

บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวัง
กลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ประเทศไทย

Management of Covid-19 in Border Provinces of Southern Thailand:
The Roles of Health Professionals in the Primary Healthcare System

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง^{1*}, วิลโล อุดมพิทยาสรรพ์², ปรียานุช ชัยกองเกียรติ³, อัจฉรา มุสิกวัฒน์³, คอลิด ครุณันท์³,
ผุสนีย์ แก้วมณีย์³, เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา³, พิชญ์ชญาธิษฐ์ เรืองเริงกุลฤทธิ์³, นุศรา ดาวโรจน์³, อนุชิต คลังมัน³
Doungjai Plianbumroong^{1*}, Wilai Udompittayason², Preeyanuch Chaikongkiat³, Atchara Musigawan³,
Kholid Karunan³, Pootsanee Kaewmanee³, Khemmapat Kajonkittiya³, Pichayanit Ruangroengkulrit³,
Nutsara Dowrote³, Anuchit Klangman³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Trang. Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute

²Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University, Pattani Campus

³Boromarajonani College of Nursing, Yala. Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute

(Received: September 7, 2024; Revised: December 10, 2024; Accepted: December 12, 2024)

บทคัดย่อ

วิจัยแบบผสมผสานนี้เพื่อศึกษาความรู้ และบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 สุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควตาจากอำเภอที่มีการติดเชื้อสูงสุด 3 จังหวัดชายแดนใต้ 67 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ และบทบาทการปฏิบัติตามมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ค่าความเชื่อมั่น 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในผู้บริหาร และบุคลากรสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบหาประเด็นสำคัญ ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.37$, $SD = 0.49$)
2. บุคลากรสาธารณสุข มีระดับการปฏิบัติบทบาทตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.45$, $SD = 0.45$) โดยมีบทบาทสำคัญ 1) บริหารจัดการระบบบริการตามความเชื่อและวิถีชุมชน 2) ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันเหตุการณ์โดยใช้สื่อออนไลน์ 3) เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการสุขภาพและการสื่อสารกับทีม 4) จัดบริการเชิงรุกเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และ 5) ปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์ใหม่
3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่ 1) พัฒนาสมรรถนะการดูแลโควิด-19 ที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน 2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นแกนหลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 3) กำหนดนโยบายพื้นที่พิเศษ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค 4) พัฒนาระบบการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ 5) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการทำงาน 6) กำหนดแนวทางเสริมพลังให้บุคลากรสาธารณสุข

ดังนั้นควรคำนึงถึงบริบท 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่มีลักษณะเฉพาะเชิงสังคมและภูมิศาสตร์ เพื่อวางแผนจัดการที่มีลักษณะเฉพาะ กำหนดแนวทางการประสานงานกับภาคีเครือข่าย เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการบริหารจัดการ

คำสำคัญ: บุคลากรสาธารณสุข การคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 สามจังหวัดชายแดนใต้

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: doungjai@bcnt.ac.th)

Abstract

This mixed-method research aimed to study the knowledge and roles of public health professionals in the primary healthcare system in screening and monitoring covid-19 risk groups. A quota sample of 67 people was selected from the districts with the highest numbers of infections in the three southern border provinces. Data were collected using a questionnaire on knowledge and roles in implementing measures for screening and monitoring covid-19 risk groups. The reliability score was 0.98. Data were analyzed using mean and standard deviation. In-depth interviews were conducted with executives and public health personnel, using a semi-structured interview form. Qualitative data were analyzed to find key points. The results were as follows.

1. The overall knowledge of public health personnel was at a high level ($M = 3.37, SD = 0.49$).
2. Overall, public health professionals had a high level of performance ($M = 3.45, SD = 0.45$) in accordance with measures for screening and monitoring covid-19 risk groups. The most important roles were: 1) managing the service system according to beliefs and community lifestyles, 2) providing accurate and timely information using online media, 3) being a center for health management and communication with the team, 4) providing proactive services to prevent and control infections, and 5) adjusting the healthcare service system to support the new situation.

3. Policy recommendations included: 1) developing the covid-19 care competencies that are consistent with the community's lifestyle and culture, 2) developing the primary health care system as the core of holistic healthcare, 3) establishing a special area policy to prevent the spread of the disease, 4) developing a communication system using modern technology, 5) creating participation of network partners in work, and 6) establishing guidelines to empower public health personnel.

Therefore, in the particular context of the three southern border provinces, which have specific social, legal and geographical characteristics, should be taken into account in order to reduce duplication in management.

Keywords: Health Professionals, Covid-19 Screening and Surveillance, Three Southern Border Provinces

บทนำ

สถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทยเริ่มต้นจากการพบผู้ติดเชื้อรายแรกในเดือนมกราคม 2563 ซึ่งนำไปสู่การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินและมาตรการล็อกดาวน์อย่างเข้มงวด รัฐบาลสามารถควบคุมการระบาดได้ดีในช่วงกลางปี 2563 แต่การระบาดระลอกใหม่ในปลายปี 2563 และต้นปี 2564 ทำให้สถานการณ์ซับซ้อนขึ้น โดยเฉพาะจากการแพร่ระบาดของสายพันธุ์อัลฟาและเดลตา ประเทศเผชิญกับการขาดแคลนเตียงในโรงพยาบาลและทรัพยากรทางการแพทย์ ผลกระทบจากโควิด-19 มีความรุนแรงในหลายด้าน เช่น เศรษฐกิจที่หดตัวจากการหยุดชะงักของภาคการท่องเที่ยวและส่งออก สุขภาพจิตของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากความเครียดและความสูญเสีย และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนการสอนสู่ระบบออนไลน์ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการทางสุขภาพเป็นต้น สำหรับการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส มีแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ในช่วงแรกของการระบาด พ.ศ. 2563 การแพร่ระบาดในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ยังไม่รุนแรงมากนัก อาจเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่อยู่ไกลจากเมืองใหญ่ และมีการเคลื่อนย้ายประชากรค่อนข้างจำกัด แต่ต่อมาพบว่าการระบาดกลับทวีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะในช่วงปี พ.ศ. 2564 ที่มีการระบาดของโควิด-19 สายพันธุ์ใหม่ คือ สายพันธุ์เดลตา ซึ่งมีความสามารถในการแพร่เชื้อสูง พบว่า ชายแดนภาคใต้ มีอัตรา

