

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และข้อเสนอเชิงนโยบาย กรณีสถานการณ์ COVID-19 โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

อุไรวรรณ จันทรรังสิริ พ.บ., วว.จักษุวิทยา, อว. เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสาธารณสุขศาสตร์)\*

นิตยา บัวสาย พย.ม., วพย. การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน\*\*

โสภิต โชติธรรมนิรมิต พ.บ., วว.กุมารเวชกรรม\*\*\*

สุภัทรา ศุภโกศล พย.บ., ศศ.ม.\*\*\*\*

\* โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

\*\* กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

\*\*\* กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

\*\*\*\* กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

ติดต่อผู้เขียน: อุไรวรรณ จันทรรังสิริ Email: lekdoc2@hotmail.com

วันรับ:	1 พ.ย. 2566
วันแก้ไข:	20 มี.ค. 2567
วันตอบรับ:	29 มี.ค. 2567

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์บทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขกรณีสถานการณ์ COVID-19 โรงพยาบาลอำนาจเจริญ และเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย รูปแบบวิจัยใช้แบบผสม-ผสาน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากเวชระเบียนผู้ป่วย COVID-19 ทุกรายที่รักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 ถึง 31 กรกฎาคม 2566 ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้บริหารระดับนโยบาย คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับปฏิบัติการ อำนาจการ และระดับปฏิบัติการทางการแพทย์ รวมทั้งสิ้น 40 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษา จำนวน 10 คน ร่วมกับการทบทวนเอกสารวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์แก่นสาระและเปรียบเทียบการบริหารจัดการกับข้อค้นพบที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ระบบบริหารจัดการมีความสอดคล้องกับรูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ครอบคลุมทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ส่วนปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์ที่พบในการบริหารจัดการโรงพยาบาลด้านต่างๆ คือ ระบบจัดการคัดกรองผู้ป่วย ระบบบริหารความเสี่ยง การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล การดูแลต่อเนื่อง/ระบบส่งต่อผู้ป่วย ความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในช่วงที่มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ข้อเสนอแนะสำหรับภาครัฐในการกำหนดนโยบายและการตัดสินใจเชิงบริหาร คือ การเตรียมแผนการพัฒนาระบบโดยใช้หลักการจัดการในภาวะฉุกเฉิน การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข มีระบบบัญชาการเหตุการณ์ การเตรียมความพร้อมของบุคลากรทุกภาคส่วน การเตรียมอุปกรณ์ที่สำคัญ และการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินที่เป็นระบบและต่อเนื่องเพื่อให้การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขขนาดใหญ่ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

**คำสำคัญ:** โรค COVID-19; การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข; ข้อเสนอเชิงนโยบาย

## บทนำ

ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ได้เผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนทั้งเศรษฐกิจ สังคม และการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชน รวมถึงการให้บริการของภาครัฐ ที่ยังมีความจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น มาตรการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานภาครัฐในการบริหารราชการ และให้บริการประชาชนในสภาวะวิกฤตรองรับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งประกอบด้วย การดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้ภาครัฐสามารถให้บริการประชาชนได้อย่างต่อเนื่องในสถานการณ์ดังกล่าว รวมทั้งให้หน่วยงานของรัฐทุกหน่วยดำเนินการทบทวน และปรับปรุงแผนอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจุบัน<sup>(1)</sup>

สถานการณ์ภาพรวมของประเทศไทย แบ่งตามระยะของการระบาดเป็น 6 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะก่อนการระบาดในประเทศ (ธันวาคม 2562) ณ เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน มีรายงานการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เกิดจากไวรัส SARS-CoV-2 และเกิดการแพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ระยะที่ 2 ระยะการระบาดในประเทศครั้งแรก (13 มกราคม 2563 - 3 พฤษภาคม 2563) มีมาตรการตอบโต้ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข มาตรการและแนวทางการดำเนินการเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค การคัดกรองผู้โดยสารที่จะเดินทาง มาตรการตรวจคัดกรองแยกกัก กักกัน หรือคุมไว้สังเกต มาตรการเพื่อรองรับแรงงานไทยที่เดินทางกลับมาจากประเทศพื้นที่เสี่ยง แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบธุรกิจ การแจ้งข้อมูลต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ระยะที่ 3 ระยะการผ่อนคลายมาตรการ (วันที่ 4 พฤษภาคม - 14 ธันวาคม 2563) สถานการณ์การแพร่ระบาดดีขึ้น จึงมีการผ่อนคลายมาตรการในประเทศ ระยะที่ 4 ระยะการระบาดในประเทศครั้งที่ 2 (15

ธันวาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564) เกิดการแพร่ระบาดที่ตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร รวมถึงคลัสเตอร์ (Cluster) ตลาดพรพัฒน์ Cluster ตลาดสุชาติ และ Cluster ตลาดย่านบางแค เชื่อมโยงไปสถานประกอบการ โรงงาน และชุมชนใกล้เคียง ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และกระจายไปตามพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ จึงมีมาตรการปิดเมือง (Lockdown) ระยะที่ 5 ระยะการระบาดในประเทศครั้งที่ 3 (1 เมษายน - 31 ธันวาคม 2564) พบการระบาดในสถานบันเทิงหลายพื้นที่ มีแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบธุรกิจตามมาตรการ Bubble and Seal, Phuket Sandbox & Samui Plus วัดขึ้นบ้าน 5 หลัง การตรวจค้นหาเชิงรุก และมาตรการวิธีป้องกันการติดเชื้อโควิดขั้นสูงสุด ระยะที่ 6 ระยะการระบาดในประเทศครั้งที่ 4 (1 มกราคม 2565 - 1 กรกฎาคม 2565) เป็นระยะหลังการระบาดใหญ่ มีมาตรการดำเนินการ COVID-19 เข้าสู่ “โรคประจำถิ่น” มีมาตรการ 4 ด้าน คือ ด้านสาธารณสุข ด้านการแพทย์ ด้านกฎหมายและสังคม และด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับ COVID-19 ได้ ภายใต้การใช้ชีวิตวิถีปกติใหม่<sup>(2)</sup>

