

รายงานการวิจัย

การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว
ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง

The development of collaboration model among migrant
health volunteer for serious diseases surveillance
prevention and control

โดย

นิติรัตน์ พูลสวัสดิ์

แก้วใจ มาทอง

ธารทิพย์ เหลืองตรีชัย

ธัญญา รอดสุข

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

รายงานผลการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ได้จัดทำโดยทีมวิจัยของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค

โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว เพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง และเพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ผลการศึกษานี้ทำให้ได้รูปแบบความร่วมมือของ อสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาด ผลลัพธ์ที่ได้คือ ความครอบคลุมของวัคซีนในแรงงานต่างด้าว พฤติกรรมทางสุขภาพของแรงงานต่างด้าว และความครอบคลุมการส่งต่อของแรงงานต่างด้าว เพิ่มขึ้น ทำให้ลดการแพร่กระจายเชื้อไปในวงกว้างได้ นับเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ได้เป็นอย่างดี

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานผลการวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน ที่ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง เพื่อสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง และเป็นกลไกที่ช่วยลดการแพร่ระบาดในพื้นที่ ทำให้โรคไม่แพร่กระจายออกไปพื้นที่อื่นได้ และเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการปัญหาโรคและภัยสุขภาพอื่นๆในกลุ่มแรงงานต่างด้าว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การลดป่วย ลดตาย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนในเขตเมืองมีสุขภาพดี เป็นส่วนสำคัญในการช่วยพลิกฟื้นเศรษฐกิจไทย และสามารถนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพอื่นๆในพื้นที่ที่เหมาะสมตามบริบทให้ครอบคลุมทั่วประเทศได้ต่อไป

คณะผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยความอนุเคราะห์จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ วิชาญ บุญกิติกร คณะที่ปรึกษาสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เจ้าหน้าที่สำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ที่ให้ คำปรึกษา แนะนำ และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และขอขอบคุณความร่วมมือของทีมงาน คณะทำงานพัฒนาแกนนำสุขภาพ สถานประกอบการ สำนักงานเขต และศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน ที่ให้ความร่วมมือ ร่วมดำเนินการ ช่วยเหลือ และสนับสนุนการดำเนินงานในครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อภาษาไทย

หัวข้อวิจัย การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน

ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง

ชื่อผู้วิจัย นิติรัตน์ พูลสวัสดิ์

ผู้ร่วมวิจัย แก้วใจ มาทอง, ธารทิพย์ เหลืองตรีชัย, ัญญา รอดสุข

หน่วยงาน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค

บทคัดย่อ

สถานการณ์การแพร่ระบาดที่รุนแรงและรวดเร็วของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยระลอกเดือนธันวาคม 2563 พบการติดเชื้อมากกว่าร้อยละ 90 เป็นแรงงานต่างด้าว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 2. เพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง และ 3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดย รูปแบบความร่วมมือ ประกอบด้วย 1) วางแผนกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่างๆ 2) การปฏิบัติ มีกิจกรรมเกี่ยวกับ สำรวจสถานะสุขภาพ, จัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค, สร้างและพัฒนา อสต., ตรวจคัดกรองโรคและส่งต่อเข้าระบบการรักษา, ให้ความรู้การป้องกันโรคระบาดร้ายแรงแก่ชุมชนแรงงานต่างด้าว, จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน และส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีน 3) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน ร่วมกับภาคีเครือข่าย 4) สะท้อนผล ส่งคืนข้อมูลให้สถานประกอบการ รวมถึงมีเวทีสะท้อนผลการดำเนินงานให้กับสถานประกอบการ โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ 1. อสต. ในสถานประกอบการ ในพื้นที่ 3 เขต จากเขตบางขุนเทียน 3 แห่ง เขตภาษีเจริญ 1 แห่ง และเขตบางแค 2 แห่ง โดยคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 100 คน และ 2. แรงงานต่างด้าว จำนวน 811 คน ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 50 ข้อ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2564 - สิงหาคม 2565 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า 1. สถานะสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ได้แก่ มีสิทธิการรักษา ร้อยละ 86.4 เป็นสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 62.6 เคยติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 23.3 พฤติกรรมสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ได้แก่ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 98.5 รองลงมาคือ เว้นระยะห่างจากผู้อื่นเวลาอยู่นอกบ้าน ร้อยละ 94.3 และเมื่อไอ/จามใส่ทิชชูหรือผ้าเช็ดหน้า ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือใช้สเปรย์/เจลแอลกอฮอล์ ร้อยละ 91.6 ส่วนพฤติกรรมป้องกันโควิด 19 พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.4 ความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ได้แก่ ต้องการความรู้เรื่องโควิด 19 ร้อยละ 61.5 ต้องการอุปกรณ์ป้องกันโควิด 19 คือ

หน้ากากอนามัย ร้อยละ 91.9 รองลงมา คือ เจลแอลกอฮอล์ ร้อยละ 58.6 2. รูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ได้แก่ มีการจัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 พร้อมดำเนินการโดยอสต., มีการสร้างและพัฒนาศักยภาพ อสต. จำนวน 100 คน ให้มีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19, มีการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วยชุดตรวจแอนติเจน พร้อมรายงาน ประสาน และส่งต่อเข้าระบบการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลา, มีการให้ความรู้การป้องกันโรคระบาดร้ายแรงแก่ชุมชนแรงงานต่างด้าว, จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในรูปแบบสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครต่างด้าวดูแล จำนวน 3 แห่ง มีจำนวนผู้มารับบริการ 230 คน โดยให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น จำนวน 160 คน ส่งต่อไปรักษาจำนวน 65 คน และให้คำปรึกษาแนะนำ จำนวน 210 คน และมีการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวเชิงรุก และ 3. ผลลัพธ์หลังดำเนินการ พบว่า ความครอบคลุมการรับวัคซีนโควิด 19, พฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 และความครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา เพิ่มขึ้น โดยมีความครอบคลุมการรับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 3 (Booster Dose) ร้อยละ 92.8 (ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 29.3) มีพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.4 (ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 78.4) และมีความครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา ร้อยละ 100 (ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 59.5)

ดังนั้น รูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง สามารถส่งผลให้เพิ่มความครอบคลุมการรับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 3 ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 และเพิ่มความครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.), โรคระบาดร้ายแรง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

The development of collaboration model among migrant health volunteer for serious diseases surveillance prevention and control

Researcher: Nitirat Poonsawat

Co-researcher: Kaewjai Mathong, Tharnthip Luengtreechai, Tanya Rodsook,

Institution: Institute for Urban Disease Control and Prevention Department of Disease Control, Ministry of Public Health

ABSTRACT

The severe and rapid spread of COVID-19 in Thailand during the December 2020 wave saw more than 90% of infections among migrant workers. This research aims to: 1) study the health status, health behaviors, and health needs of migrant workers, 2) develop a collaborative model for migrant public health volunteers (MPHV) in surveillance, prevention, and control of severe disease outbreaks, and 3) evaluate the outcomes of the development of the MPHV collaborative model in the surveillance, prevention, and control of severe disease outbreaks. The research used an action research approach, where the collaborative model consisted of: 1) planning and setting the guidelines for working together with network partners and agencies, 2) implementation, including activities such as health status surveys, creating plans for disease surveillance, prevention, and control, developing MPHV, screening for diseases and referring patients for treatment, providing education on preventing severe disease outbreaks to migrant worker communities, and establishing community health centers and to promote COVID-19 vaccine access among migrant workers, 3) monitoring and evaluating the work every 3 months with the network partners, and 4) reflecting results and providing feedback to workplaces, including holding reflection meetings with workplaces. The sample groups were: 1) MPHV at workplaces in 3 districts, including 3 locations in Bang Khun Thian, 1 in Phasi Charoen, and 2 in Bang Khae, selected by purposive sampling, with 100 participants, and 2) 811 migrant workers. The researcher developed a data collection tool with 50 items, reviewed for content validity by experts. The study was conducted between September 2021 and August 2022, using descriptive statistics.

The research findings revealed that: 1) The health status of migrant workers includes 86.4% having healthcare rights, with 62.6% covered by social security, and 23.3% having previously contracted COVID-19. The health behaviors of migrant workers include 98.5% wearing face masks when leaving home, followed by 94.3% practicing social distancing, and 91.6% using tissues or handkerchiefs when coughing or sneezing, and washing hands with soap and water or using alcohol-based spray/gel. As for COVID-19 prevention behaviors, most were at a good level, with 78.4% exhibiting good behaviors. The health needs of migrant workers include 61.5% wanting information about COVID-19, and 91.9% needing COVID-19 protective equipment, such as face masks, followed by 58.6% needing alcohol-based gel. 2) The collaborative model of migrant public health volunteers (MPHV) includes the creation of COVID-19 disease surveillance, prevention, and control plans, with MPHVs actively involved in implementation. MPHVs' capacity was developed with 100 individuals trained in disease surveillance, prevention, and control. COVID-19 screening was done with antigen test kits, and proper and timely reporting, coordination, and referrals to the treatment system were ensured. Education on preventing severe disease outbreaks was provided to migrant worker communities, and three community health centers were established with migrant volunteers taking care of them. The centers served 230 people, offering 160 health screenings, 65 referrals for treatment, 210 consultations and promoting booster COVID-19 vaccination for migrant workers was done. 3) After the intervention, the results showed increased coverage of COVID-19 vaccination, improved COVID-19 prevention behaviors, and better coverage of patient referrals for treatment. The coverage of the third dose (booster) COVID-19 vaccination increased to 92.8% (from 29.3% before the intervention), the percentage of people practicing good COVID-19 prevention behaviors increased to 88.4% (from 78.4%), and the coverage of patient referrals for treatment reached 100% (from 59.5% before the intervention).

Therefore, the collaborative model of migrant public health volunteers in surveillance, prevention, and control of severe disease outbreaks can lead to increased coverage of the third dose (booster) COVID-19 vaccination, promotion of COVID-19 prevention behaviors, and enhanced coverage of patient referrals into the treatment process.

Keywords: Model development, Migrant Health Volunteer (MHV), Serious outbreak diseases

สารบัญ

คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
1.3 ขอบเขตการศึกษา	4
1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 ความรู้เรื่องโรคระบาดร้ายแรง	6
2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคระบาด หรือโรคติดต่อ	9
2.3 นโยบาย หรือยุทธศาสตร์การป้องกัน ควบคุม โรคระบาด	25
2.4 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว	28
2.5 อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว	36
2.6 ทักษะที่จำเป็นของ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเขตเมือง (อสด. เขตเมือง)	37
2.7 ทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research)	43
2.8 ทฤษฎีการเสริมพลัง(Empowerment)	46
2.9 ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	48
2.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	50
2.11 กรอบแนวคิดในการศึกษา	57

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	59
3.1 รูปแบบการศึกษาและระยะเวลาการศึกษา	59
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	60
3.3 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	60
3.4 เครื่องมือวิจัย	62
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	64
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	64
บทที่ 4 ผลการศึกษา	65
4.1 ขั้ววางแผน	65
4.2 ขั้วปฏิบัติ	66
4.2.1 สั้รวจสถานะสุขภาพ	66
4.2.2 จัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค	78
4.2.3 สร้างและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.)	81
4.2.4 ตรวจคัดกรองโรคและส่งต่อเข้าระบบการรักษา	82
4.2.5 ให้ความรู้การป้องกันโรคระบาดร้ายแรงแก่ชุมชนแรงงานต่างด้าว	82
4.2.6 จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Health Post)	83
4.2.7 ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว	83
4.3 ขั้วประเมินผล	83
4.4 ขั้วสะท้อนผล	87
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	90
5.1 สรุปผลการศึกษา	90
5.2 อภิปรายผลการศึกษา	91
5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	96
บรรณานุกรม	98
ภาคผนวก	108
ภาคผนวก ก. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	109
ภาคผนวก ข. หนังสือราชการที่เกี่ยวข้อง	121

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แนวทางการจัดกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดตามระดับความเสี่ยงต่อการรับเชื้อ	16
2	แนวทางการแยกผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดำเนินการสอนให้แก่ อสต.	17
3	จำนวนแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย ในช่วง 10 ปี ตั้งแต่ มกราคม 2558 – มกราคม 2567	31
4	จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	66
5	จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลหลักประกันสุขภาพ	69
6	จำนวนและร้อยละจำแนกตามความต้องการด้านสุขภาพ	71
7	ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 จำแนกรายข้อ	72
8	จำแนกและร้อยละจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโควิด 19	73
9	ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโควิด 19 จำแนกรายข้อ	74
10	จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโควิด 19	74
11	พฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด 19 จำแนกรายข้อ	75
12	จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด 19	75
13	จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลการได้รับวัคซีนโควิด 19	76
14	การประเมินสุขภาพจิตจำแนกรายข้อ	76
15	จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความเครียด	77
16	จำนวนและร้อยละจำแนกตามแหล่งข้อมูล COVID-19	77
17	จำนวน อสต. ในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร	82
18	ผลลัพธ์ในการพัฒนารูปแบบความร่วมมือ ของ อสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค เปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง ดำเนินการ ด้านความครอบคลุมการรับวัคซีน	84
19	โควิด 19 เข็มที่ 3 (Booster Dose) เปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง ดำเนินการ ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด 19	85
20	เปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง ดำเนินการ ด้านระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด 19	85
21	เปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง ดำเนินการ ด้านความครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่	86
22	กระบวนการรักษา	86

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ระยะการกระจายของฝอยละออง 1- 2 เมตร	10
2	การใส่หน้ากากอนามัยถูกวิธีลดเสี่ยงติดโรค COVID-19	11
3	การเว้นระยะห่าง	12
4	การทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัส	12
5	การปฏิบัติตัวระหว่างการกักกัน หรือคุมไว้สังเกตในที่พักอาศัย	20
6	แนวปฏิบัติ อสต.	21
7	แบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด กักตัวที่บ้าน/ที่พักอาศัย	21
8	ชุดป้องกันส่วนบุคคล	25
9	ธรรมชาติของการเกิดโรค	42
10	แสดงกรอบแนวคิด การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัคร สาธารณสุขต่างด้าวในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง	58
11	ภาพกิจกรรม การจัดทำแผน / กิจกรรม โรคติดต่อทางเดินหายใจ (โควิด 19)	79
12	ภาพกิจกรรม การจัดทำแผน / กิจกรรม การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน	81
13	การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง	88

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคระบาดร้ายแรง โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ มีโอกาสเกิดขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ซึ่งมีประชากรหนาแน่น หรืออยู่รวมกันจำนวนมาก สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ เนื่องจากพบการแพร่เชื้อจากคนสู่คนในหลายประเทศ เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก ประเทศไทย ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ประกาศ ณ วันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ซึ่งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ ในรายที่มีอาการรุนแรง จะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต (ราชกิจจานุเบกษา, 2563) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ทั่วโลก ณ วันที่ 15 มกราคม 2564 มีผู้ติดเชื้อยืนยันแล้วมากกว่า 93,612,520 คน ใน 213 ประเทศ และมีผู้เสียชีวิตจากโรคระบาดแล้วมากกว่า 2,004,449 คน จากรายงานสถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ณ วันที่ 23 ธันวาคม 2567 มีผู้ติดเชื้อยืนยันสะสม 4,804,567 คน มีผู้เสียชีวิต 34,741 คน (กรมควบคุมโรค, 2567)

สำหรับการแพร่ระบาดโควิด 19 ระลอก 2 ในประเทศไทย พบในสถานที่ซึ่งมีคนอยู่รวมกันจำนวนมาก รวมทั้งแรงงานต่างด้าว เช่น ในช่วงเดือนธันวาคม 2563 ที่เกิดขึ้นในตลาดขนาดใหญ่ของภาคกลาง โดยเริ่มแพร่ระบาดในจังหวัดสมุทรสาคร กระจายวงกว้างออกไปในหลายจังหวัด ซึ่งในระลอก 2 นี้ พบว่าประเทศไทยมีอัตราป่วยสูงสุดอยู่ที่ 13.48 คนต่อประชากรล้านคน (BBC NEWS, 2563) จากการค้นหาเชิงรุก พบว่า การติดเชื้อมากกว่าร้อยละ 90 เป็นแรงงานต่างด้าว ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์โรคโควิด 19 ของกรมควบคุมโรค ผู้ป่วยต่างด้าวที่เป็นโรคโควิด 19 ที่พบมากที่สุดคือ ชาวเมียนมา ร้อยละ 88.8 รองลงมาคือ กัมพูชา ร้อยละ 5.8 และลาว ร้อยละ 5.4 ซึ่งน่าจะมีการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้ามาจากต่างประเทศในช่วงก่อนการระบาด (วิชาญ ปาวัน, 2563) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะเขตบางขุนเทียน เขตบางแค และเขตภาษีเจริญ ซึ่งเป็นเขตที่พบผู้ติดเชื้อมากที่สุดของพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีแรงงานต่างด้าวที่ทำงานในพื้นที่เขตบางขุนเทียน จำนวน 23,000 คน เขตบางแค จำนวน 9,300 คน และเขตภาษีเจริญ จำนวน 11,600 คน (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2565) และการติดเชื้อยังคงมีอย่างต่อเนื่อง การติดเชื้อส่วนใหญ่พบในแรงงานต่างด้าว เนื่องจากพื้นที่ทั้ง 3 เขต เป็นพื้นที่อุตสาหกรรม มีโรงงาน สถานประกอบการจำนวนมาก และเป็นพื้นที่รอยต่อกับจังหวัดสมุทรสาคร การระบาดใหญ่เป็นคลัสเตอร์ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ทั้งในโรงงาน สถานประกอบการ ตลาด และชุมชน มีความเชื่อมโยงของแรงงาน โรงงาน ที่พักอาศัย สภาพความเป็นอยู่ ที่มีความแออัด หลากหลาย

วัฒนธรรมทางสังคม และสุขลักษณะที่ไม่ได้มาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เข้มงวดและไม่ถูกต้อง ทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มแรงงานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการเคลื่อนย้ายของแรงงานเป็นจำนวนมาก นับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการแพร่ระบาดของโรค หากไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ได้ จะส่งผลกระทบต่อภาพรวมระดับประเทศ ทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจได้

ปัญหาที่พบในการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ในแรงงานต่างด้าว พบว่า เข้าไม่ถึงสิทธิในการเข้าถึงวัคซีน (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2565) เนื่องจากบุคคลต่างด้าวที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จะมีปัญหาในเรื่องภาษาและการรับรู้เรื่องการฉีดวัคซีนผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งภาพรวมของการฉีดวัคซีน (เข็มที่ 1 - 4) ของบุคคลต่างด้าวที่มีปัญหาสถานะและสิทธิทั่วประเทศ พบเพศหญิงจะเข้ารับการฉีดวัคซีนมากกว่าเพศชาย ประมาณ 1.06 เท่า และกลุ่มอายุ 18 - 39 ปี เข้ารับการฉีดวัคซีนมากที่สุด ประมาณร้อยละ 60 - 70 และจากการศึกษาของณชิต กิตติบรรดิฐ และ ฉัตรกมล พิธีปัญญารานันท์ (2564) พบว่า แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่ ทั้งในระบบและนอกระบบต่างมีความต้องการรับวัคซีนในสัดส่วนที่สูง โดยกลุ่มแรงงานในระบบมีความต้องการรับวัคซีนสูงถึงร้อยละ 82 แรงงานนอกระบบร้อยละ 72 เมื่อพิจารณาแยกตามสัญชาติ พบว่า แรงงานต่างด้าวในระบบทั้ง 3 สัญชาติ มีสัดส่วนยินดีรับวัคซีนที่สูงใกล้เคียงกัน โดยเป็นสัญชาติกัมพูชาร้อยละ 83 รองลงมาคือ สัญชาติพม่าร้อยละ 82 สัญชาติลาวร้อยละ 79 และสัญชาติอื่นๆร้อยละ 63 ตามลำดับ สำหรับการศึกษาของวรรณฤติ อิศรานุวัฒน์ชัย (2564) พบว่า แรงงานต่างด้าว มีความลังเลในการรับวัคซีนอยู่บางระดับ แต่มีความลังเลน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและประชาชนไทย

ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 พบว่ายังไม่เหมาะสมในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ซึ่งแรงงานต่างด้าวจำนวนมากยังไม่เข้าใจและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังการศึกษาของ จริยา ดำรงค์ศักดิ์ และคณะ (2565) ได้ศึกษาการประเมินความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานต่างด้าวในจังหวัดภูเก็ต พบว่า แรงงานต่างด้าวยังมีความไม่เข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน และการใช้ของใช้ร่วมกัน ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาของ ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ และสิริวิญญ์รัตน์ประทีปทอง (2564) พบว่า แรงงานต่างด้าวมียุทธวิธีสุขภาพที่เสี่ยง ทั้งการอยู่อาศัยอย่างแออัด ขาดสุขอนามัย รวมถึงการนัดหมายติดต่อพบปะสังสรรค์กับเพื่อนและญาติพี่น้องแรงงานต่างด้าวด้วยกัน เป็นสาเหตุที่นำ COVID-19 ที่ติดมาเข้ามาด้วย ทำให้เกิดการแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว

ปัญหาการเข้าถึงบริการในด้านการส่งต่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในแรงงานต่างด้าวมีการรายงานในหลายการศึกษา ทรงชัย ทองปาน (2563) ได้ศึกษาสภาพปัญหา และข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว มีความเสี่ยงเรื่องสุขภาพอนามัย มีปัญหาหลายภาวะเสี่ยงแวดล้อม การเข้าถึงการรับบริการสาธารณสุข มีปัญหาในการใช้บริการ เช่น ไม่สามารถเข้ารับบริการได้ทันเวลาที่ มีระยะเวลาในการรอใช้บริการนาน เนื่องจากมีแรงงานต่างด้าวมารับการรักษาเป็นจำนวนมาก รวมถึงแรงงานจำนวนหนึ่งยังไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการส่งต่อและรักษาแรงงานต่างด้าวที่ป่วยด้วยโรคโควิด 19 จากการศึกษาของ ศรวณีย์ อวนศรี และคณะ (2564) คือ แรงงานต่างด้าวบางส่วนเข้าเมืองผิดกฎหมาย ไม่มีเอกสารหลักฐาน ไม่กล้าเข้ารับบริการ ไม่มีหลักประกันสุขภาพ และมีปัญหาความแตกต่าง

ด้านภาษาระหว่างผู้ให้บริการกับแรงงานต่างด้าวที่สื่อสารไม่เข้าใจกัน ทำให้ไม่สามารถอธิบายให้แรงงานต่างด้าวเข้าใจในเรื่องการตรวจ หรือติดตามอาการได้

ด้วยขนาดปัญหาและความรุนแรงของโรคโควิด 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และด้วยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีอยู่ อาจไม่เพียงพอสำหรับการดูแลกลุ่มแรงงานต่างด้าวให้ครอบคลุม ประกอบกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ. 2560 - 2579) (กรมควบคุมโรค, 2560) ที่มียุทธศาสตร์ มาตรการสำคัญๆ และเกี่ยวข้อง ได้แก่ มาตรการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับกลุ่มแรงงานต่างด้าว มาตรการส่งเสริมความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในการจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรค และมาตรการสร้างและพัฒนาภาคีเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ดังนั้น การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มแรงงานต่างด้าว จึงเป็นการลดช่องว่างในเรื่องภาษาการสื่อสาร และเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างด้าว เป็นการขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เพราะแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องสุขภาพ การศึกษา และพบว่าปัญหาที่สำคัญคือ การสื่อสารไม่เข้าใจ เพราะสื่อด้านสุขภาพที่ผลิตออกมา ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของแรงงานต่างด้าวได้ เนื่องจากแรงงานต่างด้าวมีการใช้ภาษาที่เป็นภาษาชาติพันธุ์ของตนเอง เพื่อเป็นการแก้ปัญหาและนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านเพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนในแรงงานต่างด้าว ด้านพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันควบคุมโรคระบาด และด้านการส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างครอบคลุม ทีมวิจัยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) และเครือข่ายพันธมิตร จึงได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบความร่วมมือ ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง เพื่อสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง และเป็นกลไกที่ช่วยลดการแพร่ระบาดในพื้นที่ ทำให้โรคไม่แพร่กระจายออกไปพื้นที่อื่นได้ และเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มแรงงานต่างด้าว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การลดป่วย ลดตาย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาด และโรคและภัยสุขภาพอื่นๆ ส่งผลให้ประชาชนในเขตเมืองมีสุขภาพดี และเป็นส่วนสำคัญในการช่วยพลิกฟื้นเศรษฐกิจไทยต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว
2. เพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบความร่วมมือ ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง

1.3 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง รูปแบบการศึกษาเป็นวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Reserch) โดยทีม สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเขต สถานประกอบการ สำนักงานจัดหางาน สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สำนักงานประกันสังคม กองพัฒนาระบบมาตรฐานงานกำกับโรงงาน กรมโรงงานอุตสาหกรรม องค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข รวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ 1. อสต. ในสถานประกอบการ จำนวน 100 คน และ 2. แรงงานต่างด้าว จำนวน 811 คน โดยมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในสถานประกอบการในพื้นที่ 3 เขต ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อเป็นแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก คือ เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร โดยในพื้นที่เขตบางขุนเทียนคัดเลือกสถานประกอบการ 3 แห่ง ในพื้นที่เขตภาษีเจริญคัดเลือกสถานประกอบการ 1 แห่ง และในพื้นที่เขตบางแคคัดเลือกสถานประกอบการ 2 แห่ง ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2564 - สิงหาคม 2565

1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.4.1 โรคระบาดร้ายแรง หมายถึง โรคที่ระบาดใหญ่ทั่วโลก เป็นการระบาดของโรคที่เกิดขึ้นทั่วโลก หรือในพื้นที่เป็นวงกว้างอย่างยิ่ง ข้ามเขตแดนระหว่างประเทศ และมักส่งผลกระทบต่อผู้คนจำนวนมาก ได้แก่ 1) กาฬโรค 2) อหิวาตกโรค 3) ไข้หวัดใหญ่สเปน 4) ไข้หวัดใหญ่เอเซีย 5) ไข้หวัดใหญ่ฮ่องกง 6) เอชไอวี/เอดส์ 7) ไข้หวัดใหญ่ และ 8) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)

1.4.2 แรงงานต่างด้าว หมายถึง กลุ่มแรงงานที่ไม่มีสัญชาติไทย เป็นแรงงานจากประเทศพม่า กัมพูชา ลาว เวียดนาม ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ทั้งที่เป็นแรงงานถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย

1.4.3 อสต. คือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เป็นแกนนำของกลุ่มแรงงานต่างด้าว ที่ได้รับการอบรม ให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ที่มีจิตอาสา มีความเสียสละ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการดูแล ให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยเพื่อสุขภาพของตนเอง ตลอดจนให้การช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน เป็นการลดช่องว่างในเรื่องภาษาการสื่อสาร และขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว

1.4.4 รูปแบบความร่วมมือ ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง หมายถึง รูปแบบการมีส่วนร่วม มีองค์ประกอบ ดังนี้ วางแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย, การปฏิบัติ มีกิจกรรมเกี่ยวกับ สํารวจสถานะสุขภาพ, จัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค, สร้างและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.), ตรวจคัดกรองโรคและส่งต่อเข้าระบบการรักษา, ให้ความรู้การป้องกันโรคระบาดร้ายแรงแก่ชุมชนแรงงานต่างด้าว, จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน, ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีน, ติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน ร่วมกับภาคีเครือข่าย, สะท้อนผลส่งคืนข้อมูลให้สถานประกอบการ รวมถึงมีเวทีสะท้อนผลการดำเนินงานให้กับสถานประกอบการ

1.4.5 ผลลัพธ์ในการพัฒนารูปแบบความร่วมมือ ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ได้แก่ 1. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว 2. พฤติกรรมทางสุขภาพของแรงงานต่างด้าวด้านป้องกันโรคโควิด 19 และ 3. ความครอบคลุมการส่งต่อแรงงานต่างด้าว เข้าสู่กระบวนการการรักษา

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 ได้รูปแบบที่นำไปสู่การเพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนในแรงงานต่างด้าว

1.5.2 มีแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในแรงงานต่างด้าว

1.5.3 มีแนวทางการส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างครอบคลุม ซึ่งนำไปใช้กับสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อร้ายแรงที่เกิดขึ้นในอนาคตได้

บทที่ 2

เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยสรุปสาระสำคัญเรียงตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 ความรู้เรื่องโรคระบาดร้ายแรง
- 2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคระบาด หรือโรคติดต่อ
- 2.3 นโยบาย หรือยุทธศาสตร์การป้องกัน ควบคุม โรคระบาด
- 2.4 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว
- 2.5 อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว
- 2.6 ทักษะที่จำเป็นของ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเขตเมือง (อสต. เขตเมือง)
- 2.7 ทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)
- 2.8 ทฤษฎีการเสริมพลัง (Empowerment)
- 2.9 ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.11 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.1 ความรู้เรื่องโรคระบาดร้ายแรง (กรมควบคุมโรค, 2563) (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) (ภานุพงศ์ วัฒนเสรีกุล, 2563)

โรคระบาดร้ายแรง หมายถึง **โรคระบาดครั้งใหญ่** ที่เคยแพร่กระจายในวงกว้างหลายมณฑลโลกนับพันปี เมื่อ 430-427 ก่อนปีคริสตศักราช โรคระบาดร้ายแรงเก่าแก่หลายโรคที่รู้จักกันดีอย่างโรคฝีดาษ กาฬโรค อหิวาตกโรค รวมไปถึง โรคใหม่ ๆ อย่างไข้หวัดใหญ่สเปน ไข้หวัดใหญ่ฮ่องกง ไข้หวัดนก โรคเอดส์ ฯลฯ เข้ามาทำร้ายผู้คนทุกมุมโลก ส่งผลกระทบต่อผู้คนจำนวนมาก ซึ่งในประวัติศาสตร์ในรอบ 300 ปี มีโรคระบาดร้ายแรง 8 โรค ดังนี้

1. กาฬโรค โรคระบาดในปี พ.ศ. 2263 (1720)

กาฬโรค (Plague) เป็นโรคระบาดรุนแรงที่ติดต่อกันจากสัตว์สู่คน ในปี 2263 เป็นการระบาดครั้งใหญ่ครั้งสุดท้ายของยุโรป มีคนเสียชีวิตทั้งหมด 100,000 คน ในเมืองมาร์เซย์ ประเทศฝรั่งเศส ซึ่งจริงๆ กาฬโรคได้เกิดขึ้นในประเทศไทยมาก่อนแล้วตั้งแต่ช่วงเวลาของการสถาปนากรุงศรีอยุธยา เป็นโรคระบาดครั้งใหญ่ในประวัติศาสตร์โลก การแพร่ระบาดของโรคครั้งนี้มีหมัดหนูเป็นตัวแพร่เชื้อ โดยหมัดหนูติดกับตัวหนูที่อยู่ใต้ท้องเรือสำเภาซึ่งเดินทางไปติดต่อค้าขายในดินแดนต่างๆ ผู้ป่วยกาฬโรคจะมีอาการตามชื่อที่ถูกเรียกกันว่า “ความตายสีดำ” หรือ “Black Death” กล่าวคือ ตามร่างกายของผู้ป่วยจะมีสีดำคล้ำอันเนื่องมาจากเซลล์ผิวหนังที่ตายไป ส่วนอาการของผู้รับเชื้อกาฬโรคจะมีผลขนาดเท่าไข้ไทฟอยด์หรือผลสัมผัสตรงต่อมน้ำเหลืองต่างๆ จากนั้นจะมีไข้สูง ปวดตามแขนและขา เมื่ออาการหนักจะเจ็บปวดทุกซอกทุกมุม กระทั่งเสียชีวิต

2. อหิวาตกโรค โรคระบาดในปี พ.ศ. 2363 (1820)

อหิวาตกโรค (Cholera) หรือที่เรียกว่า “โรคห่า” บ้างก็เรียกโรคป่วง บ้างเรียกโรคลงราก ได้ระบาดไปยังประเทศไทย อินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์ ซึ่งตรงกับสมัยรัชกาลที่ 2 ในปี พ.ศ. 2363 ที่มีการระบาดจากอินเดียเข้ามาไทย ผ่านทางปีนัง ทำให้มีคนตายจำนวนมาก ถนนหนทางเกลื่อนกลาดเต็มไปด้วยซากศพ ประชาชนอพยพหนีออกจากเมืองด้วยความกลัว การระบาดครั้งนี้มีคนตายในกรุงเทพฯ และหัวเมืองใกล้เคียงประมาณสามหมื่นคน หัวโลกประมาณหนึ่งแสนคน มีความรุนแรงและลูกหลานจนคร่าชีวิตผู้คนอย่างไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ช่วงปลายรัชกาลที่ 3 อหิวาตกโรคระบาดขึ้นที่กรุงเทพฯ เป็นช่วงเวลาราวหนึ่งเดือน หนังสือพิมพ์ข่าวภาษาอังกฤษได้รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตกว่าห้าพันคน จนกระทั่ง พ.ศ. 2416 ช่วงต้นรัชกาลที่ 5 อหิวาตกโรคได้กลับมาระบาดอีกครั้ง และเวลาเพียงเดือนเศษหนังสือพิมพ์ ข่าวภาษาอังกฤษได้รายงานตัวเลขผู้เสียชีวิตทั้งฝั่งตะวันออกและตะวันตกมากถึง 6,660 คน ว่ากันว่าสถานการณ์นี้ นอกจากเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่วิชาการแพทย์สมัยใหม่ยังไม่ได้никและความรู้ด้านสุขอนามัยยังไม่แพร่หลาย อีกประการหนึ่งที่เป็นต้นทางของ “อหิวาตกโรค” ก็คือ กฎเกณฑ์ในการสัญจรข้ามประเทศที่ยังหละหลวม จนใครต่อใครสามารถผ่านเข้าออกได้อย่างง่ายดาย ซึ่งทำให้มีชาวต่างประเทศพาโรคติดต่อเข้ามาโดยไม่รู้ตัว

3. ไข้หวัดใหญ่สเปน โรคระบาดในปี พ.ศ. 2461 (1920)

ไข้หวัดใหญ่สเปน (Spanish flu) ซึ่งระบาดรุนแรงทั่วโลกระหว่างปี 2461-2463 ถือเป็นการระบาดครั้งรุนแรงที่สุดครั้งหนึ่งในหน้าประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ ไข้หวัดใหญ่สเปน เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ H1N1 ได้แพร่ระบาดไปทั่วโลกในช่วงท้ายของสงครามโลกครั้งที่ 1 เพราะทำให้มีผู้ติดเชื้อราว 1 ใน 3 ของประชากรโลกในยุคนั้น ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตไปราว 20-50 ล้านคน ในจำนวนผู้ป่วย 500 ล้านคนที่ติดเชื้อในปี 2461 มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ราว 10-20% และมีผู้เสียชีวิตมากถึง 25 ล้านคนเฉพาะในช่วง 25 สัปดาห์แรก สิ่งที่ทำให้ไข้หวัดใหญ่สเปนแตกต่างจากไข้หวัดใหญ่อื่น ๆ คือกลุ่มผู้เสียชีวิต โดยปกติไข้หวัดใหญ่มักคร่าชีวิตกลุ่มเด็กและคนสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่อ่อนแออยู่แล้วมากกว่ากลุ่มอื่น แต่ไข้หวัดใหญ่สเปนเริ่มจากการคร่าชีวิตผู้ใหญ่วัยหนุ่มสาวที่มีสุขภาพแข็งแรง ขณะที่กลุ่มเด็กและคนที่มีภูมิคุ้มกันอ่อนกว่า กลับเสียชีวิตน้อยกว่ากลุ่มอื่น

4. ไข้หวัดใหญ่เอเชีย โรคระบาดในปี พ.ศ. 2499-2501 (1956-1958)

ไข้หวัดใหญ่เอเชีย (Asian Flu) เป็นการระบาดรุนแรงครั้งใหญ่ของเชื้อไข้หวัดกลุ่มเอ (เอช2 เอ็น2) ซึ่งมีต้นกำเนิดจากจีนเมื่อปี 2499 และมาหยุดระบาดเมื่อปี 2501 ในระยะเวลา 2 ปีนี้เอง ไข้หวัดใหญ่เอเชียลูกหลานจากกลุ่มชาวจีนในมณฑลกุ้ยโจว ไปยังสิงคโปร์ ฮองกง และสหรัฐ ตัวเลขคาดการณ์จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไข้หวัดใหญ่นี้ของแต่ละแหล่งแตกต่างกันออกไป บางแหล่งคาดว่าสูงถึง 4 ล้านคน แต่ WHO ยืนยันตัวเลขผู้เสียชีวิตไว้ที่ราว 2 ล้านคนทั่วโลก ในจำนวนนี้เกือบ 70,000 คนอยู่ในสหรัฐอเมริกา

5. ไข้หวัดใหญ่ฮ่องกง โรคระบาดในปี พ.ศ. 2511 (1968)

โรคไข้หวัดใหญ่ฮ่องกง (Hong Kong Flu) ซึ่งเกิดจากเชื้อไข้หวัดสายพันธุ์ เอช3 เอ็น2 ถูกพบครั้งแรกในเกาะฮ่องกงเมื่อเดือน ก.ค. 2511 ก่อนลูกหลานไปยังเวียดนามและสิงคโปร์ใน 3 เดือน และขยายวงไปยังอินเดีย ฟิลิปปินส์ ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น ยุโรป แอฟริกา อเมริกาใต้ และสหรัฐ เชื้อไข้หวัดนี้ซึ่งกลายพันธุ์จากโรคไข้หวัดใหญ่เอเชียที่ระบาดก่อนหน้าราว 10 ปี เป็นอันตรายต่อสุขภาพมนุษย์น้อยกว่า เมื่อเทียบกับไข้หวัดสเปนและไข้หวัด

เอเชีย และแม้จะมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างต่ำเพียง 5% แต่ก็ทำให้ประชากรโลกเสียชีวิตไปกว่า 1 ล้านคน สำหรับในฮ่องกง จุดเริ่มต้นการระบาด มีผู้ป่วยมากถึง 500,000 คน หรือคิดเป็น 15% ของประชากรฮ่องกงในเวลานั้น

6. เอชไอวี/เอดส์ โรคระบาดในปี พ.ศ. 2519 (1976)

โรค HIV หรือ AIDS ถูกพบครั้งแรกในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโกเมื่อปี 2519 โรคเอชไอวี/เอดส์ ได้วิวัฒนาการตัวเองอย่างมากจนระบาดไปทั่วโลก และคร่าชีวิตผู้ป่วยกว่า 36 ล้านคนนับตั้งแต่ปี 2524 ปัจจุบัน มีจำนวนผู้ที่ใช้ชีวิตร่วมกับไวรัสเอชไอวี 31-35 ล้านคนทั่วโลก ส่วนใหญ่ประมาณ 21 ล้านคนอยู่ในแถบซารารของแอฟริกา หลังเกิดการตื่นตัวต่อโรคเอดส์มากขึ้น วงการแพทย์ทั่วโลกก็พัฒนาวิธีการในการควบคุมไวรัสเอชไอวี และทำให้หลายคนที่ติดเชื้อนี้สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติขึ้น ระหว่างปี 2548-2555 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์/เอชไอวีทั่วโลก ลดลงจาก 2.2 ล้านคน มาอยู่ที่ 1.6 ล้านคนต่อปี

7. ไข้หวัดใหญ่ 2009 โรคระบาดในปี พ.ศ. 2552 (2009)

