

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูง และผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบเฝ้าระวังซ้ำ จังหวัดอุดรธานี

สมชาย ทองกระสัน^{1,*} ส.ม.

Received: May 26, 2022

Revised: September 6, 2022

Accepted: September 15, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ผู้ป่วยโรคโควิด-19) แบบเฝ้าระวังซ้ำของจังหวัดอุดรธานี ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในการสนทนากลุ่ม ประเด็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า บริบทจังหวัดอุดรธานีขาดระบบการคัดกรองตรวจหาเชื้อและจัดสถานที่กักกันผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโรคโควิด-19 จึงมีการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโรคโควิด-19 แบบเฝ้าระวังซ้ำจังหวัดอุดรธานี รูปแบบการจัดการระบบที่พัฒนาได้ ประกอบด้วย 1) จัดสถานที่ตรวจหาเชื้อผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโรคโควิด-19 2) จัดระบบผู้สัมผัสเสี่ยงสูงกักตัวในสถานที่กักกันในชุมชน 3) จัดระบบการส่งต่อผู้ติดเชื้อไปรักษาในโรงพยาบาลสนามและโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี 4) ระบบการเฝ้าระวังซ้ำหลังจากออกจากโรงพยาบาลมากักตัวในชุมชน จำนวน 7 วัน ก่อนกลับบ้าน ซึ่งจะทำให้ครอบครัวและชุมชน เกิดความมั่นใจ ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดอุดรธานี พบว่า หลังการพัฒนาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.52$, S.D. = 0.57) งานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของผู้สัมผัสความเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในจังหวัดอุดรธานีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การเฝ้าระวังซ้ำ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง

¹ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

* ผู้รับผิดชอบบทความ: somchai.thong@gmail.com

Development of health care system management model for high-risk exposure and patients infected with coronavirus disease 2019 under repeated surveillance in Uttaradit Province

Somchai Thongkrasan^{1, *} M.P.H.

ABSTRACT

This research aimed to develop a management model for the health care system of high-risk contacts and patients infected with coronavirus disease 2019 (Patients with COVID-19) under repeated surveillance in Uttaradit Province. The participants were involved in the public health system in Uttaradit Province. Data were collected using the research instruments included semi-structured guidelines for focus group discussion, workshop topics, and questionnaires. Quantitative data were analyzed using percentage, frequency, mean and standard deviation. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed the lack of a system for infectious screening and the lack of establishment of a quarantine facility for high-risk contacts and patients with COVID-19 in Uttaradit Province. A management model for the health care system of high-risk contacts and patients with COVID-19 had been developed in Uttaradit province. The management model consisted of 1) establishing a testing facility for high-risk contacts and patients with COVID-19; 2) establishing a system for people with high-risk contacts to be quarantined in community quarantine facilities; 3) establishing a referral system for infected people in field hospitals and hospitals in Uttaradit Province; 4) repeated surveillance system after discharging from the hospital to quarantine in a community for seven days before returning home, which will make the family and the community members more confident. For the opinion regarding the effect of development of health care system management model for high-risk exposure and patients with COVID-19, revealed that, after applying such management model, the results showed that the overall opinions were at a high level ($\bar{X}$ = 4.52, S.D. = 0.57). This research could be used to effectively manage the health care system of high-risk contacts and patients with COVID-19 in Uttaradit Province.

Keywords: Repeated surveillance, Coronavirus disease 2019 patients, High-risk exposure

¹ Plan and Policy Analyst, Senior Professional Level, Uttaradit Provincial Health Office

* Corresponding author: somchai.thong@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) อย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตรวจคัดกรองอุณหภูมิผู้เดินทางที่ด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศ ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2563 หลังจากประเทศจีนประกาศแจ้งเตือนว่าพบการระบาดของโรคปอดอักเสบไม่ทราบเชื้อสาเหตุในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ทำให้สามารถตรวจจับผู้ป่วยชาวจีนรายแรกที่นำเชื้อเข้าสู่ประเทศไทยได้อย่างรวดเร็วตั้งแต่วันที่ 8 มกราคม 2563 หลังจากนั้นพบผู้ป่วย วันที่ 31 มกราคม 2563 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยชาวไทยรายแรก อาชีพขับรถแท็กซี่ ซึ่งไม่เคยมีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ แต่มีประวัติขับรถแท็กซี่ให้บริการกับผู้โดยสารจีน หลังจากนั้นเป็นต้นมา เริ่มพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อภายในประเทศไทยเพิ่มขึ้นในกลุ่มอาชีพเสี่ยงสูงที่ต้องทำงานใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ได้แก่ พนักงานขับรถสาธารณะ มัคคุเทศก์ พนักงานขายของ

