วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ 32 ฉบับเพิ่มเติม 1 กรกฎาคม - สิงหาคม 2566

Journal of Health Science
Vol. 32 Supplement 1, July - August 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ *Original article*

บทเรียนการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข: กรณีศึกษาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดชลบุรี

วันรับ: 30 ม.ค. 2566
วันแก้ไข: 20 พ.ค. 2566
วันตอบรับ: 30 พ.ค. 2566

อภิรัต กตัญญุตานนท์ พ.บ., อว. (เวชศาสตร์ป้องกัน)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

บทคัดย่อ การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในกรณีศึกษาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของจังหวัดชลบุรีที่เป็นจังหวัดสำคัญในภาคตะวันออกตามโครงการเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่บูรณาการกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ six building block of health system และวงจรการบริหารภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (2P2R) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลตามหลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงแก่นสาระ ผลการศึกษาพบว่า (1) คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดชลบุรี ได้แสดงภาวะผู้นำในการจัดการเชิงรูปธรรมด้วยข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (2) กำลังคนทั้งภาคสุขภาพและนอกภาคสุขภาพได้เรียนรู้การปฏิบัติงานผ่านการสอนงานและติดตามอย่างต่อเนื่อง (3) จัดหาและจัดสรรงบประมาณ เวชภัณฑ์ ยา และวัคซีนจากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (4) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจากเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนทั้งระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่น (5) การเงินการคลังด้านสุขภาพเป็นไปตามการใช้งบประมาณตามภารกิจ และ (6) การให้บริการสุขภาพ ได้ดำเนินการที่สอดคล้องกับมาตรการการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทั้งระยะก่อนเกิดสถานการณ์ที่เน้นการเตรียมความพร้อมของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในระดับพื้นที่ ระยะเกิดสถานการณ์ที่เฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยอย่างถี่ถ้วน พร้อมกับสื่อสารประชาชนในวงกว้างอย่างต่อเนื่อง และระยะหลังเกิดเหตุการณ์ ได้กำหนดมาตรการในสถานศึกษา สถานประกอบการและร้านอาหารเพื่อเตรียมเข้าสู่ระยะผ่อนคลายมาตรการจนเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง จากบทเรียนในครั้งนี้มีความท้าทายในเรื่อง การตัดสินใจควบคุมโรคควบคู่กับเศรษฐกิจ การสื่อสารความเสี่ยงในการจัดการกับภาวะวิกฤต ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะเรื่องการเตรียมจัดแผนบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินโรคอุบัติใหม่แบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนรวมถึงภาคธุรกิจ ให้พร้อมต่อการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคตามบริบทพื้นที่

คำสำคัญ: **การบริหาร; สถานการณ์; ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข; โรคโควิด-19; ชลบุรี**

บทนำ

เครื่องมือสำคัญในการพัฒนาศักยภาพขององค์กร คือ “การถอดบทเรียน (lesson learned)” โดยมุ่งเน้นการค้นหาต้นทุนของการปฏิบัติการที่เกิดขึ้นทั้งต้นทุนด้านบุคคล และต้นทุนด้านทรัพยากร การวิเคราะห์ศักยภาพของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เข้าร่วมปฏิบัติการ รวมถึงการเรียนรู้เหตุปัจจัยและแนวทางการปฏิบัติการ[1] ซึ่งบทเรียนที่ได้รับจะนำไปสู่การทบทวน วิเคราะห์ และพัฒนาต่อยอดใน

การปฏิบัติการครั้งต่อไปได้ สำหรับการถอดบทเรียนในครั้งนี้ มุ่งศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อทุกคนทั่วโลก ได้แก่ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค-โควิด-19 ตั้งแต่ระยะแรกของประเทศไทย ควบคุมโรคระยะแรก จนเข้าสู่ระยะระบาดในวงกว้าง และระยะผ่อนคลาย ในกรณีศึกษาเรื่องการบริหารสถานการณ์ดังกล่าว ซึ่งถือเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (public health emergency) ของจังหวัดชลบุรี

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (n-CoV 2019) เกิดขึ้นครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน โดยได้มีการรายงานข้อมูลครั้งแรกพบว่า ผู้ป่วยมีอาการปอดอักเสบที่ไม่ทราบว่าเกิดจากสาเหตุใด ต่อมาได้มีการรายงานอย่างเป็นทางการในวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2563 ว่า โรคปอดอักเสบที่ระบาดในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีนนั้น มีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (n-CoV 2019) และองค์การอนามัยโลกได้ตั้งชื่อใหม่อย่างเป็นทางการว่า “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19” ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ซึ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นี้ได้สร้างความหวาดกลัวให้กับประชากรทั่วทั้งโลก เนื่องจากสามารถติดต่อจากคนสู่คนด้วยระบบทางเดินหายใจ และการสัมผัสสารคัดหลั่งจากร่างกายของผู้ติดเชื้อ มีระยะฟักตัวของโรคประมาณ 2-14 วัน โดยสาเหตุการตายส่วนใหญ่มาจากระบบทางเดินหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้ออย่างรุนแรงที่ปอด และการแพร่กระจายของโรคที่แปลกใหม่โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในการแพร่กระจายในประชากร-มนุษย์ และความรุนแรงของอาการแทรกซ้อน ส่งผลให้ทุกประเทศได้ออกมาตรการเพื่อป้องกันและควบคุม เพื่อยับยั้งการแพร่กระจายของโรค[2]

