

บทเรียนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ของระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19 พื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ประเทศไทย

สุทัศน์ เสียมไหม*
อัญชลี พงศ์เกษตร†
ฟูชัยะห์ หะยี‡
พยงค์ เทพอักษร*
ไพสิฐ บุญยะกวี*
พุทธิพงศ์ บุญชู*
ชวนากร ศรีปรานค์*

ผู้รับผิดชอบบทความ: สุทัศน์ เสียมไหม

บทคัดย่อ

การระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข การวิจัยคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ ถอดบทเรียนผลการดำเนินการ ปัญหาอุปสรรคในการเตรียมการ การป้องกันและการตอบสนองภาวะฉุกเฉินของโควิด-19 และ 2) ประเมินผลลัพธ์เชิงระบบของการจัดการภาวะฉุกเฉินในภาวะวิกฤตโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญระดับนโยบาย จำนวน 115 คน และผู้ปฏิบัติ จำนวน 139 คน โดยเลือกแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การอภิปรายกลุ่มและการประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ผลดำเนินการเตรียมการ การป้องกันและการตอบสนองภาวะฉุกเฉินของโควิด-19 ของระบบบริการสุขภาพ ตติยภูมิ ทุตติยภูมิ ปฐมภูมิ ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ ยังขาดประสิทธิภาพ พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ ข้อจำกัดของการจัดตั้งระบบในการเตรียมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และระบบบัญชาการเหตุการณ์ ขาดการเชื่อมแผนแนวทางการดำเนินงาน ทีมทำงานไม่เข้าใจบทบาทการปฏิบัติหน้าที่ตามกลไกการปฏิบัติงานการประเมินสถานการณ์ การปฏิบัติการ การสื่อสารความเสี่ยง การดูแลรักษาผู้ป่วย การสำรองเวชภัณฑ์และส่งกำลังบำรุงและด้านกฎหมาย บุคลากรไม่เพียงพอ งบประมาณไม่เพียงพอในการจัดการ มีการจัดการ

* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

† วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

‡ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Received 1 July 2024; Revised 16 August 2024; Accepted 22 August 2024

Suggested citation: Siammai S, Pongkaset A, Hayee F, Thepakorn P, Boonyakawee P, Boonchu P, et al. Lessons learned from the management for public health emergencies of healthcare system during COVID-19 pandemic in southern border Provinces, Thailand. Journal of Health Systems Research 2024;18(3):401-26.

สุทัศน์ เสียมไหม, อัญชลี พงศ์เกษตร, ฟูชัยะห์ หะยี, พยงค์ เทพอักษร, ไพสิฐ บุญยะกวี, พุทธิพงศ์ บุญชู และคณะ. บทเรียนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19 พื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(3):401-26.



ศพผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่ถูกต้องตามหลักการป้องกันโรค วิธีชีวิตความเป็นอยู่/ความเชื่อตามหลักศาสนาเป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน การประเมินผลเชิงระบบของการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข พบว่า ทุกจังหวัดยังขาดประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโควิด-19 ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรมีการกำหนดนโยบายพร้อมสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นแก่ระบบบริการสุขภาพ ให้มีการฝึกซ้อมแผนเผชิญเหตุโรคระบาดระดับชาติ ซ้อมแผนศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ ระดับจังหวัด อำเภอ อย่างต่อเนื่อง และสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานพิเศษในพื้นที่ สำนักงานคณะกรรมการอิสลามจังหวัด ผู้นำศาสนาอิสลาม บาบอ โต๊ะครู ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคระบาด

คำสำคัญ: การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข, ระบบบริการสุขภาพ, โควิด-19, ชุมชนมุสลิม, จังหวัดชายแดนใต้

Lessons Learned from the Management for Public Health Emergencies of Healthcare System during COVID-19 Pandemic in Southern Border Provinces, Thailand

Suthat Siammai^{*}, Anchalee Pongkaset[†], Fusiyah Hayee[‡], Phayong Thepaksorn^{*}, Paisit Boonyakawee^{*}, Puttipong Boonchu^{*}, Chavanakorn Sriprang^{*}

^{*} Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[†] Sirindhorn College of Public Health, Yala, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[‡] Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

Corresponding author: Suthat Siammai, suthat@scphtrang.ac.th

Abstract

The COVID-19 pandemic challenged the management of public health emergencies of health systems. This qualitative research aimed: 1) to study the situation, lessons learned, and challenges in preparedness, prevention, and response to the COVID-19 emergency; and 2) to evaluate the outcomes of emergency management systems during the COVID-19 crisis of the southern border provinces. The participants consisted of 115 policy key informants and 139 practitioners purposively selected. Data collection methods included in-depth interviews, focus group discussions, and brainstorming sessions. The transcribed data were analyzed using content analysis. Results revealed that the preparedness, prevention, and responses to the COVID-19 emergency by the tertiary, secondary, and primary healthcare systems in the five southern border provinces were inadequate. Challenges included limitations in establishing emergency operation centers and incident command systems, lack of preparedness drills according to operational guidelines. Team members did not fully understand their roles and responsibilities within the mission framework (situation assessment, operations, risk communication, case management, medical supplies and logistics, and legal aspects). Additionally, insufficient personnel and budget for proper management of COVID-19 patients and the deceased according to scientific protocols and lifestyle/religious beliefs posed obstacles to disease prevention and control efforts. The evaluation of public health emergency management system revealed that all provinces lacked efficiency in preventing and controlling COVID-19. The Ministry of Public Health should establish policies and allocate necessary resources to enable continuous preparedness drills for national epidemic response plans, emergency operation centers, and incident command systems at the provincial and district levels. Collaborations with special agencies such as the Provincial Islamic Committee Office, Islamic religious leaders, and religious teachers should be fostered to address future epidemics.