ไข้หวัดใหญ่ (Influenza) 2009 เป็นเชื้อไข้หวัดใหญ่กลุ่ม เอ (เอช1 เอ็น1) ที่มีรายงานพบเชื้อในครั้งแรกเมื่อเดือน เม.ย. 2552 เริ่มแพร่ระบาดในเม็กซิโก และสหรัฐ ก่อนจะแพร่ระบาดไปหลายประเทศทั่วโลก เชื้อสายพันธุ์นี้มีองค์ประกอบพันธุกรรมที่เป็นผลรวมจากไข้หวัดใหญ่ในมนุษย์ ไข้หวัดนกที่พบในทวีปอเมริกาเหนือ และไข้หวัดหมูที่พบในทวีปเอเชีย และยุโรป ทำให้ WHO ต้องเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 เนื่องจากหวั่นวิตกว่า เชื้อเอช1 เอ็น1 อาจกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ที่อันตรายยิ่งขึ้น เนื่องด้วยโรคดังกล่าวสามารถติดต่อจากคนสู่คนได้อย่างรวดเร็ว จึงจัดเป็นโรคติดเชื้อที่สำคัญในช่วงเวลานั้น สำนักงานควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐ (ซีดีซี) คาดการณ์ว่า โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 คร่าชีวิตประชากรโลกมากกว่า 280,000 คน แต่จำนวนผู้เสียชีวิตที่ WHO ยืนยันอยู่ที่ไม่ถึง 20,000 คนทั่วโลก

8. COVID -19 โรคระบาดในปี พ.ศ. 2563 (2020)

ไวรัสโคโรนาหรือ COVID-19 เริ่มระบาดเมื่อต้นปี 2563 จากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน และได้แพร่กระจายไปทั่วโลก อย่างน้อยใน 122 ประเทศทั่วโลก ข้อมูล ณ วันที่ 6 เมษายน 2563 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลก 1,217,717 คน และมีผู้เสียชีวิต 65,831 คน และตัวเลขของผู้ติดเชื้อทั่วโลกยังคงเพิ่มมากขึ้น คำประกาศของ WHO ที่ว่า COVID-19 เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก จึงไม่เกี่ยวข้องใดๆ กับการเปลี่ยนแปลงลักษณะของโรค แต่เป็นการยกระดับสถานะคำเตือนและความกังวลเกี่ยวกับการแพร่กระจายทางภูมิศาสตร์ คำประกาศการระบาดใหญ่มักใช้กับโรคโรคใหม่ที่ผู้คนยังไม่มีภูมิคุ้มกันและแพร่กระจายไปทั่วโลกเกินการควบคุมและเกินความคาดหมาย โดย WHO แบ่งนิยามเป็นสามเงื่อนไขคือ 1. โรคใหม่ที่เกิดในหมู่ประชากร 2. ติดเชื้อในร่างกายมนุษย์ และส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยจนถึงชีวิต และ 3. เชื้อแพร่กระจายได้ง่ายระหว่างมนุษย์ด้วยกัน และส่งผลกระทบเป็นวงกว้างหลายชุมชนในประเทศ หรือทั่วโลก

ประเทศไทย ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ประกาศ ณ วันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ซึ่งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ ในรายที่มีอาการรุนแรง จะมีอาการ

ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต (ราชกิจจานุเบกษา, 2563) ต่อมาในปี 2565 สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) ทั่วโลก มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลดลง รวมถึงการแพร่ระบาดและความรุนแรงของโรคในท้องถิ่น นอกราชอาณาจักรมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน ประกอบกับจำนวนวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในราชอาณาจักรมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการของประชาชน และประชาชนในราชอาณาจักรได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับความครอบคลุมสูง ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันโรคเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ดังนั้น เพื่อให้มาตรการทางกฎหมายสอดคล้องกับการผ่อนคลายมาตรการต่างๆ จึงยกเลิกโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ประกาศ ณ วันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2565 (ราชกิจจานุเบกษา, 2565)

2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคระบาด หรือโรคติดต่อ

2.2.1 โรคโควิด 19 (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, 2565)

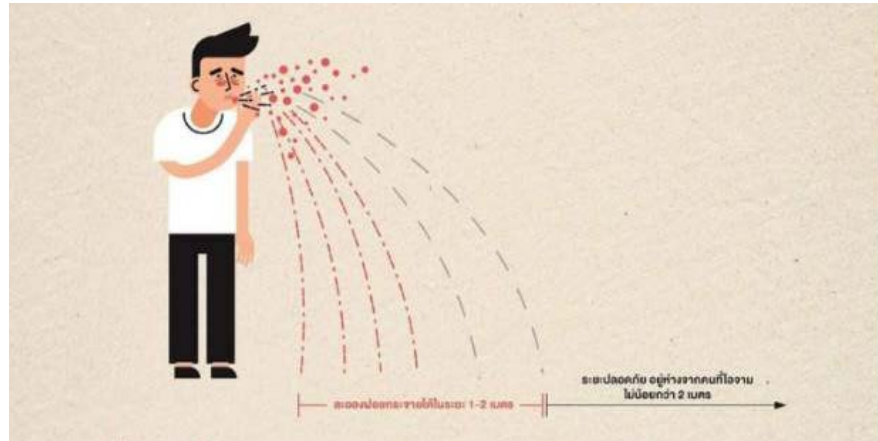
โรคโควิด 19 คือ โรคติดต่อ ซึ่งเกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไป จนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome : MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome : SARS-CoV) เป็นต้น ซึ่งเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคน และสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ โดยเชื้อไวรัสนี้พบครั้งแรกในการระบาดในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลายปี 2019

ต้นกำเนิดของไวรัส

ต้นตอของไวรัส น่าจะมาจากการที่ไวรัสจากสัตว์ตัวกลางระบาดมาสู่คน ผู้ป่วยรายแรกเท่าที่ทราบกันเริ่มมีอาการตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม ค.ศ. 2019 และไม่มีความเชื่อมโยงกับตลาดต้องสงสัยในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน แต่ผู้ป่วยหลายรายอาจมีมาตั้งแต่ช่วงกลางเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2019 หรือก่อนหน้านั้น มีการเก็บตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อมในตลาดไปส่งตรวจ และพบเชื้อไวรัสและพบมากที่สุดบริเวณที่ค้าสัตว์ป่าและสัตว์เลี้ยงในฟาร์ม ตลาดอาจเป็นต้นกำเนิดของไวรัส หรืออาจมีบทบาทในการขยายวงของการระบาดในระยะเริ่มแรก

การแพร่กระจายของเชื้อ

การแพร่เชื้อโรคโควิด 19 นี้โดยหลักแล้ว แพร่จากคนสู่คนผ่านทางฝอยละอองจากจามหรือปากซึ่งขับออกมาเมื่อผู้ป่วย ไอหรือจาม เราได้รับเชื้อได้จากการหายใจเอาฝอยละอองเข้าไปจากผู้ป่วย หรือจากการเอามือไปจับพื้นผิวที่มีฝอยละอองเหล่านั้น แล้วมาจับตามใบหน้า เชื้อจะเข้าสู่ร่างกายผ่านทางปาก จมูก และตาได้เช่นกัน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ระยะการกระจายของฝอยละออง 1- 2 เมตร
(ที่มา กระทรวงสาธารณสุข COVID-19 ห่าง 2 เมตร ปลอดภัยไอ จาม)

ระยะฟักตัว (Incubation period, IP)

มีตั้งแต่ 1-14 วัน และมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5-6 วัน เกิน 97% ของผู้ป่วยเริ่มมีอาการภายใน 14 วัน

อาการและอาการแสดงของโรค

อาการทั่วไป ได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีที่มีอาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต

ผู้ป่วยเป็นโรคโควิด 19 มีอาการที่หลากหลาย โดยมักปรากฏอาการตั้งแต่วันที่ 2-14 หลังจากได้รับเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกาย อาการที่พบบ่อย ได้แก่

- มีไข้หรือหนาวสั่น
- ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก
- หายใจตื้นๆ หรือหายใจติดขัดลำบาก
- เหนื่อยล้า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและร่างกาย อาจมีอาการปวดหัวร่วมด้วย
- จมูกไม่รับกลิ่นหรือลิ้นไม่รับรส
- อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องเสีย

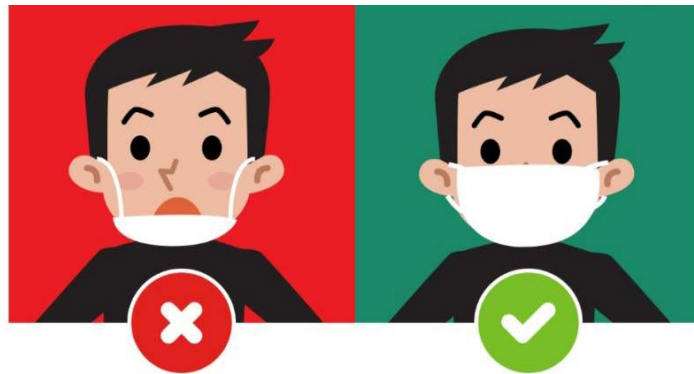
ทั้งนี้ อาการที่กล่าวมาไม่ใช่อาการทั้งหมดที่พบ แต่เป็นอาการป่วยที่พบได้บ่อย

ความรุนแรงของโรค ขึ้นอยู่กับ

1. ปริมาณไวรัสที่ได้รับเข้าทางเดินหายใจ
 2. ปัจจัยทางผู้ติดเชื้อ เช่น สุขภาพ โรคประจำตัว ปฏิกริยาภูมิคุ้มกัน การปฏิบัติตนเมื่อเริ่มป่วย
 3. การดูแลรักษาเมื่อติดเชื้อและป่วย ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการน้อย และส่วนมากไม่มีอาการป่วยเลย
- เด็กส่วนใหญ่มีอาการน้อย ผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวมักจะมีอาการหนักกว่า

การป้องกันตนเอง

สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดผู้มีอาการป่วย รักษา ระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร หลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก โดยไม่ได้ล้างมือ ควรล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือน้ำยาแอลกอฮอล์ล้างมือ 70% หากมีไข้ ไอ หายใจลำบาก ให้ไปพบแพทย์ทันที และแจ้ง ประวัติการเดินทาง ดังภาพที่ 2

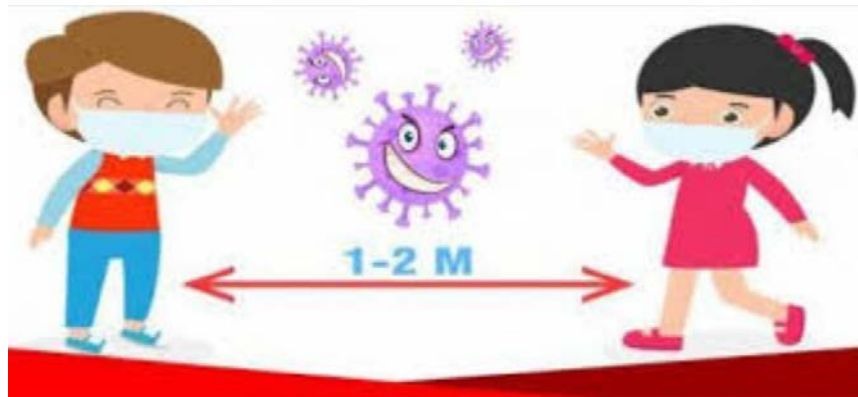


ภาพที่ 2 การใส่หน้ากากอนามัยถูกวิธีลดเสี่ยงติดโรค COVID-19
(ที่มา Thaihealth.or.th ใส่หน้ากากปิดจมูกและหน้ากากให้มิดชิด)

การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล(Universal Prevention) ดังนี้

1. ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น
2. ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และผู้มีโรคเรื้อรัง หลีกเลี่ยงการออกนอกบ้าน เว้นแต่จำเป็น (น้อยครั้งและใช้เวลาสั้นที่สุด)
3. เว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร ในทุกสถานที่
4. สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา ทั้งที่อยู่ภายในและนอกบ้านที่มีคนมากกว่า 2 คน
5. หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าที่สวมใส่อยู่ รวมทั้งใบหน้า ตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น
6. ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ส้วม ไอจาม หรือสัมผัสวัตถุ/สิ่งของ ที่ใช้ร่วมกัน
7. ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวที่ถูกสัมผัสบ่อยๆ ไม่ว่าจะเป็นข้าวของเครื่องใช้หรือสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ
8. แยกของใช้ส่วนตัวทุกชนิด ไม่ควรใช้ของร่วมกับผู้อื่น
9. เลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ ควรทานอาหารแยกสำรับ หากทานร่วมกันให้ใช้ช้อนกลางส่วนตัว
10. หากสงสัยว่าตนเองมีความเสี่ยง เช่น สัมผัสผู้ที่อาจติดเชื้อ หรือมีอาการ ควรได้รับการตรวจด้วย ATK เพื่อยืนยันว่าการติดเชื้อหรือไม่ หรือไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การเว้นระยะห่าง

(ที่มา กรมอนามัย Social Distancing เว้นระยะห่างปลอดภัย 1-2 เมตร)

การทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัส

ควรทำความสะอาดพื้นผิวสิ่งต่างๆ เช่น โต๊ะ ลูกบิดประตู มือจับ โทรศัพท์ คีย์บอร์ดคอมพิวเตอร์ ห้องน้ำ ผ้า màn และอ่างล้างหน้า ฯลฯ บ่อยๆ อาจใช้สบู่ ผงซักฟอก แอลกอฮอล์ 70 % หรือน้ำยาฆ่าเชื้อทำความสะอาดที่วางขายทั่วไป ก็มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อได้ดี

การทำความสะอาด(cleaning) ปกติแล้วจะหมายถึง การใช้สบู่หรือสารซักฟอก(detergent) ผสมน้ำเพื่อกำจัดคราบสกปรกจากพื้นผิวสิ่งต่างๆ ทั้งนี้สบู่และสารซักฟอกมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อโรค(รวมทั้งแบคทีเรียและไวรัส) ได้ด้วย จึงมีประสิทธิภาพระดับหนึ่งในการลดความเสี่ยงติดเชื้อ

ขณะที่การฆ่าเชื้อ(disinfect) ด้วยสารเคมีชนิดต่างๆ ช่วยฆ่าเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถฆ่าเชื้อหลังจากทำความสะอาดพื้นผิวด้วยน้ำเปล่าหรือน้ำสบู่ จึงช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อได้ดียิ่งขึ้น

แต่สารฆ่าเชื้อบางชนิด อาจทำลายหรือทำให้พื้นผิวชำรุดเสียหายได้ จึงควรอ่านคู่มือประกอบและใช้งานด้วยความระมัดระวัง ดังภาพที่ 4

COVID-19 DDC, MOPH-Thailand

การทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัส

 แอลกอฮอล์ (> 70% Alcohol) (เป็นผิวที่เป็นโลหะ)	 ผงซักฟอก (Detergent) ผสมน้ำร้อน 70 องศาเซลเซียส (สังเวดลอม/วัสดุที่เป็นผ้า)	 น้ำยาฆ่าเชื้อเดกซอล (4.8% Chloroxenol) 2.5% น้ำยา 1 : น้ำ 39 ส่วน (ซักผ้า/เป็นผิวทั่วไป) 5% น้ำยา 1 : 70% Alc 19 ส่วน (เครื่องใช้ในครัวเรือน)	 น้ำยาฟอกขาว (5% Na hypochloride) 0.05% น้ำยา 1 : น้ำ 99 ส่วน (เป็นผิวทั่วไป) 0.5% น้ำยา 1 : น้ำ 9 ส่วน (เป็นผิวที่มีละอองเลอะ สารกัดหลัง)
 ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (3% H2O2) 1 : น้ำ 5 ส่วน (ระมัดระวังการกัดกร่อน)	ห้ามพ่นจะทำให้เกิดละอองลอย		

ภาพที่ 4 การทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัส

2.2.2 โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) (Centers for Disease Control and Prevention, 2023) (WHO, 2022) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ต่างๆ เชื้อก่อโรค ได้แก่ เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ซึ่งมีรูปร่างเป็นทรงกลม หรือเป็นสาย ขนาด 80 -120 nm สามารถจำแนกออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ ชนิด A, B และ C โดยไวรัสชนิด A และ B เป็นตัวการหลักที่ทำให้เกิดโรคในคน

สายพันธุ์ไวรัสไข้หวัดใหญ่

1. ไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A: เป็นไวรัสที่มีการเปลี่ยนแปลงสายพันธุ์ได้สูง มักเป็นสาเหตุของการระบาดใหญ่และการระบาดตามฤดูกาล
2. ไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด B: พบได้เฉพาะในมนุษย์ มีอัตราการกลายพันธุ์น้อยกว่าชนิด A และส่วนใหญ่ก่อให้เกิดการระบาดตามฤดูกาล บ่อยครั้งแบ่งได้เป็น 2 สายพันธุ์ย่อย คือ B/Victoria และ B/Yamagata (โดยปกติแล้วไวรัสไข้หวัดใหญ่จะครอบคลุมทั้ง 2 สายพันธุ์ย่อยนี้ในวัคซีน 4 สายพันธุ์) มักมีอาการรุนแรงน้อยกว่าไวรัสชนิด A แต่ยังสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มเสี่ยงได้ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก หรือผู้มีโรคประจำตัว
3. ไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด C: ก่อให้เกิดอาการไม่รุนแรงมากในมนุษย์ และไม่ค่อยพบการระบาดใหญ่ โดยทั่วไป ไม่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขเมื่อเทียบกับชนิด A และ B เนื่องจากการแพร่กระจายและความรุนแรงต่ำ

การแพร่เชื้อและระยะฟักตัว ติดต่อผ่านละอองฝอยจากการไอหรือจาม หรือสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อแล้วนำเชื้อเข้าสู่ร่างกายผ่านปาก จมูก หรือตา ระยะฟักตัวประมาณ 1-4 วัน (เฉลี่ย 2 วัน) ในบางรายอาจนานกว่านี้เล็กน้อย โดยเฉพาะผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือมีโรคประจำตัว

อาการของโรค

1. ใช้ส้อมเย็บพลัน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย เจ็บคอ ไอแห้ง น้ำมูกไหล และอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในบางราย
2. ในกรณีที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ เด็กเล็ก หรือผู้มีโรคประจำตัว อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ปอดอักเสบ หลอดลมอักเสบ หรืออาการหายใจลำบาก
 - ภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่บางราย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ เด็กเล็ก และผู้มีโรคประจำตัว อาจมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะปอดอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล
 - การติดเชื้อซ้ำซ้อน อาจมีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน เช่น หลอดลมอักเสบหรือปอดบวม เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ

2.2.3 การตรวจคัดกรองและติดตามผู้สัมผัสโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เบื้องต้น (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, 2566)

การคัดกรองโรคเบื้องต้น

การคัดกรองโรคเบื้องต้น และเป็นการหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค หากตรวจพบในระยะเริ่มต้นจะได้รีบรักษาดูแล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ห่างไกลโรคต่าง ๆ ได้ การคัดกรองโรคเบื้องต้นของโรคโควิด 19 ก็เช่นเดียวกัน หากประชาชนสามารถคัดกรองตนเองและคนในครอบครัวได้จะทำให้ทราบความเสี่ยงและมีประโยชน์ทั้งต่อตัวของประชาชนและงานทางสาธารณสุขด้วยเพราะช่วยให้มีโอกาสป้องกันและรักษาก่อนที่โรคจะมีการระบาดในวงกว้างไปมากขึ้น โดยประชาชนสามารถคัดกรองโรคโควิด 19 เบื้องต้น ดังนี้

1. ประเมินความเสี่ยงตัวเอง โดยมีเกณฑ์ประวัติเสี่ยง ดังนี้

- 1.1 ประวัติอาศัย/เดินทางเข้าไปในพื้นที่ระบาด หรือสถานที่ที่พบผู้ติดเชื้อในช่วง 14 วัน
- 1.2 สมาชิกครอบครัว/เพื่อน/เพื่อนร่วมงาน เป็นผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ป่วยยืนยัน

2. คัดกรองใช้ด้วยเครื่องวัดอุณหภูมิ (handheld thermometer) และอาการทางเดินหายใจ หากพบว่ามีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป รวมไปถึงมีอาการไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก ถ่ายเหลว ท้องเสีย คลื่นไส้ จมูกไม่ได้กลิ่น และลิ้นไม่รับรส จะถือว่า มีอาการเสี่ยง และให้อยู่ในพื้นที่กักตัวชั่วคราว (Isolation Area)

3. ตรวจคัดกรองด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK)

3.1 หากผลตรวจคัดกรองด้วย ATK เป็นลบ ให้ตรวจ ATK ซ้ำสองครั้ง ในช่วง 3-5 วัน และ 10-14 วัน นับจากวันที่ตรวจครั้งแรก (โดยไม่เกิน 14 วัน นับจากวันที่มีประวัติเสี่ยงวันสุดท้าย) หรือเมื่อมีอาการป่วย

3.2 ตรวจพบผล ATK เป็นบวก ให้เก็บตัวอย่างส่งตรวจ Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) เพื่อยืนยันผลการตรวจที่สถานพยาบาล และเริ่มการรักษาได้ทันทีตามอาการของผู้ป่วย

4. การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล

- ไม่ใช้มือสัมผัสใบหน้าโดยไม่จำเป็น
- หลีกเลี่ยงการสัมผัสสิ่งของสาธารณะต่างๆ ควรล้างมือบ่อยๆอย่างถูกวิธี
- สวมใส่หน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา
- ไม่ใช้มือปิดจมูกและปากเมื่อไอหรือจาม ให้ใช้กระดาษชำระหรือข้อพับแขนปิดแทน
- หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการป่วย
- พยายามทำความสะอาดและฆ่าเชื้อสิ่งของเครื่องใช้ส่วนตัวอย่างสม่ำเสมอ
- ไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ อุปกรณ์รับประทานอาหาร

การใช้ชุดตรวจ ATK ตรวจโควิด-19 ด้วยตนเอง

การตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) ด้วยการทำทดสอบ Antigen test kit (ATK) คือชุดตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) ที่สามารถทดสอบได้ในเบื้องต้น เหมาะกับผู้สงสัยหรือไม่แสดง

อาการติดเชื้อ การทดสอบใช้เวลาไม่นานรอผลเพียง 15-30 นาที ปัจจุบันสามารถหาซื้อได้จากสถานพยาบาล หรือรับฟรีจากรัฐบาลตามนโยบาย กรณีทำการซื้อต้องตรวจสอบการรองรับและผ่าน อย. โดยตรวจสอบได้ที่ลิงค์ https://www.fda.moph.go.th/sites/Medical/SitePages/test_kit_covid19.aspx

2.2.4 การติดตามผู้สัมผัส การกักกัน การส่งต่อ และการรายงาน

การติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact tracing)

ผู้สัมผัส หมายถึง ผู้ที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยยืนยันว่าเป็นโควิดหรือผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัยว่าเป็นโควิด โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้สัมผัสที่อาจเป็นแหล่งโรค ได้แก่ ผู้ที่สัมผัสผู้ป่วยในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย
2. ผู้สัมผัสที่อาจรับเชื้อจากผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ที่สัมผัสผู้ป่วยนับแต่วันเริ่มป่วย (หรือก่อนมีอาการประมาณ 1-2 วัน)

ผู้สัมผัสใกล้ชิด ประกอบด้วย

1. ผู้ที่อยู่ใกล้หรือมีการพูดคุยกับผู้ป่วยในระยะ 1 เมตร เป็นเวลานานกว่า 5 นาที หรือถูกไอจามรดจากผู้ป่วย
2. ผู้ที่อยู่ในบริเวณที่ปิด ไม่มีการถ่ายเทอากาศมากนัก ร่วมกับผู้ป่วย โดยอยู่ห่างจากผู้ป่วยในระยะ 1 เมตร เป็นเวลานานกว่า 15 นาที เช่น ในรถปรับอากาศ หรือห้องปรับอากาศ

ผู้สัมผัสใกล้ชิด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง หมายถึง ผู้สัมผัสที่มีโอกาสสูงในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ป่วยหรือสัมผัสสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจของผู้ป่วยเช่นน้ำมูก น้ำลาย โดยไม่ได้ใส่ชุดป้องกันตนเอง
2. ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงต่ำ หมายถึง ผู้สัมผัสที่มีโอกาสต่ำในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ป่วย ได้แก่ ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่ไม่เข้าเกณฑ์ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง

เมื่อพบผู้ป่วยยืนยัน จะติดตามเพื่อหาว่ามีผู้สัมผัสกับผู้ป่วยอีกหรือไม่ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. หาข้อมูลจากผู้ป่วย บุคคล เช่น ญาติ และแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลการเดินทาง
2. หาตัวผู้สัมผัสกับผู้ป่วย เพื่อแจ้งว่าเขาอาจได้รับเชื้อ และแนะนำให้ตรวจหาเชื้อโดยเร็วเพื่อให้แพทย์ได้วินิจฉัยและนำเข้าสู่กระบวนการรักษา หรือแนะนำการกักตัว ทั้งนี้ต้องระมัดระวังผลกระทบในลักษณะที่อาจเกิดการรังเกียจกีดกัน (stigmatization) บางกรณีจะไม่แจ้งว่าผู้ป่วยเป็นใคร เมื่อพบผู้ป่วยยืนยัน จะสอบถามเพื่อค้นหาว่าในช่วง 7-14 วันที่ผ่านมาผู้ป่วยได้ไปสัมผัสใกล้ชิดกับบุคคลใด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการจัดกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดตามระดับความเสี่ยงต่อการรับเชื้อ

ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อสูง (high risk close contact)	ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อต่ำ (low risk close contact)
ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน	
1) สมาชิกในครอบครัว ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วย ในขณะที่มี อาการป่วย 2) ผู้ที่อยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยในขณะที่มีอาการป่วย	
ผู้สัมผัสใกล้ชิดในโรงเรียน/ที่ทำงาน และในชุมชน	
1) นักเรียนหรือผู้ร่วมงาน ได้แก่ กลุ่มเพื่อนที่พบปะกับ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่มีอาการ และมีประวัติอาจสัมผัสสารคัดหลั่ง จากทางเดินหายใจ หรือโดนไอ จาม จากผู้ป่วย 2) ผู้ที่อยู่ในชุมชนเดียวกันกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 หรือในชุมชนอื่น ๆ และสัมผัสสาร คัดหลั่งจากทางเดินหายใจ หรือโดนไอ จาม 3) บุคคลนอกเหนือจาก 1) และ 2) ที่อยู่ในระยะห่าง ไม่เกิน 1 เมตร จากผู้ป่วย ซึ่งรวมระยะเวลาที่ไม่ได้ใส่ หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า นานกว่า 5 นาที	1) ผู้ที่เรียน หรือทำงาน อยู่ในชั้น/ห้อง/แผนก เดียวกันกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่มีอาการ ที่ไม่เข้าเกณฑ์ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง 2) ผู้ที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน และพบปะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะห่างไม่เกิน 1 เมตร จากผู้ป่วย ในขณะที่มีอาการ แต่ไม่เข้าเกณฑ์ผู้ สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง
ผู้สัมผัสใกล้ชิดในยานพาหนะ	
1) ผู้โดยสารที่สัมผัสสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ หรือโดนไอ จาม จากผู้ป่วย 2) ผู้โดยสารที่ร่วมกลุ่มเดินทางเดียวกัน เช่น กลุ่มทัวร์ เดียวกัน 3) ผู้โดยสารในเครื่องบินที่นั่งใกล้ผู้ป่วย (ในแถว เดียวกัน และในระยะ 2 แถวหน้าและ 2 แถวหลัง) ซึ่งรวมระยะเวลาที่ไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัย/ หน้ากากผ้า นานกว่า 5 นาที 4) ผู้โดยสารในรถทัวร์คันเดียวกับผู้ป่วย ในกรณีของ ยานพาหนะขนาดใหญ่ เช่น รถไฟ รถทัวร์ 2 ชั้น เรือเฟอร์รี่ ให้จำกัดเฉพาะผู้ที่อยู่ในตู้เดียวกันหรือในห้องโดยสารชั้นเดียวกัน ซึ่งรวมระยะเวลาที่ไม่ได้ใส่ หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า นานกว่า 5 นาที 5) คนขับรถโดยสารและพนักงานบริการบนยานพาหนะทุกคน ยกเว้นเครื่องบินให้นับเฉพาะ พนักงานบริการที่ให้บริการในโซนที่ผู้ป่วยนั่ง ซึ่งรวมระยะเวลาที่ไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัย/ หน้ากากผ้า นานกว่า 5 นาที	ผู้โดยสารทุกรายในยานพาหนะ กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่เข้าเกณฑ์ของผู้สัมผัส ใกล้ชิดเสี่ยงสูง หมายเหตุ: ในกรณีของยานพาหนะขนาดใหญ่ เช่น รถไฟ รถทัวร์ 2 ชั้น เรือเฟอร์รี่ ให้จำกัดเฉพาะผู้ที่ อยู่ในตู้เดียวกันหรือในห้องโดยสารชั้นเดียวกัน

การติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดตามระดับความเสี่ยง

เมื่อพบญาติหรือคนรู้จักในชุมชนในบริษัทเดียวกันว่าเป็นผู้ป่วยยืนยันว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะต้องมีการติดตาม ผู้สัมผัสใกล้ชิดเพื่อประเมินอาการและตรวจจับผู้ป่วยรายใหม่ให้ได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ การติดตามผู้สัมผัส สามารถดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว(อสต.) หรือใช้แอปพลิเคชันตามที่กำหนด

แนวทางการแยกผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ กลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวทางการแยกผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดำเนินการสอนให้แก่ อสต.

กิจกรรม	อุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการป้องกันตนเอง
คัดกรองใช้ด้วยเครื่องวัดอุณหภูมิ (handheld thermometer) และ อาการทางเดินหายใจ โดยดำเนินการดังต่อไปนี้	- N95 - goggles
1. หากมีอาการตามนิยามเช่น มีไข้เกิน 37.5 องศา มีไอ เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่นไม่รับรส ฯลฯ ให้เข้าสู่กระบวนการสอบสวนผู้ป่วย 1.1 รับเข้ารักษาในห้องแยก หรือ ให้อยู่ในพื้นที่แยกกักชั่วคราว 1.2 แจ้งศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ 1.3 ร่วมสอบสวนโรคกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ให้ใส่ชุดหมี หมายเหตุในกรณีปฏิบัติหน้าที่ในสถานที่ทำความสะอาดพื้นผิวเป็นประจำ อาจพิจารณาใช้ protective gown ได้**
2. หากไม่มีอาการตามนิยาม PUI 2.1 แจ้งผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงสูง ดังนี้ - ให้ผู้สัมผัสวัดไข้ตนเองทุกวัน เป็นระยะเวลา 14 วัน นับจากวันที่สัมผัส ผู้ป่วยยืนยันวันสุดท้าย หากพบว่ามีไข้ ให้แจ้งทีม อสต.ทันที - แยกตนเองอย่างเคร่งครัดไม่ควรเดินทางออกจากบ้าน/ที่พักโดยไม่จำเป็นโดยเฉพาะการเดินทางไปในที่สาธารณะ หรือแหล่งชุมชน (home quarantine) - ให้ป้องกันตนเองและผู้ใกล้ชิดโดยไม่คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้อื่น แยกห้องนอน หมั่นล้างมืออย่างสม่ำเสมอ และสวมหน้ากากอนามัย - ทีม อสต.โทรศัพท์สอบถามอาการทุกวัน หรือติดตามผ่านระบบติดตามที่มี	- N95 - goggles - กาวกันน้ำชนิดใช้แล้วทิ้ง - ถุงมือ

การแยกกัก

การแยกผู้ป่วย ในที่นี้ คือ การแยกกัก (isolation) หมายถึง การแยกผู้ป่วยให้อยู่ในพื้นที่ที่กำหนดเพื่อไม่ให้แพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่น

Home Quarantine คือ การให้ผู้ที่เข้าข่ายเสี่ยงกักกันที่บ้าน 14 วัน

แนวทางการกักกันในสถานที่ควบคุมเป็นที่พักอาศัย (Home Quarantine) ผู้ถูกกักกันและสมาชิกในครัวเรือนต้องปฏิบัติตามแนวทาง ต่อไปนี้

การเตรียมการของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ดังนี้

1. เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ แบบรายงานอาการ ปรอต เจลล้างมือ หน้ากากอนามัย เพื่อมอบให้ผู้ถูกกักกัน
 2. ประเมินสภาพบ้าน และเตรียมสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้ถูกกักกัน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าจะสามารถกักกันได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ถูกกักกันสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข เนื่องจากต้องกักกันอย่างน้อย 14 วัน
 3. อธิบายวัตถุประสงค์ ความจำเป็นในการกักกัน ขั้นตอน การปฏิบัติตัวทั้งผู้ถูกกักกันและสมาชิกในบ้าน
 4. กำกับติดตามอาการ และบันทึกในรายงาน เป็นประจำทุกวัน
 5. ประสานการส่งต่อศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่อย่างเหมาะสม กรณีผู้ถูกกักกันมีอาการป่วย
- ทั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ควรมีช่องทางให้ผู้ถูกกักกันและครอบครัวสามารถติดต่อขอข้อมูล ข้อเสนอแนะ หรือความช่วยเหลือต่างๆ ได้โดยสะดวก เช่น การติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ (24 ชั่วโมง) หรือช่องทางอื่นๆ

การปฏิบัติตัวระหว่างการกักกัน คุณไว้สังเกต ณ ที่พักอาศัย ทั้งนี้มีเป้าหมาย คือ ป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่คนในครอบครัวควรปฏิบัติ ดังนี้

1. ผู้ถูกกักกันต้องไม่ออกจากที่พักอาศัยเป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน นับจากวันเดินทางมาจากพื้นที่ระบาด ซึ่งหมายความว่า ผู้ถูกกักกันจะต้องหยุดเรียน หยุดงาน และไม่เดินทางออกนอกบ้านเพื่อวัตถุประสงค์ใดๆ ก็ตาม
2. รับประทานอาหารแยกจากผู้อื่น โดยใช้ภาชนะ ช้อนส้อม และแก้วน้ำส่วนตัว
3. ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัว เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว ร่วมกับผู้อื่น
4. ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที กรณีไม่มีน้ำและสบู่ ให้ลูบมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ความเข้มข้นอย่างน้อย 70%
5. สวมหน้ากากอนามัย และอยู่ห่างจากคนอื่นๆ ในบ้านประมาณ 1-2 เมตร หรืออย่างน้อยหนึ่งช่วงแขน
6. หลีกเลี่ยงการใกล้ชิด พูดคุยกับบุคคลอื่นในที่พักอาศัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ
7. การทิ้งหน้ากากอนามัย ใช้วิธีใส่ถุงพลาสติกและปิดปากถุงให้สนิทก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด และทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำและสบู่ทันที

8. ปิดปากจมูกด้วยกระดาษทิชชูทุกครั้งทีไอจาม โดยปิดถึงคาง แล้วทิ้งทิชชูลงในถุงพลาสติกและปิดปากถุงให้สนิทก่อนทิ้ง หรือ ใช้แขนเสื้อปิดปากจมูกเมื่อไอหรือจาม และทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหรือน้ำและสบู่ทันที

9. ทำความสะอาดบริเวณที่ผู้เดินทางพัก เช่น เตียง โต๊ะ บริเวณของใช้รอบๆ ตัว รวมถึงห้องน้ำ ด้วยน้ำยาฟอกขาว 5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์ (น้ำยาฟอกขาว 1 ส่วนต่อน้ำสะอาด 99 ส่วน)

10. ทำความสะอาดเสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ผ้าขนหนู ฯลฯ ด้วยสบู่หรือผงซักฟอกธรรมดาและน้ำ หรือซักผ้าด้วยน้ำร้อนที่อุณหภูมิ 70-90 °C

วิธีการเฝ้าระวังอาการป่วยระหว่างการกักกัน คุณไว้สังเกต ณ ที่พักอาศัย และแนวทางปฏิบัติ

1. ให้ผู้ถูกกักกันสังเกตอาการของตนเอง ดังนี้

- สังเกตอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก หรือหายใจลำบาก ใจ
- วัดอุณหภูมิร่างกายทุกวัน

2. หากพบอาการข้อใดข้อหนึ่ง หรือ อุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ให้แจ้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ทันที เพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมต่อไป

3. เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ติดตามอาการผู้ถูกกักกันในตอนเช้าของทุกวัน และบันทึกรายงาน รวมทั้งติดต่อประสานงานการส่งต่อกรณีพบว่ามีอาการป่วย

การปฏิบัติตัวของผู้อยู่อาศัยร่วมบ้าน และการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมในบ้าน

1. ทุกคนในบ้านควรล้างมือบ่อยครั้งที่สุด เพื่อลดการรับและแพร่เชื้อ โดยใช้สบู่และน้ำอย่างน้อย 20 วินาที กรณีไม่มีน้ำและสบู่ ให้ลูบมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อย 70%

2. เฝ้าระวังอาการเจ็บป่วยของผู้สัมผัสใกล้ชิดหรือสมาชิกในบ้าน ภายในระยะเวลา 14 วัน หลังสัมผัสผู้ถูกกักกัน

3. ควรนอนแยกห้องกับผู้ถูกกักกัน

4. กรณีหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกันไม่ได้ ให้แยกสำรับ และนั่งห่างกันไม่น้อยกว่า 1 เมตร

5. ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัว เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ ร่วมกับผู้ถูกกักกัน

6. หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดในระยะ 1 เมตร

7. ทำความสะอาดบริเวณรอบที่พักของผู้ถูกกักกัน เช่น เตียง โต๊ะ บริเวณของใช้รอบๆ ตัว รวมถึงห้องน้ำ ด้วยน้ำยาฟอกขาว 5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์ (น้ำยาฟอกขาว 1 ส่วนต่อน้ำสะอาด 99 ส่วน)

8. ทำความสะอาดเสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ผ้าขนหนู ฯลฯ ด้วยสบู่หรือผงซักฟอกธรรมดาและน้ำ หรือซักผ้าด้วยน้ำร้อนที่อุณหภูมิ 70-90 °C

9. หากมีเจ้าหน้าที่ทำความสะอาดห้องพักของผู้ถูกกักกัน เช่น แม่บ้าน ควรใส่ชุดป้องกันร่างกาย ได้แก่ หน้ากากอนามัย หมวกคลุมผม แว่นตากันลม ถุงมือยาว รองเท้าบูท และผ้ากันเปื้อนพลาสติก

<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/introduction.php>

ดังภาพที่ 5

การปฏิบัติระหว่างการกักกัน หรือคุมไว้สังเกตในที่พักอาศัย

1) อยู่ในที่พักอาศัย 14 วัน นับจากวันเดินทางถึงประเทศไทย



2) ไม่รับประทานอาหารและใช้ภาชนะร่วมกับผู้อื่น



3) ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดตัว หมอน ผ้าห่ม แก้วน้ำ

4) ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ นาน 20 วินาที หรือแอลกอฮอล์ 70% ลูบมือจนแห้ง



5) เมื่อต้องอยู่กับผู้อื่น ต้องสวมหน้ากากอนามัย และอยู่ห่างจากคนอื่น ประมาณ 1-2 เมตร หรือหนึ่งช่วงแขน

6) หลีกเลี่ยงการพูดคุย ใกล้ชิดกับคนอื่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง



7) การทิ้งหน้ากากอนามัย ให้ทิ้งใส่ถุงพลาสติก ปิดถุงให้สนิท ก่อนทิ้งลงถังขยะที่ปิดมิดชิด จากนั้นทำความสะอาดมือด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์ 70% ทันที



8) เมื่อไอ จามให้ใช้ทิชชูปิดปาก ปิดจมูกถึงคางทุกครั้ง ทิ้งทิชชูใส่ถุงพลาสติก ปิดถุงให้สนิทก่อนทิ้งลงถังขยะที่ปิดมิดชิด จากนั้นทำความสะอาดมือด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์ 70% ทันที หากไม่มีทิชชูใช้ต้นแขนด้านใน



9) ทำความสะอาดบริเวณที่พัก ด้วยน้ำยาฟอกขาว 5% (น้ำยาฟอกขาว 1 ส่วนต่อน้ำสะอาด 99 ส่วน) หรือเช็ดพื้นผิวสัมผัสด้วยแอลกอฮอล์ 70%

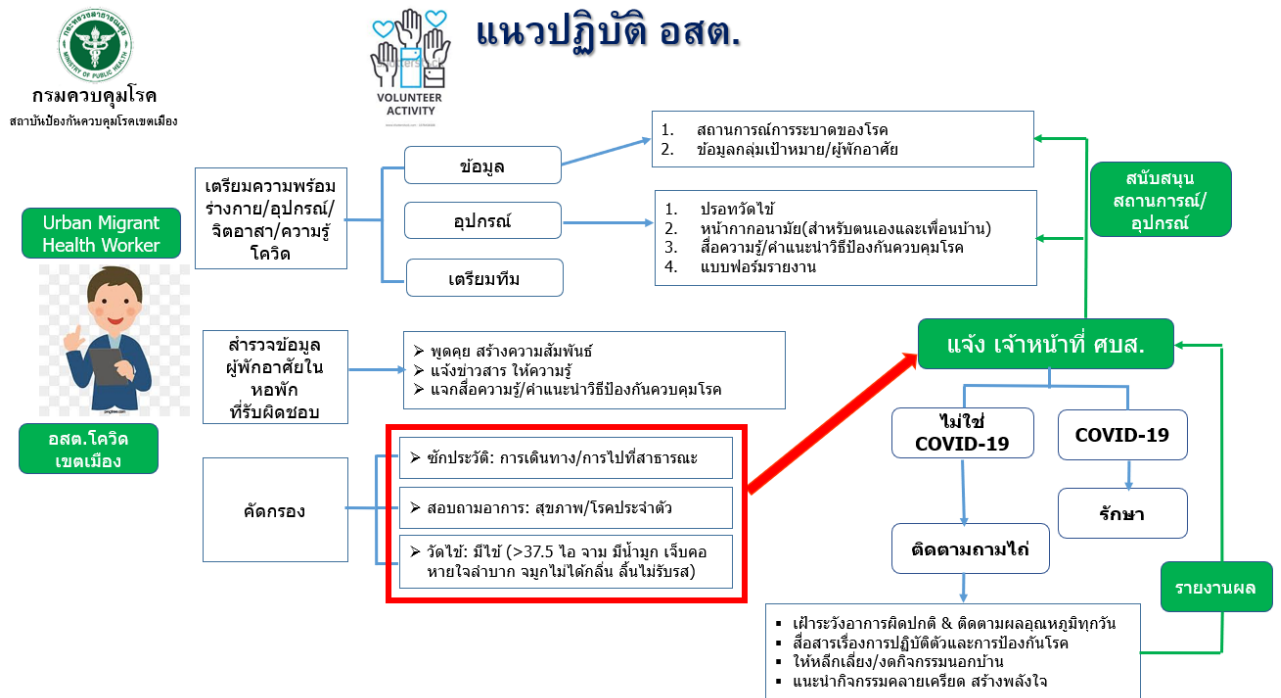


10) ทำความสะอาดเสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ผ้าขนหนู หรืออื่นๆ ด้วยผงซักฟอกและน้ำร้อนดอง หรือซักผ้าด้วยน้ำร้อนอุณหภูมิ 70-90°C

ภาพที่ 5 การปฏิบัติระหว่างการกักกัน หรือคุมไว้สังเกตในที่พักอาศัย

การส่งต่อ และการรายงาน

หากพบผู้ติดเชื้อในครอบครัวหรือในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมีบทบาทสำคัญในการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาให้รวดเร็วและรายงานผู้ติดเชื้อให้กับเจ้าหน้าที่ได้ทราบและติดตามอาการของผู้ป่วยในชุมชนของตนเอง โดยมีแนวปฏิบัติ ดังภาพที่ 6 - 7



ภาพที่ 6 แนวปฏิบัติ อสต.

แบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด กักตัวที่บ้าน/ที่พักอาศัย

1. ชื่อ.....สกุล.....โทรศัพท์.....

2. ที่อยู่.....

3. ตรวจหาเชื้อโควิดวันที่.....

4. เจ้าหน้าที่แจ้งวัดเชื้อโควิดวันที่.....

5. เจ้าหน้าที่ รพ.แจ้งมารับไปรักษาที่ รพ.วันที่.....

6. ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัวมีจำนวน.....คน (หมายถึงอยู่บ้านเดียวกัน)

6.1 ความสัมพันธ์.....

7. กักตัวอยู่ที่บ้านและสังเกตอาการ 14 วันดังนี้

อาการและอาการแสดง	วันที่กักตัวที่บ้าน/ที่พักอาศัย																											
	Day1	อุณหภูมิ	Day2	อุณหภูมิ	Day3	อุณหภูมิ	Day4	อุณหภูมิ	Day5	อุณหภูมิ	Day6	อุณหภูมิ	Day7	อุณหภูมิ	Day8	อุณหภูมิ	Day9	อุณหภูมิ	Day10	อุณหภูมิ	Day11	อุณหภูมิ	Day12	อุณหภูมิ	Day13	อุณหภูมิ	Day14	อุณหภูมิ
ไม่มีอาการ	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไข้																												
ไอ																												
เจ็บคอ																												
ปวดกล้ามเนื้อ																												
มีน้ำมูก																												
มีลมพิษ																												
หอบเหนื่อย																												
ปวดศีรษะ																												
ไม่ได้กลิ่น																												
ลิ้นไม่รับรส																												
มีผื่นขึ้น																												
ตาแดง																												
อื่นๆ(ระบุ)																												

ภาพที่ 7 แบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด กักตัวที่บ้าน/ที่พักอาศัย

2.2.5 การทำลายเชื้อโรค (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, 2566)

ความหมายของการทำลายเชื้อ หมายถึง กระบวนการกำจัดเชื้อจุลินทรีย์ในพื้นที่ที่มีเชื้อปนเปื้อน เช่น พื้นผิว วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น วิธีการทำลายเชื้อสามารถทำได้ดังนี้

1. การทำลายเชื้อด้วยวิธีทางกายภาพ

- การใช้ความร้อนที่อุณหภูมิสูง
- การใช้ไอน้ำ

2. การทำลายเชื้อโดยใช้สารเคมี

สารเคมีที่ใช้แบ่งตามประสิทธิภาพความสามารถในการทำลายเชื้อเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- ทำลายเชื้อระดับสูง

สามารถทำลายเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส และเชื้อราทุกชนิด ส่วนใหญ่ใช้ทำความสะอาดอุปกรณ์

ทางการแพทย์ที่ไม่สามารถใช้วิธีการนี้ฆ่าเชื้อได้ เช่น ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ เข้มข้น 30 %

- ทำลายเชื้อระดับกลาง

ไม่สามารถทำลายแบคทีเรียที่มีสปอร์ ส่วนใหญ่ใช้ในห้องปฏิบัติการหรือการฆ่าเชื้อในพื้นที่เสี่ยงทั่วไป เช่น โซเดียมไฮโปคลอไรท์ แอลกอฮอล์ เป็นต้น

- ทำลายเชื้อระดับต่ำ

สามารถทำลายเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส และเชื้อราบางชนิด แต่ไม่สามารถทำลายเชื้อ วัณโรค(TB.)

เช่น ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ เข้มข้น 3 % เป็นต้น

ขั้นตอนการทำลายเชื้อ

1. เตรียมวัสดุอุปกรณ์

ก่อนการปฏิบัติงานผู้ปฏิบัติงานต้องเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมก่อน ดังนี้

- ชุด Coverall PPE แวนครอบตา กรณีนิดฟัน หรือชุด gown กรณีสกัด พร้อมด้วย หน้ากากป้องกันฝอยละออง ถุงมือ ถุงคลุมเท้า ผ้าขนหนู หรือ ไม้ถูพื้น ภาชนะใส่สารละลาย เป็นต้น

- การเตรียมสารเคมี สารเคมีที่มีขายทั่วไปตามท้องตลาด โซเดียมไฮโปคลอไรท์ ที่มี ส่วนใหญ่มีความเข้มข้น 10 % ถ้าต้องการสารละลายความเข้มข้น 0.1 % ต้องผสมด้วยน้ำโดยใช้สารเคมี 1 ส่วน ผสมด้วยน้ำอีก 99 ส่วน จะได้สารละลายความเข้มข้น 1000 ppm และหากใช้สารตั้งต้นความเข้มข้น 6 % ที่เป็นสารเคมีฟอกขาวตามท้องตลาด ให้ใช้สารเคมี 2 ฝา(ขนาดบรรจุปกติ)ต่อน้ำ 1 ลิตรถึงจะมีความเข้มข้นตามคำแนะนำ

ตัวอย่างวิธีคำนวณหาความเข้มข้น เตรียมน้ำยาฆ่าเชื้อความเข้มข้น 1000 ppm จำนวน 1 ลิตร จากน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ที่มีขายตามท้องตลาดความเข้มข้น 10 %

ใช้สูตร

$$M1V1 = M2V2$$

$$M1 = \text{ความเข้มข้นของคลอรีนน้ำ 10\%}$$

$$V1 = \text{ปริมาตรของคลอรีนน้ำ 10\%}$$

$$M2 = \text{ความเข้มข้นของคลอรีนที่ต้องการเตรียม}$$

$$\begin{aligned}
 V2 &= \text{ปริมาตรของคลอรีนที่ต้องการเตรียม} \\
 100,000 \text{ ppm} \times V1 \text{ ml} &= 1000 \text{ ppm} \times 1,000 \text{ ml} \\
 V1 &= (1000 \text{ ppm} \times 1,000 \text{ ml}) / 100,000 \text{ ppm} \\
 &= 10 \text{ ml}
 \end{aligned}$$

คำตอบ ใช้คลอรีนน้ำ 10% (V1) = 10 ml + น้ำ 990 ml

2. เตรียมสถานที่

ผู้ปฏิบัติงานต้องศึกษาพื้นที่ก่อนการปฏิบัติเพื่อใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม หากเป็นสถานที่เสี่ยงสูงต้องเตรียมการปิดกั้นบริเวณ ห้ามบุคคลเข้าบริเวณที่ปฏิบัติงาน

3. ดำเนินการทำลายเชื้อ

- การเช็ดถู ให้ใช้ผ้าหรือไม้ถูพื้นจุ่มสารละลายแล้วบิดให้หมาดดำเนินการเช็ดหรือถู หากเป็นแอลกอฮอล์ ควรพ่นใส่ผ้าขนหนูก่อนแล้วจึงดำเนินการเช็ดให้ทั่วบริเวณต่าง หากเป็นพื้นทางเดินหรืออาคารให้เช็ดถูด้านในสุดก่อนแล้วถอยออกมาจนถึงด้านนอก

- การฉีดพ่นไม่แนะนำ หากจำเป็นให้ใส่ชุดที่เหมาะสม พ่นด้านในก่อนแล้วจึงเดินพ่นออกมาจนถึงด้านนอก พร้อมปิดกั้นพื้นที่ อย่างน้อย 1 ชั่วโมง

วิธีทำลายเชื้อ

- การล้าง หรือเช็ดถู

วิธีที่ง่ายและสะดวกในการทำลายเชื้อได้แก่การล้างด้วยน้ำ เช่น การล้างมือสามารถลดการปนเปื้อนของเชื้อได้ดี หรือการใช้สารเคมีที่มีขายตามท้องตลาดทั่วไป ได้แก่ สบู่ ผงซักฟอกร่วมด้วยก็ได้ แต่เหมาะสมสำหรับภาชนะ อุปกรณ์ ที่มีขนาดเล็กหรือบริเวณที่ไม่กว้างมากนัก และไม่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงหรือบริเวณที่ใช้ของร่วมกัน หากเป็นพื้นที่เสี่ยงหรือมีคนพลุกพล่านต้องใช้สารเคมีที่เหมาะสม เช่น แอลกอฮอล์ความเข้มข้น 70 % สารเคมีที่ขายในท้องตลาด ได้แก่ โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 0.1 % (1000 ppm) ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ 0.5 % (5000 ppm) หรืออื่นๆ และใช้ตามความเข้มข้นที่เหมาะสม การเช็ดถูให้ผ้าชุบสารละลายแล้วทำการเช็ดถูพื้น ลูกบิดประตู ก๊อกน้ำ ชักโครก เป็นต้น แล้วทิ้งไว้ประมาณ 10 นาที ข้อควรระวัง สารเคมีบางชนิดจะมีการกัดกร่อนต้องไม่สัมผัสโดยตรงผู้เตรียมต้องใส่ถุงมือชนิดหนา และใส่เสื้อคลุมพลาสติกป้องกันการปนเปื้อน

- การพ่นฝอยละออง

การพ่นฝอยละอองสำหรับเพื่อฆ่าเชื้อโรคโควิด-19 ไม่แนะนำเพราะอาจไม่ครอบคลุมพื้นที่ เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ และเกิดการฟุ้งกระจายของเชื้อเกิดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ดำเนินการพ่น และบุคคลอื่นที่ในบริเวณนั้น หากจำเป็นต้องฉีดพ่น เช่น กระจาเดินทาง ล้อรถ หรือในอาคารที่ไม่สามารถทำความสะอาดด้วยวิธีอื่นๆ ผู้ดำเนินการพ่นต้องใส่ชุดที่เหมาะสมปกปิดร่างกายทุกส่วน และปิดกั้นบริเวณห้ามบุคคลอื่นอยู่บริเวณนั้น และหลังจากฉีดพ่นแล้วต้องรอจนกว่าจะปลอดภัย จึงเปิดให้ใช้พื้นที่ได้ หรืออาจเลือกวิธีการปิดกั้นพื้นที่เพื่อการปรับปรุงสุขาภิบาลเป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน สำหรับสารเคมีที่ใช้พ่นต้องเลือกสารเคมีที่ปลอดภัยและแนะนำจากองค์กรที่น่าเชื่อถือ และต้องคำนวณความเข้มข้นในการใช้อย่างถูกต้อง

- วิธีอื่นๆ

การทำลายเชื้อด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การต้ม นึ่ง หรืออบ เป็นต้น แต่เหมาะสำหรับอุปกรณ์ที่มีขนาดเล็ก

การสวมใส่ชุดป้องกัน (การแต่งตัวอย่างไรเมื่อต้องพ่นสารเคมี<http://www.mitrpholmodernfarm.com>)

การใช้สารเคมีเพื่อทำลายเชื้อก่อโรค ผู้ปฏิบัติต้องแต่งกายให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานเพื่อไม่ให้ได้รับผลกระทบจากสารเคมีที่ใช้ อุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันมีดังนี้

1. การฉีดพ่น อุปกรณ์ชุดป้องกันประกอบด้วย

- หมวกคลุมผม
- Gown กันเปื้อน
- หน้ากาก N95
- face shield
- ถุงมือ
- ถุงคลุมเท้า

2. การพ่นฝอยละออง อุปกรณ์ชุดป้องกันประกอบด้วย

- หมวกคลุมผม
- ชุดคลุมแบบเต็มตัว (coverall)
- หน้ากาก N95
- goggles
- ถุงมือ
- ถุงคลุมเท้า

ดังภาพที่ 8

ชุดป้องกันส่วนบุคคล



เสื้อ Gown



เสื้อ Coverall

ภาพที่ 8 ชุดป้องกันส่วนบุคคล

(ที่มา มหาวิทยาลัยมหิดล การใช้เครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล)

2.3 นโยบาย หรือยุทธศาสตร์การป้องกัน ควบคุม โรคระบาด

2.3.1 ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ. 2560 - 2579)
(กรมควบคุมโรค, 2560)

โดยอาศัยกรอบสมรรถนะการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDG) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) แผนยกระดับความมั่นคงและความเป็นเลิศของประเทศ พ.ศ. 2559 – 2563 แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาดตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2558 สำหรับช่วงปี พ.ศ. 2560 – 2564 เป็นกรอบในการพัฒนายุทธศาสตร์ ซึ่งยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ. 2560 - 2579) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญๆ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1. ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนานโยบาย มาตรการ และบริการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2. ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข 3. ยุทธศาสตร์ที่ 3 การยกระดับโครงสร้างพื้นฐานของระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 4. ยุทธศาสตร์ที่ 4 การปรับปรุงระบบบริหารจัดการและการพัฒนาความร่วมมือ และ 5. ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนากำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และได้

กำหนดมาตรการสำคัญๆ ในการขับเคลื่อนงาน โดยมีมาตรการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) พัฒนาและปรับปรุงระบบบริการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น แรงงานต่างด้าว 2) ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในการจัดการและลงทุนด้านการป้องกันควบคุมโรค 3) สร้างและพัฒนาภาคีเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) และอาสาสมัครอื่นๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

2.3.2 แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ หรือโรคระบาด พ.ศ. 2566 – 2570 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (กรมควบคุมโรค, 2565)

ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กำหนดให้กรมควบคุมโรค ในฐานะสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาดขึ้น เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาของแผนปฏิบัติการฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2562 – 2564 ซึ่งที่ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2565 และได้มีมติเห็นชอบให้ขยายระยะเวลาบังคับใช้ไปจนถึงวันที่ 30 กันยายน 2565 จึงให้มีการทบทวนและปรับยุทธศาสตร์จากแผนปฏิบัติการฯ ฉบับที่ 2 โดยใช้หลักคิดเชิงยุทธศาสตร์เพื่อให้แผนปฏิบัติการฯ ฉบับนี้ มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศ (ด้านสาธารณสุข) ฉบับปรับปรุง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ซึ่งขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะที่ 2 ในช่วงเวลาเดียวกัน และแผนระดับที่ 3 อื่นที่เกี่ยวข้อง

ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนและจัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ หรือโรคระบาด พ.ศ. 2566 – 2570 ได้ปรับวิสัยทัศน์ของแผนปฏิบัติการฯ ฉบับนี้เป็น “ประเทศไทยปลอดภัย จากโรคติดต่อด้วยระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพ ทนต่อสถานการณ์ และได้มาตรฐานในระดับนานาชาติ ภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน อย่างยั่งยืน”

นอกจากนี้ เพื่อให้เกิดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาดฉบับนี้ จึงได้ทบทวนวิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และตัวชี้วัดภาพรวม ตลอดจนประเด็นการพัฒนา (ประเด็นยุทธศาสตร์) ไว้ 5 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นการพัฒนาที่ 1 การพัฒนานโยบาย มาตรการ กฎหมาย และกลไกการบริหารจัดการ
การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

ประเด็นการพัฒนาที่ 2 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และยกระดับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม
โรคติดต่อ

ประเด็นการพัฒนาที่ 3 การยกระดับการจัดการภาวะฉุกเฉินจากโรคติดต่อ

ประเด็นการพัฒนาที่ 4 การพัฒนากำลังคนและเครือข่ายความร่วมมือระดับชาติและนานาชาติ

ประเด็นการพัฒนาที่ 5 การพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและระบบสนับสนุนการป้องกันควบคุม
โรคติดต่อ

แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ หรือโรคระบาดระดับชาติ พ.ศ. 2566 - 2570 ตามประเด็นการพัฒนาทั้ง 5 เรื่อง มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด แต่ละแผนปฏิบัติการได้นำมากำหนดเป้าหมายด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด จำนวน 11 เป้าหมาย ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (Key Performance Indicators - KPIs) 18 ตัวชี้วัด และกำหนดค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป กำหนดแนวทางการพัฒนา/ดำเนินงาน (กลยุทธ์) จำนวน 17 แนวทางการพัฒนา ดังต่อไปนี้

ประเด็นการพัฒนาที่ 1 การพัฒนานโยบาย มาตรการ กฎหมาย และกลไกการบริหารจัดการ การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) พัฒนานโยบาย มาตรการ กฎหมาย ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ 2) พัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ 3) เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ และ 4) เร่งรัดการกำจัด กวาดล้าง โรคติดต่อตามพันธสัญญานานาชาติ

ประเด็นการพัฒนาที่ 2 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และยกระดับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข 2) พัฒนาความเข้มแข็งของระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อ และ 3) ส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้วิจัย และนวัตกรรมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อ

ประเด็นการพัฒนาที่ 3 การยกระดับการจัดการภาวะฉุกเฉินจากโรคติดต่อ ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือการระบาดของโรคติดต่อ 2) พัฒนาระบบบริหารจัดการ ควบคุมการระบาดของโรคติดต่อ 3) เสริมความเข้มแข็งของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานการณ์ การระบาดของโรคติดต่อ และ 4) เตรียมการฟื้นฟูหลังภาวะฉุกเฉินจากโรคติดต่อ

ประเด็นการพัฒนาที่ 4 การพัฒนากำลังคนและเครือข่ายความร่วมมือระดับชาติและนานาชาติ ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) จัดทำแผนกำลังคนด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ 2) เสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ และ 3) พัฒนาความร่วมมือเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศในการขับเคลื่อนการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ

ประเด็นการพัฒนาที่ 5 การพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและระบบสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยง 2) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ และ 3) พัฒนาการจัดหาเวชภัณฑ์วัคซีน และวัสดุอุปกรณ์ ที่จำเป็น

แผนปฏิบัติการฯ ฉบับนี้ได้กำหนดกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ซึ่งหมายถึง ระบบ เครื่องมือ กิจกรรม ที่กำหนดขึ้นเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ายุทธศาสตร์หรือแนวทางการพัฒนาที่กำหนดไว้สามารถเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างแน่นอน จึงได้มีการกำหนดกลไกการนำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคติดต่อหรือโรคระบาด ไปสู่การปฏิบัติ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการบริหารงบประมาณ ด้านการประสานความร่วมมือ และประสานการปฏิบัติ และด้านการติดตาม ประเมินผล และรายงานผล

2.4 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน, 2561)

คนต่างด้าว หมายถึง บุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย

แรงงานต่างด้าว หมายถึง กลุ่มแรงงานที่ไม่มีสัญชาติไทย เป็นแรงงานจากประเทศพม่า กัมพูชา ลาว เวียดนาม ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ทั้งที่เป็นแรงงานถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย

ประเภทของคนต่างด้าว

1. คนต่างด้าวระดับฝีมือ ชำนาญการ (ม.59) คนต่างด้าวที่มีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร หรือได้รับอนุญาตให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองที่ไม่ใช่พนักงานท่องเที่ยว หรือผู้เดินทางผ่าน และไม่มีลักษณะต้องห้ามตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

2. คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานตามบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือในการจ้างแรงงานระหว่างรัฐ (MOU)

ปัจจุบันประเทศไทยได้ทำบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือในการจ้างแรงงานระหว่างรัฐ (MOU) กับประเทศอื่นๆ จำนวน 4 ประเทศ ได้แก่ ประเทศกัมพูชา ลาว เมียนมา และเวียดนาม โดยแรงงานต่างด้าวสัญชาติกัมพูชา ลาว และเมียนมา สามารถทำงานได้ 2 ลักษณะงาน คือ งานกรรมกร และงานรับใช้ในบ้าน สำหรับแรงงานต่างด้าวสัญชาติเวียดนามสามารถทำได้เฉพาะลักษณะงานกรรมกร และต้องทำงานในกิจการก่อสร้าง และกิจการประมงทะเล เท่านั้น

3. คนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุน (ม.62) คนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในราชอาณาจักร ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุน กฎหมายว่าด้วยการนิคมอุตสาหกรรม หรือกฎหมายว่าด้วยการปิโตรเลียม

4. คนต่างด้าวประเภทชนกลุ่มน้อย (ม.63/1) คนต่างด้าวที่เกิดในราชอาณาจักรไทย แต่ไม่ได้รับสัญชาติไทย ตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติ และกระทรวงมหาดไทยได้ออกเอกสารตามกฎหมายว่าด้วยการจัดทำทะเบียนประวัติ เช่น คนพื้นที่สูง เป็นต้น

5. คนต่างด้าวที่เดินทางเข้ามาทำงานในลักษณะไป-กลับ หรือตามฤดูกาล (ม.64)

คนต่างด้าวที่เป็นคนสัญชาติที่มีชายแดนติดกับประเทศไทย (ปัจจุบันมี 2 สัญชาติ ได้แก่ กัมพูชา และเมียนมา) เข้ามาในราชอาณาจักรโดยใช้บัตรผ่านแดน (Border Pass) ซึ่งจะเข้ามาทำงานได้เฉพาะในพื้นที่จังหวัดที่ติดกับชายแดน ครั้งละไม่เกิน 3 เดือน และจะทำได้เฉพาะงานกรรมกร และงานรับใช้ในบ้าน

คนต่างด้าวที่จะขอรับใบอนุญาตทำงาน ต้องไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังนี้

1. เป็นบุคคลวิกลจริตหรือมีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

2. เป็นผู้ป่วยโรคต่างๆ ดังนี้

2.1 โรคเรื้อน

2.2 วัณโรคในระยะอันตราย

2.3 โรคเท้าช้างระยะปรากฏอาการอันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

2.4 โรคติดยาเสพติดให้โทษ

2.5 โรคพิษสุราเรื้อรัง

2.6 โรคิฟิลิสในระยะที่ 3

3. เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง หรือกฎหมายว่าด้วยการทำงานของคนต่างด้าว ภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันขอรับใบอนุญาต

ตลาดแรงงานไทยและการพึ่งพาแรงงานต่างด้าวจากประเทศเพื่อนบ้าน (กองเศรษฐกิจการแรงงาน, 2564) ปฏิเสธไม่ได้ว่าในปัจจุบันนี้ประเทศไทยมีความต้องการแรงงานในปริมาณที่สูง ซึ่งสถานการณ์ตลาดแรงงานปัจจุบันเฉพาะประเทศไทยจะพบว่า ไทยยังคงขาดแคลนแรงงานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และมีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งโครงสร้างการผลิตของไทยก็ยังคงต้องการแรงงานทักษะต่ำจำนวนมากที่มีค่าจ้างราคาถูก และยังเป็นแรงงานนอกระบบที่มากถึง 2 ใน 3 ของแรงงานทั้งหมด โดยเฉพาะแรงงานในภาคเกษตรกรรม และแรงงานระดับล่าง เนื่องด้วยปริมาณของวัยทำงานของไทยลดลง ส่วนวัยพึ่งพากลับเพิ่มขึ้น และอัตราการเกิดที่ลดลง ทำให้แรงงานในระดับล่างของไทยขาดแคลน จากผลการศึกษาของสถาบันวิจัยเศรษฐกิจป๋วย อึ๊งภากรณ์ พบว่า ตลาดแรงงานไทยพึ่งพาแรงงานต่างด้าวทักษะต่ำเพิ่มสูงขึ้นมาก โดยส่วนใหญ่ทำงานในประเภท 3D คือ งานหนัก (difficult job) งานสกปรก (dirty job) และงานอันตราย (dangerous job) ซึ่งเป็นงานที่คนไทยไม่นิยมทำ และยังขยายขอบเขตไปในหลายกิจกรรมมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า บริษัทที่พึ่งพาแรงงานต่างด้าวในระดับสูง มักเป็นวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ที่มีการใช้แรงงานเข้มข้น รวมทั้งบริษัทเหล่านี้ยังมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันชัดเจนในแต่ละประเภทธุรกิจ (ขมนานิตตะโย, 2563)

ภาพของตลาดแรงงานในประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทโลก ทำให้เห็นการเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาคเกษตรกรรมเข้าสู่ภาคการผลิตและภาคบริการที่มากขึ้น ปัญหาเชิงโครงสร้างที่ตลาดแรงงานไทยกำลังเผชิญ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาของเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดดที่มีการนำระบบอัตโนมัติมาทดแทนแรงงาน ในภาคการผลิต การเข้าสู่สังคมสูงวัยที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น และระบบค่าตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับผลิตภาพแรงงาน จากข้อมูลแบบสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ สะท้อนถึงแนวโน้มการออกไปสู่นอกกำลังแรงงานที่เพิ่มสูงขึ้นของกลุ่มวัยกลางคนในระยะหลัง ทำให้สาขาที่ใช้แรงงานเข้มข้นอย่างภาคเกษตรกรรม ประมงและก่อสร้าง ประสบปัญหาขาดแคลนแรงงานเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในงานที่คนไทยไม่นิยมทำเพราะเห็นว่าเป็นงานหนัก สกปรก และอันตราย (งานในประเภท 3D) จึงส่งผลให้แรงงานต่างด้าวเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อเศรษฐกิจไทยมากยิ่งขึ้น

ในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา จำนวนการจ้างงานแรงงานต่างด้าวทักษะต่ำปรับตัวเพิ่มสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะในช่วงที่มีนโยบายสำคัญ คือ ช่วงที่มีการขึ้นค่าแรงขั้นต่ำในปี 2555 และช่วงที่มีการผ่อนผันการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวในปี 2561 จึงทำให้จำนวนและสัดส่วนแรงงานต่างด้าวทักษะต่ำปรับตัวเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา หากพิจารณาการพึ่งพาแรงงานต่างด้าวของไทยกับประเทศอื่น ๆ พบว่า ประเทศไทยถือเป็นประเทศที่มีการไหลเข้าของแรงงานต่างด้าวอยู่ในระดับที่สูง ติดอันดับที่ 17 ของโลก และถือเป็นอันดับหนึ่งในกลุ่มประเทศอาเซียน การที่ไทยเป็นจุดหมายปลายทางของแรงงานต่างด้าวโดยเฉพาะจากประเทศเพื่อนบ้านนั้น ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ คือ ปัจจัยด้านค่าแรงที่สูงกว่าประเทศเพื่อนบ้าน โดยแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในไทยส่วนใหญ่จะได้รับค่าจ้างเท่ากับค่าจ้างขั้นต่ำ ซึ่งยังคงสูงกว่าค่าจ้างขั้นต่ำของประเทศเพื่อนบ้าน ประมาณ

3 เท่าตัว เมื่อเทียบกับค่าแรงขั้นต่ำของประเทศเมียนมา ด้วยเหตุนี้เองค่าแรงไทยที่สูงกว่า จึงถือว่าเป็นตัวแปรสำคัญในการดึงดูดแรงงานต่างด้าวทักษะต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานเมียนมา กัมพูชา และลาว ที่มีเครือข่ายชุมชนขนาดใหญ่ในประเทศไทย ทำให้การเข้าถึงข้อมูลและกระจายแหล่งงานต่างๆ ทำได้ทั่วถึงและรวดเร็ว

สถิติจำนวนแรงงานต่างด้าว (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน, 2567)

จากข้อมูลของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน พบว่า สถิติจำนวนแรงงานต่างด้าว ในประเทศไทยย้อนหลังตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2558 จนถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จำนวนแรงงานต่างด้าวเฉลี่ย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี และพบว่ารูปแบบแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยตามฤดูกาล และการเป็นวัฏจักรมีความไม่แน่นอน เนื่องจากสาเหตุทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ฯลฯ ทั้งในประเทศและนอกประเทศ ในช่วงเวลานั้น ๆ ในช่วงกลางปี พ.ศ. 2562 เป็นอีกช่วงเวลาหนึ่งที่จำนวนแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่าง ผิดปกติ เนื่องจากคณะรัฐมนตรี (ครม.) ได้มีมติ เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2562 ให้มีการผ่อนปรนแนวทางการบริหารจัดการการทำงานของแรงงานต่างด้าว ปี พ.ศ. 2562 – 2563 โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2563 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2563 ได้มีการยกเว้นข้อห้ามมิให้คนต่างด้าวเข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการเฉพาะสำหรับคนต่างด้าวสัญชาติกัมพูชา ลาว และเมียนมา เพื่อผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่การอนุญาตให้อยู่ ในราชอาณาจักรสิ้นสุด อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวได้ต่อไปได้ จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2563 และ ให้ยกเว้นค่าเปรียบเทียบปรับการอยู่เกินกำหนด (Over Stay) รวมถึงการอนุญาตให้คนต่างด้าวสัญชาติกัมพูชา ลาว และเมียนมา เข้ามาทำงานในราชอาณาจักรเป็นกรณีพิเศษ เพื่อผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวที่การอนุญาตทำงานสิ้นสุดสามารถทำงานไปพลางก่อนได้จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2563 และใช้บัญชีรายชื่อความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าวที่กรมการจัดหางานออกให้ และใบอนุญาตทำงานฉบับเดิมไปพลางก่อนได้ โดยไม่ต้องมีใบอนุญาตทำงานตามกฎหมายว่าด้วยการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว จนกว่าจะไม่ได้รับอนุญาตจากนายทะเบียน เพื่อเป็นการแก้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานจึงทำให้จำนวนแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และในปี พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมา เป็นช่วงที่แรงงานต่างด้าวในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจากมติครม. เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2562 จะประกาศให้แรงงานต่างด้าวสามารถทำงานอยู่ในประเทศไทยต่อไปได้ แต่ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 กอปรกับมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้จำนวนแรงงานต่างด้าวลดลงตั้งแต่ต้นปีจนถึงกลางปี พ.ศ. 2563 จนกระทั่งประมาณเดือนกันยายน 2563 จำนวนแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยเริ่มกลับมาเพิ่มขึ้นอีกครั้ง หลังจากลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจาก สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 มีสถานการณ์ที่ดีขึ้น ประกอบกับมติครม. เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2563 อนุมัติให้แรงงานต่างด้าวสามารถต่อใบอนุญาตทำงานในประเทศ เพื่อทำงานได้ถึง 31 มีนาคม 2565 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย ในช่วง 10 ปี ตั้งแต่ มกราคม 2558 – มกราคม 2567

ปี	จำนวนแรงงานต่างด้าว (คน)
มกราคม ปี 2558	1,355,258
มกราคม ปี 2559	1,451,817
มกราคม ปี 2560	1,470,225
มกราคม ปี 2561	2,149,328
มกราคม ปี 2562	3,288,079
มกราคม ปี 2563	3,002,817
มกราคม ปี 2564	2,181,344
มกราคม ปี 2565	2,352,063
มกราคม ปี 2566	3,310,090
มกราคม ปี 2567	3,415,774

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้แรงงานต่างด้าวนิยมเข้ามาทำงานในประเทศไทย

การอพยพเข้ามาทำงานในประเทศไทยของแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนานหลายสิบปี โดยเฉพาะแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน 3 สัญชาติ ได้แก่ เมียนมา ลาว และ กัมพูชา เหตุที่ประเทศไทยเป็นที่นิยมมาทำงานของแรงงานต่างด้าวทั้ง 3 สัญชาตินี้มาจากสาเหตุและปัจจัยหลายประการด้วยกัน (unicef, 2562) เช่น

1. ความแตกต่างทางเศรษฐกิจของประเทศไทยที่ดีกว่าประเทศเพื่อนบ้านทั้งเมียนมา ลาว และกัมพูชา ซึ่งแรงงานไทยได้รับการพัฒนาและยกระดับไปสู่ความเป็นแรงงานที่มีฝีมือ (Skilled Labor) มีค่าแรงสูงกว่าแรงงานไร้ฝีมือ (Non-Skilled Labor) ขณะเดียวกันประเทศไทยก็ยังเต็มไปด้วยผู้ประกอบการที่ต้องการแรงงานไร้ฝีมือและค่าแรงถูกอยู่ ประกอบกับประเทศเพื่อนบ้านดังกล่าว ยังไม่มีงานในประเทศรองรับแรงงานของตนเองเพียงพอ จึงเกิดแรงงานว่างอพยพมาหางานทำในประเทศไทย

2. ค่าตอบแทนการทำงาน ประเทศไทยมีกฎหมายกำหนดค่าแรงขั้นต่ำไว้ชัดเจน แม้จะไม่สูงมากนักเมื่อเทียบกับค่าครองชีพในปัจจุบันของไทย แต่เมื่อเทียบกับประเทศทั้ง 3 ประเทศนั้นแล้ว ถือว่าสูงกว่มาก แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในเมืองไทยได้รับอานิสงส์ของค่าแรงที่ไม่ต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ซึ่งค่าแรงขั้นต่ำนี้เมื่อเทียบกับค่าแรงในบ้านของแรงงานต่างด้าวแล้วก็ถือว่าดีกว่า หากใช้จ่ายอย่างประหยัดก็สามารถเก็บเป็นเงินออมนำกลับไปใช้จ่ายในบ้านเกิดได้อย่างสบาย

3. ประเทศไทยเต็มไปด้วยการขาดแคลนแรงงานในหลายประเภทที่คนไทยไม่ทำกัน เช่น งานคนรับใช้ในบ้าน พนักงานเสิร์ฟร้านอาหารซึ่งค่าจ้างถูก งานประมงและอุตสาหกรรมประมง เหล่านี้เป็นต้น จึงเป็นโอกาสและช่องทางของแรงงานต่างด้าวที่จะสมัครเข้ามาทำงานทดแทนแรงงานขาดแคลนและคนไทยไม่ทำช่วยเหลือผู้ประกอบการไทยให้สามารถดำเนินธุรกิจต่อไปได้

4. สวัสดิการด้านแรงงานของไทย นับว่ามีสวัสดิการแรงงานที่ดี โดยเฉพาะสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของกองทุนประกันสังคม รวมถึงสวัสดิการกองทุนเงินทดแทนแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาโดยถูกกฎหมายและสมทบเงินเข้ากองทุนประกันสังคมร่วมกับนายจ้าง จะได้สิทธิการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยกองทุนประกันสังคม และเงินทดแทนตามกฎหมายว่าด้วยกองทุนเงินทดแทนกรณีเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน เช่นเดียวกับแรงงานคนไทย รวมถึงการซื้อประกันสุขภาพตัวเองได้อีกด้วย

5. ไทยเป็นประเทศที่มีพื้นที่ชายแดนติดต่อกัน การข้ามพรมแดนมายังประเทศไทยทำได้สะดวก สามารถเดินทางโดยรถยนต์ ซึ่งค่าพาหนะและค่าโดยสารเดินทางค่อนข้างถูก ประกอบกับมีกลุ่มเพื่อนและญาติสนิททำงานอยู่ในประเทศไทยจำนวนมาก การทำงานในประเทศไทยจึงรู้สึกมีความอบอุ่นเหมือนหนึ่งทำงานอยู่ในดินแดนบ้านตัวเอง

แรงงานต่างด้าวต่อประเทศไทยและระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย

จากข้อมูลของสำนักงานแรงงานระหว่างประเทศประจำภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ระบุไว้ว่า แรงงานต่างด้าวไม่ว่าจะมีสถานะทางกฎหมายอย่างไร หรือประกอบอาชีพใดก็ตามล้วนส่งผลทางด้านดี และด้านเสียต่อประเทศไทย และระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยในหลายด้านทั้งนั้น (อภิวรรณ ศิรินนทนา, 2565) โดยข้อดีของแรงงานข้ามชาติที่มีต่อประเทศไทยและระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย มีดังนี้

1. ช่วยเพิ่มมูลค่าของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ โดยเฉพาะในภาคเศรษฐกิจที่ใช้แรงงานอย่างเข้มข้น เช่น ภาคการเกษตร ภาคอุตสาหกรรม และภาคบริการ เป็นต้น แรงงานต่างด้าวในปัจจุบันมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจของประเทศไทยอยู่ที่ประมาณ 4.3 % ถึง 6.6 % ของ GDP เทียบกับส่วนแบ่งในการจ้างงาน 4.7%

2. ช่วยรักษาความได้เปรียบในการแข่งขันในระยะสั้นจากการใช้แรงงานราคาถูก

3. ช่วยควบคุมระดับเงินเฟ้อที่เกิดจากค่าจ้างหรือราคาสินค้าที่สูงขึ้น

4. เอื้ออำนวยให้สตรีไทยได้เข้าสู่ในตลาดแรงงานได้มากขึ้น (โดยการจ้างแรงงานต่างด้าวมาทำงานบ้านแทน ทำให้สตรีไทยสามารถไปทำงานนอกบ้านได้สะดวก)