นอกจากนี้ ยังมีคนไทยที่ป่วยภายหลังกลับจากเดินทางไปท่องเที่ยวต่างประเทศ การป่วยด้วยโรคโควิด-19 ในคนไทยเหล่านี้ ทำให้เกิดการแพร่เชื้อต่อไปยังผู้สัมผัสใกล้ชิด โดยเฉพาะคนในครอบครัว อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ทำการค้นหาและติดตามผู้สัมผัสอย่างรวดเร็ว จนสามารถควบคุมให้การระบาดยังอยู่ในวงจำกัดได้ กลางเดือนมีนาคม พบกลุ่มคนไทยป่วยจำนวนมากใน 2 เหตุการณ์ ได้แก่ การแพร่ระบาดในสถานบันเทิง และการแพร่ระบาดในสนามมวย 3 แห่ง ทั้งสองเหตุการณ์ทำให้เกิดการระบาดไปสู่คนใกล้ชิดทั้งในครอบครัว สถานที่ทำงานและสถานศึกษาอีกจำนวนมาก และแพร่กระจายไปในจังหวัดอื่น ๆ ทั่วประเทศ จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วประมาณ 150-200 รายต่อวัน รัฐบาลจึงมีการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2563 และออกประกาศที่สำคัญเพื่อการป้องกันควบคุมโรค ได้แก่ การปิดพรมแดนระหว่างประเทศโดยเฉพาะท่าอากาศยาน การชะลอการเดินทางข้ามจังหวัด การจำกัดเวลาเข้าออกเคหะสถาน

และการปิดสถานที่ต่าง ๆ ทำให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในประเทศลดลงและเริ่มมีการผ่อนปรนมาตรการต่าง ๆ (Department of Disease Control, 2021)

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 มียอดผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 1,603,475 ราย จำแนกเป็นผู้ติดเชื้อภายในประเทศจำนวน 1,597,567 ราย จากต่างชาติ 5,908 ราย เสียชีวิตสะสม 16,727 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.0 ส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์ สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 มียอดผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 3,890 ราย จำแนกเป็นผู้ติดเชื้อภายในประเทศจำนวน 3,889 ราย จากต่างชาติ 1 ราย เสียชีวิตสะสม 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.1 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศในจำนวนผู้ติดเชื้อภายในประเทศ จำแนกเป็นผู้ติดเชื้อภายในจังหวัด 903 ราย จากผู้กลับเข้ามารักษาในจังหวัด 2,987 ราย (Department of Disease Control, 2022)

มติที่ประชุมของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2563 ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 จากผู้เดินทางซึ่งมาจากห้องที่หรือเมืองท่านอกราชอาณาจักรและให้กรมควบคุมโรคในฐานะสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ สามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติมาตรการ หลักเกณฑ์ วิธีการ หรือแนวทางการดำเนินการเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็นและความเหมาะสม เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป คณะทำงานด้านภารกิจมาตรฐานการกักกัน (Quarantine) ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค จึงแบ่งรายละเอียดสถานที่กักกัน ซึ่งทางราชการกำหนดเป็น 4 ประเภท คือ 1) State Quarantine (SQ) 2) Organizational Quarantine (OQ) 3) Hospital Quarantine (HQ) และ 4) Alternative Hospital Quarantine (AHQ) (Department of Disease Control, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งผลการศึกษาพบว่าศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัดมีรูปแบบการบริหารจัดการมีสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน มีเข้มแข็งและครอบคลุมทาง

มีแนวทางขั้นตอนและวิธีปฏิบัติงาน แต่โครงสร้างศูนย์ฯ ไม่ชัดเจน ไม่มีกลยุทธ์/แผนงาน/โครงการเฉพาะ ขาดการพัฒนาคุณภาพและการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูล ไม่ชัดเจนในกระบวนการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานและมีการใช้วัสดุอุปกรณ์พื้นฐานร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉินแต่ยังไม่เพียงพอ ส่วนศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต มีการบริหารจัดการโดยติดตามและประเมินผลความสำเร็จตามตัวชี้วัดมีการกำหนดแนวทางขั้นตอนและวิธีการต่างๆ แต่ยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติคือ ไม่มีกลยุทธ์/แผนงานและโครงการพัฒนางานบุคลากรของศูนย์ฯ ในระดับเขต มีการใช้เทคโนโลยีในการส่งต่อแต่ขาดการวิเคราะห์และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ที่เป็นแบบเดียวกันทั้งเขต และรูปแบบการบริหารจัดการที่เหมาะสม มี 3 รูปแบบ (HMR Model) คือ 1) รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัดในโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับสูง (High Level of Provincial Referral Coordination Center Model: H Model) 2) รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัดในโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (Moderate Level of Provincial Referral Coordination Center Model: M Model) และ 3) รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต (Level of Region Referral Coordination Center Model: R Model) (Thaisriwong, 2016)

กระบวนการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ได้ดำเนินงานตามขั้นตอนของแนวทางการบริหารจัดการสถานที่กักกันซึ่งทางราชการกำหนด (Quarantine facilities) ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัดแต่ยอดผู้ติดเชื้อภายในจังหวัดอุตรดิตถ์ยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเกิดความกังวลจากชุมชนว่าผู้ที่กลับสู่ชุมชนจากสถานที่กักกันจะนำเชื้อโรคไปแพร่กระจายในชุมชน เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุดังกล่าว พบว่า แนวทางการบริหารจัดการสถานที่กักกันซึ่งทางราชการกำหนดของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขนั้น ยังมีจุดที่ควรพัฒนาเพื่อลดการเกิดซ้ำและความวิตกกังวล

ของสังคม กล่าวคือ เมื่อมีการตรวจพบเป็นผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 จะถูกจำแนกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 1 และ 2 เป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการหรือปรากฏอาการเล็กน้อยให้เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลตามภูมิลำเนาหรือโรงพยาบาลสนาม กลุ่ม 3 เป็นกลุ่มที่ปรากฏอาการ Mild pneumonia ให้เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลชั่วคราวทุกแห่งหรือโรงพยาบาลค่ายพระยาพิชัยดาบหักหรือโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และกลุ่ม 4 เป็นกลุ่มที่ปรากฏอาการ Severe pneumonia ให้เข้ารักษาตัวโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ซึ่งในการพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ให้รักษาที่โรงพยาบาลจนหายอย่างน้อย 10 วันแล้วกลับบ้านได้ กลุ่มที่ 4 ให้รักษาที่โรงพยาบาลจนหายอย่างน้อย 20 วันแล้วกลับบ้านได้ โดยไม่ต้องกักตัวที่สถานที่กักกัน (Local Quarantine: LQ) (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2020) จังหวัดอุตรดิตถ์ได้นำแนวทางการดูแลรักษาและจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังกล่าวมาปฏิบัติอย่างเคร่งครัด แต่ยังเกิดการป่วยซ้ำกลับมารักษาตัวที่โรงพยาบาล จำนวน 3 ราย ผู้วิจัยจึงดำเนินการสนทนากลุ่มกับจากบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า ขั้นตอนการพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มนั้น ยังไม่บรรลุประสิทธิภาพเท่าที่ควร ไม่สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ร้อยละร้อยหรือทุกราย ทำให้ต้องมีการพัฒนาแนวทางดังกล่าวให้บรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่เป็นเลขานุการของศูนย์บริหารจัดการสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 แบบเฝ้าระวังซ้ำจังหวัดอุตรดิตถ์เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าเมื่อผู้ที่หายป่วยจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนจะไม่เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 อีก จึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 แบบเฝ้าระวังซ้ำจังหวัดอุตรดิตถ์ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและข้อมูลการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 แบบเฝ้าระวังซ้ำจังหวัดอุตรดิตถ์และนำรูปแบบการจัดการไปสู่การปฏิบัติ
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อผลการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 แบบเฝ้าระวังซ้ำ จังหวัดอุตรดิตถ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เลขที่ UPHO REC 062/64

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 160 คน บุคลากรในโรงพยาบาลจำนวน 2,040 คน บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 438 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 11,556 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 81 คน รวมทั้งสิ้น 14,275 คน

กลุ่มตัวอย่าง รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 973 คน (ตาราง 1) ซึ่งประกอบด้วย

- 1) กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ได้แก่ บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ รวมทั้งสิ้น 12 คน ซึ่งดำเนินการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)
- 2) กลุ่มตัวอย่างในการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ได้แก่ บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 10 คน บุคลากรในโรงพยาบาล

กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 9 คน บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 89 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอเมือง จำนวน 18 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 คน รวมทั้งสิ้น 135 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

3) กลุ่มตัวอย่างในการนำรูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 แบบเฝ้าระวังซ้ำจังหวัดอุตรดิตถ์ไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 160 คน บุคลากรในโรงพยาบาลกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 9 คน บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 89 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 89 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 81 คน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 260 คน รวมทั้งสิ้น 688 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

4) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาความคิดเห็นต่อผลการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 แบบเฝ้าระวังซ้ำจังหวัดอุตรดิตถ์ ได้แก่ เจ้าหน้าที่บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 32 คน บุคลากรในโรงพยาบาลกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 คน บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 18 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 18 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 16 คน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 52 คน รวมทั้งสิ้น 138 คน ได้มาจากการการสุ่มตัวอย่างแบบมีชั้นภูมิ (Stratified sampling) แล้วกำหนดแต่ละชั้นภูมิเป็นร้อยละ 20.0 จากนั้นนำมาเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

ตาราง 1 ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประเภท	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง (n = 973)			
		สนทนา กลุ่ม	ประชุมเชิง ปฏิบัติการ	นำไปสู่การ ปฏิบัติ	แบบสอบถาม (ร้อยละ 20.0)
บุคลากรสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุตรดิตถ์	160	12	20	160	32
บุคลากรในโรงพยาบาล	2,040	-	9	9	2
บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล	438	-	89	89	18
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม.	11,556	-	18	89	18
บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	81	-	9	81	16
กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	260	-	-	260	52
รวม	14,535	12	135	688	138