การติดเชื้อที่สูงติดอันดับต้นของประเทศ ข้อมูลผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของประเทศ ณ วันที่ 12 กรกฎาคม 2563 (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020) เมื่อจัดอันดับการติดเชื้อของประเทศ พบว่า จังหวัดยะลามีผู้ติดเชื้อเป็นอันดับที่ 4 คือมีผู้ติดเชื้อ 133 ราย เสียชีวิต 2 ราย จังหวัดปัตตานีเป็นอันดับที่ 7 มีผู้ติดเชื้อ 94 ราย เสียชีวิต 1 ราย และจังหวัดนราธิวาสเป็นอันดับที่ 11 มีผู้ติดเชื้อ 43 ราย เสียชีวิต 2 ราย สาเหตุของการติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัด 3 ชายแดนใต้ ที่มีพื้นที่ส่วนใหญ่ติดกับชายแดนมาเลเซีย ประชาชนมีการเดินทางผ่านเขตแดน ทั้งช่องทางปกติ และช่องทางธรรมชาติที่ไม่ผ่านการตรวจคัดกรองบ่อยครั้ง เพราะส่วนใหญ่บริบทของประชาชนทั้ง 2 ประเทศ ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ส่วนใหญ่จะมีการปฏิสัมพันธ์กันเป็นอย่างดีมีระบบเครือญาติ มักจะเดินทางไปมาหาสู่กัน เป็นปกติ จากการเดินทางกลับจากการประกอบอาชีพการงาน การค้าขาย การไปประกอบพิธีทางศาสนา หรือการไปศึกษาในประเทศเพื่อนบ้าน เป็นต้น โดยข้อมูล ณ วันที่ 29 มีนาคม 2563 พบรายงานผู้ติดเชื้อ 35 ราย และเสียชีวิต 1 ราย (Thai News, 2021) ซึ่งจากสถานการณ์การติดเชื้อดังกล่าว ส่งผลกระทบที่เกิดขึ้นในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้หลายด้าน อาทิ มีจำนวนผู้ติดเชื้อ และเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว เด็ก และหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในพื้นที่โดยโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานหนักขึ้น ผลกระทบต่อเศรษฐกิจในพื้นที่อย่างรุนแรง โดยเฉพาะในภาคการเกษตรและการประมง ซึ่งเป็นอาชีพหลักของประชากรในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีการปิดด่านชายแดน ส่งผลกระทบต่อการค้าขายระหว่างประเทศ กับประเทศเพื่อนบ้าน ด้านสังคม ทำให้เกิดความตึงเครียด โดยเฉพาะผู้ที่ต้องถูกกักตัวและได้รับผลกระทบจากการปิดกิจการ และการจำกัดการเดินทาง นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงของการแพร่ระบาดในกลุ่มคนที่มีความเชื่อแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ในชุมชน การจัดการและการรับมือกับการแพร่ระบาดในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ เป็นเรื่องที่ท้าทาย เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีความซับซ้อนทางด้านการเมือง สังคม และวัฒนธรรม (Chiwat, Mai-Ngam, Dumchuen, Amesbutr, Thana, & Chisrilak, 2023) การปฏิบัติตามบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการดูแล การคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในระบบบริการปฐมภูมิจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนารูปแบบ และวิธีการตามบทบาทให้เหมาะสม และทันต่อการเปลี่ยนแปลง การวางแผนในการรับมือกับสถานการณ์ของการเกิดโรคระบาดตั้งแต่เนิ่น ๆ โดยสร้างความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถจำกัดโรคระบาดโควิด-19 ได้ (Joost, Benedetta, & Shaheen, 2020) เช่นเดียวกับการปรับบทบาทของพยาบาลปฐมภูมิ ที่ให้การดูแลประชาชนที่มีภาวะเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่เปลี่ยนจากรูปแบบวิธีการจากการอบรม ให้ความรู้ในสถานบริการหรือในที่ตั้ง เป็นการให้ความรู้ผ่านระบบออนไลน์แทน (Ritruethai, Phag-Udom, & Charoenchai, 2021) และพยาบาลยังต้องมีบทบาทที่เน้นการคัดกรองเบื้องต้น ติดตามผู้เสี่ยงสูง และให้ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเป็นภารกิจสำคัญเร่งด่วน ในขณะที่แพทย์ทำหน้าที่วางแผนแนวทางการคัดกรอง ประเมินอาการ และส่งต่อผู้ป่วยรุนแรง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง สนับสนุนการตรวจหาเชื้อ และประสานงานในชุมชน นักวิชาการสาธารณสุขวิเคราะห์ข้อมูลการระบาด สร้างสื่อให้ความรู้ และประเมินผลระบบบริการ นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ให้คำปรึกษาด้านจิตใจและสนับสนุนผู้ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและให้คำแนะนำประชาชนในชุมชน รวมถึงสนับสนุนการทำงานของหน่วยบริการ ความร่วมมือของบุคลากรทุกฝ่ายช่วยลดการแพร่ระบาด สร้างความปลอดภัยในชุมชน และเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพในระยะยาว

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการที่จะนำผลการศึกษาไปสู่การสร้างองค์ความรู้ความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนบทบาทการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ที่สอดคล้องกับมาตรการ 6 ด้าน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ความเชื่อ ศาสนา วิถีการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมของประชาชน ชุมชน และนำไปสู่การเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดระบบบริการสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้
2. เพื่อศึกษาบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้
3. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัย โดยใช้แนวทางปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยมาตรการ 6 ด้าน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021) ได้แก่ 1) การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด่าน สถานพยาบาล และชุมชน (Capture) 2) การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ (Case Management and Infection Control) 3) การติดตามผู้สัมผัสโรค (Contact Tracing) 4) การสื่อสารความเสี่ยง (Communication) 5) การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย (Community Intervention and Law Enforcement) และ 6) การประสานงานและจัดการข้อมูล (Coordinating and Joint Information Center) กับรูปแบบการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในบริบทพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยมีกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือน เมษายน - ธันวาคม 2564 รายละเอียด ดังนี้

วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ หรือมีส่วนร่วมในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มประกาศมาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ ย้ายออกนอกพื้นที่ และไม่สะดวกเดินทางมาให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส โดยการสุ่มแบบกำหนดโควตา (Quota) จังหวัดละ 2 อำเภอ โดยเลือกจากอำเภอที่มีอัตราผู้ติดเชื้อมากที่สุด 2 อันดับแรกของแต่ละจังหวัด รวม 6 อำเภอ และในแต่ละอำเภอเลือก 1 ตำบล ที่มีระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่มีผลลัพธ์ของการดำเนินงานในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 มากที่สุดของระดับอำเภอ รวม 6 ตำบล ๆ ละ 10 คน รวม 60 คน แต่ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมวิจัยรวม 67 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตามมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 จำนวน 41 ข้อ และแบบสอบถามบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 จำนวน 48 ข้อ เป็นแบบสอบถามตามมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 ด้าน (Department of Disease

Control, Ministry of Public Health, 2021) ได้แก่ ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ด้านการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน ด้านการสื่อสารความเสี่ยง ด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย และด้านการประสานงานและการจัดการข้อมูล เป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับและนำมาจัดกลุ่มระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติตามบทบาทแบ่งเป็น 3 ระดับ (Vorapongsathorn, 2015) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง ความรู้และระดับการปฏิบัติตามบทบาทระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง ความรู้และระดับการปฏิบัติตามบทบาทระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง ความรู้และระดับการปฏิบัติตามบทบาทระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้ และแบบสอบถามบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 จำนวน 6 ด้าน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการโรคระบาดโควิด-19 จำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยระบบสุขภาพชุมชน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับ 3 จังหวัดชายแดนใต้ 1 คน และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index: IOC) มีค่าเท่ากับ .67 - 1.00 และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลท่าสาป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น r เท่ากับ .98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม - มีนาคม 2564 ดังนี้

1. ติดต่อผู้ประสานงานในพื้นที่ และทำหนังสือขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 3 จังหวัดชายแดนใต้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เตรียมความพร้อมของทีมและผู้ประสานงานในพื้นที่ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และนัดหมายวันเวลา สถานที่ในการลงเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อความเข้าใจตรงกัน
3. ประชุมเตรียมความพร้อมของทีมวิจัยในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และวางแผนการดำเนินงาน
4. ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัยที่ใช้ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ และวิธีการจัดการกับข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ความรู้และบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขตามมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิธีเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ในแต่ละตำบล มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามโควตา จากกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ดังนี้ ผู้บริหารสาธารณสุข 2 คน/ตำบล รวม 6 คน บุคลากรสาธารณสุข 12 คน/ตำบล รวม 72 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับบทบาทในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ผู้วิจัย ตามมาตรการ 6 ด้านของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก แฟ้มข้อมูลการวิจัย

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการโรคระบาดโควิด 19 จำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยระบบสุขภาพในชุมชน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 1 คน และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรในพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้คำถามที่เหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน - ธันวาคม 2564 เช่นเดียวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเพิ่มเติมรายละเอียดเฉพาะในการเตรียมความพร้อมของทีมงานวิจัยในการลงพื้นที่ภาคสนามในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม มีนักวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการประชุมเตรียมความพร้อมของทีมวิจัยเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน หลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในแต่ละครั้ง นักวิจัยจะมีการประชุมเพื่อสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง เพื่อหาประเด็นสำคัญ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบ Thematic analysis ใช้กรอบแนวคิดของ ไมล์ และฮิวเบอร์แมน (Miles & Huberman, 1994) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การลดทอนข้อมูล (Data Reduction) เพื่อหาประเด็นสำคัญที่ได้จากการเก็บข้อมูลการวิจัย โดยนำข้อมูลดิบที่ได้จากการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มมาหาประเด็นสำคัญที่เป็นข้อค้นพบจากงานวิจัย และนำมาให้รหัสข้อมูล (Coding) โดยเลือกข้อความที่มีความหมายตรงประเด็นกับเรื่องที่ต้องการวิเคราะห์มากำหนดรหัส แต่ในส่วนประเด็นและความหมายยังครอบคลุมเหมือนเดิม ประเด็นที่ได้ต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย คำถามในการวิจัย ข้อความที่ถูกย่อ หรือทอนข้อมูลลง จะยังคงไว้ซึ่งประเด็นและความหมายที่ครอบคลุมเหมือนเดิม

2. นำข้อมูลที่ได้มาจัดกลุ่มข้อมูล (Categories) มาแยกข้อมูลที่เหมือนกันมารวมกัน กำหนดเป็นชุดของข้อมูลเพื่อนำมากำหนดเป็นประเด็นหลักของการวิจัย (Themes) สืบด้วยชื่อ หรือข้อความที่สอดคล้องกับชุดข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ที่เป็นภาพรวมทั้งหมดของงานวิจัย

3. นำข้อมูลที่ได้จากประเด็นหลักมาจัดหมวดหมู่ความเชื่อมโยงเพื่อหาความสัมพันธ์ (Data Display) เขียนเป็นแผนผัง หรือ Model ของบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการจัดการภาวะวิกฤติและหลังภาวะวิกฤติของโควิด-19

