

การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโควิด-19 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง*

จิราพร วรวงศ์*

เพ็ญนภา ศรีหรั่ง†

รัตนดาวรรณ คลังกลาง*

จุฬารัตน์ หัวทนาย*

ดิษฐพล ใจชื่อ*

อภิรดี เจริญกุล*

กัทวารณ สมจิตร*

ชลตา กิ่งมาลา*

ปณิตา ครองยุทธ†

ผู้รับผิดชอบบทความ: ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง

บทคัดย่อ

เป็นการวิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมพร้อม ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นการตรวจสอบและสังเคราะห์ข้อมูล ขั้นการจัดเก็บข้อมูล ขั้นเผยแพร่การถอดบทเรียน กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จำนวน 207 คน ที่รับผิดชอบดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนจาก 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7, 8, 9, และ 10 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและจากการสนทนากลุ่มจำนวน 16 กลุ่มๆ ละ 12-13 คน เกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ 5 ด้าน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าความเที่ยง 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า อสม. มีการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน สูงสุดคือการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ 97.6) รองลงมาคือการเคาะประตูเยี่ยมบ้านติดตามสังเกตอาการ (ร้อยละ 89.4) การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม. (ร้อยละ 87.0) การบันทึกรายงานผลการดำเนินงาน (ร้อยละ 86.0) และจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ (ร้อยละ 84.5)

* คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

† คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Received 26 July 2021; Revised 19 December 2021; Accepted 11 June 2022

Suggested citation: Sridawruang C, Worawong C, Sriring P, Klungklang R, Howharn C, Jaisue D, et al. The surveillance, prevention and control of coronavirus disease 2019 in communities by village health volunteers in North East Thailand. Journal of Health Systems Research 2022;16(2):151-68.

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, เพ็ญนภา ศรีหรั่ง, รัตนดาวรรณ คลังกลาง, จุฬารัตน์ หัวทนาย, ดิษฐพล ใจชื่อ และคณะ. การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโควิด-19 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(2):151-68.



ตามลำดับ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า อสม. เป็นจักรกลสำคัญในการขับเคลื่อนการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด-19 ในระดับหมู่บ้าน อสม. ดำเนินการตามข้อสั่งการของศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคระดับตำบลที่สอดคล้องกับนโยบายมาตรการของประเทศ อสม. มีการเตรียมพร้อมป้องกันตนเอง ติดตามเคาะประตูเยี่ยมบ้าน เพื่อดูแลและติดตามการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้และแจกจ่ายอุปกรณ์การป้องกันตนเองแก่ประชาชน รายงานผลการดำเนินงานต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ ผ่านไลน์กลุ่มและแอปพลิเคชันอื่นๆ ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานฯ คือ อสม. มีประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง อสม. มีการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายและได้รับความร่วมมือจากชุมชน มีสิ่งสนับสนุนและมีการกำกับติดตาม อุปสรรคในการดำเนินงานฯ คือ ขาดความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยีในการรายงาน ขาดแนวทางการทำงานที่ชัดเจน อุปกรณ์ป้องกันตนเองไม่เพียงพอ ข้อเสนอเชิงนโยบายทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศคือ ควรพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในด้านการจัดทำโปรแกรมแนวทางการทำงาน ด้านการบริหารจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและด้านการบูรณาการการทำงานแบบเครือข่าย

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, โควิด-19, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

The Surveillance, Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 in Communities by Village Health Volunteers in North East Thailand

Chaweewan Sridawruang^{*}, Chiraporn Worawong^{*}, Pennapa Sriring[†], Ratdawan Klungklang^{*}, Chularat Howharn^{*}, Dittaphol Jaisue^{*}, Apiradee Charoennukul^{*}, Thipawan Somjit^{*}, Chonlada Kingmala^{*}, Panita Krongyuth[†]

^{*} Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[†] Faculty of Public Health and Allied Health, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Chaweewan Sridawruang, csom02@bcnu.ac.th

Abstract

This mixed method research aimed to learn lessons leading to policy suggestions from the implementation of surveillance, prevention and control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic in communities by village health volunteers (VHVs) in the north-east, Thailand. The lessons were extracted through a 5 steps process; project preparation or definition, data collection, verification and synthesis of data, storage of data and dissemination of learning. The sample size consisted of 207 VHVs from 8 provinces of health regions 7, 8, 9, and 10. Data were collected by 16 focus group discussions (12-13 members in a group) and a questionnaire survey based on practice guidelines for VHV on surveillance for COVID-19 as defined by the Department of Health Services Support, Ministry of Public Health. The questionnaire validated by 3 experts and achieved a reliability score of 0.94. The quantitative data were analyzed by descriptive statistics and qualitative by content analysis. Quantitative analysis, found 97.6% of VHVs respondents performed searching and screening of high risk groups, 89.4% conducted home visits to follow-up on sign and symptom, 87.0% prepared themselves for protection, 86.0% created performance reports and 84.5% consolidated reports of high-risks groups under observation. The VHVs were under the top-down guidance of the district-level Department of Disease Control's policies. The qualitative analysis revealed that the VHVs were an integral part of village-level prevention strategy. The VHVs took steps to ensure self-precaution while visiting houses similar to disease control officers. The VHV also communicated with villagers regarding risks, disease knowledge including distributing protective equipment. The VHVs continuously reported to the local health professionals via LINE groups and other applications. The success of the project was attributable to the local VHVs and their dedication including their volunteer compassion, in addition, cooperation between networks and the communities, support, and monitoring. However, limitations were the knowledge, skills, technology including lack of clear operation guidelines, insufficient protective equipment, levels of cooperation between networks and citizens. Therefore, policies suggestions were on development of management infrastructure, capacity building of VHVs potential and knowledge, guideline and operation handbook, management of information technology and the network integration.

Keywords: coronavirus 2019, COVID-19, village health volunteer

บทคัดย่อและบทสรุป

ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 มีรายงานการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) ที่ก่อโรคในคนในเมืองอู่ฮั่นประเทศจีน ผู้ติดเชื้อมีอาการปอดอักเสบรุนแรงคล้ายโรคซาร์ส หลังจากนั้นสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ได้แพร่กระจายไปทั่วโลก จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของทุกประเทศ สร้างความวิตกกังวลแก่รัฐบาลและความหวาดกลัวต่อประชาชนรวมทั้งในประเทศไทย⁽¹⁾ ประเทศไทยตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 76/2563 ได้จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เรียกโดยย่อว่า ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.)⁽²⁾ ได้รับมอบอำนาจและทำหน้าที่ในการปฏิบัติการขับเคลื่อน เร่งรัดและติดตามการปฏิบัติงานของส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรับและปฏิบัติตามนโยบาย แนวทางหลักเกณฑ์และมาตรการตามที่รัฐบาลหรือ ศบค. กำหนด มาตรการในระดับพื้นที่ในชุมชนทุกแห่งประกอบด้วยการทำความสะอาดในบริเวณสถานที่ให้บริการประชาชน การสวมหน้ากากอนามัย การจัดให้มีจุดบริการล้างมือ การเว้นระยะห่าง การคัดกรองอาการ การป้องกันโรคสำหรับผู้ให้บริการ การป้องกันชุมชน การลดเวลาการทำกิจกรรม การใช้แอปพลิเคชันติดตามตัวและอื่นๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เรียกย่อว่า อสม. นั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน อสม. เป็นตัวแทนของประชาชนที่ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปฏิบัติงานด้วยจิตอาสา มีความเสียสละ เข้มแข็งในการขับเคลื่อนภารกิจสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรคของประชาชนในพื้นที่ จนได้รับการยอมรับจากสังคมตั้งคำขวัญที่กล่าวไว้ว่า “แก้มขำร้าย กระจายข่าวดี ชี้อบริการ ประสานงานสาธารณสุข” ทั้งนี้ อสม. 1 คนจะดูแลประชากรในละแวกใกล้เคียงจำนวน 20

หลังคาเรือน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 และ อสม. ก็ได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับ จากแหล่งข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พบว่าในปี 2562⁽³⁾ ประเทศไทยมี อสม. มากกว่า 1,040,000 คน และในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในระดับชุมชนนั้น มี อสม. เข้ามาร่วมทำงานเป็นจำนวน 591,058 คน คิดเป็นร้อยละ 56.83 ของ อสม. ทั้งประเทศ ครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 76 จังหวัด ในจำนวนนี้ เป็น อสม. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 261,753 คน คิดเป็นร้อยละ 44.29⁽⁴⁾ ถือได้ว่า อสม. เป็นจักรกลสำคัญที่ดำเนินงานตามกรอบ แนวทางและมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) กำหนด เป็นแนวปฏิบัติสำหรับ อสม. 5 ด้านด้วยกัน ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมแก่ อสม. ในด้านการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ด้านการจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยง ด้านการติดตามเยี่ยมบ้านให้ครบ 14 วัน และด้านการบันทึกและรายงานผลต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽⁵⁾ และลดความตระหนักให้ประชาชน ร่วมทำความสะอาดพื้นที่สาธารณะ ช่วยแจกยาผู้ป่วยเรื้อรังและติดตามอาการกลุ่มเสี่ยง ผลงานที่เด่นชัดของ อสม. คือสามารถค้นหากลุ่มคนเสี่ยงติดเชื้อ เข้าสู่ระบบการรักษาและป้องกัน ลดการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน ถือว่าเป็นการทำงานช่วยคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก หรือ WHO ได้ชมเชย อสม. ไทยว่า เป็นกลไกสำคัญในการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ ที่ทำให้อัตราการติดเชื้อโควิดของประเทศไทยสามารถควบคุมได้ในการระบาดระลอกแรกถึงกลางปี 2563 และไทยกลายเป็นประเทศตัวอย่างแก่ประเทศอื่นๆ ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เป็นอย่างดี^(6,7)