5. ช่วยขยายโอกาสในการจ้างงานแรงงานไทย (การจ้างแรงงานต่างด้าวยังเป็นการสร้างงานให้กับแรงงานไทยมากขึ้น ทั้งในแง่ปริมาณตำแหน่งงานใหม่หรือจำนวนชั่วโมงการทำงานที่มากขึ้น)

6. ช่วยเกื้อหนุนให้มีการจัดสรรทรัพยากรใหม่ ทำให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานไทยออกจากภาคการผลิตที่มีผลิตภาพต่ำ ไปสู่ภาคการผลิตที่มีผลิตภาพสูง หรือที่เรียกกันว่า occupational switching การเปลี่ยนอาชีพ

แม้ว่าแรงงานต่างด้าวจะส่งผลทางด้านบวกต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย แต่ก็มีรายงานการศึกษาหลายฉบับที่พบว่ามีผลกระทบด้านต่างๆ เช่น

1. การที่มีแรงงานต่างด้าวเข้ามาในตลาดแรงงานไทยมากขึ้นทำให้ค่าจ้างแรงงานโดยรวมลดลงเพียงเล็กน้อย เช่น การเพิ่มจำนวนแรงงานต่างด้าว ร้อยละ 10 ทำให้ค่าจ้างภาพรวมลดลงเพียง ร้อยละ 0.23 และไม่ได้ส่งผลกระทบต่อค่าจ้างสำหรับแรงงานไทยมากนัก

2. แรงงานไทยที่ได้รับกระทบมากที่สุดจากการย้ายถิ่นเข้ามาของแรงงานต่างด้าว คือแรงงานไร้ฝีมือ แรงงานหนุ่มสาว และแรงงานในภาคการเกษตร กล่าวคือ เนื่องจากค่าจ้างสำหรับแรงงานไทยจะถูกกำหนดตามค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ดังนั้นการเข้ามาของแรงงานต่างด้าวราคาถูกมีผลทำให้แรงงานไทยว่างงานมากขึ้น

จากการศึกษาพบว่า ถ้าอัตราส่วนของแรงงานต่างด้าวกับแรงงานไทยในท้องถิ่น (จังหวัด) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 จะส่งผลให้เกิดอัตราว่างงานของแรงงานไทยสูงขึ้นร้อยละ 0.5

3. มีช่องว่างเกิดขึ้นระหว่างมูลค่าของทุนที่เพิ่มขึ้น (capital gains) กับความสูญเสียด้านรายได้ของแรงงาน (labour losses) ซึ่งให้เห็นถึงค่าเช่าทางเศรษฐกิจ (economic rent) กำไรส่วนเกินที่มาจากการแสวงหาประโยชน์ในการจ้างแรงงานมีทักษะต่ำ และแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้รับการคุ้มครองทางสังคม นอกจากนี้ช่องว่างดังกล่าวทำให้เกิดการจัดตั้งของขบวนการได้ดินลักลอบนำเข้าแรงงานต่างด้าวเข้าเมือง การจ้างงานที่ผิดกฎหมาย การกรรโชกขูดรีด การกดขี่บนเจ้าหน้าที่ และการจ้างงานที่เอารัดเอาเปรียบ เช่น การทำสัญญาเหมาช่วง เป็นต้น

การบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวของประเทศไทย

ภาคเศรษฐกิจด้านต่างๆของประเทศไทยมีความจำเป็นต้องพึ่งพาแรงงานต่างด้าวในการผลิต โดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวจาก 3 สัญชาติ อันได้แก่ เมียนมา ลาว และกัมพูชา ซึ่งแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติดังกล่าวเป็นแรงงานที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยตามบันทึกความเข้าใจ (MOU) ว่าด้วยการจ้างแรงงานระหว่างประเทศไทยกับประเทศเมียนมา ลาว กัมพูชา เพื่อทดแทนแรงงานไทยที่ขาดแคลน รวมถึงแรงงานที่ลักลอบเข้าเมืองได้รับการปรับสถานะเป็นเข้าเมืองถูกกฎหมายได้รับอนุญาตทำงาน (หรือเป็นแรงงานต่างด้าว ตามมาตรา 9 และมาตรา 14 ตามพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551) ดังนั้นการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวจึงเป็นส่วนที่มีความสำคัญ และมีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน โดยเฉพาะหน่วยงานในภาครัฐ เช่น รัฐบาล กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เป็นต้น (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2561)

การบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวของประเทศไทยในปัจจุบัน รวมถึงแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ คือ เมียนมา ลาว และกัมพูชา ถูกกำหนดกรอบแนวทางให้ยึดโยงกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ร่วมกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) และนโยบายความมั่นคงแห่งชาติ (พ.ศ. 2558 - 2564) เพื่อให้ส่วนราชการรวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปเป็นกรอบ แนวทางกำหนด ยุทธศาสตร์หรือแผนงาน โครงการ และงบประมาณในการดำเนินภารกิจที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกัน เช่น ในปัจจุบันนี้รัฐบาลมีนโยบายเกี่ยวกับการจัดการแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายและปัญหาการค้ามนุษย์ โดยให้แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมายและที่ถูกกฎหมายที่ประสงค์จะทำงานต่อในประเทศไทย ต้องเข้ารับการตรวจพิสูจน์สัญชาติโดยให้มีการรับรองความเป็นพลเมืองของประเทศต้นทาง ดังนั้นเพื่อสนับสนุนนโยบายดังกล่าว รัฐบาลได้มีการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2560 อีกทั้งยังปรับปรุงรูปแบบการจ้างงานให้เป็นมาตรฐานสากล ปรับปรุงอัตราโทษและดิ่งภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อลดปัญหาการค้ามนุษย์จากแรงงานต่างด้าว ในปี พ.ศ. 2561 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบในหลักการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยตามที่กระทรวงแรงงานเสนอ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว สัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา อาทิเช่น การผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวทำงานในประเทศไทยตามมาตรา 17 แห่งพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 การดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อการจัดทำฐานข้อมูลแรงงานต่างด้าวให้มีเอกภาพเป็นฐานเดียวกัน การจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยตาม

กฎหมายว่าด้วยทะเบียนราษฎรให้กับแรงงานต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยเพื่อการทำงาน หรือการวางระบบสารสนเทศเพื่อการจัดระบบฐานข้อมูลของแรงงานต่างด้าว โดยมีกระทรวงแรงงานเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

และในปัจจุบัน ขณะที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รัฐบาลได้มีมติ ครม. เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2563 เห็นชอบแนวทางการบริหารจัดการการทำงานของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (เมียนมา ลาว และ กัมพูชา) ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยแรงงานต่างด้าวกลุ่มต่อไปนี้จะสามารถลงทะเบียนต่อใบอนุญาตในประเทศไทยได้ ได้แก่

กลุ่มที่ 1 คนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานตามบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือด้านแรงงาน (MoU) ภายใต้บันทึกข้อตกลงว่าด้วยการจ้างแรงงาน(Agreement) วาระการจ้างงานครบ 4 ปี ซึ่งยังคงอยู่ในราชอาณาจักร และมีนายจ้างที่ต้องการจ้างคนต่างด้าวเข้าทำงาน

กลุ่มที่ 2 คนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานตามบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือด้านแรงงาน(MoU) ภายใต้บันทึกข้อตกลงว่าด้วยการจ้างแรงงาน(Agreement) ที่การอนุญาตทำงานสิ้นสุด เนื่องจากการถูกเลิกจ้าง และไม่สามารถหานายจ้างรายใหม่ได้ทันภายในเวลาที่กฎหมายกำหนด ตามมาตรา 50 มาตรา 53 และมาตรา 55 แห่งพระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2560 และแก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งยังคงอยู่ในราชอาณาจักร และมีนายจ้างที่ต้องการจ้างคนต่างด้าวเข้าทำงาน

กลุ่มที่ 3 คนต่างด้าวที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติได้รับเอกสารประจำตัว ได้แก่ หนังสือเดินทาง เอกสารเดินทาง หรือเอกสารรับรองบุคคล ซึ่งการได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรและการอนุญาตให้ทำงานสิ้นสุดตั้งแต่วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563 แต่นายจ้างไม่ได้ดำเนินการยื่นขอรับบัญชีรายชื่อความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าวตามมติ คณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งยังคงอยู่ในราชอาณาจักร และมีนายจ้างที่ต้องการจ้างคนต่างด้าวเข้าทำงาน

กลุ่มที่ 4 ผู้ติดตามซึ่งเป็นบุตรของคนต่างด้าวตามในกลุ่มที่ 3 ที่มีสิทธิอยู่ในราชอาณาจักรตามสิทธิของคนต่างด้าวซึ่งเป็นบิดาหรือมารดาที่มีอายุตั้งแต่สิบแปดปีบริบูรณ์ เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วสามารถทำงานได้จนถึง 31 มีนาคม 2565 ซึ่งแรงงานดังกล่าวกลุ่มนี้โดยปกติจะต้องทำการกลับประเทศต้นทางและดำเนินการ MoU ใหม่ แต่ด้วยมติครม.วันที่ 4 สิงหาคม 2563 สามารถให้แรงงานดำเนินการในไทยได้โดยแรงงานจะได้บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย(บัตรชมพู)

ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่มีต่อแรงงานต่างด้าว ภาครัฐ นายจ้าง และส่วนอื่นๆ

สถานการณ์แรงงานต่างด้าวช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 หลังจากรัฐบาลไทยประกาศใช้ พ.ร.ก. บริหารราชการแผ่นดินในสถานการณ์ฉุกเฉิน ยกระดับการควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ส่งผลให้แรงงานต่างด้าวไม่มีงานทำถึง 3 แสนกว่าคน โดยคาดว่าตัวเลขนี้มีจำนวนน้อยกว่าจำนวนของแรงงานต่างด้าวที่ประสบปัญหาจริง ที่คาดว่าจะมีมากกว่า 7 แสนคน แรงงานต่างด้าวจำนวนหนึ่งถูกเลิกจ้าง และบางส่วนนายจ้างไม่มีการจ่ายค่าชดเชยให้ นอกจากนี้หลายกิจการไม่มีการนำแรงงานต่างด้าวเข้าเป็นผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคม ทำให้ไม่ได้รับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน และไม่ได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ ตามโครงการต่างๆ ที่ให้ความช่วยเหลือเฉพาะคนที่มิใช่สัญชาติไทยเท่านั้น แรงงานข้ามชาติที่ถูกเลิกจ้างหรือถูกสั่งให้พัก

งานอย่างไม่ถูกกฎหมาย ไม่มีการจ่ายชดเชยหรือค่าจ้างรวมทั้งการเข้าถึงกลไกคุ้มครองและเยียวยายังเต็มไปด้วยอุปสรรค ไม่ว่าจะเป็นการยื่นคำร้องตามช่องทางปกติที่ต้องยื่นคำร้องที่สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน และสำนักงานประกันสังคมไม่สามารถทำได้ เนื่องจากหลายพื้นที่มีการห้ามเดินทางออกนอกพื้นที่ และเจ้าหน้าที่รัฐอยู่ในมาตรการทำงานจากบ้าน ขณะที่การยื่นคำร้องในระบบออนไลน์ทำได้ยาก เนื่องจากเว็บไซต์ที่ใช้ยื่นมีเพียงภาษาไทย(มีภาษาอังกฤษในบางส่วน) และมีเงื่อนไขเรื่องเอกสารและหลักฐานการยื่นอื่นๆ ค่อนข้างมาก

การที่รัฐมีนโยบายดึงดูดในการจัดการแรงงานต่างด้าว จะไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการจ้างแรงงานปัจจุบันได้ แรงงานต่างด้าวเมื่อถูกเลิกจ้างไม่สามารถย้ายนายจ้างได้โดยง่าย เนื่องจากกฎหมายกำหนดให้แรงงานต่างด้าวจะต้องพิสูจน์ให้เจ้าหน้าที่เห็นว่ามีความผิดของนายจ้างเดิม หรือชดเชยค่าเสียหายให้นายจ้างเดิม และจะต้องหานายจ้างใหม่ภายใน 30 วัน ซึ่งไม่สามารถทำได้ในช่วงการระบาดของโควิด ซึ่งการยึดกฎหมายเป็นหลักโดยไม่ผ่อนปรนในกรณีนี้ทำให้แรงงานต่างด้าวจำนวนหนึ่งหลุดจากการจ้างงานที่ถูกกฎหมาย นอกจากนั้นแล้วยังพบนายจ้างจำนวนหนึ่งที่เลิกจ้างโดยใช้วิธีการไม่ต่อใบอนุญาตทำงานที่กำลังดำเนินการตามนโยบายรัฐบาล

ถึงแม้ว่ารัฐบาลได้มีมติ ครม. เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2563 เห็นชอบแนวทางการบริหารจัดการการทำงานของคนงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ก็ช่วยแก้ปัญหาได้น้อยกว่าจำนวนแรงงานต่างด้าวที่หายไป

โดยในช่วงโควิด-19 ประกันสังคมที่พยายามจะจ่ายเงินชดเชยเยียวยาให้กับผู้ที่เป็นแรงงานที่ได้รับผลกระทบนั้น ซึ่งแรงงานหลายคนเข้าสู่ระบบประกันสังคมสามารถได้รับสิทธิประโยชน์ของตนเองผ่านช่องทางนี้ แต่แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม ซึ่งหมายความว่าแรงงานเหล่านี้จะไม่มีทางเข้าถึงกระบวนการชดเชยเยียวยาของภาครัฐที่ควรจะได้ ซึ่งประเด็นนี้มองว่าเป็นปัญหามาตั้งในช่วงก่อนโควิด-19 ที่รัฐไม่ได้มีความจริงจังในเรื่องการรณรงค์ให้ผู้ที่เป็นผู้ประกอบการ นายจ้าง และแรงงานเห็นประโยชน์ของประกันสังคม ซึ่งเมื่อเกิดผลกระทบเหล่านี้ขึ้นมา แรงงานเหล่านี้เมื่อไม่ได้รับสิทธิก็จะกลายเป็นปัญหาลูกโซ่ไป ไม่ใช่เฉพาะตัวแรงงานที่ได้รับผลกระทบ ผู้ประกอบการหรือนายจ้างเองก็ยังได้รับผลกระทบด้วย เนื่องจากว่าเมื่อไม่มีมาตรการชดเชยเยียวยา นายจ้างเองบางครั้งก็อาจจะถูกเรียกร้องจากแรงงานให้มีการจ่ายชดเชยเยียวยาต่างๆ และผลกระทบของนายจ้างที่ได้รับส่วนใหญ่ คือนายจ้างต้องการจ้างงานแรงงานต่างด้าวแบบฤดูกาล แต่เนื่องจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ประเทศไทยจึงไม่มีแรงงานต่างด้าวแบบไปกลับหรือตามฤดูกาลอีกต่อไป จึงเกิดปัญหาไม่มีแรงงานต่างด้าวเข้ามาช่วยเก็บผลไม้และ/หรือทำการเก็บเกี่ยวผลิตผลการเกษตร เช่น เก็บข้าว ถอนมัน เก็บข้าวโพด เก็บผลไม้ เป็นต้น ทำให้เกิดการขาดแคลนแรงงานในกิจกรรมที่กล่าวมาตามฤดูกาลที่ปกติกระจายอยู่ในแหล่งผลิตในแต่ละภาคและตามแนวชายแดน (ยงยุทธ แฉล้มวงษ์, 2564)

แนวโน้มความต้องการแรงงานต่างด้าวในอนาคต

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยได้พัฒนากลายเป็นศูนย์กลางการย้ายถิ่นของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เศรษฐกิจของไทยเจริญเติบโตอย่างมั่นคงจากการประกอบธุรกิจที่เน้นการส่งออกเป็นหลัก ผลที่ตามมาคือประเทศไทยประสบกับสภาวะที่ความต้องการแรงงานทักษะต่ำมีจำนวนมากกว่าปริมาณแรงงานในประเทศ ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาช่องว่างนี้ได้ค่อยๆ ถูกเติมเต็มด้วยแรงงานต่างด้าวทักษะต่ำจากประเทศเพื่อน

บ้าน ทำให้ภาคอุตสาหกรรมที่ต้องใช้แรงงานอย่างเข้มข้นสามารถประกอบการต่อไปได้ จากรายงานขององค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยจึงเป็นที่พำนักของผู้ย้ายถิ่นประมาณ 3.5 ล้านคน จากจำนวนนี้ประมาณ 3 ล้านคน ประกอบอาชีพและทำงานในไทย ส่วนมากแล้วแรงงานต่างด้าวในไทยจะประกอบด้วยแรงงานทักษะต่ำจาก 3 ประเทศด้วยกัน ได้แก่ เมียนมา กัมพูชา และลาว โดยแรงงานจากประเทศเมียนมาถือเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดด้วยจำนวนประมาณ 2.3 ล้านคน และคาดการณ์กันว่าในอนาคตอันใกล้ประเทศไทยจะต้องพึ่งพากำลังแรงงานต่างด้าวเพื่อเติมเต็มช่องว่างความต้องการที่ขยายตัวกว้าง ขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากปริมาณอุปสงค์แรงงานที่เพิ่มขึ้นและอุปทานแรงงานที่ลดลง ซึ่งเป็นไปได้ว่าช่องว่างความขาดแคลนแรงงานนี้จะขยายเพิ่มมากขึ้นเป็น 5.36 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568(องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน, 2556)

สรุป แรงงานต่างด้าว หมายถึง กลุ่มแรงงานที่ไม่มีสัญชาติไทย เป็นแรงงานจากประเทศพม่า กัมพูชา ลาว เวียดนาม ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ทั้งที่เป็นแรงงานถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย

2.5 อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564)

ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.)

อาสาสมัคร หมายถึง ผู้ที่มีจิตอาสาเข้ามาทำหน้าที่เพื่อส่วนรวม รับผิดชอบต่อสังคม โดยไม่หวังผลตอบแทน และการกระทำนี้ ไม่ใช่ภาระงานที่ต้องทำตามหน้าที่

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) หมายถึง บุคคลที่ไม่ใช่สัญชาติไทย ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากชุมชนต่างด้าว โรงงาน หรือสถานประกอบการ และผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข สำหรับกลุ่มประชากรต่างด้าว ที่คณะกรรมการกลาง กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) เป็นบุคคลผู้มีจิตสำนึกดี เสียสละเวลา แบ่งปันความรักเพื่อสังคม สร้างสรรค์ความดีให้แก่แผ่นดินในการดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในส่วนสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

โดยสรุป อสต. คือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เป็นแกนนำของกลุ่มแรงงานต่างด้าว ที่ได้รับการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ที่มีจิตอาสา มีความเสียสละ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการดูแล ให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยเพื่อสุขภาพของตนเอง ตลอดจนให้การช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน เป็นการลดช่องว่างในเรื่องภาษาการสื่อสาร และขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว

คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.)

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
2. จดทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทย และมีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก หรือมีเลขที่หนังสือเดินทาง หรือหนังสือผ่านแดน หรือผู้นำชุมชนรับรอง ต้องมีสิทธิอาศัยอยู่ในราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง
3. อาศัยอยู่เป็นการประจำในชุมชนต่างด้าวไม่น้อยกว่า 3 เดือน

4. อ่านออกเขียนได้ในภาษาของตนเอง และพูดสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
5. มีจิตอาสา สมัครใจ มีเวลาให้กับการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวตามสมควร
6. มีภาวะความเป็นผู้นำ กล้าคิด กล้าทำ มีความรับผิดชอบ ตามการประเมินของสถานบริการสาธารณสุข

7. สุขภาพแข็งแรง และไม่มีประวัติติดสารเสพติดและคดีอาชญากรรม

8. ประวัติการทำงานดี สามารถประสานงานได้ดี

เมื่อมีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด ก็เข้าสู่กระบวนการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข จากนั้นก็สามารถปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวได้

บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.)

เมื่อผ่านการอบรมและการขึ้นทะเบียนแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวจะต้องกำหนดพื้นที่รับผิดชอบดูแล โดย อสต. จะทำหน้าที่ ดังนี้

1. สื่อข่าวสารสาธารณสุข เผยแพร่ประชาสัมพันธ์
2. เป็นแกนนำด้านสุขภาพของชุมชนต่างด้าว ในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ
3. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและปัญหาสาธารณสุข
4. ร่วมให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนต่างด้าว ทั้งบริการเชิงรุก/เชิงรับ
5. ประสาน เชื่อมโยงองค์กร ชุมชน อสม./อสม.ไทย ชุมชน แรงงานต่างด้าวและรัฐ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต และชุมชนต่างด้าว

บทบาทหน้าที่พื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) คือ “แก้ไขร้าย กระจายข่าวดี ชี้อบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี”

สรุป อสต. คือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เป็นแกนนำของกลุ่มแรงงานต่างด้าว ที่ได้รับการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ที่มีจิตอาสา มีความเสียสละ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการดูแล ให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยเพื่อสุขภาพของตนเอง ตลอดจนให้การช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน เป็นการลดช่องว่างในเรื่องภาษาการสื่อสาร และขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว

2.6 ทักษะที่จำเป็นของ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเขตเมือง (อสต. เขตเมือง) (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, 2566)

ประเทศไทยกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาสาสมัครด้านสาธารณสุข เป็นอีกแรงขับเคลื่อนของระบบสาธารณสุขไทย และมีส่วนในการรณรงค์ให้ข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในสถานการณ์โควิด 19 ในขณะที่ทรัพยากรด้านกำลังคนด้านสาธารณสุขมีไม่เพียงพอในการดูแลประชาชนได้อย่างทั่วถึง อาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านี้เป็นกำลังสำคัญที่ช่วยในการหนุนเสริมให้ระบบสาธารณสุขของประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากกำลังเสริมที่จะช่วย

สนับสนุนงานด้านสาธารณสุขจะเป็นประชาชนคนไทยด้วยกันแล้วอาสาสมัครสาธารณสุขของแรงงานต่างก็เป็นอีกหนึ่งกำลังเสริมที่สำคัญที่จะทำให้ประเทศไทยผ่านวิกฤตครั้งนี้ ซึ่งการเข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญดังนี้

คุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในเขตเมือง

1. มีความเห็นอกเห็นใจและปรารถนาที่จะช่วยเหลือผู้อื่น

ความปรารถนาที่จะช่วยเหลือผู้อื่นเป็นจุดแข็งที่สำคัญที่สุดของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเมือง ที่มีความเต็มใจที่ต้องปฏิบัติงานนอกเหนือจากงานประจำ และทำงานในวันหยุด ตอบสนองความต้องการของคนต่างด้าว ที่ประสบปัญหาสุขภาพและปฏิบัติต่อคนต่างด้าวอย่างเท่าเทียมกัน

2. มีความรู้ความเข้าใจในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเมือง ต้องอธิบายการเข้ารับบริการสาธารณสุขในสถานบริการต่างๆ ให้กับประชาชน จึงมีความจำเป็นต้องเข้าใจในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ระบบประกันสุขภาพและขั้นตอนการเข้ารับบริการต่างๆ

3. มีความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเมือง เปรียบเสมือนผู้นำ หรือตัวแทนของคนต่างด้าวเป็นที่ไว้วางใจแก่หัวหน้างานและชุมชน จึงต้องผ่านกระบวนการคัดเลือกจากหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ ที่ทำหน้าที่ในการฝึกอบรม

4. มีการสื่อสารที่ดี

ความสามารถในการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเมือง จะเป็นคุณลักษณะที่สำคัญ โดยเฉพาะหากมีความเข้าใจภาษาไทย สามารถอ่านออกและพูดได้อย่างเข้าใจ จะเป็นตัวกลางในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

5. การทำงานเป็นทีม

ทักษะการทำงานเป็นทีมนั้น นอกจากจะมีประโยชน์ต่อคนต่างด้าวด้วยกันแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเมือง ยังเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ ที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างๆ และเจ้าหน้าที่ในสายงานนอกเหนือจากสายงานสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่ของสำนักงานเขต เจ้าหน้าที่เทศกิจ เป็นต้น ด้วยความมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จะเป็นเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเมือง

6. มีจรรยาบรรณในการทำงาน

การมีจรรยาบรรณในการทำงานที่ดีของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเมือง จำเป็นต้องผ่านการจัดสรรเวลาในการทำงาน แบ่งเวลาในการทำงาน ไม่ให้เสียหายต่อเวลาการทำงานปกติของตนเอง และจะเป็นพลังงานที่ดีช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเมือง และบุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยคนต่างด้าวอย่างสุดความสามารถ

การสื่อสารกับคนต่างด้าว

ในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเมืองนั้น การสื่อสารเป็นทักษะที่ใช้เป็นประจำไม่ว่าจะอยู่ในบทบาทการเป็นพนักงานในสถานประกอบการหรือคนในชุมชน หากการสื่อสารที่ไม่มีคุณภาพอาจก่อให้เกิด ปัญหาต่างๆ จากความเข้าใจที่ไม่ตรงกันของผู้ส่งสารและผู้รับสาร ดังนั้นหากมีทักษะในการสื่อสารที่ดี จะช่วยให้งานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเมืองเป็นไปอย่างราบรื่น รวดเร็ว ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานสูงและมีความสุขในการทำงานช่วยเหลือคนต่างด้าวที่ประสบปัญหาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่

1. การเป็นผู้ฟังที่ดี การเป็นผู้ฟังที่ดีเป็นจุดเริ่มต้นของการสื่อสารที่ดีหากเราตั้งใจฟังคนที่กำลังพูดกับเราอย่างจริงจัง ไม่พูดแทรก สบตา หลีกเลี่ยงการรับโทรศัพท์ในขณะที่คุยกับผู้อื่น ไม่ทำอย่างอื่นไปด้วยขณะที่สนทนาจะทำให้คู่สนทนา รู้สึกว่าเราใส่ใจและอยากที่จะเล่าและเราเองก็จะรับรู้สารสำคัญที่เขาต้องการสื่อ ในทางตรงกันข้ามหากเราชอบที่จะพูดแบ่งปันและฟังน้อย หรือตัดบทเวลาคนอื่นพูด หรือพูดสวน/พูดแทรก อาจทำให้คู่สนทนา รู้สึกไม่ดี ไม่อยากคุยด้วย ไม่อยากฟัง รู้สึกว่าไม่ให้ความสำคัญหรือให้เกียรติเขาน้อย รวมถึงไม่อยากให้ร่วมมือด้วย

2. การสื่อสารด้วยท่าทางในการสื่อสารด้วยภาษา เช่น การยิ้ม การสบตา การแสดงท่าทาง ไม่ว่าจะเป็นการยืน หรือนั่งสนทนา ที่เป็นกันเอง พร้อมกับการมีน้ำเสียงที่นุ่มนวลเป็นมิตรจะสะท้อนถึงความรู้สึกภายในของผู้พูดอย่างดี

3. การถามคำถาม การถามคำถามเป็นการตรวจสอบว่าเรามีความเข้าใจที่ตรงกับคู่สนทนาหรือไม่และเป็นการสอบถามหาข้อเท็จจริงเพิ่มเติม

การเข้าถึงชุมชนและกระบวนการทำงานกับชุมชน

การเข้าถึงชุมชนมีความสำคัญต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเมืองเพราะหากแสดงบทบาทที่เหมาะสมทั้งในชุมชนและในสถานประกอบการจะสร้างความไว้วางใจในชุมชนสิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเมืองต้องเรียนรู้ก่อนเข้าถึงชุมชน คือ

1. ทราบขนาดของชุมชน จำนวนประชากร สัญชาติ ที่ตั้งของชุมชน เช่น จำนวนหอพัก จำนวนคนที่พักอาศัยในหอพัก ลักษณะการประกอบอาชีพ วันเวลาที่ทำงาน การอ่านออกเขียนได้ของคนต่างด้าวในชุมชน ความเป็นอยู่ เป็นต้น

2. การแนะนำตัวต่อชุมชน หรือหน่วยงานที่ไปประสานงาน โดยแจ้งชื่อ และสถานะของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเมือง บทบาทหน้าที่ ซึ่งจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์ของตนเองต่อคนในชุมชนและผู้ที่เราไปประสานงานด้วย

3. การสร้างความสัมพันธ์ หมายถึง การผูกไมตรีจิตต่อคนในชุมชน ให้มีความไว้วางใจ และระมัดระวังไม่ให้ตัวเองมีบทบาทเกินกว่าที่ควรเป็น เช่น สัญญาว่าจะช่วยเหลือหรือให้สิ่งต่างๆ

เทคนิคการทำงานกับชุมชน

1. อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเมือง ต้องวางท่าทีสงบเสถียร ไม่ทำตัวให้เด่น จนเกิดความแปลกแยกกว่าคนต่างด้าวในชุมชน

2. หลีกเลี่ยงการสอบถามในสิ่งที่คนต่างด้าว อึดอัดที่จะตอบ เช่น การสอบถามเรื่องการเข้าเมือง ลักษณะการทำงาน หรือรายได้
3. ไม่พยายามทำตัวเป็นผู้นำชุมชนเสียเอง หรือกระทำตนเสมือนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
4. พยายามเข้าไปมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ต่างๆ ในชุมชน และพร้อมจะช่วยเหลือซึ่งจะทำให้ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนเร็วขึ้น
5. แสวงหาบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่จะเป็นคณริเริ่มในการนำพาเราเข้าไปรู้จักกับผู้นำในชุมชน
6. แสดงท่าทีที่เป็นมิตรกับทุกๆ คน
7. อย่าคาดหวังว่าเราจะทำอะไรได้มากในช่วงแรกๆ ของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตเมือง

การประสานงาน

การประสานงาน เป็นศิลปะอย่างหนึ่ง ซึ่งต้องอาศัยความสุภาพ อ่อนน้อมถ่อมตน ความจริงใจ ความอดทนอดกลั้น ความยิ้มแย้มแจ่มใส ในการติดต่อกับบุคคลอื่น เพื่อขอรับการสนับสนุน ขอความร่วมมือเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน การประสานงานจึงเป็นกระบวนการหนึ่งของการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการช่วยเหลือประชากรข้ามชาติให้ได้รับบริการด้านสาธารณสุขโดยอาสาสมัครจะต้องมีความรับผิดชอบที่จะทำงานให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด และจะต้องมีความสอดคล้องกันอย่างเหมาะสม มีการสื่อสารที่ตรงกันอย่างรวดเร็วและราบรื่น

การประสานงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อสื่อสารแจ้งให้หน่วยงานต่างๆ ทราบ
2. เพื่อขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ
3. เพื่อขอคำยินยอมหรือความเห็นชอบจากหน่วยงานต่างๆ เช่น หน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานด้านการปกครอง
4. เพื่อขอจัดข้อขัดแย้งในการปฏิบัติงานทั้งจากเพื่อนอาสาสมัครด้วยกันและหน่วยงานต่างๆ
5. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว
6. เพื่อช่วยให้การดำเนินการของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว มีการวางแผนอย่างละเอียดรอบคอบ
7. เพื่อตรวจสอบอุปสรรคและสภาพปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

เทคนิควิธีในการประสานงาน

การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ อาจขึ้นอยู่กับเครื่องมือต่างๆ ประกอบด้วยนอกเหนือจากการพบปะด้วยตนเอง เช่น การใช้เครื่องมือสื่อสาร โทรศัพท์ จดหมาย อิเล็กทรอนิกส์ไลน์ เฟสบุ๊ค ซึ่งเป็นเครื่องมือสื่อสารที่รวดเร็ว ประหยัดเวลา แนวทางขั้นตอนการประสานงาน มีดังนี้

1. ก่อนเริ่มประสาน คิดก่อนว่า เราต้องการอะไร เมื่อไร ที่ไหน อย่างไร ควรติดต่อใคร หน่วยงานใด โดยควรมีรายชื่อเบอร์โทรศัพท์ของบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไว้เป็นส่วนตัว และอาสาสมัครคนอื่นๆ เมื่อติดต่อกับผู้ใด ควรจดชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของผู้นั้นไว้ใช้ติดต่อในโอกาสต่อไป

2. ควรประสานกับหน่วยงานระดับย่อยๆ ก่อน เช่น อสส./อสม. หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข/รพ.สต. เป็นต้น

3. ใช้คำพูดสุภาพและให้เกียรติคู่สนทนา โดยอาจหาข้อมูลก่อนว่า ผู้ที่เราจะโทรติดต่อ เป็นผู้ใด ตำแหน่งหน้าที่ใด เมื่อสนทนากัน อาจเรียก พี่ น้อง ท่านจะทำให้เขารู้สึกดี การอ่อนน้อมถ่อมตนด้วยความจริงใจ มักเป็นที่พอใจของผู้อื่น โดยอย่าลืมแนะนำตัวเองก่อนทุกครั้ง

4. ในการประสานงานครั้งที่ 2 หลังจากรู้จักกันแล้ว อาจทักทายหรือซักถามด้วยความห่วงใย จริงใจ เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ การงาน ฯลฯ ก่อนประสานเรื่องงาน

5. กล่าวคำขอบคุณทุกครั้ง ก่อนจบการสนทนา

6. เมื่อรับปากเรื่องใดไว้ต้องรีบทำ เช่น จะรีบส่งรายชื่อไป หรือจะรีบทำหนังสือไป

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการสนับสนุนการฉีดวัคซีน COVID-19

1. ก่อนการฉีดวัคซีน ก่อนถึงวันนัดการฉีดวัคซีน อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต) สื่อสารทำความเข้าใจแก่แรงงานต่างด้าว เรื่องชนิดของวัคซีน จัดการสำรวจรายชื่อผู้ที่ต้องการฉีดวัคซีน ตามแบบฟอร์ม ในภาคผนวก พร้อมกับใบยินยอมการฉีดวัคซีน ช่วยเตรียมสถานที่ให้บริการฉีดวัคซีน จุดให้บริการต่างๆ หากเป็นจุดให้บริการนอกสถานพยาบาล พยายามจัดสถานที่แยกจุดรอบริการ จุดให้บริการ ที่นั่งเผื่อสังเกต อาการ ให้เป็นสัดส่วนตามหลักการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) พร้อมเตรียม วัสดุอุปกรณ์การฉีด อุปกรณ์กักกัน และเตรียมระบบส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลภายใน 15 นาที หลังเกิดเหตุฉุกเฉิน

2. การให้บริการฉีดวัคซีน

2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต) ตรวจสอบความพร้อมก่อนให้บริการ ได้แก่ จุดที่ตั้งของการให้บริการต่างๆ

2.2 ช่วยเจ้าหน้าที่ในการยืนยันตัวตนผู้รับวัคซีนก่อนการให้บริการ โดยตรวจสอบจากบัตรประจำตัว ว่ากรอกข้อมูลครบถ้วนหรือไม่ เช่น ชื่อ สกุล ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์

2.3 ตรวจสอบเอกสารแสดงความประสงค์ให้ฉีดวัคซีน

2.4 ซักประวัติการติดเชื้อ คัดกรอง วัดอุณหภูมิ และให้ความรู้เบื้องต้นแก่ ผู้มารับการฉีด

2.5 ขณะฉีดวัคซีน ช่วยอำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่ และแนะนำหลังฉีดวัคซีนให้พักสังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที และตรวจสอบข้อมูลร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการบันทึกอาการก่อนกลับบ้าน

3. การดำเนินงานหลังให้บริการฉีดวัคซีน

3.1 สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน จะบันทึกผลการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในระบบ MoPH IC ทุกราย หากได้บันทึกแล้วจะสามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปที่ระบบของหมอพร้อมได้ และช่วยในการติดตามผลการให้บริการฉีดวัคซีนได้

3.2 การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน (AEFIs surveillance) จะเป็นไปตามแนวทางของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค เนื่องจากวัคซีนโควิด 19 เป็นวัคซีนใหม่ที่กำลังพัฒนาและ ผลิตขึ้นอย่างเร่งด่วน ที่ใช้ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่ประชากรเป้าหมาย เพื่อเป็นการกำกับติดตามความปลอดภัยและประกันความมั่นใจของกลุ่มเป้าหมายต่อวัคซีน

3.3 อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ควรมอบเบอร์โทรศัพท์ หรือช่องทางติดต่อต่างๆ แก่ผู้รับการฉีดวัคซีน เพื่อหาว่า มีรายใดมีอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีน จะได้ประสานงานกับหน่วยงานที่ฉีดวัคซีน ให้การช่วยเหลือต่อไป ทั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ควรมีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อโดยตรงกับผู้ฉีดวัคซีน ตั้งแต่เริ่มแรกที่ลงทะเบียนด้วยเช่นกัน

การเฝ้าระวังโรคในชุมชน (Community Surveillance)

หมายถึง การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประเภทหนึ่ง บุคคลในชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ เช่น อสม. แกนนำชุมชน อาจเป็นแบบเชิงรับ (รายงานผู้ป่วย) หรือ แบบเชิงรุก (ค้นหาผู้ป่วย) ในชุมชนก็ได้ ซึ่งการเฝ้าระวังแบบนี้จะมีประโยชน์มากในกรณีของการเกิดโรคระบาด (outbreak) เนื่องจากการรายงานผู้ป่วยเพียง 1 ราย อาจมีผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อจำนวนมากในชุมชน ตามธรรมชาติของการเกิดโรค ดังภาพที่ 9



ภาพที่ 9 ธรรมชาติของการเกิดโรค

ดังนั้นความสำคัญของการเฝ้าระวังคือ เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่แพร่ระบาดได้ง่ายในชุมชนเพียง 1 ราย แกนนำหรือบุคคลในชุมชนร่วมกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องพยายามป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในวงกว้าง ต้องจัดการให้การระบาดสงบลง อย่างรวดเร็ว และเกิดผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและ ความสงบสุข ของสังคมให้น้อยที่สุด ลดความเสี่ยงใน ชุมชน ลดการแพร่ระบาด ลดอัตราป่วย อัตราตาย และความเสียหายทางเศรษฐกิจและสังคม

ขั้นตอนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน

1. มีการรวบรวมข้อมูล (Collection of data) ได้แก่

1.1. จำนวนประชากรในชุมชนทั้งหมด ได้แก่ คนไทย คนต่างด้าว กลุ่มเปราะบางกลุ่มผู้สูงอายุผู้มีโรคประจำตัว รวมทั้งผู้ด้อยโอกาส

1.2. จำนวนผู้ป่วยเช่น ญาติ และแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลการเดินทางฯ.

