

บทบาทของเครือข่ายปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

วิไล อุดมพิทยาสรรพ์*

ปริญญะ ชัยกองเกียรติ*

ดวงใจ เปลี้นบำรุง*

อัจฉรา มุสิกวัฒน์*

พูนีย์ แก้วมณี*

เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา*

พิชญ์ภูณิษฐ์ เรืองเริงกุลฤทธิ์*

นุศรา ดาวโรจน์*

อชิต คลังมัน*

คณิต คุรุณิก*

ผู้รับผิดชอบบทความ: วิไล อุดมพิทยาสรรพ์

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) โดยใช้รูปแบบความสอดคล้องคู่ขนาน (convergent parallel design) เก็บข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในพื้นที่จังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของเครือข่ายปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีบทบาทหน้าที่ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่ สุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควตา (quota sampling) จากอำเภอที่มีอัตราการติดเชื้อสูงสุดใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จังหวัดละ 2 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล รวม 6 ตำบล ตำบลละ 80 คน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 30 คน บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 10 คน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 10 คน ผู้นำศาสนา 10 คน และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ 10 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 481 คน ใช้แบบสอบถามความรู้และบทบาทการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุข เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก กำหนดโควตาตำบลละ 45 คน จำนวน 6 ตำบล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล ตามโควตา ได้แก่ ผู้บริหารสาธารณสุข 2 คน บุคลากรสาธารณสุข 12 คน ประธาน อสม.และแกนนำ อสม. 10 คน ผู้บริหารและบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6 คน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 5 คน ผู้นำศาสนา 5 คน และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ 5 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 270 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เชิงคุณภาพเพื่อหาประเด็นสำคัญ (thematic analysis)

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Received 25 October 2022; Revised 10 August 2023; Accepted 31 August 2023

Suggested citation: Udompittayason W, Chaikongkiat P, Plianbumroong D, Musigawan A, Kaewmanee P, Kajonkittiya K, et al. Roles of primary care network in screening and monitoring the COVID-19 risk groups in three southern border provinces of Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2023;17(3):531-52.

วิไล อุดมพิทยาสรรพ์, ปริญญะ ชัยกองเกียรติ, ดวงใจ เปลี้นบำรุง, อัจฉรา มุสิกวัฒน์, พูนีย์ แก้วมณี, เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา และคณะ. บทบาทของเครือข่ายปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2566;17(3):531-52.

ผลการศึกษา พบว่า บทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุข ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในภาพรวมของเครือข่าย 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ นั้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\text{mean} = 3.19, \text{SD} = 0.51$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า บทบาทด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\text{mean} = 3.33, \text{SD} = 0.56$) รองลงมาคือด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย และการสื่อสารความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ($\text{mean} = 3.25, \text{SD} = 0.59, \text{mean} = 3.22, \text{SD} = 0.60$)

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า บทบาทในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของเครือข่ายปฐมภูมิ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ นั้น มีการรวมตัวกันของหลายภาคส่วนในพื้นที่มาทำงานร่วมกัน ได้แก่ 1) อสม.มีบทบาทเชิงรุกในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโดยแบ่งโซนรับผิดชอบครัวเรือนกัน รวมทั้งมีบทบาทในการสื่อสารและการใช้มาตรการทางกฎหมาย 2) บุคลากรสาธารณสุข มีบทบาทในการบริหารจัดการระบบให้สอดคล้องกับความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิต การสื่อสารข้อมูล รวมถึงทุกสาขาวิชาชีพให้เป็นหนึ่ง พร้อมๆ กับการทำงานเชิงรุกเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนปัจจัยการดำรงชีพ การทำงานแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วนเพื่อรับมือกับโควิด-19 4) กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านมีบทบาทในการสอดส่องดูแลประชาชนให้ปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุข ดูแลความปลอดภัยในพื้นที่ให้ทีมเครือข่ายในการลงพื้นที่เชิงรุก และแบ่งโซนรับผิดชอบครัวเรือนร่วมกับ อสม. 5) ผู้นำศาสนา เป็นผู้ชี้แนะชุมชนในการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและตามหลักศาสนาอิสลาม เป็นศูนย์กลางในการให้การรับรองแนวทางปฏิบัติทางสุขภาพ และเผยแพร่ความรู้ที่เป็นที่ยอมรับของชุมชน เป็นผู้ปลุกปลอบขวัญและให้กำลังใจประชาชนให้ยอมรับการปฏิบัติตามมาตรการ และบทบาทของจิตอาสาในการจัดการศพผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ นำไปสู่การสานพลังความร่วมมือของเครือข่ายปฐมภูมิในพื้นที่ และเป็นฐานสำคัญและพลังชุมชนในการสร้างความร่วมมือ ตลอดถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการสุขภาพของชุมชนด้านอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: เครือข่ายปฐมภูมิ, การคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19

Roles of Primary Care Network in Screening and Monitoring the COVID-19 Risk Groups in Three Southern Border Provinces of Thailand

Wilai Udornpittayason, Preeyanuch Chaikongkiat, Doungjai Plianbumroong, Atchara Musigawan, Pootsanee Kaewmanee, Khemmapat Kajonkittiya, Pichayanit Ruangroengkulrit, Nutsara Dowrote, Anuchit Klangman, Kholid Karunan

Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Wilai Udornpittayason, wilai@bcnyala.ac.th

Abstract

This study was a convergent parallel design mixed methods study collecting quantitative and qualitative data in Yala, Pattani, and Narathiwat provinces. The study aimed to determine the roles of primary care network in screening and monitoring the COVID-19 risk groups. Purposive sampling and quota sampling were used to recruit samples from two districts with the highest infection rate in each province, 2 subdistricts per district, and a total of 6 subdistricts. The samples were consisted of 80 people per subdistrict, including 10 village health volunteers, 10 local government officials, 10 community leaders, 10 religious leaders, and 10 other people, totaling four hundred eighty-one people for quantitative data collection. A questionnaire on knowledge and practice in screening and prevention in risk groups of COVID-19 was the instrument used. The data collection was from January to December 2021. In parallel 270 people provided qualitative data through either focus group discussions or in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using frequency and percentage, while qualitative data by thematic analysis.

The quantitative results showed that the average scores of primary care network roles for screening and monitoring COVID-19 risk groups were rated as high (mean = 3.19, SD = 0.51). The highest score (mean = 3.33, SD = 0.56) was found for the screening and monitoring of people exposed to COVID-19, followed by the community control of the COVID-19 pandemic and communicating the risk of infection (mean = 3.25, SD = 0.59, mean = 3.22, SD = 0.60 respectively).

Findings from qualitative methods were as follows. 1) Village health volunteers played an important proactive role in screening and monitoring risk groups by zoning households under responsibility, and providing communication on risk of infection. 2) Health professionals had the role of health system management based on cultural beliefs, fostering unity among all professionals, and working proactively to control the spread of COVID-19. 3) Local governments supported people's daily livelihoods and worked with all sectors in the community. 4) Community leaders supervised people to comply with public health measures, took care of safety and shared household responsibility zoning with village health volunteers. 5) Religious leaders directed people based on Islamic principles and practices to implement public health measures to control the spread of COVID-19 at community acceptance level. The outbreak of COVID-19 in the 3 southern border provinces was under control through synergy of cooperation of primary care networks. These collaborations and participations could be important in other areas of community health management.

Keywords: primary care network, screening and monitoring of COVID-19 at-risk groups

บทสรุปและเหตุผล

สถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า มีอัตราการติดเชื้อที่สูงติดอันดับต้นๆ จังหวัดยะลามีผู้ติดเชื้อ 133 ราย เสียชีวิต 2 ราย เป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ รองลงมาคือจังหวัดปัตตานีมีผู้ติดเชื้อ 94 ราย เสียชีวิต 1 ราย เป็นอันดับที่ 7 และจังหวัดนราธิวาส มีผู้ติดเชื้อ 43 ราย เสียชีวิต 2 ราย เป็นอันดับที่ 11 ของประเทศ นั่นคือข้อมูลเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2563⁽¹⁾ สาเหตุของการติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนในช่วงแรก ส่วนใหญ่เกิดจากการเดินทางกลับจากประเทศมาเลเซีย เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อ 35 ราย และเสียชีวิต 1 ราย⁽²⁾ ซึ่งในบริบทของพื้นที่ เป็นพื้นที่ที่ติดชายแดนมาเลเซีย ที่ประชาชนทั้งสองประเทศไปมาหาสู่กันในการค้าขาย ในการไปทำงานในประเทศเพื่อนบ้าน ในการไปประกอบพิธีทางศาสนา ในการไปศึกษาต่อในต่างประเทศ จากการวิจัยของธานี, นิชาภัทร,

ณัฐศุภณ, จารุวัฒน์, ปกรณ์สิทธิ์, และชนลักษณ์⁽³⁾ ศึกษาระดับปฏิบัติการตามมาตรการสาธารณสุข ในการป้องกันควบคุมโควิด-19 ของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์โควิด-19 จำนวน 7,569 คน ช่วงวันที่ 5-9 เมษายน 2563 ก่อนประกาศล็อกดาวน์ ได้แก่ การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) การไม่ออกนอกบ้านถ้าไม่จำเป็น การไม่ไปชุมนุมกัน การไม่อยู่ในที่แออัด และการรักษาสุขอนามัยในการล้างมือ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในเขตเมืองมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขร้อยละ 88.4 ประชาชนในเขตเมืองที่มีรายได้น้อยมีค่าเฉลี่ยปฏิบัติตามร้อยละ 81.8 ประชาชนในชนบทค่าเฉลี่ยปฏิบัติตามร้อยละ 85.8 ประชาชนในชายแดนภาคใต้ค่าเฉลี่ยปฏิบัติตามน้อยที่สุดร้อยละ 78.8 และในขณะเดียวกัน ประชาชนในชายแดนภาคใต้มีกิจกรรมการพบปะสังสรรค์กันในช่วงเย็นสูงสุดคือร้อยละ 15 สถานที่ไปคือบ้านคนรู้จัก และสถานที่ทางศาสนาซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการติด

