การพัฒนาระบบ และกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

The Development of System and Mechanism on Surveillance, Protect, and Control Disease the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Epidemic in Ubon Ratchathani Health Network

วลีรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล*

Waleerat Apaibunditkul

Corresponding author: Email: waleerata1963@gmail.com

(Received: April 26,2022; Revised: May 10,2022 ; June 24, 2022)

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนา และศึกษาประสิทธิผลของระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (Action research: Technical action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติการประกอบด้วย ผู้บริหารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แพทย์ นักวิชาการ เครือข่ายฯ และผู้ป่วย/ญาติ จำนวน 94 คน มีบทบาทในการร่วมวางแผน การลงมือปฏิบัติ การประเมินผล และการระบุการเรียนรู้ ระยะเวลาดำเนินงาน 10 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม-ธันวาคม 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : 1) ระบบ และกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ประกอบด้วยมาตรการความปลอดภัยด้านสาธารณสุข มาตรการการประชาสัมพันธ์ มาตรการด้านกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรค มาตรการเตรียมความพร้อมทางการแพทย์และเครือข่ายสุขภาพทุกระดับ และมาตรการความร่วมมือและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของประชาชน ระบบและกลไก มีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี/ความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก 2) ประสิทธิผลของระบบและกลไก พบว่าการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดอุบลราชธานีทั้งหมด 192,769 คน โดยพบในเดือนกรกฎาคม 2564 มีการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ที่เดินทางมากที่สุดจำนวน 32,715 คน รองลงมา คือ เดือนธันวาคม 31,903 คน และเดือนพฤศจิกายน 29,400 คน ตามลำดับ และพบว่ามีแนวโน้มการเฝ้าระวังและ คัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดอุบลราชธานีเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.8 ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ 23,369 ราย ผู้เสียชีวิต 193 ราย ส่งต่อ 246 ราย และรับไว้รักษา 23,369 ราย ผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้และพฤติกรรมการเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของเครือข่ายสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : ระบบและกลไกจากการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้เครือข่ายสามารถเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคได้

คำสำคัญ : ระบบและกลไก; การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค; โควิด 19

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ABSTRACT

Purposes : To development of system and mechanism on surveillance, protect, and control disease the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic in Ubon Ratchathani health network.

Study design : Action research: Technical action research.

Materials and Methods : 94 of participants were consists of executives from relevant agencies, doctors, academics, network and patients / relatives, had a roles in action planning, action taking, evaluating, and specifying learning. The implementation period of 10 months from March to December 2021. Data were collected using interview forms and record formsand data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

Main findings : 1) Systems and mechanisms on surveillance, prevention and control of the disease during the COVID-19 outbreak, It consists of public health safety measures, public relations measures Measures for activities that are at risk of spreading the disease medical preparation measures and health networks at all levels and cooperation measures and practices to prevent people's disease and the system and mechanism was theoretically reasonable/feasible, the overall system and mechanism for surveillance, prevention and control of COVID-19 virus disease was at a high level. 2) As for the effectiveness of system and mechanism, they were found that the surveillance and screening of all 192,769, entering Ubon Ratchathani was found in July, 2021, with 32,715 surveillance and screening of those traveling the most, followed by 31,903 in December, Down was November 29,400 respectively, and found that there was a trend of surveillance and screening of people arriving in Ubon Ratchathani increased by 28.8%. In addition, it found that 23,369 a new cases, 193 deaths, 246 referrals and 23,369 admitted treatments, and that patients and their relatives had perceptions and behaviors related to the infection, covid-19 disease of the health network of Ubon Ratchathani, Overall, it was at a high level.

Conclusion and recommendations : The systems and mechanisms from this study resulted in the network being able to monitor, prevent and control disease in epidemic situations.

Keywords : System and Mechanism; Surveillance Protect and Control Disease; COVID-19.

* Public Health Technical Officer, Professional Level. Ubon Ratchathani Provincial Health Office.

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มแพร่ระบาดตั้งแต่ต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยผู้เดินทางท่องเที่ยวชาวจีนจากเมืองอู่ฮั่นมณฑลหูเปย์ ประเทศจีน พร้อมกับมีการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วไปยังประเทศต่างๆ ในทุกภูมิภาค ผ่านผู้เดินทางจากประเทศจีนและประเทศอื่น ๆ ที่มีรายงานการแพร่เชื้อในประเทศ ในปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลกกำลังพยายามอย่างเต็มที่ เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการนำเชื้อเข้าจากต่างประเทศและควบคุมการระบาดในประเทศ[1] สำหรับประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อโควิด 19 ตั้งแต่เดือน มกราคม 2563 พบการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน มีการแพร่ระบาดในสนามมวย และสถานบันเทิง จึงได้ประกาศปิดเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งแรก เมื่อเดือนมีนาคม 2563 และได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ ทั่วราชอาณาจักร ตาม พ.ร.ก.การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 เป็นต้นมา ทุกคนที่เดินทางเข้าประเทศไทยต้องถูกกักกันในสถานกักกันของรัฐ คัดกรองและติดตามการสัมผัสและค้นหาผู้ป่วย เน้นการรักษาความสะอาดโดยเฉพาะการล้างมือ เว้นระยะห่าง การเลี่ยงฝูงชน ใส่หน้ากากอนามัย สถานการณ์ค่อยๆ ดีขึ้นตามลำดับ จนสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ พบผู้ติดเชื้อในประเทศรายสุดท้ายเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2563 ไม่พบผู้ติดเชื้อในประเทศไทยยาวนานติดต่อกันกว่า 100 วัน ต่อมาการระบาดระลอกที่ 2 เกิดขึ้นอีกครั้งเมื่อกลางเดือนธันวาคม 2563 มีศูนย์กลางการระบาดอยู่ที่ตลาดกลางกุ้งจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นศูนย์กลางการค้าอาหารทะเลขนาดใหญ่ของประเทศ ต่อมาการแพร่ระบาดเชื่อมโยงไปในสถานประกอบการ โรงงานและชุมชนใกล้เคียงเป็นสะเก็ดไฟเล็กๆ ในหลายจังหวัด ทั่วประเทศ โดยเฉพาะภาคกลาง และทางภาคตะวันออก การระบาดระลอกใหม่นี้หนักเป็น 1.8 เท่าของระลอกแรกที่จุดวิกฤตสุด แต่ด้วยมาตรการจากศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย (ศบค.มท.) และยุทธศาสตร์การจัดการเชิงพื้นที่ระดับจังหวัดที่เข้มแข็ง จึงสามารถควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกใหม่ให้อยู่ในภาวะสงบ ไม่เกินศักยภาพระบบสาธารณสุขรองรับได้ การระบาดในระลอกนี้ใช้ช่วงระยะเวลาสั้นๆ เพียง 3 เดือน (15 ธันวาคม 2563 -31 มีนาคม 2564)[2] และระลอกที่ 3 ช่วง 15 เม.ย. 2564 - ปัจจุบัน เริ่มจากผู้ป่วยยืนยัน 37,453 ราย เสียชีวิต 97 ราย เริ่มมีการแพร่ระบาดจากกลุ่มวัยทำงานไปเที่ยวในสถานบันเทิง ผับ บาร์ ในย่านทองหล่อ กรุงเทพฯ และกระจายไปหลายจังหวัด จำนวนผู้ป่วยและจากการวิเคราะห์รูปแบบของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่มีความแตกต่างจากการระบาดในระลอกแรก ทั้งในแง่ความรวดเร็วของการแพร่ระบาดของเชื้อ และความรุนแรง จะเห็นได้จาก ในปัจจุบัน จำนวนผู้ติดเชื้อจากการแพร่ระบาดระลอกใหม่รายวันมีเฉลี่ย 175 รายต่อวัน ในขณะที่การระบาดในระลอกแรก พบผู้ติดเชื้อเฉลี่ย 15 ราย ต่อวัน แต่ยังไม่พบผู้เสียชีวิตจากการระบาดระลอกใหม่ ในขณะที่การระบาดในระลอกแรก พบผู้เสียชีวิต 60 ราย นอกจากนี้ ในปัจจุบัน รูปแบบของการระบาดในระลอกใหม่เริ่มเปลี่ยนแปลงจากการระบาดเป็นกลุ่มก้อน มาเป็นการติดเชื้อภายในครัวเรือนหรือผู้สัมผัสใกล้ชิด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ ดังนั้น รูปแบบการควบคุมโรค ต้องมีความรวดเร็ว สามารถควบคุมการแพร่เชื้อแบบกลุ่มก้อน หรือในฝูงชนแออัด มีมาตรการที่จะสามารถตรวจจับการแพร่ระบาดในกลุ่มก้อนใหม่ รวมถึงมีความเข้มข้นของมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม เพื่อจำกัดการแพร่ระบาดให้อยู่ในวงเล็กที่สุด[3]