ประเทศไทยได้จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่-ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ซึ่งปฏิบัติตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่ได้กำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคเฉพาะอย่างเข้มงวดทั้งในระดับประเทศ[3] ระดับภูมิภาค[4] และระดับจังหวัด[5] เช่น มาตรการจำกัดการเดินทางเข้าประเทศ การจำกัดออกนอกเคหะสถาน การให้ทำงานที่บ้าน การปิดสถานที่ที่มีการรวมตัวของประชาชน หรือการจำกัดการเดินทางข้ามจังหวัด ซึ่งได้รับความร่วมมือจากประชาชนในการปฏิบัติตนต่อมาตรการด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้การบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคได้คลี่คลาย จนนำไปสู่การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี จนกระทั่งกระทรวง-สาธารณสุขได้ประกาศให้โรคโควิด-19 ถือเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง[6] ทำให้กลไกคณะกรรมการโรคติดต่อระดับชาติและระดับจังหวัดจึงถือเป็นแกนหลักในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคนี้ เพื่อควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดไม่ให้รุนแรง ประชาชนสามารถเข้าถึงวัคซีนและยาต้านไวรัส และมีพฤติกรรมป้องกันตัวในระดับดี อยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ตลอดจนมีกลไกการจัดการที่บูรณาการและมีประสิทธิ-ภาพ ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงมุ่งหมายในการทบทวนและถอดบทเรียนการบริหารจัดการในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของจังหวัดชลบุรี เนื่องจากพื้นที่จังหวัดชลบุรีถือเป็นพื้นที่เฉพาะซึ่งมีความหลากหลายทั้งกลุ่มอาชีพ ลักษณะภูมิประเทศและเขตปกครองพิเศษ โดยเฉพาะการมีพื้นที่อุตสาหกรรม ควบคู่กับพื้นที่ท่องเที่ยวอยู่ร่วมกับชุมชนในพื้นที่เกษตรกรรม ดังนั้นจึงต้องมีการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรการควบคุมพื้นที่แบบบูรณาการ ซึ่งในการดำเนินงานตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ถือว่าประสบความสำเร็จก่อให้เกิดความเชื่อมั่นและเป็นต้นแบบให้กับจังหวัดอื่น ๆ การศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของสถาน-บริการสาธารณสุขทั้งระดับพื้นที่และระดับชาติ สำหรับการบริหารและการดำเนินการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการนำกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ Six building block of health system[7] และวงจรการบริหารภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (prevention, preparedness, response, and recovery; 2P2R)[8] มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย และใช้กระบวนการถอดบทเรียนแบบ retrospective study ที่ประยุกต์มาจาก a guide to capturing lessons learned[9] เป็นขั้นตอนของการศึกษา ที่ประกอบด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามและการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่ 046/2564 โดยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ซึ่งรวบรวมข้อมูลทั้งหมดจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับจังหวัด/อำเภอ จำนวน 10 คน และการสนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคและอาสาสมัครสาธารณสุขพื้นที่ระบาดหลัก 50 คน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลที่ยึดจุดมุ่งหมาย ของการศึกษาเป็นหลัก โดยคัดเลือกจาก (1) ประธานและเลขานุการของคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด และตัวแทนจากศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ และ (2) ตัวแทนของสถานบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์และแบบสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้างที่พัฒนามาจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี มาตรการหรือแนวปฏิบัติและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นสำคัญตามแนวทางการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินตามแนวคิด six building block of health system[7] และแนวคิด 2P2R ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและข้อคำถามทุกข้อได้ค่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) มากกว่า 0.5 ขึ้นไป หลังจากเก็บข้อมูลผู้วิจัย มีประชุมคืนข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงแก่นสาระ (thematic analysis) ตามแนวทางการถอดบทเรียนเชิงคุณภาพ[10]

ผลการศึกษา

ประสบการณ์การดำเนินงานของคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด และศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ รวมถึงผู้แทนสถานบริการสุขภาพในการดำเนินงาน สามารถสรุปผลได้ดังนี้

ระยะก่อนเกิดสถานการณ์ จากการคาดการณ์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยไว้เป็น 3 ระยะ ได้แก่

1) ระยะเริ่มมีการระบาด คือ พบผู้ป่วยที่เดินทางจากประเทศที่มีการแพร่ระบาด เป้าหมาย คือ การป้องกันการแพร่เชื้อในประเทศ จึงกำหนดมาตรการหลัก คือ การคัดกรองและเฝ้าระวังโรคในผู้เดินทางจากต่างประเทศหากพบต้องดูแลรักษาเพื่อควบคุมโรคไม่ให้กระจาย