ดังนั้นการถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชนของ อสม. จะนำมาสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ต่อไป

เนื่องจากมี อสม. ที่ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 7, 8, 9, และ 10 จำนวนมากที่สุดในประเทศ จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ โดยการศึกษานี้ในห้วงเวลา การระบาดระลอกสองและสามคือเดือนธันวาคม 2563-มิถุนายน 2564 ซึ่งการแพร่ระบาดเริ่มต้นจากคลัสเตอร์ตลาดกลางกุ้ง จ.สมุทรสาคร และจากบ่อนการพนัน ทำให้มีการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสร้างความตระหนักให้กับประชาชน และในเดือนกุมภาพันธ์ 2564 เป็นช่วงที่วัคซีนชุดแรกส่งถึงประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อถอดบทเรียน การดำเนินงาน เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย รูปแบบการดำเนินงานการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ระเบียบวิธีศึกษา

เป็นการวิจัยถอดบทเรียนการดำเนินงานฯ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม และใช้กระบวนการถอดบทเรียน 5 ขั้นตอน⁽⁸⁾ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1. ขั้นเตรียมพร้อมในการถอดบทเรียน (define the project) ทีมทำความเข้าใจกับประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่ม มีทักษะด้านการสื่อสารเชิงบวก และการบันทึก มีการแนะนำตัว แนะนำวัตถุประสงค์ โดยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย ขั้นตอนที่ 2. เก็บรวบรวมข้อมูล (collect) ใช้เทคนิคในการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย จากเอกสารรายงาน การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญเพื่ออธิบายข้อมูลที่ละเอียดและให้ ความเห็นที่ลึกซึ้งรอบด้านอย่างเป็นอิสระ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ถ่ายทอดประสบการณ์การทำงาน

ความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค ขั้นตอนที่ 3. สังเคราะห์ข้อมูล (verify and synthesize) คำนึงถึงคุณภาพของข้อมูล มีการตรวจสอบความถูกต้อง ครบคลุม และมีความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกัน ทำความเข้าใจกับข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นของกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์ความเชื่อมโยง ความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล ขั้นตอนที่ 4. การจัดเก็บข้อมูล (store) ข้อมูลจากการวิจัย เก็บไฟล์ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ที่มีเฉพาะทีมวิจัยที่เข้าถึงข้อมูลได้ โดยมีรหัสผ่าน และข้อมูลจะใส่เป็นรหัส แทนการระบุชื่อสกุลจริง ของผู้ให้ข้อมูลหรือชื่อพื้นที่ ขั้นตอนที่ 5. เผยแพร่ผลการถอดบทเรียน (disseminate) เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด จัดทำรายงานการถอดบทเรียนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม. นำไปสู่การเผยแพร่ ใช้ประโยชน์ในวงกว้าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants)

กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มเป็น อสม. ที่มีบทบาทเฝ้าระวังสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19 ใน 16 ชุมชน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก 2 อันดับแรกของเขตสุขภาพที่ 7, 8, 9 และ 10 รวมจำนวนทั้งสิ้น 207 คน การสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 16 กลุ่ม กลุ่มละ 12-13 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เหมาะสมกับการสนทนากลุ่ม⁽⁹⁾ ดำเนินการสนทนากลุ่มที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของแต่ละพื้นที่ โดยทีมนักวิจัยซึ่งมีประสบการณ์การทำงานกลุ่มมาก่อนทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ กระบวนการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-

19 ในชุมชนของ อสม.ตัดแปลงมาจากแนวทางเฝ้าระวัง infection prevention and control (IPC guideline) 5 องค์ประกอบ⁽¹⁰⁾; องค์ประกอบและตัวชี้วัดความสำเร็จ การดำเนินงาน อสม. ในการควบคุมโควิด-19 ในชุมชน 9 องค์ประกอบ⁽¹¹⁾; และการจัดระบบ อสม.และภาคประชาชน สำหรับ local quarantine และ home quarantine 5 ด้าน⁽¹²⁾ เป็นแบบสอบถาม 5 ด้าน โดยใช้กรอบแนวทางของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือเนื่องจากเป็นแนวทางการดำเนินงานของ อสม.โดยตรงและสอดคล้องตามบริบทประเทศไทย จึงนำมาเทียบเคียงกับองค์ประกอบการเฝ้าระวังฯ ขององค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นกรอบแนวคิดหลักที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ และนำองค์ประกอบปัจจัยความสำเร็จที่เครือข่ายภาคใต้วิเคราะห์จากความคิดเห็นของ อสม.ทั้งประเทศมาเพิ่มเติม เพื่อให้แบบสอบถามมีความสอดคล้องและครอบคลุม แบบสอบถามนี้มีข้อความ 33 ข้อ ประกอบด้วย (1) การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม.จำนวน 9 ข้อ (2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่ายจำนวน 4 ข้อ (3) การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน จำนวน 5 ข้อ (4) การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโควิด-19 ให้ครบ 14 วัน จำนวน 10 ข้อ และ (5) การบริหารจัดการ บันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนของข้อความที่แสดงถึงการปฏิบัติบทบาทหน้าที่จากมากที่สุดถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 3, 2, 1 คะแนน ตามลำดับ

แบบสนทนากลุ่ม ตามประเด็นการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม.มีลักษณะเป็นคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured questionnaire) ผู้วิจัยได้เตรียมแนวคำถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดย

ใช้กระบวนการถอดบทเรียน สัมภาษณ์ตามกรอบการ สัมภาษณ์ เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ถ่ายทอดประสบการณ์ บทบาท กระบวนการดำเนินงานตามมาตรการ รายละเอียด ขั้นตอนการปฏิบัติงาน การติดตาม กำกับการดำเนินงาน ผลการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในชุมชนของ อสม.

การทดสอบความตรงความเที่ยงของเครื่องมือหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรคจากสำนักงานควบคุมโรคเขตสุขภาพที่ 7, 8, และ 10 รวม 3 คน ค่า index of item-objective congruence (IOC) 0.76 ปรับแบบสอบถามตามข้อชี้แนะของผู้เชี่ยวชาญ นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลกับ อสม.จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.936 โดยมีค่าความเที่ยงด้านที่ 1-5 เท่ากับ 0.782, 0.783, 0.896, 0.776, และ 0.880 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ (1) การจัดเตรียมข้อมูล โดยการนำข้อมูล ที่ได้จากเก็บรวบรวมข้อมูลมาจัดการ เช่น การถอดเสียงเป็นอักษรข้อความ การนำเอกสารมาสังเคราะห์ นำเอาเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องมาใช้ประโยชน์ (2) การกำหนดประเด็นวิเคราะห์ โดยการนำคำถามของการวิจัยหรือกรอบการวิเคราะห์ที่กำหนด (3) การเข้ารหัสและจัดหมวดหมู่ เช่น การนำเอกสาร ภาพ และอักษรข้อความมาให้รหัสตามประเด็นวิเคราะห์มาจัดหมวดหมู่ และ จัดหมวดหมู่จำแนก



ประเภท ติความ ตรวจสอบความหมาย และสร้างข้อสรุป จากกระบวนการตีความ หมวดยุทธศาสตร์และความหมายทั้งหมด (4) การวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย พร้อมทั้งใช้กฎสามเส้า (triangulation) เพื่อยืนยันข้อค้นพบจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและจากการสนทนากลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการขอจริยธรรมจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี เลขที่ IRB BCNU 300/02/64 และจากวิทยาลัยพยาบาลนพรัตน์วัชรินทร์ เลขที่ COA 2/2564 คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ประโยชน์ สิ่งนี้อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์เพิกถอน บอกละเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบทางลบแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลส่วนบุคคล ชื่อสกุลกลุ่มตัวอย่าง จะไม่ถูกนำไปเผยแพร่

ผลการศึกษา

นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค โควิด-19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1.1 บทบาทการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชนของ อสม.จากการสอบถาม อสม.

1.2 การดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชนของ อสม. จากการสนทนากลุ่ม รายละเอียดดังนี้

1.1 บทบาทการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ COVID-19 ในชุมชนของ อสม.