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยหรือเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน 3 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 ประเด็นสนทนากลุ่ม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบริบทและการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ ชุดที่ 2 ประเด็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อออกแบบและหาวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ และชุดที่ 3 เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อผลการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 แบบเฝ้าระวังซ้ำ จังหวัดอุตรดิตถ์ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิธีการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) (Srisa-ard, 2013) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.93 และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha-Coefficient) (Cronbach, 1990) กับประชากรที่มีใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 แบบสอบถามมีการกำหนดเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นเป็นคะแนน

ดังนี้ 4.51-5.00 สำเร็จมากที่สุด 3.51-4.50 สำเร็จมาก 2.51-3.50 สำเร็จปานกลาง 1.51-2.50 สำเร็จน้อย 1.00-1.50 สำเร็จน้อยที่สุด (Srisa-ard, 2013)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นเวลา 1 วัน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบริบทและข้อมูลการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 12 คนโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการ (Moderator) นอกจากนี้ เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความสมบูรณ์ครบถ้วน ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องบันทึกเสียงตลอดการสนทนากับทุกกลุ่ม โดยได้ขออนุญาตจากผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มก่อน ด้านสถานที่ในการดำเนินจัดสนทนากลุ่มผู้ศึกษาได้ใช้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นพื้นที่วิจัยโดยมีแนวทางการสนทนากลุ่มคือ 1) สภาพการบริหารจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์

ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร 2) การจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ มีอุปสรรคปัญหาหรือไม่ อย่างไร 3) ประสิทธิภาพของระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ ในภาพรวมเป็นอย่างไร 4) ควรมีการพัฒนารูปแบบระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์อย่างไร

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์และนารูปแบบไปสู่การปฏิบัติ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อออกแบบและหาวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 1 วัน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ บุคลากรในโรงพยาบาลกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนันและผู้ใหญ่บ้าน ประเด็นคำถามหลัก ได้แก่ 1) สภาพการบริหารจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร 2) สภาพการบริหารจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ที่ผ่านมา มีจุดเด่นหรือจุดที่ควรพัฒนาอย่างไรบ้าง 3) แนวทางหรือวิธีการที่เหมาะสมในการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นอย่างไร ใช้เป็นแนวทางสำหรับการพูดคุย เพื่อให้การเข้าถึงปรากฏการณ์เป็นไปอย่างเปิดกว้างไม่ยึดติดอยู่กับแนวคิดใดๆ รวมทั้งนำไปสู่การปฏิบัติตั้งแต่เดือนกันยายน 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565

ระยะที่ 3 การศึกษาความคิดเห็นต่อผลการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 แบบเฝ้าระวังซ้ำจังหวัดอุตรดิตถ์โดยการ

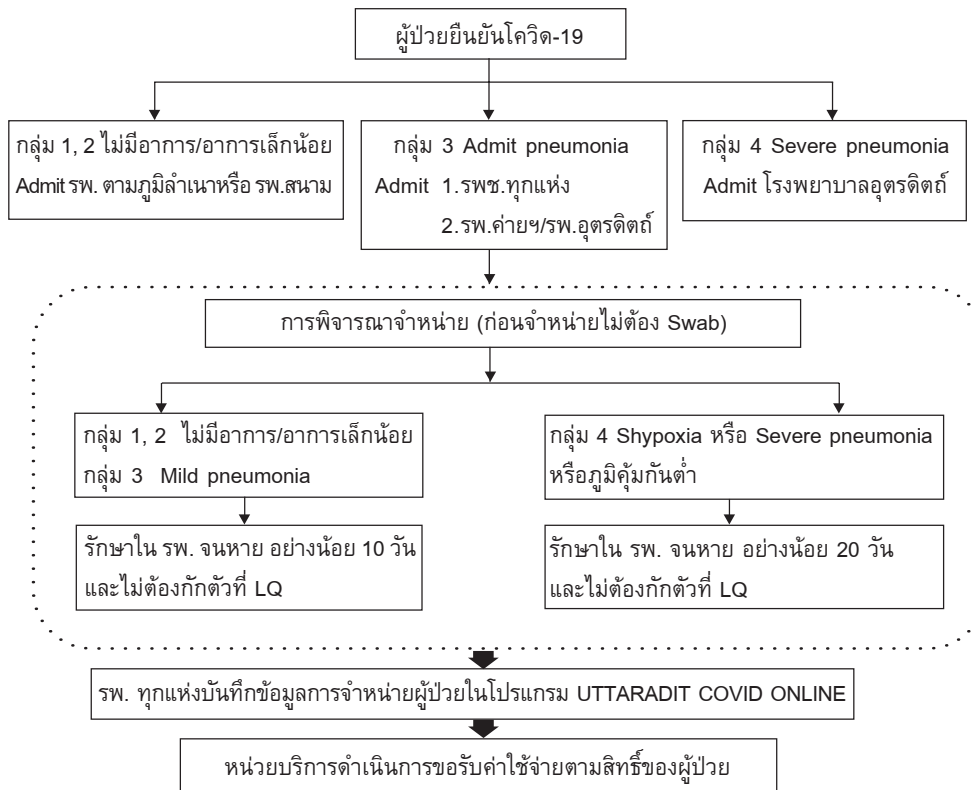
ตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย เจ้าหน้าที่บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ บุคลากรในโรงพยาบาลกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน โดยผู้วิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูล เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและประชุมเชิงปฏิบัติการ (Dudovskiy, 2021) โดยดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 การจัดเตรียมข้อมูล ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนคำถามการ ขั้นตอนที่ 3 การจัดการข้อมูล โดยการเข้ารหัส ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล (Power & Hubbard, 1999)