2) ระยะระบาดในวงจำกัด คือ เริ่มพบผู้ป่วยโรคโควิด-19 ภายในประเทศ เป้าหมาย คือ การควบคุมโรคให้อยู่ในวงจำกัด มาตรการ คือ ควบคุมและชะลอการระบาดโดยการเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3) ระยะแพร่ระบาดในวงกว้าง คือ การพบการระบาดของผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก เป้าหมาย คือ บรรเทาความเสียหายและผลกระทบที่เกิดขึ้น มาตรการ คือ การดูแลรักษาผู้ป่วยและสื่อสารเรื่องการป้องกันโรคให้ประชาชนในชุมชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีดำเนินการเปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ได้วิเคราะห์สถานการณ์การระบาดโดยคำนึงถึงบริบทจังหวัดชลบุรีซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการเคลื่อนไหวของประชาชนทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับสูง เนื่องจากเป็นพื้นที่อุตสาหกรรมและพื้นที่ท่องเที่ยวที่สำคัญ จึงเห็นควรให้

ยกระดับการควบคุมโรคและปฏิบัติตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด จึงดำเนินการผ่านกลไกการดำเนินงานโดยคณะกรรมการโรคติดต่อของจังหวัดชลบุรีที่เป็นรูปธรรม แสดงภาวะผู้นำ มีการประชุมอย่างต่อเนื่อง “กำหนดเป้าหมายและพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมด้วยการบูรณาการเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐระดับอำเภอและระดับพื้นที่ ภาคอุตสาหกรรม ภาคการท่องเที่ยวและบริการ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรูปแบบพิเศษ กำหนดวิธีการสื่อสารผ่าน Application Line” ประเมินสถานการณ์ และสั่งการได้อย่างรวดเร็ว ส่วนการอภิบาลระบบ ดำเนินการตามโครงสร้างของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ระยะเกิดสถานการณ์ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดชลบุรี มีการระบาด 4 ระลอก (ภาพที่ 1) ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การระบาดระลอกแรก ช่วงวันที่ 13 มกราคม ถึงวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยรายแรกในจังหวัดชลบุรี เป็นชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในชลบุรีและตรวจยืนยันเชื้อ ในวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2563 และเริ่มมีการพบผู้ป่วยกระจายในทุกอำเภอมีรายงานผู้ติดเชื้อเสียชีวิตจำนวน 2 ราย เป็นชาวรัสเซียและฝรั่งเศส การควบคุมโรคสงบลงชั่วขณะ

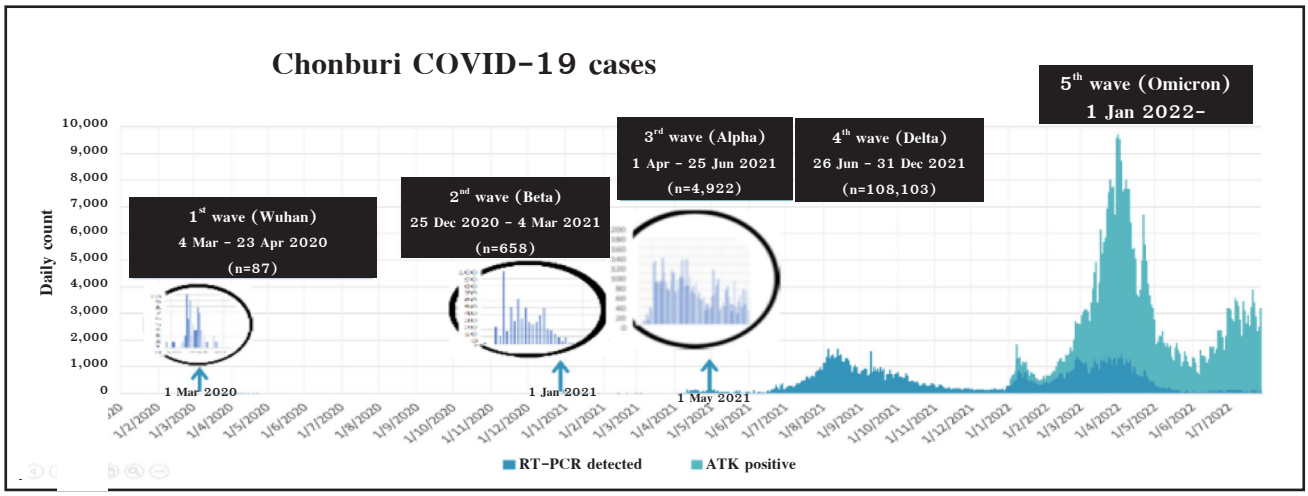
2) การระบาดระลอกที่สอง เป็นการแพร่ระบาดในระลอกใหม่ ตั้งแต่วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 การระบาดจากตลาดและบ่อนการพนันในบริเวณใกล้เคียง พบผู้ป่วย 658 ราย เสียชีวิตจำนวน 1 ราย