Keywords: public health emergency management, healthcare systems, COVID-19, Muslim communities, southern border provinces

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคติดต่ออุบัติใหม่ในปัจจุบัน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่โลกอย่างรุนแรงทั้งด้านสุขภาพ ชีวิตและเศรษฐกิจ การระบาดใหญ่ของโควิด-19 ได้ก่อให้เกิดความท้าทายและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา^(1,2) จากรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เมื่อเดือนตุลาคม 2564 พบว่า มีผู้ป่วยสะสมจาก 210 ประเทศทั่วโลก จำนวน 242,418,924 ราย เสียชีวิต 4,930,682 ราย ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 24 ของโลก มีผู้ป่วยจำนวนสะสม 1,811,852 ราย ผู้เสียชีวิตจำนวนสะสม 18,486 คน⁽³⁾ โดยวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ประกาศให้การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (public health emergency of international concern: PHEIC) และกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยได้ประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วยโควิด-19 สะสมตั้งแต่วันที่ 13 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 2 กันยายน 2564 จำนวน 1,234,487 ราย⁽⁵⁾ เฉพาะภาคใต้มีจำนวน 312,356 ราย สูงเป็นลำดับที่ 2 ของประเทศไทย รองจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 พบการแพร่ระบาดในพื้นที่ชายแดนใต้ค่อนข้างรุนแรงอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ติด 4 ใน 5 อันดับจังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิดรายใหม่สูงสุดในประเทศไทย ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ยะลา นราธิวาส ปัตตานี และสงขลา⁽⁶⁾ มีรายงานผู้ป่วยสะสมด้วยโรคนี้ ตั้งแต่เริ่มระบาด วันที่ 13 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 ในภาพรวมทั้ง 5 จังหวัดชายแดนใต้ เป็นจำนวน 184,337 ราย จำแนก

เป็นสงขลา จำนวน 53,539 คน ยะลา จำนวน 43,940 คน ปัตตานี จำนวน 41,540 คน นราธิวาส จำนวน 39,390 คน และสตูล จำนวน 5,928 คน⁽⁶⁾ อีกทั้งยังพบว่าจังหวัดชายแดนใต้ เป็นพื้นที่เสี่ยงที่ต้องควบคุมการระบาดของโควิด-19 โดยเฉพาะในจังหวัดยะลาเกิดการระบาดเป็นกลุ่มใหญ่บริเวณมรั๊กยะลา (ศูนย์ตะวะห์แห่งประเทศไทย มัสยิดอิล – นูร) ในศูนย์กลางของกลุ่มดาวะฮ์ (การเดินทางเผยแผ่ศาสนา) ในจังหวัด ที่ไปรวมตัวกันของนักเรียนในโรงเรียนสอนศาสนาในพื้นที่ มีนักเรียน 500 คน มาจากพื้นที่ 17 จังหวัด ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อจะเป็นการรวมกลุ่มรับประทานอาหารร่วมกัน ทำกิจกรรมทางศาสนาโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย และมีการใช้ถาดอาหารหรือแก้วน้ำร่วมกัน จนมีการติดเชื้อมากถึง 402 ราย และกระจายอย่างรวดเร็วสู่ 12 จังหวัดทางภาคใต้⁽⁷⁾ นอกจากนี้ บริบทของพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ เป็นพื้นที่ติดชายแดนมาเลเซีย ซึ่งประชาชนทั้งสองประเทศไปมาหาสู่กันในการค้าขาย การไปทำงานในประเทศเพื่อนบ้าน การไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การศึกษาต่อในต่างประเทศ⁽⁸⁾ ซึ่งสาเหตุของการติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ในช่วงแรก ส่วนใหญ่เกิดจากการเดินทางกลับจากประเทศมาเลเซีย เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อ 35 ราย และเสียชีวิต 1 ราย⁽⁹⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (emergency operation center: EOC) ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (incident command system: ICS) และพัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (situation awareness team: SAT) ระดับจังหวัด เพื่อปฏิบัติการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ ตรวจสอบข่าวและข้อมูลการระบาดของโรคและภัยสุขภาพแบบ real time มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ใบบัญชาการเหตุการณ์และจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ทันทีตามมาตรฐานสากล⁽¹⁰⁾ จากเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ผ่านมานั้น ทำให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเปิดศูนย์



ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในวันที่ 22 มกราคม 2563 และสั่งการให้หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด เปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (EOC)⁽¹¹⁾ ทั้งนี้การรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่มีความซับซ้อนและอุปสรรคมากกว่าโรคติดต่อทั่วไป เนื่องจากธรรมชาติของการเกิดโรคที่ไม่สามารถคาดการณ์ขนาดของปัญหาได้ ความรู้และข้อมูลข่าวสารของปัญหามักจะยังไม่ชัดเจนในระยะต้น ทำให้เกิดความตระหนักในหมู่ประชาชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ข้อจำกัดของทรัพยากรงบประมาณ บุคลากร การบริหารจัดการในภาวะวิกฤตในระดับต่างๆ ตลอดจนการสื่อสารความรู้และข้อมูลข่าวสารไปสู่ประชาชนในวงกว้างเพื่อลดความตื่นตระหนกของประชาชน⁽¹²⁾ โดยเฉพาะการจัดการกับเรื่องโรคหรือภัยที่ไม่เคยเกิดขึ้นในพื้นที่มาก่อน ต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ และเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับปัญหา⁽¹³⁾ อีกทั้งมีรายงานวิจัยที่ระบุว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมียากัก⁽¹⁴⁾ รวมถึงยังมีปัญหาการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทการจัดการสาธารณสุขภัยที่กำหนด⁽¹⁵⁾ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมระบบจัดการภาวะฉุกเฉินจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทุกระบบสาธารณสุขในขณะนั้น การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (public health emergency management: PHEM) เป็นกระบวนการในการจัดการเหตุการณ์การเกิดโรคและภัยคุกคามที่รวดเร็วและเป็นระบบ ครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่การดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบ (prevention & mitigation) การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (preparedness) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response) และการฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (recovery) จำเป็นต้องมีการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่ดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญของหน่วยงานสาธารณสุขที่จะนำพาความปลอดภัยมาสู่ประชาชน⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตาม จากรายงานศึกษาของสุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