เชื้อในพื้นที่ที่ทำการกิจกรรม ต่อมาในการระบาดระลอกใหม่ของโควิด-19 ในปี 2564 พบว่า 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ติดอันดับที่ 10 ของประเทศ ข้อมูลเมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2564 จังหวัดยะลามีผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นอันดับ 2 จำนวน 719 ราย ปัตตานีมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นอันดับ 3 จำนวน 547 ราย และจังหวัดนราธิวาสมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นอันดับที่ 8 จำนวน 414 ราย⁽⁴⁾

ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ประเทศไทยสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอยู่ในระดับที่ต่ำมากเนื่องจากมีระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิกระจายครอบคลุมเต็มพื้นที่ มีระบบสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ดูแลประชาชนอย่างใกล้ชิด และมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำงานเชื่อมโยงกันทุกภาคส่วน เพื่อช่วยแก้ไขปัญหา⁽⁵⁾ บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบบริการสุขภาพด่านแรกที่มีมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่แรกอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ มีการเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชนและระบบบริการทางการแพทย์ในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในขณะเดียวกัน ระบบสุขภาพปฐมภูมิก็เป็นกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการในทุกระดับ⁽⁶⁾

ดังนั้นในช่วงการระบาดของโควิด-19 ระบบบริการปฐมภูมิ จึงมีบทบาทสำคัญที่เป็นกลไกสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ในการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและของประเทศไทย ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงของโรคระบาดโควิด-19 ใน

ทุกพื้นที่ของประเทศไทย รวมถึงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีอัตราการติดเชื้อโควิด-19 สูงติดอยู่ใน 10 อันดับแรกของประเทศดังกล่าวแล้ว 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลาและนราธิวาส เป็นพื้นที่ชายแดนที่มีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม ทางความคิดและความเชื่อ การศึกษานี้จะนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงของโรคระบาดโควิด-19 ในบริบทของพื้นที่และในวัฒนธรรมของชุมชน และนำไปสู่การพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดระบบบริการในระดับปฐมภูมิในระยะต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทของเครือข่ายปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการปฐมภูมิ ในการคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

นิยามศัพท์

การคัดกรองโควิด-19 หมายถึง การซักประวัติ ตรวจคัดกรอง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสผู้ป่วยโควิด-19 และผู้ที่เดินทางผ่านด่านเข้า/ออกในชุมชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข

เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 หมายถึง การค้นหากลุ่มเสี่ยงและติดตามอาการกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน และผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงในประเทศ และต่างประเทศ ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข

ขอบเขตของการวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทของเครือข่ายปฐมภูมิในการคัด

กรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส จังหวัดละ 2 อำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล รวม 6 ตำบล ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2564

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) โดยใช้รูปแบบความสอดคล้องคู่ขนาน (convergent parallel design) ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2564 และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพระหว่างเดือนเมษายน-ธันวาคม 2564 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา ผู้บริหารและบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส จากอำเภอที่มีอัตราการติดเชื้อโควิด-19 สูงที่สุดในอันดับที่ 1 และ 2 ของ 3 จังหวัดนี้ จังหวัดละ 2 อำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล รวม 6 ตำบล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารสาธารณสุขและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา ผู้บริหารและบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควตา (quota sampling) จากอำเภอ ที่มีอัตราการติดเชื้อโควิด-19 สูงที่สุดในอันดับที่ 1 และ 2 ของ 3 จังหวัดนี้ จังหวัดละ 2 อำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล รวม 6 ตำบล โดยกำหนดโควตา ดังนี้

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละตำบล ตำบลละ 80 คน

โดยกำหนดคุณสมบัติของตัวอย่างตามเกณฑ์คือ มีบทบาทหน้าที่ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของระบบบริการปฐมภูมิ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และตามโควตาที่กำหนด ดังนี้

1. ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีบทบาทหน้าที่หรือมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ หรือ การคัดกรอง หรือ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มมีประกาศมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ ถึงปัจจุบัน ตำบลละ 10 คน รวม 6 ตำบล จำนวน 60 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 67 คน เกินโควตาร้อยละ 11.66

2. ประธาน อสม.และแกนนำ อสม.ที่เป็นทีมแกนนำหลักที่มีผลการดำเนินงานในการคัดกรอง หรือ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มมีประกาศมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ ถึงปัจจุบัน ตำบลละ 30 คน รวม 6 ตำบล จำนวน 180 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 183 คน เกินโควตาร้อยละ 1.66

3. ผู้บริหารและบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีผลการดำเนินงานในการคัดกรอง หรือ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มมีประกาศมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ ถึงปัจจุบัน ตามโควตา ตำบลละ 10 คน รวม 6 ตำบล จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 63 คน เกินโควตาร้อยละ 5

4. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ที่มีผลการดำเนินงานในการคัดกรอง หรือเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มมีประกาศมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ ถึงปัจจุบัน ตามโควตาตำบลละ 10 คน รวม 6 ตำบล จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 58 คน น้อยกว่าโควตาร้อยละ 3.33

5. ผู้นำศาสนา ที่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับเครือข่ายปฐมภูมิใน

การคัดกรอง หรือ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มมีประกาศมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ ถึงปัจจุบัน ตามโควตาตำบลละ 10 คน รวม 6 ตำบล จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 58 คน น้อยกว่าโควตา ร้อยละ 3.33

6. ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ตามโควตาตำบลละ 10 คน รวม 6 ตำบล จำนวน 60 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 52 คน น้อยกว่าโควตาร้อยละ 3.33

รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย 481 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. สมัครใจในการให้ข้อมูล และสามารถสื่อสารในการให้ข้อมูลได้
2. ที่มีส่วนร่วมกับเครือข่ายปฐมภูมิในการคัดกรองหรือ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มมีประกาศมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ถึงปัจจุบัน

เกณฑ์คัดออก

1. เป็นผู้ที่ไม่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19

2. ย้ายออกนอกพื้นที่

3. ไม่สะดวกในการเดินทางมาให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ตำบลละ 45 คน รวม 6 ตำบล จำนวน 270 คน ในแต่ละตำบล มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามโควตา คือ ผู้บริหารสาธารณสุข 2 คน บุคลากรสาธารณสุข 12 คน ประธาน อสม. และแกนนำ อสม. 10 คน ผู้บริหารและบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6 คน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 5 คน ผู้นำศาสนา 5 คน ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแนวคำถามในการสนทนากลุ่มกับผู้บริหาร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา อสม. บุคลากรสาธารณสุข เรื่องบทบาทในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก แฟ้มข้อมูลการวิจัย

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสำรวจรายการ (check list) และเติมคำในช่องว่าง แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจ และแบบสอบถามบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ด้านการดูแลและการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการติดตามผู้สัมผัสโรค ด้านการสื่อสารความเสี่ยง ด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย และด้านการประสานงานและการจัดการข้อมูล ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) มี 4 ระดับ การแปลผล ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ

เครื่องมือเชิงปริมาณที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามความรู้และบทบาทของเครือข่ายในการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุข ตามมาตรฐานการคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 ของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข^(7,8) ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการโรคระบาดโควิด-19 จำนวน 1 คน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยระบบสุขภาพในชุมชน 1 คน นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index: IOC) ผลการวิเคราะห์ค่า IOC มีค่าเท่ากับ 0.67-1.00 และนำไปทดลองใช้ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ของโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสาป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะประชากรเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 10 ราย อสม. 10 ราย ผู้บริหารและบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 ราย ผู้นำศาสนา และผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 5 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแนวคำถามในการ focus group discussion บทบาทของเครือข่ายปฐมนุญ ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 จำนวน 13 ข้อ เกี่ยวกับบทบาทในการทำงานของเครือข่าย ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาของข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับจัดการโรคระบาดโควิด-19 จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญการวิจัยระบบสุขภาพชุมชนจำนวน 1 คน นำมาปรับปรุงแก้ไข และทดลองใช้กับกลุ่มประชากรในพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย นำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้คำถามที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยไม่เน้นการถามเรียงตามข้อคำถาม แต่จะเน้นการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าเรื่องราวในการทำงานของตนเองโดยอิสระ และให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้เพิ่มเติมในการสนทนา โดยผู้วิจัยจะคอยนำเข้าสู่ประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมของทีมงานวิจัยในการลงพื้นที่ภาคสนามในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการสัมภาษณ์เชิงลึก และ focus group discussion ซึ่งนักวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนลงเก็บ

ข้อมูล มีการประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมของทีมวิจัยในการเก็บข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในแต่ละครั้ง นักวิจัยจะมีการประชุมเพื่อสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน ในกรณีกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการสื่อสารภาษาไทย จะมีทีมนักวิจัยที่สามารถพูดภาษามลายูถิ่นในทีมที่ช่วยในการสื่อสาร รวมถึงผู้ช่วยวิจัยและผู้ประสานงานในพื้นที่ที่สามารถสื่อสารภาษามลายูได้

2. การเตรียมความพร้อมของผู้ประสานงานวิจัยและผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ โดยการจัดประชุมชี้แจงผู้ประสานงานในพื้นที่ และผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (แบบสอบถาม) ตำบลละ 1 วัน เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ประสานงานวิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย การดำเนินงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย

3. ลงพื้นที่ภาคสนามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสนทนากลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10-15 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก ตามวันเวลาที่นัดหมาย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ยะลา เลขที่ 171/2563 ก่อนลงนามในเอกสารความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ นักวิจัยได้อธิบาย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ทั้งนี้ ผู้ร่วมวิจัยได้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อความหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไป แจกแจงความถี่ ร้อยละ ความรู้และบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จะมีการถอดเทปในการบันทึกการสัมภาษณ์ และ focus group discussion ทุกครั้ง และมีการวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมๆ กับการเก็บรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง เพื่อหาประเด็นสำคัญ โดยมีแนวทาง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบ thematic analysis ใช้กรอบแนวคิดของไมล์และฮิวเบอร์แมน⁽⁹⁾ ได้แก่ การลดทอนข้อมูล (data reduction) ข้อมูลดิบที่ได้จากการสัมภาษณ์นำมาถอดเทปเพื่อหาประเด็นสำคัญที่เป็นข้อค้นพบจากงานวิจัย โดยการให้รหัสข้อมูล (coding) นำข้อมูลที่ได้มาจัดกลุ่มข้อมูล (categories) เพื่อแยกแยะข้อมูลที่เหมือนกันมารวมกัน กำหนดเป็นชุดของข้อมูลเพื่อนำมากำหนดเป็นประเด็นหลักของการวิจัย (themes) สืบด้วยชื่อ หรือข้อความที่สอดคล้องกับชุดข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ที่เป็นภาพรวมทั้งหมดของงานวิจัย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางในการสร้างความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลเชิงคุณภาพ (trustworthiness) โดยใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของลินคอร์นและกูปา⁽¹⁰⁾ 4 ประการ ได้แก่ (1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูลวิจัย (credibility) โดยการสร้างการยอมรับและความไว้วางใจของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ต่อทีมงานวิจัย โดยทีมงานวิจัยมีการติดต่อกับผู้บริหารของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นแกนนำหลักสำคัญของเครือข่ายของระบบบริการปฐมภูมิ เป็นผู้ประสานหลักในการทำงานวิจัยของแต่ละพื้นที่ เพื่อสร้างการยอมรับและ