3) การระบาดระลอกที่สามและสี่ ช่วงของการระบาดสายพันธุ์ Alpha และ Delta ในช่วงวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วย 113,025 ราย และเสียชีวิต 793 ราย กระจายจากร้านอาหาร ตลาดและเข้าสู่ในสถานประกอบการ แท่นเจาะขุดน้ำมัน อ่าวไทย และเขตทหารในพื้นที่สัตหีบ

4) การระบาดระลอกที่ห้า เป็นการแพร่ระบาดของโรคระหว่างวันที่ 1 มกราคม -30 กันยายน 2565 จำนวนผู้ป่วย 754,545 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิต 555 ราย กระจายสู่ชุมชนมีผู้ป่วยวันละ 10,000 รายขึ้นต่อเนื่องเป็นลำดับต้น ๆ รองจากกรุงเทพมหานคร

นอกจากการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินภายในจังหวัด จังหวัดชลบุรีมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสถานที่กักกันแห่งรัฐ (state quarantine: SQ) รองรับนักท่องเที่ยวและคนไทยที่กลับจากต่างประเทศตั้งแต่ระยะเริ่มระบาดจนถึงปัจจุบัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของทั้งประเทศอยู่ที่ชลบุรี ซึ่งเป็นภาระหนักของบุคลากรในจังหวัดชลบุรี โดยโรงพยาบาลบางละมุง ซึ่งพบว่ากักตัวทั้งผู้ป่วยติดเชื้อ

ภาพที่ 1 สถานการณ์โรคโควิด-19 ในจังหวัดชลบุรี



และไม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID และ Non- COVID ซึ่งกลุ่มนี้มีปัญหามากเช่นกัน ได้แก่ โรคไม่ติดต่อ ปัญหาสุขภาพจิต ติดบุหรี่ ติดเหล้าฯลฯ ส่งผลต่อการจัดการที่มีความซับซ้อน โดยจุดเริ่มของ SQ นำไปสู่ความร่วมมือของภาคธุรกิจเพื่อประคองกิจการธุรกิจโรงแรม ปรับเป็น local quarantine และ alternative state quarantine ทั้งจากภาครัฐและเอกชน รวม 13 แห่ง และจัดตั้งโรง-พยาบาลสนามแบบ Hospital จับคู่ร่วมกับโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน สามารถรองรับผู้ป่วยมากกว่า 20,000 เตียง และมีมูลนิธิอาสาสมัครทำหน้าที่เป็นทีมนำส่งผู้ป่วย บทเรียนในครั้งนี้มีระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินตามแนวคิดพัฒนาระบบสุขภาพ six building block of health system ดังนี้

1. ภาวะผู้นำและการจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล โดยคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดชลบุรี ภายใต้การนำของผู้ว่าราชการจังหวัด ข้อค้นพบ “มีแนวทางการตัดสินใจแบบ management by fact ภายใต้ข้อมูลของสถานการณ์ในแต่ละช่วงที่ได้จากหน่วยงานด้านสาธารณสุข เพื่อกำหนดมาตรการในแต่ละระยะของการระบาดให้ผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศ” โดยกำหนดให้มีการตรวจคัดกรอง กักกัน เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค โดยให้กระทรวงกลาโหม เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ส่วนทีมการแพทย์และสาธารณสุขจากภาครัฐและเอกชน เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงาน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาด้านการป้องกัน ควบคุมโรค เฝ้าระวังติดตามอาการ และคัดกรองผู้เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค (patient under investigation: PUI) ภายใต้การสั่งการจากผู้บัญชาการเหตุการณ์และหัวหน้าทีมอย่างมีจริยธรรม

2. กำลังคนด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกลุ่มบุคลากรด้านวิชาชีพสุขภาพ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มกำลังคนนอกภาคสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ข้อค้นพบ “การพัฒนาทีมงานทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบเรียนรู้หน้างาน (on the job training) การสอนงาน (coaching) และติดตามการปฏิบัติงานโดยผู้บริหารระดับจังหวัด เพื่อให้สามารถดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์และการเชื่อมโยงกลุ่มเหตุการณ์ระบาดและตัดสินใจการจัดการควบคุมโรคแบบทันท่วงที” และมีความรู้ความเข้าใจโรคที่ถูกต้องจากประสบการณ์และความรู้ทางวิชาการ รวมถึงการรวมทีมระดับจังหวัด และอำเภอให้สอดคล้องกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น ทั้งในส่วนสาธารณสุขและทางการแพทย์ในโรงพยาบาล กอปรกับสถานการณ์จำเป็นต้องปิดหน่วยบริการของโรงพยาบาล ระดมกำลังบุคลากรรองรับการเปิดหอดูแลผู้ป่วย ภายใต้การดำเนินงานและที่ปรึกษาทีมแพทย์อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อและพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ และจัดกำลังคนสายงานอื่น ๆ มาดำเนินการสนับสนุน ซึ่งพบว่าบุคลากรทุกหน่วยงานมีความเชี่ยวชาญและมีความมุ่งมั่นกับการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้บุคลากรมีกำลังใจเพิ่มขึ้นจากการได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการในสถานการณ์ระบาดของ COVID-19 จำนวน 352 คน

