

**องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคโควิดในชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบุรี**

รัตนะ วงศ์อิสกรกุล, วท.บ.*

Received: April 1, 2023

Revised: June 25, 2023

Accepted: June 26, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนารั้งนี้เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคโควิดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 380 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความคิดเห็นของ อสม.ต่อสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคโควิดในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ระหว่าง .67 – 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis : EFA) สกัดปัจจัยด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลักใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบแบบอโรโธนอลด้วยวิธีแวนแมกซ์

ผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคโควิดในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 37 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ 12 ตัวบ่งชี้ 2) สมรรถนะการให้ความรู้และคำปรึกษา 7 ตัวบ่งชี้ 3) สมรรถนะติดตามการกักกัน 9 ตัวบ่งชี้ 4) สมรรถนะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสัมผัส 6 ตัวบ่งชี้ และ 5) สมรรถนะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอด 3 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .50 - .76 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 66.88

สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคโควิดในชุมชนตามบทบาท อสม. ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินสมรรถนะ อสม. และออกแบบกลวิธีการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิดในชุมชนของ อสม. ได้อย่างเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

คำสำคัญ: สมรรถนะ โรคโควิด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: na-wong2513@hotmail.com

The Components and Indicators of Community Tuberculosis Control Operations Performance for Village Health Volunteers, Phetchaburi Province

Rattana Wongisarakul, B.Sc.*

Abstract

This quantitative research on community tuberculosis control operations by village health volunteers (VHVs) aimed to study the components and indicators of their performance in Phetchaburi Province. The sample was 380 village health volunteers, working under the Phetchaburi Provincial Public Health Office. They were selected by stratified random sampling. The research tool was a questionnaire, validated for content validity with an index of item objective congruence (IOC) between .67 – 1.00. The Cronbach's alpha coefficient of the entire questionnaire was .958. Data was analyzed by Exploratory Factor Analysis (EFA), including the process of factor extraction and factor rotation using the Varimax method.

The results showed that the performance of TB control operations in the community by the VHVs consisted of 5 components and 37 indicators. These could explain the variability of the indicators at 66.88, consisting of: 1) understanding and cooperation performance (12 indicators), 2) knowledge and counseling performance (7 indicators), 3) medication tracking performance (9 indicators), 4) risk and exposure group screening performance (6 indicators), and 5) the pulmonary tuberculosis prevention performance (3 indicators).

The 5 components could be used to assess the efficiency of TB control operations in the community, by the roles of village health volunteers, and to formulate any model or method for developing disease control operations in the community for village health volunteers.

Keywords: Competency, Tuberculosis disease, Village health volunteers

* Public Health Technical Officer, Professional Level. Phetchaburi Provincial Public Health Office;
Corresponding Author E-mail: na-wong2513@hotmail.co.th

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรควัณโรค (Tuberculosis: TB) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขจากศูนย์ข้อมูลวัณโรคของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา 66,590 ราย คิดเป็นร้อยละ 57 มีผู้ป่วยที่รักษาสำเร็จจำนวน 44,161 ราย คิดเป็นร้อยละ 66 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจำนวน 4,877 ราย คิดเป็นร้อยละ 7 มีผู้ป่วยขาดยา จำนวน 2,662 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 (เฉวตสร นามวาท, และคณะ, 2560) สำหรับข้อมูลเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2564 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 35,951 ราย คิดเป็นอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 54.0 ต่อแสนประชากร โดยพบในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป มีจำนวนและอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มากกว่าทุกกลุ่มอายุ ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 5 อัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 48.7 ต่อแสนประชากร (กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน, กระทรวงสาธารณสุข, 2564ก)

องค์การอนามัยโลกคาดประมาณทางระบาดวิทยาว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิตสูงถึง 11,000 ราย มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยา rifampicin (MDR/RR-TB) 2,500 ราย ซึ่งคาดประมาณว่าจะพบผู้ป่วยวัณโรค MDR/RR-TB คิดเป็นร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน, กระทรวงสาธารณสุข, 2564ข) ทั้งนี้สาเหตุของอัตราการตรวจพบที่ต่ำ ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคไม่เข้าสู่ระบบบริการ มีการไปรับบริการในสถานบริการอื่น การได้รับการวินิจฉัยแต่มีอยู่กรายงานเข้าสู่ระบบรายงาน การเคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อยครั้งและการเพิ่มจำนวนของแรงงานข้ามชาติ จึงยากลำบากต่อการควบคุมวัณโรค ทำให้ประเทศไทยมีภาระทางเศรษฐศาสตร์จากวัณโรคสูงถึงปีละ 75,238 ล้านบาท โดยเป็นต้นทุนการเจ็บป่วยที่ไม่รวมการเสียชีวิต 4,796 ล้านบาทต่อปี (64,645 บาทต่อผู้ป่วยหนึ่งราย) และผลิตภาพที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร 70,442 ล้านบาท (5.63 ล้านบาทต่อการเสียชีวิตหนึ่งราย) ภาระทางเศรษฐศาสตร์จากวัณโรคในระยะ 5 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2560-2564) เท่ากับ 358,973 ล้านบาท และในระยะยาว 21 ปี (2015-2035) มีมูลค่าสูงถึง 1.39 ล้านล้านบาท (เฉวตสร นามวาท และคณะ, 2560)