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์พบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดอุตรดิตถ์ สะสมตั้งแต่เดือนเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 จนถึงวันที่ 8 มีนาคม 2565 ที่ตรวจโดย Real-Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) มีจำนวนทั้งสิ้น 8,656 ราย ยังรักษาอยู่ใน โรงพยาบาล จำนวน 3,387 ราย หายแล้ว 5,269 รายและเสียชีวิตสะสม 78 ราย ส่วนรูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ก่อนการพัฒนา แสดงดังภาพ 1



ภาพ 1 รูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ก่อนการพัฒนา

รูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ ก่อนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้นสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อมีการตรวจพบเป็นผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 จะถูกจำแนกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 1, 2 เป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการหรือปรากฏอาการเล็กน้อยให้เข้ารับกักตัว (Admit) ที่โรงพยาบาลตามภูมิสำเนาหรือโรงพยาบาลสนาม กลุ่ม 3 เป็นกลุ่มที่ปรากฏอาการ Mild pneumonia ให้เข้ารับกักตัว (Admit) ที่โรงพยาบาลชั่วคราวทุกแห่งหรือโรงพยาบาลค่ายพระยาพิชัยดาบหักหรือโรงพยาบาลอุตรดิตถ์และกลุ่ม 4 เป็นกลุ่มที่ปรากฏอาการ Severe pneumonia ให้เข้ารับกักตัว (Admit) โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ซึ่งในการพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ให้รักษาที่โรงพยาบาลจนหายอย่างน้อย 10 วันแล้วกลับบ้านได้ กลุ่มที่ 4 ให้รักษาที่โรงพยาบาลจนหายอย่างน้อย 20 วันแล้วกลับบ้านได้โดยไม่ต้องกักตัวที่สถานที่กักกัน (LQ) อีก

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ และนำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติ จากการวิเคราะห์ จากการสนทนากลุ่มและการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า ปัญหาหลักที่เกิดขึ้นจากแนวทางที่ดำเนินการในช่วงเวลาแรก คือ เกิดการป่วยซ้ำในรายที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลจำนวน 3 ราย เกิดการแพร่เชื้อสู่ชุมชน ทำให้ความเชื่อมั่นในแนวทางการดำเนินงานของจังหวัดอุตรดิตถ์ลดลง ชุมชนเกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้ ยังมีสภาพปัญหาในการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ ดังนี้

1. ในระยะเริ่มแรกการกำหนดสถานที่สำหรับกักกันถูกชุมชนต่อต้าน ทำให้หาสถานที่กักกันไม่ได้
2. ผู้ป่วยข้ามขั้นตอนการตรวจคัดกรองหาเชื้อ COVID-19 โดยไม่ปฏิบัติตามมาตรการของจังหวัดอุตรดิตถ์ มีการลักลอบเข้าพื้นที่ทำให้เกิดผู้สัมผัสเสี่ยงสูงเพิ่มมากขึ้น

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็กที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องให้ผู้ปกครองดูแลเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

4. การทำความสะอาดสถานที่ที่กักกันเป็นภาระของเจ้าหน้าที่ ทำให้มีภาระกิจเพิ่มขึ้น

5. งบประมาณค่าอาหารไม่พอ อปพร. มีค่าอยู่เวร แต่ อสม. อยู่เวรไม่มีค่าตอบแทน

6. การฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ประชาชนยังมีความเชื่อว่าวัคซีนไม่มีประสิทธิภาพ ผลข้างเคียงสูง ไม่ปลอดภัย เลือกฉีดวัคซีน รววัคซีนทางเลือก ญาติ พี่น้อง ลูกหลานไม่ให้ฉีด กลัวเกิดการเสียชีวิต

7. กลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วย COVID-19 เข้าพื้นที่โดยไม่ประสานผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ทำให้กลุ่มงานควบคุมโรคในพื้นที่ดำเนินการในเรื่องของการให้คำแนะนำและมาตรการต่างๆ ตามประกาศจังหวัดลำปาง