ในทำนองเดียวกัน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีรายงานผู้ป่วยยืนยันรายแรกวันที่ 7 มีนาคม 2563 เป็นผู้ป่วยที่รับเชื้อจากค่ายมวยในกรุงเทพมหานคร จากนั้นมีผู้ป่วยยืนยันประปราย รวมทั้งสิ้น 15 ราย ในปี พ.ศ.2563 จำนวนนี้ไม่มีการระบาดเป็นกลุ่มก้อน มีการแพร่เชื้อไปยังผู้สัมผัสใกล้ชิดเพียง 1 ราย โดยการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในปีนี้เน้นไปที่การค้นหาเชิงรุก การทำ Sentinel จากการตรวจน้ำลาย ใน Setting ต่างๆ อาทิ พนักงานรับส่งสินค้าและอาหาร (Rider) พนักงานไปรษณีย์ บริษัทขนส่ง สถานีขนส่งผู้โดยสาร ด่านพรมแดน ตลาดสด ฯลฯ ซึ่งต่อมา ในปี พ.ศ.2564 เริ่มมีรายงานผู้ป่วยยืนยันวันที่ 7 เมษายน 2564 จากการแพร่ระบาดในสถานบันเทิง และด้วยเป็นช่วงเทศกาลสงกรานต์

มีประชาชนเดินทางกลับภูมิลำเนามากขึ้น รวมทั้งมีการระบาดใหญ่ในตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาครและแคมป์คนงานก่อสร้าง ทั้งในกรุงเทพฯ และปริมณฑล การระบาดจึงทวีความรุนแรงมากขึ้นในเดือนมิถุนายน เป็นต้นมา โดยมีการระบาดต่อเนื่องในกลุ่มนักเที่ยวร้านอาหารกึ่งสถานบันเทิงในอำเภอเมือง อำเภอวารินชำราบ อำเภอเดชอุดม และอำเภอพิบูลมังสาหาร กระจายไปทุกอำเภอในหมู่บ้านและครัวเรือนในที่สุด และหลังจากนั้นเริ่มมีการกลายพันธุ์ของเชื้อโรค ยิ่งส่งผลให้การแพร่ระบาดเร็วขึ้น ในกลุ่มแม่ค้าในตลาดสด สถานที่ทำงาน งานศพ งานแต่งงาน งานหมั้น งานบุญ และมีการติดเชื้อภายในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ.2564 มีรายงานผู้ป่วยยืนยันในจังหวัดอุบลราชธานี 23,369 ราย เสียชีวิต 193 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย (Case fatality rate) ร้อยละ 0.83[4]

การเผชิญวิกฤตโควิดระบาดระลอกที่ 3 ตั้งแต่ต้นเดือนเมษายนปีนี้จนปัจจุบันและคาดว่าอาจต้องใช้เวลาที่ยืดยาวกว่าการควบคุมในสองระลอกที่ผ่านมา สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยหรือทีดีอาร์ไอ (TDRI)[5] ได้ให้ข้อเสนอเพื่อการควบคุมวิกฤตโควิดระลอกใหม่ คือ 1) มาตรการเร่งด่วนเพื่อจำกัดวงของการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยเน้นการแก้ไขสถานการณ์ระบาดที่เข้าสู่ครอบครัวและชุมชนอย่างเต็มตัวใน กทม.และปริมณฑล รัฐบาลจึงต้องมี “นวัตกรรมเสาะหาตัวผู้ติดเชื้อเชิงรุก (Active case finding innovations)” โดยจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเสริมเพิ่มเติมอย่างน้อย 200 ทีม เพื่อเอกซเรย์ชุมชนและควบคุมการแพร่เชื้อด้วยหลักการการสอบสวนโรค การตรวจเชื้อและการกักแยกโรค (TTI หรือTrace,Test, Isolation) และมีระบบที่ชักชวนให้ผู้มีอาการหรือสงสัยตนเองให้มาตรวจได้สะดวกรวดเร็ว เพิ่มจุดการตรวจในชุมชนแออัดต่างๆ และพื้นที่เสี่ยง โดยให้ประชาชนได้รับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับจุดบริการการตรวจเหล่านั้น และ 2) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการ โดยการกำหนดนโยบายการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องชัดเจนแก่ผู้ปฏิบัติงานและประชาชน รวมทั้งการออกเกณฑ์การดำเนินงานจากส่วนกลางที่มีหลักคิดชัดเจน แต่ให้กระจายอำนาจการตัดสินใจไปยังหน่วยงานส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น บูรณาการการทำงานของฝ่ายปฏิบัติการระหว่างหน่วยงานภาครัฐในแต่ละพื้นที่ การปรับปรุงโครงสร้างคณะกรรมการบริหารจัดการโควิด-19 การต่อยอดมาตรการเยียวยา ผลกระทบที่สำคัญของการปิดเมือง ปิดกิจการ คือประชาชนตกงาน หนี้สินครัวเรือนสูงขึ้น ธุรกิจขนาดเล็กไม่สามารถดำเนินการอยู่ได้ และจะมีผลให้เกิดความเครียด สิ้นหวัง ท้อแท้ และฆ่าตัวตายที่มากกว่าเดิมกว่าปีละ 500 คน และการแก้ไขปัญหาข้อมูลคลาดเคลื่อนหรือไม่สมบูรณ์ เช่น การพัฒนาข้อมูลจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีความถูกต้องและทันเวลา หรือการรายงานข้อมูลผู้ติดเชื้อรายวันที่มีรายละเอียดเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ปัญหา

นับตั้งแต่การระบาดโรคโควิด-19 ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)[6] ได้กล่าวว่า รัฐบาลได้ออกมาตรการต่างๆ ในการควบคุมการแพร่ระบาด ตั้งแต่ การปิดเมืองและการรักษาระยะห่างทางสังคม มาตรการที่นำมาใช้โดยสรุปก็คือ ห้ามเข้าพื้นที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรค ห้ามเดินทางเข้า - ออกประเทศ การตั้งจุดตรวจ จุดสกัด ห้ามออกนอกเคหสถานในเวลาที่กำหนดปิดสถานที่ท่องเที่ยว สนามกีฬา ปิดสถานบริการ อาทิเช่น ร้านนวดแผนไทย สถานบันเทิง ห้ามเดินทางข้ามเขตจังหวัด มาตรการกักตัว 14 วัน ห้ามชุมนุมหรือมั่วสุมหรือจัดกิจกรรมที่มีคนมารวมตัวกันเป็นจำนวนมาก รวมถึงการประกาศเคอร์ฟิวทั่วประเทศในช่วงเวลา 22.00 - 04.00 น.หรือที่เรียกว่ามาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” โดยในระยะแรกนั้นได้รับความร่วมมือจากประชาชนเป็นอย่างดี ทั้งในด้านการพยายามอยู่บ้านและการมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและแพร่กระจายโรค ถึงแม้ว่าประชาชนจำนวนมากจะได้รับผลกระทบต่อรายได้ ซึ่งจากการสำรวจ พบว่าร้อยละ 52.1 ของผู้ตอบแบบสอบถามมีรายได้ลดลงในช่วงมาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” เมื่อเทียบกับก่อนมีมาตรการมากที่สุดได้แก่ กลุ่มอาชีพทำการเกษตร (88.9%) อาชีพอิสระ (87.6%) ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย(87.2%) นักเรียน/ นักศึกษา (78.0%) และรับจ้างรายวัน (71.7%)