จังหวัดอำนาจเจริญ เริ่มพบผู้ติดเชื้อครั้งแรก เดือน มีนาคม 2563 ผู้ป่วยยืนยัน 2 ราย ระลอกสอง เดือน ธันวาคม 2563 ผู้ป่วยยืนยัน 2 ราย โดยทั้งระลอกที่ 1-2 เป็นการติดเชื้อจากภายนอกจังหวัด ระลอกที่ 3-4 เริ่มมีการติดเชื้อภายในจังหวัดโดยได้รับเชื้อจากผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศ และต่างจังหวัด โดยเฉพาะช่วงเดือน มิถุนายน 2564 เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล มีการประกาศหยุดงาน เนื่องจากสถานการณ์ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ทำให้มีผู้ป่วยตกค้างอยู่ที่บ้าน ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ทันเวลา มีแนวโน้มสถานพยาบาลภาครัฐอาจไม่สามารถรองรับการดูแลรักษา แยกกัก กักกัน ผู้ป่วยได้ทั้งหมด โดยให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยบางส่วนสามารถเดินทางกลับพื้นที่ภูมิลำเนาตนเอง เพื่อกระจายการดูแลให้สถานบริการและระบบสาธารณสุขในพื้นที่ ข้อมูล 1 ตุลาคม 2565 พบผู้ติดเชื้อ

สะสม จำนวน 10,985 ราย เสียชีวิตรวม 68 ราย<sup>(3)</sup>

คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัดอำนาจเจริญ วางแผนรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 โดยมีมาตรการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และการรักษาพยาบาลพร้อมทั้งประสานการทำงานระหว่างภาครัฐ-ประชาชน เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อในชุมชน โดยการเฝ้าระวังและคัดกรองบุคคลภายนอกอย่างเข้มงวดและครอบคลุม มีการเตรียมความพร้อมเชิงระบบในการแก้ไขปัญหาในทุก ๆ ด้านผ่านคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัดอำนาจเจริญ โดยกำหนดมาตรการระดับจังหวัดระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ ให้มีการกำหนดแนวทางการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคในวงกว้าง<sup>(3)</sup>

โรงพยาบาลอำนาจเจริญ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 330 เตียง มีภารกิจในการให้บริการทางการแพทย์ในระดับโรงพยาบาลทั่วไประดับ S (Standard Level – Referral Hospital) แก่ประชาชนทั่วไปในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 375,483 คน และจังหวัดใกล้เคียง เขตสุขภาพที่ 10 ในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษาและฟื้นฟู จึงถือว่าเป็นโจทย์ที่ท้าทายของการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ระดับตติยภูมิ เพื่อรองรับการระบาดขึ้นวิกฤติของ COVID-19 ซึ่งต้องมีการดำเนินการให้สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ตามมาตรฐานสากลของระบบบริการสุขภาพ (health care capacity) ขององค์การอนามัยโลก และมาตรฐานการปฏิบัติของประเทศ

รายงานของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลอำนาจเจริญ พบผู้ติดเชื้อรายใหม่และสะสม ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลอำนาจเจริญทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในตั้งแต่ปี 2563-2566 ดังนี้ ปี 2563 จำนวน 2 ราย ปี 2564 จำนวน 1,425 ราย ปี 2565 จำนวน 16,669 ราย และปี 2566 จำนวน

3,848 ราย ระยะแรกนโยบายของจังหวัดอำนาจเจริญ คือรับผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ทั้งหมดไว้ที่โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จนกระทั่งสิ้นสุดการรักษาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต่อมาผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งถูกกำหนดให้เป็นเครือข่ายรองรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอำนาจเจริญที่มีอาการดีขึ้นเพื่อไปดูแลต่อในชุมชน<sup>(4)</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรงพยาบาลในประเทศไทยมีการดำเนินการตามมาตรฐานสากลของระบบบริการสุขภาพ (health care capacity) ขององค์การอนามัยโลกบางส่วน แต่ยังไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานทั้งหมด และเป็นการดำเนินการตามนโยบายของแต่ละหน่วยงาน นอกจากนี้ พบว่าการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีแนวคิดที่เหมือนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ที่ยังไม่ได้ถูกวิเคราะห์สังเคราะห์ และถอดบทเรียนเป็นชุดความรู้ใหม่หรือรูปแบบแนวทางปฏิบัติเพื่อให้สถานบริการสุขภาพได้นำไปใช้ประโยชน์ในการรับมือกับสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินของโรคอุบัติใหม่ อุตุนิวัตน์ หรือยังไม่ทราบปัญหาอุปสรรคที่เป็นสิ่งขัดขวางการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับนโยบาย เพื่อขับเคลื่อนระบบและกลไกการบริการสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและข้อเสนอเชิงนโยบาย กรณีสถานการณ์ COVID-19 โรงพยาบาลอำนาจเจริญ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีสถานการณ์ COVID-19 โรงพยาบาลอำนาจเจริญ โดยใช้กรอบแนวคิด Donabedian<sup>(5)</sup> รวมทั้งศึกษาปัญหาอุปสรรค กลยุทธ์ในการแก้ไขและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผลจากการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ของรูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพื่อนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของโรคระบาดอื่นๆ ในอนาคตต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน ใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian<sup>(5)</sup> ได้แก่ (1) ปัจจัยนำเข้า (input) โดยวิเคราะห์ตาม Surge Capacity 4S<sup>(6)</sup>: โครงสร้าง (structure) ทรัพยากรบุคคล(staff) ระบบ (systems) ทรัพยากรอื่น ๆ (stuff) (2) ระบบการจัดการ (process) (3) ผลลัพธ์ (outcome) รวมทั้งศึกษาปัญหา อุปสรรค กลยุทธ์ในการแก้ไขและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายซึ่งมีรายละเอียดการศึกษาดังนี้

1. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative method) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ร่วมกับการทบทวนเอกสาร (documentary reviews) ผู้ที่ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วยบุคลากร 3 ระดับ และผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ รวม 50 คน ได้แก่

1) ระดับนโยบาย ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิเขตสุขภาพที่ 10 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจต่างๆ ในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ จำนวน 7 คน

2) คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จำนวน 9 คน

3) ระดับอำนาจการปฏิบัติการ และระดับปฏิบัติการทางการแพทย์ จำนวน 24 คน

4) ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ จำนวน 10 คน

### ระยะเวลาการดำเนินงาน

ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย 9 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 - 31 กรกฎาคม 2566