ความไว้วางใจจากกลุ่มตัวอย่างต่อทีมงานนักวิจัย ในการให้ข้อมูลตามความเป็นจริง และนำข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ ของแต่ละพื้นที่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยได้จัดประชุมคืนข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบข้อมูลร่วมกัน (member checking) (2) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากแต่ละพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน (transferability) โดยนักวิจัยจะมีการจดบันทึกภาคสนาม (file note) จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ของแต่ละพื้นที่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ นำมาตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน (3) ความวางใจได้ (dependability) โดยนอกจากที่นักวิจัยจะมีการตรวจสอบข้อมูลการวิจัยร่วมกันแล้ว ในด้านความสอดคล้องของผลการวิเคราะห์ข้อมูล จะมีการตรวจสอบจากบุคคลภายนอกที่เป็นที่ปรึกษางานวิจัยในพื้นที่ (4) การตรวจสอบและยืนยันได้ของข้อค้นพบ (confirmability) โดยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยที่นักวิจัย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันเพื่อยืนยันผลการวิจัย

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลงานวิจัยจะนำเสนอเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจในมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ส่วนที่ 3 บทบาทการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ส่วนที่ 4 ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง 481 คน ได้แก่ อสม. 183 คน (ร้อยละ 38.0) บุคลากรสาธารณสุข 67 คน (ร้อยละ 13.9) บุคลากรองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 63 คน (ร้อยละ 13.1) กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 58 คน (ร้อยละ 12.1) ผู้นำศาสนา 58 คน (ร้อยละ 12.1) และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน 52 คน (ร้อยละ 10.8) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36-45 ปี คือ 150 คน (ร้อยละ 31.2) รอง

ลงมา อายุ 46-55 จำนวน 136 คน (ร้อยละ 28.3) เพศหญิง จำนวน 271 คน (ร้อยละ 56.3) เพศชาย 210 คน (ร้อยละ 43.7) สถานภาพคู่ 401 คน (ร้อยละ 83.4) รองลงมา โสด 52 คน (ร้อยละ 10.8) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษา 207 คน (ร้อยละ 43.0) รองลงมา ปริญญาตรี 27 คน (ร้อยละ 31.0)

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของเครือข่ายปฐมภูมิในภาพรวม พบว่า เครือข่ายปฐมภูมิ มีความรู้ความเข้าใจในมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ด้านการใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมาย ค่าเฉลี่ยสูงสุด

(mean = 3.12, S D= 0.59) รองลงมาคือ ด้านความรู้ความเข้าใจในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 และด้านการสื่อสารความเสี่ยง (mean = 3.04, SD = 0.58, mean = 3.04, SD = 0.63) ส่วนความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อและการติดตามผู้สัมผัสโรค อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.99, SD = 0.57, mean = 2.98, SD = 0.57 ตามลำดับ) น้อยที่สุดคือด้านการประสานงาน และด้านการจัดการข้อมูล (mean = 2.91, SD = 0.59) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับมาก (mean = 3.01, SD = 0.53) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ความเข้าใจในมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของเครือข่ายปฐมภูมิจำแนกรายด้านและโดยรวมใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (N=481)

ความรู้ความเข้าใจมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	Mean	Standard deviation	ระดับ
ความรู้ความเข้าใจรายด้าน			
การคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	3.04	0.58	มาก
การดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อ	2.99	0.57	ปานกลาง
การติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน	2.98	0.57	ปานกลาง
การสื่อสารความเสี่ยง	3.04	0.63	มาก
การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย	3.12	0.59	มาก
การประสานงานและการจัดการข้อมูล	2.91	0.59	ปานกลาง
ความรู้ความเข้าใจโดยรวม	3.01	0.53	มาก

ส่วนที่ 3 บทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข ในด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.33, SD = 0.56) รองลงมาคือด้านการใช้มาตรการทางสังคมและ

กฎหมาย และการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (mean = 3.25, SD = 0.59, mean = 3.21, SD = 0.58) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (mean = 3.19, SD = 0.51) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน บทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 ของเครือข่ายปฐมภูมิจำแนกรายด้านและโดยรวมใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (N = 481)

บทบาทการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	Mean	Standard deviation	ระดับ
บทบาทในการปฏิบัติรายด้าน			
การคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	3.33	0.56	มาก
การดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อ	3.21	0.58	มาก
การติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน	3.08	0.63	มาก
การสื่อสารความเสี่ยง	3.22	0.60	มาก
การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย	3.25	0.59	มาก
การประสานงานและการจัดการข้อมูล	3.07	0.58	มาก
บทบาทโดยรวม	3.19	0.51	มาก

บทบาทการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของเครือข่ายปฐมภูมิใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตามบทบาทหน้าที่การทำงานของสมาชิกในเครือข่ายปฐมภูมิ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน (ผญบ.) ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน มีการเชื่อมประสานกันในการทำงานร่วมกันของทุกพื้นที่ในการทำหน้าที่ตามบทบาทหลักของตนเองและบทบาทร่วมภายใต้มาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า อสม.มีความรู้ความเข้าใจในมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ค่าเฉลี่ยในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.96, SD = 0.47) และมีบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 สูงที่สุด (mean = 3.34, SD = 0.49) รองลงมาคือด้านการดูแลและป้องกันการติดเชื้อ (mean = 3.21, SD = 0.53) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (mean =

3.17, SD = 0.46) จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเกี่ยวกับบทบาทในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า อสม.เป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง มีบทบาทในการเชื่อมประสานการทำงานจากหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน โดย อสม. มีบทบาทหลักที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การทำงานเชิงรุกในการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 2) การเฝ้าระวังป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน และ 3) การสื่อสารความเสี่ยง ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

1.1 การทำงานเชิงรุกในการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19

การทำงานเชิงรุกในการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 เป็นบทบาทหลักที่สำคัญของ อสม. เนื่องจากอยู่ในพื้นที่ที่มีความใกล้ชิดครอบครัว และสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีการแบ่งหน้าที่กันในการทำงาน ได้แก่ การแบ่งโซนรับผิดชอบดูแลครัวเรือน และเป็นหูเป็นตาสอดส่องเพื่อค้นหาความเสี่ยง ได้แก่

1.1.1 การแบ่งโซนรับผิดชอบดูแลครัวเรือน อสม. มีการแบ่งโซนรับผิดชอบบ้านตามละแวกบ้านที่ใกล้เคียงกัน

อสม.สามารถเดินทางไปมาหาสู่กันในแต่ละครอบครัวได้ สะดวก คนละ 10-15 ครอบครัว ร่วมกับทีมผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เพื่อเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

อสม. ตามทุกคนที่ไปพื้นที่ที่มีกลุ่มเสี่ยง ช่วงแรกคนที่กลับจากโย (การไปทำพิธีทางศาสนา) ที่ติดโควิด ตอนแรกๆ ไม่รู้ว่าใครติดเชื้อ โยเป็นการทำพิธีทางศาสนาที่มีคนเยอะๆ ดิอะวะ คนไม่เยอะ คนที่กลับมาจากทำพิธีทางศาสนา ช่วงแรกๆ ก็ไม่รู้ว่าใครติดเชื้อ หรือไม่ติดเชื้อ อสม. ไปตาม เจอ positive อสม.ไปตามเรื่อยๆ ทุกคนที่กลับจากโย หรือดิอะวะ ก็จะมารวมตัวกันที่มัสกัล ที่ยะลา ก็อาจติดช่วงที่ไปรวมตัวกันถึงมัสกัล หรือดิอะวะ ก็อาจติดได้ หลังจากนั้นก็จะกระจายไปที่อื่นๆ อีก (สนทนากลุ่ม อสม. primary care unit (PCU)-02-ยะลา 1/4/64)

อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ทำงานคู่กัน จะรับผิดชอบบ้านเป็นโซน แต่ละคนจะรับผิดชอบตามหลังคาเรือน รับผิดชอบโซน ครอบครัว ทำกันมาก่อนหน้านี้อยู่แล้ว ทีมข้างบนก็จะเป็นบุคลากรสาธารณสุขกับปลัด จะทำงานประสานกัน (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผอ.อบ. PCU-04 ปีตตานี 24/10/64)

1.1.2 เป็นหูเป็นตาสอดส่องเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง

เนื่องจากพื้นที่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นพื้นที่ที่ติดชายแดนประเทศมาเลเซีย ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ประชาชนที่ไปทำงานในประเทศเพื่อนบ้านก็เดินทางกลับบ้าน อสม.ซึ่งอยู่ในชุมชนมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากประเทศเพื่อนบ้านตลอดถึงเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ในประเทศ เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน และแจ้งประสานงานบุคลากรสาธารณสุข ดังข้อมูลต่อไปนี้

ในช่วงโควิดนั้น อสม.จะไปสังเกตการณ์ ถ้าคนที่กลับมาจากมาเลย์ มาจากต่างประเทศ โดยที่เจ้าหน้าที่นั้นไม่รู้ แต่ว่า อสม.เป็นคนในพื้นที่ เขาจะทราบว่าคนพวกนั้นกลับมาจากมาเลย์ เขาก็จะช่วยสอดส่องและมาบอก

เจ้าหน้าที่ที่บ้านหลังนั้น มีคนกลับมาจากมาเลย์นะ เจ้าหน้าที่ก็จะลงไปบ้านหลังนั้น ไปวัดใช้ไปสอบถามอะไรแบบนี้ อันนี้คือ หน้าที่หลักของ อสม. ระลอกแรกที่มีเคสเยอะ เราก็ไปเป็นเครือข่าย มีผู้ใหญ่บ้านที่ลงไปด้วยกับ อสม. ก็จะช่วยกัน (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข PCU-06-29/10/64 นราธิวาส)