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางในการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness) โดยใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของ ลินคอร์น และกูบา (Lincoln & Guba, 1985) 4 ประการ ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูลวิจัย (Credibility) 2) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากแต่ละพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน (Transferability) 3) การตรวจสอบข้อมูล จากบุคคลภายนอกที่เป็นปรีกษางานวิจัยในพื้นที่ (Dependability) 4) การตรวจสอบและยืนยันได้ของข้อค้นพบ (Confirmability)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ 171/2563

ผลการวิจัย

1. ความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไปพบว่าบุคลากรสาธารณสุข 67 คนอยู่ในจังหวัดยะลา 22 คน (ร้อยละ 32.84) ปัตตานี 23 คน (ร้อยละ 34.32) และนราธิวาส 22 คน (ร้อยละ 84.32) ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 51 คน (ร้อยละ 76.12) มีอายุระหว่าง 20 - 35 ปี จำนวน 37 คน (ร้อยละ 55.22) มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 54 คน (ร้อยละ 80.60) และส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 58 คน (ร้อยละ 86.57)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของ บุคลากรสาธารณสุข ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ จำแนกรายด้านและโดยรวม

ความรู้ในมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	M	SD	ระดับ
ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	3.42	0.53	มาก
ด้านการดูแลผู้ป่วย และการป้องกันการติดเชื้อ	3.35	0.50	มาก
การติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน	3.39	0.52	มาก
ด้านการสื่อสารความเสี่ยง	3.39	0.52	มาก
การใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมาย	3.39	0.54	มาก
การประสานงาน และการจัดการข้อมูล	3.28	0.52	มาก
ภาพรวม	3.37	0.49	มาก

จากตาราง 1 พบว่า บุคลากรสาธารณสุข มีระดับความรู้ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.37, SD = 0.49$) และเมื่อพิจารณาทางด้านก็พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับ คือ ด้านการติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน และด้านการสื่อสารความเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($M = 3.39, SD = 0.52$) และด้านการใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมาย ($M = 3.39, SD = 0.54$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการประสานงาน และการจัดการข้อมูล ($M = 3.28, SD = 0.52$)

2. บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ จำแนกรายด้านและโดยรวม

บทบาทตามมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	M	SD	ระดับ
ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	3.69	0.46	มาก
ด้านการดูแลผู้ป่วย และการป้องกันการติดเชื้อ	3.48	0.49	มาก
การติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน	3.36	0.58	มาก
ด้านการสื่อสารความเสี่ยง	3.48	0.50	มาก
การใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมาย	3.39	0.62	มาก
การประสานงาน และการจัดการข้อมูล	3.28	0.58	มาก
ภาพรวม	3.45	0.45	มาก

จากตาราง 2 พบว่า บุคลากรสาธารณสุข มีระดับการปฏิบัติบทบาทตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.45, SD = 0.45$) และเมื่อพิจารณาทางด้านก็พบว่าทุกด้านอยู่ใน

ระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับคือ ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ด้านการดูแลผู้ป่วย และการป้องกันการติดเชื้อ และด้านการสื่อสารความเสี่ยง ($M = 3.69, SD = 0.46, M = 3.48, SD = 0.49$ และ $M = 3.48, SD = 0.50$ ตามลำดับ) ด้านที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการประสานงาน และการจัดการข้อมูล ($M = 3.28, SD = 0.58$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ตามมาตราการ 6 ด้านของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิมีหลากหลายกลุ่มวิชาชีพ ทั้งในบทบาทผู้บริหาร และระดับปฏิบัติการ โดยมีบทบาทหลักในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ได้แก่ 1) การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพตามความเชื่อ และวิถีชุมชน 2) การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันเหตุการณ์กับประชาชนเกี่ยวกับการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยใช้สื่อออนไลน์ 3) การเป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการบริการสุขภาพ และการสื่อสารให้กับทีมสุขภาพประชาชน และชุมชน 4) การจัดบริการเชิงรุกเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด-19 และ 5) การปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์ใหม่ ตามการให้ข้อมูลต่อไปนี้

1. การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพตามความเชื่อ และวิถีชุมชน ในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เป็นบทบาทสำคัญของผู้บริหารสาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่ มีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคระบาดเพื่อกำหนดบทบาทความรับผิดชอบร่วมกันในการทำงาน ในการบริหารจัดการวางแผน และการดำเนินการในพื้นที่จะต้องสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามหลักความเชื่อ วิถีการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน และประชาชนดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“หลังจากเริ่มมีการระบาด รพ.เปิด EOC มีการบริหารจัดการ มีคำสั่งคณะทำงานแต่ละกล่อ่ง ทีม Operation เป็นหัวหน้าทีม Operation มีเจ้าหน้าที่ สสอ. แต่ละตำบล แต่ละวันมาสรุปงานร่วมกันที่ สสอ. วางแผนร่วมกันว่าใครจะทำอะไรบ้าง แบ่งหน้าที่กันในแต่ละวัน กลับมาสรุป Timeline ของคนที่ Positive ตามต่อว่าไปพบใครบ้างตามอย่างต่อเนื่องในการสอบสวนโรค ถ้าใคร Positive ก็ตามต่อ (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข-PCU-02-ยะลา 1/4/64)”

“ในส่วนระดับหมู่บ้านมีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังโควิด 19 ทุกหมู่บ้าน เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในทุกพื้นที่เริ่มแรกตอนที่รับรายงาน Case โควิด ก็มีการประชุม EOC ในอำเภอมี่คำสั่งให้ตั้งคณะทำงาน ในระดับตำบล ประชุมจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังโควิด 19 ของทุกหมู่บ้านมีกันแน่ ผู้ใหญ่บ้านเป็นหัวหน้าทีม ทุกพื้นที่เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงคลองใหม่เป็นเขตรอยต่อที่มีผู้ติดเชื้อ...ประชุมหารือ ป้องกันป้องปรามไม่ให้คนในพื้นที่เสี่ยงที่มีผู้ป่วยยืนยันโดยการตั้งด่านสกัดกัน ถ้ามาจากพื้นที่เสี่ยง ไม่ให้เข้าพื้นที่ มีการสแกนให้สวมหน้ากาก ในพื้นที่ใช้มาตรการร้านค้าต่าง ๆ ให้ทุกคนปฏิบัติตามมาตรการ (สนทนากลุ่ม ผอ.รพสต. PCU-03 ปัตตานี 8/4/64)”