และคณะที่ได้ศึกษาสถานการณ์การดำเนินการของระบบบริการสุขภาพในจังหวัดชายแดนใต้ พบว่ายังคงมีข้อจำกัดอีกมากในระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินและระบบส่งต่อ กำลังคนด้านสุขภาพขาดขวัญและกำลังใจ รวมถึงการรับมือกับภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อแพร่ระบาดระดับชาติ (pandemic) ที่ยังมีปัญหาความไม่สงบยังเกิดเหตุรุนแรงในพื้นที่ชายแดนใต้⁽¹⁷⁾ โดยพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้มีรูปแบบการบริหารแบบพิเศษภายใต้ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต) จัดตั้งขึ้นโดยกระทรวงมหาดไทยเมื่อปี พ.ศ. 2524 ทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัตินอกเหนือจากกลไกปกติ⁽¹⁸⁾ ขณะที่นโยบายขับเคลื่อนด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ มีการควบคุมกำกับพิเศษโดยศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.) ซึ่งจัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2549⁽¹⁹⁾ และยังมีกลไกในระบบราชการของกระทรวงอื่นๆ ในระดับพื้นที่ที่สำคัญ เช่น ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในภาค 4 ส่วนหน้า (กอ.รมน.ภาค 4 ส่วนหน้า) ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน

จากความสำคัญของสภาพปัญหาการแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในการจัดการภาวะฉุกเฉินในภาวะวิกฤตโรคระบาดในบริบทพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้เป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการถอดบทเรียนเพื่อชี้ประเด็นให้เห็นสภาพปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวในเชิงระบบและกลไกต่างๆ ที่เหมาะสมสำหรับบริบทพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาบทเรียนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19 พื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรค ในการเตรียมการ การป้องกัน และการตอบสนองภาวะฉุกเฉินของโควิด-19 และการ

ประเมินผลลัพธ์เชิงระบบของการจัดการภาวะฉุกเฉินของโควิด-19 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ตามกระบวนการ 2P2R (prevention & mitigation, preparedness, response, recovery) ของระบบบริการสุขภาพตติยภูมิ ทติยภูมิ ปฐมภูมิ เพื่อใช้ถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค รวมถึงใช้แนวคิดการประเมินผลลัพธ์เชิงระบบประกอบด้วย ปัจจัยนำ กระบวนการและผลผลิตในการจัดการภาวะฉุกเฉินของโควิด-19 ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขกรณีโรคระบาดระดับชาติที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถเตรียมพร้อมรับมือกับภาวะวิกฤตโรคอุบัติใหม่ในอนาคตได้

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้วิธีการศึกษาแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological research) และการทบทวนเอกสาร (document review) ซึ่งเหมาะสมกับการแสวงหาค้นคว้าเชิงประจักษ์การเกี่ยวกับกระบวนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขกรณีโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ 5 จังหวัด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2566

การเลือกพื้นที่ในการศึกษา

การศึกษานี้จะเลือกพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ (ยะลา ปัตตานี นราธิวาส สตูล และ สงขลา) โดยใช้วิธีการถอดบทเรียนภายใต้สถานการณ์ภาวะวิกฤติการระบาดของโควิด-19 ส่วนการคัดเลือกพื้นที่อำเภอ ตำบลและชุมชนในแต่ละจังหวัดใช้หลักเกณฑ์พิจารณาเลือกพื้นที่ที่มีการระบาดของโควิด-19 สูงสุด 2 ลำดับแรก เพื่อให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาวิจัยที่มีความสนใจวิเคราะห์สภาพปัญหา/อุปสรรคของการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพ ระบบสนับสนุนในการบริหารจัดการแก้ไขปัญหา

การแพร่ระบาดของโควิด-19

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) จำนวน 115 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (กลุ่ม 1, 2) และการอภิปรายกลุ่ม (กลุ่ม 3, 4, 5) ประกอบด้วยกลุ่มบุคคล 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหารระดับนโยบาย ได้แก่ ผู้บริหารศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) 1 คน ผู้บริหารศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.) 1 คน ผู้บริหารกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในภาค 4 ส่วนหน้า 1 คน ผู้บริหารสำนักงานเขตสุขภาพที่ 12 สงขลา 2 คน ผู้บริหารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา 2 คน ผู้บริหารศูนย์อนามัยที่ 12 จังหวัดยะลา 2 คน ผู้บริหารศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 12 จังหวัดสงขลา 1 คน รวม 10 คน

2. กลุ่มผู้บริหารในการดำเนินการระดับจังหวัด ครอบคลุม 5 จังหวัด ได้แก่ ทีมผู้บริหารศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด (ศปก.จ.) 5 คน ทีมผู้บริหารศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.) 5 คน ทีมผู้บริหารศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคตำบล (ศปก.ต.) และชุมชน 5 คน รวมจำนวน 15 คน

3. กลุ่มภาคีวิชาการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนแผนงานและพันธกิจของหน่วยงาน ระดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) 5 คน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) 5 คน โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 5 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) 5 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 10 คน รวมเป็น 30 คน

4. กลุ่มผู้นำ แกนนำในการดำเนินการ ได้แก่ บุคคลหรือผู้นำองค์กรระดับจังหวัด อำเภอ หน่วยงานราชการ (5 คน) หน่วยงานท้องถิ่น (10 คน) กลุ่มสื่อสารสาธารณะ (5 คน) เครือข่ายภาคประชาสังคม ผู้นำ

ชุมชน/ผู้นำศาสนา (10 คน) ที่มีบทบาทในการเป็นผู้นำในกระบวนการเชิงนโยบายและการขับเคลื่อนในทางปฏิบัติในการบริหารจัดการสถานที่กักกันตัวระดับ state quarantine (SQ), local quarantine (LQ), community isolation (CI), home isolation (HI) 5 จังหวัด จังหวัดละ 6 คน รวมเป็น 30 คน

5. กลุ่มประชาชนที่อาศัยในชุมชนครอบคลุม 5 จังหวัด ได้แก่ กลุ่มแกนนำ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และตัวแทนของชุมชนที่คัดเลือกเข้าสู่การศึกษา 15 ชุมชน จำนวน 2 คน/ชุมชน รวมเป็น 30 คน

2) กลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิและปฐมภูมิ ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 139 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้กระบวนการประชุมระดมสมองตามประเด็นศึกษาสถานการณ์ ถอดบทเรียนผลการดำเนินการ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานจัดการภาวะฉุกเฉินและวิธีในการจัดการปัญหา ตามกรอบแนวคิดการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ตามกระบวนการ 2P2R และผลลัพธ์เชิงระบบ (ปัจจัยนำ กระบวนการ ผลผลิต)