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง อสม. 207 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายทั้ง 4 เขตสุขภาพ โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 8 พบ กลุ่มตัวอย่าง อสม.เพศหญิงร้อยละ 97.8 และเขตสุขภาพอื่น กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 79.2-87.7 อายุเฉลี่ย 54.18 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.83) อายุุน้อยที่สุด 25 ปี มากที่สุด 82 ปี เขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 45-54 และเขตสุขภาพที่ 9 และ 10 ส่วนใหญ่อายุช่วง 55-64 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยการเป็น อสม 14.12 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.48) น้อยที่สุด คือ 40 วัน นานที่สุด 43 ปี ภาวรวมส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 37.2) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 31.9) และ มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 17.9) ตามลำดับ มีเขตสุขภาพที่ 8 ที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย รองลงมาคือประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่เป็น เกษตรกร ทำนา ทำสวน ทำไร่ (ร้อยละ 58.9) รองลงมาคือ รับจ้าง และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 12.1) และน้อยที่สุดคือข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 1)

อสม.ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้เรื่อง โควิด-19 จากการศึกษาผ่านทางสื่อโซเชียลออนไลน์ (ร้อยละ 91.3) รองลงมาคือ การศึกษาจากเอกสารความรู้ด้วยตนเอง อบรมความรู้เกี่ยวกับโรค (ร้อยละ 83.1) และเคยผ่านการอบรมตามหลักสูตรการฝึกอบรม อสม. หมอประจำบ้าน 18 ชั่วโมง 3 วัน 6 วิชา (ร้อยละ 70.5) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

แหล่งการหาความรู้เรื่องโควิด-19 ของ อสม. ส่วนใหญ่ติดตามข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 33.8) รองลงมาคือจากทีวีและวิทยุ (ร้อยละ 18.8) ต่ำสุดคือจากหอกระจายข่าว เสียงตามสาย (ร้อยละ 1.9) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของ อสม.ที่มีการเพิ่มพูนความรู้เรื่องโควิด-19 (N=207 คน)

การเพิ่มพูนความรู้	จำนวน (ร้อยละ)		
	เคย	ไม่เคย	จำไม่ได้
หลักสูตรการฝึกอบรม อสม. หมอประจำบ้าน 18 ชั่วโมง 3 วัน 6 วิชา	146 (70.5)	16 (7.7)	45 (21.7)
อบรมเกี่ยวกับโรคโควิด	172 (83.1)	3 (1.5)	32 (15.5)
ศึกษาจากสื่อโซเชียลออนไลน์	189 (91.3)	3 (1.5)	15 (7.2)
ศึกษาจากเอกสารความรู้ด้วยตนเอง	181 (87.4)	2 (1.0)	24 (11.6)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละแหล่งการหาความรู้เรื่องโควิด-19 ของ อสม. (N=207 คน)

แหล่งการหาความรู้เรื่องโควิด-19 ของ อสม.	จำนวน	ร้อยละ
อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ (Facebook, YouTube, Google ฯลฯ)	70	33.8
ทีวี วิทยุ	39	18.8
จากบุคคล (บุคลากรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, เพื่อนบ้าน, ฯลฯ)	19	9.2
สิ่งพิมพ์ (ป้ายประกาศ แผ่นพับ หนังสือเวียน เอกสาร ฯลฯ)	17	8.2
ทางโทรศัพท์แจ้งข่าวสาร	10	4.8
การเข้าอบรม	6	2.9
เสียงตามสาย หอกระจายข่าว	4	1.9

กระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม.ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลการศึกษาบทบาทของ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า โดยภาพรวม อสม. มีการประเมินตนเอง พบมากที่สุดคือ การเฝ้าระวัง โดยการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ 97.6) รองลงมาคือการป้องกันและควบคุมโรคโดยการเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโควิด-19 ให้ครบ 14 วัน (ร้อยละ 89.4) การบันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน (ร้อยละ 86.0) และพบต่ำสุดคือการจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน (ร้อยละ 84.5) ตามลำดับ

รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

1.2 การดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม.

1.2.1 การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม.

จากการสนทนากลุ่ม อสม. 16 กลุ่ม สรุปการดำเนินงานออกเป็น 5 ด้านคือ

1. ด้านการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม.

อสม.ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ความเข้าใจก่อนการปฏิบัติงานโดยผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่รพ.สต.ให้ความรู้เรื่องโควิด-19 และการป้องกันตนเอง

ตารางที่ 3 จำนวน (ร้อยละ) การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนตามการประเมินตนเองของ อสม. แยกตามเขตสุขภาพ (N=207 คน)

การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม.	เขต 7 n=53	เขต 8 n=46	เขต 9 n=57	เขต 10 n=51	รวม 4 เขต N=207
1. การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม.	50 (94.3)	41 (89.1)	40 (70.2)	49 (96.1)	180 (87.0)
2. การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	50 (94.3)	44 (95.7)	57 (100.0)	51 (100.0)	202 (97.6)
3. การจัดทำบัญชีรายชื่อและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน	40 (75.5)	37 (80.4)	48 (84.2)	50 (98.0)	175 (84.5)
4. การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการโควิด-19 ให้ครบ 14 วัน	42 (79.2)	41 (89.1)	51 (89.5)	51 (100.0)	185 (89.4)
5. การบริหารจัดการ บันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน	38 (71.7)	38 (82.6)	52 (91.2)	50 (98.0)	178 (86.0)
ค่าเฉลี่ย (SD)	4.04 (1.34)	4.39 (1.16)	4.56 (0.96)	4.90 (0.36)	4.48 (1.06)

และ อสม.หาความรู้เพิ่มเติมจากสื่ออินเทอร์เน็ต การรับฟังข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ทางโทรทัศน์ หรือจากศูนย์ปฏิบัติการโควิด-19 ในชุมชน เพื่อเตรียมพร้อมด้านความรู้และสำรวจสุขภาพตนเองก่อนปฏิบัติงาน

“ผู้ใหญ่บ้านและกำนัน และ รพ.สต. จะให้ข้อมูลและทำความเข้าใจเรื่อง โรคโควิด-19 โดยการอบรมและให้ความรู้ผ่านทางไลน์กลุ่มอย่างสม่ำเสมอและเป็นปัจจุบันตามนโยบายของรัฐ” (อสม. ชาย 51ปี เขตสุขภาพที่ 8)

“ก่อนปฏิบัติงานจะสังเกตตนเองก่อนว่ามีความผิดปกติ เช่น ไข้ ไอ หรือไม่ ก่อนทำงานเสมอ ก่อน ปฏิบัติงานของ อสม. ต้องสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ ให้สะอาดเพื่อป้องกันโรคโควิด” (อสม. หญิง 45 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

2. ด้านการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย

อสม.ดำเนินการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยจัดด้านชุมชนซึ่งเป็นจุดตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 ด้านหน้าก่อนเข้าสู่หมู่บ้าน คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้าออกในพื้นที่ ชักประวัติและอาการเบื้องต้น วัด

อุณหภูมิ แนะนำการปฏิบัติตัว คัดกรองทุกรายที่เดินทางมาจากต่างประเทศ ต่างพื้นที่ ดำเนินการเชิงรุกในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการประชาสัมพันธ์ ผ่านเสียงตามสาย ในหมู่บ้าน การส่งข้อมูลผ่านไลน์ ผ่านเฟซบุ๊กของหมู่บ้าน

“เมื่อมีผู้ที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ ญาติของผู้เดินทางจะแจ้ง อสม. ประจำคุ้ม อสม. จะประสานผู้นำชุมชนและ รพ.สต. ให้คำแนะนำให้ผู้เดินทางเข้าพื้นที่ไปรายงานตัวและตรวจคัดกรองที่หน่วยบริการ ถ้าผลตรวจเป็นลบจึงจะสามารถเข้ามาในชุมชน” (อสม. ชาย 47 ปี เขตสุขภาพที่ 10)

“อสม. ป้องกันตนเอง แจกเจลล้างมือ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้ที่มาจากต่างจังหวัด เฝ้าระวังป้องกันไม่ให้มีการแพร่ระบาดในกรณีที่มีงานบุญ งานบวช งานแต่งงาน งานศพ อสม. ทั้งทีมจะทำงานร่วมกันอย่างแข็งขันในการให้ผู้มาร่วมงานลงทะเบียนทุกคน คัดกรองอุณหภูมิ ใช้เจลล้างมือจัดที่นั่งเว้นระยะห่าง และสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา การรับประทานอาหารในงานแบบนั่งรวมกลุ่ม แยกงานชันษา ให้แขกที่มาร่วมงานแต่ละคนไม่ใช้ของร่วมกัน” (อสม. หญิง 49 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

3. การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน

การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน เริ่มจากหน่วยงานในพื้นที่คือ รพ.สต. องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ได้รับรายชื่อกลุ่มเสี่ยง ที่ทางจังหวัดหรืออำเภอส่งมาให้ จากการลงทะเบียนผ่านระบบออนไลน์หรือจากเอกสารแบบฟอร์มทะเบียนกลุ่มเสี่ยง องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชน อบต. ร่วมกับ รพ.สต. จัดทำฐานข้อมูล จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง อสม. ร่วมกับคณะกรรมการควบคุมโรค ได้เตรียมการรับกลุ่มเสี่ยง อสม. มีช่องทางการรับรู้รายชื่อผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง จากการคัดกรองที่ด่านชุมชน การรับแจ้งจากเจ้าบ้านหรือญาติ จากผู้นำชุมชน จากเพื่อนบ้าน ผู้ใหญ่บ้าน จัดทำทะเบียนกลุ่มผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง มีรายละเอียดชื่อ สกุลของกลุ่มเสี่ยง ที่อยู่ อายุ วันที่เดินทางเข้าสู่ชุมชน วันที่เริ่มกักตัว วันที่สิ้นสุดการกักตัว มีการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ และติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง พร้อมบันทึกรายงานผล

“เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ร่วมกับ อสม. ติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงที่แยกกักตัวอยู่นอกหมู่บ้าน หรือสถานที่ที่ อบต. จัดให้ เช่น ศูนย์เลี้ยงเด็กกลางวัน ติดตามเยี่ยมทุกวันเพื่อวัดไข้ จนครบ 14 วัน ให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงเรื่องการปฏิบัติตัว การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การใช้ของร่วมกัน การรับประทานอาหารร่วมกัน และการปฏิบัติตัวอื่นๆ บันทึกรายงานประจำวันตามแบบฟอร์มที่ รพ.สต. จัดทำขึ้นพร้อมส่งไลน์ เข้ากลุ่มโควิด-19 ของตำบล” (อสม. หญิง 57 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

“ถ้ามีคนนอกพื้นที่เข้ามาในชุมชน ที่มาจากจังหวัดที่เป็นกลุ่มสีแดง ก็มีการแยกเพื่อสังเกตอาการ รายงานเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อให้รับทราบ” (อสม. หญิง 50 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

“กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม แจ้งรายชื่อคนที่มาจากพื้นที่เสี่ยง ให้ประธาน อสม. รับทราบ และประธาน อสม.

จะรายงานไปที่ รพ.สต. และให้กลุ่มมาจากพื้นที่เสี่ยงกักตัวแยกจากคนอื่น” (อสม. ชาย 47 ปี เขตสุขภาพที่ 7)

4. การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโควิด-19 ให้ครบ 14 วัน

อสม.เคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโควิด-19 โดยสอบถามอาการ วัดไข้ ให้ความรู้ และแนะนำในการปฏิบัติตน การสวมหน้ากากอนามัย การปฏิบัติตัวให้กินร้อน ช้อนตัว ล้างมือ ก่อนและหลังทำกิจกรรม หรือรับประทานอาหาร แยกสำรับอาหารของตนเองไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ล้างมือบ่อยๆ และรักษาระยะห่างทางสังคม งดการรวมกลุ่มทำกิจกรรม

“ถ้าพบกลุ่มเสี่ยง ที่ต้องกักตัว อสม. เคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการ แนะนำ ให้สังเกตอาการ และ อสม. รายงานผล แจ้งผู้นำชุมชนและ รพ.สต.” (อสม. หญิง 54 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

“การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโควิด-19 ให้ครบ 14 วัน อสม.จะไปทุกวันจนครบ 14 วัน ไปตอนเช้า 7 โมงเช้า และ 5 โมงเย็น กิจกรรม คือ วัดไข้ ลงบันทึกอุณหภูมิวันละ 2 ครั้ง ช่วงปีใหม่คนเข้ามาเยอะมาก ทำให้อุปกรณ์ไม่เพียงพอมาคร่าวเรือนละ 2-3 คน” (อสม. หญิง 43 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

5. การบันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน

การรายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชนของ อสม.ในหลากหลายรูปแบบ พื้นที่ที่มีการพัฒนาโปรแกรม แอปพลิเคชัน การลงทะเบียน และติดตามกลุ่มเสี่ยง ส่งรายงานผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. (smart อสม.) หรือแอปพลิเคชันที่แต่ละจังหวัดได้พัฒนาขึ้น ส่วนใหญ่ใช้การสื่อสารรายงานแบบไม่เป็นทางการร่วมด้วย เช่น การรายงานผ่านทางไลน์ไปให้ รพ.สต. ในพื้นที่ บางพื้นที่ใช้วิธีการรายงานผลโดยใช้แบบบันทึกกับการรายงานผลทางไลน์ บางพื้นที่ใช้แบบบันทึกเพียงอย่างเดียว ระยะเวลารายงาน ส่วนใหญ่รายงานเป็นประจำทุกวัน และมีการแจ้งเจ้าหน้าที่ของรัฐเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

“ส่งข้อมูลการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง ในไลน์ศูนย์ปฏิบัติการโควิดหมู่บ้าน บันทึกผลการเยี่ยม แล้วส่งผลไปที่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ” (อสม. หญิง 52 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

“รายงานผลการบันทึกการเยี่ยมที่ รพ.สต. ทุกวันก่อนเที่ยง” (อสม. หญิง 42 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

“ลงทะเบียนผ่านแอปฯ ‘ฮักอุบล’ ส่งรายงานผ่านแอปฯ” (อสม. ชาย 39 ปี เขตสุขภาพที่ 10)

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เตรียมพร้อมวัสดุอุปกรณ์ หน้ากากอนามัย ปรอทวัดไข้ แอลกอฮอล์หรือเจลแอลกอฮอล์ สื่อแนวทางการปฏิบัติตนสำหรับประชาชน ($\bar{X} = 2.90$, $SD = 0.35$) รองลงมาคือการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของชุมชน การดำเนินงานและประเมินผลร่วมกับผู้นำ แกนนำ เครือข่าย และเจ้าหน้าที่ ($\bar{X} = 2.90$, $SD = 0.35$) อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือบันทึกและรายงานผลการดำเนินงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนแก่หน่วยงานเป็นประจำทุกวัน ($\bar{X} = 2.74$, $SD = 0.54$)

1.2.2 ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม.

การดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชนของ อสม. ประสบความสำเร็จมีเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น จากการที่ อสม. เป็นคนในพื้นที่ อสม. มีความสนิทสนม คั่นเคยใกล้ชิด ได้ รับความไว้วางใจ และการยอมรับจากประชาชนในพื้นที่ มีความเป็นจิตอาสา มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน ทำให้ การดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชนได้รับความร่วมมือจาก ประชาชนเป็นอย่างดี

“อสม. เป็นคนในชุมชน ได้ช่วยดูแล สอดส่องเรื่อง สุขภาพให้ชาวบ้านมาโดยตลอด อสม. รู้จักกันกับชาวบ้าน เป็นอย่างดี รู้ว่าบ้านใครเป็นใคร การทำงานจึงง่ายในการ สื่อสารและให้ความร่วมมือ” (อสม. หญิง 54 ปี เขตสุขภาพ ที่ 8)

“อสม. ก็คือตัวแทนหมออนามัย เป็นคนที่คอยดูแล สอดส่องสุขภาพชาวบ้าน ทุกช่วงวัย และเฝ้าระวังป้องกัน

โรคระบาดต่างๆ” (อสม. หญิง 54 ปี เขตสุขภาพที่ 7)

“อสม. ส่วนใหญ่ เราอาสาทำงาน มาด้วยใจ เรา ทำงานเต็มที่ได้ด้วยความทุ่มเทมาก ทำงานเต็มร้อยทุกคน ได้ มีส่วนช่วยเหลือชาวบ้าน เราก็กภาคภูมิใจ ดีใจมาก” (อสม. หญิง 50 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

ปัจจัยนโยบายและมาตรการที่ชัดเจน ตั้งแต่ระดับ ประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบล ที่เชื่อมโยงลงสู่ชุมชน มีการ ใช้มาตรการอย่างเข้มงวด รวมถึงภาวะผู้นำของผู้บริหาร ของทุกระดับในพื้นที่ การจัดระบบและเตรียมความพร้อม แก่ อสม. ในการปฏิบัติงาน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคโควิด-19 มุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมโรคใน พื้นที่เสี่ยงทำให้เกิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็น รูปธรรม ทำให้การทำงานเฝ้าระวังฯ โควิด-19 ในชุมชน ของ อสม. มีความต่อเนื่อง

“ความเข้มข้นของการคัดกรอง เฝ้าระวังฯ กลุ่มเสี่ยง การสร้างการตระหนักรู้ และการใช้มาตรการที่เข้มงวด เช่น มีการตรวจตราพื้นที่เสี่ยง เช่น ตลาด สถานที่ที่มีคนมา ชุมนุมกันจำนวนมาก หรือมาตรการปิดสถานบันเทิงหรือ กำหนดเวลาเปิด ปิด การรักษาระยะห่างทางสังคม ทำให้ การควบคุมการแพร่ระบาดของโรครามีประสิทธิภาพ” (อสม. หญิง อายุ 52 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

“ในส่วนของการทำงานในระดับตำบล เราก็ดำเนินการ ใช้ แนวทางปฏิบัติ ข้อเสนอของอำเภอเป็นหลักที่ทางนาย อำเภอแจ้งมายังกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ที่ทำงานในรูปแบบ คณะทำงานควบคุมโรค โดยแนวทางในการปฏิบัติ จังหวัด จะเป็นคนกำหนดโดยใช้แนวทางปฏิบัติจากส่วนกลาง ซึ่ง รัฐบาลได้มอบหมายให้ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัดเป็น ผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายในแต่ละพื้นที่ในควบคุม ป้องกัน เฝ้าระวังโรคโควิด-19” (ประธาน อสม. หญิง อายุ 54 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