1.2 การเฝ้าระวังป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน

อสม. มีหน้าที่ในการอยู่เวรด้านตรวจร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เพื่อเฝ้าระวังการเดินทางเข้า/ออกชุมชน เพื่อควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อในชุมชน ดังข้อมูลต่อไปนี้

กลัวโรคแพร่ไปหมด ทำอย่างไร ไม่ให้โรคแพร่กระจาย อสม. ตั้งเวร ตั้งด่าน เข้าเวร ใช้งานตัวเอง กลัวชาวบ้านติดเชื้อ คนในไม่ให้ออก คนนอกไม่ให้เข้า ประสานผู้ใหญ่บ้าน มีเจ้าหน้าที่มาแจกของให้มีเสียง (สนทนากลุ่ม อสม.-PCU-02 ยะลา 1/4/64)

1.3 การสื่อสารความเสี่ยง

อสม.มีหน้าที่ในการสื่อสารให้ความรู้กับประชาชนถึงอันตรายของโควิด-19 และการตรวจคัดกรอง

ให้โต๊ะไปบอกให้มาตรวจ จึงยอมมาตรวจ ให้ข้อมูลว่าโรคนี้อันตราย ไปบอกทุกวัน ไปตามทุกคนให้มาที่มัสกัล (สนทนากลุ่ม อสม.-PCU-02 ยะลา 1/4/64)

2. บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งผู้บริหารและปฏิบัติ ที่มีบทบาทร่วมกันในการคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจในมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด-19 และมีบทบาทการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด-19 ค่าเฉลี่ยโดยรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับมาก

(mean = 3.37, SD = 0.49, mean = 3.45, SD = 0.58)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่หลัก ได้แก่ 1) การบริหารจัดการระบบสุขภาพ ให้สอดคล้องกับความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตชุมชน 2) สื่อสารข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ชุมชน 3) รวมใจทุกสาขาวิชาชีพให้เป็นหนึ่ง ทำงานด้วยหัวใจและจิตวิญญาณ 4) การทำงานเชิงรุกเพื่อป้องกันและรับมือกับโควิด-19 5) การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 6) การสื่อสารข้อมูลถึงกันทั้งเครือข่าย 7) ปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

2.1 การบริหารจัดการระบบสุขภาพ ให้สอดคล้องกับความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตชุมชน

ในการบริหารจัดการระบบเป็นบทบาทสำคัญของผู้บริหารสาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่ ตั้งแต่ระดับอำเภอ ระดับหน่วยงานในพื้นที่ ระดับตำบล และหมู่บ้าน มีการจัดตั้งเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคระดับอำเภอ ตำบล มีภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ร่วมเป็นคณะกรรมการ เพื่อกำหนดบทบาทความรับผิดชอบร่วมกันในการทำงานร่วมกันของเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ในขณะเดียวกันการบริหารจัดการในการวางแผนและการดำเนินการพื้นที่จะต้องสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามหลักของศาสนาอิสลาม เช่น การออกพื้นที่เพื่อติดตามและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในเวลากลางคืนที่เป็นช่วงของการถือศีลอด เดือนรอมฎอน ในการจัดตั้งคณะกรรมการในทุกระดับของทุกพื้นที่ ใน 3 จังหวัด จะต้องมีการนำศาสนาเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ เพื่อคอยชี้แนะและให้ความมั่นใจกับชุมชนในการปฏิบัติตามมาตรการที่สอดคล้องตามหลักศาสนาในทุกพื้นที่ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

หลังจากเริ่มมีการระบาด รพ.เปิด EOC [emergency operation center] มีการบริหารจัดการ มีคำสั่งคณะกรรมการแต่ละท้องถิ่น ทีม operation เป็นหัวหน้าทีม operation มีเจ้าหน้าที่ สสอ.แต่ละตำบล แต่ละวันมาสรุปงานร่วมกันที่ สสอ. วางแผนร่วมกันว่าใครจะทำอะไรบ้าง

แบ่งหน้าที่กันในแต่ละวัน กลับมาสรุปรูป timeline ของคนที่ positive ตามต่อว่าไปพบใครบ้าง ตามอย่างต่อเนื่องในการสอบสวนโรค ถ้าใคร positive ก็ตามต่อ (สนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุข-PCU-02-ยะลา 1/4/64)

..... เริ่มแรกตอนที่รับรายงาน case โควิด ก็มีการประชุม EOC ในอำเภอมีคำสั่งให้ตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานในระดับตำบลประชุมจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังโควิด-19 ของทุกหมู่บ้านมีกำหนด ผู้ใหญ่บ้านเป็นหัวหน้าทีม ทุกพื้นที่เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง คลองใหม่เป็นเขตรอยต่อที่มีผู้ติดเชื้อ...ประชุมหารือ ป้องกันป้องปรามไม่ให้คนในพื้นที่เสี่ยงที่มีผู้ป่วยยืนยัน โดยการตั้งด่านสกัดกั้น ถ้ามาจากพื้นที่เสี่ยง ไม่ให้เข้าพื้นที่ มีการสแกน ให้สวมหน้ากาก ในพื้นที่ใช้มาตรการ ร้านค้าต่างๆ ให้ทุกคนปฏิบัติตามมาตรการ (สนทนากลุ่ม ผอ.รพสต. PCU-03 ปัตตานี 8/4/64)

2.2 สื่อสารข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ชุมชน

การสื่อสารข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจให้ชุมชนถือเป็นบทบาทหลักสำคัญของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนในพื้นที่ นำไปสู่การยอมรับและการร่วมมือของประชาชนในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

เราจะไปร่วมกับ รพ.สต.ค่ะ คือ รพ.สต.เข้าไปเขาอุ่นใจ เขาเป็นเจ้าของพื้นที่ แต่เราไปเพราะเราต้องไปสื่อสารให้คนเข้าใจ เพราะว่าส่วนใหญ่บริษัทนี้ผู้ป่วยจะไม่เข้าใจว่าทำไมเขาต้องไป รพ. เพราะอาการเขาไม่ได้หนัก ที่ผ่านมาคือ มันจะเป็นแค่สองคนที่อาการหนัก บางคนที่อยู่มาบอกว่า มานั่งๆ นอนๆ เหยยๆ ก็กลับแล้ว เขาก็เลยไม่สะดวกใจที่จะมาที่โรงพยาบาล เราก็เลยต้องสร้างความเข้าใจตรงนั้น แล้วบางคนก็เหมือนกับว่าตนเองต้องทำงานไปตั้ง 14 วัน ก็ต้องไปอธิบาย ก็ค่อนข้างลำบากที่กว่าที่จะให้เขายอมรับว่าตรวจด้วยความสมัครใจ และพร้อมที่จะมาที่โรงพยาบาลเราเนี่ย ที่ชุมชนเราก็ทำไปเยอะแล้วว่าให้เขามาด้วยความสมัครใจ เหมือนว่าต้องไปคุ้ยตลอดเกือบทุกเคส (สัมภาษณ์นักระบาดวิทยา PCU-02 5/4/64)

2.3 รวมใจทุกสาขาวิชาชีพให้เป็นหนึ่งเดียวทำงานด้วยหัวใจ และจิตวิญญาณ

ในช่วงแรกของการระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่ที่ยังไม่มีทีมในการทำงานที่ชัดเจน บุคลากรก็ไม่เพียงพอ ระบบงานก็ยังไม่ชัดเจน ทีมทำงานจึงรวมตัวกันเป็นเครือข่าย สร้างความร่วมมือกันในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยมีโรงพยาบาลอำเภอเป็นแกนนำหลัก มีการจัดระบบงานใหม่ในโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพได้แก่ แพทย์พยาบาล แพทย์แผนไทย ทันตกรรม กายภาพบำบัด บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ มีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน รวมถึงทีมงานจากสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. แบ่งโซนกันรับผิดชอบในการสอบสวนโรค ค้นหา ติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

หลังจากตรวจพบเชื้อหมู่ 5 และ หมู่ 9 ก่อนหน้านี้ เรายังไม่มีทีมที่ชัดเจน หลังจากนั้นเราประชุมทีมงานที่ฝ่ายเวช ซึ่งเป็นศูนย์ข้อมูลการแจ้งเหตุโควิดอย่างไม่เป็นทางการ หัวหน้ากลุ่มเวชฯ ได้เรียกประชุมทีมอย่างไม่เป็นทางการ ดึงเครือข่าย สสอ. รพ.สต., มาร่วมด้วย เพราะตอนนั้นบุคลากรเริ่มไม่เพียงพอ แบ่งรับผิดชอบแต่ละพื้นที่ แบ่งเป็นโซน ผมรับผิดชอบตำบลตาเนาะปูเต๊ะ ไปร่วมสอบสวนโรค Swab ค้นหา Timeline ที่ชัดเจน หลังลงพื้นที่กลับมาสรุปผลร่วมกันว่าผู้ติดเชื้อไปไหน มาไหนมาบ้าง เพื่อควบคุมโรคได้ทันตอนแรกๆ เจอแรกๆ ทำอะไร ไม่ถูก ตอนแรก ตื่นเต้น ป้องกันตัวอย่างไรเราพยายามทำหน้าที่ให้ดีที่สุด อสม. ก็ให้ความร่วมมือกัน ในที่สุดเราก็หยุดโควิด-19 ได้ (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข-PCU-02 ยะลา 1/4/64)

พอระยะ 2 มีคนใช้ Admit เพิ่ม เรียก COVID ward ต้องใส่ชุด PPE พอโควิดมาต้องมาคุยกัน ไม่ได้ทำงานตามสายงาน ต้องมาจัดระบบงานใหม่ ไปหมุนอยู่ COVID ward ใครมีข้อจำกัดจากอายุ โรคประจำตัว ก็ไปอยู่ฝ่ายอุปกรณ์ คนที่ทำได้ไปขึ้นเวร ทันตกรรม ก็สอนให้ทำ ATK [antigen test kit] รับผิดชอบ Swab แพทย์แผนไทย กายภาพ งดเปิดคลินิก ผมจัดหางานให้ใหม่ ให้มาทำ