ทั้งนี้องค์ประกอบของผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มอาจมีความแตกต่างกันตามแต่ละพื้นที่ ผู้วิจัยคำนึงถึงความอึดตัวของข้อมูลตามประเด็นต่างๆ ของวัตถุประสงค์การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) สำหรับกลุ่มผู้บริหาร ผู้นำ แกนนำในการดำเนินการ ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารระดับนโยบาย, กลุ่มผู้บริหารในการดำเนินการระดับจังหวัด ลักษณะแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นแบบคำถามปลายเปิด (open-ended question) ตามแนว

ข้อคำถามที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ ประเด็นที่ทำการศึกษาคือ 12 ข้อ ประกอบด้วย 1) สถานการณ์ 2) ถอดบทเรียนผลการดำเนินการ 3) การป้องกันและลดผลกระทบ 4) การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน 5) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 6) การฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน 7) การใช้อำนาจร่วมกัน/กลไก 8) การบริหารจัดการ 9) นโยบายของหน่วยงาน 10) การสนับสนุนจากหน่วยงานพิเศษ 11) ปัญหาอุปสรรค 12) ข้อเสนอแนะ

2. แนวคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) ใช้ดำเนินการสนทนากับแกนนำกระบวนการเชิงนโยบายและการขับเคลื่อนในทางปฏิบัติ ได้แก่ กลุ่มวิชาการ กลุ่มผู้นำ กลุ่มสื่อสารสาธารณะ เครือข่ายภาคประชาสังคม ผู้นำชุมชน ประธาน อสม. ตัวแทนชุมชน ประเด็นที่ทำการศึกษาคือ 12 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับรู้สถานการณ์แพร่ระบาด 2) ผลการดำเนินการตามนโยบาย 3) ประสิทธิภาพของการดำเนินงาน 4) การป้องกันและลดผลกระทบ 5) การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน 6) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 7) การฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน 8) ผลการดำเนินการของระบบสุขภาพ 9) ผลการดำเนินงานของหน่วยงานพิเศษ 10) การใช้อำนาจร่วมกัน/กลไกของหน่วยงาน 11) ปัญหาอุปสรรค 12) ข้อเสนอแนะ

3. เครื่องบันทึกเสียง

4. สมุดจดบันทึกข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (PHEM) 1 คน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาประกอบด้วย ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมของ

เนื้อหา แล้วนำข้อเสนอที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์เชิงลึก/แนวคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่มย่อย ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ นำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) ได้ค่า IOC มีค่าเท่ากับ 0.67-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมอง (brain storming) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) โดยมีขั้นตอนทำหนังสือเชิญประชุมแยกรายจังหวัด 2 วัน/จังหวัด ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม ครั้งละ 45–60 นาที ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล มีการบันทึกเสียง และถอดเทปหลังการประชุม ผู้วิจัยตรวจสอบความหลากหลายและความอึดตัวของข้อมูล ใช้การตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล ด้านผู้วิจัย และด้านวิธีรวบรวมข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการจดบันทึกและการถอดเทปมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ประกอบด้วย 1) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาจัดระเบียบข้อมูล และจัดสาระสำคัญเป็นกลุ่มๆ ตามหัวข้อตามประเด็นคำถาม และเชื่อมโยงประเด็นต่างๆ เข้าด้วยกัน 2) เข้ารหัสและจัดหมวดหมู่ กำหนดรหัสของข้อมูลเพื่อจัดระเบียบทางเนื้อหา และจัดหมวดหมู่เพื่อจำแนกประเภท โดยการตีความตรวจสอบความหมายและสร้างข้อสรุปจากกระบวนการตีความ 3) วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยที่นำไปสู่ประเด็นหลักที่ต้องการ นำเสนอในลักษณะพรรณนา (descriptive explanation)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness)

กำหนดความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) สร้างความน่าเชื่อถือของผู้วิจัยเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) เกิดความไว้วางใจในการ

ให้ข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการศึกษาวิจัย 2) สัมภาษณ์เก็บข้อมูลแบบเจาะลึกแบบเป็นธรรมชาติและไม่เร่งรัดเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ มีการถามซ้ำเพื่อยืนยันข้อมูลกรณีได้ข้อมูลยังไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือ และ 3) มีการสังเกตขณะสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลโดยการบันทึกเป็นระยะๆ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ethical committee approval) จาก 2 แห่ง คือ 1) คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง หนังสือรับรอง P002/2566 ลงวันที่ 30 มกราคม 2566 และ 2) คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หนังสือรับรอง PSU-HREC-2023-020-2-1 ลงวันที่ 21 กันยายน 2566 จากนั้นจึงดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยขอนำเสนอสรุปผลการศึกษานี้ตามวัตถุประสงค์ 2 ข้อ ดังนี้

1. ผลการศึกษาด้านการถอดบทเรียน ผลการดำเนินการ ปัญหาอุปสรรค ในการเตรียมการ การป้องกัน และการตอบสนองภาวะฉุกเฉินของ โควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

1.1 ข้อมูลสรุปจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับนโยบาย ผู้บริหารในการดำเนินการระดับจังหวัด กลุ่มวิชาการ กลุ่มผู้นำและประชาชน ให้ข้อมูลผลการดำเนินการของหน่วยงานระบบบริการสุขภาพตติยภูมิ ทติยภูมิและปฐมภูมิในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน (PHEM) กรณีโควิด-19 ในพื้นที่ 5



จังหวัดชายแดนใต้ แยกตามขั้นตอน 2P2R สรุปดังนี้

1. การป้องกันและลดผลกระทบ (prevention & mitigation)