8. อาคารและสถานที่ ควบคุม แยกกักหรือกักกัน (Local Quarantine: LQ) จำนวนห้องน้ำ ห้องอาบน้ำ ไม่เพียงพอและไม่มีจุดทิ้งขยะเปียกหรือขยะอินทรีย์

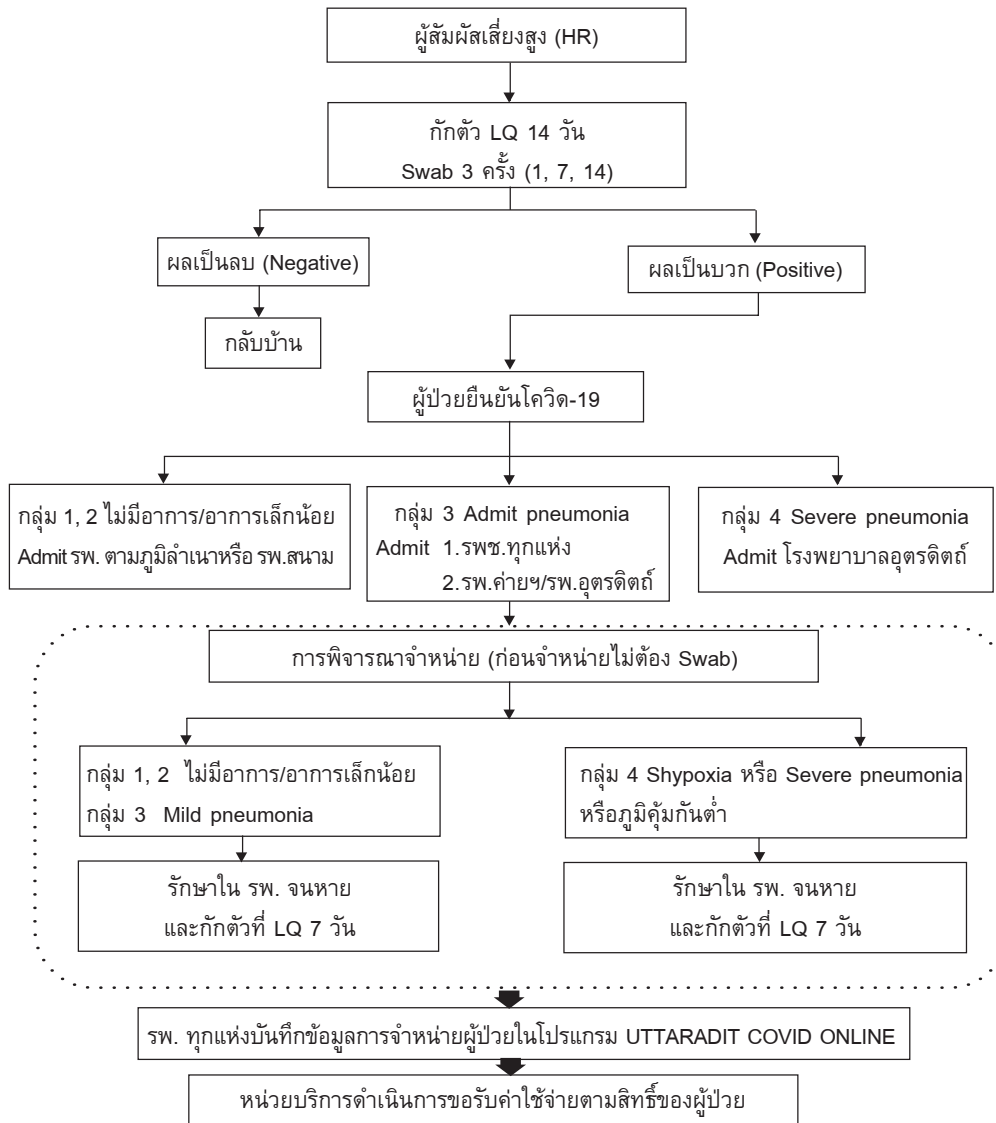
9. ระบบการเฝ้าระวังควบคุมโรค มีกรอบแนวทางในการทำงาน ประสานงานระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่แต่ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และจำนวนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ประจำ LQ ไม่เพียงพอ

10. การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ ระบบสุขภาพ ขาดระบบบำบัดน้ำเสีย และขาด