3. เวชภัณฑ์ ยา และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลมีการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ ระยะแรกมีสภาวะความขาดแคลนอุปกรณ์จึงต้องจำกัดการใช้ให้เหมาะสม ต่อมาได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชนและประชาชนร่วมบริจาค เช่น โรงพยาบาลได้รับบริจาคเครื่องช่วย-หายใจ จำนวน 40 เครื่องในช่วงของการระบาดในระยะแรกทำให้มีศักยภาพเพียงพอในการเปิดหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างทันท่วงที มีการเตรียมพร้อมวัคซีนป้องกันโรคและจัดสรรวัคซีนให้กับบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ด่านหน้าทั้งภาครัฐและเอกชน ในระยะต่อมาได้มีการจัดบริการวัคซีนให้กับประชาชนทั่วไปเป็นครั้งแรกในวันที่ 7 มิถุนายน 2564 ตามนโยบายของรัฐบาลที่ทำการฉีดปูพรมพร้อมกันทั้งประเทศในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยง ตามสถานการณ์ของกลุ่มเสี่ยง จังหวัดชลบุรี สามารถจัดบริการฉีดวัคซีนในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนได้มากถึง 34 จุดบริการ ศักยภาพในการให้บริการสูงสุดมากถึง 30,000 รายต่อวัน ในระยะแรกจังหวัดชลบุรีได้รับวัคซีนน้อยกว่ากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดชลบุรี จึงกำหนดให้หน่วยบริการทุกแห่ง ให้

บริการวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายภายใน 1-2 วันหลังได้วัคซีนจากส่วนกลาง ช่วงนี้ต้องตัดสินใจฉีดกลุ่มเสี่ยงหน้างานก่อนนโยบายส่วนกลาง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานสำคัญในการจัดหาและจัดสรรวัคซีนเพิ่มเติม จนบางช่วงมีวัคซีนที่มากเกินเพียงพอในโรงพยาบาล แม้จะมีการเพิ่มศักยภาพการเก็บรักษาวัคซีน

4. ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ท่ามกลางการดำเนินงานเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค จังหวัดชลบุรีมีรูปแบบการสื่อสารผ่านคณะกรรมการและหน่วยงานระดับอำเภอ ตำบล และภาคส่วนต่าง ๆ โดยใช้ข้อมูลการรายงานสถานการณ์จากศูนย์ปฏิบัติการฯ (EOC) นำมาสู่การตัดสินใจในการออกคำสั่งและมาตรการต่าง ๆ รวมถึงประชาสัมพันธ์สื่อสารไปยังประชาชน ทีมการแพทย์ได้เร่งสร้างการรับรู้ให้ประชาชนในพื้นที่ สื่อสารความเสี่ยง เปิดช่องทางการสื่อสารสาธารณะเพิ่มมากขึ้น โดยมอบหมายสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดชลบุรี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อต่าง ๆ เปิดสายด่วนโควิด 19 จังหวัดชลบุรี โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มาทำหน้าที่ตอบคำถามหรือให้ข้อมูลต่าง ๆ ผ่านสายด่วนระดับจังหวัดและกระจายทุกตำบลโดยท้องถิ่นอย่างครอบคลุมพื้นที่

5. การเงินการคลังด้านสุขภาพ ได้รับจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลาง ในขณะเดียวกันผู้ว่าราชการจังหวัด ตัดสินใจในการใช้งบจากท้องถิ่นร่วมควบคุมการระบาด

6. การให้บริการสุขภาพ ระยะก่อนเกิดสถานการณ์ กำหนดแนวทางการป้องกัน โรงพยาบาลเตรียมความพร้อมระบบการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อ (ห้องความดันอากาศลบ และอุปกรณ์เครื่องป้องกันส่วนบุคคลสำหรับบุคลากร) ได้อย่างเพียงพอ

ระยะเกิดสถานการณ์ ได้แก่ แนวทางการเผชิญเหตุและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน มุ่งเน้นการเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยอย่างถี่ถ้วน การระดมทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรค การดูแลรักษาผู้ป่วยพร้อมควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล การติดตามเฝ้าระวังโรคอย่างเป็นรูปธรรมในผู้ที่สัมผัสกับผู้ป่วย และสื่อสารแนะนำให้ประชาชนทั่วไปป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด

บริการสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงสำหรับชลบุรี คือ การที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดชลบุรี ได้ขอความร่วมมือไปยังกองทัพเรือและหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีศักยภาพในการขอใช้สถานที่เพื่อเป็นโรงพยาบาลสนาม ในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มสีเขียว ที่ไม่มีอาการ สามารถระดมความร่วมมือจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในพื้นที่ได้มากถึง 5 แห่ง รองรับผู้ป่วยได้ 828 เตียง (สำรอง 1 แห่ง 180 เตียง รวมศักยภาพในขณะนั้น 1,008 เตียง) ประกอบกับได้ขอความร่วมมือกับสมาคม ชมรม ผู้ประกอบการโรงแรมในพื้นที่ สามารถเปิดเป็น hospitel เพื่อรองรับผู้ป่วย 34 แห่ง รองรับผู้ป่วย 15,000 เตียง ซึ่งสามารถรองรับผู้ป่วยได้เพียงพอต่อสถานการณ์การระบาดในระลอกนี้ และยังได้ความร่วมมือจากมูลนิธิฯในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมาร่วมเป็นทีมรับส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการ สำหรับการระบาดในกลุ่มสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดชลบุรีเร่งสร้างการรับรู้ให้กับผู้ประกอบการ “มีการดำเนินการแบบ bubble and seal พบผู้ป่วยยืนยัน 6,175 ราย ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ 27,522 ราย รวมผู้ที่อยู่ใน bubble and seal ทั้งสิ้น 33,697 ราย เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาส่งตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อโรคพบว่ามีภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 68.0 (22,914 ราย) อีกร้อยละ 32.0 (10,783 ราย) ตรวจพบเชื้อเพียงร้อยละ 0.88 (94 ราย) ดังนั้นการดำเนินการในลักษณะ Bubble and Seal ทำให้ลดจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล”ได้ ต่อมาปรับเป็นสถานที่แยกกักในสถานประกอบการ (factory isolation)

ระยะหลังเกิดสถานการณ์ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดชลบุรี ได้กำหนดมาตรการในสถานศึกษา สถานประกอบการ และร้านอาหาร เพื่อนำร่องการดำเนินงานใน 3 Settings สำคัญ เพื่อเตรียมเข้าสู่ระยะผ่อนคลายมาตรการ ก่อนที่ศูนย์บริหารสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 (ศปค.) จะประกาศใช้มาตรการ COVID free setting นับว่าเป็นจังหวัดที่มีความพร้อมสามารถเปิดโรงเรียนในรูปแบบปกติ (on-site) ได้ในภาคเรียนที่ 2/2564 จำนวน 635 แห่ง จากโรงเรียนทั้งสิ้น 714 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 89 ก่อนที่จะมีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถือเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

วิจารณ์

บทเรียนการบริหารจัดการของจังหวัดชลบุรี ดำเนินการภายใต้กฎหมาย พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และ พ.ร.ก. สถานการณ์ฉุกเฉิน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี เป็นประธานและมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีเป็นเลขานุการ มีบทบาทหลักในการกำหนดมาตรการแนวทางการกำกับด้านกฎหมาย การให้ข้อมูล การสื่อสารความเสี่ยงกับทุกหน่วยงานและประชาชน และการติดตามผลถึงระดับอำเภอ/ตำบล ภายใต้ข้อมูลสถานการณ์โรคและองค์ความรู้ทางวิชาการของสาธารณสุขจังหวัด ให้สอดคล้องกับบริบทของเศรษฐกิจในชลบุรี ภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วน รัฐ เอกชน และประชาชน มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนการระบาดจากระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และการเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรค SARS มาอย่างต่อเนื่องทั้งด้านวัสดุทางการแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอและทีมเฝ้าระวังเคลื่อนที่เร็วระดับตำบลอย่างต่อเนื่อง

บทเรียนในระยะแรกที่ถือว่าเป็นช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ ถือว่าเป็นประสบการณ์ที่มีการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจากการได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญภายนอก ที่มุ่งเน้นการกักกันแห่งรัฐ ควบคู่กับการประสานภาคีเครือข่ายที่เป็นต้นทุนทางสังคมในพื้นที่ เช่น การสร้างความร่วมมือจากธุรกิจโรงแรมมาจัดตั้งโรงพยาบาลสนามแบบ Hospitel เพื่อรองรับนักท่องเที่ยวและคนไทยที่กลับจากต่างประเทศตั้งแต่ระยะเริ่มระบาด