### เครื่องมือวิจัย

1) แนวคำถามสัมภาษณ์ ได้แก่ ระดับนโยบายและผู้บริหาร ระดับปฏิบัติการอำนาจการ และระดับปฏิบัติการทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ

2) เครื่องบันทึกเสียง

3) แบบบันทึกข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจากเอกสาร (documentary review)

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) มีการตรวจสอบความเป็นปรนัยของแนวคำถามในการสัมภาษณ์และสนทนากับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยนำคำถามที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน พิจารณาความชัดเจน ความครอบคลุมและความเหมาะสม และนำแนวคำถามมาปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) มีการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้เก็บข้อมูลกับบุคลากรของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 10 ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลอำนาจเจริญ จำนวน 2 โรงพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแนวคำถามให้ชัดเจนก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล

2. วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ COVID-19 และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยในทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ COVID-19 และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ระยะเวลาเป็นตัวกำหนดคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 927 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ คือ (1) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ในช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 - 31 กรกฎาคม 2566 และ (2) มีข้อมูลจากเวชระเบียนครบถ้วน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแบบบันทึกผลลัพธ์ของการดูแล ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (con-

tent validity index; CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.91

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลไปทดลองเก็บข้อมูล จากเวชระเบียนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Conbrash's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก และส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ(thematic analysis) ของ Colaizzi<sup>(7)</sup> สรุปผลการวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>(8-13)</sup> และสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ กับรูปแบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ และสรุปเป็นรูปแบบ (connoisseurship) โดยผ่านการรับรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลผลลัพธ์ การดูแลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ (ethical committee approval) เอกสารรับรองเลขที่ 24/2565 รับรอง วันที่ 25 ตุลาคม 2565 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ โดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ข้อมูลก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

## ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลอำนาจเจริญมีความสอดคล้องกับรูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจากการทบทวนวรรณกรรม และจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีรายละเอียดที่ได้นำเสนอต่อไป

### 1. ปัจจัยนำเข้า (input)

1.1 ด้านโครงสร้าง (structure) ประกอบด้วย (1) โครงสร้างโรงพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 และผู้ป่วยอื่น รวมทั้งการประสานเครือข่ายในพื้นที่จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (2) กำหนดคณะทำงาน ทีมงานและหน้าที่รับผิดชอบ มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Operation Center: EOC) กรณีโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลอำนาจเจริญ มีคณะทำงาน 7 กลุ่มภารกิจ โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์

1.2 ด้านระบบการจัดการ (system) ประกอบด้วย (1) การสั่งการ/ประสานงาน/ควบคุม อย่างชัดเจน (2) การสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร (3) การจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศระบบการแพทย์ทางไกล และการบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย การจัดสรรทรัพยากรและการประสานรับส่งเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมด (4) การจัดการความเสี่ยง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากร (5) การควบคุมการติดเชื้อ

1.3 ด้านทรัพยากรบุคคล (staff) ประกอบด้วย (1) การบริหารกำลังคน มีการบริหารอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานที่มีสมรรถนะเหมาะสม และจำนวนเพียงพอในการปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง (2) บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้ ทีมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (communicable disease control unit) ทีมรับและส่งต่อผู้ป่วย (refer in/refer out) ทีมรับผู้ป่วย (loading point) ทีมงานดูแลผู้ป่วย (care team) และทีมวิชาชีพอื่น ๆ (3) การปฐมพยาบาลและการอบรม (4) การจัดอัตรากำลัง/จัดตารางการปฏิบัติงาน (5) การสร้างขวัญกำลังใจในการ

ปฏิบัติงาน (6) การจ่ายค่าตอบแทนและสวัสดิการ (7) ระบบเวชระเบียน

1.4 ด้านทรัพยากรอื่นๆ (stuff) ประกอบด้วย (1) การจัดการการเงิน (2) การจัดการวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์

2. กระบวนการ (process) ประกอบด้วย (1) การวินิจฉัยคัดกรอง (2) การดูแลทางคลินิก (3) การดูแลต่อเนื่อง/ระบบส่งต่อผู้ป่วย/การติดตามผู้ป่วย (4) การดูแลด้านจิตใจ

3. ผลลัพธ์ (Outcome) สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ใน 3 ด้าน คือ (1) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลอำนาจเจริญ (2) ด้านโรงพยาบาล ได้แก่ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ และ (3) ด้านบุคลากร ได้แก่ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร พบว่า

3.1 ความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจในการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ทั้งในด้านการบริการของบุคลากร การรักษาที่ได้รับความปลอดภัยและการประสานส่งกลับ เมื่อรักษาหาย

3.2 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ

1) ข้อมูลด้านคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.35) ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 ราย (ร้อยละ 17.80) มีโรคประจำตัวในกลุ่ม NCD นอกจากนั้น เป็นโรคประจำตัวอื่นๆ เช่น ภูมิแพ้ เป็นต้น อาการสำคัญที่มา 5 ลำดับแรกในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ไอ จำนวน 443 ราย (ร้อยละ 47.79) ไข้ จำนวน 295 ราย (ร้อยละ 31.82) มีน้ำมูก จำนวน 219 ราย (ร้อยละ 23.62) เจ็บคอ จำนวน 187 ราย (ร้อยละ 20.17) จมูกไม่ได้กลิ่น จำนวน 119 ราย (ร้อยละ 12.84) และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย (ร้อยละ 9.06) ไม่มีอาการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.96) ได้รับวัคซีน 2 เข็ม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 68 ราย (ร้อยละ 7.34) มีประวัติไม่ได้รับวัคซีน 1 เข็มและกลุ่ม

ตัวอย่างจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 2.70) ยังไม่ได้รับวัคซีน ดังตารางที่ 1

2) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 927 ราย มีจำนวนวันนอนอยู่ระหว่าง 1-13 วัน โดยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 4.57 วัน (SD 2.85) สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ จำนวน 920 ราย (ร้อยละ 99.2) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 0.3) ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.2) ที่ไม่สมควรได้รับการรักษา และกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย (ร้อยละ 0.2) เสียชีวิต ดังตารางที่ 2