ผู้รับผิดชอบการจัดเก็บและกำจัดขยะติดเชื้อที่ชัดเจน

11. ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานประจำจุด LQ เนื่องจากต้องปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 แบบเฝ้าระวังซ้ำจังหวัดอุตรดิตถ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้น พบว่า เมื่อมีการตรวจพบผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (HR) ให้กักกันตัวที่ LQ 14 วัน โดยการทำ Swab 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ของการเข้ากักตัว ครั้งที่ 2 วันที่ 7 ของการเข้ากักตัว และครั้งที่ 3 วันที่ 14 ของการเข้ากักตัว หากพบว่าผลเป็นลบ (Negative) ให้กลับบ้านหรือที่อยู่อาศัยได้ หากพบว่าผลเป็นบวก (Positive) เป็นผู้ป่วยยืนยัน โควิด-19 จะถูกจำแนกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 1, 2 เป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการหรือปรากฏอาการเล็กน้อยให้เข้ารับกักตัว (Admit) ที่โรงพยาบาลตามภูมิลำเนาหรือโรงพยาบาลสนาม กลุ่ม 3 เป็นกลุ่มที่ปรากฏอาการ Mild pneumonia ให้เข้ารับกักตัว (Admit) ที่โรงพยาบาลชั่วคราวทุกแห่งหรือโรงพยาบาลค่ายพระยาพิชัยดาบหักหรือโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และกลุ่ม 4 เป็นกลุ่มที่ปรากฏอาการ Severe pneumonia ให้เข้ารับกักตัว (Admit) โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ซึ่งในการพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มนี้เมื่อรักษาจนหายป่วยหรือผลเป็นลบ (Negative) แล้วให้กักตัวที่ LQ อีก 7 วัน เพื่อสร้างความมั่นใจแก่คณะแพทย์ ผู้ป่วยและชุมชนว่าจะไม่กลับมาป่วยซ้ำหรือแพร่เชื้อได้อีก ทำให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย แสดงดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 แบบเฝ้าระวังซ้ำจังหวัดอุตรดิตถ์

ระยะที่ 3 การศึกษาความคิดเห็นต่อผลการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 แบบเฝ้าระวังซ้ำจังหวัดอุตรดิตถ์หลังการพัฒนาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.41$, S.D. = 0.60) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด มีดังนี้ ลำดับที่ 1 คือ สร้างความมั่นใจในการนำส่งผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 กลับสู่ชุมชน ($\bar{x} = 4.72$, S.D. = 0.45) ลำดับที่ 2 คือ เป็นการป้องกัน

การติดเชื้อซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{x} = 4.66$, S.D. = 0.49) ลำดับที่ 3 คือ ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์มีประสิทธิภาพ ($\bar{x} = 4.63$, S.D. = 0.50) และลำดับที่ 4 คือ ช่วยลดความกังวลของผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 ในการกลับสู่ชุมชน ($\bar{x} = 4.52$, S.D. = 0.57) แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์หลังการพัฒนา (n = 138)

รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ความสำเร็จ
1. ทำให้การวางแผนการบริหารจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์มีความชัดเจนมากขึ้น	4.25	0.68	มาก
2. สร้างเครือข่ายความร่วมมือที่ดีกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	4.20	0.66	มาก
3. สร้างความมั่นใจในการนำส่งผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 กลับสู่ชุมชน	4.72	0.45	มากที่สุด
4. คู่มือการปฏิบัติงานมีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.24	0.71	มาก
5. ช่วยลดความกังวลของผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 ในการกลับสู่ชุมชน	4.52	0.57	มากที่สุด
6. เป็นการป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.66	0.49	มากที่สุด
7. เกิดความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาการเฝ้าระวังที่เพิ่มขึ้น	4.23	0.74	มาก
8. สามารถนำไปเป็นแนวทางที่ดีแก่งานวิจัยประเภทเดียวกันได้	4.33	0.49	มาก
9. สร้างความตระหนักความรับผิดชอบร่วมกันแก่สังคม	4.28	0.71	มาก
10. ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ มีประสิทธิผลมาก	4.63	0.50	มากที่สุด
รวม	4.41	0.60	มาก

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 แบบเฝ้าระวังจังหวัดอุตรดิตถ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ สามารถสร้างความมั่นใจแก่คณะแพทย์ และชุมชนว่าผู้ป่วยจะไม่กลับมาป่วยซ้ำหรือแพร่เชื้อได้อีก ทำให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ซึ่งในรูปแบบเดิมที่ดำเนินการมายังเกิดการป่วยซ้ำ รูปแบบที่พัฒนานี้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ เนื่องจากการบริหารจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ มีการประชุมคณะกรรมการวางแผน และประเมินผล เรื่องของการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างต่อเนื่อง โดยจังหวัดอุตรดิตถ์มีการแต่งตั้งคณะกรรมการในการขับเคลื่อนเครือข่ายระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน

ประกอบด้วย นายอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองคลัง อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ชุติรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) และผู้นำชุมชน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจนและในการพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มที่เข้ามารับการรักษาในระบบเมื่อรักษาจนหายป่วยหรือผลเป็นลบ (Negative) แล้วจะมีการกักตัวที่ LQ อีก 7 วัน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่บุคลากรทุกฝ่าย

การวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จเพราะรูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19

แบบเฝ้าระวังจังหวัดอุตรดิตถ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ ได้มาจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งระบบประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) และการตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) ทำให้เกิด ผลลัพธ์ (Outcome) คือ จำนวนผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์ลดลง เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปดำเนินการสำหรับโรคอุบัติใหม่ได้และ เกิดความร่วมมือที่ดีกับทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยรูปแบบการจัดการระบบที่พัฒนาได้ ประกอบด้วย

