลของอาการและอาการแสดง และสัญญาณชีพ จึงมีความซับซ้อน และในการปฏิบัติ อสม. จะต้องซักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น วัดสัญญาณชีพ ต้องอาศัยเครื่องมือ ทางกายภาพ มาใช้ประเมิน เช่น ปอดทวัดอุณหภูมิ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Pulse oximeter) การปฏิบัติจึงมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามควรสังเกตขณะการปฏิบัติจริง เพื่อสะท้อนผลความรู้ และการปฏิบัติให้เที่ยงตรงยิ่งขึ้น

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ และการปฏิบัติในการคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจของ อสม. ในการศึกษาพบว่า เพศ ช่วงอายุ และระยะเวลาการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ และการปฏิบัติ เฉพาะระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Atibioke, OP และคณะ⁽²³⁾ และ Magwe, EA. และคณะ⁽²⁴⁾ ที่พบว่าระดับการศึกษามีผลกระทบต่อระดับความรู้ ซึ่งยืนยันว่าการศึกษา สามารถเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรภาคประชาชนในการรับมือกับภาวะสุขภาพ

ที่ซับซ้อน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาในประเทศไนจีเรียที่ Okonkwo, R และคณะ⁽²⁵⁾ พบว่าช่วงอายุและประสบการณ์ มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ซึ่งอาจเป็นผลจากบริบทที่ต่างกัน ดังนั้นควรเน้นการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติของ อสม. อย่างต่อเนื่อง จัดโปรแกรมฝึกอบรมให้เหมาะสมกับระดับการศึกษา สนับสนุนสื่อการเรียนรู้ และวิธีการถ่ายทอดความรู้ที่เข้าใจง่าย

3. การศึกษาความท้าทายและอุปสรรคในการคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจของ อสม. พบอุปสรรคในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันพิชพร พระทอง และ วรัชยา ศิริวัฒน์⁽¹²⁾ รวมถึงการขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดทักษะในการใช้เทคโนโลยีและการใช้แอปพลิเคชัน ผลการศึกษาลำบากยากกับการศึกษาในประเทศปากีสถานที่พบการขาดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เจ้าหน้าที่กลัวการติดเชื้อไปยังครอบครัว และขาดการฝึกอบรมในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อ⁽¹³⁾ การยกระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม. จึงจำเป็นต้องสนับสนุนอุปกรณ์ตามมาตรฐาน โดยเฉพาะอุปกรณ์ตรวจประเมินสุขภาพ เช่น เครื่องวัดความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทวัดไข้ เป็นต้น เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่ใช้วัดสัญญาณชีพ ที่มาแปลผล ร่วมกับอาการและอาการแสดงเพื่อใช้แยกแยะความรุนแรงของอาการผู้ป่วยได้ และควรปรับปรุงความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน เพิ่มการใช้เทคโนโลยี เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและลดข้อจำกัดในการปฏิบัติงานของ อสม.

4. การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริง และความคาดหวังในการปฏิบัติคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจของ อสม. ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นการหาช่องว่างความแตกต่างในการปฏิบัติแต่ละประเด็น และนำมาหาต้นตอความต้องการจำเป็นเพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนา ซึ่งพบว่า ประเด็นที่สภาพความเป็นจริง และความคาดหวังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ มี 4 ประเด็นสำคัญ และเมื่อนำมาวิเคราะห์ช่องว่างเพื่อเรียงลำดับการพัฒนา พบว่า ด้านทักษะพื้นฐาน ที่มีช่องว่างสูงสุดตามลำดับ ได้แก่ การตรวจร่างกายเบื้องต้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรง และการคัดแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของปรีชา สุวรรณทอง และคณะ⁽²⁶⁾ และของสมิตรา วิชา และคณะ⁽²⁷⁾ ที่พบความคาดหวังสูงกว่าการปฏิบัติจริงในทุกด้าน และการศึกษาของ วิเชียร เทียนจารุวัฒนา และคณะ⁽²⁸⁾ ที่ระบุว่ามีความจำเป็นที่ต้องพัฒนา อสม. เพื่อรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการพัฒนาทักษะทางคลินิกพื้นฐานของ อสม. ต้องการโปรแกรมฝึกอบรม ที่เน้นการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ต้องมีการให้ความรู้และมีการปฏิบัติในประเด็นสำคัญ คือ การตรวจร่างกายเบื้องต้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรง และการคัดแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เพื่อให้ อสม. มีความรู้ความเข้าใจ ได้ปฏิบัติจริง และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และต้องสนับสนุน อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการวัดสัญญาณชีพ เพื่อที่จะมีความสามารถในการคัดแยก จัดการ และดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจได้ เป็นยกระดับความพร้อมของ อสม. ในการรับมือกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในชุมชน ซึ่งยังคงภาวะโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของคนไทยภายหลังโรคโควิด 19 และเพื่อสนับสนุน อสม. ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ลักษณะข้อมูลของผลการศึกษา อิงจากการรับรู้ของบุคลากรด้านสุขภาพ และการรายงานตนเอง ซึ่งอาจมีอคติ (bias) ได้ จำเป็นต้องมีการสังเกต และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพิ่มเติมเพื่อลดอคตินี้