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ยังไม่มียาหรือวัคซีนรักษาและ

ป้องกันได้และได้กลายเป็นโรคระบาดไปทั่วโลก (Pandemic) สร้างความเสียหายแก่มนุษยชาติ ในทุกมิติ ตั้งแต่ระดับความเป็นความตาย เศรษฐกิจ การเมือง สังคม ฯลฯ ซึ่งมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวนมาก และสถานพยาบาลต่างๆ จะต้องเตรียมการเพื่อรองรับผู้ป่วยเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม กรมควบคุมโรค[7] ได้กำหนดมาตรการในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย เพื่อให้ทราบขนาดของปัญหา ตรวจจับการระบาด และติดตามแนวโน้มของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มประชากรเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยงได้อย่างทันเวลา โดยกลุ่มเป้าหมายในการเฝ้าระวัง การเฝ้าระวัง Sentinel surveillance แบ่งได้ 6 กลุ่ม คือ การเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยทางเดินหายใจและผู้ป่วยปอดอักเสบ การเฝ้าระวังกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุขด่านหน้าในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐที่ไม่เข้าเกณฑ์ PUI การเฝ้าระวังกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยงสูงในสถานที่กักกันซึ่งทางราชการกำหนด (SQ, ASQ, LQ, ALQ, AHQ, OQ) การเฝ้าระวังกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยงสูงที่ด่านเข้าออกระหว่างประเทศทุกช่องทาง การเฝ้าระวังกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยงสูงที่เรือนจำ ทัณฑสถาน สถานพินิจทุกแห่งทั่วประเทศ และการเฝ้าระวังกลุ่มประชากรเสี่ยงและสถานที่เฉพาะในชุมชน เช่นเดียวกับกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการเฝ้าระวังกลุ่มประชากรเสี่ยงและสถานที่เฉพาะในชุมชน โดยการพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ โควิด 19 ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนา และศึกษาประสิทธิผลของระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบ และกลไกการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (Technical action research) ของกรันดี (Grundy)[8] ระหว่างผู้บริหารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แพทย์ นักวิชาการ เครือข่ายฯ และผู้ป่วย/ญาติร่วมกันค้นหาปัญหา วางแผน ทดลองปฏิบัติตามแผนและการสังเกต สะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงแผนเพื่อทดลองปฏิบัติใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ระบบ และกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ร่วมวิจัย การวิจัยนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ (Criterion based selection) ประกอบด้วย 1) ผู้ให้ข้อมูล (Key Informants) ในขั้นการวินิจฉัยองค์กร (Diagnosis) ประกอบด้วยผู้บริหารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แพทย์ นักวิชาการ เครือข่ายฯ และผู้ป่วย/ญาติ 31 คน และ 2) ผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติการ (Participants) ผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติการ ประกอบด้วย ผู้บริหารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แพทย์ นักวิชาการ เครือข่ายฯ และผู้ป่วย/ญาติ 21 คน มีบทบาทในการร่วมการวางแผนปฏิบัติการ การลงมือปฏิบัติ การประเมินผลและการระบุการเรียนรู้ สะท้อนคิดจากการปฏิบัติ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อสังเคราะห์ระบบ และกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้สามารถสรุปผู้ร่วมวิจัยที่เกี่ยวข้องตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย	ผู้ร่วมวิจัย				
	ผู้บริหาร	แพทย์	นักวิชาการ	เครือข่ายฯ	ผู้ป่วย/ญาติ
1. การวินิจฉัย	2	2	10	7	10
2. การวางแผนปฏิบัติการ	2	2	10	7	-
3. การลงมือปฏิบัติ	2	2	10	7	-
4. การประเมินผล	-	-	-	10	50
5. การระบุการเรียนรู้	2	2	10	7	10

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 4 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 1 แบบสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไวรัส COVID-19 ประกอบด้วยตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ตอนที่ 2 สภาพปัญหาและความต้องการการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก จำนวน 33 ข้อ และตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอื่นๆ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาจากงานวิจัยของฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ[9] ฉบับที่ 2 แบบคัดกรองความกังวลต่อไวรัส COVID-19 ใช้แบบสอบถามของพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์[10] จำนวน 5 ข้อ ฉบับที่ 3 แบบประเมินความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้ของระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไวรัส COVID-19 สำหรับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ข้อ และฉบับที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไวรัส COVID-19 ใช้แบบสอบถามของนงณภัทร รุ่งเนยและคณะ[11] ประกอบด้วย 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ตอนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโรคโควิด-19 เป็นแแบบสัมภาษณ์แบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก จำนวน 25 ข้อ และตอนที่ 3 พฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด -19 จำนวน 15 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยออกแบบขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 ก่อนเริ่มการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และช่วงที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนเริ่มการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ระยะเวลาดำเนินงาน 2 เดือน ตั้งแต่มกราคม –กุมภาพันธ์ 2564) การดำเนินงานโดย 1) ผู้วิจัยจัดทำข้อเสนอโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นำเสนอผู้บริหาร เพื่อพิจารณาและอนุมัติ ผลลัพธ์ คือ ผู้บริหารอนุมัติให้ดำเนินงานภายใต้โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการการพัฒนาระบบ และกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี และ 2) ผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบโครงการขององค์กรร่วมกันวางแผนภาพรวม และการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินโครงการ ผลลัพธ์ คือ แผนงานโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ระบุกิจกรรม วัน เวลา สถานที่ และผู้ร่วมวิจัยกลุ่มต่างๆ (ระยะเวลาดำเนินงาน 10 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม-ธันวาคม 2564)

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (10 เดือน) งานวิจัยนี้เป็นไปตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Gerald Susman and Roger Evered[12] ประกอบด้วยกระบวนการวิจัย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัย (Diagnosing) โดยการสำรวจข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาระบบ และกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพ

จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ (Interview) กับผู้บริหาร และใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำแนกตามกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้บริหาร แพทย์ นักวิชาการ เครือข่ายฯ และผู้ป่วยหรือญาติ

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนปฏิบัติการ (Action Planning) ดำเนินวางแผนปฏิบัติการ โดยใช้ข้อมูล จากการวินิจฉัยและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาประกอบ โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ เพื่อให้ได้แผนปฏิบัติการที่เป็นข้อสรุปร่วมกันสำหรับนำไปลงมือปฏิบัติจริง

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติ (Action Taking) ดำเนินการลงมือปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนดไว้ อย่างระมัดระวังและควบคุมให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดของสภาวการณ์เวลานั้น โดยใช้การทบทวนหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) สำหรับสะท้อนสิ่งที่ผู้ร่วมวิจัยลงมือปฏิบัติตามแผนงานที่เน้นการทบทวน/เปรียบเทียบระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เกิดขึ้นและร่วมวิเคราะห์สาเหตุ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงให้การปฏิบัติในครั้งต่อไปดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluating) ดำเนินการประเมินผลและตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมด้วยวิธีการต่างๆ ระหว่างการลงมือปฏิบัติตามแผนงานว่าได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ โดยผ่านการร่วมอภิปรายจากผู้ร่วมวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งถอดบทเรียน เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 การระบุการเรียนรู้ (Specifying Learning) ดำเนินการระบุข้อค้นพบที่ได้จากการเรียนรู้ในการสร้างการเปลี่ยนแปลง แล้วสังเคราะห์เป็นชุดความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้และขยายผลในองค์กรได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล ตรวจสอบรายการในแบบสอบวัดที่ได้รับกลับคืนมา เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล และใช้ข้อมูลที่มีความสมบูณ์มาดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนาระบบ และกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนคิด มาถอดความเพื่อจัดระเบียบข้อมูลตามความหมายที่ปรากฏ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย แล้วนำมาสังเคราะห์ผลเชิงพรรณาความเพื่อให้ได้คำตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยผู้วิจัยมีแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของชาย โพธิสิตา[13]