คัดกรอง ผมพูดให้ทุกคนทำเพื่อคนแหว่ง ไม่สามารถทำตามวิชาชีพของตนเองได้ (สัมภาษณ์ แพทย์ PCU-05 นราธิวาส 23/12/64)

เราเป็นแรงขับเคลื่อนหลักที่สกัด เมื่อมีอุปสรรค ต้องผ่านไปได้ เราเป็นกำลังหลักในการต่อสู้โรค ขาดใครไม่ได้ รวมใจเป็นหนึ่งในการต่อสู้ คิด ทำด้วยหัวใจ และจิตวิญญาณ (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข PCU-01 ยะลา 17/10/64)

2.4 การทำงานเชิงรุกเพื่อควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดโควิด-19 ในชุมชน

บุคลากรสาธารณสุขเป็นแกนนำที่สำคัญในการทำงานร่วมกับเครือข่ายปฐมภูมิ ในการทำงานเชิงรุกในการควบคุมและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง ทั้งการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อโดยการ Swab สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและการประสานงานในการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสผู้ติดเชื้อในชุมชน ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

เวลาลงพื้นที่จะประสาน อสม.เป็นหลัก ส่งชื่อมาให้ ในเขตรับผิดชอบมีใครบ้าง ส่งชื่อมาให้ เตรียมสถานที่ เตรียมข้อมูล เลข 13 หลัก บัตรประชาชน (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข-PCU-01 ยะลา 1/4/64)

การทำงานร่วมกันของทีมของทุกภาคส่วนในรอบนี้เข้มข้นขึ้น และเหนื่อยมากขึ้น เพราะมีการแพร่ระบาดเร็ว เช่น บทบาทหน้าที่ที่แตกต่างของการรับมือ ป้องกัน การติดเชื้อในระลอกแรกกับครั้งนี้ในส่วนของ อสม. คือในระลอกแรกเราจะทำหน้าที่อยู่ที่ด้านคัดกรองร่วมกับทีมอื่นๆ แต่รอบนี้เราต้องลงตามบ้านมากขึ้น ส่วนของกู้ชีพ กู้ภัยนอกจากจะออกรับคนเจ็บป่วยมากขึ้นก็ต้องมีหน้าที่ให้ความรู้ควบคู่กันไปด้วย ส่วนผู้นำศาสนาอันนี้เราขอความร่วมมือให้ความรู้เวลาที่ชาวบ้านมาทำพิธี (สนทนากลุ่ม อสม. กำนัน ผญบ. จิตอาสา PCU-01 ยะลา 17/10/64)

2.5 การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

โดยการดูแลพื้นที่ที่มีการมารวมตัวของประชาชน

ในพื้นที่ให้ปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการติดเชื้อ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

เราก็ประชุมเตรียมความพร้อมก่อนจะเปิดเพื่อการผ่อนคลายทุกพื้นที่แบ่ง อสม. ร่วมกันดูแลทุกมัสยิด เตรียมอุปกรณ์ เจลล้างมือ มัสยิดต่างๆ ต้องพร้อมก่อน จัด มัสยิดเพื่อป้องกันการควบคุมโรค ก็เป็นไปด้วยดี มีการประชุมกันตลอด 2 เดือน ประชุม 15 ครั้ง เราป้องกันอย่างดี ที่สุด ...ตั้งแต่วันหลังผ่อนคลายให้ละหมาดได้ นักเรียนไปโรงเรียนได้ ให้คณะกรรมการประเมินการเตรียมความพร้อมของโรงเรียน เป็นที่ปรึกษาให้โรงเรียน เพื่อควบคุมโรค สุดท้ายเราก็ควบคุมโรคได้ดี (สนทนากลุ่ม ผอ.รพ.สต. PCU-03 ปัตตานี 8/4/65)

2.6 การสื่อสารข้อมูลของเครือข่ายผ่านแอปพลิเคชัน

ในการสื่อสารข้อมูลของเครือข่ายของแต่ละพื้นที่ จะมีการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการผ่านระบบแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) เป็นหลัก ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

นายก อบต. ให้ความสำคัญเรื่องของสุขภาพมาก่อน ทำงานร่วมกันมาก่อน มีศูนย์ผู้สูงอายุ พอเจอโควิด-19 เป็นโรคใหม่ พยายามติดตามข้อมูลตลอด ผอ.เป็นเลขฯ ผมมีกลุ่มไลน์ ไลน์สื่อสารกันตลอด ข้อมูล Social แรกๆ นำกลัว ตอนนี้อย่างไรทุกคนเข้าใจ อีกส่วนหนึ่งเราสื่อสารข้อมูลถึงกัน มีทีมงานที่ทำงานร่วมกันมาก่อน ทีมงานทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน เพื่อป้องกันสกัดกั้นการแพร่เชื้อ (สนทนากลุ่ม ผอ.รพ.สต. PCU-03 ปัตตานี 8/4/65)

2.7 ปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์

ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ทั้งในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องมีการปรับระบบบริการใหม่เพื่อรองรับสถานการณ์ในการคัดกรอง และเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 พร้อมๆ กับการปรับระบบบริการในการรองรับการจัดระบบบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ด้วย ได้แก่ กลุ่มโรคเรื้อรัง มีการจัดส่งยาที่บ้าน ดังตัวอย่าง

ข้อมูลต่อไปนี้

พอระยะ 2 มีคนใช้ admit เพิ่ม เรียก COVID ward ต้องใส่ชุด PPE พอโควิดมาต้องมาคุยกัน ไม่ได้ทำงานตามสายงาน ต้องมาจัดระบบงานใหม่ ไปหมอนอยู่ COVID ward ใครมีข้อจำกัดจากอายุ โรคประจำตัว ก็ไปอยู่ฝ่ายอุปกรณ์ คนที่ทำได้ไปขึ้นเวร หนักตกรรม ก็สอนให้ทำ ATK รับผิดชอบ Swab แพทย์แผนไทย กายภาพ งดเปิดคลินิก ผมจัดหางานให้ใหม่ ให้มาทำคัดกรอง ผมพูดให้ทุกคนทำเพื่อคนแฉ่ง ไม่สามารถทำตามวิชาชีพของตนเองได้ (สัมภาษณ์แพทย์ PCU-05 นราธิวาส /23/12/64)

ส่วนของโรคเรื้อรัง... ถ้าผู้ป่วยที่มาเองได้ก็ รพ.สต. ก็จะมารับยาเหมือนเดิม ก็จะคัดกรองว่ามีอาการ ARI ใหม่ ส่วนคนไข้ที่ไม่สามารถมาเอง หรือว่าผู้สูงอายุ เราก็จะประสานกับ อสม. ให้นำยาไปส่งที่บ้าน ในส่วนที่ต้องรับยาที่โรงพยาบาล ก็ทางโรงพยาบาลก็จะส่งมาที่ รพ.สต. ให้ อสม. นำส่งที่บ้านผู้ป่วย (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข PCU-04 ปัตตานี 24/10/64)

3. บทบาทของบุคลากรส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นองค์กรที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนในพื้นที่ ที่คอยสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า บุคลากรส่วนท้องถิ่น มีความรู้ความเข้าใจในมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ด้านการใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.12, SD = 0.69) รองลงมาคือด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง (mean = 3.06, SD = 0.64) น้อยที่สุดคือด้านการประสานงาน และด้านการจัดการข้อมูล (mean = 2.86, SD = 0.69) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.00, SD = 0.63) ด้านบทบาทการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด-19 พบว่า มีบทบาทด้านการสื่อสารความเสี่ยงสูงที่สุด (mean = 3.31, SD = 0.68) รองลงมาคือด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย (mean = 3.24, SD = 0.64) ใน

ภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (mean = 3.17, SD = 0.60)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า บุคลากรส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการทำงานร่วมกับเครือข่ายในระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่นผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ชุดคุ้มครองรักษาความปลอดภัยในหมู่บ้าน (ชรบ.) ผู้นำศาสนา โดยมีบทบาทที่สำคัญคือ 1) สนับสนุนงบประมาณและปัจจัยดำรงชีพ 2) จัดทำแผนงานบูรณาการทุกภาคส่วนให้เข้าใจและเข้าถึงการปฏิบัติงานในพื้นที่ ดังนี้

3.1 การสนับสนุนงบประมาณและปัจจัยในการดำรงชีพ ในสถานการณ์โควิด-19

การสนับสนุนปัจจัยการดำรงชีพของประชาชนในพื้นที่ นับเป็นบทบาทสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่

ผู้ช่วยกองสาธารณสุข ทำการเบิกจ่ายถุงยังชีพ ค่าวัสดุ ค่าอาหาร ค่าวัสดุ ทำซุ้มฉีดฆ่าเชื้อ แอส สเปรย์ฉีดฆ่าเชื้อ ใช้งบเกือบเป็นล้านปี 63 ปี 63 ระเบียบกรมยังไม่มา การเบิกจ่ายล่าช้าหลังจากนั้นทำงานคล่องตัวมากขึ้น (สนทนากลุ่ม PCU-04 ปี 24/10/64)

ในส่วนของเทศบาลก็มีปัจจัยในการช่วยเหลือหลายๆ อย่าง อย่างการจัดสถานที่กักตัวผู้ป่วย (กลุ่มเลี้ยงสัตว์) มีการจัดสถานที่เอาไว้ แรกๆ ไม่ลงตัว สถานที่ไม่เพียงพอในตอนแรก ได้จัดหาที่ที่สะดวกต่อทางราชการ นำชาวบ้านที่อยู่ ม.4 15 หลังคาเรือน มาจัดพื้นที่เลี้ยงสูง ต่อมาได้ประสานกับหน่วยงานต่างๆ ที่วิทยาลัยการอาชีพ ที่เป็นหอพักของนักศึกษา จนมาปัจจุบันก็ส่งกลับคืนไปแล้ว ตอนนี้อย่างไม่มีสถานที่ถ้าหากผู้ป่วยสงสัยว่าติดจะให้กักตัวที่บ้าน เป็นส่วนหนึ่งที่ปฏิบัติในส่วนของงบประมาณ สปสข. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) งบประมาณของเทศบาลส่วนหนึ่งมาช่วยเหลือจนเจือกัน ส่วนผู้ป่วยที่ติดแล้วไม่ได้ไปไหน มีการมอบถุงยังชีพให้ครอบครัว ในส่วนของประชาชนทั้งหมดที่ดูแลมีปัญหาทำงานไม่ได้ต่างๆ ก็