2. การวัดความรู้ด้วยข้อสอบถูกผิด 15 ข้อ อาจจำกัดความลึกและมิติของความรู้ที่แท้จริงได้ การรายงานการปฏิบัติของตนเอง อาจไม่สะท้อนถึงทักษะ

ปฏิบัติในสถานการณ์จริง

3. การคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบนขนาดประชากร มาจาก จำนวน อสม. ซึ่งปฏิบัติงานจริงในจังหวัดขอนแก่น ตามระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ของจังหวัดขอนแก่น ณ เวลาที่ศึกษาเท่านั้น และใช้การวิจัยที่ได้ดำเนินการไปแล้วก่อนหน้านี้มาเป็นฐานในการคำนวณขนาดตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวัดสมรรถนะภาคปฏิบัติ หรือการสังเกตการณ์การปฏิบัติงานจริง เพื่อให้ได้ข้อมูลการปฏิบัติที่แม่นยำ และเป็นรูปธรรมมากขึ้น

2. ควรมีการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อสมรรถนะของ อสม. เช่น ความรู้ การปฏิบัติ ทักษะ หรือปัจจัยอื่น เพื่อนำมาสู่การประเมินสมรรถนะและแก้ไขปัจจัยด้านสาเหตุอย่างละเอียด

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยนี้ไปใช้ ผลการวิจัยชิ้นนี้มีประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปปรับใช้เพื่อพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในระดับนโยบายและปฏิบัติ ดังนี้

1. พัฒนาหลักสูตรและออกแบบนวัตกรรมการฝึกอบรมที่เน้นการปฏิบัติ: ออกแบบหลักสูตร การคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ สำหรับ อสม. โดยการสร้างหลักสูตรและทดลองใช้ หลักสูตรที่เน้นการฝึกปฏิบัติ และเสริมความรู้ และการปฏิบัติของ อสม. หรือการสร้างนวัตกรรมในการ คัดแยกผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจแบบง่าย ในพื้นที่แห่งใดแห่งหนึ่ง และขยายผลออกไป

2. สนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ ที่ใช้ในการคัดแยก จัดการและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจให้เพียงพอ และปรับปรุงสถานที่ในชุมชนให้เหมาะสมในการคัดแยก

3. ปรับปรุงแนวปฏิบัติและคู่มือการปฏิบัติงาน เรื่องการคัดแยก การประเมิน และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ เพื่อให้มีแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้

สรุป

การศึกษาความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการคัดแยก จัดการ และดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ภายหลังการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีระดับความรู้ และการปฏิบัติ และอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้การปฏิบัติที่อยู่ในระดับน้อยที่สุดถึงปานกลาง คือ การคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรง และการให้คำแนะนำในการดูแลตัวเองที่บ้าน และอุปสรรคที่สำคัญคือ อุปกรณ์ในการตรวจประเมินผู้ป่วยไม่เพียงพอ ทั้งนี้ เฉพาะปัจจัยระดับศึกษาเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และการปฏิบัติ โดยผู้ให้บริการสุขภาพรับรู้ภาพรวมของความคาดหวัง และสภาพที่เป็นจริงในการปฏิบัติของ อสม. แตกต่างกัน ดัชนีความต้องการจำเป็นที่ต้องพัฒนาตามลำดับคือ ทักษะทางคลินิกพื้นฐาน ได้แก่ การตรวจร่างกายเบื้องต้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรง และการคัดแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็น ในการพัฒนาสมรรถนะ อสม. เพื่อให้รับมือกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยการให้ความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรง การให้คำแนะนำในการดูแลตัวเองที่บ้าน เสริมทักษะทางคลินิกพื้นฐาน และสนับสนุนทรัพยากร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพของชุมชน ลดภาระโรค สนับสนุนความมั่นคงทางสุขภาพในระดับสากล และสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาาระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ให้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ที่เข้าร่วมการศึกษา รวมถึงการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจังหวัดขอนแก่น และกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.)