การป้องกันและลดผลกระทบ เป็นการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยลดโอกาสการระบาดของโรค และลดผลกระทบของโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉินให้น้อยลง ซึ่งรวมถึงการจัดวางระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้มีสมรรถนะและมีขีดความสามารถเพื่อเผชิญสถานการณ์การระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากข้อมูลสรุปได้ว่า ทุกหน่วยงานมีการดำเนินการตามบทบาทของตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโควิด-19 ตามโครงสร้างการออกแบบ คือ โรงพยาบาลจะรับงานรักษาเป็นหลัก รวมถึงงานป้องกันที่สำคัญคือ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีน การสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชน ส่วน สสอ. รพ.สต. ทำการตรวจคัดกรองและควบคุมป้องกันโรค แต่มีการปรับบทบาทการทำงานในสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินโรคระบาด มีการให้ข้อมูลข่าวสารประชาชนในพื้นที่ให้มากที่สุด มีการตั้งด่านอำเภอ ด่านของชุมชนในการคัดกรองโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ทั้งระดับอำเภอและระดับจังหวัด โรงพยาบาลให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงการป้องกันตนเองประโยชน์ของวัคซีน ในการลดความรุนแรงของโรค บริหารจัดการระบบบริการเพื่อรักษาพยาบาลให้มีผลกระทบน้อยที่สุด โดยผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน อาจมีการเลื่อนการพบแพทย์ มีการส่งยาทางไปรษณีย์ ในส่วนของท้องถิ่นมีการใช้งบประมาณของตนเองในการบริหารจัดการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค เช่น การจัดซื้อชุดตรวจ ATK (antigen test kit) ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“การป้องกันเป็นบทบาทหลักของโรงพยาบาลคือการให้ประชาชนเข้าถึงวัคซีนมากที่สุด และให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงการป้องกันตนเอง ประโยชน์ของวัคซีน ในการลดความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ต้องบริหารจัดการ ระบบบริการ เพื่อรักษา

พยาบาลให้มีผลกระทบน้อยที่สุด โดยตอนช่วงโควิด เคสที่ไม่ใช่เคสด่วน ต้องเลื่อนการผ่าตัด หรือเลื่อนการพบแพทย์ แต่สามารถให้การรักษาได้ โดยใช้การส่งยาทางไปรษณีย์เป็นต้น และในการป้องกันของเจ้าหน้าที่ มีการแบ่งระดับในการป้องกัน การใช้อุปกรณ์ป้องกันต่างๆ ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ต่างๆ การแยกกักตัว และการงดการเดินทางเข้าสู่พื้นที่เสี่ยง เป็นต้น การ screen ก่อนเข้าโรงพยาบาล” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ คนที่ 1)

“โดยตามโครงสร้างการออกแบบ คือ โรงพยาบาลจะรับงานรักษาเป็นหลัก ส่วน สสอ. รพ.สต. ทำการตรวจคัดกรอง ควบคุมโรค การทำงานตรงไปตรงมา สุดท้ายควบคุมโรคคือการกักตัว เพราะรักษาคือการกักตัว ตอนนั้นการควบคุมโรคไม่รู้จะทำอย่างไร เพราะมีผู้ติดเชื้อมาก ทั้งอำเภอเป็น 2 หมื่นคน จากประชากร 1 แสนคน เสียชีวิต 120 คน ส่วนใหญ่เป็นคนกลุ่ม 608 อายุ 60 ขึ้นไปทั้งหมดที่เสียชีวิต” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน คนที่ 1)

“ในการป้องกัน โรงพยาบาลมีบทบาทหลักเรื่องของวัคซีนตามหลักการ 2P2R และมีส่วนร่วมสื่อสารความเสี่ยงกับจังหวัดเพื่อสร้างความตระหนักแก่ประชาชนให้มีมาตรการป้องกันตนเอง” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป คนที่ 1)

“การดำเนินการตามแนวทางการป้องกันโรคของ ศบค. [ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019] จังหวัด ได้แก่ การติดตามกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางจากต่างจังหวัด การติดตามผู้สัมผัสผู้ป่วยสนับสนุนการจัดการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค ได้แก่ การจัดตั้งหน่วยฉีดวัคซีนในชุมชน และในสถานบริการ” (สาธารณสุขอำเภอ คนที่ 1)

“อำเภอยะหาช่วงแรกของการระบาดเป็นการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มที่มีความเสี่ยง พบว่ามีผู้เสียชีวิตรายแรกของอำเภอยะหา ทำให้สาธารณสุขร่วมระดมกำลังคนลงไปคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสผู้ป่วย ซึ่งในช่วงนั้นยังคงมีกิจกรรมกลุ่มการรวมตัวของคนหมู่มากในชุมชน เช่น งาน

ศพ งานแต่งงาน เป็นต้น” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน คนที่ 2)

“มีทีมงานในการปฏิบัติงานจากทุกภาคส่วน ส่วนที่สำคัญคือบุคลากรจาก รพ.สต. ร่วมกันคัดกรองโรคกลุ่มเสี่ยง โดยการดำเนินการในช่วงที่มีการระบาด ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยในช่วงเวลาเช้าของทุกวัน โดยมีการแบ่งกำลังเจ้าหน้าที่ร่วมกันคัดกรองโรค ทุกคนร่วมด้วยช่วยกัน เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากโรค และทุ่มเททำงานด้านคัดกรองโรคเต็มความสามารถตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ” (สาธารณสุขอำเภอ คนที่ 2)

2. การเตรียมการรับมือ (preparedness)

เป็นระยะที่ต้องเตรียมความพร้อมและพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินที่จะเกิดขึ้นในทุกด้านก่อนเกิดเหตุการณ์ระบาดของโรค ได้แก่ การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การเตรียมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) การจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและการซ้อมแผน การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การจัดการและเตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ยา วัคซีน และเวชภัณฑ์และระบบการขนส่งการเตรียมระบบประสานการทำงานร่วมกับเครือข่าย

การเตรียมการรับมือของสถานพยาบาลนั้น มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องคนและทรัพยากรอื่นๆ ทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ยา วัคซีน รวมถึงการซ้อมแผนรองรับโควิด-19 แม้จะไม่ได้มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุรองรับก่อนเกิดการระบาดโควิด-19 ก็ตาม ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในทุกจังหวัด แต่ในบทบาทของโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการดำเนินการซ้อมแผนรองรับโควิด-19 ในภาพของโรงพยาบาลในระยะหลัง สำหรับการคัดกรอง สอบสวนโรค ในส่วนของการบริหารจัดการมีการทำงานร่วมกันของหลายหน่วยงาน ทั้งเชิงรับและเชิงรุก เพื่อให้สามารถค้นหาผู้ป่วยให้ได้มาก

