

แนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในชุมชนเมือง เปรียบเทียบกับชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10

A COMPARISON OF URBAN AND RURAL COMMUNITIES MANAGEMENT APPROACHES TO CONTROL THE OUTBREAK OF COVID-19 IN THE 10TH PUBLIC HEALTH REGION

เกศรา แสนศิริทวิสุข¹ วณิดา ดิษวิเศษ² และ ละมัย ร่มเย็น³

Getsara Sansiritawisuk¹, Wanida Ditwiset², and Lamai Romyen³

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคโควิด-19 ในชุมชนเมือง และชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10 2) เปรียบเทียบแนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคโควิด-19 ในชุมชนเมือง กับชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10 3) สร้างข้อเสนอแนะแนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ในกรณีการระบาดในชุมชนเมือง และชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10 ศึกษาระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 31 พฤษภาคม 2564 กลุ่มเป้าหมาย เป็นเหตุการณ์ระบาดกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ที่มีผู้ติดเชื้อมากกว่า 20 รายขึ้นไป

จากสถานการณ์การระบาดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ที่มีผู้ติดเชื้อมากกว่า 20 ราย จำนวน 4 เหตุการณ์ เป็นการระบาดในชุมชนเมือง 1 เหตุการณ์ และในชุมชนชนบท 3 เหตุการณ์ ปัจจัยการระบาดในชุมชนเมืองเกิดจากการไปเที่ยวสถานบันเทิง ส่วนในชุมชนชนบทเป็นการระบาดในวงครอบครัวที่ผู้ติดเชื้อเดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงเป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งยังพบในกลุ่มเล่นการพนัน การไปซื้อของในร้านค้าที่มีผู้ติดเชื้อ การพบปะสังสรรค์และการรับประทานอาหารร่วมกันในหมู่ญาติ เป็นต้น ด้านการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดในชุมชนเมือง เมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนชนบท พบว่า การบริหารจัดการในชุมชนเมืองมีรูปแบบที่เป็นทางการ มีการประสานงานหลายภาคส่วน การเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงเป็นไปได้ยากกว่าในชุมชนชนบท ความพร้อมด้านกำลังคน วัสดุอุปกรณ์และระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในเขตชุมชนเมืองมีความพร้อมมากกว่าในชุมชนชนบท ในขณะที่ชุมชนชนบทมีจุดเด่นในเรื่องของการทำงานที่มีรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ สามารถดำเนินการได้โดยอาศัยสัมพันธ์ภาพในชุมชน ทำให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงได้ง่ายและได้รับความร่วมมือมากกว่าชุมชนเมือง ดังนั้นเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพทั้งในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ควรเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในทุกระดับให้สามารถปรับเปลี่ยนหมุนเวียนอัตรากำลังได้ในภาวะฉุกเฉิน มีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินในระดับอำเภอให้มีความพร้อม ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด มีการพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนบริหารทรัพยากรอย่างเพียงพอ และการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเชิงรุก การสื่อสารความเสี่ยง และการสร้างความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อให้การควบคุมโรคเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดต่อไป

คำสำคัญ : การบริหารจัดการ, การควบคุมการระบาด, โรคโควิด-19

^{1,2} สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. The Office of Disease Prevention and Control, 10 Ubon Ratchathani.

³ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร Faculty of Humanities and Social Sciences, Sakon Nakhon Rajabhat University

ABSTRACT

This study aimed to 1) study the situation of outbreaks in clusters of COVID-19 in urban and rural communities of the 10th Public Health Region, 2) to compare management approaches to control outbreaks in clusters of COVID-19 in urban and rural communities of the 10th Public Health Region, 3) to create recommendations on management guidelines to control the spread of COVID-19 of the 10th Public Health Region. The study period was from April 1 to May 31, 2021. It is a large cluster of outbreaks with more than 20 infected people.

From the epidemic situation in the 10th Public Health Region, there were 4 large clusters of more than 20 infected people: one was urban cluster, and three were rural clusters. Community outbreak factors, the city was formed by visiting entertainment venues. In rural communities, it is a family-based outbreak where most of the infected people returning from high-risk areas. It was also found that there were groups involved in gambling circles, shopping in stores with infected people, gatherings and eating together among relatives, etc. On the management of outbreak control in urban communities compared to rural communities, it was found that management in urban communities a formal format with multi-sector coordination. Accessing vulnerable groups may be more difficult in rural communities. readiness of manpower equipment and emergency response systems in urban areas are more readily available than in rural communities. while rural communities are characterized by informal working styles. This can be done through community relationships. This makes it easier to reach vulnerable groups and get more cooperation than urban communities. Therefore, in order to provide management to control the spread of the COVID-19 epidemic to be effective in both urban and rural communities the capacity of personnel and communicable disease control units should be increased at all levels to be able to switch the power rate in an emergency. There are clear standard operation procedure guidelines and emergency operation Center development at the district level to be ready. According to the specified standards Information has been developed so that it can be used in planning adequate resource management and driving proactive disease prevention and control operations the risk communication and the creation of cooperation from all network partners in order to achieve disease prevention and control target.