3.3 ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกการมีคุณค่า ความดี ความงาม ในงานที่ปฏิบัติ มีความภูมิใจในวิชาชีพ มีความประทับใจ ในการได้มีโอกาสร่วมปฏิบัติการฝ่าวิกฤติในครั้งนี้ ทุกคนร่วมปฏิบัติงานด้วยความสมัครใจจากทุกส่วนของโรง-

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านคลินิกของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ (n=927)

ข้อมูลด้านความเจ็บป่วย	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	717	77.35
มีโรคประจำตัวในกลุ่ม NCD	165	17.80
มีโรคประจำตัวในกลุ่ม Non NCD	45	4.85
2. อาการสำคัญที่มา 5 ลำดับแรก		
ไอ	443	47.79
ไข้	295	31.82
มีน้ำมูก	219	23.62
เจ็บคอ	187	20.17
จมูกไม่ได้กลิ่น	119	12.84
ไม่มีอาการ	84	9.06
3. ประวัติการได้รับวัคซีน		
ได้รับ 1 เข็ม	68	7.33
ได้รับ 2 เข็ม	834	89.97
ไม่ได้รับวัคซีน	25	2.70

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การดูแลด้านจำนวนวันนอนและผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ (n=927)

ผลลัพธ์การดูแล	จำนวน	ร้อยละ	Min-Max	Mean	SD
จำนวนวันนอน (วัน)	-	-	1-13	4.57	2.85
สถานภาพการจำหน่าย					
กลับบ้าน	920	99.2	-	-	-
ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า	3	0.3	-	-	-
ไม่สมัครใจรักษา	2	0.2	-	-	-
เสียชีวิต	2	0.2	-	-	-

พยาบาล รวมทั้งกระบวนการพัฒนาของโรงพยาบาล ช่วยให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 เพิ่มขึ้นสามารถป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการและบุคคลทั่วไปได้

### ปัญหา อุปสรรค และกลยุทธ์การบริหารจัดการโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ในสถานการณ์ COVID-19

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลหลักที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ และผู้ป่วยที่เคยมารับการรักษา พบปัญหา และอุปสรรคในการบริหารจัดการของโรงพยาบาล และได้มีกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา ดังนี้

#### 1. ระบบจัดการคัดกรองผู้ป่วย

1.1 ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นรวดเร็วและเป็นจำนวนมาก ทำให้มีผู้ป่วยบางส่วนตกค้างรออยู่ที่บ้าน ไม่มีผลยืนยันการติดเชื้อ กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา เปิด call center ศูนย์คัดกรองผู้ป่วย COVID-19 โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

1.2 แพทย์ที่ปฏิบัติงาน ณ จุด one-stop service ของ PUI Zone ต้องทำหน้าที่ทั้ง Swab และสั่งการรักษาทำให้ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยยาวนาน กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา จัดอบรมทีมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อเพิ่มเติม และจัดตารางการปฏิบัติงาน ณ จุด Swab ทั้งในและนอกเวลาราชการ

1.3 ทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ไม่เพียงพอในการทำหน้าที่เฝ้าระวังสอบสวนโรคป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา จัดอบรมทีม

หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ เพิ่มเติมให้แก่ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข และจัดตารางการปฏิบัติงานเป็นทีมเสริมในการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่

#### 2. ระบบบริหารความเสี่ยง

2.1 ผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นรวดเร็วทำให้การจัดบริการคลินิกเฉพาะโรค เช่น คลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และบางส่วนไม่มาตามนัดเนื่องจากกลัวการติดเชื้อ กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา ทำ fast track การตรวจของผู้ป่วย OPD การจัดการ telemedicine จัดบริการส่งยาถึงบ้าน

2.2 ผู้ป่วย COVID-19 ที่มารับบริการบริเวณคลินิก ARI โรงพยาบาลอำนาจเจริญ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และระยะเวลารอคอยยาวนาน กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่หน่วยบริการ-ปฐมภูมิถ้ามีอาการเล็กน้อยให้รับการดูแลที่หน่วยบริการ-ปฐมภูมิ home isolation และศูนย์พักคอยในระดับตำบล

3. ความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) และหน้ากาก N95 สำหรับการดูแลผู้ป่วยในช่วงที่มีผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะขาดแคลน PPE และหน้ากาก N95 ทั้งในภาพรวมระดับประเทศและระดับพื้นที่ กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา ลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น โดยการพิจารณาลดงานที่ไม่จำเป็นเร่งด่วนที่ต้องใช้ทรัพยากรและปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการ

#### 4. การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

4.1 ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานกักตัวการติดเชื้อ และกลั้วน้ำเชื้อโรคไปติดครอบครัว กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา อบรมเสริมสร้างศักยภาพในการปฏิบัติงานในสถานการณ์โรคติดเชื้อ รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข/จัดระบบการให้คำปรึกษาโดยทีมสุขภาพจิต/จัดระบบการตรวจคัดกรอง COVID-19 ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกสัปดาห์/ มีระบบการปฏิบัติงานที่บ้าน (work from home)

4.2 บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อทำให้อัตรากำลังในบางจุดการให้บริการไม่เพียงพอ กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา จัดระบบการบริหารอัตรากำลังให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุด (Replace) โดยพิจารณามอบหมายหน้าที่และฝึกอบรมบุคลากรให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ทดแทนกันได้ ในลักษณะซึ่งหน้าที่ นั้นไม่ได้ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

#### 5. การดูแลต่อเนื่อง/ระบบส่งต่อผู้ป่วย

5.1 แนวทางดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย COVID-19 ไม่ชัดเจน ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตัวเอง บุคลากรขาดความมั่นใจ ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วย กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา ประสานทีมดูแล และผู้จัดการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ สร้างเครือข่ายและศูนย์พักคอยระดับตำบล พัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล การเตรียมครอบครัวและชุมชนเพื่อรับผู้ป่วยกลับ จัดช่องทางสื่อสารกับเครือข่ายในพื้นที่