ที่สุด เพื่อควบคุมการระบาดของโรค เตรียมความพร้อมในเรื่องทรัพยากรโดยวิเคราะห์ข้อมูลและศึกษาแนวทางการป้องกันควบคุมโรค เตรียมวัสดุอุปกรณ์ทั้งจากการรับบริจาคและร่วมกันผลิตเอง การทำหน้ากากอนามัยโดยการนำผ้าที่เป็นการสร้างรายได้ให้กับชุมชน สร้างจิตอาสาให้มาร่วมกันทำหน้ากากอนามัยและดูแลประชาชน ให้ความรู้กับประชาชน ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรอบรู้และป้องกันตนเอง เตรียมสถานที่ จัดตั้ง LQ, CI, จุด swab เตรียมศักยภาพบุคลากร ในการ swab มีการจัดกำลังคนใหม่ ปรับการให้บริการ ลดคนลงบางจุด เพื่อไปช่วยในงานที่ต้องการเพิ่มอัตรากำลัง เช่น การสอบสวนโรค การเตรียมชุมชนและสร้างเครือข่าย ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“การเตรียมรับมือ ต้องเตรียมความพร้อมในเรื่องทรัพยากรทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งตอนระบาด มีหน่วยงานภายนอกและประชาชน ร่วมในการบริจาคเครื่องมือทางการแพทย์ และสิ่งของต่างๆ มาให้เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ก็เป็นเรื่องกำลังคนที่ต้องปรับการบริการ ลดคนลงบางจุด เพื่อไปช่วยในงานที่ต้องการเพิ่มอัตรากำลัง การเตรียมสถานที่ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นห้อง negative pressure หรือ โรงพยาบาลสนาม” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ คนที่ 1)

“มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ สามารถดำเนินการช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้” (ผู้บริหารหน่วยงานพิเศษจังหวัดชายแดนใต้ คนที่ 1)

“จุดแข็งของโรงพยาบาลสตูล จะมีการซ้อมแผนรองรับผู้ป่วยที่กลับมาจากพิธีฮัจญ์ทุกปี แต่การจัดซ้อมแผนรองรับโควิด-19 ยังไม่มี จะมาเริ่มซ้อมแผนปีที่มีการระบาดโควิด-19 โดยล่าสุดมีการซ้อมแผนรองรับโควิด-19 ในภาพของโรงพยาบาล ในปี 2567 เน้นการคัดกรอง สอบสวนโรค ” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป คนที่ 1)

“วิเคราะห์ข้อมูลและศึกษาแนวทางการป้องกันควบคุมโรค เตรียมวัสดุอุปกรณ์ เตรียมสถานที่ จัดตั้ง LQ, CI, จุด swab เตรียมศักยภาพบุคลากร ในการ swab

สอบสวนโรค เตรียมชุมชน และเครือข่าย” (สาธารณสุขอำเภอ คนที่ 1)

“การที่จะแก้ความเชื่อทางศาสนาของชายแดนใต้จะแก้ไม่ได้ในส่วนของความรู้ เพราะความรู้ทางวิทยาศาสตร์พวกเขาจะไม่เชื่อ ต้องแก้ด้วยความศรัทธาต่อหมอ ต่อผู้นำศาสนา บางครั้งอาจจะไม่ต้องมาแก้ แค่ทำให้พื้นที่เจริญขึ้นทำให้พวกเขาเข้าสู่โลกปัจจุบัน ทำหมู่บ้านให้เชื่อมต่อกับโลกปัจจุบันแล้วมันจะแก้ไปเอง” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน คนที่ 1)

“ร่วมกันจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในพื้นที่ มีการจัดกำลังคนเข้าไปดูแล” (ปลัดจังหวัด คนที่ 1)

“จัดตั้งศูนย์ LQ ให้กับกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศ” (ปลัดเทศบาลตำบล คนที่ 1)

“ในเรื่องของการจัดการศพ พื้นที่มายอมีปัญหาเยอะมาก ทางมุสลิมตามหลักศาสนาในการฝังศพจะต้องไม่มีห่อศพนอกจากผ้าขาว แต่เมื่อสถานการณ์โควิดต้องมีการนำศพใส่ถุงซิปล็อค ทำให้ญาติรับไม่ได้ คนหน้างานจะมีปัญหาเยอะมากกับญาติคนไข้ เพราะต้องทำตามนโยบาย บางครั้งนโยบายก็ไม่ชัดเจน จึงขอแนวทางที่ชัดเจน ให้จุฬาราชมนตรีประกาศให้ชัดเลยว่า แนวทางในการจัดการศพจะต้องปฏิบัติอย่างไร” (อภิปรายกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ คนที่ 1)

“ในช่วงแรกๆ บางครอบครัวมีการลักลอบอาบน้ำศพ มีผู้ติดเชื้อจากการอาบน้ำศพนี้ไปด้วย การจัดการศพจะมี 2 กรณี เสียชีวิตที่บ้านและเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ถ้าเสียชีวิตที่บ้านจะมีทีม อบต. [องค์การบริหารส่วนตำบล] ที่ผ่านการอบรม ไปจัดการศพที่บ้านในการห่อถุงซิปล็อค ส่วนกรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาลทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้จัดการศพให้” (อภิปรายกลุ่มกู้ชีพ กู้ภัย คนที่ 1)

“ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ผู้นำศาสนาจะด้อยมากในเรื่องโควิด และที่สำคัญทางคณะกรรมการอิสลามใน 3 จังหวัดไม่มีความเข้มงวดในเรื่องโควิด ทำให้โต๊ะอิหม่ามที่ไม่เข้าใจหรือไม่เข้มงวดไปด้วย ก็ไม่ได้มีการให้ความร่วมมืออะไร เพราะโต๊ะอิหม่ามมีวิธีการเยอะในการเข้าหาชาวบ้าน

ได้มากกว่ากำนันผู้ใหญ่บ้าน” (อภิปรายกลุ่ม, กำนัน คนที่ 1)

“กรรมการอิสลามจังหวัดมีการเข้าร่วมน้อยมาก เพราะว่าปลัดมีการประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคพร้อมกับนายอำเภอตลอด คณะกรรมการอิสลามเข้าประชุมบ้างไม่เข้าประชุมบ้าง เวลาสื่อสารในที่ประชุมในให้มีการไปสื่อสารกับโต๊ะอิหม่าม และได้มีการไปถามโต๊ะอิหม่ามว่าคณะกรรมการได้มีการแจ้งอะไรให้ทราบบ้าง ก็มีการตอบรับมาว่าไม่ได้มีการแจ้งหรือคุยอะไรให้ทราบเลย” (ปลัดอำเภอ คนที่ 2)