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยตระหนักและให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิและความปลอดภัยของแหล่งข้อมูล รวมถึงความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูล เพื่อรักษาจรรยาบรรณในการทำวิจัยอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวินิจฉัย (Diagnosing) ดำเนินการโดย 1) การสำรวจข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 31 คน ชายและหญิงเกือบเท่ากัน อายุเฉลี่ย 44 ปี (σ =8.10) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (67.7%) สถานภาพสมรสคู่ (54.8%) อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ (67.7%) และรายได้เฉลี่ย 31,265.9 บาทต่อเดือน (σ=17,852.8) 2) ระดับสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค

ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก (μ =2.33,σ =0.21) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับสภาพปัญหาและความต้องการ (N = 31)

ข้อคำถาม	คะแนนสภาพปัญหา/ความต้องการ	
	μ (σ)	ระดับ
1. การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงาน	2.29(0.33)	ปานกลาง
2. การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับภาคีเครือข่าย	2.37(0.35)	มาก
3. การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยง	2.30(0.34)	ปานกลาง
4. การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโควิด-19 ให้ครบ 14 วัน	2.30(0.32)	ปานกลาง
5. การบริหารจัดการ บันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน	2.39(0.40)	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	2.33(0.21)	มาก

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละสรุปผลคะแนนการคัดกรองความกังวลต่อไวรัส COVID-19 ของเครือข่าย สุขภาพ (N=31)

ระดับความกังวล	จำนวน(ร้อยละ)
1) 5-6 คะแนน (มีความกังวลในระดับต่ำ)	0(0.0)
2) 7-11 คะแนน (มีความกังวลในระดับปานกลาง)	4(2.9)
3) 12 คะแนนขึ้นไป (มีความกังวลในระดับสูง)	27(87.1)

2. การวางแผนปฏิบัติการ (Action Planning)

2.1 ผลการสังเคราะห์เชิงเนื้อหาและพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าประกอบด้วย 5 มาตรการ คือ 1) มาตรการความปลอดภัยด้านสาธารณสุข ประกอบด้วยกิจกรรม (1) การเฝ้าระวัง และคัดกรอง ผู้ที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดอุบลราชธานีทุกคน (2) การเฝ้าระวังและเคาะประตูบ้าน โดยกำนันผู้ใหญ่บ้าน อสม. ค้นหากลุ่มเสี่ยงเพื่อลงทะเบียนติดตามเฝ้าระวังตลอด 14 วัน เริ่มตั้งแต่เข้ามาในจังหวัดอุบลราชธานี และเชื่อมโยงระบบเฝ้าระวังสาธารณสุข (3) การรายงานตัวและตรวจคัดกรองโดยเน้นย้ำ ให้ประชาชนและผู้ที่รู้ตัวว่าสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยให้เฝ้าระวังอาการตนเองทุกวัน 2) มาตรการด้านการประชาสัมพันธ์ ประกอบด้วยกิจกรรม (1) ให้ความรู้เกี่ยวกับป้องกันและควบคุมโรค (2) ประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารตามสื่อต่างๆ แก่ประชาชน และเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องทุกระดับ 3) มาตรการด้านกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรค ประกอบด้วยกิจกรรม (1) จัดกิจกรรมสัปดาห์รณรงค์ทำความสะอาด Big cleaning พร้อมกันทั่วทั้งจังหวัด (2) จำกัดพื้นที่ จำกัดเวลา จำกัดคน (3) ยกเลิกวิธีการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ โดยวิธีการเป่าแอลกอฮอล์ทางลมหายใจ (4) สนับสนุนให้มีช้อนกลางส่วนบุคคลสำหรับประชาชนทั่วไป (5) ขอความร่วมมือให้ประชาชนที่ป่วยเป็นไข้หวัดหรือมีอาการคล้ายไข้หวัดให้เข้ารับการรักษาในสถานบริการใกล้บ้านและให้หยุดกิจกรรมนอกบ้านและพื้นที่เสี่ยง พร้อมกักตัวอยู่ในบ้านจนกว่าจะหายเป็นปกติ ให้ผู้สัมผัสใกล้กับผู้ป่วย กักตัวที่บ้าน แยกนอน

และแยกเครื่องใช้ส่วนตัว เป็นเวลา 14 วัน ตามมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อหรือผู้ช่วยเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่ออย่างเคร่งครัด และ (6) ให้ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รายงานตัวกับเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อให้รายงานตัวโดยผ่านโทรศัพท์ HOT LINE 1422 โดยไม่ต้องมาพบเจ้าหน้าที่ 4) มาตรการเตรียมความพร้อมทางการแพทย์และเครือข่ายสุขภาพทุกระดับ ประกอบด้วยกิจกรรม (1) ด้านการรักษา สถานพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี มีการรองรับทั้งกรณีห้องความดันลบ (Negative pressure) ห้องแยกโรคส่วนบุคคล หอผู้ป่วยแยกโรค (Cohort ward) หอผู้ป่วยหนัก และการเตรียมความพร้อมเพื่อเปิดโรงพยาบาลสนาม โดยใช้เครือข่ายระบบบริการและระบบส่งต่อดูแลซึ่งกันและกัน (2) การสอบสวนป้องกันควบคุมโรคมีทีมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ โดยมีแพทย์เฉพาะทางและนักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระบาดวิทยา และ 5) มาตรการความร่วมมือและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของประชาชน ประกอบด้วยกิจกรรม (1) การล้างมือที่ถูกวิธีบ่อยๆ ด้วยสบู่ น้ำยาล้างมือหรือเจลแอลกอฮอล์ (2) ห้ามใช้มือมาสัมผัสบริเวณใบหน้า และเลี่ยงการสัมผัสจุดสัมผัสร่วมให้มากที่สุดสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตามสถานการณ์ที่เหมาะสม เช่น ไปตลาดใช้หน้ากากผ้า ไปโรงพยาบาล สถานที่แออัด หากมีอาการคล้ายไข้หวัด สวมหน้ากากอนามัย (3) การออกนอกบ้านให้น้อยที่สุด ทำอาหารรับประทานเอง กินร้อนใช้ช้อนกลางส่วนตัว เน้นสุขลักษณะส่วนบุคคล และ (4) หากป่วย หรืออาการคล้ายไข้หวัด ให้หยุดงาน/หยุดเรียน กักตัวอยู่บ้านจนกว่าจะหาย เว้นระยะห่างจากคนในครอบครัวอย่างน้อย 2 เมตร สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ แยกอาหาร สิ่งของเครื่องใช้ส่วนตัวหากอาการไม่ดีขึ้น รีบไปพบแพทย์ทันที

2.2 การประเมินความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี/ความเป็นไปได้ของระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไวรัส COVID-19 โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก (μ= 4.40, σ = 0.09)

3. การลงมือปฏิบัติ (Action Taking) ได้มีการบูรณาการมาตรการความปลอดภัยด้านมาตรการด้านการประชาสัมพันธ์ มาตรการด้านกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรค มาตรการเตรียมความพร้อม ทางการแพทย์และเครือข่ายสุขภาพทุกแห่ง และมาตรการความร่วมมือและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของประชาชน สรุปได้ดังนี้