1.3. จำนวนผู้สัมผัส เพื่อแจ้งว่าเขาอาจได้รับเชื้อ ช่วยให้เข้าถึงการวินิจฉัยและรักษา แนะนำการ quarantine ทั้งนี้ต้องระมัดระวังผลกระทบในลักษณะที่อาจเกิดการรังเกียจกีดกัน (stigmatization) บางกรณีจะไม่แจ้งว่า ผู้ป่วยเป็นใครผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ความเสี่ยงต่ำ

1.4. จำนวนผู้ที่ฉีดวัคซีน

2. การเรียบเรียงข้อมูล (Consolidation and Presentation)

จะทราบลักษณะการเกิดโรค การกระจายของโรคในประชากรในกลุ่มคนไหน อายุเท่าไร อาชีพอะไร ระยะเวลาไหน เกิดโรคเมื่อไร บริเวณใดในชุมชนเกิดก่อน ทั้งนี้ต้องมีการสอบสวนการระบาด และควบคุมโรค

3. การวิเคราะห์และแปลผล (Analysis and interpretation of data) คือการนำข้อมูลจากหลายส่วนมาวิเคราะห์และแปลผลจะทำให้ทราบ

3.1 สถานการณ์การระบาดของโรครุนแรงหรือไม่ โรคแพร่กระจายทั้งชุมชนหรือระบาดในครอบครัว

3.2 การป้องกันควบคุมโรคที่ควรดำเนินการหรือสิ่งที่ควรดำเนินการต่อเนื่อง

4. การกระจายข้อมูลข่าวสาร (Dissemination of information) ให้กับหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเขต เป็นต้น

2.7 ทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) (Streubert & Carpenter, 1999)

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นเมื่อปลายปี 1940 โดย Collier (1945) เป็นคนแรกที่มีแนวคิดในการรวมทีมวิจัยที่ประกอบด้วยนักวิจัย นักบริหาร และประชาชน ในการปรับปรุงความสัมพันธ์ของเชื้อชาติ และ Kurt Lewin (1946) ให้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาใช้ในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานของคนงาน (Streubert & Carpenter, 1999) ซึ่ง Kurt Lewin ได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เริ่มต้นที่การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมาคือการปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) และขั้นสุดท้ายคือการสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของแผน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป เพื่อที่จะเริ่มต้นเข้าสู่เกลียวลำดับต่อไป

Kemmis and Mc Taggart ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) ว่าเป็นกระบวนการร่วมมือกันของผู้ร่วมวิจัย เพื่อการเรียนรู้ พัฒนา ปรับปรุงและแก้ไขปัญหาาร่วมกันในรูปแบบของวงจร

ปฏิบัติการที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน(plan) การลงมือปฏิบัติ (act) การสังเกต(observe) และสะท้อนผลการปฏิบัติ(reflect) เมื่อครบวงจรหนึ่งๆจะพิจารณาปรับปรุงแผน (replaning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ศึกษาได้ผลเป็นที่พอใจ

ส. วาสนา ประวาทพฤกษ์(2542:1) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อมุ่งแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมในการปรับปรุงพัฒนาและประเมินตนเอง การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและยินยอมพร้อมใจของบุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการงานนั้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การแสวงหาความรู้ ภายใต้การดำเนินการของนักปฏิบัติที่กลายมาเป็นนักวิจัย หรือผู้ซึ่งทำงานเป็นหุ้นส่วนกับนักวิจัย เพื่อตรวจสอบประเด็นและปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเอง เป็นการนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร ซึ่งแต่ละวงจะขึ้นกับวงก่อนหน้า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไม่ใช่ใช้วิธีการวิจัยบริสุทธิ์ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา และนักวิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูลได้หลากหลายวิธี การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการ (Holloway, 2010)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Improving by changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นอยู่เอง เป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา เพื่อต้องการพัฒนา หาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆ (ศิริพร จีระวัฒนกุล, 2546)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่เป็นการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง วิธีการปฏิบัติการอย่างเป็นระบบระเบียบ(Improve practice and systematically) และเป็นการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะนั้นๆ พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหาและได้คำตอบในการแก้ปัญหาดังกล่าว (Streubert and Carpenter,1999) ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงมีความแตกต่างไปจากการแก้ปัญหาประจำวัน เพราะมีการใช้วิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ มีการศึกษาปัญหาอย่างเป็นระบบ และกระบวนการแก้ปัญหาก็ใช้หลักทฤษฎี เป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือกันในการที่จะทำให้คนเห็นปัญหา และวางเป้าหมายในการแก้ปัญหาไปด้วยกัน ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างนักวิจัยกับผู้รับบริการ เน้นให้เห็นความสำคัญของการเรียนรู้กันในกระบวนการวิจัย(นางพรรณ พิริยานุพงศ์, 2546)

ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1. เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและมีการร่วมมือ(participation and collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีส่วนสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัย ทั้งการเสนอความคิดเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ตลอดจนการวางนโยบายการวิจัย

2. เน้นการปฏิบัติการ(action orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลง และศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา

3. ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์(Critical function) การวิเคราะห์การปฏิบัติการอย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่สังเกตได้ จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล เพื่อการปรับแผนการปฏิบัติการ

4. ใช้วงจรการปฏิบัติการ(the action research spiral) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart คือ การวางแผน(planing) การปฏิบัติ(acting) การสังเกต(observing) และการสะท้อนการปฏิบัติการ(reflecting) ตลอดจนการปรับปรุงผล(re-planing) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่เป็นที่พึงพอใจ และได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ต่อไป

จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความมุ่งหมายจะปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น โดยนำงานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์หาสาระสำคัญของสาเหตุที่ทำให้การปฏิบัติงานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จ จากนั้นจะใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์ที่ผ่านมา เสาะหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ แล้วนำวิธีการดังกล่าว ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ประเมินผลการดำเนินงาน นำข้อมูลมาปรับปรุง จนกว่าจะได้ผลเป็นที่พอใจ การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่จำเป็นต้องมีกลุ่มตัวอย่าง ประการสำคัญ การวิจัยชนิดนี้ไม่ต้องการผลที่ไปสรุปอ้างอิง(generalization) ถึงคนอื่นๆ

กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีข้อตกลงเบื้องต้น (Basic assumption) ว่าเป็นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์สืบค้นปัญหาและวิธีแก้ปัญหที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ดังนั้นจะต้องมีการจัดกระบวนการสืบค้นหาความรู้ได้อย่างมีเหตุผล การวิจัยจึงเน้นกระบวนการคิดและลำดับขั้นตอนของการเรียนรู้ที่ได้จากการคิดและการกระทำ ซึ่งเป็นลักษณะของการใช้ลำดับขั้นตอนของจิตวิทยาการเรียนรู้มากกว่าการใช้ลำดับความคิดเชิงจิตวิทยา เพื่อบอกความเป็นเหตุเป็นผลต่อกัน (ซึ่งใช้กันเป็นส่วนมากในงานวิจัยทั่วไป ส่วนที่เป็นการเขียนรายงานการวิจัย) กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนที่สำคัญ ในการดำเนินการดังนี้

1) การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำการวิจัยจะต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก่การศึกษาวิจัย

2) เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบของปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เครื่องมือที่ใช้จะมี 2 ลักษณะคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือฝึกหัดตามวิธีการ เช่น อุปกรณ์ แบบฝึกหัด เป็นต้น และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ เช่น แบบทดสอบ แบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น

3) บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้า และอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการคือ ในขั้นตอนของการวางแผนงาน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติการ เก็บสะสมข้อบันทึกไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติการต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

4) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านต่างๆของข้อมูลที่รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้แน่ใจความถูกต้อง อธิบายสถานการณ์ แสดงรายละเอียด จัดหมวดหมู่และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม เปรียบเทียบข้อแตกต่าง และคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภท โดยวิเคราะห์วิจารณ์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่มผู้วิจัย

5) ตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มผู้วิจัยได้พิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่งเพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุ ผลและวิธีแก้ปัญหานั้นตามวัตถุประสงค์ และจะก่อประโยชน์สูงสุด โดยสรุปประมวลเป็นหลักการ(principle) รูปแบบ(model) ของการปฏิบัติ

จากที่กล่าวมาข้างต้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัย เข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ ไม่มีการแยกกลุ่มศึกษา กลุ่มทดลอง แต่เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ โดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง และเหมาะสม เน้นที่การสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย จนเกิดองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัย นำมาประมวลเป็นแนวคิด หลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้ การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในปัจจุบันมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เพื่อการปรับปรุง พัฒนา เสริมศักยภาพบุคคลและองค์กร รวมทั้งการสร้างความรู้ที่สนับสนุนการปฏิบัติ ที่สามารถปฏิบัติจริงได้ กระบวนการวิจัยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูล หรือผู้ร่วมวิจัย หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตลอดกระบวนการวิจัย ทั้งนี้มีพื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับการให้คุณค่ากับความรู้และประสบการณ์ชีวิตของผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมและศักยภาพที่ได้รับการปลดปล่อยให้เกิดความอิสระ(Emancipation) ของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถตระหนักถึงปัญหา วิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไข ร่วมกันลงมือปฏิบัติและประเมินผลจากการสะท้อนคิด อันนำไปสู่การวางแผนการดำเนินการ เพื่อปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น และให้ได้มาซึ่งความรู้ใหม่ หรือกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นของผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการที่จะพัฒนาองค์กร ชุมชนของตนให้ดียิ่งขึ้น

สรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการหมายถึง การวิจัยที่เน้นการพัฒนาหรือแก้ปัญหา โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมผู้วิจัย มีองค์ประกอบคือ วางแผน ปฏิบัติ ประเมินผล และสะท้อนผล มีวงจรพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานของตนมีประสิทธิภาพดีขึ้น หรือสามารถแก้ปัญหาได้

จากการทบทวนในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความเหมาะสมที่จะนำมาศึกษาในเรื่องการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรงครั้งนี้ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ

2.8 ทฤษฎีการเสริมพลัง(Empowerment) (De Cenzo and Robbins, 1994)

ความหมายของการเสริมพลัง

นักคิดนักปฏิบัติหรือนักบริหารมีความเห็นหลายมุมมอง แล้วแต่ผู้คนหรือองค์กรจะเรียกใช้ โดยเดอเซนโซและโรบิน (De Cenzo and Robbins, 1994) มีมุมมองว่าการเสริมพลังอำนาจนั้นมีความหมายแตกต่างกันในแต่ละองค์กร มีความเห็นว่าถ้าจุดมุ่งหมายสูงสุดขององค์กรต้องการที่จะให้บุคลากรในองค์กรประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานอย่างดียิ่งหรือมีประสิทธิภาพ “การเสริมพลังอำนาจ” จะมีลักษณะดังนี้

1. การกระจายอำนาจการตัดสินใจจากเบื้องบนไปสู่เบื้องล่าง หรือการกระจายอำนาจในแบบใด เพื่อให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้และการพัฒนาทุกๆด้านในองค์กรที่รวดเร็ว
2. การเปิดโอกาสให้ทำงานแบบร่วมกันทำเป็นทีมมากขึ้น และในขณะเดียวกันทีมนี้จะมีอำนาจในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานมากขึ้นด้วย ทั้งในแง่ของการวางนโยบายและการปฏิบัติ
3. การขยายความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละคนให้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอำนาจในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานของตนเอง การได้รับป้อนข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากองค์กรตลอดเวลา ตลอดจนการได้รับการอบรมจากองค์กรในเรื่องที่จะเป็นอย่างต่อเนื่อง การจัดอบรมเรื่องการเสริมพลังอำนาจให้แก่บุคลากรในองค์กร
4. การมีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารองค์กรและตัดสินใจโดยรวม เพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ตลอดเวลา เพื่อที่จำทำให้องค์กรมีความสามารถในการแข่งขันมากขึ้น
5. การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายขององค์กร จะทำให้องค์กรมีความก้าวหน้า เพราะการระดมความคิดจากทุกฝ่ายจะนำไปสู่การเรียนรู้ใหม่จากมุมมองที่แตกต่างกัน มีความคิดสร้างสรรค์ใหม่ๆ มากขึ้นด้วย จะทำให้เกิดเป้าหมายที่ดีกว่าเดิม และมีความเหมาะสมกับการแข่งขันเพื่อความอยู่รอด และความก้าวหน้าขององค์กร ทั้งในสภาวะปัจจุบันและอนาคตมากขึ้นด้วย

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า Empowerment กับ การเสริมพลังสร้างสุขภาพ การป้องกันคือการรักษาที่ดีที่สุด หรือ "สร้าง" นำ "ซ่อม" กระบวนการ "สร้าง" ได้รับความสำคัญมากขึ้น คำว่า Empowerment ก็เริ่มถูกพูดถึงกันมากขึ้นตามไปด้วย ในฐานะที่เป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งที่จะผลักดันแนวคิดนี้ไปสู่การปฏิบัติให้บังเกิดผลที่เป็นรูปธรรม

ที่มาและความหมายของ Empowerment คำว่า empower เกิดจากการรวมตัวของคำ 2 คำ คือคำว่า em และคำว่า power คำว่า em (หรือ en) เป็นคำอุปสรรค (คำเสริมหน้าคำเพื่อให้เกิดความหมายใหม่) ที่ให้ความหมายถึง "การทำให้เกิดขึ้น" เมื่อนำมารวมกับคำว่า power ที่แปลว่า "พลัง" จึงเกิดคำว่า "empower" ซึ่งมีความหมายว่า "ทำให้เกิดพลัง" หรือ "สร้างเสริมพลัง" "Empowerment" เป็นคำนามของกริยา empower จึงแปลว่า "การสร้างเสริมพลัง" นั่นเอง

แนวคิดเรื่อง "พลังอำนาจ" คนที่ต้องทำงานร่วมกับผู้อื่น หรือต้องทำงานผ่านผู้อื่น (เช่นผู้บริหารทั้งหลาย) ล้วนแล้วแต่มีความจำเป็นจะต้องได้รับการร่วมมือด้วยดีจากผู้อื่นด้วยทั้งนั้น "พลังอำนาจ" ในการทำให้ผู้อื่นทำตามจุดมุ่งหมายของตนเองจึงมีความสำคัญมาก แต่ "อำนาจ" ชนิดไหนเล่าที่เหมาะสมและให้ผลได้ดีทั้งระยะสั้นและต่อเนื่องไประยะยาว ถ้าเฝ้าดูความเป็นไปของอำนาจในประวัติศาสตร์โลก จะพบว่ามีการใช้ "อำนาจ" ที่มีพลังมหาศาลอยู่ ๒ ชนิด คืออำนาจสมมุติ และอำนาจที่แท้จริง

อำนาจสมมุติ คือ อำนาจที่ได้รับการมอบหมาย แต่งตั้ง สถาปนา (หรือยึดอำนาจ) ขึ้น จากคน กลุ่มบุคคล อำนาจเหล่านี้มีลักษณะชั่วคราวไม่ยั่งยืน มีอยู่ได้ใช้ได้ในเวลาหนึ่ง ไม่นานก็แปรเปลี่ยนไป และที่สำคัญต้อง "ขึ้นอยู่กับผู้รับรองอำนาจ" นั่นด้วย ถ้ามีผู้ยอมรับอำนาจนั้นอยู่ อำนาจนั้นก็ใช้ได้ ถ้าไม่มีผู้ยอมรับอำนาจนั้นแล้ว อำนาจนั้นก็หมดสิ้นไป จึงเรียกได้ว่าเป็นเพียง "อำนาจโดยสมมุติ" เท่านั้นเอง ปัจจุบัน เวลาพูดถึงใครว่าเป็น "ผู้มีอำนาจ" มักจะหมายถึงอำนาจในลักษณะนี้ ซึ่งหมายถึงอำนาจที่ใช้จัดการกับคนอื่น "สั่งการให้คนอื่นทำสิ่งที่

ตนต้องการ" (ผู้บังคับบัญชา = บังคับ+บัญชา) ผู้เผด็จการทั้งหลายนิยมใช้อำนาจชนิดนี้เพื่อสร้าง "ความกลัว" ขึ้นเพื่อปกครอง ถึงขนาดมีคำกล่าวที่ว่า "ถ้าเราสามารถทำให้ใครกลัวเราได้ เราก็มีอำนาจเหนือคนคนนั้น"

อำนาจที่แท้จริง เป็นอำนาจตามธรรมชาติ เกิดขึ้นเอง เป็นไปเอง (สำนวนจีนว่าเป็น "อำนาจของฟ้าดิน") มีพลัง มีความมั่นคงและยั่งยืน มากกว่าอำนาจสมมุติหลายร้อยหลายพันเท่า

การสร้างเสริมพลัง (Empowerment) คือ การกระตุ้นเร้าให้กลุ่มเป้าหมาย (ในที่นี้ คือผู้พักอาศัยในคอนโดมิเนียม) เพื่อให้เกิดความตระหนักในศักยภาพที่ตนมี และดึงศักยภาพนั้นออกมาใช้อย่างเต็มที่และเต็มใจ เพื่อปรับปรุงพัฒนาวิถีชีวิต วิธีการทำงาน ให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งผลสำเร็จที่เกิดขึ้นนี้จะมีผลต่อเนื่องและยั่งยืน

สรุป การเสริมพลัง หมายถึง กระบวนการวิธีที่จะให้กลุ่มเป้าหมาย สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายใน มาใช้ในการดูแลสุขภาพ ป้องกัน และแก้ไขปัญหา ร่วมกันได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2.9 ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม (Arnstien, 1969)

ความหมายการมีส่วนร่วม

สำหรับความหมายของการมีส่วนร่วม มีนักวิชาการทั้งชาวไทย และชาวต่างประเทศที่มีความรู้ความสามารถ และทำวิจัย แต่งตำรา เกี่ยวกับเรื่องนี้มานาน ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ดังรายละเอียดดังนี้

Arnstien (1969) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมโดยไม่มีบทบาทอะไรเลย ย่อมไม่ได้ผล การมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพนั้น ผู้เข้าร่วมจะต้องรู้จักใช้อำนาจและสามารถควบคุมกิจกรรมนั้นได้จึงจะทำให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ

William Erwin (1976) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง

Cohen & Uphoff (1981) การมีส่วนร่วม หมายถึง สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

ทรงวุฒิ เรื่องวาทศิลป์ (2550) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทร่วมในกิจกรรมทุกประการตามกำลังความสามารถของสมาชิกไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกัน นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สัญญา เคนาภูมิ (2551) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่สมาชิกได้มีโอกาสร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติตามโครงการ ร่วมติดตามประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจะต้องมาจากความสมัครใจ พึงพอใจ และได้รับผลประโยชน์ที่เกิดจากชุมชนโดยส่วนรวมร่วมกัน

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ในลักษณะของการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมติดตามผล

การมีส่วนร่วม จะทำให้ผู้มีส่วนร่วมเกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของ (Ownership) และจะทำให้ผู้มีส่วนร่วมหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้น ยินยอมปฏิบัติตาม (Compliance) และรวมถึงตกลงยอมรับ (Commitment) ได้อย่างสมัครใจ เต็มใจ และสบายใจ ได้มีการดำเนินการแก้ปัญหาความไม่เรียบร้อยในห้องเรียนโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (วันชัย วัฒนศัพท์, 2553) หลักการพื้นฐานของการมีส่วนร่วมจะรวมถึงการให้ความสำคัญต่อมนุษย์ไม่น้อยไปกว่าเทคโนโลยี และควรคิดว่ามนุษย์ทุกคนต่างมีความคิดและมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันมาตั้งแต่เกิด มีภูมิปัญญาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของตนในระดับหนึ่ง มีความสามารถพัฒนาชีวิต ให้ดีได้ถ้าได้รับโอกาสที่จะร่วมคิด ร่วมเข้าใจ และร่วมจัดการเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2546)

ผลดีต่อการบริหารจัดการเครือข่าย

1. ทำให้การบริหารหรือการพิจารณาแนวทางในการแก้ปัญหาที่มีความหลากหลายเป็นไปอย่างถี่ถ้วนรอบคอบ เพราะเป็นการระดมแนวคิด จากบุคคลที่มีความหลากหลาย ทั้งความรู้ และประสบการณ์
2. ทำให้มีการถ่วงดุลอำนาจซึ่งกันและกัน โดยมีให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีอำนาจมากเกินไป ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้อำนาจในทางที่ไม่ถูกต้องอันเกิดผลเสียหายแก่เครือข่ายได้
3. เป็นการขจัดปัญหา มิให้การดำเนินนโยบายใด ๆ มีผลต่อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมากเกินไป ซึ่งจะก่อให้เกิดความยุติธรรมในการดำเนินการต่อทุกฝ่ายได้
4. ก่อให้เกิดการประสานงานที่ดีทำให้การบริหารเครือข่ายเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ ขอความร่วมมือง่าย
5. การรวมตัวกันของบุคคลเป็นเครือข่ายจะก่อให้เกิดพลังที่เข้มแข็ง สามารถขับเคลื่อน กิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และตรงเป้าหมาย โดยทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาคราชการนั้น International Association for Public Participation ได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร ถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาคราชการจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่าง ๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าว การติดประกาศ และการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น
2. การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

3. การเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย เป็นต้น

4. ความร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วม โดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

5. การเสริมอำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงสุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่าง ๆ โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด เป็นต้น

สรุป การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้เครือข่าย และประชาชนทุกภาคส่วน ร่วมมือกันในการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกัน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาค นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางาน เพื่อพัฒนาหรือใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของแต่ละคนในการแก้ปัญหาของชุมชน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สรุป การวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ใช้ทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดของ Kurt Lewin มีองค์ประกอบคือ วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Act) ประเมินผล (Check) และสะท้อนผล (Reflect) รวมถึงใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม และทฤษฎีการเสริมพลัง (Empowerment) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและเสริมพลังให้ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน และแรงงานต่างด้าว เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่การวางแผน ดำเนินการค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหา ติดตามประเมินผล สะท้อนผลและพัฒนาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาด้านความครอบคลุมของวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ด้านพฤติกรรมทางสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าว และด้านความครอบคลุมการส่งต่อของแรงงานต่างด้าวเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างทันท่วงที นำไปสู่การลดโรคและภัยสุขภาพในชุมชนได้

2.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สรุขัย คำภักดี (2563) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงวัคซีนโควิด 19 ของบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ พบว่า ภาพรวมของการฉีดวัคซีนโควิด 19 (เข็มที่ 1-4) กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิทั่วประเทศ อยู่ที่ 8,686,301 เข็ม โดยเพศหญิงจะเข้ารับการฉีดวัคซีนมากกว่าเพศชายประมาณ 1.06 เท่า และกลุ่มอายุ 18-39 ปี เข้ารับการฉีดวัคซีนมากที่สุด (ประมาณร้อยละ 60-70) ความสำเร็จในการให้บริการการฉีดวัคซีนในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเกิดจากความร่วมมือของหลายฝ่ายทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเข้าถึงการฉีดวัคซีน ได้แก่ 1. การไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการฉีดวัคซีนกับคนทุกกลุ่ม 2. การทำงานเชิงรุกของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เสริมการทำงานเชิงรับในสถานพยาบาล 3. การสร้างความรับรู้เรื่องของการฉีดวัคซีน ผ่านสื่อต่างๆ ที่ช่วยให้เข้าใจได้ในคนทุกกลุ่มปราศจากข้อจำกัดด้านภาษา 4. การให้ข้อมูลเพื่อความ

เชื่อมั่น ความปลอดภัยและผลข้างเคียงของวัคซีน 5. การบริหารวัคซีนที่เพียงพอ การกระจายวัคซีน และอำนวยความสะดวก

ณชวิศ กิตติบรรดิฐ และ ฉัตรกมล พิธิปัญญาวรานันท์ (2564) ได้ศึกษาความต้องการวัคซีนโควิด 19 พบว่า แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่ ทั้งในระบบและนอกระบบมีความต้องการรับวัคซีนในสัดส่วนที่สูง โดยกลุ่มแรงงานในระบบมีความต้องการรับวัคซีนสูงถึงร้อยละ 82 แรงงานนอกระบบร้อยละ 72 แต่เป็นที่น่าสนใจว่า แรงงานต่างด้าวนอกระบบมีสัดส่วนของการยินดีรับวัคซีนโดยไม่มีข้อแม้ใดๆ ที่ร้อยละ 63 ซึ่งสูงกว่าแรงงานต่างด้าวในระบบที่ยินดีรับวัคซีนโดยไม่มีข้อแม้ใดๆ เพียงแค่ร้อยละ 40 เมื่อพิจารณาแยกตามสัญชาติ พบว่า แรงงานต่างด้าวในระบบทั้ง 3 สัญชาติ มีสัดส่วนยินดีรับวัคซีนที่สูงใกล้เคียงกัน โดยเป็นสัญชาติกัมพูชาร้อยละ 83 รองลงมาคือ สัญชาติพม่าร้อยละ 82 สัญชาติลาวร้อยละ 79 และสัญชาติอื่นๆร้อยละ 63 ตามลำดับ ในส่วนของแรงงานนอกระบบ พบว่าแรงงานไร้สัญชาติมีสัดส่วนยินดีรับวัคซีนมากที่สุดร้อยละ 88 รองลงมาคือ สัญชาติพม่าร้อยละ 73 สัญชาติลาวร้อยละ 66 และสัญชาติกัมพูชาร้อยละ 62 ตามลำดับ แรงงานทั้งในระบบและนอกระบบส่วนใหญ่ต่างระบุความเห็นตรงกันว่า มีความตั้งใจที่จะอยู่ประเทศไทย ภายหลังจากการรับวัคซีน โดยกลุ่มแรงงานนอกระบบมีความตั้งใจที่จะอยู่ประเทศไทยอย่างถาวรสูงถึงร้อยละ 71 อยู่ต่ออีกสักระยะร้อยละ 24 โดยตั้งใจจะอยู่ต่อในไทยเฉลี่ย 5 ปี ในขณะที่กลุ่มแรงงานในระบบตั้งใจจะอยู่อย่างถาวรร้อยละ 55 อยู่ต่ออีกสักระยะร้อยละ 31 โดยตั้งใจจะอยู่ต่อในไทยเฉลี่ย 5 ปี

วรรณฤติ อิศรานุวัฒน์ชัย (2564) ได้ศึกษา ประเด็นท้าทายเพื่อพัฒนารอบการติดตามและการประเมินผลของนโยบายวัคซีนโควิด 19 ในประเทศไทย พบว่า ประชากรทุกกลุ่มทั้งกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แรงงานต่างด้าว และประชาชนทั่วไป มีความลังเลในการรับวัคซีนอยู่บางระดับ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ความลังเลลดลงเมื่อวัคซีนมาถึงประเทศไทย แรงงานต่างด้าวมีความลังเลน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและประชาชน การประชุมโต๊ะกลมในประเทศอาเซียน เน้นย้ำบทเรียนที่ได้เกี่ยวกับแนวทางการบริหารการให้วัคซีนโควิด 19 ของแต่ละประเทศ รวมทั้งแนวทางสนับสนุนการดำเนินการเพื่อการบริหารการให้วัคซีนโควิด 19 และกรอบแนวทางในการประเมินความสำเร็จของนโยบายการให้วัคซีนโควิด 19 นอกจากนี้จากผลการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตและการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้มีการสรุปรายการตัวชี้วัดในกรอบการติดตามและประเมินผลออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ความครอบคลุมของวัคซีน การดำเนินงาน และการปฏิบัติการทางคลินิกและองค์ประกอบด้านอื่นๆ

ญาดา เรียมริมมะดัน และศิรินันท์ คำสี (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า แรงงานต่างด้าวมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยการที่จะทำให้แรงงานต่างด้าวมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น มีความต่อเนื่องและยั่งยืน ต้องอาศัยการผลักดันจากสถานประกอบการหรือนายจ้าง ควรมีการวางแผนเพื่อกระตุ้นให้แรงงานได้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ การเข้าร่วมองค์กรเครือข่ายทางสาธารณสุข ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีโอกาสในการเข้ามาทำกิจกรรมการให้ความรู้ แนะนำวิธีการควบคุมป้องกันโรค

ให้บริการตรวจสุขภาพ การฉีดวัคซีน และควรส่งเสริมและสนับสนุนครอบคลุมไปถึงสมาชิกในครอบครัว แรงงานต่างด้าว เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวได้

พงศ์ศักดิ์ จันทรทอง อุไรวรรณ จันทรทอง และศศลักษณ์ เมธารินทร์ (2563) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชนบ้านบางม่วง ตำบลฝาละมี อำเภอบางแพะ จังหวัดพัทลุง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR) โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation influence control : AIC) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและพัฒนา รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม และป้องกันการเกิดผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนารายใหม่ในชุมชน ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชนมีกระบวนการปฏิบัติดังนี้ 1) การเตรียมการก่อนการวิจัย มีจัดประชุมเพื่อชี้แจงและอบรมผู้ร่วมวิจัย และทำความเข้าใจในบริบทของชุมชนในเบื้องต้น 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสะท้อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค วิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย และปัจจัยเสี่ยงด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ สวอท (SWOT) และพัฒนา รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคด้วย เทคนิค A-I-C 3) พัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชนโดยการกระตุ้นเครือข่ายให้มีความตระหนักถึงความร้ายแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 4) ดำเนินการสรุปผลการประชุม และดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาประกอบด้วย การจัดกิจกรรม “ด้านชุมชน” 5) ประเมินผลการดำเนินการตามรูปแบบป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค 6) ปรับปรุงแผนและกำหนดกิจกรรมต่อจากโครงการและกิจกรรม 7) ประเมินผลขั้นสุดท้ายเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชน สรุป การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นสามารถออกแบบรูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลต่อพื้นที่นั้นคือ “ด้านชุมชน” และมีพฤติกรรม การสวมใส่หน้ากากอนามัยทุกคน ล้างมืออย่างถูกวิธี และไม่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนารายใหม่เกิดขึ้นในพื้นที่ อีกทั้งสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนที่ดีขึ้นจากคำกล่าวของเด็กหญิงคนหนึ่งว่า “หมอ คือ ฮีโร่ของพวกเรา”

พิสิทธิ์ ภูมิพื้นผล และคณะ (2566) ถอดบทเรียนการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในแรงงานต่างด้าวบริเวณชายแดน : กรณีศึกษาด่านบ้านแหลม อำเภอบางน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในแรงงานต่างด้าว บริเวณชายแดน ศึกษาด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน คือ การประสานความร่วมมือ แลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานจากหลายภาคส่วนทั้งภาคเอกชน ภาครัฐ โดยการนำนโยบายของภาครัฐไปปฏิบัติ เน้นในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่จะเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทยต้องมีการขึ้นทะเบียนคัดกรองสุขภาพ และฉีดวัคซีน ซึ่งต้องมีหลักฐานการตรวจโควิด 19 ไม่เกิน 72 ชั่วโมง ก่อนเดินทางเข้ามา และมีเอกสารรับรองการฉีดวัคซีน 2 เข็ม โดยยึดถือเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันอย่างเคร่งครัด และยังมีมาตรการควบคุมและประเมินผล โดยมีการกำกับ ติดตาม ข้อมูลข่าวสาร ตรวจเยี่ยมในพื้นที่เกี่ยวกับแนวโน้มการระบาดของโรคโควิด 19 และความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนของแรงงานต่างด้าว

จริยา ดำรงศักดิ์ และคณะ (2565) ศึกษาการประเมินความรู้ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ต มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ และจัดการฝึกปฏิบัติแก่อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ผู้ใช้แรงงานด้านอุตสาหกรรม ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน

และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ต ศึกษาด้วยวิธีการเก็บข้อมูลแบบตัดขวางวัดความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรม และการจัดอบรมอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการฝึกปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ผลการศึกษา พบว่า การประเมินความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ต พบว่าแรงงานยังมีความไม่เข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ของใช้ร่วมกัน รองลงมาคือยังขาดความเข้าใจว่าโควิด 19 อาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยระยะยาวที่เรียกว่าภาวะลองโควิด ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการต่อเนื่องนานกว่า 3 เดือน และอาจมีผลต่อร่างกายถาวรและมีอาการ เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น ซา แขนขาอ่อนแรง ควรรีบไปพบแพทย์ ดังนั้น ในการดูแลแรงงานข้ามชาติเกี่ยวกับโควิด 19 ควรมุ่งเน้นในเรื่องการปฏิบัติตัว เช่น การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกัน และการทำให้เข้าใจถึงอันตรายของการป่วยเป็นลองโควิด ดังนั้น หากต้องการสร้างความรู้และความเข้าใจให้กับอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ ต้องอาศัยความร่วมมือด้านสาธารณสุขจากภาครัฐ เอกชน และประชาชน ส่วนเครือข่ายอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติมีความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรค แต่ในทางปฏิบัติควรมีการสื่อสารที่ดำเนินการโดยภาษาของกลุ่มอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ จำกัดจำนวนผู้เข้ารับการอบรม มีการจัดสรรทรัพยากร และสถานที่ให้เพียงพอ รวมถึงการเปิดโอกาสให้มีการซักถามระหว่างการอบรม ดังนั้นการแนะนำหรือความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงควรเพิ่มเติมในสื่อต่างๆ ทั้งในสื่อโทรทัศน์ หรือ เฟสบุ๊ก (Facebook) ควรจัดทำเป็นภาษาพม่า และภาษาอื่นๆ เช่น กัมพูชาด้วย เพื่อการเข้าถึงสื่อของแรงงานต่างด้าว ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและลดการแพร่ระบาดของโรค

อนงค์นาถ ประกอบสุข และคณะ (2563) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาในสถานประกอบการอาหารทะเล จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งแรงงานต่างด้าวถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคติดต่อ การมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งเป็นพฤติกรรมพื้นฐานสำคัญสามารถช่วยลดการเกิดโรคติดต่อได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ในสถานประกอบการอาหารทะเลในจังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอนามัยในระดับดี ร้อยละ 79.20 และพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัย ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัย การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพอนามัย นโยบายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ การเข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ในสถานประกอบการอาหารทะเล จังหวัดสมุทรปราการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่า การรับรู้ นโยบายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยมากที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพอนามัย การเข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ

ณิชาวิทย์ ปัญญาโพธิ์วัฒน์ และคณะ (2563) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดเชียงราย อำเภอแม่สาย เชียงแสน และเชียงของ พบว่า

แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่ร้อยละ 53.9 จะเข้ารับบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยเพียง 1-2 ครั้งต่อปีเท่านั้น ส่วนการรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาลพบว่า แรงงานร้อยละ 59.3 มีความรู้ความเข้าใจและทราบถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล ซึ่งมีหัวหน้างาน หรือผู้ที่พาแรงงานไปขึ้นทะเบียนและทำบัตรประกันสุขภาพเป็นผู้แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ และการเข้ารับบริการสุขภาพภายในประเทศไทยให้แก่แรงงานหรือลูกจ้างรับทราบ ตั้งแต่ก่อนรับแรงงานเข้าทำงาน สำหรับแรงงานต่างด้าวที่ไม่ทราบสิทธิการรักษาพยาบาลร้อยละ 40.7 นั้น ส่วนใหญ่พบว่า เป็นแรงงานที่ไม่ได้เป็นผู้ประกันตนและทำบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวแทนสิทธิประกันสังคม และเจ้าหน้าที่ของรัฐไม่ได้แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลให้แรงงานต่างด้าวรับทราบได้อย่างเพียงพอ

ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ และสิริวิชญ์ รัตนประทีปทอง (2564) ได้ศึกษาผลกระทบของ Covid-19 ที่มีผลต่อการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย พบว่า 1) การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการเปลี่ยนนายจ้าง เพื่อให้แรงงานที่ถูกเลิกจ้างสามารถหานายจ้างได้ใหม่อย่างถูกกฎหมาย นอกจากความเสี่ยงด้านการแพร่ระบาดที่ต่ำกว่าแรงงานที่นำเข้ามาใหม่ โดยหลักการแล้วแรงงานกลุ่มนี้ยังเป็นแรงงานที่นายจ้างรับภาระต้นทุนต่ำกว่าแรงงานที่นำเข้ามาใหม่ 2) สนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับห้องพัก และกำหนดจำนวนผู้อยู่อาศัยให้เหมาะสมโดยเฉพาะห้องพักราคาถูก และเพื่อลดความแออัดของผู้อยู่อาศัย ลดความเสี่ยงที่จะเกิดการแพร่ระบาด สามารถดำเนินการตรวจสอบตามรายชื่อใบอนุญาตประกอบกิจการหอพัก กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 3) ฝ่ายความมั่นคงต้องเพิ่มความเข้มงวดในพื้นที่ชายแดน สกัดการลักลอบเข้าประเทศจากปัจจุบันจนถึงครบกำหนดการต่ออายุใบอนุญาตทำงานต้นปี 2564 เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพในประเทศไทย จากการที่ประเทศไทยกำลังอยู่ในขั้นตอนเปิดพรมแดนให้มีการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวรอบต่อไปอยู่ในขณะนี้นอกจากจะเปิดโอกาสให้แรงงานต่างด้าวทุกคนที่ประสงค์จะอยู่ในประเทศไทยได้ลงทะเบียนและขอใบอนุญาตทำงานแล้ว แต่ยังมีประเด็นของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านที่รู้ว่าประเทศไทยกำลังต่ออายุแรงงานต่างด้าวไปอีกเกือบ 2 ปีจึงเป็นแรงจูงใจให้แรงงานต่างด้าวทั้งที่เคยมาทำงานในประเทศไทยมาก่อนและรู้จักช่องทางเข้ามาในประเทศไทย 4) ลดต้นทุนมาตรการกักตัว และเพิ่มจำนวนการรองรับการกักตัวสำหรับแรงงานต่างด้าวที่จะกลับมาทำงานในประเทศ ตามข้อเสนอการกักตัวสำหรับประเทศไทยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการนำเข้าแรงงานให้ได้มาก ป้องกันและลดแรงจูงใจในการลักลอบเข้าประเทศ ลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดจากกลุ่มที่ลักลอบเข้าประเทศ

ทรงชัย ทองปาน (2563) ศึกษาสภาพปัญหา และข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย: ผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ พบว่า ปัญหา และนโยบายที่รัฐควรให้ความสำคัญใน 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการใช้แรงงานต่างด้าว พบว่ายังมีปัญหาหลายประการที่สำคัญ เช่น ปัญหาในการสื่อสารระหว่างนายจ้างกับแรงงานต่างด้าว ปัญหาชุมชนแออัด และการแพร่กระจายโรค 2. ด้านความเป็นอยู่ของแรงงานต่างด้าว พบว่ามีปัญหาที่เกิดขึ้นกับแรงงานต่างด้าวเอง หรือครอบครัว เช่น ปัญหาด้านภาษา ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการทำงาน ความเสี่ยงในเรื่องสุขภาพอนามัย และการเข้าถึงการรับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ปัญหาสวัสดิการเช่น การเข้าไม่ถึงสวัสดิการสังคมของ

แรงงานต่างด้าว รวมถึงปัญหามลภาวะแวดล้อม 3. ด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว พบว่า มีปัญหาในการใช้บริการ เช่น ไม่สามารถเข้ารับบริการได้ทันเวลาที่ มีระยะเวลาในการรอใช้บริการนาน เนื่องจากมีแรงงานต่างด้าวมารับการรักษาเป็นจำนวนมาก รวมถึงแรงงานจำนวนหนึ่งยังไม่มีบัตรประกันสุขภาพ 4. ด้านความรุนแรง การละเมิดสิทธิ ผลกระทบ และการจัดระเบียบของแรงงานต่างด้าว เพื่อพัฒนาแรงงานต่างด้าวให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพของประเทศไทย

ศิริณา ศิริพร ณ ราชสีมา และ คณะ (2566) การประเมินการดำเนินการเพิ่มศักยภาพเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน ในช่วงเวลาที่เกิดวิกฤติระบบสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า การดำเนินงานเพื่อเพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาที่จำเป็นได้เพิ่มขึ้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย การออกแบบการดำเนินการสอดคล้องกับโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร ที่คลินิกชุมชนอบอุ่นเป็นองค์ประกอบสำคัญ แม้จะต้องใช้เวลาในการปรับตัวในช่วงแรก การเตรียมความพร้อมบุคลากร การสนับสนุนทางวิชาการและประสานสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ ทำให้เกิดความมั่นใจและเพิ่มความสามารถในรักษาผู้ป่วยที่ซับซ้อน การทำงานร่วมกับเครือข่ายชุมชนช่วยให้กลุ่มเปราะบางได้รับความช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น ทั้งนี้การจัดสรรงบประมาณนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดบริการได้สำเร็จ วิกฤติจำนวนเตียงในโรงพยาบาลไม่เพียงพอเป็นแรงผลักดันให้ภาคเอกชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา วัฒนธรรมการทำงานแบบบูรณาการที่มีผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายในการสร้างความเท่าเทียมของหน่วยงานที่ทำงานปฐมภูมิ ทำให้เกิดการทำงานที่ประสานสามัคคีมีประสิทธิภาพ เกิดการดูแลแบบองค์รวมอย่างเป็นรูปธรรม จากพื้นฐานกระบวนการดำเนินงานที่มีการประสานการทำงานในแนวราบ เกิดการทำงานอย่างมีส่วนร่วมและเท่าเทียมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชนและประชาชน สรุปผลการศึกษา จำเป็นต้องมีการลงทุนและบริหารจัดการเพื่อให้มีทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์อย่างเพียงพอ สำหรับการจัดการบริการปฐมภูมิและเสริมศักยภาพของทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นจุดคานงัดที่จะทำให้เกิดการให้การดูแลที่บูรณาการและเป็นองค์รวมอย่างเป็นรูปธรรม มีคุณภาพ โดยระบบการแพทย์ทางไกลมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการลดการแพร่กระจายของเชื้อ การเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยในการประสานงานให้มีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว โดยต้องมีการทำงานเชื่อมต่อประสานเครือข่ายในชุมชน ซึ่งมีความไวในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการรับมือต่อการระบาดของโรคอุบัติใหม่และวิกฤติระบบสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