เสนอให้มีหนังสือร้องเรียนมาว่าต้องการอะไร ชุดที่แล้วได้ช่วยเหลือ 2 พันกว่าคน 2 พันหลังคาเรือน ได้จัดซื้อถุงยังชีพให้กับชาวบ้าน หมดงบประมาณเป็นล้าน (สนทนากลุ่ม เทศบาล-PCU-06 นราธิวาส 30/10/64)

3.2 บูรณาการการทำงานทุกภาคส่วนให้เข้าใจและเข้าถึงการปฏิบัติงานของเครือข่ายปฐมภูมิในพื้นที่

ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 การทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อรับมือกับโควิด-19 ทำให้เกิดพลังของความสามัคคีในการปฏิบัติงานในพื้นที่ร่วมกัน ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

เริ่มตั้งแต่ระดับจังหวัด ลงมาที่ อบจ. และอำเภอครับ โดย รพ.เป็นศูนย์กลางในการทำงานร่วมกัน แต่ล่าสุดยังไม่ได้มีการประชุมทำงานร่วมกันเพื่อรับมือระลอกใหม่ครับ (สนทนากลุ่ม อบต-PCU-02 ยะลา 5/4/64)

แผนทั้งหมดจะมาจากอำเภอให้มาสอดคล้องกับเทศบาล ไม่ทำตามอำเภอใจ จะมีการประชุมในทีมตลอด จะมีการประชุมหัวหน้าส่วนที่เกี่ยวข้อง ทีม EOC ส่วนใหญ่เข้าร่วมประชุม มีนายก สาธารณสุขอำเภอเข้าร่วมด้วย ก็จะมีการวางนโยบายว่าอาทิตย์นี้ทำอะไรไปบ้าง ในเรื่องของการฉีดวัคซีนเข็ม 1-2 ทางอำเภอมีการประชาสัมพันธ์ออกพื้นที่เชิงรุกร่วมกัน สสอ.จะมีการวางกำหนดการวางแผน และ รพ.สต.ก็จะทำงานร่วมเชิงรุก กับทาง อบต. (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ทางเรามีหน้าที่สนับสนุนเรื่องสถานที่ งบประมาณ อาหารกลางวัน ในส่วนที่ทำได้มีการส่งเสริมสนับสนุนทุกด้าน (สนทนากลุ่ม เทศบาล-PCU-06 นราธิวาส 30/10/64)

ได้ประสานและการสนับสนุนทุกภาคส่วน ประชุมเดือนละ 1 ครั้ง มีงานอะไรทุกภาคส่วนช่วยกัน มีการบูรณาการในแนวราบ ไม่มีสายบังคับบัญชา ให้ตอบใจทันทีเร็วที่สุด นายอำเภอก็ลงมา เข้าใจ เข้าถึง และ พัฒนา (สนทนากลุ่ม เทศบาล-PCU-06 นราธิวาส 30/10/64)

4. บทบาทของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มีความรู้ความเข้าใจในมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด-19 ด้านการใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.12, SD = 0.47) รองลงมาคือ ด้านการติดตามและการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน (mean = 3.16, SD = 0.57) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับมาก (mean = 3.12, SD = 0.47) บทบาทการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 พบว่า ด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.39, SD = 0.50) รองลงมาคือ ด้านการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อ (mean = 3.14, SD = 0.63) และด้านการประสานงานและการจัดการข้อมูล (mean = 3.35, SD = 0.50) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (mean = 3.30, SD = 0.44) ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มีบทบาทในการทำงานร่วมกับเครือข่ายในระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรส่วนท้องถิ่น ผู้นำศาสนา โดยมีบทบาทที่สำคัญ ได้แก่ 1) การสอดส่องดูแลประชาชนทุกครัวเรือนให้ปฏิบัติตามมาตรการและแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข 2) ดูแลความปลอดภัยในพื้นที่ให้แก่ทีมเครือข่ายในการลงพื้นที่เชิงรุก 3) แบ่งโซนรับผิดชอบครัวเรือนร่วมกับ อสม. ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

4.1 การสอดส่องดูแลประชาชนทุกครัวเรือนให้ปฏิบัติตามมาตรการและแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

การสอดส่องดูแลทุกข์สุขของประชาชนเป็นหน้าที่หลักของฝ่ายปกครองทั้งในยามปกติและเมื่อมีสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่จะต้องบูรณาการร่วมกันกับเครือข่ายปฐมภูมิ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

ผมสั่งผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่บ้านเวลาชาวบ้านจะทำธุรกรรม ต้องมีใบรับรองวัคซีนทุกครั้ง ก่อนถึงจะทำธุรกรรมให้ ขอเลขบ้าน แม้กระทั่งการแจ้งตายก็ต้องมีใบ

วัคซีน บัตรหมุดอายุ ก็ต้องมีใบวัคซีน ผมทำแบบนี้ได้ผลเวลาผ่านด่าน ก็ต้องมีใบวัคซีน (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน (ผญบ.) PCU-06 นราธิวาส 29/10/64)

ฉีดวัคซีน ชาวบ้านก็จะไม่รู้สึกกดดันเหมือนที่ปิดด่าน สาสุขของอย่างเดียวเขาก็ไม่มาฉีด พอทางปกครองตั้งเงื่อนไขแบบนี้ เขาก็ทยอยมามากขึ้น เราจะ walk in เข้ามามากกว่าที่เราเดินไปหา พอมันเยอะทำให้เจ้าหน้าที่ล้า มันต้องไปด้วยกัน

ถ้าสาสุขเราเดินหน้าอย่างเดียวก็ไม่ไหว ต้องเดินไปด้วยกัน แต่กว่าจะมาตรการนี้มาก็เป็นปี คือ อยากได้มาถ้ามาแรกๆ ก็คงจะทำงานแป๊บเดียวน่าจะจะได้ ไม่ยืดเยื้อ กว่าจะได้มันเข้าไปหน่อย (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข PCU-04 ปัตตานี 24/10/64)

การกักตัวที่บ้าน โต๊ะอิหม่าม ชุตรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) อสม. จัดเวรลาดตระเวนที่บ้าน ถ้าเขาต้องการความช่วยเหลือ ถ้าเขาออกนอกบ้าน ทีมงานดูแล เราจะช่วยตลอด หมู่ 4 เราได้รับความช่วยเหลือ เรามีทีมงานเข้มแข็งมาเข้าเวร (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผญบ. PCU-06 นราธิวาส 29/10/64)

4.2 ดูแลความปลอดภัยในพื้นที่ให้แก่ทีมเครือข่ายในการลงพื้นที่เชิงรุก

ก่อนการลงพื้นที่ทุกครั้งของทีมงานบุคลากรสาธารณสุขนั้น กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านจะมีการประชุมชี้แจง เพื่อทำความเข้าใจต่อประชาชนในพื้นที่ เพื่อสร้างความเข้าใจและให้การยอมรับในการตรวจคัดกรองโควิด-19 ในขณะเดียวกัน อสม.ก็จะประสานกับครอบครัวในเขตรับผิดชอบของตนเอง ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

รพ.สต.เราจะทำงานเชิงรุก และตั้งรับ การลงเชิงรุกต้องแจ้ง ผู้ใหญ่บ้าน ก่อน บางพื้นที่ข้อมูลยังไม่ถึงบางพื้นที่ยังไม่เข้าใจ เข้าใจผิดว่า จนท. ได้ค่าหัวคิวในการตรวจ เราจะต้องแจ้งผู้ใหญ่บ้านให้ทราบก่อนในการลงพื้นที่ ที่ เราทำงานเราต้องเข้าใจตรงกัน ในเชิงระบาดเราก็ลงไปทันที ในการตั้งรับที่ รพ.สต.ใครที่พร้อมที่มาร่วมมาได้ทุก

เมื่อ บางคนเข้าใจว่าเราไปตรวจ เราได้ค่าหัว เวลาประสาน เราจะประสาน อสม. ก่อน เพื่อให้ไปประสานงานต่อ สำคัญ ให้ประชาชนเข้าใจก่อน (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผอ.บ. PCU-01 ยะลา 17/10/64)

4.3 แบ่งโซนรับผิดชอบครัวเรือนร่วมกับ อสม.

ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านและ อสม.มีการแบ่ง โซนรับผิดชอบบ้านตามละแวกบ้านที่ใกล้เคียงกัน คนละ 10-15 ครัวเรือน เพื่อให้ความรู้ และเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ทำงานคู่กัน จะรับผิดชอบบ้านเป็นโซน ผู้ช่วย อสม. แต่ละคนจะรับผิดชอบตามหลังคาเรือน รับผิดชอบโซน ครอบครัว ทำกันมาก่อนหน้านี้อยู่แล้ว ทีมข้างบนก็จะเป็นบุคลากรสาธารณสุข กับปลัด จะทำงานประสานกัน (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผอ.บ. PCU-04 ปัตตานี 24/10/64)

วิธีแก้ไข เราต้องให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูก ต้อง แต่เราใช้วิธีแทรกซึมนะ ไม่ใช่แบบตั้งใจไปให้ความรู้ แบบแทรกซึมคือ ก็ค่อยๆ ไปคุยทุกวัน ตอนเช้าแถวๆ ร้านน้ำชา แต่ร้านน้ำชาส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ในกรณีผู้หญิงเราก็ใช้ให้ อสม. ไปคุยที่บ้าน แต่ในร้านน้ำชา ก็อาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อ เราก็ทำให้เค้าดู เช่นใส่แมส ล้างมือ อะไรแบบนี้ (สนทนากลุ่ม อสม. กำนัน ผอ.บ. จิตอาสา PCU-01 ยะลา 17/10/64)

5. บทบาทของผู้นำศาสนา ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19

บทบาทของผู้นำศาสนา ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้นำศาสนา มีความรู้ความเข้าใจในมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 2.90, SD = 0.56) รองลงมาคือค่าเฉลี่ยเท่ากัน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ด้านการติดตามและควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน และ