ในขณะที่จังหวัดเพชรบุรีมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 723 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.45 จากความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนร้อยละ 88 โดยในไตรมาสที่ 1/2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนมีอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 80.28 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมาย สาเหตุเกิดจากขาดยาหรือปฏิเสธการรักษา นอกจากนี้ยังพบปัญหาผู้ป่วยเสียชีวิตสูง สาเหตุจากการค้นหาที่ล่าช้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สัมผัสร่วมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยรับการรักษาได้ช้า อีกทั้งปัญหาการดื้อยาเพิ่มขึ้นมากซึ่งมีสาเหตุมาจากการรักษาไม่ต่อเนื่องด้วยเหตุผลจากตัวผู้ป่วยเอง การกักกับการกักกันไม่ดี อาการข้างเคียงจากการกินยา สภาวะเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย รวมถึงการตีตราทางสังคม ทำให้เชื่อพัฒนาเป็นเชื้อดื้อยา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2565) จากผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น ลำพังเพียงบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขไม่สามารถจะแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้ จึงจำเป็นต้อง

อาศัยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนที่เป็นกำลังสำคัญร่วมปฏิบัติงานคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ราชกิจจานุเบกษา (2554) ประกาศให้ อสม. บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน การให้บริการสาธารณสุขระยะเบียดกระทรวงสาธารณสุข การจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข การเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การศึกษาพัฒนาตนเอง ตลอดจนการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานอื่น ๆ ในท้องถิ่น ทั้งนี้บทบาทหน้าที่ของ อสม. มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนของสังคมและสถานการณ์สุขภาพของคนไทยบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม. หมอประจำบ้าน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2562) ได้จัดทำหลักสูตรเพื่อยกระดับ อสม. ให้เป็น อสม. ประจำบ้านเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมและเฝ้าระวังโรคในชุมชน ได้แก่ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ การส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ การเป็นแกนนำเครือข่ายดูแลสุขภาพและจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัว และการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผน แก้ไขปัญหาและรายงานผล จากบทบาทดังกล่าวทำให้ อสม. ต้องนำมาปรับใช้ในการดำเนินงานเพื่อควบคุมโรคในชุมชน

ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชนนั้น อสม. จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรค ทักษะที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย และมีทักษะปฏิบัติคัดกรองโรคในชุมชน (Choowong et al, 2020; ชูเดช เรือนคำ, 2561) นอกจากนี้จากการศึกษาของ บุญยัง ฉายาทับ (2557) พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอสม.ประจำพื้นที่สถาน ประกอบการ จัดบริการด้านการรักษา ด้านการป้องกัน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดกิจกรรมชุมชน ระบบการคัดกรอง และการลดการกระจายเชื้อโรค ในขณะที่แนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคสำหรับคลินิกโรคของ สำนักงานโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) ผู้ดำเนินงานต้องมีสมรรถนะการเก็บเสมหะส่งตรวจ การคัดกรองเพื่อแยกประเภทผู้ป่วยโรค การรักษาด้วยการกินยา (DOT) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อหรือการส่งต่อเพื่อขึ้นทะเบียน การบันทึกผล การรายงานผล การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรค ตลอดจนการสนับสนุนผู้ป่วยโรคด้วยการให้กำลังใจ ดูแล ช่วยเหลือ จะเห็นได้ว่า อสม. มีบทบาทสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชน โดยจุดแข็งที่สำคัญมากของ อสม. คือ การทำงานสำเร็จเป็นครั้งคราวในช่วงระยะเวลาอันสั้น เช่น การแจ้งความรู้ข่าวสารแก่คนในชุมชน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน รวมถึงการรณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาลและเมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้น บทบาทหน้าที่ในการควบคุมและเฝ้าระวังโรคระบาดนั้นๆ จะถูกกำหนดให้เป็นภาระหน้าที่ของ อสม. ในขณะที่นั้นพื้นที่ (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2563) สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของ อสม. คือ องค์ประกอบที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานที่มีทิศทางชัดเจน ซึ่งสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดเพชรบุรียังไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะและวิธีการดำเนินงานควบคุมโรคไว้โรคให้กับ อสม. ส่งผลให้การปฏิบัติงานควบคุมโรคไว้โรคของ อสม. ไม่ชัดเจน และขาดทิศทางการดำเนินงาน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการค้นหาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคไว้โรคในชุมชนของ อสม. ในจังหวัดเพชรบุรี เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการประเมินสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคไว้โรคและการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ทั้งนี้หากมีเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะอย่างเป็นรูปธรรมแล้ว จะช่วยให้ง่ายต่อการจัดหลักสูตรอบรมหรือจัดกิจกรรมเพื่อการพัฒนา ศักยภาพ (Sasida et al., 2016) ของ อสม. ให้สามารถการดำเนินงานควบคุมโรคไว้โรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคไว้โรคในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดด้านบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอสม แนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคไว้โรคสำหรับคลินิกไว้โรค แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไว้โรคใน บุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาลของกรมควบคุมโรคและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไว้โรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมไว้โรคในชุมชนของอสม. จังหวัดเพชรบุรี ดังนี้

1. บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม.หมอบประจำบ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ได้แก่ 1) การสนับสนุนส่งเสริมให้มีอาสาสมัครครอบครัว 2) เป็นพี่เลี้ยงให้ อาสาสมัครครอบครัวดูแลสุขภาพ 3) เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ 4) ส่งเสริมสุขภาพ ลดโรค เรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ 5) ถ่ายทอดความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้ ภูเขาทางการแพทย์ 6) การใช้เครื่องมือสื่อสารและแอปพลิเคชัน การคัดกรอง ประเมินสุขภาพร่วมทีมหมอ ครอบครัว (Telemedicine) 7) เป็นแกนนำเครือข่ายดูแลสุขภาพและจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัว และ 8) เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผน แก้ไขปัญหาและรายงานผล

2. แนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคไว้โรคสำหรับคลินิกไว้โรคของ สำนักไว้โรค กระทรวง สาธารณสุข (2552) ประกอบด้วย การเก็บเสมหะส่งตรวจ การคัดกรองเพื่อแยกประเภทผู้ป่วยไว้โรค การรักษาด้วยการกินยา (DOT) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อหรือการส่งต่อเพื่อขึ้นทะเบียน การบันทึกผล การรายงานผล การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไว้โรค ตลอดจนการสนับสนุนผู้ป่วยไว้โรคด้วยการให้ กำลังใจ ดูแล ช่วยเหลือ

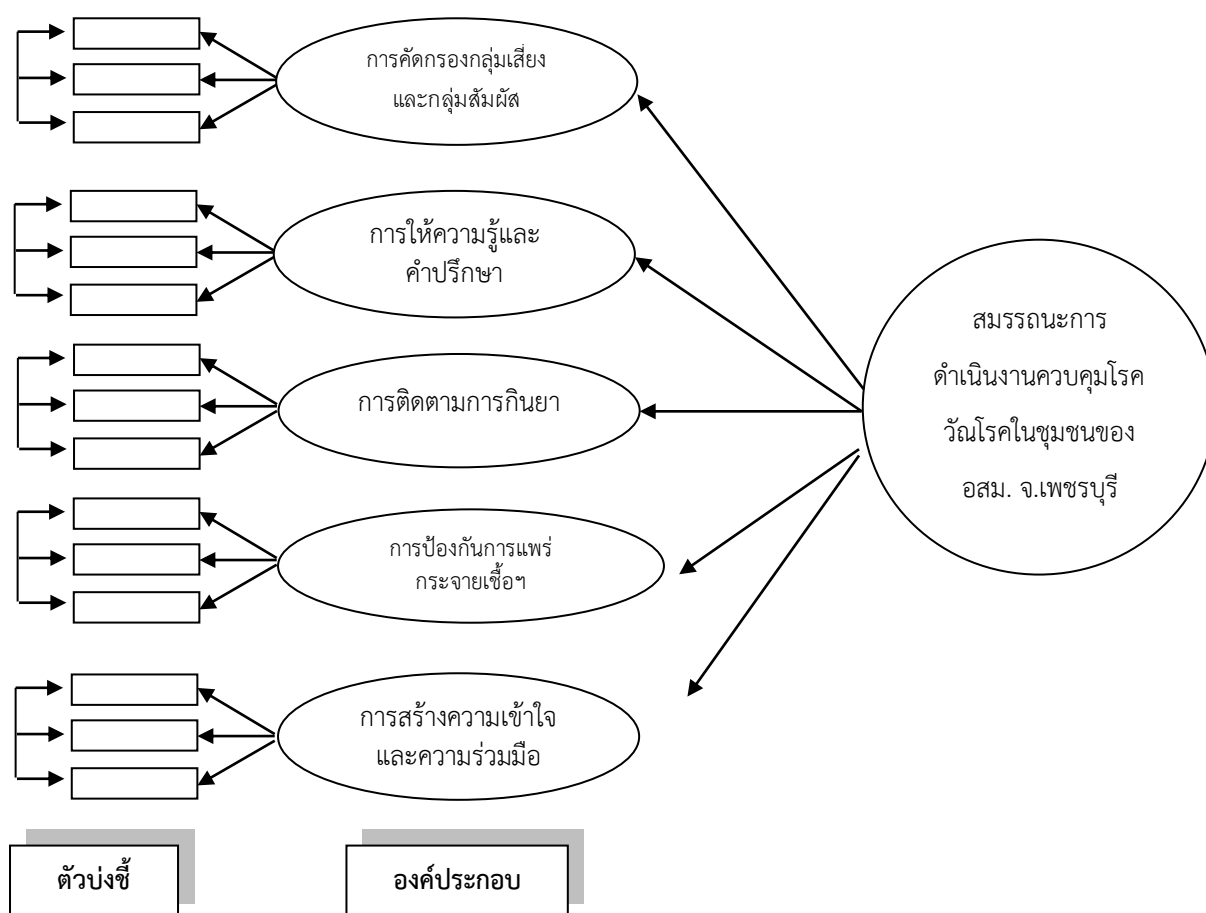
3. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไว้โรค ในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของ สถานพยาบาลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563) ประกอบด้วย 1) การควบคุมป้องกันไว้โรค ได้แก่ การควบคุมการติดเชื้อ การประเมินความเสี่ยงของการแพร่กระจาย การตรวจและรายงานผล การอบรม การจัดหาอุปกรณ์ป้องกัน 2) การให้ความรู้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถป้องกันตนเอง รู้จักสังเกต