Keywords: Management, Outbreak Control, COVID-19

บทนำ

จากเหตุการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (Coronavirus disease 2019: COVID-19) ในประเทศไทย ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 พบผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นหญิงชาวจีนที่เดินทางเข้ามาประเทศไทย ตรวจพบเชื้อเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2563 ซึ่งถือว่าประเทศไทยเป็นประเทศแรกที่พบผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 รายแรกนอกประเทศจีน ต่อมาวันที่ 31 มกราคม 2563 มีรายงานพบว่าพบผู้ติดเชื้อที่เป็นคนไทยรายแรกของประเทศ และในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ยังพบว่ามียารายงานผู้ติดเชื้อแต่จำนวนไม่มาก จนกระทั่งวันที่ 6 มีนาคม 2563 พบการระบาดระลอกแรกเป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ในการแข่งขันชมมวยไทย ณ สนามมวยเวทีลุมพินี ในเขตกรุงเทพมหานคร ทำให้เกิดการแพร่กระจายไปหลายจังหวัดทั่วประเทศ จากนั้นเกิดการระบาดระลอกที่ 2 ในช่วงกลางเดือนธันวาคม 2563 พบการระบาดที่จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งสงสัยว่ามาจากแรงงานต่างด้าวที่มีการลักลอบพาเข้ามาในประเทศไทย ต่อมาพบการระบาดระลอกที่ 3 เดือนเมษายน 2564 การระบาดใหม่ที่เป็น Cluster ขนาดใหญ่ในสถานบันเทิงย่านทองหล่อ กรุงเทพมหานคร และจังหวัดนครราชสีมา (กรมควบคุมโรค, 2563) หลังจากนั้นมียารายงานผู้ติดเชื้อในประเทศไทย เพิ่มสูงขึ้น ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 มียารายงานผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก รวม 220 ประเทศ จำนวน 171,056,223 ราย เสียชีวิต 3,557,413 ราย ในขณะที่ประเทศไทยมียารายงานผู้ป่วยยืนยันสะสม 159,792 ราย เสียชีวิต 1,031 ราย สำหรับรายงานผู้ติดเชื้อในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งรับผิดชอบจังหวัดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง 2 (อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญ) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน 2 (มุกดาหาร) มียารายงานผู้ป่วยยืนยันสะสม 5 จังหวัด รวม 1,013 ราย เสียชีวิต 14 ราย มีแนวโน้มพบการระบาดเพิ่มสูงขึ้นในเดือนเมษายน 2564 ที่เป็นช่วงเทศกาลสงกรานต์วันหยุดยาวต่อเนื่อง ทำให้มีประชาชนเดินทางกลับภูมิลำเนาเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนทั้ง ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เขตสุขภาพที่ 7, 8 และ 9) ที่พบผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นในลักษณะเดียวกัน (กรมควบคุมโรค, 2563)

จากสถานการณ์ข้างต้น พบว่า เป็นการระบาดที่แตกต่างจากการระบาดในระลอกที่ 1 และ 2 ที่พบการระบาดเริ่มต้นจากชุมชนเมืองเป็นส่วนใหญ่ และขยายไปชุมชนชนบทแบบประปราย ส่วนการระบาดในระลอกที่ 3 พบมีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนพร้อมกันทั้งชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ดังนั้น จึงนำไปสู่การศึกษาในครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคโควิด-19 ในชุมชนเมือง และชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10 2) การเปรียบเทียบแนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคโควิด-19 ในชุมชนเมือง กับชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10 และ 3) เพื่อสร้างข้อเสนอแนะแนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ในกรณีการระบาดในชุมชนเมือง และชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปสู่การพัฒนาการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดโรคโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ขอบเขตการศึกษา

ด้านพื้นที่ ศึกษาในเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ดังนี้

เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และ มุกดาหาร จำนวน 70 อำเภอ 611 ตำบล 7,369 หมู่บ้าน (เขตสุขภาพที่ 10, 2564)

หน่วยงานสาธารณสุขที่มีบทบาทด้านการควบคุมโรค โควิด-19 ระดับเขต หมายถึง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบ 5 จังหวัด หน่วยงานระดับจังหวัด หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ หน่วยงานระดับอำเภอ หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลชุมชน(รพช.) และ หน่วยงานระดับตำบล หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) และพื้นที่ทำการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ พื้นที่ชุมชนเมือง และชุมชนชนบท ดังนี้

ชุมชนเมือง (Urban community) หมายถึง พื้นที่ในเขตเทศบาลเมืองและเทศบาลนคร ในเขตสุขภาพที่ 10 เป็นชุมชนที่มีจำนวนและความหนาแน่นของประชากร 10,000 คนขึ้นไป และมีความหนาแน่นไม่ต่ำกว่า 3,000 คน/ตารางกิโลเมตร มีสภาพที่เจริญแล้ว มีการคมนาคม การสื่อสารและการบริการต่าง ๆ สังคม สิ่งแวดล้อมเกิดจากการกระทำของมนุษย์ มีอาคารบ้านเรือนหนาแน่น ประชากรไม่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ส่วนใหญ่เป็นงานบริการ ความชำนาญพิเศษ ความสามารถเฉพาะบุคคล ความสัมพันธ์ในชุมชนเป็นแบบผิวเผินเป็นทางการ ต่างคนต่างอยู่ มีค่านิยมทางวัตถุมากกว่าจิตใจ

ชุมชนชนบท (Rural community) หมายถึง พื้นที่นอกเขตเทศบาลเมืองและเทศบาลนคร ในเขตสุขภาพที่ 10 เป็นบริเวณพื้นที่ที่มีความเจริญทางวัตถุน้อย ส่วนใหญ่มีอาชีพทางการเกษตร เลี้ยงสัตว์ การประมง เป็นชุมชนขนาดเล็ก มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดธรรมชาติ มีค่านิยม ความเชื่อ ประเพณี ทัศนคติแบบเดียวกัน ดำรงชีวิตง่าย ๆ มีความสนิทสนม เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ของคนในชุมชน มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน (อัจฉรา สโรบล, 2551)

ด้านประชากร ศึกษาทางระบาดวิทยาในกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 พฤษภาคม 2564 และร่วมเหตุการณ์การระบาดเป็นกลุ่มก้อนที่มีผู้ติดเชื้อตั้งแต่ 20 รายขึ้นไป ตามนิยามการสอบสวนโรคของกองระบาด กรมควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค, 2564) ฉบับวันที่ 1 มิถุนายน 2564 กำหนดเกณฑ์ cluster การสอบสวน ตามระดับดังนี้

- ระดับอำเภอ ทุกราย (ดังนั้น Cluster ระดับอำเภอจึงหมายถึงผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป)

- ระดับจังหวัด Cluster คือ ผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 10 รายขึ้นไป

- ระดับเขต Cluster คือ ผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 20 รายขึ้นไป

ในการศึกษานี้จะใช้เกณฑ์ cluster ระดับเขต คือ ผู้ติดเชื้อยืนยันโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 20 รายขึ้นไป
ผลการศึกษา จำแนกตามวัตถุประสงค์การศึกษา 3 ข้อ ดังนี้

1) **ศึกษาสถานการณ์การระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคโควิด-19 ในชุมชนเมือง และชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10**

สถานการณ์โรคโควิด-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 เริ่มพบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนช่วงเดือนเมษายน 2564 ในสถานบันเทิงที่กรุงเทพมหานคร และมีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างไปหลายจังหวัด รวมทั้งจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ก็พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนจากสถานบันเทิงเช่นเดียวกัน โดยมีรายงานพบผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 พฤษภาคม 2564 จำนวน 973 ราย เสียชีวิต 13 ราย เพศชาย 419 ราย ร้อยละ 43.06 เพศหญิง 554 ราย ร้อยละ 56.94 พบกลุ่มอายุ 20-24 ปี มากที่สุด ร้อยละ 13.64 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.78 อาชีพที่พบมากที่สุด คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 15.60 รองลงมาคือ นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 13.43