ธัญพร จรุงจิตร (2565) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบ Home Isolation โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบ Home Isolation โรงพยาบาลวังเจ้า โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และการประเมินผลผลิต ในประเด็น 1) สภาพการณ์ ความคาดหวัง ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ 2) ความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบประเมินผลการให้บริการพยาบาล 3) จำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่ได้รับการส่งต่อรักษา และจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ผลการประเมินการจัดบริการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วย

เข้าถึงบริการได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการลงทะเบียน ร้อยละ 91.6 ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวการใช้อุปกรณ์ ชัดเจน ครบถ้วน ร้อยละ 94.4 ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต และความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับ มาก จากปัจจัยเบื้องต้น การสนับสนุนของผู้บริหารและกระบวนการพยาบาลที่เป็นระบบ โดยระบบบริการ พยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสอดคล้องกับปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้รวดเร็ว และมีคุณภาพ และผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรับบริการ การดูแลรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และสามารถควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน นำไปสู่การ ควบคุมโรคและจัดบริการพยาบาลให้รองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมี คุณภาพต่อไป

ดวงกมล จิระตราชู (2565) ได้ศึกษา ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่กักตัวที่บ้าน บริบทพื้นที่ ชุมชน และโรงงาน โดยมีวัตถุประสงค์คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามหลักมาตรฐานการบริการปฐมภูมิ 2) เจ้าหน้าที่มีระบบการติดตามอาการผู้ป่วยที่กักตัวที่บ้านอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา 3) มีระบบการ จัดเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ ผลการศึกษาดังนี้ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมมาตรฐาน บริการปฐมภูมิทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การดูแลผสมผสาน การดูแลต่อเนื่อง และการประสาน เชื่อมโยงระบบบริการ 2) เจ้าหน้าที่มีระบบให้ผู้ป่วยรายงานอาการผ่าน Application สามารถติดตามอาการได้ อย่างต่อเนื่อง 3) มีระบบการจัดเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ โดยไม่มีผู้ป่วยรายใดต้องส่งต่อเข้า รักษาในโรงพยาบาล ระบบแพทย์ทางไกลมีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงบริการ การทำงานเป็นทีม การ ประสานงานกับหน่วยงานอื่น รวมทั้งความสำคัญของระบบข้อมูลที่ดี สามารถนำแนวทางนี้ ไปพัฒนาบริการการ ดูแลผู้ป่วยที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอื่นๆ ต่อไป

ณัฐภาณี บัวดี และอดิเรก พันเขียว (2561) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพ สาธารณสุขมูลฐาน ของกลุ่มประชากรต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยมูลนิธิ ศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพสาธารณสุขมูลฐานในกลุ่มประชากร ต่างด้าวมีจำนวนน้อย เนื่องจาก 1) ประชากรต่างด้าวส่วนใหญ่อยู่นอกระบบ ไม่กล้าเข้าใช้บริการจากหน่วยงาน ไทย 2) ปัญหาความยากจน การให้ความสำคัญกับการเลี้ยงชีพมากกว่าการลงทะเบียนระบบประกันสุขภาพ 3) ข้อจำกัดของระบบประกันสุขภาพและระบบประกันสังคมไทย 4) ประชากรข้ามชาติไม่สามารถเข้าถึงบริการ สุขภาพของหน่วยงานไทย 5) การสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ 6) สถานที่ให้บริการมีจำนวนน้อย สำหรับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวาง พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) การมีศูนย์สุขภาพชุมชน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว และ 3) ภาครัฐหรือข่ายให้บริการสุขภาพ ส่วนปัจจัยขัดขวางการเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัญหาของกลุ่มประชากรต่างด้าว 2) นโยบายประชากรต่างด้าวของประเทศไทย 3) ความแตกต่างทางด้านภาษาและวัฒนธรรม และ 4) การ สนับสนุนให้บริการที่ไม่ต่อเนื่อง การวิจัยนี้ได้เสนอแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย 6 แนวทาง ได้แก่ 1) การสร้างความเข้าใจและสนับสนุนการรวมกลุ่มให้กับประชากรต่างด้าว 2) ขยายการให้บริการ สาธารณสุขมูลฐานเพิ่มขึ้น 3) พัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข (อสต. และเจ้าหน้าที่รัฐ) 4) พัฒนา

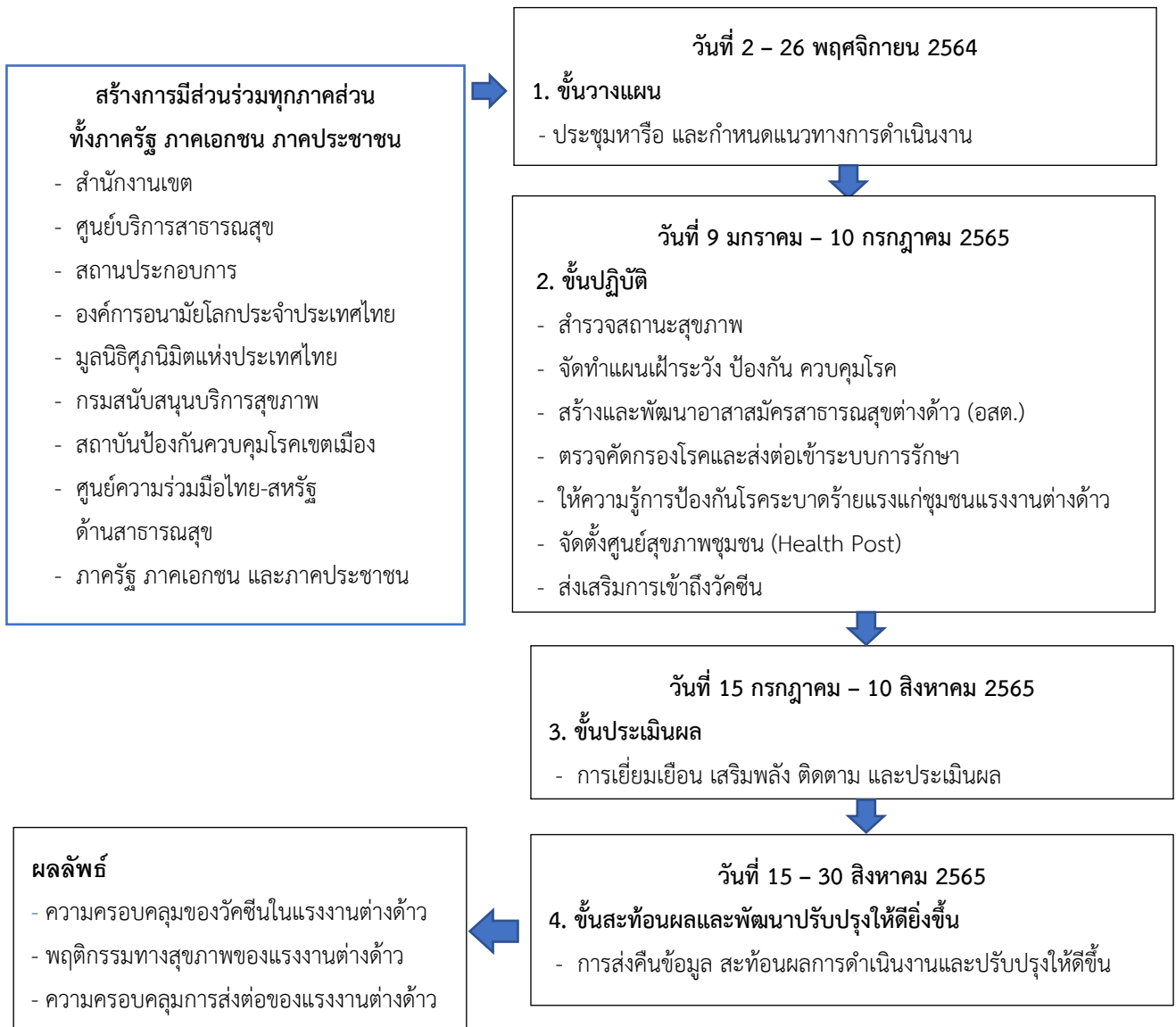
นโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับประชากรต่างด้าวให้ชัดเจนและปฏิบัติอย่างจริงจัง 5) การสร้างและดำเนินงานเป็นภาคีเครือข่าย และ 6) มีกลไกการจัดการบริการสุขภาพสาธารณสุขมูลฐานที่มีประสิทธิภาพ

ศรวณีย์ อวนศรี และคณะ (2564) ได้ศึกษาสถานการณ์และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ ในกรณีที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย วัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การเข้ารับบริการสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 2) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรอง และการดูแลรักษาโรคโควิด 19 3) พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะในกรณีที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย หมายรวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นบริการพื้นฐาน การตรวจคัดกรองเชื้อโควิด 19 การส่งต่อผู้ป่วย ศึกษาในกลุ่มประชากรเฉพาะ แรงงานข้ามชาติ ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ ผลการศึกษาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด 19 เนื่องจากความเปราะบางทั้งในเรื่องของชีวิตความเป็นอยู่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกัน การเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันโรค และระบบบริการสุขภาพที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ พบว่าแรงงานข้ามชาติมักถูกปฏิเสธการรักษา เนื่องจากไม่มีหลักประกันสุขภาพ บางส่วนเข้าเมืองผิดกฎหมาย โรงพยาบาลจึงปฏิเสธที่จะให้การรักษาหรือให้การรักษาไม่เพียงพอเพราะกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย และข้อจำกัดทางด้านที่อยู่อาศัยเนื่องจาก แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่รวมกันอย่างแออัด ไม่มีห้องแยกสำหรับสังเกตอาการ และไม่สามารถเว้นระยะห่าง โดยเฉพาะแรงงานก่อสร้างซึ่งมีลักษณะของที่อยู่อาศัยที่ต้องเคลื่อนย้าย ทำให้ที่พักนั้นมีลักษณะที่ไม่สามารถทำ Home Isolation ได้ รวมถึงความแตกต่างด้านภาษาระหว่างผู้ให้บริการกับแรงงานข้ามชาติ ทำให้กังวลในการรักษา เพราะหากสื่อสารไม่เข้าใจอาจนำไปสู่การรักษาที่ผิดพลาดได้

2.11 กรอบแนวคิดในการศึกษา

การวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดของ Kurt Lewin มีองค์ประกอบคือ วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Act) ประเมินผล (Check) และสะท้อนผล (Reflect) (สุรัช ธรรมทวีธิกุล และญาณพิณี วชิรสุรงค์, 2559) และการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน และแรงงานต่างด้าว เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่การวางแผน ดำเนินการค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหา ติดตามประเมินผล สะท้อนผลและพัฒนาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาด้านความครอบคลุมของวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ด้านพฤติกรรมทางสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าว และด้านความครอบคลุมการส่งต่อของแรงงานต่างด้าวเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างทัน่วงที นำไปสู่การลดโรคและภัยสุขภาพในชุมชนได้ โดยมีกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 10

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 10 แสดงกรอบแนวคิด การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว
ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว เพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง และเพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของ อสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดย 1) วางแผนกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่างๆ 2) การปฏิบัติ ประกอบด้วย สำรวจสถานะสุขภาพ, จัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค, สร้างและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.), ตรวจคัดกรองโรคและส่งต่อเข้าระบบการรักษา, ให้ความรู้การป้องกันโรคระบาดร้ายแรงแก่ชุมชนแรงงานต่างด้าว จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Health Post) และส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีน 3) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน ร่วมกับภาคีเครือข่าย 4) สะท้อนผล ส่งคืนข้อมูลให้สถานประกอบการ รวมถึงมีเวทีสะท้อนผลการดำเนินงานให้กับสถานประกอบการ โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ อสต. ในสถานประกอบการ ในพื้นที่ 3 เขต จากเขตบางขุนเทียน 3 แห่ง เขตภาษีเจริญ 1 แห่ง และเขตบางแค 2 แห่ง รวมจำนวน 100 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นตัวแทน (อสต.) 100 คน ตัวแปรตาม (แรงงานต่างด้าว) 811 คน ระหว่างเดือนกันยายน 2564 - สิงหาคม 2565

3.1 รูปแบบการศึกษาและระยะเวลาการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข, สำนักงานเขต, สำนักงานจัดหางาน, สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, สำนักงานประกันสังคม, กองพัฒนาระบบมาตรฐานงานกำกับโรงงาน กรมโรงงานอุตสาหกรรม, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กรมควบคุมโรค, องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย, มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย, สมาคมส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน, ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข, สถานประกอบการ, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.), อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) และแรงงานต่างด้าว โดยมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในสถานประกอบการ ในพื้นที่ 3 เขต ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อเป็นแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก คือ เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร โดยในพื้นที่เขตบางขุนเทียนคัดเลือกสถานประกอบการ 3 แห่ง ในพื้นที่เขตภาษีเจริญคัดเลือกสถานประกอบการ 1 แห่ง และในพื้นที่เขตบางแคคัดเลือกสถานประกอบการ 2 แห่ง

ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2564 - สิงหาคม 2565 โดยใช้แนวคิดของ Kurt Lewin มีองค์ประกอบคือ วางแผน ปฏิบัติ ประเมินผล และสะท้อนผล (สุรชัย ธรรมทวีธิกุล และญาณพิณิจ วชิรสุรงค์, 2559) หลังจากนั้นก็ย้อนกลับเป็นวัฏจักร สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงาน หรือปรับปรุงงานที่ปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) และ 2. แรงงานต่างด้าว ในสถานประกอบการ ในพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อเป็นแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในสถานประกอบการ ในพื้นที่ 3 เขต จากเขตบางขุนเทียน 3 แห่ง เขตภาษีเจริญ 1 แห่ง และเขตบางแค 2 แห่ง รวมจำนวน 100 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ไม่จำกัดเพศ 2. สื่อสารภาษาไทยได้ (พูด ฟัง) 3. มีมนุษยสัมพันธ์ดี 4. มีจิตอาสา มีใจรักในการทำงาน และ 2) แรงงานต่างด้าว 811 คน ซึ่งปฏิบัติงานในสถานประกอบการ ในพื้นที่ 3 เขต จากเขตบางขุนเทียน 3 แห่ง เขตภาษีเจริญ 1 แห่ง และเขตบางแค 2 แห่ง มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ 2. แรงงาน 4 สัญชาติ ได้แก่ เมียนมาร์ กัมพูชา ลาว และเวียดนาม 3. ประกอบอาชีพในสถานประกอบการ พื้นที่ 3 เขต คือ เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค

โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างแรงงานต่างด้าวในสถานประกอบการเป้าหมายทั้ง 6 แห่ง คำนวณได้จากสูตร Krejcie & Morgan (Randomize the number of migrant worker in the target company using the Krejcie & Morgan formula.) (Robert V. Krejcie, 2563) ซึ่งเป็นสูตรที่ใช้ค่าคงที่ Chi-square 95% CI ที่ 3.841 โดยอาศัยค่าจำนวนประชากร และค่าสัดส่วนของประชากรประกอบในการคำนวณ

3.3 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้ววางแผน

1.1 ประชุมหารือ กำหนดแนวทางการทำงาน วางแผน กำหนดรูปแบบการศึกษา ร่วมกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค เขตละ 1 ครั้ง ซึ่งภาคีเครือข่าย ได้แก่ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค, ศูนย์บริการสาธารณสุข, สำนักงานเขต, สถานประกอบการ ในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร, สำนักงานจัดหางาน, สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, สำนักงานประกันสังคม, กองพัฒนาระบบมาตรฐานงานกำกับโรงงาน กรมโรงงานอุตสาหกรรม, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย, มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย, สมาคมส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

1.2 ประชุมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค เขตละ 1 ครั้ง

1.3 ประชุมคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค เขตละ 1 ครั้ง

2. ชั้นปฏิบัติ มีรูปแบบที่พัฒนา ดังนี้

2.1 สํารวจสถานะสุขภาพ ของแรงงานต่างด้าว ในสถานประกอบการในพื้นที่ เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค โดยผู้วิจัยประสานสถานประกอบการทางโทรศัพท์ เพื่อบันทึกหมายวันในการลงเก็บรวบรวมข้อมูลในวันหยุดของแรงงานต่างด้าว โดยอาศัยสํารวจสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความ ต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ด้วยวิธีการสัมภาษณ์โดยคณะนักวิจัย ในระหว่างวันที่ 9 - 27 มกราคม 2565

2.2 จัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค พร้อมดำเนินการ โดย อสต. ในชุมชนสถานประกอบการ

2.3 สร้างและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ด้วยกระบวนการสร้างเสริมพลัง (Empowerment) ในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค จำนวนเขตละ 3 ครั้งๆละ 1 วัน คือ

- คัดเลือก อสต.
- พัฒนาศักยภาพ อสต. โดยอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ
- ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง และเพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรค

2.4 ตรวจคัดกรองโรคและส่งต่อเข้าระบบการรักษา

2.5 ให้ความรู้การป้องกันโรคระบาดร้ายแรงแก่ชุมชนแรงงานต่างด้าว รวมถึงผลิตสื่อต้นแบบในลักษณะทั้งโปสเตอร์ แผ่นพับ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยมีเป้าหมาย

- การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล
- การตรวจคัดกรองโควิด 19
- การใช้อุปกรณ์วัดออกซิเจนปลายนิ้ว และอุปกรณ์วัดไข้
- การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก และค่าดัชนีมวลกาย

2.6 จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Health Post) ในชุมชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ ให้บริการด้านสุขภาพเบื้องต้น และเก็บข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ จำนวน 3 แห่ง โดยตั้งอยู่ในหอพักของ อสต. เขตละ 1 แห่ง ในพื้นที่นั้นๆ โดยเปิดให้บริการใน วันจันทร์ - วันเสาร์ ตั้งแต่ เวลา 18.00 - 21.00 น. และวันอาทิตย์ ตั้งแต่ เวลา 09.00 - 21.00 น.

2.7 ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยสถาบันป้องกัน ควบคุมโรคเขตเมืองและภาคีเครือข่าย ลงพื้นที่ให้บริการเชิงรุกฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 3 (Booster Dose) ให้กับประชาชน ทั้งคนไทยและต่างด้าว โดยในกลุ่มต่างด้าว มี อสต. เป็นผู้แจ้งข่าว ประชาสัมพันธ์ และเชิญชวน ให้กลุ่มแรงงานต่างด้าวมารับวัคซีน

3. ชั้นประเมินผล

ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน โดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, ศูนย์บริการสาธารณสุข, สำนักงานเขต, องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย, มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย และสถานประกอบการในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร ร่วมดำเนินงาน

4. ขั้นตอนผล

ส่งคืนข้อมูลให้สถานประกอบการ รวมถึงมีเวทีสะท้อนผลการดำเนินงานให้กับสถานประกอบการ

3.4 เครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้น ซึ่งมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามหลักวิชาการ โดยได้ดัดแปลงเครื่องมือจากมูลนิธิสุกนิมิตแห่งประเทศไทย (โครงการการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคติดเชื้อโควิด 19 สำหรับประชากรต่างด้าวในประเทศไทย) ซึ่งเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

- 1) แบบสำรวจสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการของแรงงานต่างด้าว
- 2) แบบฟอร์มเขียนแผนงาน/โครงการ
- 3) แบบบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.)
- 4) แบบติดตามผู้ติดเชื้อโควิด กักตัวที่บ้าน/ที่พักอาศัย

โดยแบบสำรวจสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวแบ่งเป็น 7 ส่วน รวม 50 ข้อ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล/และสิ่งแวดล้อม จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย ชื่อ-นามสกุล ผู้ให้ข้อมูล เพศ อายุ สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา จำนวนสมาชิก รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน จำนวนเวลาที่พักอาศัย สถานพินิจ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลหลักประกันสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย สิทธิรักษา สถานที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย การตรวจหาเชื้อโควิด 19 สถานที่รักษาเมื่อติดเชื้อโควิด 19 คนใกล้ชิดเสียชีวิตด้วยโควิด 19 โรคประจำตัว ความต้องการด้านสุขภาพ ความต้องการอุปกรณ์ป้องกัน

ส่วนที่ 3 ความรู้และทัศนคติ เป็นแบบสอบถามปลายปิดของบลูม(Bloom, 1975)

ความรู้ แบ่งระดับกำหนดคะแนนของคำตอบเป็น 2 ระดับ คือ ถูก ผิด 10 ข้อ ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ตอบถูก	1	0
ตอบผิด	0	1

โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของคะแนน(Bloom, 1975) เป็น 3 ระดับ

คะแนน 8-10 คะแนน	หมายถึง	ความรู้ระดับมาก
คะแนน 6-7 คะแนน	หมายถึง	ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนน 0-5 คะแนน	หมายถึง	ความรู้ระดับน้อย

ทัศนคติ แบ่งระดับกำหนดคะแนนของคำตอบเป็น 2 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย 5 ข้อ ดังนี้

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโควิด 19

เห็นด้วย	1
ไม่เห็นด้วย	0

โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของคะแนน(Bloom, 1975) เป็น 3 ระดับ

คะแนน 4-5	คะแนน	หมายถึง	ความรู้ระดับมาก
คะแนน 3-3.5	คะแนน	หมายถึง	ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนน 0-2.5	คะแนน	หมายถึง	ความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 4 พฤติกรรม เป็นแบบสอบถามปลายปิดของบลูม(Bloom, 1975)

พฤติกรรม แบ่งระดับตาม Likert scale ซึ่งมีคำตอบ 3 ระดับ 7 ข้อ ดังนี้

พฤติกรรมป้องกันการโควิด 19

ปฏิบัติเป็นประจำ	3
ปฏิบัติบางครั้ง	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1

โดยใช้เกณฑ์คะแนนตามกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์(Best, 1977) และแนวคิดของแดเนียล (Deniel, 1995) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบค่าคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับที่ต้องการ หรือระดับที่ต้องการแบ่ง

$$\begin{aligned}
 \text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\
 &= \frac{3 - 1}{3} \\
 &= 0.66
 \end{aligned}$$

จากการคำนวณดังกล่าว จึงกำหนดระดับการปฏิบัติไว้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.00 – 1.66	หมายถึง	มีการปฏิบัติระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.67 – 2.33	หมายถึง	มีการปฏิบัติระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 2.34 – 3.00	หมายถึง	มีการปฏิบัติระดับดี

ส่วนที่ 5 วัคซีน ประกอบด้วย การได้รับวัคซีน ชนิดวัคซีนเข็มแรก ชนิดวัคซีนเข็มที่สอง รวม 3 ข้อ

ส่วนที่ 6 สุขภาพจิต โดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต(ST-5) มีการแบ่งคะแนน ออกเป็น 4 ระดับ 5 ข้อ ดังนี้

มีปัญหาความเครียด

เป็นประจำ	3
บ่อยครั้ง	2
เป็นบางครั้ง	1
แทบไม่มี	0

การแปลผล

คะแนน 0-4	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีความเครียด/เครียดน้อย
คะแนน 5-7	คะแนน	หมายถึง	เครียดปานกลาง
คะแนน 8-9	คะแนน	หมายถึง	เครียดมาก
คะแนน 10-15	คะแนน	หมายถึง	เครียดมากที่สุด

ส่วนที่ 7 แหล่งข้อมูลของ COVID-19 ประกอบด้วย วิทยู ทวิตส์น Facebook Line ที่ทำงาน วัด
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่นๆ(ระบุ) รวม 1 ข้อ

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมในแต่ละกระบวนการ จะถูกแบ่งออกเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูล
เชิงคุณภาพ สำหรับนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลว่า ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการนำเสนอ
ในภาพรวม ข้อมูลส่วนตัวจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใดๆ และผู้ให้
ข้อมูลสามารถถอนจากการวิจัยกลางคันได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว เพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง และเพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบความร่วมมือ ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ดำเนินการในพื้นที่ 3 เขต กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อเป็นแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก คือ เขตบางขุนเทียน 3 แห่ง เขตภาษีเจริญ 1 แห่ง และเขตบางแค 2 แห่ง ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2564 - สิงหาคม 2565 โดยรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นมา ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

4.1 ชั้นวางแผน มีการวางแผนกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่างๆ

4.2 ชั้นปฏิบัติ ประกอบด้วย

4.2.1 สำรวจสถานะสุขภาพ

4.2.2 จัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค

4.2.3 สร้างและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.)

4.2.4 ตรวจคัดกรองโรคและส่งต่อเข้ารับการรักษา

4.2.5 ให้ความรู้การป้องกันโรคระบาดร้ายแรงแก่ชุมชนแรงงานต่างด้าว

4.2.6 จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Health Post)

4.2.7 ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว

4.3 ชั้นประเมินผล มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน ร่วมกับภาคีเครือข่าย

4.4 ชั้นสะท้อนผล ส่งคืนข้อมูลให้สถานประกอบการ รวมถึงมีเวทีสะท้อนผลการดำเนินงานให้กับสถานประกอบการ

4.1 ชั้นวางแผน มีการวางแผนกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่างๆ ดำเนินการดังนี้

4.1.1 ประชุมหารือ กำหนดแนวทางการทำงาน วางแผน กำหนดรูปแบบการศึกษา ร่วมกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค เขตละ 1 ครั้ง

4.1.2 ประชุมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค เขตละ 1 ครั้ง

4.1.3 ประชุมคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค เขตละ 1 ครั้ง

4.2 ชั้นปฏิบัติ ประกอบด้วย

4.2.1 สํารวจสถานะสุขภาพ ของแรงงานต่างด้าว ในเขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ในระหว่างวันที่ 9 - 27 มกราคม 2565

ผลการสํารวจสถานะสุขภาพ มีข้อมูล 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 811 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.9 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 43.5 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 40.9 และกลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 13.9 อายุเฉลี่ย คือ 31.57 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 54 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง คือ 6.72 มีสัญชาติพม่า ร้อยละ 99.3 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9 การศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 57.2 รองลงมา คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 33.4 จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันเฉลี่ย คือ 2 คน ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 8 คน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1.0 รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย คือ 12,277 บาท ต่ำสุด 2,500 บาท สูงสุด 45,000 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง คือ 4,061 จำนวนเวลาที่พักอาศัยในปัจจุบันเฉลี่ย คือ 6 ปี อายุต่ำสุด 1 ปี อายุสูงสุด 37 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง คือ 4 สถานที่นัดพบส่วนใหญ่คือ ศูนย์การค้า/ร้านอาหาร ร้อยละ 45.0 รองลงมาคือ วัด ร้อยละ 34.5 และบ้านเพื่อน ร้อยละ 18.5 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของแรงงานต่างด้าว

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 811)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	421	51.9
หญิง	390	48.1
รวม	811	100
กลุ่มอายุ		
10-19 ปี	7	0.9
20-29 ปี	332	40.9
30-39 ปี	353	43.5
40-49 ปี	113	13.9

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 811)		ร้อยละ
50-59 ปี	6		0.7
(X = 31.57	S.D. = 6.72	Max = 54	Min = 18)
สัญชาติ			
พม่า	805		99.3
กัมพูชา	6		0.7
เชื้อชาติ			
เมียนมาร์	574		71.3
มอญ	79		9.8
ยะไข่	68		8.4
กะเหรี่ยง	63		7.8
ไทยใหญ่	19		2.4
ปะโอ	2		0.2
ศาสนา			
พุทธ	802		98.9
อิสลาม	5		0.6
คริสต์	4		0.5
การศึกษาสูงสุด			
ไม่ได้เรียน	32		3.9
ประถมศึกษา	271		33.4
มัธยมศึกษา	464		57.2
ปริญญาตรี	20		2.5

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 811)	ร้อยละ
ไม่ขอตอบคำถามนี้	24	3.0
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 คน	262	32.3
2 คน	369	45.5
3 คน	124	15.3
มากกว่า 3 คน	56	6.9
(X = 2 S.D. = 1.0 Max = 8 Min = 1)		
รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	2	0.2
5,000 – 10,000 บาท	240	29.6
10,001 – 15,000 บาท	452	55.7
มากกว่า 15,000 บาท	117	14.4
(X = 12,277 S.D. = 4,061 Max = 45,000 Min = 2,500)		
จำนวนเวลาที่พักอาศัยในประเทศไทย		
น้อยกว่า 5 ปี	350	43.2
5 – 10 ปี	404	49.2
มากกว่า 10 ปี	57	7.0
(X = 6 S.D. = 4 Max = 37 Min = 1)		
สถานที่นัดพบปะสังสรรค์		
วัด	280	34.5
ศูนย์การค้า/ร้านอาหาร	365	45.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 811)	ร้อยละ
บ้านเพื่อน	150	18.5
อื่นๆ ได้แก่....	16	2.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลหลักประกันสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 ข้อมูลหลักประกันสุขภาพและปัญหาสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีสิทธิรักษา ร้อยละ 86.4 โดยสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 62.6 สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 17.6 และสิทธิประกันสุขภาพบริษัทเอกชน/ประกันชีวิต ร้อยละ 11.1 เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด ร้อยละ 49.6 รองลงมาคือ โรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 27.4 และร้านขายยา ร้อยละ 26.4 ส่วนการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ที่ผ่านมา พบเคยตรวจ ร้อยละ 97.0 เคยติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 23.3 ผู้ที่ติดเชื้อโควิด 19 ส่วนใหญ่รักษาตัวที่สถานพยาบาลเฉพาะกิจ ร้อยละ 29.0 โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 26.2 ศูนย์ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 14.8 และโรงพยาบาลสนาม ร้อยละ 12.0 มีคนใกล้ชิดเสียชีวิตด้วยโรคโควิด 19 ร้อยละ 2.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 3.3 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.0 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.9 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

ข้อมูลหลักประกันสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การมีสิทธิรักษา		
มีสิทธิรักษา	701	86.4
ไม่มีสิทธิรักษา	88	10.9
จ่ายเงินเอง	22	2.7
สิทธิรักษา (ตอบได้หลายข้อ)		
สิทธิประกันสังคม	508	62.6
สิทธิประกันสุขภาพต่างด้าว	143	17.6
สิทธิประกันสุขภาพ	90	11.1
บริษัทเอกชน/ประกันชีวิต		

ข้อมูลหลักประกันสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบ	21	2.6
สถานที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย		
โรงพยาบาลเอกชน	402	49.6
โรงพยาบาลรัฐ	222	27.4
ร้านขายยา	214	26.4
การตรวจหาเชื้อโควิด 19		
เคยตรวจ	787	97.0
ไม่เคยตรวจ	24	3.0
การติดเชื้อโควิด 19		
ไม่เคยติดเชื้อ	604	76.7
เคยติดเชื้อ	183	23.3
สถานที่รักษาเมื่อติดเชื้อโควิด 19		
Hospital	53	29.0
โรงพยาบาลเอกชน	48	26.2
ศูนย์ดูแลผู้ป่วย	27	14.8
โรงพยาบาลสนาม	22	12.0
แยกกักที่บ้าน	18	9.8
โรงพยาบาลรัฐ	15	8.2
คนใกล้ชิดเสียชีวิตด้วยโรคโควิด 19		
มี	23	2.8

ข้อมูลหลักประกันสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	650	80.1
ไม่แน่ใจ	138	17.0
โรคประจำตัว		
ไม่มี	784	96.7
มี	27	3.3
ความดันโลหิตสูง	17	63.0
เบาหวาน	7	25.9
อื่นๆ (ไม่ระบุ)	3	11.1

2.2 ความต้องการด้านสุขภาพ

ส่วนใหญ่มีความต้องการให้หน่วยงานสาธารณสุขให้ความรู้ด้านสุขภาพในเรื่อง โควิด 19 ร้อยละ 61.5 รองลงมาคือ การออกกำลังกาย ร้อยละ 17.8 และโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 14.4 ความต้องการด้านอุปกรณ์ป้องกัน โควิด 19 ส่วนใหญ่ต้องการหน้ากากอนามัย ร้อยละ 91.9 รองลงมาคือ เจลแอลกอฮอล์ ร้อยละ 58.6 พรอท วัตซ์ ร้อยละ 40.3 และเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ร้อยละ 26.9

รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละจำแนกตามความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

ความต้องการด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านสุขภาพ		
โควิด 19	499	61.5
โรคติดต่อ	85	10.5
อุปกรณ์ป้องกันโควิด 19		
(ตอบได้หลายข้อ)		
หน้ากากอนามัย	745	91.9

ความต้องการด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เจลแอลกอฮอล์	475	58.6
ปรอทวัดไข้	327	40.3
เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว	218	26.9

ส่วนที่ 3 ความรู้และทัศนคติ

3.1 ความรู้

ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ การสวมหน้ากากอนามัยเป็นการช่วยป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตอบถูก ร้อยละ 97.8 รองลงมา คือ การล้างมือด้วยน้ำสะอาดและสบู่เป็นประจำช่วยป้องกันการติดเชื้อ COVID-19, คนที่ป่วย COVID-19 ต้องรีบเข้ารับการรักษา, ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดัน หัวใจ หากติดเชื้อ COVID-19 อาจมีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต และการไม่ไปอยู่ในที่ชุมชนที่มีคนแออัด และไม่เดินทางโดยรถโดยสารสาธารณะป้องกัน COVID-19 ได้ ตอบถูก ร้อยละ 97.7, 96.5, 96.2, 96.2 ตามลำดับ ส่วนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 97.5 รายละเอียด ดังตารางที่ 7 - 8

ตารางที่ 7 ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 จำแนกรายข้อของแรงงานต่างด้าว

ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
โรค COVID-19 สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ ใช่หรือไม่	770 (94.9)	10 (1.2)	31 (3.8)
การแยกผู้ติดเชื้อ COVID-19 ช่วยลดการแพร่กระจายของไวรัส ใช่หรือไม่	778 (95.9)	5 (0.6)	28 (3.5)
ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดัน หัวใจ หากติดเชื้อ COVID-19 อาจมีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต ใช่หรือไม่	780 (96.2)	5 (0.6)	26 (3.2)
โรคติดเชื้อ COVID-19 เกิดจากเชื้อไวรัส ใช่หรือไม่	766 (94.5)	4 (0.5)	41 (5.1)
การไม่ไปอยู่ในที่ชุมชนที่มีคนแออัด และไม่เดินทางโดยรถโดยสารสาธารณะป้องกัน COVID-19 ได้ใช่หรือไม่	780 (96.2)	11 (1.4)	20 (2.5)
การล้างมือด้วยน้ำสะอาดและสบู่เป็นประจำช่วยป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ใช่หรือไม่	792 (97.7)	6 (0.7)	13 (1.6)

ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
การสวมหน้ากากอนามัยเป็นการช่วยป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ใช่หรือไม่	793 (97.8)	7 (0.9)	11 (1.4)
ปัจจุบันยังไม่มียารักษาเชื้อไวรัส COVID-19 ใช่หรือไม่	605 (74.6)	99 (12.2)	106 (13.1)
คนที่สัมผัสกับผู้ป่วย COVID-19 ต้องกักตัวใช่หรือไม่	771 (95.1)	6 (0.7)	4 (0.5)
คนที่ป่วย COVID-19 ต้องรีบเข้ารับการรักษาใช่หรือไม่	783 (96.5)	2 (0.2)	26 (3.2)

ตารางที่ 8 จำแนกและร้อยละจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 ของแรงงานต่างด้าว

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	0	0
ระดับปานกลาง	20	2.5
ระดับมาก	791	97.5

3.2 ทักษะ

กลุ่มตัวอย่างมีทักษะที่เห็นด้วยเกี่ยวกับการป้องกันโควิด 19 ในเรื่อง การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อที่ลูกบิดประตู/ที่จับ เคาน์เตอร์ และพื้นผิวอื่นๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค COVID-19 มากที่สุด ร้อยละ 98.4 และมีทักษะที่ไม่เห็นด้วยมากที่สุดในเรื่อง ทุกคนต้องเว้นระยะห่างระหว่างคนอย่างน้อย 2 เมตร ร้อยละ 2.0 และมีทักษะที่ไม่แน่ใจมากที่สุดในเรื่อง การฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ลดการเสียชีวิต และลดการป่วยได้ ร้อยละ 3.3 ส่วนทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโควิด 19 พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 98.5 รายละเอียดดังตารางที่ 9 – 10

ตารางที่ 9 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโควิด 19 จำแนกรายข้อ ของแรงงานต่างด้าว

ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโควิด 19	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
ทุกคนต้องสวมหน้ากากเมื่ออยู่ในพื้นที่สาธารณะ เช่น ตลาด วัด	796 (98.2)	1 (0.1)	14 (1.7)
ทุกคนต้องเว้นระยะห่างระหว่างคนอย่างน้อย 2 เมตร	782 (96.4)	16 (2.0)	13 (1.6)
การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อที่ลูกบิดประตู/ที่จับ เคาน์เตอร์ และพื้นผิวอื่นๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค COVID-19	798 (98.4)	2 (0.2)	11 (1.4)
การล้างมือด้วยสบู่และน้ำเป็นสิ่งสำคัญ	797 (98.3)	2 (0.2)	12 (1.5)
การฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ลดการเสียชีวิต และลดการป่วยได้	781 (96.3)	3 (0.4)	27 (3.3)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโควิด 19 ของแรงงานต่างด้าว

ระดับทักษะ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	1	0.1
ระดับปานกลาง	11	1.4
ระดับมาก	799	98.5

ส่วนที่ 4 พฤติกรรม

กลุ่มตัวอย่าง อสต. มีพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 3 อันดับแรก ได้แก่ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 98.5 รองลงมาคือ เว้นระยะห่างจากผู้อื่นเวลาอยู่นอกบ้าน ร้อยละ 94.3 และ เมื่อไอ/จามใส่ทิชชูหรือผ้าเช็ดหน้าล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้สเปรย์/เจลแอลกอฮอล์ ร้อยละ 91.6 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.4 รายละเอียดดังตารางที่ 11 - 12

ตารางที่ 11 พฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 จำแนกรายข้อ ของแรงงานต่างด้าว

พฤติกรรมการป้องกันโควิด 19	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่ทำเลย
ทํานสวมน้ํากากอนามัยเมื่อก่อนออกนอกบ้าน	799 (98.5)	2 (0.2)	10 (1.2)
ทํานเว้นระยะห่างจากผู้อื่นเวลาอยู่นอกบ้าน	765 (94.3)	36 (4.4)	10 (1.2)
ทํานล้างมือด้วยสบู่หลังจากหยิบจับสิ่งของ	742 (91.5)	59 (7.3)	10 (1.2)
เมื่อกํานไอ/จามใส่ทิชชูหรือผ้าเช็ดหน้า ทํานล้างมือด้วยสบู่และนํ้า หรือใช้สเปรย์/เจลแอลกอฮอล์	743 (91.6)	57 (7.0)	11 (1.4)
ทํานหลีกเลี่ยงการออกไปที่มีคนแออัด เช่น วัด ตลาด อื่นๆ	314 (38.7)	380 (46.9)	117 (14.4)
ช่วง COVID-19 ทํานไปพบปะเพื่อน/ญาติ	156 (19.2)	421 (51.9)	234 (28.9)
ทํานเดินทางโดยใช้รถสาธารณะ รถรับจ้าง รถแท็กซี่	148 (18.2)	462 (57.0)	201 (24.8)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของแรงงานต่างด้าว

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	10	1.2
ระดับปานกลาง	165	20.3
ระดับดี	636	78.4

ส่วนที่ 5 วัคซีนโควิด 19

จากการศึกษาข้อมูลจากการสำรวจ พบว่า มีผู้ได้รับวัคซีนโควิด 19 ร้อยละ 95.1 โดยฉีดเข็มที่ 1 ร้อยละ 95.1 เข็มที่ 2 ร้อยละ 93.1 และเข็มที่ 3 (Booster Dose) ร้อยละ 29.3 รายละเอียดดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลการได้รับวัคซีนโควิด 19 ของแรงงานต่างด้าว

วัคซีนโควิด 19	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับวัคซีน		
ไม่ได้รับ	40	4.9
ได้รับ	771	95.1
รวม	811	100.0
ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1	771	95.1
ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2	755	93.1
ได้รับวัคซีนเข็มที่ 3 (Booster Dose)	238	29.3

ส่วนที่ 6 สุขภาพจิต

การประเมินสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมิน ST-5 ของกรมสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต และจากการวิเคราะห์ระดับความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด/เครียดน้อย ร้อยละ 84.1 รองลงมาคือ มีความเครียดปานกลาง ร้อยละ 14.8 และมีความเครียดมาก ร้อยละ 1.1 รายละเอียดดังตารางที่ 14 – 15

ตารางที่ 14 การประเมินสุขภาพจิตจำแนกรายข้อ ของแรงงานต่างด้าว

สุขภาพจิต	ไม่มี	เป็น บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
ท่านมีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก	543 (67.0)	250 (30.8)	16 (2.0)	2 (0.2)
ท่านมีสมาธิน้อยลง	594 (73.2)	197 (24.3)	14 (1.7)	4 (0.5)
ท่านหงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ	476 (58.7)	302 (37.2)	25 (3.1)	8 (1.0)
ท่านรู้สึกเบื่อ เซ็ง	577 (71.1)	225 (27.7)	8 (1.0)	1 (0.1)
ท่านไม่อยากพบปะผู้คน	491 (60.5)	299 (36.9)	5 (0.6)	16 (2.0)

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความเครียด ของแรงงานต่างด้าว

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเครียด/เครียดน้อย	682	84.1
เครียดปานกลาง	120	14.8
เครียดมาก	9	1.1
เครียดมากที่สุด	-	-

ส่วนที่ 7 แหล่งข้อมูลของ COVID-19

แหล่งข้อมูลของ COVID-19 ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด คือ Facebook ร้อยละ 87.2 รองลงมาคือ Line ร้อยละ 82.0 โทรทัศน์ ร้อยละ 38.3 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 33.0 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละจำแนกตามแหล่งข้อมูล COVID-19 ของแรงงานต่างด้าว

แหล่งข้อมูล COVID-19 (ตอบได้หลายข้อ)	จำนวน	ร้อยละ
Facebook	707	87.2
Line	665	82.0
ที่ทำงาน	345	1.1
โทรทัศน์	311	38.3
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	268	33.0
วิทยุ	115	14.2
วัด	63	7.8

4.2.2 จัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค พร้อมดำเนินการ โดย อสต. ในชุมชนสถานประกอบการ ในพื้นที่ 3 เขต ได้แก่ เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค ดังนี้

4.2.2.1 แผนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ในชุมชนแรงงานต่างด้าว

เขตบางขุนเทียน

ในพื้นที่เขตบางขุนเทียน กลุ่ม อสต. จาก 2 สถานประกอบการ ได้ร่วมกันจัดทำแผน / กิจกรรม เพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ดังนี้

1) อสต. จากสถานประกอบการแห่งที่ 1 จัดทำแผน / กิจกรรม 2 เรื่อง ได้แก่ การเฝ้าระวัง ป้องกันโรคโควิด 19 ในหอพัก และการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (สถานที่หอพักของ อสต.)