ผู้บริหารจากภาคส่วนต่างๆ และภาคีเครือข่ายทั้งภาค รัฐและเอกชนให้ความร่วมมือ มีการทำงานเป็นทีม มีการ ประสานการทำงานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม มีการ บูรณาการการทำงานของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงาน

เผ่าระวังฯ ในชุมชน ซึ่ง อสม.ได้ให้ความร่วมมือกับการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ เป็นอย่างดี

“หนักด้วยกัน ลูไปด้วยกัน ตั้งแต่ อำเภอลงมา อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน รพ.สต อสม. แกนนำชุมชน สำคัญเขา ต้องให้เกียรติกัน ทำงานรอบนี้เหนื่อยจริงๆ แต่หันไปดูเอา ผู้นำท่านก็เหนื่อย ทุกคนเหนื่อย เราก็เลยต้องช่วยกัน ไม่กินแรงกัน” (ประธาน อสม. หญิง 47 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

“พวกเราก็ร้องฟังจากผู้ใหญ่บ้าน จาก ผอ. รพ.สต. ว่าให้ อสม. รับผิดชอบ หรือมีหน้าที่ดำเนินการในการควบคุมโควิด-19 ของบ้านเรา เราจะปฏิบัติงานตามที่ทางผู้นำชุมชนแจ้งและมอบหมายมา บางครั้งก็ไม่ว่างจะดำเนินการอย่างไร แต่หน่วยก็บอกมาคนละอย่างกัน ถ้าตัวแทน อสม. เราได้เข้าไปเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคของตำบลหรืออำเภอ ก็จะดีสำหรับ อสม. ในการรับข้อมูลโดยตรง นำมาปฏิบัติในหมู่บ้านได้ทันที เข้าใจตรงกัน” (อสม. หญิง 44 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

อสม.มีเกิดขวัญกำลังใจในการทำงาน จากการได้รับสิ่งสนับสนุนในการทำงานและค่าตอบแทน ส่วนราชการให้การสนับสนุนอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ เครื่องวัดไข้ สนับสนุนข้อมูลข่าวสารได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน ได้ค่าเสี่ยงภัยเพิ่มขึ้นคนละ 500 บาทต่อเดือนต่อคน ภายหลังจัดสรรเข้ามาในระบบเรียกว่า “เบี้ยเลี้ยงพิเศษ” เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงาน

“ปัจจัยสนับสนุนการทำงานหลักๆ ของ อสม. จะจัดสรรโดยระดับพื้นที่ เช่น แมสก์ แอลกอฮอล์ เจล” (อสม. หญิง 50 ปี เขตสุขภาพที่ 10)

การกำกับติดตามการทำงานโดย อสม.มีการรายงานผลการดำเนินงานทั้งในรูปแบบลายลักษณ์อักษรและการรายงานทางออนไลน์ เป็นรายวันและรายสัปดาห์ การรายงานการเดินทางเข้าออกพื้นที่ของกลุ่มเสี่ยง การดำเนินงานเผ่าระวังฯ มีการใช้เทคโนโลยี โปรแกรมการรายงาน เช่น COVID-19 Watch Out ทำให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันสามารถนำไปใช้ในการทำงาน การติดตามได้ครอบคลุม

รวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์

“การรายงานการเดินทางเข้าออกพื้นที่ของกลุ่มเสี่ยง การดำเนินงานเผ่าระวังฯ จังหวัดเรามีการพัฒนาโปรแกรม Covid Watch Out ทำให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน สามารถนำไปใช้ในการทำงาน การติดตาม ได้ครอบคลุม รวดเร็วและ real time” (ประธาน อสม. หญิง 42 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

ความร่วมมือของชุมชน ความตื่นตัวของประชาชน ต่อกระแสความรุนแรงของโรค ตระหนักถึงอันตรายของโรค ความเข้มแข็งของชุมชน การมีกฎกติกาชุมชน ส่งผลให้คนในชุมชนให้ความร่วมมือดี ปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด เห็นความจำเป็น มีการสร้างการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการแพร่ระบาด รวมถึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีสื่อต่างๆ นำเสนอให้เห็นถึงความจำเป็น สำคัญในการเผ่าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน

“ประชาชนให้ความร่วมมือดี เมื่อมีการใช้มาตรการสั่งปิด หรืองดกิจกรรมต่างๆ ก็ร่วมมือดี ไม่มีการประท้วงอะไร เป็นเพราะเราได้สร้างการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการแพร่ระบาด รวมถึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีสื่อต่างๆ นำเสนอให้เห็นถึงความจำเป็น สำคัญในการเผ่าระวังและควบคุมโรค” (ประธาน อสม. หญิง 49 ปี เขตสุขภาพที่ 7)

1.2.3 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเผ่าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม.

การดำเนินงานเผ่าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ มีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง อสม. มีการปฏิบัติหน้าที่ในสิ่งใหม่ที่ไม่คุ้นชินคือ การปรับวิถีชีวิตแบบใหม่ที่ต้องเป็นแบบอย่างในการป้องกันตนเอง ทั้งการให้ความรู้เรื่องการเว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ใส่หน้ากากอนามัย อสม.มีความเหนื่อยล้า จากการที่ดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องหลายเดือนทำให้กระทบต่อการทำงานหาเลี้ยงชีพของ อสม. การใช้เวลาในการรณรงค์เดินเท้าเคาะประตูบ้านทุกบ้าน จนบางครั้งเกิดความเหนื่อยท้อ และมีเวลาให้กับครอบครัวน้อยลง

“อสม. ทำงานหนักในการเผ่าระวังและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ยาวมาเกือบปี ทั้งการเผ่าระวัง คั้นหา



กลุ่มเสี่ยง การติดตามเยี่ยมบ้านคนที่มาจากพื้นที่เสี่ยง ไป
เฝ้าตามตลาด ตามงานแต่ง งานบุญ งานศพ ส่งรายงาน
และ อสม.ยังต้องทำงานอื่นๆ ของหน่วยงานอื่นตามที่สั่ง
การมา ยอมรับว่าเหนื่อยมาก บางทีก็ท้อ เพราะก็ไม่รู้ว่า
โรคนี้จะทุเลาเบาบางไปตอนไหน จะต้องเป็นทหาร ออกศึก
คอยป้องกันภัยให้หมู่บ้านแบบนี้อีกนานแค่ไหน แต่ถ้าเรา
ไม่ทำ ก็คงไม่ใช่ บ้านเรา เราก็ต้องรักษา” (ประธาน อสม.
ชาย 54 ปี เขตสุขภาพที่ 7)

การดำเนินงาน แต่ละพื้นที่มีการพัฒนาแอปพลิเคชัน
ต่างๆ เพื่อให้การติดตามและรายงานผลการดำเนินงาน
ซึ่ง อสม.ต้องมีการปรับตัว เรียนรู้เทคโนโลยีซึ่งเป็นการ
ทำงานที่ไม่ใช่บทบาทโดยตรง ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการ
ใช้เทคโนโลยี ทั้งความสามารถในการเรียนรู้การเสียค่าใช้จ่าย
รวมถึงความเสื่อมตามวัยสูงอายุทำให้เป็นอุปสรรคต่อ
การใช้สมาร์ตโฟน การส่งรายงานผ่านอินเทอร์เน็ต เครื่อง
มือสื่อสารที่ อสม.ใช้ไม่ทันสมัยที่จะรองรับเทคโนโลยีทาง
ออนไลน์ความสามารถในการรองรับโปรแกรมต่างๆ ของ
โทรศัพท์ และ อสม.ต้องแบกภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

“อสม.มีหลายกลุ่มอายุ อินเทอร์เน็ต ง่ายสะดวกสบาย
กับคนบางกลุ่ม แต่ฉันทอายุมาก กับมือถือใช้แต่โทรเข้าโทร
ออก รายงานก็อาศัยให้ อสม. ที่เด็กๆ เป็นคนรายงาน ที่ใช้
อินเทอร์เน็ตเป็น กับการซื้ออินเทอร์เน็ต มีค่าใช้จ่าย ก็เป็น
ภาระอยู่ โทรศัพท์เก่าก็จะยากอยู่” (อสม. หญิง 52 ปี เขต
สุขภาพที่ 8)

อสม.ขาดแนวทางหรือขั้นตอนที่ชัดเจนในการทำงาน
เฝ้าระวังโควิด-19 ในชุมชน อสม.ส่วนใหญ่ดำเนินงานตามที่
ผู้นำชุมชนหรือ รพ.สต.สั่งการ ทำตามที่ได้รับมอบหมายใน
การเฝ้าระวังฯ กลุ่มเสี่ยง อสม.ทุกพื้นที่ไม่เคยทราบเกณฑ์
การปฏิบัติงานของ อสม.ตามแนวทางที่ สบส.กำหนด ดั่ง
นั้นถ้ามีแนวทางให้รู้ว่าต้องทำงานตามลำดับขั้นตอน ก็จะเป็น
สิ่งที่ดีทำให้มีเข็มทิศในการทำงาน

“อสม.ทำงานตามที่ท่านผู้นำทางตำบลกำนัน ผู้ใหญ่
บ้าน ได้บอกว่าให้ทำอะไร ส่วนใหญ่ก็จะคุยกัน สื่อสารกัน
ทางไลน์กับ รพ.สต. ไม่มีแนวทางอะไรชัดเจน ทำตามที่ได้

รับมอบหมายจากเทศบาล สงสัยอะไรก็ถามจากผู้ใหญ่บ้าน
เจ้าหน้าที่ รพ.สต.” (อสม. หญิง 44 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

อสม.เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานควบคุมโรค
โควิด-19 ระดับพื้นที่ การพัฒนาตามบทบาทหน้าที่ให้
ชัดเจนจึงมีความสำคัญ อสม.ทำหน้าที่หลักในการแจ้ง
ข่าวสารและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง จากการปฏิบัติงานพบว่า
อสม.ได้รับมอบหมายให้ทำงานเกินความสามารถในด้าน
การใช้เทคโนโลยี ควรให้ อสม.รายงานผลการดำเนินงาน
ตามบริบทพื้นที่และตามศักยภาพของ อสม.