อาการ รวมทั้งให้ความร่วมมือกับโปรแกรมการเฝ้าระวังวัณโรคที่สถานพยาบาลจัดให้ และสามารถเข้ารับการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ไม่เกิดตราบาป (stigma) 3) การวางระบบการคัดกรองผู้ป่วย 4) การกำกับติดตาม

4. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำพื้นที่ของบุนนาค 2557) ประกอบการจัดบริการด้านการรักษา ด้านการป้องกัน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดกิจกรรมภูมิความรู้ ระบบการคัดกรอง และการลดการกระจายเชื้อโรค

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อสม. ใน จังหวัดเพชรบุรี จำนวนทั้งสิ้น 7,835 คน (กรมบัญชีกลาง, 2565)

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จำนวนทั้งสิ้น 380 คน กำหนดโดยยึดหลัก 10 เท่าของตัวบ่งชี้ ตามแนวคิดของ แฮร์และคณะ (Hair et al., 2019) ที่กำหนด

ว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างน้อย 5-10 เท่าของตัวบ่งชี้ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีตัวแปรที่ต้องการวิเคราะห์หรือตัวแปรที่สังเกตได้ จำนวน 38 ตัวบ่งชี้ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 380 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ของอำเภอในจังหวัดเพชรบุรี โดยกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในแต่ละอำเภอของจังหวัดเพชรบุรี (ตาราง 1) จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในแต่ละอำเภอโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากโปรแกรมสำเร็จรูป

ตาราง 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1.เมือง	1,977	96
2. เขาย้อย	713	35
3. หนองหญ้าปล้อง	270	13
4. ชะอำ	1,029	50
5. ท่ายาง	1,391	67
6. บ้านลาด	1,091	53
7. บ้านแหลม	846	41
8. แก่งกระจาน	518	25
รวม	7,835	380

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของ อสม.ต่อสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิด บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม.หมอบประจำบ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) แนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคสำหรับคลินิกโรคของ สำนักโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) และแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563) ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ และระยะเวลาการเป็น อสม. ประสิทธิภาพการดำเนินงานโรคในชุมชน และตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของ อสม.ต่อสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสัมผัส 2) ด้านการให้ความรู้และคำปรึกษา 3) ด้านการติดตามการกินยา 4) ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคปอด และ 5) ด้านการสร้างเข้าใจและความร่วมมือ รวมทั้งสิ้น 38 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาให้คะแนนประเมินตนเองชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับโดย 5 หมายถึง มากที่สุด ถึง 1 หมายถึงน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อหาองค์ประกอบ และพัฒนาตัวบ่งชี้ตามองค์ประกอบที่กำหนดขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67-1.00 สำหรับการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try Out) กับ อสม. จังหวัดเพชรบุรีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีและสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย จากนั้นทีมผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการเก็บจริง โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที ทั้งนี้ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามกำหนด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบบสอบถามคืนมา 380 ชุด มีความสมบูรณ์ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) สกัดปัจจัย (Factor Extraction) ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis: PCA) ใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) แบบออร์โธโกนอล (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) และกำหนดน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) มากกว่า .50 ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการทดสอบข้อตั้งถ่วงเบื้องต้น (Assumption) (Hair et al., 2019) โดยการทดสอบแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูลโดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง แสดงว่าลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และจะทำการทดสอบข้อตั้งถ่วงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยความเหมาะสมของข้อมูลจากค่าดัชนีไคเซอร์-เมเยอร์-ออลกิน (The Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: MSA) มีค่าเท่ากับ .963 โดยมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก และค่าไคสแควร์ ที่ได้จาก Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 12910.01 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สรุปได้ว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นจึงมีความเหมาะสมในการนำข้อมูลไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขอจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีหมายเลขจริยธรรม BPEC No. 03/2566 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.1 มีอายุเฉลี่ย 52.35 ปี ($SD = 10.21$) อายุต่ำสุด 26 ปี อายุสูงสุด 75 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 14.23 ปี ($SD = 8.17$) ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี ประสบการณ์สูงสุด 43 ปี และประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวัณโรคเฉลี่ย 5.10 ปี ($SD = 4.12$) ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี ประสบการณ์สูงสุด 30 ปี

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 37 ตัวบ่งชี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ 37 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 66.88 โดยมีค่าไอเกน เท่ากับ 20.60, 1.93, 1.36, 1.22 และ 1.06 ตามลำดับ ทั้งนี้ความแปรปรวนสมรรถนะการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือมีค่าสูงสุด ร้อยละ 54.21 รองลงมาเป็นสมรรถนะการให้ความรู้และคำปรึกษา มีค่าแปรปรวน ร้อยละ 5.09 และสมรรถนะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด มีค่าต่ำสุด ร้อยละ 2.79 (ตาราง 2, ภาพ 2)

ตาราง 2

ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวนองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี

องค์ประกอบสมรรถนะ	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน
การสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ	20.60	54.21	54.21
การให้ความรู้และคำปรึกษา	1.93	5.09	59.30
การติดตามการกินยา	1.36	3.58	62.88
การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสัมผัส	1.22	3.21	66.09
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด	1.06	2.79	68.88

สำหรับค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้แต่ละตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคไว้ในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี ดังนี้ (ตาราง 3)

1. องค์ประกอบสมรรถนะการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ มี 12 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .512 - .795 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุดได้แก่ เป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่กลัวหรือรังเกียจผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว (.795) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุดได้แก่ แนะนำวิธีการจัดขยะติดเชื้อโดยใส่ถุงแล้วปิดปากถุงให้สนิทแล้วนำไปให้ อสม.ไปส่งที่ รพ.สต. (.512)

2. องค์ประกอบสมรรถนะการให้ความรู้และคำปรึกษา มี 7 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .561 - .713 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการกินยาแก่ผู้ป่วยและญาติ (.713) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุดได้แก่ ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนและงดสารเสพติดทุกชนิด (.561)

3. สมรรถนะการติดตามการกินยา มี 9 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .500 - .685 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุดได้แก่ ติดตามการกินยาให้ครบ (.685) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุดได้แก่ ประสานระหว่างผู้ป่วยกับ รพ.สต. เพื่อส่งยาให้ผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน (.500)

4. องค์ประกอบสมรรถนะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสัมผัส มี 6 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .597 - 758 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ ประสาน รพ.สต. กรณีผู้ป่วยหรือผู้สัมผัสไม่รักษา (.758) และตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ คัดกรองเบื้องต้นโดยใช้แบบคัดกรอง (.597)

5. องค์ประกอบสมรรถนะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด มี 3 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .611 - .674 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ แนะนำใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในบ้านผู้ป่วยวัณโรค (.674) และตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ แนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การระบายอากาศถ่ายเทสะดวกและให้แดดส่องถึง (.611)

ตาราง 3

ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรควัณโรคในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี

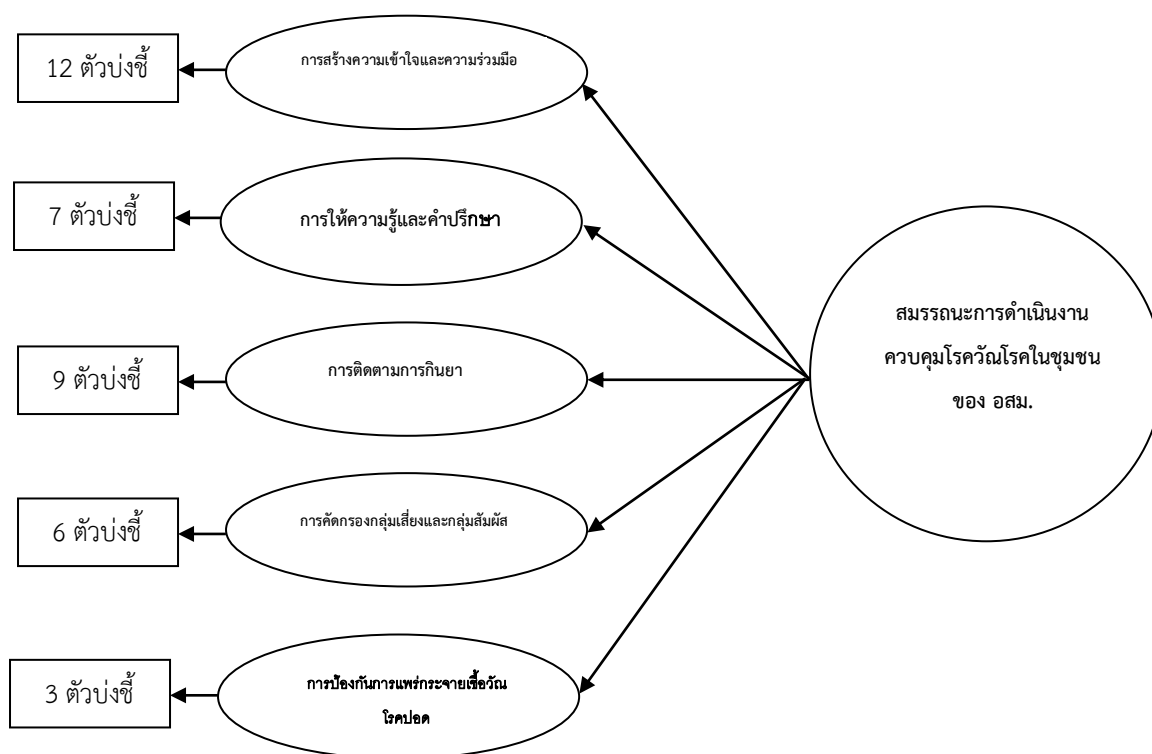
ลำดับ	ตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้
สมรรถนะการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ		
2	แนะนำวิธีการจัดขยะติดเชื้อโดยใส่ถุงแล้วปิดปากถุงให้สนิทแล้วนำไปให้ อสม.ไปส่งที่ รพ.สต.	.512
3	แนะนำให้ผู้ปกครองนำเด็กไปรับวัคซีนป้องกันวัณโรค	.539
1	แนะนำให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยหรือแยกตัวจากบุคคลในบ้าน	.625
5	แนะนำญาติหรือบุคคลในครอบครัวคอยควบคุมกำกับผู้ป่วยวัณโรคกินยาทุกวัน	.654
10	เข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคอย่างต่อเนื่อง	.657
11	สร้างความเข้าใจและญาติและชุมชนถึงการควบคุมป้องกันโรควัณโรค	.675
6	ให้กำลังใจ เห็นใจ และคอยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยวัณโรคได้กินยาจนกระทั่งหายขาด	.688