“วางแผนว่าจะลงไปกี่คน คนในพื้นที่เตรียมคนตามรายชื่อที่ขอไป.....ต้องไปกลางคืน เพราะ เป็นช่วงถือศีลอดในช่วงนั้น (สนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุข-PCU-02-ยะลา 1/4/64)”

2. การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันเหตุการณ์กับประชาชนเกี่ยวกับการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด-19 โดยใช้สื่อออนไลน์

“เราจะไปร่วมกับ รพ.สต. ค่ะ คือ รพ.สต.เข้าไปเขาสนใจ เขาเป็นเจ้าของพื้นที่ แต่เราไปเพราะเราต้องไปสื่อสารให้คนเข้าใจ เพราะว่าส่วนใหญ่บริบทที่นี้ผู้ป่วยจะไม่เข้าใจ ว่าทำไมเขาต้องไป รพ. เพราะอาการเขาไม่ได้หนักที่ผ่านมาคือ มันจะเป็นแค่ 2 คนที่อาการหนัก บางคนที่อยู่มาบอกว่า มานั่ง ๆ นอน ๆ เฉย ๆ ก็กลับแล้ว เขาก็เลยไม่สะดวกใจที่จะมาที่โรงพยาบาล เราก็เลยต้องสร้างความเข้าใจตรงนั้น (สัมภาษณ์ นักระบาดวิทยา PCU-02-5/4/64)”

3. การเป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการบริการสุขภาพและการสื่อสารให้กับทีมสุขภาพและชุมชน

“หลังจากตรวจพบเชื้อหมู่.....ก่อนหน้านี้เรายังไม่มีทีมที่ชัดเจน หลังจากนั้นเราประชุมทีมงานที่ฝ่ายเวชซึ่งเป็นศูนย์ข้อมูลการแจ้งเหตุโควิดอย่างไม่เป็นทางการ พี่เองหัวหน้ากลุ่มเวชฯ ได้เรียกประชุมทีมอย่างไม่เป็นทางการ

ดึงเครือข่าย สสอ. รพสต. มาร่วมด้วย เพราะตอนนั้นบุคลากรเริ่มไม่เพียงพอ แบ่งรับผิดชอบแต่ละพื้นที่ แบ่งเป็นโซน” “แรก ๆ ทำอะไร ไม่ถูก ตอนแรก ตื่นเต้น ป้องกันตัวอย่างไร ได้เลื้อยกันฝน Face sild เหนือไหล่ โดยหน้าที่เราพยายามทำหน้าที่ให้ดีที่สุด อสม.ก็ให้ความร่วมมือกัน ในที่สุดเราก็หยุดได้ (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข-PCU-02-ยะลา 1/4/64)”

“หลัก ๆ คนที่ Swab จะเป็นพยาบาล จัดอบรมให้ ทีมผู้ช่วยจะเป็น นวก.ทีมข้อมูลจะเป็น ทันตะ ภายภาพ การเขียนใบ Novel ทีม Sur ก็จะไปช่วยพยาบาล (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข-PCU-02-ยะลา 1/4/64)”

“เราเป็นแรงขับเคลื่อนหลักที่สกัด เมื่อมีอุปสรรค ต้องผ่านไปให้ได้ เราเป็นกำลังหลักในการต่อสู้โรค ชาติใคร ไม่ได้ รวมใจเป็นหนึ่งในการต่อสู้ คิด ทำด้วยหัวใจ และจิตวิญญาณ (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข PCU-01 ยะลา 17/10/64)”

4. การจัดการบริการเชิงรุกเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด 19 บุคลากรสาธารณสุขเป็นแกนหลักสำคัญ ในการดำเนินงานเชิงรุกในการควบคุมและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ร่วมกับเครือข่ายปฐมภูมิ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

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

“เจ้าหน้าที่ลงไปติดตาม ตอนแรก ๆ swab คนที่มีอาการ นพ.สสจ. สั่งให้ทำทุกคนที่สัมผัส แต่ตอนหลังไม่มี อาการแต่เป็นผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อ ทุกคนต้องตรวจ ตรวจแล้วเจอเชื้อ (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข-PCU-02-ยะลา 1/4/64)”

“ในหมู่บ้านของตนเองมีคนเข้า-ออกต้องมีการติดตาม รายงาน และติดตามคนในพื้นที่ และลงพื้นที่ว่าวันนี้ ๆ มีอาการหรือป่าว และมีทีมติดตามเยี่ยมบ้านคือมีคนออกจากโรงพยาบาล เพราะบางคนยังมีไข้เล็กน้อย ก็ต้องมีทีม ที่ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมด้วย (สัมภาษณ์ พยาบาลวิชาชีพ-PCU-02-ยะลา 5/4/64)”

5. การปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรับสถานการณ์ใหม่

“พอระยะ 2 มีคนใช้ Admit เพิ่ม เรียก Covid ward ต้องใส่ชุด PPE พอโควิดมาต้องมาคุยกัน ไม่ได้ทำงาน ตามสายงาน ต้องมาจัดระบบงานใหม่ ไปหมุนอยู่ Covid ward ใครมีข้อจำกัดจากอายุ โรคประจำตัว ก็ไปอยู่ฝ่าย อุปกรณ์ คนที่ทำได้ไปขึ้นเวร ทันตกรรม ก็สอนให้ทำ ATK รับผิดชอบ Swab แพทย์แผนไทย ภายภาพ งดเปิดคลินิก หมดจัดหางานให้ใหม่ ให้มาทำคัดกรอง หมดพูดให้ทุกคนทำเพื่อคนแหว่ง ไม่สามารถทำตามวิชาชีพของตนเองได้ (สัมภาษณ์ แพทย์ PCU-05 นราธิวาส /23/12/64)”