เมื่อพิจารณาตามลักษณะชุมชนที่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 พบจำนวนผู้ติดเชื้อในชุมชนเมือง จำนวน 246 ราย และชุมชนชนบท จำนวน 727 ราย เมื่อแยกตามลักษณะการระบาดเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) พบว่าการระบาดในชุมชนเมือง เป็นการระบาดในสถานบันเทิง จำนวน 1 Cluster ซึ่งจุดเริ่มต้นของการระบาดเริ่มจากมีผู้ติดเชื้อที่มาจากกรุงเทพมหานครและมีประวัติไปเที่ยวสถานบันเทิงที่กำลังมีการระบาดในขณะนั้น ก่อนจะมีการกลับมาภูมิลำเนาโดยไม่ได้มีการกักตัวตามมาตรการที่ทางจังหวัดกำหนดและได้ไปเที่ยวสถานบันเทิงในจังหวัดจนทำให้เกิดการระบาดเป็นวงกว้างในเขตเมือง ซึ่งผู้ติดเชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็นพนักงานในร้าน ลูกค้าที่มาจากสถานบันเทิงและมีบางรายนำไปติดให้กับคนในครอบครัว ส่วนการระบาดในชุมชนชนบทส่วนใหญ่จะเป็นการระบาดในวงครอบครัวและนำไปสู่การระบาดขึ้นในชุมชน จำนวน 3 Cluster ซึ่งการระบาดในชุมชนชนบทที่เกิดขึ้น จะเป็นการระบาดเนื่องจากการกลับมาของกลุ่มเสี่ยงในช่วงเมษายน 2564 พบว่า มีญาติพี่น้องที่เดินทางกลับจากจังหวัดที่เป็นพื้นที่ระบาด เช่น กรุงเทพมหานคร นนทบุรี สมุทรปราการ เป็นจำนวนมากในช่วงเทศกาลสงกรานต์ที่มีวันหยุดยาวต่อเนื่อง และส่วนใหญ่ไม่ได้มีการกักตัวตามมาตรการที่จังหวัดกำหนด เมื่อกลับมาก็มีการจับกลุ่ม มีการรับประทานอาหารร่วมกัน มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับครอบครัวและญาติพี่น้อง อีกทั้งยังพบบางเหตุการณ์ผู้ที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยงมีการไปรวมกลุ่มเล่นการพนัน นอกจากนี้ยังพบการระบาดจากแหล่งโรคร่วม เช่น การไปซื้อของในร้านค้าที่มีผู้ติดเชื้อ การดื่มสุราร่วมกันจากแก้วเดียวกัน เป็นต้น ซึ่งบริบทชุมชนชนบทส่วนใหญ่จะมีความสนิทสนมกัน บ้านเรือนที่พอกอาศัยไม่มีพื้นที่แยกเป็นสัดส่วน มีการใช้พื้นที่ส่วนรวมร่วมกัน เช่น ห้องน้ำ ห้องนอน ส่งผลให้เมื่อมีผู้ติดเชื้อ 1 ราย จะเกิดการแพร่ระบาดไปยังครอบครัวและคนในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว ทำให้พบผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ติดเชื้อของการระบาดเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) พื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกตามลักษณะชุมชน ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 พฤษภาคม 2564

ลักษณะชุมชน	การระบาดเป็นกลุ่มก้อน (Cluster)	จำนวนผู้ติดเชื้อ (ราย)
ชุมชนเมือง	สถานบันเทิงแห่งหนึ่ง	53
ชุมชนชนบท	1. เล่นการพนัน	48
	2. เล่นการพนันและร่วมสังสรรค์	29
	3. ร้านขายของชำ	86

2) การเปรียบเทียบแนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคโควิด-19 ในชุมชนเมือง กับชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10

แนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) ของโรคโควิด-19 ได้ทำการวิเคราะห์ตามหลักทฤษฎีบริหารจัดการ POCCC และการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ดังนี้

(1) **ทฤษฎีบริหารจัดการ POCCC** ของ อองรี ฟาโยล (Henri Fayol) (ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC (ติน ปรัชญพฤทธิ, 2542, หน้า 20) ประกอบด้วย

P – Planning : การวางแผน การเตรียมพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (Preparedness) และตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Response) COVID-19 ระลอกที่ 3 เดือน เม.ย. 2564

O – Organizing : การจัดองค์กร ในการจัดทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน EOCและมีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่มภารกิจ

C – Commanding : การบังคับบัญชาสั่งการ มีการจัดระบบบัญชาการเหตุการณ์

C – Coordination : การประสานงาน

C – Controlling : การควบคุม การควบคุมกำกับตลอดจนบริหารจัดการทุกอย่างให้สำเร็จลุล่วงไปตามกรอบ หรือมาตรฐานที่กำหนด โดยการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบด้วย

1. การเฝ้าระวังเพื่อตรวจจับการระบาด (Detection)

2. การสอบสวน (Investigation)

- กรณีพบผู้ป่วยยืนยัน มีผล RT-PCR (Polymerase chain reaction) เป็นบวก ห้องปฏิบัติการแจ้งทีม CDCU ภายใน 3 ชม. และทีม CDCU จะดำเนินการออกสอบสวนโรครภายใน 12 ชม. เพื่อติดตามกลุ่มผู้สัมผัส ค้นหาแหล่งรับเชื้อก่อนการป่วย 14 วัน และโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อหลังป่วยก่อนเข้าสู่ระบบการรักษา (พรบ.โรคติดต่อ 2558)

3. การป้องกันควบคุมโรค (Prevention & Control) ผลลัพธ์ในการควบคุมโรค ดังนี้

1) สามารถหาแหล่งรับเชื้อ (กลุ่มเสี่ยง/กิจกรรม/แหล่งเสี่ยง/ช่วงเวลาเสี่ยง) เช่น หา Index case / First case / Import case ได้

2) ค้นหาแหล่งแพร่โรค มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุม และเก็บตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2 ครั้ง

3) การทำ Home Quarantine คุณภาพ (ลุ่มประเมิน)