- 1) จัดสถานที่ตรวจหาเชื้อผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโควิด-19
- 2) จัดระบบผู้สัมผัสเสี่ยงสูงกักตัวในสถานที่ กักกันในชุมชน
- 3) จัดระบบการส่งต่อผู้ติดเชื้อไปรักษา ในโรงพยาบาลสนามและโรงพยาบาลในจังหวัดอุตรดิตถ์
- 4) ระบบการเฝ้าระวังซ้ำหลังจากออกจากโรงพยาบาล มากักตัวในชุมชน จำนวน 7 วัน ก่อนกลับบ้าน ซึ่งจะทำให้ครอบครัวและชุมชนเกิดความมั่นใจ สอดคล้องกับ Thaisriwong (2016) ที่ได้ศึกษาและพัฒนาแบบ การบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อเขตสุขภาพ ที่ 6 ผลการศึกษา พบว่า ศูนย์ประสานการส่งต่อระดับ จังหวัดมีรูปแบบการบริหารจัดการมีสายการบังคับ บัญชาที่ชัดเจน มีเข้มแข็ง และกรอบทิศทาง มีแนวทาง ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติงาน แต่โครงสร้างศูนย์ฯ ไม่ชัดเจน ไม่มีกลยุทธ์/แผนงาน/โครงการเฉพาะ ขาดการพัฒนา คุณภาพและการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูล ไม่ชัดเจน ในกระบวนการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานและ มีการใช้วัสดุอุปกรณ์พื้นฐานร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน แต่ยังไม่เพียงพอ และสอดคล้องกับ Tingbo (2020) จากมหาวิทยาลัยเจ้อเจียง ได้กล่าวไว้ใน Handbook of COVID-19 prevention and treatment ว่าผู้ป่วยต้อง แยกกักกันต่อไปอีกสองสัปดาห์หลังจากปล่อยกลับ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ Thai Health Promotion Foundation (2021) ได้กล่าวไว้ใน คู่มือการจัดตั้งศูนย์ แยกกักตัวในชุมชน (Community isolation) (ฉบับ ปฏิบัติการ) ว่าการแยกกักตัวในศูนย์ของชุมชนจะ ช่วยลดความติดขัดของระบบการดูแลผู้ป่วยโควิดที่มี จำนวนมาก ทำให้ระบบบริการในชุมชนสามารถตอบสนอง ต่อผู้ที่มีความจำเป็นเฉพาะได้มากขึ้น ผู้ป่วยลดความเสี่ยง

ในการสัมผัสเชื้อเพิ่ม รวมทั้งลดความเสี่ยงในการส่งต่อ เชื้อไปสู่ครอบครัวและลดการติดเชื้อในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ควรเก็บ ข้อมูลผลการดำเนินงานอย่างครบถ้วน พร้อมถอด บทเรียนเพื่อนำไปใช้ในการเฝ้าระวังการเกิดโรคอุบัติใหม่ต่อไป
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ สามารถ นำผลการวิจัยนี้ไปบริหารจัดการกับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ควรมีการ สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับผลของการพัฒนา รูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ป่วย โควิด-19 จังหวัดอุตรดิตถ์หลังการพัฒนากับผู้ป่วย โควิด-19 ที่หายดีแล้วจากการรักษาจากโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing*. (5th ed.). New York: Harper Collins Publishers.
- Department of Disease Control. (2021). *Surveillance guidelines coronavirus disease prevention and control 2019 for medical and public health personnel*. Nonthaburi: Ministry of Health. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2022). *COVID-19 infected situation updated daily*. Retrieved September 30, 2022, from <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard>.
- Dudovskiy, J. (2021, February 23). *Apple value chain analysis*. Retrieved June 1, 2022, from <https://research-methodology.net/apple-value-chain-analysis/>.
- Srisa-ard, B. (2013). *Introduction to research*. (9th ed.). Bangkok: Suweeriyasarn. (in Thai)

- Thaisriwong, K. (2016). *Management model of referral coordination Center in Health Region 6*. Bangkok: Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai)
- Tingbo, L. (2020). *Handbook of COVID-19 prevention and treatment the first affiliate hospital Zhejiang University School of Medicine compiled according to clinical experience*. Retrieved April 20, 2022 from <http://meghalayaonline.gov.in/covid/images/materials/handbook.pdf>.
- Power, B., & Hubbard, R. (1999). Becoming teacher researchers one moment at a time. *Language Arts*, 77(1), 34-39.
- Thai Health Promotion Foundation. (2021). *Handbook of community isolation: Operational edition*. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Uttaradit Provincial Public Health Office. (2020). *Preparatory meeting coronavirus disease 2019*. Uttaradit: Quality and Service Development Division. (in Thai)