ด้านการสื่อสาร (mean = 2.75, SD = 0.54, mean = 2.75, SD = 0.57, mean = 2.75, SD = 0.61) น้อยที่สุดคือด้านการประสานงาน และด้านการจัดการข้อมูล (mean = 2.67, SD = 0.53) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.75, SD = 0.48) ในขณะเดียวกัน พบว่าผู้นำศาสนา มีบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในภาพรวมทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.96, SD = 0.50)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้นำศาสนาเป็นบุคคลสำคัญในชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เนื่องจากเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณที่ได้รับการยอมรับนับถือจากประชาชนซึ่งส่วนใหญ่ นับถือศาสนาอิสลาม ที่มีวิถีการดำเนินชีวิตที่ยึดโยงกับความเชื่อและหลักปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัด ดังนั้นในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้นำศาสนาในทุกพื้นที่ของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกับเครือข่าย ได้แก่ 1) เป็นผู้ชี้แนะชุมชนในการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุข เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตตามหลักศาสนาอิสลาม 2) เป็นศูนย์กลางในการให้การรับรองแนวทางปฏิบัติทางสุขภาพ และเผยแพร่ความรู้ที่เป็นที่ยอมรับของชุมชน 3) เป็นผู้ปลูกปลอบขวัญและให้กำลังใจประชาชนให้ยอมรับการปฏิบัติตามมาตรการ 4) บทบาทของจิตอาสาในการจัดการศพผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 โดยไม่มีค่าตอบแทน ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

5.1 เป็นผู้ชี้แนะชุมชนในการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตตามหลักศาสนาอิสลาม

วิถีการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติต่างๆ ของผู้นับถือศาสนาอิสลามต้องสอดคล้องกับศาสนา รวมถึงการดูแลสุขภาพก็ต้องสอดคล้องกัน ดังนั้นผู้นำศาสนาจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ชี้แนะชุมชนในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตตามหลักศาสนาอิสลาม ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

ความเชื่อชีวิตเป็นเรื่องของอัลเลาะห์กำหนดไว้ ..เมื่อป่วยก็รักษาแต่เรื่องวัคซีนก็ยังปฏิเสธ กระบวนการเปลี่ยนความคิด ความเชื่อในชุมชน ยังไม่ถึงคนที่ไปให้ข้อมูล ยังเข้าไม่ถึงชุมชน คนที่จะไปให้ข้อมูล เขาฟังจากนักวิชาการ ทางศาสนาที่เป็นที่ยอมรับ ครั้ฐาเชื่อถือ วิธีชีวิตของคน ที่นี้ฝากไว้หลักของศาสนาอิสลาม โต๊ะครู ทำอะไรต้องได้ บุญ...ต้องตั้งผู้รู้ทางศาสนาช่วยเรื่องเหล่านี้...เอาผู้นำ ทางศาสนาช่วยเป็นผู้มีความรู้...บูรณาการหลักศาสนา กับการแพทย์ให้สอดคล้องกัน เขาจะตามสุ่นาปีเขาจะ ได้บุญ... (สัมภาษณ์ สาธารณสุขอำเภอ PCU-04 ปัตตานี 24/10/64)

....ก็มีหลายมุมมอง บางคนก็คิดว่าวัคซีนเป็นตัว ยาที่ไม่สะอาดในเรื่องหลักการศาสนาไม่ Halal เขาคิด ไปเอง เขาไม่ได้วิจัย ความคิดของชาวบ้านก็ประมาณนั้น (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผญบ. PCU-06 นราธิวาส 29/10/64)

5.2 เป็นศูนย์กลางในการให้การรับรองแนวทางปฏิบัติทางสุขภาพ และเผยแพร่ความรู้ที่เป็นที่ยอมรับของชุมชน

ผู้นำศาสนามีบทบาทหลักที่สำคัญในการรับรองแนวทางปฏิบัติต่างๆ ของประชาชนที่สอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลาม มีการเผยแพร่ศาสนา ความรู้และข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในชุมชนที่มัสยิด เนื่องจากมัสยิดเป็นศูนย์รวมของประชาชนผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในการปฏิบัติศาสนกิจร่วมกัน โดยการละหมาดวันละ 5 เวลา และละหมาดใหญ่ทุกวันศุกร์ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

การยอมรับมาตรวจ ก่อนนี้เขาดูข่าวแต่เขาไม่เชื่อว่าจะเกิดกับเขาว่าเขาติดเชื้อ พอเราไปอธิบายเรื่องโรค ผู้ใหญ่บ้านพูดด้านกฎหมาย อบต.พูดในสิ่งสนับสนุน ผู้นำศาสนาจะพูดในวันศุกร์ การละหมาด 5 เวลาจะพูดตลอด ใช้ความศรัทธา ความเชื่อเดิมที่มีต่อกัน ใช้หลักคำสอนเรื่องศาสนา มายึดโยงกับโรคโควิด ทุกคนมีพื้นฐานอยู่แล้ว เว้นระยะห่าง การล้างมือ การกักตัว คนในห้ามออก คนนอก

ห้ามเข้า บางคนไม่ร่วมมือ แต่พอเราบอกเขาก็จะร่วมมือ ต้องพูดตามหลักคำสอนศาสนา ต้องพูดโดยผู้นำศาสนา โดย โต๊ะอิหม่าม โต๊ะครู (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผญบ. PCU-01-ยะลา)

ให้ความรู้ ประกาศเสียงตามสายในมัสยิด เป็นศูนย์ข้อมูลในพื้นที่ เดิมชาวบ้านหวาดกลัว ผู้นำศาสนาไปเยี่ยมถึงบ้าน ร่วมกับผู้ใหญ่บ้าน มีคณะกรรมการมัสยิดทำงานในพื้นที่ทุกหมู่บ้าน ประธานจะเป็นผู้ใหญ่บ้าน มีคณะกรรมการมัสยิดร่วมด้วย 8 คน เราทำงานร่วมกัน มี โต๊ะอิหม่ามจะเป็นหลักในเรื่องศาสนา (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผญบ. PCU-01-ยะลา)

5.3 เป็นผู้ปลูกปลอบขวัญและให้กำลังใจประชาชนให้ยอมรับการปฏิบัติตามมาตรการ

ผู้นำศาสนามีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข ในการส่งเสริมกำลังใจ ทำความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่เพื่อให้ปฏิบัติตามมาตรการในการตรวจคัดกรองโควิด-19 เพื่อรับการตรวจรักษา และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

ผมไปทำงานวันหยุด มีเสียงโทรศัพท์ดังเข้ามา ...รู้ข่าวแล้วยัง คนเขาตูมไปร่วมตะวะ ที่มาเลเซียด้วย ...เย็นวันนั้นได้ไปหาคนที่ไปมาเลเซีย..แต่ยังไม่มีอาการ พยายามให้เขาอยู่บ้าน...รพ.มา ได้ประสานกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ไม่ให้เขาออกจากบ้าน พรุ่งนี้ โรงพยาบาลจะมารับ ผู้นำศาสนา มาช่วยพูด จนเขายอมไป (สนทนากลุ่ม PCU-03 ปัตตานี 8/4/64)

5.4 บทบาทเป็นจิตอาสาในการจัดการศพผู้เสียชีวิตจากโควิด-19

โดยไม่มีค่าตอบแทน ในการจัดการศพผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 เนื่องจากเป็นโรคติดต่ออันตราย ในช่วงแรกผู้นำศาสนา และญาติไม่ได้มีส่วนร่วมในการจัดการศพตามหลักศาสนาและประเพณี ผู้นำศาสนาได้มีบทบาทสำคัญในการเป็นจิตอาสาในการช่วยจัดการศพผู้เสียชีวิต เพื่อช่วยเยียวยาจิตใจของญาติในการจัดการศพตามความเชื่อ และรับศพมาฝังที่โกโบรีใกล้บ้าน ร่วมกับทีมสุขภาพของสถาน

บริการ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

ทุกครั้งที่มีคนเสียชีวิต ผมก็แจ้งโต๊ะอิหม่ามที่บ้านผมคนที่เสียชีวิต ผู้ใหญ่บ้านจะเป็นคนไปรับศพ ผมไปรับศพกับแบอ้ง (จิตอาสา) แจ้งโต๊ะอิหม่ามในพื้นที่ส่งไลน์ไปติดต่อ รพ. โกลก แต่ก่อน รพ. โกลก ไม่ยอมให้นำศพกลับมาฝังที่กูโบร์บ้านเรา เขาให้ฝังที่กูโบร์กลางของอำเภอ ผมเห็นใจชาวบ้าน ผมไปคุยกับอำเภอ คุยกับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย-โก-ลก แก่ก็เข้าใจปัญหาของชาวบ้าน ปัญหาทางจิตใจ รพ. กำชับมาเลยว่าต้องมีผู้ใหญ่บ้าน ชุติรักษาคุ้มครองความปลอดภัยในหมู่บ้าน (ชรบ.) ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ป้องกันไม่ให้ชาวบ้านเข้ามา ตอนแรกชาวบ้านก็ไม่เข้าใจ ได้ทำความเข้าใจกับชาวบ้านว่าโรคนี้เป็นโรคติดต่อต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ชาวบ้านก็เข้าใจ นี่แหละปัญหาทุกปัญหาเราต้องคุยกัน เพื่อทำความเข้าใจ ก่อนละหมาดวันศุกร์ที่เป็นวันละหมาดใหญ่ คนมารวมตัวเป็นร้อย ดึกกว่าร้านกาแฟ ทำเป็นกิจวัตร ผู้ใหญ่บ้านคุยกับชาวบ้านก่อนก่อนอ่านฮุตบะฮะ (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผอ.บ. PCU-04 นราธิวาส 29/10/64)

สิ่งที่ดี ต้องขอขอบคุณกำนัน ผู้ใหญ่ นำศพกลับมาฝังที่กูโบร์ที่บ้าน เป็นการเยียวยาจิตใจที่ดีที่สุดการเสียชีวิตเราก็เสียใจอยู่แล้ว ได้กลับมาฝังที่บ้านเราก็ดีใจ ผู้ใหญ่บ้านไปเซ็นรับรอง รับประกันว่าญาติพี่น้องไม่เปิดศพ เจ้าหน้าที่ไว้วางใจ อยากรู้โควิดไปเร็วๆ เรากลัวโควิดเดือนรอมฎอน (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผอ.บ. PCU-06 นราธิวาส 29/10/64)