“แต่ตอนนี้ตรวจ ATK ถ้าผลบวกรับยาได้เลย ปรับระบบไปเน้น RT CPR แต่ก่อน ATK แล้วก็ต้องยืนยัน ผลด้วย RT-PCR รอผล 3 - 5 วัน ระหว่างรอผลไม่ได้กักตัว บางคนไปใช้ชีวิตปกติ ก็ไปแพร่เชื้อต่อ แต่ตอนนี้มีการปรับ ระบบใหม่แล้ว ไม่ต้องตรวจ RT-PCR แล้ว ใช้ผล ATK ได้เลย และรักษาทันที (สนทนากลุ่ม PCU-04 ปัตตานี-24/10/64)”

“พอโควิดเข้า ปิดศูนย์พื้นที่เพราะต้องสัมผัสใกล้ชิดคนไข้ ปรับไปอยู่หน่วยวัคซีนแทน ไปอยู่หน่วยคัดกรอง แทน (สนทนากลุ่ม PCU-01ยะลา 17/10/64)”

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

“กรณีที่มีคำสั่งลงมา เราก็จะมีประชุมแต่ละกระบวนการ ถ้าเป็นงานที่ทำใน รพ.สต. เราก็จัด ระบบกันเองได้ แต่ให้อยู่ในแนวทางที่จังหวัดกำหนดไว้แต่เราปรับได้ตามบริบทของเราก่อนหน้านี้นี้เราลงชุมชนไปหมู่บ้านที่มี การระบาด คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ทำมาตั้งแต่เมื่อก่อนที่มีการเปิดหมู่บ้าน ติดเชื้อเยอะผู้ว่าก็จะสั่งปิด เราก็ต้องทำ ATK ทั้งหมด ถ้ามี + ก็ส่งไป swab แต่ตอนนี้แนวทางใหม่คือว่า ATK 90% ไม่เน้น RTPCR (สนทนากลุ่ม บุคลากร สาธารณสุข PCU-04 ปัตตานี-24/10/64)”

3. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ผลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อแสดงข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ดังนี้

จากผลการวิจัยที่กล่าวมา พบว่า บทบาทในการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุข ที่ต้องมีการบูรณาการทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกัน ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยมีบุคลากรสาธารณสุข เป็นแกนนำหลักในการถ่ายทอดความรู้ให้กับทีมงานจากภาคส่วนอื่น ๆ เกี่ยวกับโควิด-19 และการปฏิบัติตามมาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ตามมาตรการทั้ง 6 ด้านเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน ประกอบด้วยบทบาทสำคัญ 5 บทบาท ดังนี้ 1) การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพตามความเชื่อ และวิถีชุมชน 2) การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และทันเหตุการณ์กับประชาชนเกี่ยวกับการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยใช้สื่อออนไลน์ 3) การเป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการบริการสุขภาพ และการสื่อสารให้กับทีมสุขภาพ ประชาชน และชุมชน 4) การจัดบริการเชิงรุกเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด-19 และ 5) การปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์ใหม่ แต่พบว่าในบางบทบาทสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขยังมีข้อจำกัด หรือประสบปัญหาในการปฏิบัติงาน ได้แก่ เรื่อง การประสานและการจัดการข้อมูลกับภาคีเครือข่าย การจำกัดตามศาสนา ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมของประชาชน และชุมชน เพราะประชาชนส่วนใหญ่ก็ยังคงมีการดำเนินวิถีชีวิตปกติ เช่น การพบปะสังสรรค์ไปมาสู่กันเป็นประจำ การไม่ยอมกักตัวเมื่อต้องอยู่บ้าน เนื่องจากต้องออกไปทำมาหากิน การไม่สวมหน้ากากอนามัยปิดปากจมูก การไม่ล้างมือก่อน - หลังสัมผัสสิ่งต่าง ๆ เป็นต้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ยังคุ้นเคยกับวิถีเดิม ๆ บุคลากรสาธารณสุข จึงต้องเข้าใจในความเชื่อ และวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่เพื่อนำมาปรับระบบบริการให้มีความสอดคล้องเหมาะสม รวมทั้งต้องปรับวิธีการทำงานเป็นแบบเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ด้วยปัจจัยเอื้อต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของบุคลากรสาธารณสุข และความร่วมแรงร่วมใจของหน่วยงานภาคส่วนอื่นในพื้นที่ ในการขับเคลื่อนนโยบายจากทุกภาคส่วนที่ชัดเจน ในการมีส่วนร่วมในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 การประชาสัมพันธ์เชิงรุกในระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ความรู้แก่ชุมชนเรื่องโรคโควิด-19 ในการปฏิบัติตามมาตรการ มีการสื่อสารข่าวต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้การปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาฉุกเฉินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Hengchaiyo & Jiriya Intana, 2021) ดังนั้นการที่บุคลากรทีมสุขภาพมีประสบการณ์ในการจัดการโรคระบาดในพื้นที่ของ 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่ดีจึงทำให้การดำเนินงานในการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ประสบผลสำเร็จด้วยดี อาทิ มีการปรับระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลสุขภาพในด้านอื่น ๆ คู่กันไปเพื่อควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เช่น กำหนดจุดคัดกรองก่อนเข้ารับบริการในแผนกต่าง ๆ การจัดส่งยาให้ผู้ป่วยเรื้อรังถึงบ้าน ลดการแออัดในโรงพยาบาล การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานบริการเพื่อให้มีการหมุนเวียนระบบงานที่ดี และป้องกันการรวมกลุ่มของผู้รับบริการ และการมอบหมายงานแบบมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับพื้นที่ ดังนี้

1. การพัฒนาสมรรถนะทางวิชาการวิชาชีพ ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานตามมาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ความรู้ความเข้าใจในความเชื่อ ศาสนา วิธีการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน (Karunan, Udompittayason, Chaiikongkiat, Plianbumroong, Musigwan, Kaewmanee, et al., 2023)