4) ค้นหาขอบเขตการระบาดได้ โดยไม่พบแพร่เชื้อในวงกว้าง (ระบาดวง 3-4) ควบคุมโรคได้ใน 28 วัน

(2) **การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข** (Public Health Emergency Management, PHEM) รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานใน 2 ระยะ ได้แก่ ระยะการเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (Preparedness) และระยะการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Response)

(3) **ระบบบัญชาการเหตุการณ์** (Incident Command System; ICS) เป็นระบบการจัดองค์กรสำหรับ การบังคับบัญชา (Command), การควบคุม (Control), การประสานงาน (Coordination) เพื่อตอบสนองต่อการที่หน่วยงานหลาย ๆ หน่วยงานที่มาร่วมปฏิบัติงานในสถานการณ์โควิด-19 ที่มีเป้าหมายร่วมกันในการระงับสถานการณ์, ปกป้อง ชีวิต ทรัพย์สิน และสิ่งแวดล้อม

(4) **ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน** (Emergency Operation Center, EOC) โครงสร้างคณะดำเนินงาน ประกอบด้วย กลุ่มภารกิจ ดังต่อไปนี้

1. ผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Commander: IC)

2. ฝ่ายข้อมูลและยุทธศาสตร์ มี 2 กลุ่มภารกิจ ได้แก่ กลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team; SAT) และ กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์ (Strategic and Technical Advisory Group : STAG)

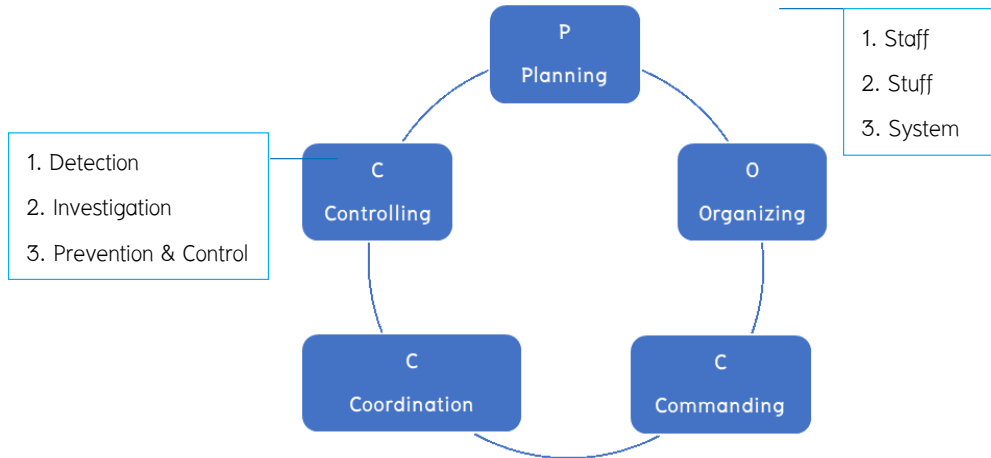
3. ฝ่ายปฏิบัติ มี 9 กลุ่มภารกิจ ได้แก่ กลุ่มภารกิจปฏิบัติการ (Operation) กลุ่มภารกิจสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication), กลุ่มภารกิจการดูแลรักษาผู้ป่วย (Case management), กลุ่มภารกิจด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ (Point of Entry), กลุ่มภารกิจกฎหมาย (Legal), กลุ่มภารกิจประสานงานและเลขานุการ (Liaison), กลุ่มภารกิจการเงินและงบประมาณ (Finance), กลุ่มภารกิจกำลังคน (Human resource) และกลุ่มภารกิจการสำรองวัสดุ เวชภัณฑ์ และส่งกำลังบำรุง (Stockpiling and logistics)

5) การพัฒนาสมรรถนะ EOC ประกอบด้วย 3S (Staff-Staff-System) ดังนี้

(1) **ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff)** หมายถึง หน่วยงานจะต้องกำหนดและมีการวางแผนบุคลากรสำหรับตำแหน่งในการตอบสนองต่อสถานการณ์ตามระบบ ICS ซึ่งต้องสอดคล้องกับแผนระดมทรัพยากรและแผนระดับประคองกิจการของหน่วยงานอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น ซึ่งด้านกำลังคนจะมีการพัฒนาสมรรถนะหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Unit; CDCU) เพิ่มเป็น 3 เท่า และผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรระดับปริญญาและการบริหารจัดการทีม สำหรับแพทย์หัวหน้าทีมและสอบสวนหลัก (Field Epidemiology and Management Training for SRRT;FEMT) และแพทย์ที่ผ่านการอบรมผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาภาคสนาม (Field Epidemiology Training Program ; FETP)

(2) **ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Stuff)** หมายถึง วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ ครุภัณฑ์ที่ใช้รวมถึงห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลผลข้อมูลข่าวสาร และระบบสื่อสาร ได้แก่ ห้อง EOC วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และครุภัณฑ์ และข้อมูล

(3) **ด้านระบบงาน (System)** หมายถึง ระบบบัญชาการเหตุการณ์และแผนการปฏิบัติตอบสนองต่อสถานการณ์รวมถึงระบบการปฏิบัติอื่น ๆ (กรมควบคุมโรค, 2558) ได้แก่ การจัดตั้ง EOC การจัดตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อ (กกต.) การขับเคลื่อนการดำเนินงาน EOC/กกต. และ การซ้อมแผนสรุปการบริหารจัดการ POCCC เพื่อควบคุมการระบาดของโควิด-19 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การบริหารจัดการ POCCC เพื่อควบคุมการระบาดของโควิด-19

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) ของโรคโควิด-19 ในชุมชนเมือง กับชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10