บทเรียนในระยะที่มีการแพร่ระบาดของโรคอย่างแพร่หลายในพื้นที่จังหวัด ได้มีการนำบทเรียนจาก “พื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดก่อนหน้ามาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและพื้นที่” โดยเน้นมาตรการในการควบคุมป้องกันโรคแบบบูรณาการทุกภาคส่วนและภาคธุรกิจ มีสถานที่กักตัวผู้ป่วยมากกว่า 30,000 เตียงลดการแพร่กระจายสู่ชุมชนสอดคล้องกับการศึกษาของธนิศ เสริมแก้วและคณะ[11] ที่พบว่ามาตรการกักกันผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในสถานกักกันที่รัฐจัดหาให้อย่างเด็ดขาด สามารถลดโอกาสในการติดเชื้อในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงโดยเฉพาะโอกาสการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในครัวเรือน (household secondary attack) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดความเหนื่อยล้าของบุคลากรได้ และ “พื้นที่ต้องทำการสุ่มตรวจเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินสถานการณ์ได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว จะได้ไม่กระจายมาก” ในทุกอำเภอโดยผู้บริหารระดับจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบบุคลากรทำงานไม่มีวันหยุด “เฝ้าระวังอย่างบ้าคลั่ง” ขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการอาหารทะเลในตลาด รวมถึงแรงงานต่างด้าวและให้มีการสุ่มตรวจหาเชื้อเป็นระยะ ๆ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเริ่มวางแผนการให้วัคซีนกลุ่มดังกล่าว นอกจากนี้การลงพื้นที่ค้นหา และการสื่อสารความเสี่ยงทำความเข้าใจกับประชาชนที่เดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง ตลอดจนการคุมเข้มมาตรการป้องกันตนเอง ใส่หน้ากาก ล้างมือ เว้นระยะห่าง วัดอุณหภูมิในตลาดทุกที่ เกิดความเชื่อมั่นกับประชาชนที่จะเข้าไปใช้บริการ เราทำความเข้าใจร่วมกับประชาชน ผู้ประกอบการและท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง และมาตรการ “ค้นหา-ตีวง-เฝ้าระวัง-สื่อสาร-สร้างความร่วมมือ “ขณะเดียวกันมาตรการของส่วนกลางในการฟื้นฟูเศรษฐกิจในแหล่งท่องเที่ยว ส่งผลกระทบกับบุคลากรที่เหนื่อยล้ากับการจัดบริการรองรับภาวะฉุกเฉินมาอย่างยาวนาน ถือเป็นบทเรียนของการเตรียมทีมสำรองต่อไปในการควบคุมโรคระบาดครั้งต่อไป”

บทเรียนในระยะหลังการแพร่ระบาด ยังคงใช้มาตรการ “ค้นให้มาก กักให้ดี” ชะลอการระบาดในวงกว้างได้ระดับหนึ่ง ความร่วมมือในการจัดตั้งศูนย์กักกันในชุมชน (community isolation: CI) โดยท้องถิ่นและ

ผู้นำชุมชน 92 แห่งจำนวน 6,679 คน ระยะแรก ๆ เรียกศูนย์พักคอยสำหรับคนที่ตรวจพบเชื้อ กักตัวเพื่อรอเข้าโรงพยาบาล และพัฒนามาเป็นศูนย์กักกันในชุมชน (CI) การกักตัวที่บ้านในระยะแรก เริ่มในพื้นที่มีผู้ป่วยมากจนมีเตียงไม่พอ และรับส่งอาหารที่บ้านในระยะแรก ๆ และนำมาสู่การกักตัวที่บ้าน (home isolation: HI) ตามแนวทางของศูนย์บริหารสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะนี้การกระจายยารักษา เน้นจ่ายยาให้เร็วทำให้ลดการระบาดได้เร็วขึ้น เข้าสู่นโยบาย “เจอจ่าย จบ” หรือการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในสถานการณ์ระบาดโควิด (OP self isolation: OPSI) และฉีดวัคซีนโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผ่อนคลายมาตรการที่เหมาะสมในเวลาที่เหมาะสม มาตรการการใช้ ATK ในการตรวจหาเชื้อด้วยตนเอง เป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้การประคองกิจการเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจกลับสู่ปกติได้อย่างรวดเร็วเหมาะสม อย่างไรก็ตามข้อท้าทายสำหรับการเตรียมพร้อมรับมือกับโรคระบาดยังคงเป็นเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงในประชาชนทุกกลุ่ม ดังนั้นการเตรียมพร้อมรองรับกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคในอนาคต ควรมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดการโรคอุบัติใหม่ ต้อง update ความรู้และใช้ความรู้ในการตัดสินใจจัดการ ทีมวิชาการต้องเข้มแข็งทุกระดับและเสนอข้อมูลในการตัดสินใจให้ผู้บริหารเลือกอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ และการให้อำนาจการตัดสินใจกับประธานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

2. เตรียมแผนระดมทรัพยากร และกำลังคนสำรองจากทุกภาคส่วนที่เพียงพอ เพื่อตอบสนองต่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินซึ่งคาดเดาระยะเวลาไม่ได้ ให้พร้อมปฏิบัติการทันที ทันเวลา และมีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงบริบทพื้นที่ภายใต้ขอบเขตการบริหารสถานการณ์เฉพาะพื้นที่ รวมทั้งใช้กลไกทางการตลาดที่เหมาะสม เช่น ราคาค่าตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ วัสดุทางการแพทย์ ในช่วงระยะที่เหมาะสมให้ความร่วมมือในการควบคุมโรคของประชาชนได้

3. การเตรียมแผนรับสถานการณ์ฉุกเฉินและประกาศ activated EOC จะประสบความสำเร็จและจัดการสถานการณ์ได้รวดเร็วถูกต้องทันเวลา แต่ในสถานะการณ์จริงเมื่อเกิดเหตุต้องใช้ HSP (harzard specific plan) เป็นหลัก เพื่อมิให้เกิดการใช้ BCP (business continuous plan) ที่จะลดความร่วมมือการจัดการโรคระบาด