2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เป็นแกนหลักในการดูแลสุขภาพทุกมิติแบบองค์รวมตามความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยมีครอบครัว และชุมชนเป็นฐานรากสำคัญ โดยการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคด้วยตนเองของประชาชน

3. กำหนดนโยบายในพื้นที่พิเศษกรณีมีชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน ควรมีการกำหนดนโยบายหรือแนวปฏิบัติในพื้นที่ในการป้องกันการลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมาย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคจากต่างประเทศ

4. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลประชากร เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนและพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ และพัฒนาระบบการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ยั่งยืนและสะดวกต่อการใช้งาน เช่น สื่อโซเชียล ออนไลน์ เป็นต้น
5. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายในชุมชนในการทำงานร่วมกับทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน รวมถึงผู้นำชุมชนทุกระดับ เพื่อให้การทำงานครอบคลุมทุกพื้นที่ และเป็นไปด้วยความรวดเร็ว
6. กำหนดแนวทางในการเสริมพลังให้กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน เช่น การจัดสวัสดิการ การเพิ่มค่าตอบแทนพิเศษในการปฏิบัติงานนอกเวลาของบุคลากร และในสถานการณ์เสี่ยง การวางแผนสรรหาอัตรากำลังเพิ่มเติมในระยะยาว การชื่นชมยกย่อง การเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เป็นต้น (Udompittayason, Chaikongkiat, Plianbumroong, Musigawan, Kaewmanee, Kajonkittiya, et al., 2023)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ และมีบทบาทในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ตามมาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 6 ด้าน อยู่ในระดับมาก ($M = 3.37, SD = 0.49$ และ $M = 3.45, SD = 0.45$ ตามลำดับ) และต้องมีการทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งผู้บริหารและปฏิบัติ ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น และหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมทั้งกับประชาชนในและนอกพื้นที่ (Udompittayason, Chaikongkiat, Plianbumroong, Musigawan, Kaewmanee, Kajonkittiya, et al., 2023) เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีผลกระทบรุนแรงในวงกว้าง การบริหารจัดการจึงจำเป็นต้องดำเนินการในทุกมิติเพื่อให้สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรค และลดการสูญเสียทั้งทางเศรษฐกิจ และสังคม การรับดำเนินการเพื่อการป้องกันจึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขใน 3 จังหวัดชายแดนใต้อาจประสบปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ที่แตกต่างภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย ดังนั้น การใช้ภาษาในการสื่อสาร และให้ความรู้กับประชาชน ที่ส่วนใหญ่ใช้ภาษามลายูในการสื่อสาร และอุปสรรคของการรับรู้และปฏิบัติการด้านสุขภาพของประชาชนที่บุคลากรสาธารณสุขต้องมีความรู้เฉพาะด้านการประยุกต์ใช้วิธีการที่เหมาะสมกับความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมในพื้นที่ เช่น การจัดกิจกรรมให้ความรู้ในชุมชนหรือมัสยิด ในขณะที่ในพื้นที่ภูมิภาคอื่น จะมุ่งเน้นการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงคนได้หลากหลายผ่านช่องทางออนไลน์ และสื่อมวลชน เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการสำคัญ 6 ด้าน และเร่งพัฒนาความรู้เรื่องโรคโควิด-19 อย่างรวดเร็วและต่อเนื่องทุกช่องทางให้กับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานทั้งในเรื่องของการเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการที่เกี่ยวกับการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้โควิด-19 กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจ และนำสู่การปฏิบัติตามบทบาทเกี่ยวกับการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยรวมและด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณาด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด พบว่า ด้านการประสาน และการจัดการข้อมูลมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากัน ทั้งด้านความรู้และบทบาทในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด-19 ตามมาตรการของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ($M = 3.28, SD = 0.58$ และ $M = 3.28, SD = 0.52$) อาจเนื่องด้วยในการบริหารจัดการระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีความรุนแรงต่อชีวิต และมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในการดำเนินการจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานจากหลากหลายกระทรวงไม่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น รวมทั้งต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคเอกชน ชุมชน และประชาชนในพื้นที่ ตามมาตรการ 6 ด้าน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ของบุคลากรสาธารณสุข จึงอาจเป็นเหตุให้ความรู้ความเข้าใจ และความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทด้านการประสานและจัดการข้อมูล จึงยังมีค่าเฉลี่ยในระดับมากแต่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ทั้งนี้เชื่อว่าการประสานงาน และการจัดการข้อมูลที่ดี จะช่วยให้การดำเนินการคัดกรองและป้องกันกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 จะประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพมากขึ้น “การประสานงานกับหน่วยงานที่เป็นต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมบึงสม่ำเสมอในเรื่องนโยบายแนวทางการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ” (Hengchaiyo & Intana, 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาความสำเร็จ