ชุมชนเมือง	ชุมชนชนบท
P –Planning : การวางแผน	
1. กำลังคน (Staff)	
<p>1.1) การอบรม CDCU เพิ่ม 3 เท่า ระดับเขต จาก 2 ทีม เพิ่มเป็น 7 ทีม 51 คน ระดับจังหวัด จาก 1 ทีม/จังหวัด เพิ่มเป็น 3 ทีม/จังหวัด (5 จังหวัด) 15 ทีม 186 คน</p> <p>1.2) การอบรมหลักสูตร FEMT มีผู้ผ่านอบรมระดับจังหวัด 5 ทีมและระดับเขต 3 ทีม</p> <p>1.3) การอบรมหลักสูตร FETP มีแพทย์ FETP ระดับเขต ยังขาดแพทย์ FETP ในระดับเขตระดับจังหวัด 1 คน (กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สคร. 10 อบ.,2564)</p> <p>ข้อมูลดังกล่าว พบว่า ชุมชนเมืองยังมีแพทย์ด้านระบาดไม่เพียงพอ ซึ่งจะมีผลต่อการควบคุมโรค โดยเฉพาะกรณีที่มีการระบาดในวงกว้างและมีความซับซ้อนทำให้การค้นหาแหล่งรังโรค เพื่อควบคุมการระบาดได้ล่าช้า</p>	<p>1.1) การอบรม CDCU เพิ่ม 3 เท่า ระดับอำเภอ (70 อำเภอ) จาก 70 ทีม เพิ่มเป็น 210 ทีม 2,082 คน (รวมเจ้าหน้าที่ระดับตำบล)</p> <p>1.2) การอบรมหลักสูตร FEMT ระดับอำเภอมีผู้ผ่านอบรมเพียงร้อยละ 7.14 และยังไม่มีการตั้งเป้าหมายการอบรมหลักสูตร FEMT และ FETP ถึงระดับตำบล</p> <p>(กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สคร. 10 อบ., 2563)</p> <p>ข้อมูลดังกล่าว พบว่า ชุมชนชนบทยังขาดแพทย์หรือนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา อีกทั้งบุคลากรในหน่วยงานมีจำนวนจำกัด ทำให้ไม่สามารถสับเปลี่ยนหมุนเวียนอัตรากำลังได้ในภาวะฉุกเฉิน</p>
2.ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Stuff)	
<p>2.1) ห้อง EOC หน่วยงานระดับเขตและจังหวัดมีห้อง EOC สำหรับปฏิบัติงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเป็นการเฉพาะ</p> <p>2.2) วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือและครุภัณฑ์ ระดับเขตมีวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือและครุภัณฑ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากกรมควบคุมโรค ส่วนระดับจังหวัด สสจ.แต่ละแห่งมีการจัดหาตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด</p> <p>2.3) ข้อมูล 2.3.1 มีกล่องภารกิจ SAT (Situation Awareness Team) เป็นเสนาธิการ ซึ่งมีการจัดเวรปฏิบัติงานโดยหมุนเวียนบุคลากรจากกลุ่มงาน/ฝ่ายต่าง ๆ</p>	<p>2.1) ห้อง EOC หน่วยงานระดับอำเภอส่วนใหญ่ยังไม่มีห้อง EOC เป็นการเฉพาะเมื่อมีภาวะฉุกเฉินประยุกต์ใช้ห้องประชุมเป็นสถานที่ปฏิบัติงาน</p> <p>2.2) วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือและครุภัณฑ์ ระดับอำเภอไม่มีวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือและครุภัณฑ์เป็นการเฉพาะในภาวะฉุกเฉินจะนำวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือและครุภัณฑ์ที่มีอยู่มาใช้ในการปฏิบัติงานในห้อง EOC ซึ่งไม่เป็นไปตามกรอบมาตรฐานที่กำหนด</p> <p>2.3) ข้อมูล 2.3.1 มีกล่องภารกิจ SAT (Situation Awareness Team) เป็นเสนาธิการ แต่ผู้รับผิดชอบหลักยังเป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา</p>

ชุมชนเมือง	ชุมชนชนบท
<p>2.3.2 ยังไม่มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจทั้งในระดับเขตและจังหวัด</p> <p>2.3.3 ควรมีการคาดการณ์จำนวนป่วย/ตาย อย่างต่อเนื่องเพื่อใช้ประโยชน์ในการเตรียมทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง (Logistic)</p> <p>2.3.4 ข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้บริหารในการตัดสินใจสั่งการในการควบคุมโรคได้ทันเวลาในภาวะฉุกเฉิน</p>	<p>ของอำเภอนั้น ๆ ส่วนระดับตำบลยังไม่มีกล่องภารกิจ SAT แต่จะดำเนินการโดยผู้รับผิดชอบงานระดับวิทยา</p> <p>2.3.2 การนำเสนอข้อมูลในระดับอำเภอและตำบล ส่วนใหญ่เป็นการนำเสนอเฉพาะสถานการณ์จำนวนป่วย/ตาย ตลอดจนจำนวนฐานข้อมูลผู้ติดเชื้อทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง แต่ยังไม่มีการประเมินความเสี่ยง ซึ่งจะส่งผลต่อการสื่อสารเพื่อจัดการความเสี่ยงให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่และวิธีการนำเสนอควรแสดงการเคลื่อนไหว เช่น แสดงจำนวนเพิ่มหรือลดของข้อมูลเป็นรายวัน (Dynamic) พร้อมการเปรียบเทียบ ขนาดและขอบเขตการกระจายของปัญหาตามบุคคล เวลา สถานที่เสี่ยง</p> <p>2.3.3 ควรมีการตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้พร้อมใช้และเพียงพอสำหรับการใช้งานไปข้างหน้าอย่างน้อย 2-3 เดือน หากไม่มีการสำรอง อาจเกิดภาวะขาดแคลนและไม่พร้อมใช้งาน</p>
<p>3. ด้านระบบงาน (System)</p>	
<p>3.1) การจัดตั้ง EOC มีการพัฒนา EOC ระดับเขตและจังหวัด โดยมี ICS) ระดับเขตสุขภาพ คือ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และระดับจังหวัด คือ ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธาน EOC</p> <p>3.2) มีการจัดตั้งกกต.จังหวัด โดยมีการระดมสรรพกำลังจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3.3) การขับเคลื่อนการดำเนินงาน EOC/กกต.</p> <p>3.3.1. ระดับเขตมีการประชุม EOC ทุกวัน</p> <p>3.3.2. การประชุม กกต. อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือนัดประชุมเพิ่มเติมขึ้นอยู่กับสถานการณ์การระบาดในพื้นที่</p> <p>3.4) การซ่อมแผน ทุกจังหวัดมีการซ่อมแผนและจัดทำแผนประกอบกิจการ ซึ่งควรมีการปรับปรุงคู่มือแสดงรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานหรือ SOP (Standard Operation Procedures) ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในแต่ละระดับ</p>	<p>3.1) การจัดตั้ง EOC มีการพัฒนา EOC ระดับอำเภอ โดยมี ICS) คือนายอำเภอ เป็นประธาน EOC</p> <p>3.2) มีการจัดตั้ง กกต. อำเภอโดยมีการระดมสรรพกำลังจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3.3) การขับเคลื่อนการดำเนินงาน EOC/กกต.</p> <p>3.3.1 ระดับอำเภอส่วนใหญ่มีการประชุม EOC ตลอดจน กกต.อำเภอเมื่อมีสถานการณ์ระบาดในพื้นที่ และพบว่าส่วนใหญ่การขับเคลื่อนยังเป็นเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุข</p> <p>3.3.2 ยังไม่มีการจัดตั้ง EOC หรือกกต.ตำบล อาจส่งผลต่อการสั่งการ ทำให้การดำเนินงานไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่</p> <p>3.4) การซ่อมแผน ระดับอำเภอมีการซ่อมแผนในประเด็นโรคหรือภัยสุขภาพตามปัญหาเฉพาะพื้นที่และการจัดทำแผนประกอบกิจการยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ส่งผลต่อความพร้อมในการตอบโต้เมื่อมีภาวะฉุกเฉิน</p>