ระยะที่ 1 เริ่มมีผู้ป่วยในพื้นที่ ปี พ.ศ.2563 เช่น ประชุมเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลรองรับผู้ป่วย กรณียังไม่ระบาดวงกว้าง และการเปิดคลินิก ARI เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แยกผู้ป่วยออกจากกลุ่มในโรงพยาบาล การเตรียมความพร้อม กรณีมีการระบาดมากขึ้นในระดับที่ควบคุมได้ เช่น 1) ปรับปรุงหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลูกข่ายและแม่ข่ายให้พร้อมรับผู้ป่วยโดยพิจารณาตามระดับอาการ และพื้นที่การระบาด Step 1 มีผู้ป่วยไม่มาก ไม่กระจาย เปิดโรงพยาบาลเฉพาะกิจ จำนวน 7 แห่ง เรียงตามลำดับ โดยพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วย โรงพยาบาลแม่ข่าย เปิด Cohort Ward รองรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เปิด ICU รองรับผู้ป่วยที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ Step 2 มีผู้ป่วยจำนวนมาก กระจายทุกพื้นที่โรงพยาบาลทุกแห่งเปิด Cohort Ward รองรับผู้ป่วย Step 3 มีผู้ป่วยจำนวนมากกระจายทุกพื้นที่ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เตรียมหาสถานที่เปิดโรงพยาบาลสนาม ให้สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งจังหวัด และต่างจังหวัด เตรียมเปิดโรงพยาบาลสนามที่พร้อมรองรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) เตรียมระบบสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ในการควบคุมป้องกันโรค เช่น ชุด PPE เครื่องช่วยหายใจ 3) เตรียมแนวทางการรักษาโดยอิงกับคำแนะนำของกรมการแพทย์ 4) เตรียมบุคลากรและเครือข่ายการให้คำปรึกษาโดยให้โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นแม่ข่าย และ 5) เตรียมปรับปรุงห้องทันตกรรมเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อให้สามารถบริการผู้ป่วยด้านทันตกรรมได้

ระยะที่ 2 มีการระบาดวงกว้าง ห้องแยกโรคไม่เพียงพอรองรับผู้ป่วยนับแต่มิถุนายน 2564 เช่น 1) เปิดโรงพยาบาลเฉพาะกิจ 7 แห่ง 2) เปิดโรงพยาบาลสนามแจระแม (สรรพสิทธิประสงค์) 3) จัดทำแนวทางการรักษา และ 4) แผนการเตรียมความพร้อมกรณีมีการระบาดมากขึ้นระดับที่ควบคุมยาก/การเคลื่อนย้ายประชาชน ดำเนินการโดย (1)

ให้ทุกอำเภอเตรียมหาสถานที่เพื่อเปิดเป็นโรงพยาบาลสนามให้รองรับผู้ป่วยในพื้นที่รวมถึงการเปิด Hospitel และโรงพยาบาลเอกชน (2) เตรียมการเปิดโรงพยาบาลสนามยางน้อย 5 กรกฎาคม 2564 และ (3) เตรียมการเปิด Cohort Ward โรงพยาบาลแม่ข่ายรองรับผู้ป่วยอาการรุนแรง

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยมีจำนวนมากและมีการรับผู้ป่วยที่เดินทางกลับจังหวัดอุบลราชธานี การดำเนินการโดย (1) มีการเปิด Cohort Ward เพิ่มเติม Hospitel และโรงพยาบาลสนาม 24 แห่ง รวม 3,293 เตียง และมีการจัดหาวัสดุที่จำเป็นเพื่อใช้กับผู้ป่วยเช่น เครื่องตรวจวัดออกซิเจนที่ปลายนิ้ว และ (2) การทบทวน CPG การรักษาตามแนวทางของกรมการแพทย์ มีการปรับแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการเตรียมความพร้อม กรณีมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ประสานงานกับโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลกองบิน 21 และโรงพยาบาลเอกชน ทุกแห่ง เปิด Cohort Ward, Hospitel

ระยะที่ 4 ผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากขึ้น การดำเนินการโดย (1) เปิด Hospitel ที่โรงแรมกิจตรงวิลล์ และโรงแรมเนวาด้าอินน์ รวม 421 เตียง (2) เปิดโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 40 เตียง (3) เปิด Community Isolation : CI ทุกอำเภอ (4) การจัดทีมตรวจคัดกรองโดยการบูรณาการร่วมกันระหว่าง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี (รถเก็บตัวอย่างโรคติดเชื้อชีวนิรภัย พระราชทาน), ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, เทศบาลนครอุบลราชธานี, เทศบาลเมืองวารินชำราบ ฯลฯ ออกค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุกในพื้นที่ ตลอดจนชุมชน ตลาด บริษัท ห้างสรรพสินค้า โรงเรียน โรงงาน และอื่นๆ ไม่เว้นวันหยุดราชการ (5) ทุกอำเภอให้มีหน่วยปฏิบัติการควบคุม โรคติดต่อ (CDCU) ให้สอบสวนควบคุมโรคเมื่อมีการระบาด มีทีมปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลาราชการ (6) คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ได้ประเมินสถานการณ์การระบาดทุกวัน ประชุมทุกสัปดาห์ เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมโรค มาตรการที่สำคัญที่สามารถควบคุมการระบาด (7) สื่อสาร ความเสี่ยงให้ประชาชน หากมีสถานที่เสี่ยง ให้ประกาศแจ้งเตือนประชาชนทันที พร้อมปิดทำความสะอาด กำจัดเชื้อทันที และแจ้งเตือนประชาชนเน้นใช้หลัก VUCA +UP ในการป้องกันโรค และ (8) หน่วยงานภาครัฐและ เอกชน ร้านอาหาร ตลาด สถานบริการ ห้างสรรพสินค้า ทุกแห่งให้ทำ Covid Free Setting ทุกหน่วยงาน ฯลฯ

4. การประเมินผล (Evaluating)

4.1 ประสิทธิผลของระบบ และกลไกการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์ การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่เดือนมิถุนายน-ธันวาคม 2564

1) การเฝ้าระวัง และคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดอุบลราชธานีทั้งหมด 192,769 คน เดือนกรกฎาคม 2564 มีการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ที่เดินทางมากที่สุด 32,715 คน รองลงมาคือ เดือนธันวาคม 31,900 คน และเดือนพฤศจิกายน 29,400 คน ตามลำดับ และแนวโน้มการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดอุบลราชธานีเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 28.9

4.2 ผลลัพธ์การดำเนินงาน จำนวนผู้ติดเชื้อ ผู้เสียชีวิต และเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกสถานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน–ธันวาคม 2564 พบว่า ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 23,369 ราย ผู้เสียชีวิต 193 ราย ส่งต่อ 246 ราย และรับไว้รักษา จำนวน 23,369 ราย ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ติดเชื้อ ผู้เสียชีวิต และเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกสถานบริการ

	เดือน	ผู้ติดเชื้อ(ราย)		ผู้เสียชีวิต(ราย)		ส่งต่อ (ราย)	รับไว้รักษา ทุกสถานบริการ
		รายใหม่	สะสม	รายใหม่	สะสม		
1	เดือนเมษายน	231	231	2	2	17	231
2	เดือนพฤษภาคม	121	352	1	3	11	121
3	เดือนมิถุนายน	154	506	2	5	14	154
4	เดือนกรกฎาคม	5,026	5,532	22	27	42	5,026
5	เดือนสิงหาคม	8,930	14,462	55	82	71	8,930
6	เดือนกันยายน	2,717	17,179	46	128	34	2,717
7	เดือนตุลาคม	2,718	19,897	21	149	27	2,718
8	เดือนพฤศจิกายน	2,544	22,441	25	174	18	2,544
9	เดือนธันวาคม	928	23,369	19	193	12	928
	โดยรวม	23,369		193		246	23,369