2) อสต. จากสถานประกอบการแห่งที่ 2 และ 3 จัดทำแผน / กิจกรรม 1 เรื่อง คือ การเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ

4.2.2.2 แผนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ในชุมชนแรงงานต่างด้าว

เขตภาษีเจริญ

ในพื้นที่เขตภาษีเจริญ กลุ่ม อสต. ของสถานประกอบการแห่งที่ 4 ได้ร่วมกันจัดทำแผน / กิจกรรม เพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค 2 เรื่อง ดังนี้

1) การเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด 19

2) การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (สถานที่บ้านของ อสต.)

4.2.2.3 แผนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ในชุมชนแรงงานต่างด้าว เขตบางแค

ในพื้นที่เขตบางแค กลุ่ม อสต. ของสถานประกอบการ 2 แห่ง ได้ร่วมกันจัดทำแผน / กิจกรรม เพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ดังนี้

1) อสต. จากสถานประกอบการแห่งที่ 5 ร่วมจัดทำแผน / กิจกรรม การเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด 19 ในหอพักอาศัย

2) อสต. จากสถานประกอบการแห่งที่ 6 จัดทำแผน / กิจกรรม ในประเด็นการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน ซอยเพชรเกษม 41 (สถานที่หอพักของ อสต.)

ทั้งนี้ อสต. ทั้ง 3 เขต เริ่มดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2565 เป็นต้นไป สำหรับแผน / กิจกรรม เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ที่ อสต. ร่วมกันจัดทำ มีรายละเอียด ดังนี้

1. โรคติดต่อทางเดินหายใจ (โควิด 19)

ปัญหา/สถานการณ์

- การได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วน
- ร่างกายอ่อนแอ
- รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่
- ไม่มีความรู้เรื่องอาการของโรค

- อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและไม่ได้มีการป้องกัน
- อยู่ร่วมกันอย่างแออัด
- ไม่ออกกำลังกาย

กิจกรรมที่ดำเนินการ

1. นอนหลับพักผ่อนให้ตรงเวลา ไม่เล่นโทรศัพท์ก่อนนอน ไม่ดื่มกาแฟก่อนนอน และนอนหลับพักผ่อนวันละ 8 ชั่วโมง
2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 30 นาที เช่น เดิน วิ่ง เล่นกีฬา เตะตะกร้อ เตะบอล
3. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เนื้อสัตว์ นม ผัก ผลไม้
4. การป้องกันเมื่ออยู่ใกล้ผู้ป่วย การใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ

การขอรับสนับสนุนจากเครือข่าย

1. เจ้าหน้าที่มาให้ความรู้
2. ขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชน อสส. ศบส. สำนักอนามัย

ระยะเวลาดำเนินการ

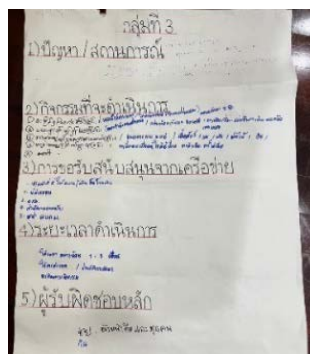
- ใช้เวลาอย่างน้อย 1 – 3 เดือน
- ใช้การสังเกต ติดตามการรักษา

ผู้รับผิดชอบหลัก

แกนนำ อสต.

ดังภาพที่ 11

ภาพกิจกรรม



ภาพที่ 11 ภาพกิจกรรม การจัดทำแผน / กิจกรรม โรคติดต่อทางเดินหายใจ (โควิด 19)

2. การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน

ปัญหา/สถานการณ์

- ไม่มีจุดศูนย์รวมสำหรับการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในชุมชน
- แรงงานข้ามชาติมักเผชิญกับปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข เนื่องจากอุปสรรคด้านภาษา และไม่มีล่ามช่วยสื่อสาร

- แรงงานข้ามชาติยังไม่ได้รับการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานเท่าที่ควร เช่น การชั่งน้ำหนัก การวัดความดันโลหิต

กิจกรรมที่จะดำเนินการ

- หาสถานที่ในการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเป็นสถานที่ศูนย์กลางของแรงงานข้ามชาติในชุมชน สามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น หอพักของ อสต.
- จัดตั้งมุมคัดกรองสุขภาพ ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การวัดรอบเอว การประเมินค่าดัชนีมวลกาย การวัดความดันโลหิต
- จัดตั้งมุมปฐมพยาบาลเบื้องต้น และมีชุดยาสามัญประจำบ้าน
- มีมุมให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีสื่อประชาสัมพันธ์เรื่องโรคและภัยสุขภาพต่างๆ
- จัดทำตารางเวรของอสต. ที่จะประจำ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน พร้อมเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ
- จัดกิจกรรมร่วมกับคนในชุมชน เช่น การออกกำลังกาย การสำรวจลูกน้ำยุงลาย ฯลฯ
- ให้คำแนะนำในการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามสิทธิ เมื่อเจ็บป่วย

การขอรับสนับสนุนจากเครือข่าย

- อุปกรณ์สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ชุดตรวจ ATK ชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้น ชุดยาสามัญประจำบ้าน
- สื่อ โปสเตอร์ แผ่นพับ

ระยะเวลาดำเนินการ

- วันจันทร์-วันเสาร์ หลังเลิกงาน เวลา 17.30 น. และวันอาทิตย์เปิดตั้งแต่ 09.00 – 16.30 น.

ผู้รับผิดชอบหลัก

แกนนำ อสต. ของบริษัท

ดงภาพที่ 12

ภาพกิจกรรม



ภาพที่ 12 ภาพกิจกรรม การจัดทำแผน / กิจกรรม การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน

4.2.3 สร้างและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.)

ทีมงานได้ร่วมกันสร้างและพัฒนาศักยภาพ อสต. ให้มีความรู้เรื่องทักษะที่จำเป็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ทั้งความรู้เบื้องต้นโรคโควิด 19 การตรวจคัดกรองโรค การติดตามผู้สัมผัส การกักกัน การส่งต่อ และการรายงานโรค พร้อมทั้งมีการฝึกปฏิบัติสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) การเก็บตัวอย่าง (Swab) การตรวจหาเชื้อโรคโควิด 19 เบื้องต้น ด้วยชุดตรวจ ATK ด้วยตนเอง การใช้อุปกรณ์ตรวจวัดออกซิเจนปลายนิ้ว และการทำลายเชื้อ นอกจากนี้ยังได้ให้ความรู้ในเรื่องโรคที่สำคัญๆ เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) โรคไข้เลือดออก รวมถึงฝึกทักษะการวัดความดันโลหิต ซึ่งน้ำหนัก ค่ามวลค่า BMI ทำแผล ฯลฯ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฝึกอบรมหลักสูตรเร่งรัดให้เป็นเวลา 1 วัน และทีมผู้วิจัยได้จัดทำและผลิตคู่มือการฝึกอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเขตเมือง (อสต.เขตเมือง) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 2,000 เล่ม เผยแพร่หน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานเขต ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร สถานประกอบการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 อบจ. เทศบาลเมือง และเทศบาลนคร ซึ่ง อสต. มีบทบาทหน้าที่คือ 1) ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่แรงงานต่างด้าว 2) ตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 เบื้องต้น ด้วยชุดตรวจ ATK ให้กับเพื่อนแรงงานต่างด้าวในสถานประกอบการและชุมชน 3) ให้การช่วยเหลือขั้นพื้นฐานแก่แรงงานต่างด้าว 4) ประสานติดตามผู้สัมผัส กักกัน ส่งต่อ และการรายงานโรคโควิด 19 ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และ 5) ดูแลศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการให้บริการตรวจคัดกรองเบื้องต้น เช่น วัดความดันโลหิต ปฐมพยาบาล ทำแผล จ่ายยาสามัญประจำบ้านในรายเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ และประสานเชื่อมต่อกับอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร (อสส.) สำหรับสิทธิประโยชน์ของ อสต. คือ 1) ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง 2) ได้รับเวชภัณฑ์ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น 3) ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน เช่น ฉีดวัคซีนโรคโควิด 19 จากการดำเนินงาน ได้ อสต. ในสถานประกอบการ ทั้ง 6 แห่ง จำนวน 100 คน โดย อสต. จำนวน 100 คน เป็นเพศชาย 55 คน เพศหญิง 45 คน

และสัญชาติเมียนมาร์ 100 คน ซึ่งในภาพรวม อสต. 1 คน ดูแลแรงงานต่างด้าว (Migrant Worker) ประมาณ 30 คน รายละเอียดดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวน อสต. ในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร

เขต	สถานประกอบการ	แรงงานข้ามชาติ (คน)	อสต. (คน)	อัตรา อสต. ต่อแรงงาน ข้ามชาติ (คน)
บางขุนเทียน	แห่งที่ 1	500	16	1 : 31
	แห่งที่ 2	800	26	1 : 30
	แห่งที่ 3	20	2	1 : 10
ภาษีเจริญ	แห่งที่ 4	600	18	1 : 33
บางแค	แห่งที่ 5	800	26	1 : 30
	แห่งที่ 6	350	12	1 : 29
รวม		3,070	100	1 : 30

4.2.4 ตรวจคัดกรองโรคและส่งต่อเข้าระบบการรักษา

โดยแกนนำที่ผ่านการฝึกอบรม อสต. ได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับการฝึกฝน ไปตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วย ATK ให้กับตนเอง ครอบครัว และเพื่อนๆแรงงานต่างด้าวด้วยกันในสถานประกอบการ และรายงานหัวหน้างานในสถานประกอบการ เพื่อยืนยันข้อมูลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ให้กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค และส่งต่อผู้ติดเชื้อโควิด 19 เข้าสู่ระบบการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลา ทั้งการรักษาที่บ้าน (Home Isolation) ศูนย์พักคอยในชุมชน (Community Isolation) สถานพยาบาลเฉพาะกิจ (Hospital) โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลตามสิทธิ์

4.2.5 ให้ความรู้การป้องกันโรคระบาดร้ายแรงแก่ชุมชนแรงงานต่างด้าว

มีการให้ความรู้การป้องกันโรคระบาดร้ายแรงแก่ชุมชนแรงงานต่างด้าว จำนวน 3,173 ราย และผลิตสื่อต้นแบบในการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างด้าว โดยได้มีการผลิตสื่อต้นแบบ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยกับภาษาเมียนมา โดยผลิตชุดความรู้

- 1) การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE)
- 2) การตรวจคัดกรองโควิด 19 (Swab & ATK)
- 3) การใช้อุปกรณ์วัดออกซิเจนปลายนิ้ว และอุปกรณ์วัดไข้
- 4) การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก และค่า BMI

เผยแพร่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานเขต ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร สถานประกอบการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 อบจ. เทศบาลเมือง และเทศบาล นคร

4.2.6 จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Health Post)

ในรูปแบบสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครต่างด้าวดูแล จำนวน 3 แห่ง ในบ้านพัก หอพัก และชุมชนแรงงานต่างด้าว ในเขตบางขุนเทียน ภาษีเจริญ และบางแค โดยได้สนับสนุนยาสามัญประจำบ้าน และวัสดุอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น เช่น ชุดตรวจ ATK เครื่องวัดความดัน เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เทอร์โมมิเตอร์ ฯลฯ การบริหารจัดการ ภายในศูนย์สุขภาพชุมชน มีเจ้าหน้าที่ซึ่ง เป็น อสต. ที่ผ่านการอบรม พัฒนาศักยภาพด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค มีการสร้างความร่วมมือในการจัดหาสถานที่ซึ่งเป็นที่ตั้งของ ศูนย์สุขภาพชุมชน และจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต รวมถึงยาสามัญประจำบ้าน ชุดทำแผล แรงงานต่างด้าวที่มารับบริการ จะได้รับการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ชักประวัติสุขภาพ วัดอุณหภูมิร่างกาย วัดความดันโลหิต และคำแนะนำการดูแลสุขภาพเบื้องต้น อสต. มีการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มคัดกรองสุขภาพ มีการประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร (อสส.) และมีการรายงานไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่ต่างด้าวที่มารับบริการจะมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ซึ่ง อสต.ได้ดำเนินการวัดไข้ วัดความดันโลหิต และจัดยาพาราเซตามอล ยาแก้ไอ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการไปพบแพทย์ถ้าหากอาการไม่ดีขึ้น ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนแรงงานต่างด้าว จัดตั้งขึ้นเพื่อให้การเฝ้าระวังและตรวจจับโรคมีประสิทธิภาพ มีความครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานต่างด้าว

4.2.7 ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและภาคีเครือข่าย ได้มีการดำเนินการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยได้ออกไปให้บริการเชิงรุกฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 3 (Booster Dose) ให้กับประชาชน โดยมี อสต. เป็นผู้แจ้งข่าว ประชาสัมพันธ์ และเชิญชวน ให้กลุ่มแรงงานต่างด้าวมารับวัคซีน ซึ่งมีผู้มารับวัคซีนจำนวนทั้งสิ้น 2,681 ราย แบ่งเป็น แรงงานต่างด้าว 753 ราย จากกลุ่มเป้าหมาย 811 ราย (ร้อยละ 92.8) นอกนั้น 1,928 ราย เป็นคนไทยและแรงงานต่างด้าวนอกกลุ่มเป้าหมาย สำหรับแรงงานต่างด้าวกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 3 จากการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในครั้งนี้ ได้มีการส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 4 แห่ง ในแต่ละเขต คือ เขตบางขุนเทียน มี ศูนย์บริการสาธารณสุข 42 ถนอม ทองสีมา เขตภาษีเจริญ มี ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง และศูนย์บริการสาธารณสุข 62 ดวงรัชฎ์ ศตะนาวิน และเขตบางแค มี ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค ดำเนินการติดตามเพื่อให้แรงงานต่างด้าวกลุ่มเป้าหมายอีก ร้อยละ 7.2 ได้รับวัคซีนเข็มสามอย่างครบถ้วน

4.3 ชั้นประเมินผล

มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน ร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยมีการเยี่ยมเยียนเสริมพลัง ติดตาม และประเมินผลในสถานประกอบการ และในหอพักแรงงานต่างด้าว ในพื้นที่นำร่องทั้ง 3 เขต โดยมีการติดตามการดำเนินงานของ อสต. ในการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ให้กับครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน

ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ด้วยการตรวจ ATK พร้อมเน้นย้ำให้ปฏิบัติตัวตามมาตรการ DMHTT ซึ่งผลลัพธ์ในการพัฒนารูปแบบความร่วมมือ ของ อสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค คือ มี อสต. ในสถานประกอบการ จำนวน 100 คน มีการตรวจคัดกรอง ATK จำนวน 2,000 ราย ค้นหาผู้ติดเชื้อ พร้อมรายงาน ประสาน และส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาตามสิทธิการรักษา ซึ่งมีผู้ป่วย 60 ราย ส่งต่อเข้ารับรักษาทั้ง 60 ราย (ร้อยละ 100) มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 3 แห่ง ให้บริการฉีดวัคซีน Booster Dose เชิงรุก ให้ความรู้การป้องกันโรคระบาดร้ายแรง ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และสร้างช่องทางในการสื่อสารความเสี่ยงระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับ อสต. ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ผลลัพธ์ในการพัฒนารูปแบบความร่วมมือ ของ อสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค

รายการ	ผลลัพธ์ในการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคโควิด 19
1. มี อสต. ในสถานประกอบการ	- เขตบางขุนเทียน 44 คน เขตภาษีเจริญ 18 คน และเขตบางแค 38 คน รวม จำนวน 100 คน
2. มีการตรวจคัดกรอง ATK ค้นหาผู้ติดเชื้อ พร้อมรายงาน ประสาน และส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาตามสิทธิการรักษา	- มีการตรวจ ATK จำนวน 2,000 ราย พบผลบวกจำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.0 - ได้ส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมดทั้ง 60 ราย เข้าสู่กระบวนการรักษาภายใน 24 ชม. - มีการกักตัวกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูงจำนวน 180 ราย ซึ่งสามารถลดการแพร่กระจายเชื้อไปในวงกว้างได้ - มีระบบและเครือข่ายการเฝ้าระวังโรค
3. จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน	- มีศูนย์สุขภาพชุมชน ในรูปแบบสาธารณสุขมูลฐานที่มี อสต. ดูแล จำนวน 3 แห่ง
4. ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด 19	- ให้บริการฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 (Booster Dose) เชิงรุกโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ในประชาชน จำนวน 2,681 ราย แบ่งเป็น แรงงานต่างด้าว 753 ราย จากกลุ่มเป้าหมาย 811 ราย (ร้อยละ 92.8) นอกนั้น 1,928 ราย เป็นคนไทยและแรงงานต่างด้าวนอกกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 71.9
5. ให้ความรู้แก่ชุมชนแรงงานต่างด้าว	- ให้ความรู้การป้องกันโรคระบาดร้ายแรงแก่ชุมชนแรงงานต่างด้าว จำนวน 3,173 ราย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสต. ร่วมกันดำเนินการ
6. การมีส่วนร่วม	- สถานประกอบการ / สำนักงานเขต / ศูนย์บริการสาธารณสุข / องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย / มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย / สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง / ภาครัฐ / ภาคเอกชน / ภาคประชาสังคม / ภาคประชาชน
7. เกิดช่องทางการสื่อสารความเสี่ยง	- มีไลน์กลุ่มในการสื่อสารความเสี่ยงระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับ อสต.

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง ดำเนินการ ด้านความครอบคลุมการรับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 3 (Booster Dose) ของแรงงานต่างด้าว พบว่า ก่อนดำเนินการ มีความครอบคลุมการรับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 3 (Booster Dose) ร้อยละ 29.3 และหลังดำเนินการ มีความครอบคลุมการรับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 3 (Booster Dose) เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 92.8 ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง ดำเนินการ ด้านความครอบคลุมการรับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 3 (Booster Dose)

วัคซีนโควิด 19	ก่อน (N=811)		หลัง (N=811)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับวัคซีนเข็มที่ 3 (Booster Dose)	238	29.3	753	92.8

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง ดำเนินการ ด้านพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 พบว่า หลังดำเนินการ แรงงานต่างด้าวมียุติพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ดีกว่าก่อนดำเนินการ โดยเฉพาะพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน การเว้นระยะห่างจากผู้อื่นเวลาอยู่นอกบ้าน รวมถึงการหลีกเลี่ยงการออกไปที่มีคนแออัด เช่น วัด ตลาด อื่นๆ ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง ดำเนินการ ด้านพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19

พฤติกรรมป้องกันโควิด 19 (N=811)	เป็นประจำ		บางครั้ง		ไม่ทำเลย	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ท่านสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน	799 (98.5)	807 (99.5)	2 (0.2)	3 (0.4)	10 (1.2)	0 (0.0)
ท่านเว้นระยะห่างจากผู้อื่นเวลาอยู่นอกบ้าน	765 (94.3)	773 (95.3)	36 (4.4)	38 (4.7)	10 (1.2)	0 (0.0)
ท่านล้างมือด้วยสบู่หลังจากหยิบจับสิ่งของ	742 (91.5)	750 (92.5)	59 (7.3)	61 (7.5)	10 (1.2)	0 (0.0)
เมื่อท่านไอ/จามใส่ทิชชูหรือผ้าเช็ดหน้า ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้สเปรย์/เจลแอลกอฮอล์	743 (91.6)	751 (92.6)	57 (7.0)	60 (7.4)	11 (1.4)	0 (0.0)
ท่านหลีกเลี่ยงการออกไปที่มีคนแออัด เช่น วัด ตลาด อื่นๆ	314 (38.7)	429 (52.9)	380 (46.9)	382 (47.1)	117 (14.4)	0 (0.0)

พฤติกรรมกำรป้องกันโควิด 19 (N=811)	เป็นประจำ		บางครั้ง		ไม่ทำเลย	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ช่วง COVID-19 ทำนไปพบปะเพื่อน/ญาติ	156 (19.2)	16 (2.0)	421 (51.9)	419 (51.7)	234 (28.9)	376 (46.4)
ทำนเดินทางโดยใช้รถสาธารณะ รถรับจ้าง รถแท็กซี่	148 (18.2)	12 (1.5)	462 (57.0)	460 (56.7)	201 (24.8)	341 (42.0)

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง ดำเนินการ ด้านระดับพฤติกรรมกำรป้องกันโควิด 19 ของ
แรงงานต่างด้าว พบว่า ก่อนดำเนินการ มีระดับพฤติกรรมกำรป้องกันโควิด 19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.4 และ
หลังดำเนินการ มีระดับพฤติกรรมกำรป้องกันโควิด 19 อยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 88.4 ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง ดำเนินการ ด้านระดับพฤติกรรมกำรป้องกันโควิด 19

ระดับพฤติกรรม	ก่อน (N=811)		หลัง (N=811)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	10	1.2	0	0.0
ระดับปานกลาง	165	20.3	94	11.6
ระดับดี	636	78.4	717	88.4

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง ดำเนินการ ด้านการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาของ
แรงงานต่างด้าว พบว่า ก่อนดำเนินการ มีความครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา ร้อยละ 59.5
และหลังดำเนินการ มีความครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100 ดังตาราง
ที่ 22

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง ดำเนินการ ด้านความครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการ
รักษา

การส่งต่อผู้ป่วย	ก่อน (N=84)		หลัง (N=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา	50	59.5	60	100

4.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ส่งคืนข้อมูลให้สถานประกอบการ รวมถึงมีเวทีสะท้อนผลการดำเนินงานให้กับสถานประกอบการ

จากการดำเนินการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ผู้วิจัยได้จัดเวที ส่งคืนข้อมูลให้สถานประกอบการ รวมถึงมีเวทีสะท้อนผลการดำเนินงานให้กับสถานประกอบการ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อร่วมวิเคราะห์บทเรียน สะท้อนผลกระทบการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะทาง เพื่อความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง พัฒนารูปแบบ สร้างความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรงในระยะต่อไป โดยผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียนและสะท้อนผล ประกอบด้วย สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, ศูนย์บริการสาธารณสุข, สำนักงานเขต, องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย, มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย, สถานประกอบการ และแรงงานต่างด้าว ในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร ให้เกิดความสมบูรณ์ และได้รูปแบบฯ ที่มีประสิทธิผลและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริง ประกอบด้วย

4.4.1 ศึกษาสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

4.4.2 จัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 พร้อมดำเนินการ โดย อสต. ในชุมชนสถานประกอบการ ในพื้นที่ 3 เขต ได้แก่ เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค ได้แก่ 1) แผนการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคโควิด 19 และ 2) การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน

4.4.3 สร้างและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ด้วยกระบวนการสร้างเสริมพลัง (Empowerment) ให้มีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 ซึ่งได้ อสต. ในสถานประกอบการ ทั้ง 6 แห่ง ในภาพรวม อสต. 1 คน ดูแลแรงงานข้ามชาติ(Migrant Worker) 30 คน และผลิตคู่มือการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเขตเมือง (อสต. เขตเมือง) เผยแพร่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.4.4 ตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วยชุดตรวจแอนติเจน (ATK) พร้อมรายงาน ประสาน และส่งต่อเข้าระบบการรักษาตามสิทธิการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลา

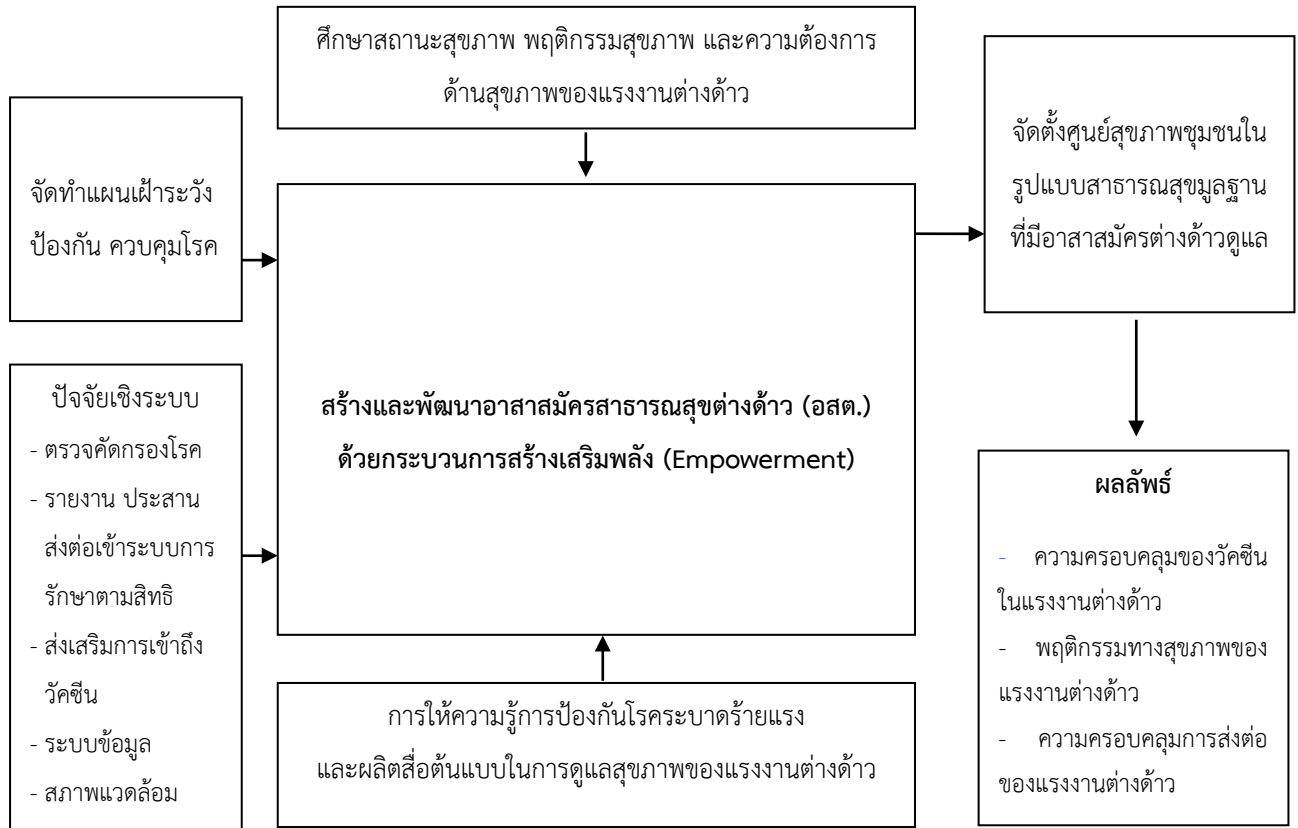
4.4.5 มีการให้ความรู้การป้องกันโรคระบาดร้ายแรงแก่ชุมชนแรงงานต่างด้าว โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสต. ร่วมกันดำเนินการ และผลิตสื่อต้นแบบในการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ได้มีการผลิตสื่อต้นแบบ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยกับภาษาเมียนมา โดยผลิตชุดความรู้ 1) การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) 2) การตรวจคัดกรองโควิด 19 (Swab & ATK) 3) การใช้อุปกรณ์วัดออกซิเจนปลายนิ้ว และอุปกรณ์วัดไข้ 4) การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก และค่า BMI เผยแพร่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.4.6 จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในรูปแบบสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครต่างด้าวดูแล จำนวน 3 แห่ง ในบ้านพัก หอพัก และชุมชนแรงงานต่างด้าว ในเขตบางขุนเทียน ภาษีเจริญ และบางแค

4.4.7 ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และภาคีเครือข่าย ได้มีการดำเนินการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดย

ได้ออกไปให้บริการเชิงรุกฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 3 (Booster Dose) ให้กับประชาชน ทั้งคนไทยและต่างด้าว โดยในกลุ่มต่างด้าว มี อสต. เป็นผู้แจ้งข่าว ประชาสัมพันธ์ และเชิญชวน ให้กลุ่มแรงงานต่างด้าวมารับวัคซีน

ดังภาพที่ 13



ภาพที่ 13 การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว
ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง

การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง พบว่า มีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคที่สำคัญ 5 ขั้นตอน ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานสร้างความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงาน จากการประชุมถอดบทเรียน ทีมวิจัยสถาบันป้องกันควบคุมโรค ร่วมกับ ภาควิชาเวชศาสตร์ สาธารณสุข สำนักงานเขต องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย สถานประกอบการ และแรงงานต่างด้าว ในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร เสนอว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จได้นั้น คือ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ซึ่งเป็นการสำรวจสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

การวิเคราะห์สภาพปัญหา (Situation Analysis) แต่ละภาคีเครือข่ายมีมุมมองที่มีความแตกต่างกัน โดยมุมมองของสถานประกอบการและหน่วยงานสาธารณสุข ที่ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา นำปัญหาที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญ และจัดทำแผนการดำเนินการ (Planning) ตามหลัก 4 M

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง โดยการจัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 พร้อมดำเนินการ โดย อสต. ในชุมชนสถานประกอบการ ในพื้นที่ 3 เขต ได้แก่ เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค ด้วยกระบวนการสร้างเสริมพลัง (Empowerment)

ขั้นตอนที่ 3 การทำงานแบบร่วมแรงร่วมใจ (Collaboration) การทำงานร่วมกันทั้งสถาบันป้องกัน ควบคุมโรคเขตเมือง ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานท้องถิ่น เข้าใจบทบาท มีความสัมพันธ์ที่เอื้ออำนวยซึ่งกันและกัน ส่งเสริม ช่วยเหลือให้เป้าหมายกิจกรรมการดำเนินงานสร้างความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในรูปแบบสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครต่างด้าวดูแล จำนวน 3 แห่ง เป็นรูปแบบที่ใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรงในชุมชน ส่งผลให้ความครอบคลุมการรับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 3 (Booster Dose) ร้อยละ 92.8 (ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 29.3) พฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของแรงงานต่างด้าวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.4 (ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 78.4) และความครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา ร้อยละ 100 (ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 59.5)

ขั้นตอนที่ 4 การเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายกับชุมชนเขตเมือง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร (Connection) การสร้างรูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ในชุมชนสถานประกอบการ เขตบางขุนเทียน ภาษีเจริญ และบางแค เพื่อลดปัญหาโรคและภัยสุขภาพ โดยให้ชุมชนเข้ามามีบทบาท มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง อย่างเป็นระบบ เกิดความใกล้ชิด ผูกพัน และช่วยพัฒนาให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้การควบคุมโรคระบาดร้ายแรงได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ส่งคืนข้อมูลให้สถานประกอบการ รวมถึงมีเวทีสะท้อนผลการดำเนินงานให้กับสถานประกอบการ การสรุปผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง โดยมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังจากการดำเนินงาน เพื่อสรุป สะท้อนผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนร่วมกัน หาข้อเสนอแนะในการที่จะแก้ไขปัญหาและพัฒนาให้เกิดความยั่งยืน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

การวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 2) เพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง 3) เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบความร่วมมือของ อสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรงในแรงงานต่างด้าว ในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร สรุปได้ดังนี้

5.1.1 ศึกษาสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

มีการสำรวจสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ในเขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค พบว่า สถานะสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ได้แก่ มีสิทธิการรักษา ร้อยละ 86.4 เป็นสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 62.6 เคยติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 23.3 พฤติกรรมสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ได้แก่ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 98.5 รองลงมาคือ เว้นระยะห่างจากผู้อื่นเวลาอยู่นอกบ้าน ร้อยละ 94.3 และเมื่อไอ/จามใส่ทิชชูหรือผ้าเช็ดหน้าล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือใช้สเปรย์/เจลแอลกอฮอล์ ร้อยละ 91.6 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.4 ความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ได้แก่ ต้องการความรู้เรื่องโควิด 19 ร้อยละ 61.5 ต้องการอุปกรณ์ป้องกันโควิด 19 คือ หน้ากากอนามัย ร้อยละ 91.9 รองลงมา คือ เจลแอลกอฮอล์ ร้อยละ 58.6

5.1.2 พัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง

1. จัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 พร้อมดำเนินการ โดย อสต. ในชุมชนสถานประกอบการ ในพื้นที่ 3 เขต ได้แก่ เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค ได้แก่ 1) แผนการเฝ้าระวัง ป้องกัน โรคโควิด 19 และ 2) การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน

2. สร้างและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ด้วยกระบวนการสร้างเสริมพลัง (Empowerment) ให้มีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 ซึ่งได้ อสต. ในสถานประกอบการ ทั้ง 6 แห่ง จำนวน 100 คน ในภาพรวม อสต. 1 คน ดูแลแรงงานข้ามชาติ (Migrant Worker) 30 คน และผลิตคู่มือการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเขตเมือง (อสต. เขตเมือง) เผยแพร่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วยชุดตรวจแอนติเจน (ATK) พร้อมรายงาน ประสาน และส่งต่อเข้าระบบการรักษาตามสิทธิการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลา โดยมีการตรวจ ATK จำนวน 2,000 ราย พบ

ผลบวก จำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.0 ได้ส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมดเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็ว เหมาะสมและทันเวลา และมีการกักตัวกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูงจำนวน 180 ราย ซึ่งสามารถลดการแพร่กระจายเชื้อไปในวงกว้างได้

4. มีการให้ความรู้การป้องกันโรคระบาดร้ายแรงแก่ชุมชนแรงงานต่างด้าว จำนวน 3,173 ราย และผลิตสื่อต้นแบบในการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ได้มีการผลิตสื่อต้นแบบ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยกับภาษาเมียนมา โดยผลิตชุดความรู้ 1) การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) 2) การตรวจคัดกรองโควิด 19 (Swab & ATK) 3) การใช้อุปกรณ์วัดออกซิเจนปลายนิ้ว และอุปกรณ์วัดไข้ 4) การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก และค่า BMI เผยแพร่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในรูปแบบสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครต่างด้าวดูแล จำนวน 3 แห่ง ในบ้านพัก หอพัก และชุมชนแรงงานต่างด้าว ในเขตบางขุนเทียน ภาษีเจริญ และบางแค โดยได้สนับสนุนยาสามัญประจำบ้าน และวัสดุอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น ซึ่งมีจำนวนผู้มารับบริการ 230 คน โดยให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น จำนวน 160 คน ส่งต่อไปรักษา จำนวน 65 คน และให้คำปรึกษา แนะนำ จำนวน 210 คน

6. ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและภาคีเครือข่าย ได้มีการดำเนินการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยได้ออกไปให้บริการเชิงรุกฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 3 (Booster Dose) ให้กับประชาชน ทั้งคนไทย และต่างด้าว โดยในกลุ่มต่างด้าว มี อสต. เป็นผู้แจ้งข่าว ประชาสัมพันธ์ และเชิญชวน ให้กลุ่มแรงงานต่างด้าวมารับวัคซีน ซึ่งมีผู้มารับวัคซีนจำนวนทั้งสิ้น 2,681 ราย

5.1.3 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาารูปแบบความร่วมมือของ อสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง

ผลลัพธ์หลังดำเนินการ พบว่า ความครอบคลุมการรับวัคซีนโควิด 19, พฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 และความครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา เพิ่มขึ้น ดังนี้

1. ความครอบคลุมการรับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 3 (Booster Dose) ร้อยละ 92.8 (ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 29.3)
2. พฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.4 (ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 78.4)
3. ความครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา ร้อยละ 100 (ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 59.5)