3. การตอบโต้ (response)

การดำเนินการตอบโต้ ตามแผนจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข มีการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ดำเนินการติดตามเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ส่งทีมเข้าพื้นที่เพื่อให้การช่วยเหลือและบรรเทาความสูญเสียต่อสุขภาพของผู้ประสบเหตุ และดำเนินการป้องกันควบคุมโรคระบาด หรือผลแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และสื่อสารความเสี่ยงอย่างเหมาะสม ซึ่งในการดำเนินการจะระดมทรัพยากรที่เตรียมพร้อมไว้เพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน มีการเปิดศูนย์ EOC เพื่อกระตุ้นการทำงานตามกลองการกิจต่างๆ ของภาคสาธารณสุข ในส่วนของการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินฯ ระดับจังหวัด จะใช้กลไกของศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด (ศปก.จ.) โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.) โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ส่วนระดับตำบล หมู่บ้าน จะมีการบริหารเฉพาะ เช่น อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี จะมีชุดปฏิบัติการตำบล บริหารโดยหัวหน้าปลัดประจำตำบลเป็นประธาน สำหรับการมี ศอบต., กอ.รมน., ศบ.สต.หน่วยงานพิเศษในพื้นที่ชายแดนใต้ มีบทบาทสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในลักษณะของการสนับสนุนงบประมาณ กำลังคนทหาร อาคาร สถานที่

ยานพาหนะ ด้านตรวจ แต่พบข้อจำกัดในหลายประเด็น เช่น ปัญหาการสื่อสารเพื่อสร้างความร่วมมือ ต่างคนต่างทำ การบูรณาการความร่วมมือยังไม่มากพอ การจัดสรรทรัพยากรกระจายไม่ทั่วถึง ส่วนในระดับสถานพยาบาล มีการดำเนินการโดยโรงพยาบาลที่ต้องทำทั้งในเรื่องการรักษาโรค ดูแลผู้ป่วย จัดตั้งคลินิกเฉพาะระบบทางเดินหายใจ (acute respiratory infection: ARI) ต้องบริหารจัดการให้มีเตียงเพียงพอรองรับผู้ป่วย การจัดหายาต้านไวรัสและเครื่องมือต่างๆ ให้เพียงพอ ประชุม EOC เพื่อเป็นหลักในการจัดการวางแผน ปรับแผนต่างๆ ซึ่งที่ผ่านมาทั้ง EOC โรงพยาบาล EOC จังหวัด และ EOC เขต มีการแลกเปลี่ยนความร่วมมือกับสาธารณสุขเรื่องการป้องกันโควิด-19 เพื่อให้ประชาชนรับรู้ข่าวสารที่ถูกต้อง เนื่องด้วยขนบธรรมเนียมประเพณีและบริบททางศาสนาอิสลามมีผลต่อการระบาดของโควิด-19 อย่างมาก จากข้อมูลพบว่า ต้นตอการระบาดของจังหวัดชายแดนใต้ เกิดจากการรวมกลุ่มพิธีกรรมทางศาสนาอิสลาม ประกอบกับระบบแนวทางการเฝ้าระวังโรค/การแพร่ระบาดของโรคในกลุ่มเผยแพร่ศาสนา (ดawah) ที่มีการรวมกลุ่มในที่แหล่งชุมนุม (มัสกัต) ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินการสำหรับหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย โดยสรุปมีการดำเนินการตอบโต้ ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ทรัพยากรบุคคลตอนนั้นไม่พอ จึงขอมาจากชาวบ้าน กำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จากตำรวจ จากทหาร เอามาช่วย ให้เขาเรียนรู้ เอา อสม. มาคุยโดยเฉพาะการตั้งหน้าด่าน เอามาเสริม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คนไม่พอตลอด” (รองผู้ว่าราชการจังหวัด คนที่ 1)

“สนับสนุนและเป็นตัวแทนหรือเป็นสื่อกลางเพื่อสนับสนุนงบประมาณ ในการจัดวัสดุอุปกรณ์ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในเขต 5 จังหวัดชายแดนใต้” (ผู้บริหารหน่วยงานพิเศษจังหวัดชายแดนใต้ คนที่ 2)

“จังหวัดปัตตานีจะใช้กลไกของคณะกรรมการ ศปก. จังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการเป็นประธาน เลขาเป็นนาย

แพทย์ใหญ่ ตัวคำสั่ง หรือโครงสร้างจะไม่มีคณะกรรมการอิสลามจังหวัด แต่จะเป็นการเชิญเข้าร่วมประชุมเพื่อหา นโยบายด้วยกัน ใน ศปก. จังหวัดไม่มีคณะกรรมการอิสลามจังหวัด” (รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด คนที่ 1)

“ตัวชี้วัด EOC ต้องมีข้อมูลแผน แต่ไม่มีใครข้อมก็เลยไม่ผ่าน ตัวชี้วัดจะมีทั้งหมด 8 ตัวชี้วัด ถ้าไม่ผ่านตัวใดตัวหนึ่ง คือ ไม่ผ่าน” (ผู้แทนหน่วยงานศูนย์วิชาการเขต คนที่ 1)

“กรรมการโรคติดต่อจะเป็น พรบ. ที่ออกมาโดยส่วนกลาง บางครั้งไม่ได้มองในมิติของพื้นที่ 3 จังหวัดอย่างเดียว เพราะว่าโดยส่วนใหญ่ 99% เป็นของไทยพุทธเป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อเกิดการระบาดหนักทำไม 3 จังหวัดอยู่ในอันดับต้นๆ ตลอด ศาสนามีส่วนเพราะว่า ศาสนามีการรวมกลุ่มกันค่อนข้างสูง ทุกๆ วันศุกร์ หรือว่าเวลามีกิจกรรมทางศาสนาอิสลาม ทางภาครัฐไม่สามารถที่จะไปห้ามได้ในการทำพิธีศาสนา ไม่กล้าไปแตะ โดยที่พวกเขาต้องยอมรับกันเอง” (รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด คนที่ 1)