4.3 ผลการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก (μ= 2.35, σ = 0.45) และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด -19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก (μ= 2.34, σ = 0.23) ดังแสดงในตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี (N =60)

ข้อ	ข้อคำถาม	คะแนนการรับรู้	
		μ (σ)	ระดับ
1	โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	2.35(0.39)	มาก
2	การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ	2.33(0.52)	มาก
3	การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อโรค	2.38(0.50)	มาก
4	การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค	2.34(0.63)	มาก
	เฉลี่ยโดยรวม	2.35(0.45)	มาก

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด -19 ของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี (N =60)

ข้อ	ข้อคำถาม	คะแนนการรับรู้	
		μ (σ)	ระดับ
1	การเว้นระยะห่างทางสังคม	2.28(0.44)	ปานกลาง
2	การสวมหน้ากากอนามัยและการป้องกันการแพร่เชื้อ	2.40(0.41)	ปานกลาง
3	การล้างมือ	2.36(0.29)	มาก
4	การประเมินและเฝ้าระวังอาการผิดปกติ	2.41(0.40)	มาก
	เฉลี่ยโดยรวม	2.34(0.23)	มาก

5. การระบุการเรียนรู้ (Specifying Learning) ผู้วิจัยได้ถอดบทเรียนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกล่าวคือ

5.1 โครงสร้างและกลไกในการบริหารขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังฯโควิด-19 ของเครือข่ายสุขภาพดำเนินงานตามนโยบายหรือแผนงานจากส่วนกลางที่ถ่ายทอดลงมาโดยตรงแก่ หน่วยงาน กรมควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและลงสู่ผู้ปฏิบัติตามลำดับ ภายใต้การดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ในรูปแบบคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด มีการนำนโยบายการเฝ้าระวังฯ โควิด 19 มากำหนดมาตรการ แนวทางการดำเนินงานในระดับจังหวัด ให้สอดคล้องกับพื้นที่ จัดทำยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ในการดำเนินงาน และกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนราชการ หรือภาคส่วนที่มาเกี่ยวข้องรับผิดชอบตามภารกิจหน่วยงาน โดยสาธารณสุขรับผิดชอบด้านการควบคุมโรค กำหนดลักษณะการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ภายใต้หลักการ ลดการแพร่ระบาด ป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการดำเนินงานปฏิบัติ การใช้การสร้างระบบแนวทางการตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน ให้มีประสิทธิภาพ

5.2 การนำนโยบายการเฝ้าระวังฯ โควิด 19 สู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนมีขั้นตอนในการดำเนินการรับแนวทางจากผู้บัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัด บูรณาการการทำงานกับหน่วยงานในพื้นที่ คือ ฝ่ายท้องถิ่น ฝ่ายปกครอง ใช้การมีส่วนร่วมการประสานงานทั้งในรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขรับผิดชอบการควบคุมโรคและป้องกันการแพร่ระบาด ถ่ายทอด สื่อสาร นโยบาย มาตรการ การดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ตามสายบังคับบัญชา คือ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในแต่ละพื้นที่ เพื่อวางแผนการดำเนินงาน และถ่ายทอดลงสู่ อสม. ทุกหมู่บ้าน และการรายงานการเฝ้าระวังฯ การถ่ายทอดนโยบายจากระดับจังหวัด ใช้การสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่นทางระบบ Line โทรศัพท์ เวทีการประชุมผู้บริหารระดับจังหวัด (กวป./หัวหน้าส่วนราชการ) ผ่านการประชุม EOC กับอำเภอสู่การปฏิบัติงานในพื้นที่ระดับตำบล หมู่บ้าน ประกอบไปด้วย (1) จัดตั้งทีม อสม.ต้านโควิด 19 ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน (2) จัดตั้งทีม Home Quarantine ในระดับพื้นที่ (3) บริหารจัดการงบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงาน อสม. เคาะประตูบ้านสำรวจ เฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยง และให้ความรู้ในการเฝ้าระวังโควิด 19 (4) ประสานและจัดหาวัสดุอุปกรณ์สนับสนุนการปฏิบัติงาน อสม. ในการเคาะประตูบ้าน สำรวจ เฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยง และให้ความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค โควิด 19 (5) กำหนดกิจกรรมดำเนินงานการเฝ้าระวัง คัดกรอง ควบคุมโรค และ Home Quarantine โดย เครือข่าย อสม. ได้แก่ มาตรการคัดกรองชุมชนตามแนวทาง อสม. เคาะประตูบ้านทุกหลังคาเรือน และ Home Quarantine ในชุมชน มาตรการรายงานตัวกลุ่มผู้เดินทางกลับภูมิลำเนา และ Home Quarantine ในชุมชน การจัดเตรียมสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง

และคัดกรองในชุมชน มาตรการ กรณีมีกิจกรรม ทางสังคมในชุมชน การส่งเสริมสุขอนามัย ส่วนบุคคลและการสื่อสารความเสี่ยง ทั้งนี้ตามประกาศของจังหวัด ณ ช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทางการระบาด

5.3 การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ โควิด 19 โดยเครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การเตรียมพร้อมและการบริหารจัดการทรัพยากร เน้นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้นแบบในการปฏิบัติตัวทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันตนเองและนำไปถ่ายทอดให้กับประชาชนในพื้นที่ 2) การทำงานร่วมกัน การบูรณาการของภาคส่วนต่างๆ ในระดับจังหวัดในการดำเนินงาน การสร้างความร่วมมือแบบบูรณาการของภาคีเครือข่าย ร่วมกับผู้นำท้องถิ่น และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ร่วมดำเนินการค้นหา และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในหมู่บ้าน/ชุมชน พร้อมให้คำแนะนำติดตามสังเกตอาการ ตามประกาศ พรบ.โรคติดต่อจังหวัด ณ. เวลานั้นๆ ร่วมทีมด่านบูรณาการตรวจสอบบุคคลเข้า–ออก ในพื้นที่ร่วมกับมหาดไทย และผู้นำท้องถิ่น 3) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย การจัดทำบัญชีรายชื่อและแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน และ 4) การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการในหลังคาเรือนที่รับผิดชอบร่วมกับทีมผู้นำชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่ และการบันทึกรายงานผลการดำเนินงานทั้งแบบทางการผ่านแบบฟอร์มที่ทางพื้นที่หรือหน่วยราชการกำหนด และรายงานผลแบบไม่เป็นทางการผ่านทางสื่อออนไลน์ แอปพลิเคชันต่างๆ

5.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคของการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของเครือข่ายสุขภาพ พบว่า ปัจจัยความสำเร็จ มาจากหลายปัจจัย เช่น (1) ปัจจัยด้านการบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่างๆ ของเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี, ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10, โรงพยาบาลรัฐ และเอกชนทุกแห่ง หน่วยงานภาครัฐและเอกชนทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี ในการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งสามารถบูรณาการการทำงาน การแบ่งปันทรัพยากรด้านการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ อาทิ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี เทศบาลนครอุบลราชธานี เทศบาลเมืองวารินชำราช ตลอดจนเทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง ในการสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์กักตัวในชุมชน Community Isolation เพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรคในชุมชน และสนับสนุนอุปกรณ์ยังชีพ อาหาร และน้ำ ให้กับผู้กักตัว ตลอดจนการสื่อสารความเสี่ยงสู่ประชาชนให้เกิดความไว้วางใจและปฏิบัติตามคำแนะนำ (2) ปัจจัยด้านนโยบาย มาตรการต่างๆ ที่นำสู่การปฏิบัติ จากระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลและระดับพื้นที่มีความชัดเจน ต่อเนื่องและการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน การป้องกันตนเอง (3) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการปฏิบัติตามมาตรการ สำหรับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ (1) การเผยแพร่ข่าวลือข่าวปลอม ผ่านสื่อต่างๆทำให้ประชาชนมีความเข้าใจผิดในเรื่องการป้องกันโรค หรือเรื่องประสิทธิภาพของวัคซีนประกอบกับการได้รับสนับสนุนวัคซีนล่าช้าในบางช่วงทำให้ความครอบคลุมของวัคซีนในระยะเริ่มแรกค่อนข้างน้อย ทำให้ภูมิคุ้มกันหมู่ ของโรคโควิด 19 เกิดขึ้นช้า (2) ประชาชนปฏิบัติตนตามมาตรการ DMHTTA ได้อย่างไม่ต่อเนื่อง ยังคงมีการลักลอบเปิดสถานบันเทิง การกักตัวไม่เข้มข้น มีการร่วมวงดื่มสุราหรือการเล่นการพนันในงานศพ งานบุญ ทำให้มีการแพร่ระบาดเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (3) การเข้าถึงและการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร ประสานงานและการรายงานผลการดำเนินงานในช่วงการระบาดระยะแรก ยังไม่เพียงพอ (4) การบังคับใช้กฎหมาย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ยังไม่มีการบังคับใช้อย่างจริงจังในบางพื้นที่