5.2 การรักษาพยาบาลฉุกเฉินในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 พบว่า มีปัญหาอุปสรรค ทั้งด้านข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยรายอื่นและบุคลากรทางการแพทย์ กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา มีการออกแบบระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิถีใหม่ ตั้งแต่ระบบการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล มีแนวปฏิบัติในการแยกประเภทผู้ป่วยเป็นระดับความเสี่ยง มีการใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกัน/มีการจัดทำห้องฉุกเฉินความดันลบ

#### 5.3 การจัดการศพผู้เสียชีวิตจากโรค COVID-19

พบว่าในระยะแรกชุมชนไม่มีความมั่นใจ กังวลในการนำศพไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่บ้าน กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา มีการจัดการศพโดยโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับวัดในพื้นที่ และในระยะต่อมามีการจัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการศพผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรค COVID-19 อย่างรัดกุมทุกขั้นตอนและสื่อสารสู่ชุมชน

#### ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสถานการณ์ COVID-19

จากผลการศึกษาผู้วิจัยได้สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการกำหนดนโยบายและการตัดสินใจเชิงบริหารเพื่อการวางแผนในระยะต่อไป และการเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดขนาดใหญ่ที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต ดังนี้

##### 1. โครงสร้างของระบบบริการสุขภาพและการบริหารจัดการ

1.1 กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดเป็นนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่งออกแบบและพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่รองรับสถานการณ์การเกิดโรคติดต่ออันตรายและโรคอุบัติใหม่ อุตติซ้ำ มีการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ทั้งระบบให้มีความเชี่ยวชาญเพื่อตอบโต้สถานการณ์ของโรคติดต่ออันตรายและควรจัดทำแผนเผชิญเหตุ (incident action plan) อย่างต่อเนื่อง

1.2 หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งทั้งโรงเรียนแพทยมหาวิทาลัย หน่วยบริการเอกชน และหน่วยบริการที่เป็นของรัฐ ควรจัดทำแผนบูรณาการเพื่อการยกระดับศักยภาพและโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญ จำเป็นในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการพิจารณาสนับสนุน งบประมาณสำหรับการยกระดับศักยภาพและโครงสร้างพื้นฐานของประเทศ

1.3 การพัฒนาระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสนับสนุนการบริหาร และการรักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชน รัฐควรสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อ



การเข้าถึงเทคโนโลยี อุปกรณ์ เครื่องมือ เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ กล้อง แอปพลิเคชัน เพื่อให้การบริการแบบการแพทย์ทางไกลมีประสิทธิภาพ สามารถยกระดับการให้บริการด้านสุขภาพและเพิ่มการเข้าถึงบริการในประชาชนทุกกลุ่มได้

2. ระบบการเงินการคลังเพื่อการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและความมั่นคงด้านสุขภาพ

2.1 กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานเขตสุขภาพ ควรมีการจัดตั้งแหล่งเงินสำรองด้านสุขภาพ (national health reserve) ของประเทศไทยและของแต่ละเขตสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดสภาพคล่องของการคลังสุขภาพในช่วงที่มีการแพร่ระบาดหรือในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งพัฒนา กลไกและขั้นตอนการตัดสินใจด้านงบประมาณในภาวะฉุกเฉินให้มีความคล่องตัวและทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

2.2 กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานเขตสุขภาพ ควรมีระบบข้อมูลกลางสถานการณ์ข้อมูลทรัพยากรของหน่วยงานทั้งในระดับประเทศ เขต จังหวัด เช่น จำนวน ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ จำนวนเตียง มีการแลกเปลี่ยนและเปิดเผยข้อมูลในระดับหน่วยงานและสาธารณะ เพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์

2.3 ปรับเปลี่ยนกระบวนการตัดสินใจและสำรองเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ที่สำคัญและจำเป็นกับการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่เกิดจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ จากแนวคิดเดิมที่จัดหาและสำรองไว้เพื่อใช้งาน เป็นแนวคิดในการจัดหาและสำรองเพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศ

3. การบริหารจัดการกำลังคนและโครงสร้างของหน่วยงานด้านความมั่นคงด้านสุขภาพ

3.1 หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งต้องพัฒนาบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นจะต้องดำเนินการอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องเพื่อให้บุคลากรทุกระดับที่จะต้องเข้ามาปฏิบัติงานในระบบ

บัญชาการเหตุการณ์สามารถปฏิบัติงานได้โดยทันทีที่ถูกเรียกตัวเข้ามา

3.2 มหาวิทยาลัย และโรงเรียนแพทย์ควรมีการจัดการเรียนการสอนและพัฒนาหลักสูตรเฉพาะทางด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและความมั่นคงด้านสุขภาพโดยประสานกรมการแพทย์และกรมควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุข

3.3 กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานเขตสุขภาพ ควรมีการทบทวนและจัดทำแผนบริหารการกระจายบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศให้เหมาะสมกับปริมาณและความเสี่ยง

4. การเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคสำหรับประชาชนและผู้ป่วย

กระทรวงสาธารณสุขต้องส่งเสริม สนับสนุนและ พัฒนาการสื่อสารของโรงพยาบาล รวมถึงการรับรู้ของประชาชนผ่านทางสื่อออนไลน์ต่างๆ อย่างเป็นระบบ รวมถึงการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีกลไกในการติดตามและเฝ้าระวังการนำเสนอข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ต่างๆ ทั้งในช่วงเวลาปกติและในสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมถึงเพื่อติดตามเชิงเนื้อหาให้มีความถูกต้อง เชื่อถือได้

5. การมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่น ๆ

5.1 กระทรวงสาธารณสุขควรจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โรคระบาดและภัยพิบัติแห่งชาติ เป็นโครงสร้างถาวรภายใต้การกำกับดูแลโดยรัฐมนตรีกระทรวง เพื่อกำหนดทิศทางนโยบาย บูรณาการข้อมูลเพื่อการวางแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ รวมทั้งมีการแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์โรคระบาดและภัยพิบัติแห่งชาติที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน ทั้งรัฐเอกชน ประชาชน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และสาธารณสุข สังคม เศรษฐศาสตร์ สิทธิมนุษยชน จริยศาสตร์ สื่อสาร สาธารณะ และจิตวิทยามวลชน

5.2 กระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นแกนหลักในการสร้างการมีส่วนร่วมกับเครือข่ายการทำงานภาครัฐร่วมกับ