ชุมชนเมือง

ชุมชนชนบท

O – Organizing : การจัดองค์กร

การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ EOC

ระดับเขต/จังหวัดมีการมีคำสั่ง และการจัดตั้งกลุ่มภารกิจที่ครอบคลุมตามลักษณะงานและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ แต่ยังไม่พบว่ามีกรปฏิบัติหน้าที่มากกว่า 1 กลุ่มภารกิจ/คน

การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ EOC

1) ระดับอำเภอ มีการจัดทำคำสั่ง และจัดตั้งบางกลุ่มภารกิจในช่วงระยะเริ่มต้นของการระบาด เช่น กลุ่มภารกิจ SAT และ Operation จะเป็นผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มระบาดวิทยาที่ต้องทำบทบาททั้ง 2 ภารกิจ
2) กรณีมีการระบาดขยายวงกว้างจะมีการระดมสรรพกำลังจากกลุ่มงานอื่น รวมถึงระดับตำบลและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ถึงแม้ไม่มีรายชื่อในคำสั่ง EOC เช่น แกนนำ ครูและอาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น

C – Commanding : การบังคับบัญชาสั่งการ

การจัดระบบบัญชาการเหตุการณ์

ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 มีระบบการสั่งการที่ชัดเจน โดย ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จ. อุบลราชธานี โดยผู้อำนวยการ

การจัดระบบบัญชาการเหตุการณ์

ระดับอำเภอ มีระบบการสั่งการที่ชัดเจน โดยประธาน กกต.อ. คือ นายอำเภอ
ระดับตำบล/หมู่บ้าน การจัดโครงสร้างการบังคับบัญชา มีกำนัน/ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ที่สืบทบาทสำคัญในการออกกฎระเบียบชุมชน เพื่อเฝ้าระวังค้นหา ติดตามผู้มาจากพื้นที่เสี่ยงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงอาสาสมัครในชุมชน โครงสร้างการบริหารจัดการในระดับหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นแบบยืดหยุ่น คล่องตัว ไม่เป็นทางการ

ระดับจังหวัด มีโครงสร้างการทำงาน มีสายบังคับบัญชาที่ชัดเจน ตามลำดับความสำคัญตลอดจนอำนาจหน้าที่ในการสั่งการโดยทุกจังหวัดจะมีประธาน กกต.จว. คือ ผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อให้เกิดเอกภาพในการบังคับบัญชา (Unity of Command) และใช้ระบบการบริหารโดยการยึดตามวัตถุประสงค์ที่เน้นความปลอดภัยของชีวิต การควบคุมสถานการณ์โรคไม่ให้ลุกลาม

C – Coordination : การประสานงาน

การประสานงานจะเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ/เอกชน/สถานประกอบการ และคนในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นแบบที่เป็นทางการ ต้องมีการประสานงาน นัดหมายล่วงหน้า การเข้าถึง ติดตามกลุ่มเสี่ยง/ พื้นที่เสี่ยง ตลอดจนการปฏิบัติตามมาตรการ DMHTT (D : Distancing, M : Mask Wearing, H : Hand Washing, T : Testing, T : Thai Cha Na) บางแห่งทำได้ยาก ต้องอาศัย กฎหมาย

ระดับชุมชน ส่วนใหญ่เป็นความสัมพันธ์ส่วนบุคคล เครือญาติ อาจไม่ต้องมีเอกสารที่เป็นทางการ ในการติดตามประสานงาน โดยมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้รับผิดชอบ (1 คน ต่อ 10-15 หลังคาเรือน) ทำให้สามารถประสานงาน/เข้าถึง/กำกับติดตาม และทราบกลุ่มเป้าหมายผู้มาจากพื้นที่เสี่ยงได้ง่ายกว่าชุมชนเมือง

ชุมชนเมือง

ชุมชนชนบท

ตาม พรบ. โรคติดต่อ 2558 มาช่วยให้การดำเนินงานควบคุมโรคให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

C – Controlling : การควบคุม

1. การเฝ้าระวังเพื่อตรวจจับการระบาด

1.1) มีช่องทางการเดินทางเข้ามาในพื้นที่เขตเมืองหลายช่องทาง ทั้งรถยนต์ส่วนตัว รถโดยสารสาธารณะ และบางจังหวัดสามารถเดินทางโดยเครื่องบิน

1.2) ระบบการตรวจจับผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงมีรูปแบบหลากหลายในแต่ละจังหวัด ซึ่งชุมชนเมืองจะใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการติดตาม เช่น การรายงานตัวผ่าน QR Code อีกทั้งบริบทชุมชนเมืองเป็นชุมชนขนาดใหญ่ ต่างคนต่างอยู่ ทำให้อาสาสมัครเข้าถึงได้ยาก รวมทั้งกลุ่มที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงหรือกลุ่มเสี่ยงบางกลุ่มให้ความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลประวัติเสี่ยงต่าง ๆ กับเจ้าหน้าที่น้อย ทำให้การติดตามเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังไม่ครอบคลุมตามเป้าหมาย 100%

2. การสอบสวน (Investigation)

2.1) การสอบสวน มีความยาก เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่เปิดเผย Time line ช่วง 14 วันก่อนป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับสถานที่เสี่ยง (สถานบันเทิง การรวมกลุ่มทำกิจกรรมผัดกัญญาหมาย) ส่งผลให้การติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงสูงเพื่อนำไปสู่ขบวนการควบคุมโรคเป็นไปอย่างล่าช้า ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายในวงครอบครัว (วงที่ 1) เพื่อนร่วมงาน และชุมชน (วงที่ 2) บางเหตุการณ์ระบาดทำให้เกิด Cluster ขนาดใหญ่ มีผู้ติดเชื้อมากกว่า 20 รายขึ้นไป