วิจารณ์

การพัฒนาระบบ และกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ในสถานการณ์การระบาดของโรค ติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานีครั้งนี้ พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาการระบาดของ โควิด 19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่า รูปแบบการบริหาร

การพยาบาล ประกอบด้วยศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล การประเมินความพร้อมการบริหารการพยาบาลและ แนวทางการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ที่ครอบคลุมระยะก่อน ขณะ และหลังเกิดการระบาดของโควิด-19[14] ; รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี (Udon Model COVID-19) ประกอบด้วย (1) การบริหารจัดการเฝ้าระวัง คัดกรอง สอบสวน ควบคุม ป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ (2) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายและประชาชนอย่างถูกต้อง รวดเร็ว (3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง[15] และสอดคล้องกับกลยุทธ์การจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ของเทศบาลตำบลบางเมือง ซึ่งพบว่า การดำเนินงานที่ผู้บริหารใช้ในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส โควิด 19 คือ ประกาศเทศบาลตำบลบางเมือง ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการ กับสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 คือ ด้านพื้นที่และจำนวนประชากรที่มีประชากรรวมประชากรแฝงแล้วมีมากและด้านขั้นตอนการดำเนินงานจัดซื้อจัดจ้างวัสดุ และแนวทางการแก้ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 คือ การติดต่อประสานงานและร่วมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับผู้แทนชุมชนในเขตพื้นที่และใช้มาตรการทางกฎหมาย คือ พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 เพื่อลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน[16] และสอดคล้องกับการจัดการสถานการณ์เชื้อโรคโควิด 19 แพร่ระบาด ของจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัยที่ได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินโควิด 19 ขึ้น และโดยเริ่มโครงการ Chulalongkorn University Volunteer Care (CUVCare) เพื่อเป็นการช่วยเหลือบุคลากรและนิสิตของจุฬาฯ ให้มีทางเลือกในการพักฟื้นและสังเกตอาการและเพื่อแบ่งเบาภาระความแออัดของโรงพยาบาล โดยได้ปรับปรุงอาคารจุฬานิเวศน์ให้เป็นสถานที่พักฟื้น สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่อาการไม่รุนแรง และได้รับคำแนะนำให้มากักกัน เพื่อสังเกตอาการ งานวิจัยนี้อธิบายรูปแบบการบริหารจัดการพื้นที่ศูนย์พักฟื้นชั่วคราว ซึ่งรวมถึงกรอบความคิด แนวทางการจัดเตรียมสถานที่ และแนวทางการจัดเตรียมบุคลากร โดยใช้อาคารจุฬานิเวศน์เป็นกรณีศึกษา สรุปว่าการจัดตั้งศูนย์ พักฟื้นชั่วคราวเป็นแนวทางหนึ่งในการเพิ่มขีดความสามารถในการป้องกันการแพร่กระจายโรคในชุมชน หน่วยงานอื่นสามารถประยุกต์รูปแบบการบริหารจัดการพื้นที่ศูนย์พักฟื้นชั่วคราวสำหรับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่มีลักษณะใกล้เคียงและภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในอนาคต[17]

ส่วนผลการศึกษาประสิทธิผลของระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาครั้งนี้พบผลสอดคล้องกับการดำเนินงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่า ผู้บริหารการพยาบาลมีความคิดเห็นต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด สามารถนำรูปแบบใช้ได้จริง ใช้กับโรงพยาบาลระดับอื่นได้ และใช้กับโรคติดต่ออื่นได้ในระดับมากที่สุด โรงพยาบาลทุกแห่งมีความพร้อมในการบริหารการพยาบาลผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เห็นว่า โรงพยาบาลมีความพร้อมการบริหารการพยาบาล อยู่ในระดับมาก และพึงพอใจในบริการพยาบาล อยู่ในระดับมาก พยาบาลรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด และมั่นใจในมาตรการการปฏิบัติงานของหน่วยงานอยู่ในระดับมากและไม่พบการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของพยาบาล และการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลจากผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังทดลองรูปแบบทั้ง 13 แห่ง กล่าวได้ว่ารูปแบบนี้มีประโยชน์ต่อการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 และผู้วิจัยได้ขยายผลรูปแบบนี้ไปยังองค์กรพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ทั่วประเทศแล้ว[14] และการประเมินผลหลังการนำรูปแบบไปใช้พบว่า ความรู้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนและหลังพัฒนามีความแตกต่าง ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบไปใช้กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง ภายใต้ “คนอุดรไม่ทอดทิ้งกันฝ่าฟันโควิด” โดยสื่อสารข้อมูล ความรู้รวดเร็วด้วยเทคโนโลยีทันสมัย ข้อเสนอแนะสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ตามบริบทพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย[15] เช่นเดียวกับการจัดการวิกฤตการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 ในช่วงต้น พ.ศ. 2563 ส่งผลให้มีการดำเนินงานในด้านต่างๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพของมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของโรค โดยจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัยดำเนินงานโครงการ CUVCare โดยใช้หลักการ Top-down ผสมกับหลักการ Bottom-up มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน การสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรบุคคล และการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาคมจุฬาฯ ขับเคลื่อนโครงการ นอกจากนี้ ปัจจัยในความสำเร็จของโครงการยังอ้างอิงการใช้จุดแข็งในการเป็นมหาวิทยาลัยที่มีการเรียนการสอนในทุกศาสตร์ (Comprehensive university) และการทำงานแบบข้ามศาสตร์ (Cross-disciplinay) ที่เริ่มจากการให้ความรู้ในด้านหลักการของการแพร่กระจายโรค และการดูแลรักษาเบื้องต้น และเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานที่มาจากศาสตร์อื่น ได้นำองค์ความรู้ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้กับงานของตนเอง[14]

กล่าวได้ว่า กลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี มีรูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับกลยุทธ์การบริหารจัดการเพื่อควบคุมโรคกับหน่วยงานอื่น แม้โรคติดเชื้อโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ทว่า การพัฒนาการรูปแบบการให้บริการ แนวทางการจัดการทางด้านกายภาพ และแนวทางการบริหารจัดการบุคลากร มีการประยุกต์จากมาตรการในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศและปรับแต่งให้เข้ากับบริบท การทำงานของแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 จะเป็นเรื่องใหม่ เช่น การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม การจัดตั้งศูนย์กักตัวในชุมชน Community Isolation เพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรคในชุมชน อาจยังมีข้อผิดพลาดที่ต้องมีการแก้ไขให้สมบูรณ์ขึ้น แต่คาดว่าหน่วยงานภาครัฐและเอกชนอื่นๆ จะสามารถถอดบทเรียนและประยุกต์ใช้แนวทางการบริหารจัดการเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ตลอดจนภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ครั้งนี้