อาสาสมัคร ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้ามามีบทบาทร่วมจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของการระบาดใหญ่ของโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างสร้างสรรค์ และต้องเป็นการดำเนินงานที่อาศัย whole government and whole society approach

## วิจารณ์

ผลการศึกษาในภาพรวมพบว่า รูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลอำนาจเจริญมีความสอดคล้องกับแนวคิด Donabedian ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ และผลการศึกษาในรายละเอียดสะท้อนให้เห็นว่ามีปัจจัยนำเข้าที่เหมาะสมทำให้กระบวนการทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพความเชื่อมโยงของปัจจัยนำเข้าและกระบวนการที่นำไปสู่ผลลัพธ์ในการศึกษา ทั้งนี้ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการของโรงพยาบาลมีความชัดเจนในเรื่อง การปรับระบบการให้บริการเพื่อรองรับการระบาดโดยมีการใช้แนวคิดการบริหารจัดการระบบบริการที่รองรับภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน ซึ่งโรงพยาบาลอำนาจเจริญจัดให้มีศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข (EOC: Emergency operation center) ร่วมกับระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS: Incidence command system) และมีคณะกรรมการในการดำเนินงานโดยมีการประชุมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เป็นการบริหารจัดการที่มีหลักการตอบสนองที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพกว่าการบริหารตามปกติ ผู้ปฏิบัติจากหลายกลุ่มงานสามารถทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบภายใต้การบัญชาการอย่างเป็นเอกภาพ โดยรับคำสั่งจากหัวหน้าโดยตรงเพียงคนเดียว<sup>(14)</sup> ด้วยการระดมทรัพยากรและสรรพกำลังมาใช้เพื่อหยุดยั้งเหตุการณ์ฉุกเฉินในเวลาที่สูงที่สุด มีความปลอดภัยกับทุกฝ่าย ซึ่งการดำเนินการในครั้งนี้อาจประสบความสำเร็จที่น่าพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ<sup>(15)</sup> ที่กล่าวว่า การบริหารสถานการณ์เพื่อเตรียมการและตอบสนองต่อการระบาดขนาดใหญ่

ยึดหลักการ 2P2R คือ (1) การดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบ (prevention and mitigation) (2) การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (preparedness) (3) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response) และ (4) การฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (recovery) การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินนี้ควรดำเนินการอย่างครบวงจร ซึ่งความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินนั้น ไม่เพียงเฉพาะว่ามีโครงสร้างทางกายภาพที่ดี บุคลากรมีสมรรถนะ และมีการวางแผนที่มีประสิทธิภาพเท่านั้น ยังต้องการการปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องอีกด้วย รวมถึงการมีการฝึกซ้อมแผน<sup>(16)</sup> เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันและการแก้ไข ข้อบกพร่องของแผน ทั้งนี้การดำเนินการที่ประสบความสำเร็จนั้น ต้องการการมีส่วนร่วมทั้งบุคลากร จากภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่นและประชาชน

การปรับโครงสร้างทางกายภาพรองรับผู้ติดเชื้อจำนวนมาก เป็นการบริหารจัดการระบบบริการที่มีความจำเป็นในขณะที่ยังอัตราการระบาดกำลังแพร่กระจายไปอย่างรวดเร็ว สถานที่ให้บริการทั้ง ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยหนักที่มีอยู่ไม่เพียงพอ จำนวนเตียงปกติที่มีอยู่ไม่อาจรองรับได้ (surge capacity) จำเป็นต้องมีสถานที่และเตียงรองรับเพิ่มขึ้นอย่างเร่งด่วนให้ทันเหตุการณ์ในบางประเทศ เช่น ประเทศจีน มีการสร้างอาคารและโรงพยาบาลขึ้นใหม่<sup>(17)</sup> แต่สำหรับประเทศไทยใช้วิธีการปรับปรุงพื้นที่ห้องโถง โรงจอดรถ หอผู้ป่วยต่าง ๆ ที่เดิมเคยให้บริการแก่ผู้ป่วยอื่นที่ไม่ฉุกเฉิน (non-COVID) มาเพื่อเปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยติดเชื้อ (COVID) เช่นเดียวกับประเทศส่วนใหญ่อีกหลายประเทศที่ใช้ทรัพยากรเดิมที่มีอยู่มารองรับผู้ป่วย<sup>(18)</sup> สอดคล้องผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่เสนอกลยุทธ์ที่ใช้ในการบริหารจัดการเกี่ยวกับพื้นที่ ด้วยการปรับห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดเป็นห้อง ICU เพิ่มเตียงผู้ป่วยในห้อง ICU เป็น 2 เท่าย้ายผู้ป่วยปกติไปโรงพยาบาลชั่วคราวที่หอพักของมหาวิทยาลัยและโรงแรม<sup>(19-20)</sup>

การปรับระบบการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ในระหว่างการระบาดของ COVID-19 พบว่า มีความจำเป็น

เนื่องจากต้องรองรับภาระการบริการที่เพิ่มมากขึ้น ด้วยบุคลากรทางการแพทย์บางสายงานมีความขาดแคลนอยู่เดิม เมื่อปริมาณผู้ป่วยมากขึ้นการดำเนินการโดยลดภาระงานที่ไม่ฉุกเฉิน และสามารถรอได้มีการรวมหอผู้ป่วยทั่วไป และปรับเป็นหอผู้ป่วย COVID-19 ระดม Serge capacity เหล่านั้นมาเปิดบริการแก่ผู้ป่วย COVID-19 รวมทั้งบุคลากรสายสนับสนุนมาช่วยงานส่วนสนับสนุนบริการ เป็นวิธีที่ช่วยแก้ปัญหาการขาดบุคลากรทางการแพทย์ได้ในระดับหนึ่งของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเป็นกลยุทธ์ในการตอบสนองดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรค COVID-19 ด้านกำลังคน<sup>(19)</sup> รวมทั้งการขยายขีดความสามารถของกำลังคน ด้วยการพัฒนาและฝึกอบรม เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในสถานการณ์โรค COVID-19 และการเตรียมความพร้อมของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย<sup>(21)</sup>