การสั่งการที่มาจากหน่วยงานต่างๆ ลงสู่พื้นที่ ทำให้
อสม.ต้องทำงานร่วมกับทุกฝ่าย ทั้งด้านการเฝ้าระวังฯ
ควบคุมโรค การตรวจร้านค้า การตรวจตลาด การแจก
ถุงยังชีพ การแจกอุปกรณ์ป้องกันตนเอง อุปกรณ์ในการ
ป้องกันตัว อุปกรณ์คัดกรองที่ไม่เพียงพอและไม่มั่นใจใน
ความน่าเชื่อถือของผลการคัดกรอง โดยเฉพาะเครื่องวัดไข้
พบว่าอุณหภูมิที่วัดได้มักต่ำกว่าปกติ อสม.คอยสอดส่องให้
ชาวบ้านปฏิบัติตามมาตรการ การรณรงค์ให้ประชาชน
ไปฉีดวัคซีน การแนะนำชาวบ้านลงทะเบียนพร้อม
และงานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

“เครื่องวัดไข้ หรือที่สแกนอุณหภูมิ พบว่าตั้งแต่ตรวจ
มายังไม่เจอชาวบ้านที่มีไข้เลย อุณหภูมิต่ำบางคนเจอ 35-
36 องศา ก็มีชาวบ้านที่มีความรู้ก็บอกว่า อุณหภูมิต่ำกว่า
ปกติ ก็อยากให้เครื่องวัดไข้ได้รับการตรวจสอบว่าเครื่องวัด
ไข้ วัดได้ถูกต้อง” (อสม. หญิง 48 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

การตระหนักรู้และความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่
ในการป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อบางคน ไม่สวม
หน้ากากตลอดเวลา เมื่ออยู่ในแหล่งชุมชน เนื่องจากหายใจ
ไม่สะดวกจึงทำให้ไม่อยากสวม หรือไม่มีหน้ากากเนื่องจาก
ยากจน ไม่สามารถซื้อได้ หรือสวมหน้ากากที่ใช้แล้ว อาจ
ทำให้ประสิทธิภาพในการป้องกันไม่ดีพอ การรายงานตัวเมื่อ
มาจากพื้นที่เสี่ยง ความรับผิดชอบของประชาชน บางคน
มาจากพื้นที่เสี่ยงแล้วไม่ยอมกักตัว ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่
กระจายเชื้อให้กับผู้อื่น รวมถึงการลงทะเบียนฉีดวัคซีน
ข่าวสารที่ถูกแชร์ในระบบออนไลน์ ซึ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่น

ในการรับวัคซีน โควิด-19 ของ กลุ่ม อสม. และประชาชน ไม่ให้ความร่วมมือเรื่องการลงทะเบียนฉีดวัคซีน ความร่วมมือในการลงทะเบียนของประชาชนที่ เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง

“การไม่ปฏิบัติตัวของคนในชุมชน เช่น ไม่สวมแมสก์ ไม่เว้นระยะห่าง ทำให้ อสม. ต้องมากระตุ้นเตือนบ่อยครั้ง บางบ้านปิดประตูใส่ ทำให้เสียใจแต่ก็ต้องทำต่อเพราะกลัวติดเชื้อ” (อสม. หญิง 46 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย รูปแบบการดำเนินงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการศึกษานำสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม. ดังนี้

1. ข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับพื้นที่คือ ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคระดับจังหวัดและอำเภอ ควรพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม. อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ผลจากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ อสม. ศึกษาเรื่องโควิด-19 จากโซเชียลมีเดียออนไลน์ ซึ่งอาจจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโควิด-19 ที่คลาดเคลื่อน ขาดการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนั้นควรมีการกำหนดเป็นมาตรการที่ชัดเจนถึงรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม. โดยใช้วิธีการที่หลากหลาย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความชัดเจนและความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสาร ควรกำหนดหน่วยงานหลักที่เป็นแหล่งให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องแก่ อสม. เพื่อให้ อสม. มีความรู้ ความเข้าใจสามารถนำไปถ่ายทอดให้กับประชาชนในพื้นที่ นอกจากนั้นควรประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดมาตรการอย่างชัดเจนและปฏิบัติตามอย่างเข้มงวดในการกำหนดให้ อสม. เป็นผู้มีส่วนที่หลักในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในพื้นที่

2. ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานระดับจังหวัด หรือศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของ อสม. ควร

จัดทำโปรแกรมหรือแนวทางการทำงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน เพื่อให้ อสม. มีแนวทางการดำเนินงานตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน ที่เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน มีเข้มทิศในการทำงานส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อไป จากการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามที่ได้ รับมอบหมาย ตามคำสั่งจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ถึงแม้โดยภาพรวม อสม. จะประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ แต่ยังมีปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานที่เกิดจาก อสม. ขาดแนวทางหรือขั้นตอนที่ชัดเจนในการทำงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชน อสม. ส่วนใหญ่ดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมาย จาก อปท. ผู้นำชุมชนหรือ รพ.สต. เมื่อมีข้อสงสัยก็จะ สอบถามจากผู้นำชุมชนหรือ รพ.สต. อสม. ทุกพื้นที่ไม่เคย ทราบเกณฑ์การปฏิบัติงานของ อสม. ตามแนวทางที่ สบส. กำหนด

3. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการพัฒนาทักษะด้าน การใช้เทคโนโลยี เช่น การใช้แอปพลิเคชันในการรายงาน ต่างๆ สำหรับ อสม. รวมถึงการพิจารณาจัดสรรสนับสนุน ค่าใช้จ่ายการใช้ข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (internet package, data package) เป็นประเด็นที่ผู้บริหารควร ได้พิจารณา ทั้งนี้หากสามารถจัดสรรในรูปแบบของกระทรวง หน่วยงานระดับภูมิภาคและระดับจังหวัดอาจจะได้ค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล และไม่ต้องให้เป็นภาระส่วนเกินของ อสม. และส่งผลดีต่อการรายงานข้อมูลในปัจจุบันทันที (real-time)

4. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการบูรณาการการทำงาน แบบเครือข่าย จากผลการศึกษาพบว่าในการดำเนินงานเฝ้า ระวังฯ ในชุมชนนั้น มีหน่วยงานหลายภาคส่วนที่ดำเนินงาน ร่วมกัน เช่น ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด (ศปกจ.) ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปกอ.) ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคตำบล (ศปกต.) ควรมีการบูรณาการทุก ภาคส่วนอย่างจริงจังผ่านการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ จะทำให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนส่ง ผลต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการดำเนินงาน ทั้งนี้



การควบคุมพื้นที่การแพร่ระบาดของโรค การกักกันผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค และการปฏิบัติตัวตามมาตรการการควบคุมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักระบุว่ายังมีปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานที่เกิดจากความไม่ชัดเจนของการสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติมาจากหลายช่องทาง จากหลายหน่วยงาน ทั้งนี้เพื่อความชัดเจนในการสั่งการ และสื่อสารให้ตรงกัน อสม. จะได้มีความชัดเจนในการทำงาน ควรให้อสม. ร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการโรคติดต่อระดับอำเภอ ร่วมเป็นทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (surveillance and rapid response team, SRRT) ตำบล ร่วมเป็นทีมอาสาโควิด-19 ในชุมชนและเป็นเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อในชุมชนตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

วิจารณ์และข้อยุติ

จากการศึกษากระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในชุมชนของ อสม. ทั้งจากข้อมูลเชิงปริมาณและจากการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความสอดคล้องกัน การอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชนของ อสม. 5 ด้าน ดังนี้