ของการบริหารจัดการภาวะวิกฤติในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ที่เกิดจากการมีประสบการณ์ในการวางแผนร่วมกับหน่วยงานภายนอก โรงพยาบาล เกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤติ และสาธารณสุขที่ผ่านมา (Bunsong, Thongsuk, & Chukumnerd, 2021) ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นที่หน่วยงานสาธารณสุขต้องมีการพัฒนา และปรับปรุงกระบวนการทำงานในด้าน การประสานความร่วมมือและการจัดการข้อมูลที่มีแนวโน้มที่ต้องประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ ให้เป็นระบบมากขึ้น เนื่องด้วยในอนาคตมีแนวโน้มการเกิดโรคอุบัติใหม่ อาทิ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (Zoonoses) เช่น ไวรัสโคโรนา อีโบล่า และไข้หวัดนก ซึ่งเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและการสัมผัสกับสัตว์ป่า การดื้อยาปฏิชีวนะ (Antimicrobial Resistance) การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมทำให้แบคทีเรียและไวรัสดื้อต่อยา มีผลให้การรักษาโรคติดเชื้อธรรมดา เป็นไปได้ยากขึ้น โรคที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม (Climate-Related Diseases) การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศทำให้เกิดโรค เช่น มาลาเรีย ไข้เลือดออก และโรคที่เกิดจากน้ำท่วม และการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางการค้าและการ เดินทางระหว่างประเทศ เพื่อให้การดำเนินงานในรูปของภาคีเครือข่ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น (BBC news, 2021) ผลลัพธ์การดำเนินงานในพื้นที่ ที่เกิดประโยชน์ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ได้แก่ ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนากระบวนการในระบบ บริการปฐมภูมิทั้งเชิงรับและเชิงรุกเพื่อค้นหาติดตามกลุ่ม เสี่ยง การส่งต่อในขณะเดียวกันการปรับ ระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลสุขภาพในด้านอื่น ๆ ก็ต้องปรับระบบไป พร้อม ๆ กันเพื่อควบคุม ป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ซึ่งต้องมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะ ทั้งด้านศาสนา ความเชื่อ และการใช้ภาษาในการสื่อสารเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานระดับกระทรวงควรมีการกำหนดนโยบาย หรือแนวทางในการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน กับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ โดยจัดทำแนวปฏิบัติในกรณีการประสานส่งต่อข้อมูล และการดำเนินงานระหว่าง หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และกำหนดช่องทางสื่อสารในหลากหลายช่องทาง เพื่อชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง และบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ ให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ ผู้ปฏิบัติงานไม่เกิดความเครียดในการทำงาน
2. การเสริมสร้างการตอบสนองทางสาธารณสุขอย่างรวดเร็ว รวมถึงการจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอใน การป้องกันและควบคุมการระบาด ที่เน้นการทำงานแบบเชิงรุกร่วมกันในรูปแบบภาคีเครือข่ายของหน่วยงาน ทุกระดับตั้งแต่ระดับจังหวัด ถึงระดับหมู่บ้าน เช่น การจัดทำระบบฐานข้อมูลด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ
3. ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลประชากรของเครือข่ายปฐมภูมิ เพื่อเป็นฐานข้อมูล ในการวางแผนและพัฒนา ระบบบริการในพื้นที่
4. เพิ่มช่องทางและรูปแบบรวมทั้งภาษาที่ใช้ในการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักรู้แก่ประชาชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง และการป้องกันโรคโควิด 19

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยติดตามรูปแบบการทำงานร่วมของการจัดระบบบริการสาธารณสุขในการติดตามผู้สัมผัสเชื้อโควิด-19 ของภาคเครือข่าย
2. การวิจัยและพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อรับมือกับโรคอุบัติใหม่ อุตุนิษฐ์

References

- BBC News. (2021). *Covid in the Southern Border: "The Public Health System in 3 Provinces has Collapsed, That's Why We're Seeing This Kind of Breakthrough"* BBC News Thai Covid in the Southern Border: "The Public Health System in 3 Provinces has Collapsed, That's Why We're Seeing This Kind of Breakthrough". Retrieved October 21, 2021 from <http://www.bbc.com/thai/thailand-58951871>. (in Thai)
- Bunsong, U., Thongsuk, P., & Chukumnerd, P. (2021). Crisis management during the covid 19 pandemic by first - Line nurse administrators in community hospitals in southern Thailand's five border provinces. *Journal of Health and Nursing Education*, 7(2), 137-149. (in Thai)
- Chiwat, T., Mai-Ngam, N., Dumchuen, N., Amesbutr, J., Thana, P., & Chisrilak, C. (2021). *Behavioral Economics on Life Journey*. Journal of Health Systems Research 17(3). Retrieved March 20, 2021 from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5233?show=full>. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). *The Coronavirus Disease 2019 Situation*. Retrieved March 20, 2021 from <https://ddc.moph.go.th/covid-19-dashboard/?dashboard=province>. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). *Public Health Practice Guidelines for the Management of COVID-19 Pandemic under the Section 9 of the Emergency*. Retrieved April 3, 2020 from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/other/g_other02.pdf. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Guideline of Health Workers to Response in the Event of Coronavirus Disease 2019 Outbreak*. Retrieved March 20, 2021 from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/other/G42_1.pdf. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Public Health Officials' Guide to Responding to Emergencies in the Case of the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 in Thailand*. Nontaburi: Office of Printing Affairs, War Veterans Organization under Royal Patronage. (in Thai)
- Hengchaiyo, C., & Intana, J. (2021). The role of community nurse practitioner in control and prevention coronavirus 2019 : Areas of responsibility of Pak Chong Health Promoting Hospital. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 1(2), 67-74. (in Thai)
- Joost, H., Benedetta, A., & Shaheen, M., (2020). Managing COVID-19 in low- and middle-income countries. *JAMA*, 323(16). doi:10.1001/jama.2020.416.
- Karunan K., Udompittayason W, Chaiikongkiat P., Plianbumroong D., Musigwan A., Kaewmanee P, & et al. (2023). Roles of muslim region leaders in the primary healthcare system for the management of COVID 19: A case study in three southern border provinces in Thailand. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 31(3), 66-87. (in Thai)
- Lincoln, Y., Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. California: Sage.
- Mile, M., & Huberman A. (1994). *An Expanded Sourcebook: Qualitative Data Analysis*. 2nd ed. California: Sage.

- Ritruechai S., Phag-Udom V., & Charoenchai S. (2021). Development of psychological first aid training: Online education in COVID times for multidisciplinary team in primary health care system. *Journal of Nursing and Education*, 14(10), 1-13. (in Thai)
- Thai News. (2021). *Causes of COVID-19 Infection in the Southern Border Provinces*. Retrieved March 20, 2021 from <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG-2003291649589>. (in Thai)
- Udompittayason, W., Chaikongkiat, P., Plianbumroong, D., Musigawan, A., Kaewmanee, P., Kajokittiya, K., et al. (2023). 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*, 31(3), 531-552. (in Thai)
- Vorapongsathorn, S. (2015). *Research in Health Education*. Bangkok: Witthayu Printing House. (in Thai)