ด้านทรัพยากรอื่นๆ พบว่า โรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อม รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรด้านวัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอ และมีการกำกับติดตามโดยคณะกรรมการ EOC อย่างต่อเนื่องรวมทั้งการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนทำให้สามารถกระจายวัสดุอุปกรณ์ได้อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย พบว่า การจัดสรรอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ รวมถึงการผลิตและยาทางการแพทย์ให้เพียงพอ<sup>(22)</sup> การวางแผนเกี่ยวกับอุปกรณ์จะต้องคำนึงถึงอุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นในระดับน้อยที่สุดที่พึงมี และทำให้สามารถดำเนินการได้ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินจำนวนมากขึ้นอย่างกะทันหัน<sup>(23)</sup>

ด้านผลลัพธ์และข้อค้นพบเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการพบว่า ผลลัพธ์ที่ได้แสดงถึงความสำเร็จของโรงพยาบาลในการบรรลุสุขภาพของประชาชนใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ด้านโรงพยาบาล ด้านบุคลากร ทั้งนี้เพราะในสถานการณ์ปัจจุบันระบบการจัดการมีความเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต รวมทั้งเจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อ COVID-19 ทำให้มีการทำงานได้อย่างมีระบบและมี

ประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากรูปแบบมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ทั้งด้านความรู้และการฝึกทักษะ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจในมาตรการการปฏิบัติงาน สะท้อนให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องในบทบาทต่างๆ ในการพิจารณาตัดสินใจการจัดการภายใต้กลไกที่มีองค์ประกอบจากหลายส่วน ทำให้การพิจารณาตัดสินใจได้รับการยอมรับ และการปฏิบัติร่วมกันมีความเป็นไปได้ อีกทั้งผู้บริหารทางการแพทย์ ผู้บริหารทางการแพทย์และพยาบาลมีความตื่นตัวในการบริการผู้ป่วย จัดสรรอัตรากำลัง อุปกรณ์และอุปกรณ์ป้องกัน อาคารสถานที่ และการพัฒนาบุคลากร ผลของการศึกษาปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลสำหรับภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน ในการเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคระบาดและการพัฒนาระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตทางด้านสุขภาพ การระบาดของโรคอุบัติใหม่ในอนาคต ที่ควรจะต้องมีการจัดทำแผนรับมือของระบบบริการสุขภาพภายใต้ภาวะวิกฤต ในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างทันที่ รวมทั้งให้มีการสร้างเสริมความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีศักยภาพในการโต้ตอบภาวะวิกฤตเกิดการรับมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถในการจัดการให้การรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

**ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์**  
การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและข้อเสนอเชิงนโยบาย กรณีสถานการณ์ COVID-19 โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดังนี้

1. ข้อมูลจากการศึกษานี้ใช้เป็นชุดความรู้เบื้องต้นในการจัดทำเป็นกรอบกระบวนการพัฒนาเพื่อการเตรียมพร้อมและการตอบสนองของระบบบริการสุขภาพต่อสถานการณ์โรคระบาดไปขยายผลเป็นกรอบการดำเนิน-

การเชิงยุทธศาสตร์ของระบบบริการสุขภาพในการเตรียมการและตอบสนองต่อสถานการณ์โควิด-19 ของเขตสุขภาพ รวมถึงนำไปใช้เพื่อการวางแผนระยะยาวเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพของเขตสุขภาพให้มีความพร้อมในการตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดขนาดใหญ่ที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต

2. การนำแนวทางการบริหารจัดการบริการสุขภาพมาบูรณาการในแผนพัฒนาบริการสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น Service plan หรือแผนปฏิรูประบบสาธารณสุข รวมถึงการวิจัยเชิงระบบโดยเขตสุขภาพ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพในระดับต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพของบริการต่อไป

3. เพื่อเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีสถานการณ์ COVID-19 หรือกรณีภาวะฉุกเฉินของโรคอุบัติใหม่ อุตุน้ำ ในการทบทวนและปรับปรุงมาตรการให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล มีแนวทางการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานและเกิดประโยชน์ต่อสถานการณ์ในปัจจุบันและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำแนวทางการจัดการระบบบริการสุขภาพที่เป็นมาตรฐานเพื่อรองรับกรณีสถานการณ์ COVID-19 หรือกรณีภาวะฉุกเฉินของโรคอุบัติใหม่ อุตุน้ำ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายผลการศึกษาให้ครอบคลุมหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ในแต่ละจังหวัด และเขตสุขภาพ เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการบริหารจัดการ และเป็นชุดความรู้ในการนำสู่ การปฏิบัติ

2. ควรมีการวิจัยถอดบทเรียนความเข้มแข็งหรือจุดแข็งของแต่ละพื้นที่ในระดับจังหวัด และเขตสุขภาพเพื่อต่อยอดการเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำสู่การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

### กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิเขตสุขภาพที่ 10 รองผู้อำนวยการทุกกลุ่มภารกิจโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ผู้ประสานงาน แพทย์และบุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่ม-ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จนการวิจัยบรรลุตามวัตถุประสงค์ ขอขอบคุณเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย สนับสนุน และช่วยประสานงานจนการวิจัย ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. คู่มือการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (business continuity management: BCM) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: file:///C:/Users/HP/Downloads/คู่มือ\_BCM\_2020\_v7(2)%20(5).pdf
2. ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการประชุมศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ปี 2563-2565 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: [https://pher.moph.go.th/pher/download\\_mtd.html](https://pher.moph.go.th/pher/download_mtd.html)
3. ศูนย์ข้อมูลทีมตระหนักรู้สถานการณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. สรุปรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอำนาจเจริญ. อำนาจเจริญ: คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดอำนาจเจริญ; [ม.ป.ป.].
4. ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลอำนาจเจริญ. สรุปรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ. อำนาจเจริญ: โรงพยาบาลอำนาจเจริญ; [ม.ป.ป.].
5. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003.
6. Hick JL, Einav S, Hanfling D, Kissoon N, Dichter JR, Devereaux AV, et al. Surge capacity principles: care of