2.2) ในช่วงแรกที่มีการระบาด พบมีการเผยแพร่ข่าวลือ ส่งผลกระทบต่อบุคคล/สถานที่ รวมไปถึงสถานพยาบาลในการรองรับผู้ที่มารับบริการที่อาจมากกว่าปกติ

3. การป้องกันควบคุมโรค (Prevention & Control)

การค้นหาแหล่งรับเชื้อ และการค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในช่วงแรกติดตามได้ล่าช้า เนื่องจากการปกปิดข้อมูลประวัติเสี่ยง ทำให้พบการแพร่เชื้อในวงครอบครัว เช่น ครอบครัวของพนักงานที่ทำงานสถานบันเทิงมี

1. การเฝ้าระวังเพื่อตรวจจับการระบาด

1.1) เมื่อมีบุคคลเดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงในชุมชนจะมีระบบการตรวจจับช่องทางหลักโดยเครือข่าย อสม. หรือแกนนำในชุมชนซึ่งส่วนใหญ่ในชุมชนชนบทจะมีความสนิทสนมรู้จักกันทำให้ง่ายต่อการติดตามเข้าสู่ระบบการติดตามเฝ้าระวังโดยมีหลายพื้นที่มีการจัดหาสถานที่ เช่น เกียงนา เพื่อใช้เป็นสถานที่กักตัวจนเกิดเป็นเกียงนาโมเดลที่สอดคล้องกับบริบทและสภาพแวดล้อมในชุมชนชนบท

2. การสอบสวน (Investigation)

การสอบสวนโรค รวมทั้งการค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายในชุมชนในการเปิดเผยและแลกเปลี่ยนข้อมูล การส่งต่อแนะนำผู้สัมผัสที่มาร่วมกิจกรรมแบบปากต่อปาก เนื่องจากคนในชุมชนส่วนใหญ่รู้จัก มีความคุ้นเคยกัน รับทราบกิจกรรมของคนในชุมชน เช่น การแจ้งข้อมูลผู้มาร่วมกิจกรรมทำบุญ/งานศพ/งานบวช เป็นต้น

3. การป้องกันควบคุมโรค (Prevention & Control)

การค้นหาแหล่งรับเชื้อ และการค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ถ้าเป็นกิจกรรมที่ผัดกัญญาหมาย ในช่วงแรกติดตามได้ล่าช้า เนื่องจากการปกปิดข้อมูลประวัติเสี่ยงเช่นเดียวกันกับชุมชนเมือง แต่กรณีที่พบการระบาด

ชุมชนเมือง	ชุมชนชนบท
<p>สมาชิกครอบครัว 7 คน ติดเชื้อถึง 4 คน ทีม CDCU ระดับเขต/จังหวัดและพื้นที่รับผิดชอบจึงเร่งรัดการทำ Home Quarantine ให้ได้คุณภาพ และค้นหาขอบเขตการระบาด ทำให้ไม่พบการแพร่เชื้อในวงกว้าง (วงที่ 3) และสามารถควบคุมโรคได้ภายใน 28 วัน</p>	<p>เช่น ร้านค้าในชุมชนซึ่งผู้สัมผัสส่วนใหญ่มีความกังวลและรับรู้ความเสี่ยง มีการเปิดเผยข้อมูลประวัติการสัมผัสกับอาสาสมัครในชุมชน ผู้นำในชุมชน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทำให้สามารถค้นหาขอบเขตการระบาด รวมไปถึงการนำไปสู่มาตรการการควบคุมโรคของชุมชน โดยการ Lock down หมู่บ้านในจุดพื้นที่สีแดง (3 หมู่บ้าน จาก 6 หมู่บ้านเสี่ยง) เนื่องจากร้านค้านี้กลายเป็นร้านค้าที่มีของจำหน่ายครบทั้งสำหรับอุปโภค บริโภค ราคาไม่แพง ทำให้หมู่บ้านข้างเคียงมาซื้อของที่ร้านค้านี้เป็นจำนวนมาก ทีม CDCU ระดับเขต/จังหวัด และพื้นที่รับผิดชอบได้ดำเนินการร่วมสอบสวนควบคุมโรค รวมทั้งการค้นหาเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้าน จำนวน 2,122 คน ผลการสอบสวนโรคพบการระบาดในวงที่ 3 แต่ยังสามารถควบคุมโรคได้ภายใน 28 วัน</p>

3) เพื่อสร้างข้อเสนอแนะแนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ในกรณีการระบาดในชุมชนเมือง และชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10 ดังนี้

1) ด้านกำลังคน การวางแผนการพัฒนาสมรรถนะด้านระบาดวิทยาของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในแต่ละระดับ ดังนี้

1.1 ระดับเขตและจังหวัด ควร มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาภาคสนาม (FETP)

1.2 ระดับอำเภอ ควร มีแผนในการจัดส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรระบาดวิทยาและการบริหารจัดการทีม (FEMT) ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ

1.3 ระดับกรม กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ควรพิจารณาขยายหรือเพิ่มกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวให้ครอบคลุมในทุกระดับ โดยกำหนด Road Map ในการพัฒนาหลักสูตร FEMT ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ และหลักสูตร FETP ให้ครอบคลุมระดับจังหวัดและเขต

2) ด้านวัสดุอุปกรณ์

ระดับอำเภอควรมีการหางบประมาณ เพื่อใช้ในการพัฒนาห้อง EOC พร้อมทั้งจัดหาวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ ครุภัณฑ์ที่จำเป็นตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

3) ด้านข้อมูล

3.1 ระดับเขต/จังหวัด ควร มีการจัดทำฐานข้อมูลที่ใช้สำหรับผู้บริหารตัดสินใจได้รวดเร็ว (Real time Dashboard) รวมไปถึงควรมีการคาดการณ์สถานการณ์เพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหารทรัพยากรให้เพียงพอในภาวะฉุกเฉิน

3.2 ระดับอำเภอ ควรมีการนำข้อมูลมาใช้ในการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น เพื่อนำไปสู่การสื่อสารและจัดการความเสี่ยง