วิจารณ์และข้อยุติ

จากผลการวิจัย พบว่า เครือข่ายปฐมภูมิมีการบูรณาการทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกัน เพื่อคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยมีบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. เป็นแกนนำหลักสำคัญ ร่วมกับองค์กรและบุคลากรในพื้นที่ ร่วมเป็นกำลังเสริม ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ รวมทั้งจิตอาสาในชุมชน โดยบุคลากร

สาธารณสุข มีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้เรื่องโควิด-19 ให้ทีมงานเครือข่าย และการปฏิบัติตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 แต่จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้ความเข้าใจในมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยโดยรวมในระดับมาก ในขณะที่ความรู้ความเข้าใจในมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของเครือข่ายปฐมภูมิ ได้แก่ อสม. ผู้นำศาสนา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโควิด-19 และการปฏิบัติตามมาตรการในช่วงแรกของการแพร่ระบาดของโควิด-19 สอดคล้องกับงานวิจัยของของธานี และคณะ⁽³⁾ ที่ศึกษาระดับปฏิบัติการตามมาตรการสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโควิด-19 ของครัวเรือนไทย จำนวน 7,569 คน ช่วงวันที่ 5-9 เมษายน 2563 ก่อนประกาศล็อกดาวน์ ได้แก่ การปฏิบัติตามแนวทางสาธารณสุข ในประเด็น การเว้นระยะห่างทางสังคม การไม่ออกนอกบ้านถ้าไม่จำเป็น การไม่ไปชุมนุมกัน การไม่อยู่ในที่แออัด และการรักษาสุขอนามัยในการล้างมือ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในชายแดนภาคใต้มีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติตามร้อยละ 78.8 และประชาชนในชายแดนภาคใต้ มีกิจกรรมการพบปะสังสรรค์กันในช่วงเย็นสูงสุดร้อยละ 15 สถานที่ คือบ้านคนรู้จัก และสถานที่ทางศาสนา ซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อในพื้นที่

ในด้านบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของเครือข่าย พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 3.19, SD = 0.51) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.33, SD = 0.56) เนื่องจาก นโยบายของประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความ

ในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) 3 เมษายน 2563 โดยกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ ได้กำหนดมาตรการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการควบคุมป้องกันโควิด-19 ประกอบด้วยมาตรการสำคัญ 6 ด้าน (6 C) ได้แก่ 1) การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด่านสถานพยาบาลและชุมชน (capture) 2) การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ (case management and infection control) 3) การติดตามผู้สัมผัสโรค (contact tracing) 4) การสื่อสารความเสี่ยง (communication) 5) การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย (community intervention and law enforcement) 6) การประสานงานและจัดการข้อมูล (coordinating and joint information center) ซึ่งมาตรการและแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขของไทยดังกล่าว สอดคล้องกับมาตรการขององค์การอนามัยโลกในการกำหนดแนวทางในป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด-19 ตลอดถึงการกำหนดบทบาทและแนวทางให้หน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นด่านหน้า ในการคัดกรองเพื่อการวินิจฉัยและควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19^(11,12)

จากนโยบายและมาตรการดังกล่าวข้างต้น นำไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายจากทุกภาคส่วนอย่างชัดเจน ลงสู่การปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในทุกพื้นที่ ตามบทบาทหน้าที่หลักของตนเองและบทบาทร่วมกันของเครือข่าย โดยมีผู้บริหารและบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นแกนนำหลักในการทำงานที่เชื่อมประสานเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ ประกอบด้วย 5 เสาหลัก เสาหลักที่ 1 ได้แก่ อสม.จะมีบทบาทเป็นด่านหน้าในการทำงานเชิงรุกในการคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของกิติพร, นภชา, นวรัตน์และกษกร⁽¹³⁾ ศึกษาความสำเร็จในการดำเนินการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า ความสำเร็จในการดำเนินการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของไทย อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยโดยรวม $4.68 \text{ SD} = 0.34$ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความสำเร็จในการควบคุมโควิด-19 เชิงรุกของ อสม. มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ในขณะที่เสาหลักที่ 2 ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุข มีบทบาทเป็นเหมือนแม่ทัพใหญ่ของระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะต้องวางแผนงานและบริหารจัดการท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของโรคอย่างต่อเนื่องเป็นระลอก พร้อมๆ กับการเปลี่ยนแปลงนโยบายและมาตรการต่างๆ ในการรับมือ และการสื่อสารข้อมูลเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจของเครือข่ายปฐมภูมิและประชาชนในพื้นที่ ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาระบบสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งเชิงรับและเชิงรุกในช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่มีการระบาดเพิ่มขึ้นติด 10 อันดับแรกของประเทศ⁽⁴⁾ เพื่อเร่งค้นหาและติดตามกลุ่มเสี่ยง การส่งต่อ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 เสาหลักที่ 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพ การจัดอาคารสถานที่ในการกักตัว เสาหลักที่ 4 ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มีบทบาทหลักในการบังคับใช้กฎหมาย ติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับ อสม. เสาหลักที่ 5 ผู้นำศาสนาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการชี้นำให้ความรู้และแนวทางปฏิบัติกับประชาชนที่มีสัณยคติอย่างต่อเนื่องทุกวันศุกร์ ทำให้เกิดการยอมรับของประชาชนในพื้นที่ในการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ที่ทำให้เกิดความร่วมมือและยอมรับของประชาชนในพื้นที่ในการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อในชุมชน การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในระบบบริการปฐมภูมิดังกล่าวทำให้เกิดพลังสามัคคี ความร่วมมือจากทุกสาขาวิชาชีพ จากทุกภาคส่วนในพื้นที่ เพื่อต่อสู้และยับยั้งการระบาดของโควิด-19 และเป็นแนวทางในการสร้างการ

มีส่วนร่วมทำงานในด้านอื่นๆ ในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารสาธารณสุขในระดับจังหวัดควรส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาความรู้ ความสามารถและการบริหารจัดการของบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้เป็นแกนนำหลักในการถ่ายทอดความรู้ให้กับเครือข่ายปฐมภูมิในการรับมือกับสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 การติดตามอาการ และดูแลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหลังติดเชื้อโควิด-19 รวมถึงการรับมือกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ ในพื้นที่
2. กระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารสาธารณสุขในระดับจังหวัดควรมีการกำหนดนโยบายในการให้ผู้นำศาสนา โต๊ะครู โต๊ะอิหม่ามของทุกมัสยิด ในทุกพื้นที่ของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้เป็นแกนนำหลักในชุมชนร่วมกับทีมบุคลากรสาธารณสุข เพื่อร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพในทุกมิติ ทั้งการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาล ร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติหรือมาตรการตามบริบทของพื้นที่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อควบคุมป้องกันการระบาดของโควิด-19 และปัญหาสุขภาพอื่นๆ ของพื้นที่ที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามแนวปฏิบัติตามของหลักศาสนาอิสลาม รวมถึงการเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจแก่ประชาชนในทุกมัสยิด
3. สมาคมหรือองค์กรวิชาชีพต่างๆ ควรมีการสร้างขวัญกำลังใจให้กับทีมงานสหสาขาวิชาชีพและทีมงานเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ที่ร่วมทำงานในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ด้วยความเสียสละทุ่มเทในเขตพื้นที่ชายแดน โดยไม่เห็นแก่เหน็ดเหนื่อย เช่น การให้เกียรติบัตรเพื่อยกย่องชมเชย การเยี่ยมเยียนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่
4. หน่วยบริการปฐมภูมิในระดับจังหวัดและพื้นที่ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชน เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและความ

ตระหนักรู้แก่ประชาชน ในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพตนเอง และการป้องกันโรค ตั้งแต่ระดับครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

5. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย ได้แก่ ผู้นำศาสนา ผู้นำท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ในการจัดการสุขภาพของชุมชนโดยชุมชน เช่น การดูแลและติดตามอาการกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหลังติดเชื้อโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แนวปฏิบัติของชุมชนในการป้องกันการระบาดของโควิด-19 หรือโรคระบาดอื่นๆ จากเขตชายแดนหรือในประเทศอื่นๆ ด้านสุขภาพตามบริบทปัญหาของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนงบประมาณการวิจัยในครั้งนี้ เครือข่ายปฐมภูมิจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ 3 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำศาสนา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา กู้ชีพกู้ภัย และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานของเครือข่ายปฐมภูมิ ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

References

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The coronavirus disease 2019 situation, 12 July 2020 [cited 2021 Mar]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboards/?dashboards=province>. (in Thai)
2. Causes of COVID-19 infection in the southern border provinces. [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG2003291649589>. (in Thai)
3. Chiwat T, Mai-Ngam N, Dumchuen N, Amesbutr J, Thana P, Chisrilak C. Behavioral economics on life journey and

- collective action of Thai household under COVID-19 situation. Health Systems Research Institute; 2021 [cited 2021 Jul 20]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5233?show=full>. (in Thai)
4. The Royal Thai Government. The coronavirus disease 2019 situation, 11 October 2022 [cited 2022 Sep]. Available from: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/index/1176>. (in Thai)
 5. The Royal Thai Government. Primary care system helps Thai people control COVID-19 15 May 2020, 11 October [cited 2022 Sep]. Available from: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/index/1176>. (in Thai)
 6. Chuengsatiansup K, Kata P. Primary care services: Philosophy to practices in new dimension [cited 2021 Mar]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4872/hs1458.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. (in Thai)
 7. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guideline of health workers to response in the event of coronavirus disease 2019 outbreak [cited 2021 Mar]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/G42_1.pdf. (in Thai)
 8. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Public health practice guidelines for the management of COVID-19 pandemic under the section 9 of the emergency decree B.E 2548 (No 1), 3 April 2020 [cited 2021 Mar], Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other02.pdf. (in Thai)
 9. Mile MB, Huberman AM. An expanded sourcebook: Qualitative data analysis. 2nd ed. California: Sage; 1994.
 10. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. California: Sage; 1985.
 11. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed. [cited 2021 Mar]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331510/WHO-2019-nCov-HCWadvice-2020.2-eng.pdf>.
 12. World Health Organization. Role of primary care in the COVID-19 response. [cited 2021 Mar]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
 13. Nawsuwan K, Singweratham N, Theppakson P. Composition and indicators for successful implementation of novel coronavirus (COVID-19) in the community of village health volunteers (VHVs) in Thailand. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2020 [cited 2021 Mar];7(2):a-e. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/242083/164646>. (in Thai)