ด้านการเตรียมความพร้อมแก่ อสม. ก่อนการปฏิบัติงาน การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม. มีคะแนนเฉลี่ย 2.77, SD 0.30 (จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน) อสม. มีการปฏิบัติ 3 ลำดับแรกคือ 1) การป้องกันตนเองโดยการกินร้อน ซ้อนเรา ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง 2) การสำรวจสุขภาพตนเอง ก่อนเข้าไปปฏิบัติงานการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชน และ 3) การทำความเข้าใจและติดตามการทำงานเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ก่อนลงปฏิบัติงาน อสม. ได้รับความรู้จากการอบรมและหาความรู้เพิ่มเติมจากสื่ออินเทอร์เน็ต การรับฟังข่าวสารจากแหล่งข่าวต่างๆ เพื่อเตรียมพร้อมด้านความรู้ อย่างไรก็ตามพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ศึกษาเรื่องโควิด-19 จากสื่อโซเชียลออนไลน์ ซึ่งอาจ

จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโควิด-19 ที่คลาดเคลื่อนเนื่องจากไม่มีผู้ตรวจสอบข้อมูลข่าวสารที่น่าเสนอในสื่อโซเชียล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำคู่มือ หรือโปรแกรมหรือแนวทางการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน เพื่อการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน หรือมีช่องทางการสื่อสารข้อมูลที่เชื่อถือได้ ดังการศึกษาของ Barcelos TN และคณะ⁽¹³⁾ ประเทศบราซิล ซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 จำนวนมากและต่อเนื่อง ได้วิเคราะห์ลักษณะข่าวลวง ที่ไม่เป็นจริงเกี่ยวกับโควิด-19 ระหว่างเดือนมกราคมถึง มิถุนายน 2563 จาก 2 เว็บไซต์ พบว่ามีข่าวลวงหรือข่าวที่ไม่เป็นจริง 329 ข่าว และข่าวลวงส่วนใหญ่จะถูกนำเสนอทางโซเชียลมีเดียคือ Facebook และ WhatsApp โดยประเด็นข่าวลวงที่พบมากที่สุดคือเรื่องประเด็นการเมือง นโยบายที่เกี่ยวข้องกับโรคพบร้อยละ 20.1 รองลงมาคือ สถิติการแพร่ระบาดและการตาย พบร้อยละ 16.1 และรองลงมาคือรูปแบบวิธีการป้องกันโรคและการรักษา ซึ่งการนำเสนอข่าวลวงมีทั้งเป็นการประกาศข่าว การเสนอภาพถ่าย และวิดีโอ ดังนั้นประเทศไทยควรมีการตรวจสอบ วิเคราะห์การนำเสนอข่าวให้เกิดความชัดเจนและความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสาร อสม. ส่วนใหญ่มีพื้นฐานการศึกษาระดับประถมศึกษา ยังมีความไม่มั่นใจในความรู้ที่มี ประชาชนในพื้นที่ก็มักไม่เชื่อถือ อสม. ดังนั้นการได้รับข้อมูลที่นำเสนอที่ถูกต้องชัดเจน จึงเป็นเรื่องสำคัญ กำหนดหน่วยงานหลักที่เป็นแหล่งให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องแก่ อสม. เพื่อให้ อสม. สามารถถ่ายทอดให้กับประชาชนในพื้นที่ได้

จากผลการศึกษาพบข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันว่า อสม. มีการเตรียมความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ เช่น หน้ากากอนามัย เครื่องวัดไข้ อย่างไรก็ตามพบว่าบางครั้งอุปกรณ์ดังกล่าว ไม่พร้อมต่อการทำงาน มีจำนวนไม่พอ ดังนั้น ควรปรับปรุงระบบการสนับสนุนต่างๆ ทั้งอุปกรณ์และค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน เช่น ค่าเดินทาง นโยบายการสนับสนุนที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมจะส่งเสริมให้มี อสม.

ทำงานในระบบบริการสุขภาพต่อไป

ด้านการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง จากการศึกษาพบว่า อสม.ร้อยละ 97.6 คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้าออกในพื้นที่ ร่วมกับภาคีเครือข่าย และให้คำแนะนำ มีส่วนร่วมในการตั้งด่านชุมชนซึ่งเป็นจุดตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 ด้านหน้าก่อนเข้าสู่หมู่บ้าน ร่วมกับภาคีเครือข่าย มีการแจ้งและรายงานผู้ที่มีประวัติมาจากพื้นที่เสี่ยงไปยังรพ.สต. กรณีที่มีการจัดงานในพื้นที่ อสม.จะมีการไปคัดกรองและให้ความรู้ มีการจัดเวรตรวจตรา คอยสอดส่องค้นหา เฝ้าระวัง การค้นหาความเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย มีคะแนนเฉลี่ย 2.83, SD 0.35 พบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการเข้าร่วมกิจกรรมตรวจคัดกรองโควิด-19 ดังการศึกษาของ Kaweenuttayanon N และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวถึงสภาพการณ์ระบาดของโควิด-19 ที่ประชากรวัยแรงงานไทยที่ทำงานเดินทางกลับถิ่นมากขึ้น การพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และส่งเสริมให้ประชาชนกักตัวที่บ้าน 14 วัน รวมถึงการติดตามต่อเนื่อง และรายงานอาการต่อ อสม. ซึ่งถือว่า อสม.เป็นปราการสำคัญในระดับหมู่บ้านที่สามารถช่วยบุคลากรสาธารณสุขช่วยแก้ปัญหาในเรื่องความขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวังฯ ในชุมชน โดย อสม.แต่ละพื้นที่มีวิธีการคัดกรองที่แตกต่างกันออกไปตามประสบการณ์ โดยไม่มีขั้นตอนการคัดกรองที่ชัดเจน ซึ่งการพัฒนาระบบการคัดกรองในชุมชนเป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญดังเช่นการศึกษาของ VandeWeed C และคณะ⁽¹⁵⁾ มหาวิทยาลัยฟลอริดา สหรัฐอเมริกา ร่วมกับทีมสุขภาพหมู่บ้าน พัฒนาโปรแกรมการคัดกรองโควิด-19 สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมุ่งเน้นให้เกิดการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และส่งเสริมความรู้ให้กับคนในชุมชนและการสนับสนุนการวางแผนการดูแลในชุมชน โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมาย 4,230 คน ในการคัดกรองเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มมีอาการคือไอ น้ำมูกไหล หายใจถี่ มีไข้ รวมถึงคนที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงและกลุ่มไม่มีอาการ โดยโปรแกรมการคัดกรองทำให้กลุ่มเป้าหมายทราบผลโดยเร็วที่สุดภายใน 72 ชั่วโมง ซึ่งทำให้

กลุ่มคนในชุมชนลดความเสี่ยง หรือเมื่อมีความเสี่ยงได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อโรค ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าประเทศไทยโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนการรณรงค์ “อสม. เคาะประตูบ้าน ต้านโควิด-19” สนับสนุน อสม.ในการค้นหา และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในหมู่บ้านหรือชุมชน ติดตาม เฝ้าสังเกตอาการ ณ ที่พักอาศัย (home quarantine) ในกลุ่มผู้เดินทางกลับจากพื้นที่ระบาดของโรคโควิด-19 คือการซักประวัติ สอบถามอาการและวัดไข้

การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงนั้น อสม.มีช่องทางการรับรู้รายชื่อผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง ประกอบไปด้วย การคัดกรองที่ด่านชุมชน การแจ้งจากเจ้าบ้านหรือญาติ การแจ้งจากผู้นำ การแจ้งจากเพื่อนบ้าน การแจ้งของผู้ที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ และจากการสำรวจของ อสม. เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.ร่วมกับ อสม. (1 คน: 10-15 หลังคาเรือน) ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัว มีคะแนนเฉลี่ย 2.74, SD 0.51 พบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและอาการสำคัญต่อเจ้าหน้าที่ และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงภายหลังการค้นหา เฝ้าระวัง และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นปัจจุบันทุกวัน กลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในหมู่บ้าน/ชุมชน อสม.จะแยกเป็นกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูง สัมผัสเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการบ่งชี้ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด หากพบมีความผิดปกติส่งต่อตามระบบ พร้อมให้คำแนะนำ ติดตาม สังเกตอาการตามประกาศ พรบ.โรคติดต่อจังหวัด ณ เวลานั้นๆ อสม.มีการจัดเวรยามเฝ้าคนที่ต้องกักตัวที่ อบต.หรือศูนย์เลี้ยงเด็กกลางวัน ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaweenuttayanon N และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่รายงานว่า อสม.มากกว่า 1 ล้านคนที่ดูแลคนละ 5-15 หลังคาเรือน โดย อสม.เสียสละเวลาติดตามกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากการที่วัยแรงงานกลับถิ่น



และจำนวนโรงพยาบาลสนามไม่เพียงพอ โดยสิ่งสำคัญ 2 ประการที่ อสม.ต้องดำเนินการคือ การติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมให้ปฏิบัติตน สนับสนุนอุปกรณ์ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาด และประการที่ 2 คือ ตัว อสม.เองที่มีการติดตามกลุ่มเสี่ยงมีโอกาสเสี่ยงสูงในการสัมผัสโรค ดังนั้น อสม.ต้องคำนึงถึงการป้องกันตนเองอย่างเข้มงวด สำหรับการศึกษารายงานพบว่า หลังการดำเนินงาน อสม.รายงานผลการดำเนินงานผ่าน อสม.ออนไลน์ โดยในไลน์กลุ่มมีบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อยู่ด้วยและจะทำหน้าที่บันทึกในระบบต่อไป

การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโควิด-19 ให้ครบ 14 วัน อสม.มีการซักประวัติ สอบถามอาการและวัดไข้ให้ความรู้การปฏิบัติตนตามมาตรการ เช่น COVID-19 Watch Out ส่วนใหญ่ใช้การสื่อสารรายงานแบบไม่เป็นทางการร่วมด้วย และให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนพบค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือจัดบริการเชิงรุกในชุมชนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 เช่น การส่งยาที่บ้าน การเยี่ยมบ้านและกิจกรรมอื่นๆ รวมทั้งมีการสร้างความเข้าใจให้กับชาวบ้าน อสม.ให้ความรู้การปฏิบัติตนให้กับประชาชนโดยเน้นการใช้ชีวิตวิถีใหม่ (new normal) ดังจากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO)⁽¹⁶⁾ ได้กล่าวถึงประเทศไทยในการรณรงค์รูปแบบวิถี new normal เพื่อควบคุมสถานการณ์แพร่ระบาดให้ดีขึ้น ซึ่งทั้ง 12 เขตสุขภาพนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งโครงการรูปแบบวิถี new normal model นี้ได้รับการสนับสนุนจากสหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่นในการพัฒนาระบบการดูแล โดยได้เริ่มนำร่องที่จังหวัดปัตตานีในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านการสร้างการรับรู้การตระหนักถึงความเสี่ยง การสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ในระบบสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ได้แบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น 3 ประเภทตามสีไฟจราจรคือ เขียว แดง เหลือง ภายใต้พื้นฐานความต้องการเร่งด่วนของการดูแล สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเร่งด่วนมีอาการสงสัยเช่นมีไข้ เจ็บคอ สามารถรับบริการปรึกษาบุคลากรสาธารณสุขผ่านทาง

โทรศัพท์ กรณีผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 เข้าสู่ระบบบริการ โดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ ตามหลักการเว้นระยะห่าง ปัดตานีโมเดลนำไปสู่การพัฒนานวัตกรรมและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม อสม.ยังขาดแนวทางการให้ความรู้ที่ชัดเจน และประชาชนส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ควรมีรูปแบบ คู่มือ หรือแนวทางการให้ความรู้สำหรับ อสม.ที่เข้าใจง่าย ดังการศึกษาของ Kamara FM, Mokuwa EY, และ Richards P⁽¹⁷⁾ ศึกษาในประเทศเซียร์ราลีโอนแถบแอฟริกาตะวันตก ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำ กลุ่มตัวอย่าง 107 คน วิทยุใหญ่ที่อาศัยใน 2 หมู่บ้าน นักวิจัยได้พัฒนารูปแบบการถ่ายทอดความรู้เรื่องการระบาดของโควิด-19 โดยใช้รูปแบบที่ทำให้ประชาชนเข้าใจง่ายผ่านการเล่นเกมส์ โดยเปรียบเทียบการระบาดกับโรคติดเชื้อไวรัสที่มีการระบาดในพื้นที่ ที่ประชาชนเคยประสบการระบาดรุนแรงในช่วงปี 2014-2015 และมีความเข้าใจคือ Ebola Virus Disease (EVD) โดยใช้ผลไม้ประจำถิ่นที่ประชาชนคุ้นเคย มีในพื้นที่จำนวนมาก เป็นสัญลักษณ์ของโรค โดยผลมะม่วงแทนโรค EVD ผลส้มแทนโรค COVID-19 ในการอธิบายเปรียบเทียบถึงความรุนแรงของโรค และการเสียชีวิตจากโรคจากเชื้อ EVD และ COVID-19

การบริหารจัดการ บันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน ผลการศึกษาพบว่าแต่ละพื้นที่ให้ อสม.รายงานผลการดำเนินงานการเฝ้าระวัง การคัดกรองทางออนไลน์ ซึ่ง อสม.บางคนก็จะมีปัญหาในเรื่องของการใช้เทคโนโลยี เนื่องจาก อสม.ที่เป็นผู้สูงอายุขาดความคล่องตัว และมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีน้อย และถึงแม้ อสม.ส่วนใหญ่จะมีเครื่องมือในการทำงานคือสมาร์ตโฟน แต่อาจจะไม่รองรับระบบปฏิบัติการ รวมทั้ง อสม.ต้องแบกรับค่าใช้จ่าย ดังนั้นจึงเป็นประเด็นที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในระดับพื้นที่และระดับนโยบาย ควรพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะและบทบาทของ อสม.ในการรายงานผลการดำเนินงานให้เหมาะสมตามบริบทพื้นที่และศักยภาพ

ของ อสม. และควรพิจารณาจัดสรรสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการใช้ข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (internet package, data package) ทั้งนี้หากสามารถจัดสรรในรูปแบบของกระทรวง หน่วยงานระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด อาจจะได้ค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล และไม่ต้องให้เป็นภาระส่วนเกินของ อสม. และส่งผลดีต่อการรายงานข้อมูลในปัจจุบันทันที (real-time)

ข้อเสนอแนะ:

1. ด้านการพัฒนา อสม. ควรมีการให้ความรู้และพัฒนาทักษะแก่ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน
2. ด้านการพัฒนาโปรแกรม ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชนสำหรับ อสม. เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานที่มีความชัดเจนตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.
3. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม.
4. ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการควบคุม ป้องกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในกลุ่ม อสม. (best practice) เพื่อเป็นตัวอย่างให้ อสม. ในภาคอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ทีมวิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ทั้ง 16 พื้นที่ ใน 8 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้บริหารในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่กรุณาสับสนุนให้ทีมวิจัยได้ทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดเครือข่ายวิจัย และขอขอบคุณหน่วยงานที่สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้ คือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้โอกาสทีมวิจัยได้ดำเนินงานวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

References

1. Mamana S, Iamsirithaworn S, Uttayamakul S. Coronavirus disease-19 (COVID-19). Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute 2020;14(2):124-33. (in Thai)
2. Order the prime minister's office 6/2563. Re: Arrangement of the Structure of the Centre for COVID-19 Situation Administration (CCSA) [Internet]. [cited 2021 June 22]. Available from: http://web.krisdika.go.th/data/slideshow/File/43_165158_6_2563_Eng.pdf.
3. Public Health Support Division, Ministry of Public Health. Performance report of VHV in surveillance for Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) in the community [Internet]. [cited 2020 Jul 14]. Available from http://www.thaiphc.net/new2020/save_covid_report/. (in Thai)
4. Public Health Support Division, Ministry of Public Health. Village health volunteers (VHVs) manual [Internet]. [cited 2020 Jul 9]. Available from: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/OSM_Doctor.pdf. (in Thai)
5. Ministry of Public Health. Practice guidelines for the village health volunteers (VHVs) on surveillance for Coronavirus Disease 2019 (Covid-19). Nonthaburi: Department of Health Service Support; 2020. (in Thai)
6. Department of Health Service Support. Manual for strengthening village health volunteer. Bangkok: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
7. Krassanairawiwong T. Improve potential of VHVs with quality work. Bangkok: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
8. White M, Cohan A. A guide to capturing lesson learned [Internet]. [cited 2020 Sep 17]. Available from www.conservationsgateway.org; 2016.
9. Nyumba TO, Wilson K, Derrick MN. The use of focus group discussion methodology: insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and Evolution* 2018;9(1):20-32.
10. World Health Organization. Minimum requirements for infection prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2019.
11. 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;7(2):ก-จ. (in Thai)
12. Department of Health Service Support. VHV's guideline knocking on the door of the house against COVID-19. Nonthaburi: Department of Health Service Support; 2020. (in Thai)



13. Barcelos TN, Muniz LN, Dantas DM, Cotrim Junior DF, Cavalcante JR, Faerstein E. Analysis of fake news disseminated during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2021 [cited 2021 Jul 12];1-8. Available from: www.paho.org/journal. doi: <http://doi.org/10.26633/RPSP.2021.65>.
14. Kaweenuttayanon N, Pattanarattanamolee R, Sorncha N, Nakahara S. Community surveillance of COVID-19 by village health volunteers, Thailand. *Bull World Health Organ. Am* 2021 [cited 2021 Jul 10];99:393-97. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.274308>.
15. VandeWeed C, Lauzardo M, Lowenkron J, Morris JG, Tyndall JA, Nelson DR, et al. Patient-centered Covid-19 screening in a community of older adults: combining educational and research components. *NEJM Catalyst* [Internet]. [cited 2021 Jun 11]. Available from: <https://events.catalyst.nejm.org>.
16. World Health Organization. Thailand launches “New Normal” system to build back better after COVID-19 [Internet]. [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int>.
17. Kamara FM, Mokuwa EY, Richards P. How villagers in central Sierra Leone understand infection risks under threat of Covid-19. *PLOS ONE* 2020; Jun 24:1-7 [Internet]. [cited 2021 Jun 24]. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235108>.