4) ด้านการบริหารจัดการ

4.1 หน่วยงานทุกระดับควรมีการสำรวจสมรรถนะของบุคลากร (Surge capacity) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เป็นการเตรียมความพร้อมกรณีต้องระดมกำลังคนมาช่วยกันปฏิบัติงาน ให้สามารถสับเปลี่ยนหมุนเวียนอัตรากำลังได้ในภาวะฉุกเฉินทั้งในหน่วยงานและการสนับสนุนปฏิบัติการภายนอกหน่วยงาน

4.2 หน่วยงานทุกระดับควรมี คู่มือ หรือขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP) ที่ชัดเจน และการมอบหมายงานควรมีอัตรากำลังที่เหมาะสม การแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนไม่ทับซ้อน

5) ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการระบาด

5.1 การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในทุกระดับ เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมการระบาดได้ภายใน 2 เท่าของระยะฟักตัว (28 วันนับจากผู้ติดเชื้อรายสุดท้าย)

5.2 หน่วยงานทุกระดับควรมีช่องทางสื่อสารความเสี่ยง รวมไปถึงการตอบโต้ข่าวลือที่อาจส่งผลกระทบต่อทางลบให้กับหน่วยงาน และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เป็นจริง เน้นสร้างความตระหนัก ลดความตื่นตระหนก (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

5.3 เน้นการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเชิงรุกให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนทั้งในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท โดยมีระบบการประสานงาน การกำกับติดตาม ดูแลกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการกักตัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการปิดหมู่บ้าน อาจจะต้องมีหน่วยงานมาดูแลสนับสนุนรอบด้าน เช่น การรักษาความปลอดภัย การจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภค ตลอดระยะเวลาการกักตัว ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงให้ความร่วมมือ สามารถกักตัวได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ลดการติดต่อจากชุมชน

สรุป

สถานการณ์การระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคโควิด-19 ในชุมชนเมือง และชุมชนชนบท ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 31 พฤษภาคม 2564 พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ที่มีผู้ติดเชื้อมากกว่า 20 ราย จำนวน 4 เหตุการณ์ โดยแบ่งเป็นการระบาดในชุมชนเมือง 1 เหตุการณ์ และการระบาดในชุมชนชนบท 3 เหตุการณ์ ปัจจัยการระบาดในชุมชนเมืองเกิดจากการไปเที่ยวสถานบันเทิง ในขณะที่ชุมชนชนบทเป็นการระบาดในวงครอบครัวที่ผู้ติดเชื้อเดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงโดยไม่มีอาการกักตัว อีกทั้งยังพบว่ามีกรไปรวมกลุ่มเล่นการพนัน และการไปซื้อของในร้านค้าเดียวกันในหมู่บ้าน รวมทั้งการสังสรรค์ การรับประทานอาหาร การดื่มสุราจากแก้วเดียวกัน เป็นต้น จากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวทั้งในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง ด้านการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาด ในชุมชนเมือง เมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนชนบท พบว่า การบริหารจัดการในชุมชนเมืองมีรูปแบบที่เป็นทางการ ต้องมีการประสานงานหลายภาคส่วน การเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงอาจเป็นไปได้ยากกว่าในชุมชนชนบท ส่วนความพร้อมด้านกำลังคน วัสดุอุปกรณ์และระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในเขตชุมชนเมืองมีความพร้อมมากว่าในชุมชนชนบท อีกทั้งในบางจังหวัดยังเป็นที่ตั้งของศูนย์วิชาการที่สามารถให้การสนับสนุนหน่วยงานใน

ชุมชนเมืองได้อย่างรวดเร็ว ขณะที่ชุมชนชนบทมีการบริหารจัดการควบคุมโรคเบื้องต้นตามบริบทของตนเอง เมื่อเกินขีดความสามารถจึงจะดำเนินการร้องขอที่มสนับสนุนจากหน่วยงานในลำดับขั้นถัดไป แต่ชุมชนชนบทมีจุดเด่นในเรื่องของการทำงานที่มีรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ สามารถดำเนินการได้โดยอาศัยสัมพันธภาพในชุมชน ทำให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงได้ง่ายและได้รับความร่วมมือมากกว่าชุมชนเมือง ดังนั้นเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพทั้งในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ควรเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในทุกระดับ ให้สามารถปรับเปลี่ยนหมุนเวียนอัตรากำลังได้ในภาวะฉุกเฉิน มีคู่มือแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงาน ที่ชัดเจน มีการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอให้มีความพร้อม ทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ครุภัณฑ์ที่จำเป็นตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด การพัฒนาข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา สามารถนำไปใช้ในการวางแผนบริหารทรัพยากรให้เพียงพอในภาวะฉุกเฉิน และการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเชิงรุก การเฝ้าระวังข่าวสื่อและตอบโต้ข่าวเน้นสร้างความตระหนัก ลดความตื่นตระหนก โดยอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน (เจมส์ แอล เครีย์ตัน, 2551) เพื่อให้การควบคุมโรคเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2558). *คู่มือการพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ที่บริษัทบอร์น ทู ปี พับลิชชิง จำกัด.
- _____. (2563). *รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019*. ฉบับที่ 28 วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 สืบค้นวันที่ 9 สิงหาคม 2564, เข้าถึงได้จาก https://ddcph.go.th/viralpneumonia/situation_more.php.
- _____. (2564). *แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19)* ฉบับวันที่ 1 มิถุนายน 2564 สืบค้นวันที่ 9 สิงหาคม 2564, เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_010664.pdf.
- เขตสุขภาพที่ 10. (2564). *ข้อมูลพื้นฐาน เขตสุขภาพที่ 10* สืบค้นวันที่ 9 สิงหาคม 2564, เข้าถึงได้จาก https://www.healthregion10.moph.go.th/gen_data.
- เจมส์ แอล เครีย์ตัน. (2551). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- ติน ปรัญพฤกษ์. (2542). *ทฤษฎีองค์การ*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. (2564). *รายงานสถานการณ์โควิด-19*. ประจำวันที่ 31 พฤษภาคม 2564. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี.
- สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในภาวะวิกฤติ*. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

อัจฉรา สโรบล. (2551). *ชุมชนกับการพัฒนา*. ภาควิชามนุษยสัมพันธ์. คณะมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สืบค้นวันที่ 9 สิงหาคม 2564, เข้าถึงได้จาก
(<http://human.cmu.ac.th/home/hc/ebook/006103/pdf/006103-10.pdf>).