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งการอภิปรายไปตามวัตถุประสงค์ ซึ่งมีอยู่ 3 ประเด็นได้แก่ 1) เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 2) เพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง 3) เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาารูปแบบความร่วมมือของ อสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรงในแรงงานต่างด้าว ในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร ดังนี้

5.2.1 ศึกษาสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

ตามหลักรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ในมาตรา 51 ระบุว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ในเขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค พบว่า มีสิทธิการรักษา ร้อยละ 86.4 เคยติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 23.3 พฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ความครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา ร้อยละ 59.5 สามารถอธิบายได้ว่าลักษณะของแรงงานต่างด้าวมีความหลากหลายประเภท และลักษณะของบุคคล การเคลื่อนย้ายงานไปตามสถานที่ต่างๆตามสถานที่ทำงาน เมื่อมีการเจ็บป่วยและเข้าสู่กระบวนการรักษาและได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานให้บริการของโรงพยาบาลในพื้นที่ตามแนวทางการดูแลรักษา (CPG) รายโรค ไม่ได้ดูว่าเป็นคนไทย หรือต่างด้าว แรงงานต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่อยากขาดงานหรือเป็นความเปราะบาง (Vulnerabilities) ของแรงงานต่างด้าว ความแตกต่างในระบบสุขภาพระหว่างประเทศ ข้อจำกัดด้านกฎหมายในการเข้าถึงบริการ ความแตกต่างด้านสังคมและวัฒนธรรม ภาษา ความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความตระหนักและรับรู้ระบบบริการสุขภาพขาดหลักประกันสุขภาพ (รชนีวรรณ นิรมิตร และบัวพันธ์ พรหมพักพิง, 2561) (อรทัย ศรีทองธรรม, 2556) ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาละเลยการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ที่ต้องมีการพัฒนาระบบอาสาสมัครต่างด้าว การประสานงานเพื่อให้เกิดการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคกับนายจ้างที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยและทำงานด้วย รวมทั้งพัฒนาเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคติดต่อ จากการใช้แหล่งทรัพยากรภาคีเครือข่ายในพื้นที่ชุมชน ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น จะทำให้แรงงานต่างด้าวเข้าถึงกระบวนการการรักษาพยาบาลและป้องกันควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น

5.2.2 พัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง

การสร้างและพัฒนา อสต. ด้วยกระบวนการสร้างเสริมพลัง (Empowerment) ที่มีทั้งให้ความรู้เบื้องต้นโรคโควิด 19 การตรวจคัดกรองโรค การติดตามผู้สัมผัส การกักกัน การส่งต่อ และการรายงานโรค พร้อมทั้งมีการฝึกปฏิบัติสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) การเก็บตัวอย่าง (Swab) การตรวจหาเชื้อโรคโควิด 19 เบื้องต้น ด้วยชุดตรวจ ATK ด้วยตนเอง การใช้อุปกรณ์ตรวจวัดออกซิเจนปลายนิ้ว และการทำลายเชื้อ ซึ่งการพัฒนาความรู้เป็นพื้นฐานของการมีทักษะและความเชื่อมั่นในการควบคุมโรคโควิด 19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบูรณาการทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ สามารถทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 ได้เป็นอย่างดี (กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ, 2563) การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว(อสต.) ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพให้แก่กลุ่มแรงงานต่างด้าว จึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 มีอุปสรรคของการสื่อสาร คือ เรื่องภาษา ดังนั้น อสต. จึงเป็นกลไกสำคัญ ที่จะถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุข รวมถึงข่าวสารต่างๆ ให้กับแรงงานต่างด้าว รวมทั้งเป็นตัวกลางในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี (ภรณ์ ภูประเสริฐ, 2564)

การตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วยชุดตรวจแอนติเจน (ATK) กลยุทธ์ที่สำคัญอีกกลยุทธ์หนึ่งในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คือ กลยุทธ์ด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพ (จอมรุจิโรจน์ เหตุเกษ, 2564) ดังนั้นการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วยชุดตรวจ ATK พร้อมรายงาน ประสาน และส่งต่อเข้าระบบการรักษาตามสิทธิการรักษา ถือเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งชุดตรวจ ATK มีศักยภาพในการใช้งานที่รวดเร็ว เหมาะสมกับพื้นที่ที่มีความชุกของโรคสูง (ไมลา อิสสระสงคราม, 2565) สิ่งหนึ่งที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ คือ การค้นหาผู้ติดเชื้อให้เร็วที่สุด และแบ่งกลุ่มเสี่ยง และติดตามกลุ่มเสี่ยงให้ได้เร็วที่สุด แนะนำมาตรการโควิดตรวจเชิงรุก คืออาวุธสำคัญในการสู้โรคระบาด (องค์การอนามัยโลก, 2563) จากการระบาดที่รุนแรงและรวดเร็วของโรคโควิด 19 ระลอกใหม่ในประเทศไทยตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 ทำให้รัฐบาลต้องเร่งหาทางลดการแพร่กระจายเชื้อให้ได้โดยเร็ว การตรวจคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจหาเชื้อโควิด 19 แบบ ATK เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการค้นหาและคัดแยกผู้ติดเชื้อออกจากชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการและไม่ได้กักตัว ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อทั้งครอบครัว หรือการแพร่เชื้อเป็นกลุ่มภายในชุมชน (สุภาพร ครุสารพิศิบ, 2563) ในช่วงเดือนสิงหาคม 2564 เป็นช่วงที่พบการระบาดสูงสุด ซึ่งสายพันธุ์เดลต้ามีค่าตัวชี้วัดโอกาสแพร่เชื้อ(Basic reproductive number : R_0) สูงมากถึง 8-12 คือ ผู้ติดเชื้อ 1 คน สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ถึง 8-12 คนในหนึ่งสัปดาห์ (Finlay C, Brett A, Henry L, Yuka J, Franck K, Neale B, et al, 2020) แนวทางสำคัญในการควบคุมการระบาดของโรคที่ได้ผลคือ เร่งค้นหาผู้ป่วย / ผู้สัมผัสผู้ป่วย แล้วเร่งให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และการแยกกัก / การกักกันผู้สัมผัสเชื้อ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Health Post) ในรูปแบบสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ดูแล ได้มีการสนับสนุนยาสามัญประจำบ้าน และวัสดุอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น ได้แก่ ชุดตรวจ ATK เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต ชุดทำแผล ชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้น ฯลฯ โดยมีการให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพ ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ บันทึกข้อมูล ประสานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) และรายงานไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชน จัดตั้งขึ้นเพื่อให้เป็นสถานที่ให้บริการเบื้องต้น เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนเป็นการเฝ้าระวัง และตรวจจับโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะมีการรายงานเชื่อมโยงไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ โดยได้มีการคัดเลือกสถานที่สำหรับดำเนินการเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน มีการเลือกจุดที่มีประชากรแรงงานต่างด้าวพักอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น เพื่อที่จะได้ให้กลุ่มแรงงานต่างด้าว เข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น (ณัฐภาณี บัวดี และอดิเรก พันเขียว, 2561)

จากการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง ได้มีการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเขต สถานประกอบการ องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย สำนักงานจัดหางาน สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สำนักงานประกันสังคม กองพัฒนาระบบมาตรฐานงานกำกับโรงงาน กรมโรงงานอุตสาหกรรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมควบคุมโรค ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นมา ที่มีทั้งสำรวจสถานะสุขภาพ จัดทำแผนเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค สร้างและพัฒนาออสต. ตรวจคัดกรอง ATK พร้อมรายงาน ประสาน และ

ส่งต่อเข้าระบบการรักษา ผลิตสื่อต้นแบบ จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน และ ฉีดวัคซีนโควิด 19 พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผลการทำงานของ อสต. ในสถานประกอบการ สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานจะสำเร็จได้ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน เนื่องมาจากปัจจัยที่ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคมีย่อยปัจจัยที่นอกเหนือความรับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือ ประสานงานระหว่างหน่วยงานในทุกกระดับ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคสามารถลดการแพร่ระบาดในพื้นที่ และทำให้โรคไม่แพร่กระจายออกสู่พื้นที่อื่นได้ (จันทิมา นวมะวัฒน์ และคณะ, 2564)

5.2.3 เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาารูปแบบความร่วมมือของ อสต. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรงในแรงงานต่างด้าว

ความครอบคลุมการรับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว พบผู้ได้รับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 1 ร้อยละ 95.1 เข็มที่ 2 ร้อยละ 93.1 และเข็มที่ 3 (Booster Dose) ร้อยละ 29.4 จากนั้นสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเครือข่าย ได้ออกไปให้บริการเชิงรุกฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 (Booster Dose) ให้กับประชาชน โดยมี อสต. เป็นผู้แจ้งข่าว ประชาสัมพันธ์ และเชิญชวน ให้กลุ่มแรงงานต่างด้าวมารับวัคซีน ซึ่งมีผู้มารับวัคซีนทำให้ความครอบคลุมการรับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 3 (Booster Dose) เพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 92.8 สำหรับแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 3 (Booster Dose) จากการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในครั้งนี้ได้มีการส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค ดำเนินการติดตามเพื่อให้แรงงานต่างด้าวกลุ่มเป้าหมายอีก ร้อยละ 7.2 ได้รับวัคซีนเข็ม 3 (Booster Dose) อย่างครบถ้วน ซึ่งการได้รับวัคซีน 3 เข็มขึ้นไป ช่วยป้องกันป่วยหนักและเสียชีวิตในระดับสูง ได้อย่างน้อย 6 เดือน ป้องกันปอดอักเสบที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจได้ ร้อยละ 83 ป้องกันเสียชีวิตได้ ร้อยละ 93 ถ้าได้รับวัคซีน 4 เข็ม ป้องกันปอดอักเสบที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเสียชีวิตได้ ร้อยละ 100 (กรมควบคุมโรค, 2565) ดังนั้นการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้บริการฉีดวัคซีน Booster Dose เชิงรุก มีความจำเป็นมาก เพราะวัคซีนทุกชนิดสามารถป้องกันอาการป่วยที่รุนแรง ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตจากโควิด 19 ได้ แต่ไม่มีวัคซีนชนิดใด ป้องกันการติดเชื้อได้ ร้อยละ 100 เมื่อฉีดวัคซีนไปแล้วระยะหนึ่งภูมิคุ้มกันจะลดลงตามธรรมชาติ การฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นจึงมีความจำเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัสกลายพันธุ์ (สถาบันวัคซีนแห่งชาติ, 2565) ความสำเร็จในการให้บริการการฉีดวัคซีนในกลุ่มบุคคลต่างด้าวที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเกิดจากความร่วมมือของหลายฝ่าย ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเข้าถึงการฉีดวัคซีน ได้แก่ 1. การไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการฉีดวัคซีนกับคนทุกกลุ่ม 2. การทำงานเชิงรุกของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เสริมการทำงานเชิงรับในสถานพยาบาล 3. การสร้างความรับรู้เรื่องของการฉีดวัคซีน ผ่านสื่อต่างๆ ที่ช่วยให้เข้าใจได้ในคนทุกกลุ่ม 4. การให้ข้อมูลเพื่อความเชื่อมั่น ความปลอดภัยและผลข้างเคียงของวัคซีน 5. การบริหารวัคซีนที่เพียงพอ การกระจายวัคซีน และอำนวยความสะดวก (สุรัชย์ คำภักดี, 2563) ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ส่งผลให้ความครอบคลุมการรับวัคซีน ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้นคือ อสต. ที่สามารถเข้าถึงคนในชุมชนของตนเองได้ง่ายกว่าคนนอกชุมชน อีกทั้งยังมีภาษา ขนบธรรมเนียมปฏิบัติและความคุ้นเคย

ต่อกันในชุมชน สามารถติดต่อสื่อสารกันเองในชุมชนได้ตลอดเวลา (ณัฐภาณี บัวดี และอดิเรก พันเขียว, 2561) ทำให้มีความมั่นใจ เชื่อมมั่น และยอมรับการรับวัคซีน ซึ่งความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนของแรงงานต่างด้าวเป็นเรื่องสำคัญ (พิสิทธิ์ ภูมิพินผล และคณะ, 2566) การฉีดวัคซีนเป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับสังคม สามารถลดการแพร่ระบาด ลดความรุนแรงของอาการ ลดการเสียชีวิตได้ ดังนั้น วัคซีนจึงถือเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยควบคุมการระบาดของโรค และช่วยปกป้องให้ผู้คนปลอดภัยจากโรคนี้ได้

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด 19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 หลังดำเนินการ ดีขึ้น คือ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.4 (ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 78.4) เมื่อจำแนกเป็นรายพฤติกรรม พบว่า หลังดำเนินการ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ดีขึ้นแล้ว ดีขึ้นเพิ่มอีก ได้แก่ พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 99.5 (เดิม ร้อยละ 98.5) การเว้นระยะห่างจากผู้อื่นเวลาอยู่นอกบ้าน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 95.3 (เดิม ร้อยละ 94.3) ส่วนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ หลังดำเนินการ พบว่ามีการหลีกเลี่ยง ลด ละ เลิก ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการออกไปที่มีคนแออัด เช่น วัด ตลาด อื่นๆ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 52.9 (เดิม ร้อยละ 38.7) และการพบปะสังสรรค์เพื่อน/ญาติ ไม่ทำเลย ร้อยละ 46.4 (เดิม ร้อยละ 28.9) ซึ่งในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ทีมผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคระบาด และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว หรือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ที่ถูกต้องในการป้องกันควบคุมโรคระบาด ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดโอกาสเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ได้ ดังการศึกษาของ อนงค์นาถ ประกอบสุข และคณะ (2563) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาในสถานประกอบการอาหารทะเล จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งแรงงานต่างด้าวถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคติดต่อ การมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งเป็นพฤติกรรมพื้นฐานสำคัญสามารถช่วยลดการเกิดโรคติดต่อได้ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอนามัยในระดับดี ร้อยละ 79.20 และพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัย ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัย การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพอนามัย นโยบายส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ การเข้าถึงบริการสุขภาพและสื่อสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ในสถานประกอบการอาหารทะเล จังหวัดสมุทรปราการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 พงศ์ศักดิ์ จันทรทอง อุไรวรรณ จันทรทอง และศศลักษณ์ เมธารินทร์ (2563) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชนบางม่วง ตำบลฝาละมี อำเภอยะนิง จังหวัดพัทลุง พบว่า ประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมการสวมใส่หน้ากากอนามัยทุกคน ล้างมืออย่างถูกวิธี ทำให้ไม่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา รายใหม่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยการที่จะให้แรงงานต่างด้าวมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น มีความต่อเนื่องและยั่งยืน ต้องอาศัยการผลักดันจากสถานประกอบการหรือนายจ้าง ให้มีการวางแผนเพื่อกระตุ้นให้แรงงานได้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ การเข้าร่วมองค์กรเครือข่ายทางสาธารณสุข ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีโอกาสในการเข้ามาทำกิจกรรมการให้ความรู้ แนะนำวิธีการควบคุมป้องกันโรค ให้บริการตรวจสุขภาพ การฉีดวัคซีน และควรส่งเสริมและสนับสนุนครอบคลุมไปถึงสมาชิกในครอบครัว

แรงงานต่างด้าว เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวได้ (ญาดา เรียมริมมะดัน และ ศิริพันธ์ คำสี, 2561)

ความครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา พบว่า หลังดำเนินการ มีความครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา ร้อยละ 100 (ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 59.5) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการตรวจคัดกรอง ค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ โดยการตรวจ ATK พร้อมมีการรายงาน ประสาน และส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาตามสิทธิการรักษาของแรงงานต่างด้าวได้ทุกราย ซึ่งการเข้าถึงบริการในด้านการส่งต่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 เข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างทันท่วงที เป็นเรื่องสำคัญเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย และลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน สอดคล้องกับ ศิริภา ศิริพร ณ ราชสีมา และคณะ (2566) พบผู้ป่วยเข้าถึงบริการเร็ว จะลดการแพร่กระจายของเชื้อ การเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยในการประสานงานให้มีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว ธัญพร จรุงจิตร์ (2565) ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรับบริการการดูแลรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน สามารถควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน นำไปสู่การควบคุมโรคและจัดบริการพยาบาลให้รองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีคุณภาพ ดวงกมล จิระตราชู (2565) ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมมาตรฐานบริการปฐมภูมิทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การดูแลผสมผสาน การดูแลต่อเนื่อง และการประสานเชื่อมโยงระบบบริการ และการศึกษาของ นิชาธิศม์ ปัญญาโพธิวัฒน์ และคณะ (2563) พบว่า แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่ร้อยละ 53.9 จะเข้ารับบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยเพียง 1-2 ครั้งต่อปีเท่านั้น ส่วนการรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาลพบว่าแรงงานต่างด้าวมีการรับรู้เพียง ร้อยละ 59.3 ดังนั้นจะต้องมีการทำงานเชื่อมต่อประสานเครือข่ายในชุมชน ซึ่งมีความไวในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการรับมือต่อการระบาดของโรคอุบัติใหม่และวิกฤติระบบสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต เป็นแรงผลักดันให้ภาคเอกชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา วัฒนธรรมการทำงานแบบบูรณาการที่มีผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายในการสร้างความเท่าเทียมของหน่วยงานในการเข้าถึงบริการ การทำงานเป็นทีม การประสานงานกับหน่วยงานอื่น รวมทั้งความสำคัญของระบบข้อมูลที่ดี สามารถนำแนวทางนี้ไปพัฒนาบริการการดูแลผู้ป่วยที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอื่นๆ ต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลจากการศึกษารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรง มีประเด็นที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาทั้งในระดับนโยบายและระดับการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในดำเนินงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรงของแรงงานต่างด้าวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่เขตเมืองที่แตกต่างกับพื้นที่อื่นๆให้มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและรองรับการระบาดโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ร้ายแรงที่เข้ามาในพื้นที่ในอนาคต ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะเชิงนโยบายการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร้ายแรงของแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตเมือง ดังนี้

5.3.1 ระดับนโยบาย

1) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีการวางแผนกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาด มีแนวทางการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับ

กระทรวง เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม ฯลฯ และหน่วยงานระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานเขต ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย สำนักงานจัดหางาน สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานคร และกองพัฒนาระบบมาตรฐานงานกำกับโรงงาน กรมโรงงานอุตสาหกรรม ควรมีความร่วมมือในการดำเนินงานเนื่องจากดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคระบาด ในแรงงานต่างด้าวมีช่องว่างด้านสิทธิการรักษา การตรวจคัดกรองโรค การตรวจแอนติเจน (ATK) การเข้าถึงวัคซีน ที่ไม่ครอบคลุม ทำให้กรมควบคุมโรครับภาระค่าใช้จ่ายดูแลแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิด้านการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดในกลุ่มแรงงานต่างด้าว

2) มีการกำหนด กฎระเบียบ ข้อตกลงและการกำกับดูแลการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้นายจ้าง/ผู้ประกอบการ ที่มีแรงงานต่างด้าวในสังกัดร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาด โดยการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวรายงานเหตุการณ์เมื่อมีผู้ป่วย/สงสัย เกิดขึ้น เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยโรค และรักษาได้ทันเวลาที่ เนื่องจากนายจ้างมีบทบาทสำคัญทั้งการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพและการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระบาด อาจพิจารณาบทลงโทษในกรณีไม่ได้รับความร่วมมือการขออนุญาตนำเข้าแรงงานต่างด้าวร่วมด้วย

5.3.2 ระดับปฏิบัติ

1) สานพลังและร่วมมือกับกรุงเทพมหานครและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 เพื่อขยายผลการดำเนินงานรูปแบบนี้ไปในสถานประกอบการอื่น ให้ครอบคลุมทั่วประเทศและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2) สถานประกอบการหรือนายจ้าง ควรมีการวางแผนเพื่อกระตุ้นให้แรงงานต่างด้าวได้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีโอกาสเข้ามาทำกิจกรรมการให้ความรู้ แนะนำการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ให้บริการตรวจสุขภาพ ฉีดวัคซีน ให้กับแรงงานต่างด้าวรวมถึงสมาชิกในครอบครัวแรงงานต่างด้าว

3) เยี่ยมเสริมพลัง ติดตามการดำเนินงาน ประสานบูรณาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลต่างๆ เช่น แรงงานจังหวัด สวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ศูนย์บริการแรงงานแบบเบ็ดเสร็จ ศูนย์บริการสาธารณสุข รวมถึงข้อมูลจากการสำรวจปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ในพื้นที่เพื่อให้เกิดการดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ทันเวลาที่

4) จัดตั้งเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ให้สามารถดำเนินการได้จริงในการดูแลผู้ป่วยแรงงานต่างด้าว ทั้งในระดับชุมชน เขต จังหวัด เพื่อให้การดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น การส่งต่อแรงงานต่างด้าวเข้าระบบการรักษา ให้ความรู้การป้องกันโรคเบื้องต้นแก่แรงงานต่างด้าวด้วยกัน และส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนอย่างครอบคลุม

5.4 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.1 ควรขยายการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพอื่นๆ ที่เป็นปัญหาของกลุ่มประชากรต่างด้าว

5.4.2 ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะชุมชนแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบและเพิ่มความหลากหลายของข้อมูล อันจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบความร่วมมือที่สามารถประยุกต์ใช้ได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

5.4.3 ควรใช้ระยะเวลาในการติดตามผลของรูปแบบความร่วมมือในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืน และประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง

5.4.4 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เช่น แรงจูงใจในการทำงาน การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและภาคท้องถิ่น รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่พบ เพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการทำงาน

5.4.5 ควรนำวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้เพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่ม เพื่อให้เข้าใจบริบทและมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวอย่างรอบด้านมากขึ้น

5.4.6 ควรส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนความต้องการจริงของชุมชน และเพิ่มโอกาสในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและ
ภัยสุขภาพ (พ.ศ. 2560 - 2579). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ไซน์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คำแนะนำการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19) ข้อมูลสำหรับผู้ประกอบการคอนโดมิเนียม อพาร์ทเมนต์ หอพัก. (อัดสำเนา).
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(Coronavirus Disease 2019 : COVID-19) ฉบับวันที่ 15 พฤษภาคม 2563. (อัดสำเนา).
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของ
โรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการใน
สถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึง
ได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other02.pdf.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต].
[เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก
<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/introduction.php>.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับวันที่ 27
พฤศจิกายน 2564. (อัดสำเนา).
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(Coronavirus Disease 2019:COVID-19) ฉบับวันที่ 11 สิงหาคม 2564. [อินเทอร์เน็ต].
[เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก
https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_110864.pdf.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ประสิทธิภาพวัคซีนโควิด 19 จากการใช้จริง พฤษภาคม –
กรกฎาคม 2565 (ช่วงการระบาดสายพันธุ์ย่อย BA.4/BA.5). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ
1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก
https://www.facebook.com/permalink.php/?story_fbid=390789463200050&id=100068069971811
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). เส้นทางฝ่าวิกฤตพิชิตโรคโควิด 19 กรมควบคุมโรค.
(อัดสำเนา).
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ
หรือโรคระบาด พ.ศ. 2566 – 2570 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. (อัดสำเนา).

บรรณานุกรม (ต่อ)

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 โควิด - 19 ปรับเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558. สถานการณ์ผู้ป่วย COVID - 19 รายวัน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ฉบับปรับปรุง. (อัสสาเนา).
- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. (2561). การบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.Dsdw2016.dsdw.go.th/doc_2560-2561/PDF/8392e/5.pdf.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คำแนะนำในการทำมาค้าขาย ทำลายและฆ่าเชื้อโรค. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://covid19.anamai.moph.go.th>.
- กรุงเทพธุรกิจ. (2564). เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว' ดูยังไง? จำเป็นแค่ไหนในยุค "โควิด". [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkokbiznews.com/lifestyle/934781>.
- กองเศรษฐกิจการแรงงาน สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน. รายงานสถานการณ์ภาวะเศรษฐกิจการแรงงานระหว่างประเทศ และการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ ไตรมาส 1/2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://warning.mol.go.th/uploadFile/pdf/pdf-2022-08-29-1661761146.pdf>.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีธรรม, นวรัตน์ ไวมภู, กษกร ฉายากุล. (2563). ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์. 2563;12(3):195-212.
- คณิต หนูพลอย และคณะ. (2564). รายงานการวิจัย: สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานและความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของแรงงานต่างด้าวชาวพม่าในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5381?show=full&locale-attribute=th>.
- จริยา ดำรงค์ศักดิ์ และคณะ. (2565). การประเมินความรู้ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ต. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(1):1-14.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- จอมรุจจิโรจน์ เหตุเกษ. (2564). กลยุทธ์ในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด – 19 ศึกษาเฉพาะกรณีเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ. (อัสสัมชัญ).
- จันทิมา นวมะวัฒน์ และคณะ. (2564). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์. (อัสสัมชัญ).
- ชนาธิป ไชยเหล็ก. (2563). ถุงมือไม่ใช่อุปกรณ์ป้องกันโควิด-19เข้าสู่ร่างกาย และอาจแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่น. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://themomentum.co/do-gloves-protect-you-from-coronavirus/>.
- ชนนาถ นิตตะโย และคณะ. (2563). เปิดข้อเท็จจริงแรงงานต่างด้าวในไทย: ตอนที่ 1 แรงงานทักษะต่ำมองภาพการพึ่งพาแรงงานต่างด้าวในไทย ผ่านข้อมูลประกันสังคม. สถาบันวิจัยเศรษฐกิจป๋วย อึ๊งภากรณ์. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.pier.or.th/?abridged>.
- เชียงใหม่นิวส์. (2563). ทำไม? แรงงานต่างด้าว ถึงนิยมทำงานในไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.chiangmainews.co.th/page/archives/1408850/>.
- ญาดา เรียมริมมะดัน และศิรินันท์ คำสี. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสาร มจร.วิชาการ. 2561;21(42):79-91.
- ณชวิศ กิตติบรรดิฐ และ ฉัตรกมล พิธีปัญญาวรณันท์. (2564). เสียงของแรงงานต่างด้าวในไทยต่อความต้องการวัคซีนโควิด 19 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2021/07/PB-94_MigrantVaccine-RGB.pdf
- ณชวิศ กิตติบรรดิฐ และ ฉัตรกมล พิธีปัญญาวรณันท์ (2564). เพื่อพัฒนากรอบการติดตามและการประเมินผลนโยบายวัคซีนโควิด – 19 ในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hitap.net/wp-content/uploads//11/>
- ณิชาธิ์ศม์ ปัญญาโพธิวัฒน์ และคณะ. (2563). การศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดเชียงราย อำเภอแม่สาย เชียงแสน และเชียงของ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2564;44(1):88-99.
- ณัฐภาณี บัวดี และอดิเรก พันเขียว. (2561). แนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพสาธารณสุขมูลฐานของกลุ่มประชากรข้ามชาติสัญชาติเมียนมา ในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์(สทมส.). 2561;24(พิเศษ):86-102.
- ดวงกมล จิระตราชู. (2565). ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่กักตัวที่บ้าน บริบทพื้นที่ชุมชน และโรงงาน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://ppbh.moph.go.th/ictweb/file/ejurnalodk.pdf>

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ทรงชัย ทองปาน. (2563). สภาพปัญหา และข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย: ผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ. วารสารสังคมวิจัยและพัฒนา. 2563;2(4):1-20.
- ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์. (2550). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาในพื้นที่บริการของโรงเรียนล้อมแรดวิทยา อำเภอดงบัง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์การบริหารการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (อัดสำเนา).
- ธัญพร จรุงจิตร. (2565). ประสิทธิภาพของการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบ Home Isolation โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2565/research/MA2565-003-01-0000000991-0000001020.pdf>
- นงพรรณ พิริยานพงศ์. (2546). คู่มือวิจัยและพัฒนา. กรุงเทพฯ: มายด์ พับลิชชิ่ง. (อัดสำเนา).
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศ์. (2546). การมีส่วนร่วม: หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สิริลักษณ์การพิมพ์.
- นำชัย ชีววิวัฒน. (2564). คู่มือโควิด-19 ฝ่ายสร้างสรรค์สื่อและผลิตภัณฑ์ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.). (อัดสำเนา).
- ประชา วสุประสาท. (2553). วาระนโยบายแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย: เส้นทางสู่ความสามารถในการแข่งขันระยะยาว. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานแรงงานระหว่างประเทศประจำภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก.
- พงศ์ศักดิ์ จันทร์ทอง อุไรวรรณ จันทร์ทอง และศศลักษณ์ เมธารินทร์. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชนบ้านบางม่วง ตำบลฝายละมี อำเภอบางแพะ จังหวัดพัทลุง. (อัดสำเนา).
- พิสิทธิ์ ภูมิพันธุ์ผล และคณะ (2566). ถอดบทเรียนการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในแรงงานต่างด้าวบริเวณชายแดน: กรณีศึกษาด่านบ้านแหลม อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2567;41(3):319-329.
- ภรณ์ ภูประเสริฐ. (2564). อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ส่งต่อข้อมูลสุขภาพ ป้องกันโควิด สู่แรงงานข้ามชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.khaosod.co.th/special-stories/news_6699726.
- ภานุพงศ์ วัฒนเสรีกุล. (2563). ย้อนประวัติศาสตร์ Pandemic (โรคระบาดใหญ่) สะเทือนโลก. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/870449>

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ภัทรียา กิจเจริญ. (2565). บทบาทและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://sh.mahidol.ac.th/?p=11069>.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). Pandemic Endemic Epidemic และ Outbreak ระบาดยังไง? ต่างกันยังไงนะ?. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue038/vocab-rama>
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). การใช้เครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th>.
- เมตต์ เมตต์การุณจิต. (2553). การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม: ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และราชการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บุ๊คพอยท์.
- ไมลา อิศระสงคราม. (2565). การศึกษาความไว ความจำเพาะ และความถูกต้องของการใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kits เปรียบเทียบกับการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบ Real time RT-PCR ณ จุดให้บริการตรวจคัดกรองเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาคสนาม กรุงเทพมหานคร. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2565;53(2):13-20.
- ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ และสิริวิษณุ รัตนประทีปทอง. (2564). ผลกระทบของ Covid-19 ที่มีผลต่อการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย(ทีดีอาร์ไอ). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://tdri.or.th/2020/08/covid-19-impact-on-migrant-workers/>
- ยูนิเซฟ. (2562). รายงานการย้ายถิ่นของประเทศไทย พ.ศ. 2562 บทสรุปสำหรับผู้บริหาร. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.unicef.org/thailand/media/2116/>
- ราชกิจจานุเบกษา. (2563). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 48 ง 29 กุมภาพันธ์ 2563.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2565). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2565. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 223 ง 20 กันยายน 2565.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2565). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 223 ง 20 กันยายน 2565.
- รัชนิวรรณ์ นิรมิตร และบัวพันธ์ พรหมพักพิง. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของหญิงบริการชาวลาว ในพื้นที่ชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://gsdms.nida.ac.th/images/jsd/Y21_2/5_Ratchanee.pdf

บรรณานุกรม (ต่อ)

- โรเบิร์ต วี. เครจซี. (2563). สูตรคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://plan.eng.cmu.ac.th/wp-content/uploads/2015/07/sampling.pdf>
- วิชาญ ปาวัน. (2563). นายกฯ ระบุ แรงงานเมียนมาเข้าเมืองผิดกฎหมาย นำเข้าโรคโควิด. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.benarnews.org/thai/news/th-bu-covid-seafood-market12212020183311.html>.
- วันชัย วัฒนศัพท์. (2553). คนไทยไม่ทอดทิ้งกัน: คู่มือการจัดการสร้างความปรองดองในระบบบริการสาธารณสุข. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- วรรณฤดี อิศรานุวัฒนชัย. (2564). ประเด็นท้าทายเพื่อพัฒนารอบการติดตามและการประเมินผลของนโยบายวัคซีนโควิด 19 ในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hitap.net/research/183456>
- ศรวณีย์ อวนศรี และคณะ. (2564). การศึกษาสถานการณ์และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ ในกรณีที่มีการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. (อค์สำเนา)
- ศรินภา ศิริพร ณ ราชสีมา และคณะ. (2566). การประเมินการดำเนินการเพิ่มศักยภาพเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน ในช่วงเวลาที่เกิดวิกฤติระบบสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5881?locale-attribute=th>
- ศิริพร จิรวัฒนกุล. (2546). การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. (2566). คู่มือการฝึกอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเขตเมือง (อสต.เขตเมือง) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ฮีธ จำกัด.
- สถาบันมาตรวิทยาแห่งชาติ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2563). เครื่องวัดอุณหภูมิทางการแพทย์กับการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://mx.nimt.or.th/?p=9973>.
- สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. (2565). เหตุผลสำคัญที่ทำให้ไม่ควรฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น และใครบ้างที่ควรฉีด. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thansettakij.com/general-news/509603>.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน(องค์การมหาชน). (2565).
 แรงงานรู้สู้โควิด. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก
<https://www.tosh.or.th/covid-19/index.php/covid-19-2>.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2564). “แรงงานข้ามชาติ” ปัญหาอีก ยิ่งวิกฤตในวันที่ต้องเผชิญ “โควิด-19”.
 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก .
<https://www.hsri.or.th/news/1/3254>
- สมพร สังข์แก้ว, อีรนุช ห่านิวัติชัย, บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2563). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาล
 ผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่. วารสารสภาพพยาบาล. 2563;35(3): 69-86.
- สร้อยสุดา เกสรทอง และคณะ. (2560). ปัญหาสุขภาพจากการทำงานในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (แรงงานต่างด้าว)
 จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารควบคุมโรค. 2560;43(3):255-269.
- สุภาพร ครุสารพิศิบ. (2563). การตรวจ ATK เชิงรุก ยุทธวิธีสำคัญเพื่อหยุดยั้งการแพร่กระจายโควิด-19.
 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก
<https://www.prd.go.th/th/file/get/file/20210809c4cfae688c4ab2117612702a2fb7ce94164910.pdf>
- สุรัชย์ คำภักดี. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงวัคซีนโควิด 19 ของบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ.
 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/260723>
- สุรัชย์ ธรรมทวีธิกุล และญาณพินิจ วชิรสุรงค์. (2559). แนววิธีการพยากรณ์พฤติกรรมของมนุษย์“พลวัตรกลุ่ม”
 (Group Dynamics) ของ Kurt Lewin แห่ง M.I.T. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี.
 2559;10(23): 112-118.
- สุรศักดิ์ สุนทร และคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนในภาวะหลังวิกฤตของโรค
 ระบาดโควิด – 19 โดยบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 5 และ 6.
 (อัดสำเนา).
- สัญญา เคนาภูมิ. (2551). ความสำเร็จของวิสาหกิจชุมชนใน 4 จังหวัดชายแดนลุ่มน้ำโขง. วิทยานิพนธ์รัฐ
 ประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
 ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักงานอาหารและยา. (2558). สารต้านเชื้อจุลินทรีย์ที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต].
 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก
<https://www.doe.go.th/prd/alien/downloads/param/site/152/cat/14/sub/0/pull/category/view/list-label>.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน. (2561). คู่มือการขออนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าว สำหรับนายจ้าง/สถานประกอบการ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/96dd0f4c136f52018cc9700f067f0377.pdf
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน. (2565). สถิติจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน คงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือน กันยายน 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/45cff11596ce65a843feed952d80ce33.pdf.
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน. (2565). แจ้งจำนวนพื้นที่เขตการจัดหางาน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 31 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.doe.go.th/prd/alien/downloads/param/site/152/cat/14/sub/0/pull/category/view/list-label>.
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน. (2567). เปิดสถิติแรงงานต่างด้าวย้อนหลัง 10 ปี. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 31 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://thestandard.co/foreign-workers-in-thailand/>
- องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2565). อาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานต่างด้าวเข้ารับการอบรมเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางช่วงโควิด 19 อุดช่องว่างในระบบการรักษายาบาลของประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unicef.org/thailand/th/stories/อาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ-เข้ารับการอบรมเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางช่วงโควิด-19>.
- องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน และศูนย์วิจัยการย้ายถิ่นแห่งเอเชีย สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2556). โครงการศึกษาการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการย้ายถิ่นของแรงงานจากพม่าและผลกระทบต่อประเทศไทย. กรุงเทพฯ: องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน.
- องค์การอนามัยโลก. (2563). มาตรการโควิด ตรวเชิงรุก คืออาวุธสำคัญในการสู้โรคระบาด. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.springnews.co.th/news/690576>.
- อนงค์นาถ ประกอบสุข และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาในสถานประกอบการอาหารทะเล จังหวัดสมุทรปราการ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/246856>

บรรณานุกรม (ต่อ)

- อภิวรรณ ศิรินันทนา. (2565). แร้งงานต่างด้าวกับการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน. [อินเทอร์เน็ต].
[เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:
https://so02.tci-thaijo.org/index.php/hsi_01/article/view/252647
- อรรถัย ศรีทองธรรม และคณะ. (2556). ผลกระทบจากแรงงานข้ามชาติลาว กัมพูชา และพม่า ต่อภาระงาน
บริการสุขภาพของโรงพยาบาลตามแนวชายแดนของประเทศไทย. รายงานวิจัย. สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการวิจัย.
- Arnstien, S.R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. Journal of the American Institute of
Planners. 35(4): 216-224.
- BBC NEWS. (2563). โควิด-19: สธ. ประกาศการระบาดระลอกใหม่ในไทย ผู้ติดเชื้อจากกรณีสมุทรสาครเกือบ
700 รายในวัน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.bbc.com/thai/thailand-55383363>
- Best, John W. (1977). Research in Education. 3rd. ed. Engle Wood Clift, NJ: Prentice Hall.
- Bloom, S. J. (1975). Taxonomy of education objective, hand book1: cognitive domain.
New York: David Mckay.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Types of Influenza Viruses [Internet]. [cited
2024 Oct 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/flu/about/viruses/types.htm>
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). Rural Development Participation: Concept and Measure
For Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development
Committee Center for international Studies. New York: Cornell University Press.
- Daniel, Wayne W. (1995). Biostatistics: A Foundation For Analysis in the Health Sciences. 6ed.
Canada: John Wiley and Sons.
- De Cenzo, David A. and Robbins, Stephan P. (1994). Human Resource Management: Concepts
And Practices. 4th ed. Canada: John Wiley & Sons. Inc.,
- Finlay C, Brett A, Henry L, Yuka J, Franck K, Neale B, et al. (2020). Increased transmissibility and
global spread of SARS-CoV-2 variants of concern as at June 2020. Euro surveillance
journal. 2021; 26(24): 1-6.
- Holloway, I. W., (2010). Qualitative research in nursing and health care. 3rd ed. India:
Laserwords Privates.
- Streubert, H.J & Carpenter, D.R. (1999). Qualitative Research in Nursing Advancing the
Humanistic Imperative, (3rd cd.). Philadelphia: Lippincott.

บรรณานุกรม (ต่อ)

William, E. (1976). Electoral Participation in a Low Stimulus Election. *Rural Development*. 4(1): 111–124.

World Health Organization. (2017). Advancing the right to health: the vital role of law. [Internet]. [cited 2022 Jul 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252815/9789241511384-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

World Health Organization. (2022). Influenza (Seasonal) [Internet]. [cited 2024 Oct 1]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ภาคผนวก ข. หนังสือราชการที่เกี่ยวข้อง

ภาคผนวก ค. QR Code คู่มือการฝึกอบรม

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเขตเมือง

ภาคผนวก ก. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ภาคผนวก ข. หนังสือราชการที่เกี่ยวข้อง

ภาคผนวก ค. QR Code คู่มือการฝึกอบรม
อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเขตเมือง



QR Code คู่มือการฝึกอบรม
อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเขตเมือง (อสด. เขตเมือง)
ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)