เอกสารอ้างอิง

1. Wosik J, Fudim M, Cameron B, Gellad ZF, Cho A, Phinney D, et al. Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care. *J Am Med Inform Assoc.* 2020;27(6):957-62.
2. GBD 2021 Lower Respiratory Infections and Antimicrobial Resistance Collaborators. Global, regional, and national incidence and mortality burden of non-COVID-19 lower respiratory infections and aetiologies, 1990-2021: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Infect Dis.* 2024;24(9):974-1002.
3. Information and Communication Technology Center, Ministry of Public Health. Health Data Center (HDC) Service: Standard report [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 05]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/b4ea22252bb533f3f9225dfcab83d43a> (in Thai)
4. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The situation of COVID-19 in Thailand: Weekly [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 24]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=main> (in Thai)
5. Kaweenuttayanon N, Pattanarattanamolee R, Sornchaa N, Nakaharab S. Lessons from the field: Community surveillance of COVID-19 by village health volunteers, Thailand. *Bull World Health Organ.* 2021;99(6):393-7.
6. World Health Organization. Thailand's 1 million village health volunteers - "unsung heroes" - are helping guard communities nationwide from COVID-19 [Internet]. 2020 Aug 28 [cited 2025 Jun 05]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailands-1-million-village-health-volunteers-unsung-heroes-are-helping-guard-communities-nationwide-from-covid-19>
7. Natirutthakorn S. Practice guidelines in preventive action of Coronavirus Disease 2019 of village health volunteers. *J Med Public Health Ubon Ratchathani Univ.* 2021;4(2):111-20. (in Thai)
8. Chanarnupap S, Jitjum P. Roles of Village Health Volunteers in the COVID-19 Pandemic Crisis. *Parichart J.* 2022;35(2):148-64. (in Thai)
9. Hayat B, Pervaiz S, Khan Z, Zaidi SHA, Masood A, Sherazi SH, et al. The impact of integrated community-based management of respiratory infections in reducing child mortality. *Pakistan Journal of Health Sciences.* 2024;5(10):233-9.
10. World Health Organization and UNICEF. WHO/UNICEF joint statement on management of pneumonia in community settings [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [cited 2025 Jun 06]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68926/1/WHO_FCH_CAH_04.06.pdf
11. Sinsupun N, Kanya Kingchan K, Srihawong R, Sirichai Pitpeng S, Piyawan Namnu P. Surveillance and Prevention of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Household in Communities towards Village Health Volunteers: a Case Study in Sri Suk Sub-District, Samrong Thap District, Surin Province. *Thai J Health Educ.* 2023;46(2):153-9. (in Thai)
12. Prathong N, Sirivat V. Roles of Village Health Volunteers in Prevention and Control of Corona Virus 2019 (COVID-19) in Phuket City Municipality. *J MCU Ubon Rev.* 2023;8(3)

- :1341–52. (in Thai)
13. Zaidi S, Hussain SS. Pakistan: A primary health care case study in the context of the COVID–19 pandemic [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2025 Jun 06]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/363990>
14. Wongwanich S. Needs assessment research. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2019. (in Thai)
15. United Nations Thailand. Sustainable development goal 3: Good health and well-being [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 06]. Available from: <https://thailand.un.org/en/sdgs/3>
16. Health Data Center. Number of health care provider: village health volunteer [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 24]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=c11dad88f8006170cd1ae96b500d017
17. Jirawatkul A. Statistics for health science research. 4th ed. Bangkok: Wittayaphat Press; 2015. (in Thai)
18. Chaobanpho Y. The role of village health volunteers in preventing the COVID–19 in Phrapra-daeng District, Samutprakarn Province. J Public Adm [Internet]. 2021 [cited 2024 May 29];4(1):44–58. Available from: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/SSRUJPD/article/view/250988/170617> (in Thai)
19. Boontham Kijpreedaborisut. Techniques for Constructing Data Collection Instruments for Research. Bangkok: Chamchuree Product; 2010. (in Thai)
20. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1978.
21. Tuayjad T, Wattanaburanon A, Visanuyothin S, Thongnopakun S. Knowledge attitudes and factors related behaviors on the prevention and control of COVID–19 among village health volunteers in Chanthaburi Province. Public Health J Burapha Univ. 2022;17(2):42–55. (in Thai)
22. Gopalakrishnan S, Kandasamy S, Abraham B, Senthilkumar M, Almohammed OA. Knowledge, attitude, and practices associated with COVID–19 among healthcare workers in hospitals: A cross-sectional study in India. Front Public Health. 2021;9:787845.
23. Atibioke OP, Akinbi PE, Olugbenga–Bello AI, Adebimpe WO, Titilope A. Knowledge, attitude and adherence to COVID–19 prevention among community health workers in Nigeria. Pan Afr Med J. 2022;42:307.
24. Magwe EA, Varisanga MD, Ng’weshemi SK. Factors Influencing Knowledge Level of COVID–19 among Healthcare Workers: A Cross-sectional Survey in Four Regions of Tanzania. J Pure Appl Microbiol. 2023;17(2):1086–96.
25. Okonkwo R, Okunoye O, Oyedele O, Adedeji O, Oladunjoye A, Lawal S, et al. Knowledge, attitudes and practices of healthcare workers towards COVID–19 in three states of Nigeria in 2022. BMJ Public Health. 2025;3:e001307.
26. Suvarnathong P, Suksiri Passawattana S, Supisara Rodnai S, Semsarit S, Surayuth Suebjakin S, Phakabut A. People’s perceptions and expectations of the role of village health volunteers in the COVID–19 situation in the responsible area of T. Bang–Sai Health Promoting Hospital, Mueang District, Chon Buri. Res Dev Health Syst J. 2022;15(3):15–29.

27. Wicha S, Inthara W, Santhuanka K. Role of Village Health Volunteers in Epidemic Situation of COVID-19: A Case Study in Lampang Province. Lanna Public Health J. 2022;19(13):37-48. (in Thai)
28. Tienjaruwattana W, Nawsuwan K, Vachirapapun S. Guidelines for developing quality village health volunteers (VHV) to support the health workforce for the future health system. J Health Sci. 2021;30(2):353-66. (in Thai)