- the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST Consensus Statement. CHEST [Internet]. 2014 [cited 2022 Dec 23];146(4): e1S-e16S. Available from: <https://doi.org/10.1378/chest.14-0733>.
7. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views. In: Valle R, King M, editors. Existential-phenomenological alternatives for psychology. New York: Oxford University Press; 1978. p. 48-71.
  8. Centers for Disease Control and Prevention. Comprehensive hospital preparedness: checklist for coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 23]. Available from: <https://www.medbox.org/pdf/5ebc47ee7ee73671a0136792>
  9. World Health Organization. A practical tool for the preparation of a hospital crisis preparedness plan, with special focus on pandemic influenza [Internet]. 2006 [cited 2022 Dec 23]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107779/E89231.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  10. Seyedin H, Moslehi S, Sakhaei F, Dowlati M. Developing a hospital preparedness checklist to assess the ability to respond to the COVID-19 pandemic. The Eastern Mediterranean Health Journal [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 23];27(2):131-41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33665797/>
  11. World Health Organization. Hospital emergency response checklist: an all-hazards tool for hospital administrators and emergency managers [Internet]. 2011 [cited 2022 Dec 23]. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/hospital-emergency-response-checklistf16d047e-ec76-4798-8310-029ff7f6f6df.pdf?sfvrsn=2e597f27\\_1&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/hospital-emergency-response-checklistf16d047e-ec76-4798-8310-029ff7f6f6df.pdf?sfvrsn=2e597f27_1&download=true)
  12. World Health Organization. Hospital readiness checklist for COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 23]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332778>
  13. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 27 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: [https://COVID19.dms.go.th/Content/Select\\_Landing\\_page?contentId=181](https://COVID19.dms.go.th/Content/Select_Landing_page?contentId=181)
  14. ปรีชา เปรมปรี, บรรณาธิการ. นโยบายการพัฒนา EOC ของกรมควบคุมโรค. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม; วันที่ 23 - 24 พฤษภาคม 2562; โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต, กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2562. หน้า 1-41.
  15. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นพพล วิทย์ารพวงศ์, อีระ วรธนารัตน์, สุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล, วรากร วิมุตติไชย, พุฒินา โอชา-รส, และคณะ. การตอบสนองและเตรียมการของระบบบริการสุขภาพไทยต่อวิกฤติการระบาดของ COVID-19: การดำเนินการของโรงพยาบาลและผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจและสังคมภายในขอบเขตของระบบสุขภาพ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5391?locale-attribute=th>
  16. Nelson C, Lurie N, Wasserman J, Zakowski S. Conceptualizing and defining public health emergency preparedness. Am J Public Health [Internet]. 2007 [cited 2022 Dec 23];97(Suppl 1):S9-11. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2007.114496>
  17. Haldane V, De Foo C, Abdalla S M, Jung A S, Tan M, W Shishi, et al. Health system resilience in managing the COVID-19 pandemic: lesson from 28 countries. Nat Med [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 23]; 27(6):964-

80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34002090/>
18. Her M. Repurposing and reshaping of hospitals during the COVID-19 outbreak in South Korea. *One Health* 10 [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 23];10:100137. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352771420301002>
19. Abir M, Nelson C, Chan EW, Al-Ibrahim H, Cutter C, Patel K V, et al. Critical care surge response strategies for the 2020 COVID-19 outbreak in the United States. [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 23]. Available from: [https://www.rand.org/pubs/research\\_reports/RRA164-1.html](https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA164-1.html)
20. Clavier T, Bruckert V, Abraham P, Capdevila M, James A. The use of post-anaesthesia care units as a supply of ICU beds while maintaining scheduled surgery: a cross-sectional web-based feasibility survey in France. *Journal of Clinical Anesthesia* [Internet]. 2021 [cited 2023 May 14];71:110244. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0952818021000829>
21. World Health Organization, Regional Office for the Western, P. Indicators to monitor health-care capacity and utilization for decision-making on COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 14]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WPR-DSE-2020-026>
22. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 14];382(8):727-33. Available from: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2001017>
23. Naganathan S, Meehan-Coussee K, Pasichow S, Rybasack-Smith H, Binder W, Beaudoin F, et al. From concerts to COVID: transforming the ri convention center into an alternate hospital site in under a month. *R I Med J* [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 14];103(6):8-13. Available from: <http://www.rimed.org/rimedical-journal/2020/08/2020-08.pdf>

**Public Health Emergency Management and Policy Proposals from COVID-19 Pandemic in Amnatcharoen Hospital**

Uraiwan Jamnansiri, M.D.\*; Nittaya Buasai, M.N.S.\*\*; Sophit Chotirosniramit, M.D.\*\*\*; Supattra Supakosol, B.N.S.\*\*\*\*

\* Amnatcharoen Hospital; \*\* Department of Social Medicine, Amnatcharoen Hospital; \*\*\* Department of Primary Care, Amnatcharoen Hospital; \*\*\*\* Department of Nursing, Amnatcharoen Hospital, Thailand  
*Journal of Health Science of Thailand 2024;33(2):217-31.*

**Corresponding author:** Uraiwan Jamnansiri, Email: lekdoc2@hotmail.com

**Abstract:** The objectives of this study were to the lessons learned from Public Health Emergency Management and Policy proposals from COVID-19 Pandemic in Amnatcharoen Hospital. This is Mixed Methods Research. Quantitative data Collected with the medical records of COVID-19 patients from November 1, 2022 to July 31, 2023 were recruited. Qualitative data collected by in-depth interviews with the 40 participants from policy-level executives Public Health, Emergency Operations Center Board, Hospital Administrative level, medical operation level and the 10 participants from patients who were admitted to Amnatcharoen Hospital and document reviews. Descriptive statistics were used for quantitative data and thematic analysis were used for qualitative data. The results show that: Administrative system of Amnatcharoen Hospital was compliant to administrative model of field hospital for COVID-19, in the scope of input, process and outcome. Problems, constraints, including hospital administrative strategies were identified on patient screening management system, risk management system, human resource management, continuity of care/referral system and adequacy of personal protective equipment (PPE) and N95 masks for patient care during peak periods. Recommendations for governments to policy formulation and administrative decision-making include Public Health Emergency Management preparedness are the creation of an Emergency Operations Center and The Incident Command System is a standardized approach to the command, control, and coordination of emergency response to Prevention and Mitigation , Preparedness, Response, Recovery and to respond immediately and systematically to manage prepare for Future Public Health Emergencies and Disasters.

**Keywords:** COVID-19; public health emergency management; policy proposals