1.ข้อเสนอเชิงนโยบาย สำหรับส่วนกลาง มีดังนี้

1) การสร้างและพัฒนาความรอบรู้ การสื่อสารความเสี่ยง ให้ประชาชนทราบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมที่ดีด้านสุขภาพ ไม่หลงเชื่อข่าวปลอม ข่าวลือ ผ่านสื่อต่างๆ และหน่วยงานสื่อสารความเสี่ยง สามารถตอบโต้แก้ไขข้อมูลข่าวปลอม ข่าวลือได้อย่างรวดเร็ว

2) การพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้พร้อมกับความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มมากขึ้น ด้วยระบบสุขภาพยุคใหม่ นวัตกรรมใหม่ๆ การใช้เทคโนโลยีในการตรวจจับภาวะผิดปกติได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว โดยการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นนวัตกรรมด้านสุขภาพที่ช่วยลดภาระบุคลากรและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น

3) การระบาดของโรคโควิด – 19 ในช่วงกว่า 2 ปี ที่ผ่านมาเป็นปัจจัยสังคมที่กระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีลดลง ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาจรุนแรงมากขึ้น จึงต้องเพิ่มความเข้มข้นของมาตรการด้านสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งทุกภาคส่วนอื่นๆ ต้องร่วมแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคม

4) ปัญหาภาวะโลกร้อน ระบบนิเวศวิทยาที่เปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) หรือภาวะโลกร้อน ล้วนเป็นปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีระบบเตือนภัย และมีแผนเผชิญเหตุเพื่อเตรียมรับมือปัญหาสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป

5) การถ่ายโอนภารกิจของหน่วยงานสาธารณสุขไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การกระจายอำนาจ และควรเตรียมความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถรับมือปัญหาสุขภาพ และตระหนักรู้ว่าเป็นบทบาทของท้องถิ่นมากขึ้น บุคลากรสาธารณสุขที่เข้าไปสู่ระบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องปรับตัว ในการทำงานร่วมกับท้องถิ่น นอกจากนี้ควรพัฒนา และส่งเสริมสนับสนุนการบริหารจัดการและจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพไปยังหน่วยบริการภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการถ่ายทอดองค์ความรู้ การพัฒนาระบบและทรัพยากรบุคคล เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานใกล้ชิดชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบการรายงานและการจัดเก็บข้อมูลที่มีความเชื่อมโยงไม่ซับซ้อน ลดเวลาและลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล ตลอดจนสามารถการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์สภาพปัญหา

7) พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล และการส่งต่อผู้ป่วยและยา ระหว่างประเทศ เนื่องจากจังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดชายแดน มีพื้นที่เชื่อมต่อสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และราชอาณาจักรกัมพูชา มีช่องทางผ่านแดนทั้งด่านบกและด่านน้ำ หากเกิดการระบาดของโรคอาจสามารถแพร่กระจายในวงกว้างได้

2. ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับพื้นที่ มีดังนี้

1) การพัฒนาความรอบรู้ให้แก่ประชาชนให้มีความตระหนักในการป้องกันโรค ทั้งในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคแบบครอบจักรวาล Universal prevention และ DMHTTA

2) การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายในระดับชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับประชาชน และสามารถเป็นเครือข่ายช่วยเจ้าหน้าที่ในการควบคุม ติดตาม กำกับ หากมีการเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงหรือเป็นผู้สัมผัสกลุ่มเสี่ยงสูง การค้นหาผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือผู้ป่วยติดเตียง ที่อาจเจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน เพื่อนำไปสู่กระบวนการรักษา ได้อย่างทันท่วงทีและลดอัตราตายในกลุ่มดังกล่าว

3) การบูรณาการการทำงานกับเครือข่ายสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานี มีการประสานงานทั้งในรูปแบบ Informal และ Formal มีความช่วยเหลือเกื้อกูลและมีเป้าหมายการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน

4) การมีผู้นำหรือผู้บัญชาการเหตุการณ์ที่มีวิสัยทัศน์ สามารถนำพาทุกกล่องภารกิจ ปฏิบัติงาน ด้วยความเชื่อมโยง มีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในการประชุมศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน สามารถแก้ปัญหาได้อย่างทันท่วงที ทำให้มีการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ และบริหารจัดการเป็นไปด้วยความราบรื่น ลดผลกระทบในมิติต่างๆลงได้

5) การสร้างภูมิคุ้มกันโรคโดยการรณรงค์ฉีดวัคซีนในประชากรทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ ลดอัตราการป่วยตาย อัตราการติดเชื้อ โดยขอความร่วมมือประชาชน กลุ่มเสี่ยง ผู้มีโรคประจำตัว โรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ เข้ารับบริการวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อลดโอกาสที่จะป่วยรุนแรง

3.ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาช่องทางการสื่อสารและประชาสัมพันธ์เพื่อเป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวของประชาชนเกี่ยวกับโรค การติดต่อของโรคและวิธีการป้องกันการติดเชื้อและหยุดการแพร่เชื้อในพื้นที่ เป็นต้น เพื่อให้ไม่ให้เกิดการตื่นตระหนก ตลอดจนการตอบโต้ข่างลือข่าวปลอม อย่างทันเหตุการณ์

2) ควรศึกษาและพัฒนาแนวทางการแยกตัวและกักตัว (Isolation and quarantine) โดยอาศัยอำนาจพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และประชาสัมพันธ์ให้ผู้ปฏิบัติทราบและเข้าใจ พร้อมที่จะดำเนินการ และสามารถบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ได้อย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรม; 2563.

2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2565.
3. กรมควบคุมโรค. กองโรคติดต่อทั่วไป. รวมแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. นนทบุรี: กอง; 2564
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. กลุ่มงานควบคุมโรค. งานระบาดวิทยา. รายงานการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2563.
5. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย(ทีดีอาร์ไอ). ข้อเสนอเพื่อการควบคุมวิกฤตโควิดระลอก 3 ในไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ทีดีอาร์ไอ; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://tdri.or.th/2021/05/the-third-wave-of-covid-19-policy-suggestions/
6. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). รายงานผลการทบทวนผลกระทบเชิงเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในระดับโลกและในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2563.
7. กรมควบคุมโรค. แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_110864.pdf
8. Grundy S. Three modes of action research. Curriculum Perspectiv, 1982;12(3):23-4.
9. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, เพ็ญนภา ศรีหริ่ง, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, ดิษฐพล ใจซื่อ, และคนอื่นๆ. การถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5427
10. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. คู่มือการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
11. นงณภัทร รุ่งเนย, เพ็ญแข ดิษฐบรรจง, ภคพร กลิ่นหอม, ศิริพร ครุฑกาศ, นภาภรณ์ เกตุทอง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2565;14(2):17-37.
12. Susman GI, Evered RD. An Assessment of the Scientific Merits of Action Research. Administrative Science Quarterly. 1978;23(4):582-603.
13. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
14. ธีรพร สถิรอังกูร, ศิริมา ลีละวงศ์, ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, ณิชาภา ยนจอหอ, กนกพร แจ่มสมบูรณ์. การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(2): 320-33.
15. ระนอง เกตุดาว, อัมพร เที่ยงตรงดี, ภาสินี โทอินทร์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี –Udon Model COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(1):53-61.
16. จอมรุจจิโรจน์ เหตุเกษ. กลยุทธ์ในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โควิด – 19 ศึกษาเฉพาะกรณีเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ [การค้นคว้าอิสระ]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563.
17. วรภัทร์ อิงคโรจน์ฤทธิ์. รูปแบบการบริหารจัดการพื้นที่ศูนย์พักฟื้นชั่วคราวสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 : กรณีศึกษาโครงการ CUVCare อาคารจุฬานิเวศน์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วารสารวิชาการสถาปัตยกรรมศาสตร์. 2563;70: 37-64.