ตาราง 3 (ต่อ)

ลำดับ	ตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนัก ตัวบ่งชี้
12	รณรงค์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปตรวจสุขภาพประจำปี	.699
8	ร่วมกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคฉ�ฉ�โรคแก่ชุมชนเพื่อลดการตีตรา	.704
7	เยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.735
9	เป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่กลัวหรือรังเกียจผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว	.795
สมรรถนะการให้ความรู้และคำปรึกษา		
19	ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อน และงดสารเสพติดทุกชนิด	.561
16	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนแก่ผู้ป่วยวัณโรคและญาติ	.637
17	ให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับการลดความกลัวและรังเกียจผู้ป่วยวัณโรค	.650
13	ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคฉ�ฉ�โรคแก่ผู้ป่วยและญาติ	.677
18	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลกระทบจากการไม่กินยา	.689
15	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับช่องทางการรักษาและวิธีรักษา	.695
14	ให้ความรู้เกี่ยวกับการกินยาแก่ผู้ป่วยและญาติ	.713
สมรรถนะการติดตามการกินยา		
28	ประสานระหว่างผู้ป่วยกับ รพ.สต.เพื่อส่งยาให้ผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน	.500
20	กระตุ้นให้ญาติจัดยาให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้า	.553
26	ติดตามให้ผู้ป่วยมาตรวจหรือรับยาตามนัด	.556
25	ติดตาม สังเกต อาการแพ้ยาวัณโรค	.584
21	เป็นที่เลียงคอยกำกับการกินยาต่อหน้า	.620
27	ตรวจนับซองยาเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนในการกินยา	.638
22	ช่วยเหลือหรือสนับสนุนการกินยาต่อหน้า	.671
24	ติดตามผู้ป่วยที่ขาดยา	.673
23	ติดตามการกินยาให้ครบ	.685
สมรรถนะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสัมผัส		
29	คัดกรองเบื้องต้นโดยใช้แบบคัดกรอง	.597
30	การค้นหากลุ่มสัมผัสรายใหม่เชิงรุก	.615
34	การส่งข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคให้ รพ.สต.	.667
31	ประสานผู้มีอาการสงสัยวัณโรคปอดเข้ารับการเอ็กซเรย์ปอด	.695
32	ติดตามให้ผู้ป่วยวัณโรคส่งเสมหะตามเวลาที่กำหนด	.749
33	ประสาน รพ.สต.กรณีผู้ป่วยหรือผู้สัมผัสไม่รักษา	.758
สมรรถนะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด		
35	แนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การระบายอากาศถ่ายเทสะดวก และให้แดดส่องถึง	.611
36	แนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้แยกของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยวัณโรค	.636
37	แนะนำใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในบ้านผู้ป่วยวัณโรค	.674

ภาพ 2

องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของ อสม. จ.เพชรบุรี



อภิปรายผล

องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 37 ตัวบ่งชี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ 37 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 66.88 โดยมีค่าไอเกน เท่ากับ 20.60, 1.93, 1.36, 1.22 และ 1.06 ตามลำดับ ทั้งนี้ความแปรปรวนสมรรถนะการสร้าง ความเข้าใจและความร่วมมือมีค่าสูงสุด ร้อยละ 54.21 ทั้งนี้เนื่องจากการสร้างความเข้าใจให้กับชุมชนเพื่อให้เกิดความร่วมมือถือเป็นบทบาทสำคัญของ อสม. โดยสมรรถนะในด้านนี้ กิจกรรมจะเน้นการให้คำแนะนำ การสร้างความเข้าใจให้กับญาติ เพื่อนบ้านและชุมชน การเยี่ยมบ้านเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและลดความกลัวหรือความวิตกกังวลของผู้ร่วมสัมผัสซึ่งเป็นบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม.หมอบประจำบ้าน การดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และเป็นไปตามแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อสำหรับคลินิกโรคของ สำนักรวมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) ที่ให้บุคลากรสาธารณสุขให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคด้วยการให้กำลังใจ ดูแล ช่วยเหลือ จะเห็นได้ว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นสมรรถนะและหน้าที่หลักของ อสม.ในการสร้างความเข้าใจให้กับชุมชน เพื่อให้ชุมชนให้ความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อ เช่น การแจ้งความรู้ข่าวสารแก่คนในชุมชน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน รวมถึงการณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาล (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2563) สอดคล้อง

กับการศึกษาของเอกพันธ์ คำภีระ และคณะ (2564) พบว่าความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอด ทัศนคติเกี่ยวกับไวรัสโรคปอด และความต้องการการสนับสนุนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการป้องกันกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคในชุมชน

สมรรถนะการให้ความรู้และคำปรึกษา ถือว่าเป็นอีกหนึ่งสมรรถนะที่มีความสำคัญโดยมีค่าแปรปรวนร้อยละ 5.09 ทั้งนี้เนื่องจากสมรรถนะนี้ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรค การกินยา ช่องทางการรักษา วิธีปฏิบัติตน ตลอดจนการลดความกลัวจากการสัมผัสและการลดความรังเกียจ ซึ่งเป็นกิจกรรมตาม บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม.หมอบประจำบ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ในด้านการถ่ายทอดความรู้ การเป็นแกนนำเครือข่ายในการดูแลสุขภาพทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน และการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชนทั้งในเรื่องของการเกิดโรค การดูแลตนเอง การกินยา ตลอดจนช่องทางการรักษา จะช่วยให้ประชาชนในชุมชนเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถป้องกันตนเอง และเข้ารับการรักษาได้ทันทั่วถึงที่ ตลอดจนสามารถกล้าเผชิญกับโรคไม่เกิดตราบาปกับตนเอง (stigma) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Choowong et al. (2020) พบว่าสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคของ อสม. ในจังหวัดตรัง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโรค และการศึกษาของชุมชน เรือนคำ (2561) พบว่าศักยภาพของ อสม.ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคในชุมชน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโรค และความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรคไวรัสโรค

สมรรถนะการติดตามการกินยา สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 3.58 เป็นสมรรถนะที่ประกอบด้วยตัวบ่งชี้การกระตุ้นให้กินยา การเป็นพี่เลี้ยงคอยกำกับการกินยา การติดตามเมื่อขาดยา การตรวจนับของยาเพื่อตรวจสอบความครบถ้วน และการประสานกับ รพ.สต.เพื่อส่งยาให้ผู้ป่วย จะเห็นว่าตัวบ่งชี้ดังกล่าวสะท้อนถึงองค์ประกอบของการติดตามการกินยาเนื่องจากการกินยาของผู้ป่วยโรคเป็นปัจจัยสำคัญของการหายของโรคไวรัสโรค (กองโรค ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยรูปแบบการกินยา มีหลากหลายรูปแบบทั้งชนิดหรือสูตรการกินยา วิธีการกินยาทั้งที่กินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่และกินยาตามปกติ ล้วนแต่ควรได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรสาธารณสุข อสม.ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากกว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรกำกับติดตามการกินยา (วันชัย เหล่าเสถียรกิจ, 2562) โดยเฉพาะการกินยาแบบ กำกับ (DOT) รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา (สำนักโรค ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552 ; บุญยัง ฉายา ทับ, 2557) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหายขาดจากโรคไวรัสโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ พชรพร ครองยุทธ และคณะ (2564) พบว่าการรับประทายาต้านไวรัสโรคเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ และการศึกษาของ Choowong et al. (2020) พบว่าสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคของ อสม. ในจังหวัดตรัง ได้แก่ การมีทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรค นอกจากนี้การศึกษาของ Jeffree et al. (2020) พบว่าอาสาสมัครต้องสังเกตและกำกับการกินยาของผู้ป่วยแบบกำกับ (DOT)

สมรรถนะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสัมผัส เป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งในสมรรถนะการดำเนินงาน ควบคุมโรคไวรัสโรคในชุมชนของ อสม. จ.เพชรบุรี อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 3.21 โดยมีตัวบ่งชี้

เกี่ยวกับการคัดกรอง การค้นหา การติดตาม การส่งต่อ และการประสานเกี่ยวกับข้อมูล ทั้งนี้เนื่องจากการวางระบบการคัดกรองผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการค้นหาเชิงรุกผู้ป่วยวัณโรคเพื่อเฝ้าระวังและจำกัดขอบเขตการแพร่กระจายโรค รวมทั้งการรักษาได้อย่างทันที่ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563; บุญยัง ฉายาทับ, 2557) ส่งผลต่อการจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้สัมผัสในชุมชน จากการศึกษาของชูเดช เรืองคำ (2561) พบว่าศักยภาพของ อสม. ในการเฝ้าระวังโรควัณโรคในชุมชนนอกจากความรู้แล้ว ทักษะปฏิบัติคัดกรองวัณโรคในชุมชน ก็ถือมีความสำคัญเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของดวงขวัญ รุ่งเพชรวงศ์ (2564) พบว่าการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรคทุกรายตามแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2561 จะช่วยให้ค้นหาผู้สัมผัสได้เร็วขึ้นส่งต่อการรักษาและควบคุมโรควัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ Jeffree et al. (2020) พบว่าอาสาสมัครจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรค สมรรถนะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด เป็นสมรรถนะที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้น้อยที่สุดคือร้อยละ 2.79 แต่ก็ยังถือว่าเป็นสมรรถนะที่สำคัญในการดำเนินงานวัณโรคในชุมชนของ อสม. เนื่องจากโรควัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายได้จากการสัมผัสและใช้สิ่งของร่วมกัน หากผู้ป่วยและผู้สัมผัสมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันที่ไม่ถูกต้องจะทำให้โรคมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว อสม.จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะเหล่านี้ โดยตัวบ่งชี้จะประกอบด้วยทำให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การระบายอากาศถ่ายเทสะดวกและให้แดดส่องถึง การแยกสิ่งของเครื่องใช้ และการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรค ทั้งนี้เนื่องจากมาตรการป้องกันการควบคุมโรคเป็นการบริหารจัดการที่สำคัญในการดำเนินงานควบคุมโรควัณโรค ได้แก่ การแยกผู้ป่วยอย่างถูกวิธี การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การทำความสะอาดและทำลายเชื้ออย่างถูกต้อง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561; 2563) อสม.ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยเมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้น บทบาทหน้าที่ในการควบคุมและเฝ้าระวังโรคระบาดนั้นๆ จะถูกกำหนดให้เป็นภาระหน้าที่ของ อสม. ในขณะนั้นทันที (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2563) ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด จึงเป็นสมรรถนะที่สำคัญที่ อสม.ต้องรู้และนำไปแนะนำ (เอกพันธ์ คำภีระและคณะ, 2564; เจนจิรา ปันแก้ว และคณะ, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญยัง ฉายาทับ (2557) พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำพื้นที่ สถาน ประกอบด้วยการจัดบริการด้านการรักษา ด้านการป้องกัน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดกิจกรรมมุมความรู้ ระบบการคัดกรอง และการลดการกระจายเชื้อโรค และการศึกษาของ Jeffree et al. (2020) พบว่าอาสาสมัครจำเป็นต้องทักษะในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคโดยการจัดสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงเมื่อต้องอาศัยร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีโดยฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ ควรนำองค์ประกอบที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคตามบทบาทของ อสม. เพื่อกำหนดเป็นรูปแบบ หลักสูตร และกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนตามบทบาทของ อสม. อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกัน กิจกรรมการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ การให้ความรู้และคำปรึกษา การติดตามการกินยา การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสัมผัส ตลอดจนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคปอด

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ที่ค้นพบไปศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อตรวจสอบว่าตัวบ่งชี้ที่ได้จากการวิจัยมีความสอดคล้องกับองค์ประกอบหรือไม่ นอกจากนี้ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของ อสม. ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานควบคุมโรค ตลอดจนการประเมินผลรูปแบบอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

กรมบัญชีกลาง. (2565). *e- Social Welfare ระบบบูรณาการฐานข้อมูลสวัสดิการสังคม*.

<https://govwelfare.cgd.go.th/welfare-web/login>

กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2561). *แนวทางการป้องกันควบคุมโรคและโรคติดต่อที่พบบ่อยในสถานศึกษา*. อาร์ต ควอลิไฟท์.

กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2563). *แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล*. กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองโรค. (2564). *แนวทางการควบคุมโรคในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน*. กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรค. (2552). *คู่มืออบรม แนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคสำหรับคลินิกโรค*. กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน. (2564ก). *รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังโรคในประเทศไทย*. <https://www.tbthailand.org/download/form/รายงานสถานการณ์โรคเดือนมีนาคม.pdf>

กระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน. (2564ข). รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคที่หายากหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (*Extensively drug-resistant TB:XDR-TB*). <https://www.tbthailand.org/statustb.html>

เจนจิรา ปันแก้ว, มณฑกานต์ โอประเสริฐสวัสดิ์ และฤทธิรงค์พันธ์ดี. (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมวัณโรคในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตำบล แม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(3), 35-48.

ฉเวตสร นามวาท, สุธาสินี คำหลวง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ยงเจือ เหล่าศิริถาวร, ศศิธันว์ มาแอกเคียน, วิธัญญา ปินทะดิษ, จุฑาพัฒน์ รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, ผดุงรัตน์ พลไชยมาตย์ และอรพรรณ โพธิ์หัง. (2560). *ความคุ้มค่าการลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย: การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ : รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ชูเดช เรือนคำ. (2561). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนอำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 6(1), 48-61.

ดวงขวัญ รุ่งเพ็ชรวงศ์. (2564). ผลการคัดกรอง การคัดกรองซ้ำและปัจจัยต่อการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มนักเรียน ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง ในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4*, 12(1), 55-67.

บุญยัง ฉายาพิบ. (2557). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำพื้นที่สถาน*. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

พชรพร ครองยุทธ, เกษฎา สุรารธรรม, สุภาวดี ธนสีลังกูร และปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(3), 138-148.

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. (2554, 20 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 33 ง. หน้า 1-10.

วันชัย เหล่าเสถียรกิจ. (2562). การพัฒนาและการประเมินผลรูปแบบการกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคแบบพบเจอรายใหม่ ในจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารการแพทย์*, 44(2), 1-8.

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2563, 6 มิถุนายน). *อสม. มุ่งงานในระบบสุขภาพไทย*. <https://hrdo.org/อสม-มุดงานในระบบสุขภาพไทย/>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2565). *สรุปผลการดำเนินงานโรควัณโรคจังหวัดเพชรบุรี*. เอกสารอัดสำเนา.

เอกพันธ์ คำภีระ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร และอะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน. *วารสารพยาบาลสาร*, 48(1), 174-186.

- Choowong, J., Sawatdee, D., Maneechote, P., & Tulyakul, P. (2020). The Development of Village Health Volunteers' Competencies for Tuberculosis Care in Trang Province, Thailand. *Global Journal of Health Science*, 12(9), 30-37.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th ed). Pearson Education.
- Jeffrey, M. S., Ahmedy, F., Ibrahim, M. Y., Awang Lukman, K., Ahmed, K., Giloi, N., Naing, D. K. S., & Yusuff, A. S. (2020). A training module to empower marginalised Northern Borneo islanders for tuberculosis control. *Journal of public health research*, 9(3), 1757. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1757>
- Sasida, T., Alfes, K., & Shantz, A. (2016). Volunteer role mastery and commitment: can HRM make a difference?. *The International Journal of Human Resource Management*. 2062-2084. doi.org/10.1080/09585192.2015.1126335