4.ควรถอดบทเรียนการจัดการเฉพาะพื้นที่ในหลายวิธีการเช่น SQ, AQ, Bubble & sealed, HI, CI, OPSI มีประโยชน์มาก รวมถึงการสื่อสารความเสี่ยง หากมีการปรับใช้อย่างเหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ เพื่อเตรียมปรับใช้กับโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำในอนาคตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับความร่วมมือในการถ่ายทอดบทเรียนของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและเครือข่ายความร่วมมือในการควบคุมป้องกันภาวะฉุกเฉินจากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ตลอดจนทีมผู้ช่วยวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุข ตลอดจนรองศาสตราจารย์ ดร. พัชนา ใจดี จากคณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา ในการตรวจสอบและให้คำแนะนำเชิงวิชาการไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ขนิษฐา นันทบุตร. กรอบวิธีการศึกษาและถอดบทเรียนปฏิบัติการชุมชน. กรุงเทพมหานคร: ทีคิวพี; 2552.
2. World Health Organization. Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus: interim guidance. [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 11]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/331499
3. รุ่งเรือง กิจผาติ, จุฬาพร กระเทศ, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย, วรยุทธ นาคอ้าย, กมลนัทธ์ ม่วงยิ้ม. การบริหารจัดการ

สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและข้อเสนอเชิงนโยบายกรณีสถานการณ์โควิด 19 ในระดับประเทศและ 8 พื้นที่บริบทเฉพาะของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(6):975-97.

4. สุวิมล พนาวัฒนกุล, นันทรัตน์ ศรีวชิรางกูร, อภิญญา เพียรพิจารณ์. การถอดบทเรียนการดำเนินการระดมสรรพกำลังในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 ในเขตสุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;31(ฉบับเพิ่มเติม 2):S227-33.
5. เกษม ตั้งเกษมสำราญ. การขับเคลื่อนระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลสนาม กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;31(5):903-14.
6. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. การเตรียมการต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อรองรับการเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;31(5): 777-8.
7. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.
8. กลุ่มพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางปฏิบัติงานทีมภารกิจปฏิบัติการ (Operation) สำหรับการเผชิญเหตุและฟื้นฟูด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่อโรคและภัยพิบัติ. กรุงเทพมหานคร: โซวเมดิคอล; 2565.
9. Wexner SD, Cortes-Guiral D, Darzi A. Lessons learned and experiences shared from the front lines: United Kingdom. Am Surg 2020;86(6):585-90.
10. Teddie C., Tashakkori A. Foundations of mined methods research: integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral science. Los Angeles: Sage Publishing; 2007.
11. ธนิศ เสริมแก้ว. ประสิทธิผลของมาตรการควบคุมโรค ต่อความเสี่ยงในการติดเชื้อ SAR-CoV-2 ของผู้สัมผัสเสี่ยงสูง: กรณีศึกษาจังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(4):668-78.

Abstract: Lesson Learned about the Public Health Emergency Management: a Case Study of the Outbreak of COVID-19 in Chonburi Province

Apirat Katanyutanon, M.D., D.P.M.

Chonburi Provincial Health Office, Thailand

Journal of Health Science 2023;32(Suppl 1):S151-S160.

This qualitative research aimed to draw lessons learned about public health emergency management in the outbreak of COVID-19 in Chonburi province, a province in the Eastern Economic Corridor project of Thailand. Concept of six building block of health system and public health emergency management cycle (2P2R - prevention, preparedness, response, and recovery) were applied. Data collection began in January 2020 and completed in September 2022 by using in-depth interviewing and focus group discussion method. The data were analyzed with a content and thematic analysis. It was found that (1) Chonburi Communicable Disease Committee showed the leadership in concrete management with the health information; (2) manpower in both of health sector and non-health sector had empowered the procedure of operation through on-the-job training and continuous coaching method by the committee and health experts; (3) budget, medical supplies, medications and vaccine were sought and allocated from the government and local government organizations in this area; (4) health information system collaborated through a cooperation network among the government sector, private sector, and civil society at both provincial and local levels; (5) health finance operated according to the budget allocation in accordance with its mission; and (6) health services were provided in accordance with the measure of public health emergencies management. The local units of communicable disease prevention and control were advised to be well-prepared in pre-evidence, investigate and search for patients during incident and continuously communicate risk to the public. The measures to relieve the situation for education establishments, organizations and restaurants were determined for the post-pandemic. According to the lessons learned, there are several challenge areas in term of disease control decisions coupled with the economy, risk communication in managing crisis situations. Therefore, there are recommendations regarding preparedness for the risk groups in quarantine areas, risk communication with the public, and resource management planning for new emerging infectious diseases in a collaborative manner involving all sectors including the business sector, to be prepared for disease surveillance, prevention, and control for next pandemic.

Keywords: management; crisis; public health emergency; COVID-19; Chonburi