“จังหวัดสตูลจะใช้ EOC แคของ สสจ. ส่วนจังหวัดจะใช้คณะกรรมการโรคติดต่อในภาพจังหวัด ต่อมาภายหลังจะใช้ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด ที่มีตัวแทนภาคประชาชน ผู้นำศาสนา คณะกรรมการอิสลามจังหวัด และสภาอุตสาหกรรม เข้าร่วมเป็นกรรมการหมด นอกจากนี้มีการจัดตั้ง EOC ของโรงพยาบาล มีล่องภารกิจต่างๆ ที่ได้แนวทางมาจาก สสจ. สามารถใช้ประโยชน์ได้มาก แต่บทบาทหน้าที่ ความรู้ความเข้าใจในล่องภารกิจต่างๆ ยังไม่เต็มที่ 100%” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป คนที่ 1)

“ก่อนการระบาดของโควิด-19 การบริหารจัดการระดับอำเภอใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แต่ตอนที่โควิด-19 ระบาดใหญ่ จะใช้คณะกรรมการโรคติดต่อ โดยสมาชิกกรรมการก็มาจาก พชอ.” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน คนที่ 3)

“ในการตอบโต้ นั้น โรงพยาบาลต้องทำทั้งในเรื่องการรักษาโรค ดูแลผู้ป่วย ต้องบริหารจัดการให้มีเตียงเพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วย admit การจัดหายาต้านไวรัสและ



เครื่องมือต่างๆ ให้เพียงพอ นอกจากนี้ที่ต้องทำควบคู่กันไปคือการสร้างภูมิคุ้มกันวัคซีนในประชาชนเพื่อลดความรุนแรงของการเกิดโรค ต้องปรับการให้บริการตามแผนบริหารความต่อเนื่องภายใต้ภาวะวิกฤต [business continuity plan: BCP] ที่วางไว้ ใช้การประชุม EOC เป็นหลักในการจัดการวางแผน ปรับแผนต่างๆ ซึ่งที่ผ่านมามีทั้ง EOC โรงพยาบาล EOC จังหวัด และ EOC เขต” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ คนที่ 1)

“โรงพยาบาลจะมีห้อง negative pressure 1 ห้อง สภาพห้องยังใช้ได้อยู่ ได้มาจากสมัยเกิดโรคซาร์ส ทุกโรงพยาบาลจะมีห้อง negative pressure นี้ได้เรียนรู้ว่าไม่ต้องใช้ห้อง negative pressure ก็ได้ ให้ทำการปิด ward ทั้งชั้นและใส่ชุด PPE [personal protective equipment] เข้าปฏิบัติงานด้านใน ในช่วงหลังมีผู้ป่วยโควิด-19 จำนวนมาก หัวใจสำคัญของความสำเร็จในการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด 19 คือ โรงพยาบาลสนาม เพราะต้องควบคุมโรคด้วยการกักโรคเท่านั้น โรงพยาบาลจะนะมีการทำโรงพยาบาลสนามร่วมกับมหาดไทยโดยใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลเป็นหลัก สถานที่เป็นของมหาดไทย ดูแลความปลอดภัย แต่การบริหารจัดการเป็นของโรงพยาบาล ส่วนมหาดไทยจะทำ LO เป็นหลัก” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน คนที่ 1)

“การจัดตั้ง state quarantine (SQ), local quarantine (LQ) การจัดตั้งจุด swab ที่ สสอ. จัดตั้งจุดฉีดวัคซีนเชิงรับและเชิงรุก ด้านระหว่างอำเภอและด้านจังหวัด เพื่อลดการเคลื่อนย้ายประชากร สนับสนุนการจัดตั้ง HI, CI, รพ.สนาม ควบคุมโรคโดยหลัก bubble and seal จัดทำสายด่วนรับเรื่องโควิด-19” (สาธารณสุขอำเภอ คนที่ 1)

“คนมายอ จะฟังบาบอมากกว่าโต๊ะอิหม่าม โต๊ะครูใหญ่ หรือจุฬาราชมนตรี เพราะฉะนั้นแสดงว่า บาบอเป็นบุคคลสำคัญที่จะต้องไปเชิญท่านมา บาบอเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ในมุมมองของชาวบ้านเค้าถือว่าโต๊ะอิหม่ามจะเป็นคนของรัฐ บาบอจะอยู่กลางๆ แต่بابอในพื้นที่ที่เจอคือ บาบอสายแข็ง มีความเข้าถึงยาก ปฏิเสธทุกอย่าง

ของรัฐ บาบอของ 3 จังหวัดจะมีจุดศูนย์รวมที่ใหญ่ที่สุด” (พยาบาลวิชาชีพ คนที่ 1)

“เมื่อมีเคสผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน เจ้าหน้าที่รพ.สต. ประสานมายัง อสม. ให้ลงพื้นที่ไปพบบ้านผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำแยกกักตัวกับคนในครอบครัว โดยพาตัวไปแยกกักตัวที่โรงพยาบาลสนาม ต่อมาในภายหลังโรงพยาบาลสนามรองรับผู้ป่วยไม่เพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยทุกตำบลไปรวมที่เดียวกัน จึงทำให้มีการดำเนินการเปิด CI ที่อบต. เพื่อรองรับผู้ป่วย รวมถึงคนกลุ่มเสี่ยงให้มาอยู่ใน CI ด้วย มีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. มาอยู่เวรเฝ้าระวัง ให้ความสะดวก” (กลุ่ม ประธาน อสม. คนที่ 1)

4. การฟื้นฟู (recovery)

เป็นระยะหลังจากที่ความเสียหายหรือความสูญเสียจากเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ได้รับการแก้ไขและบรรเทาแล้ว เป็นการฟื้นฟูให้พื้นที่กลับสู่ภาวะปกติหลังจากดำเนินการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินแล้ว ผู้รับผิดชอบเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินต้องเตรียมการเพื่อการฟื้นฟู ได้แก่ เตรียมปิดตัวสถานที่พักพิงชั่วคราวในพื้นที่เตรียมเปิดระบบให้บริการสุขภาพของพื้นที่ในภาวะปกติ ประชาชนในพื้นที่เริ่มใช้ชีวิตในภาวะปกติ ทิมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเตรียมถ่ายโอนภารกิจให้หน่วยงานที่ปกติและเตรียมถอนตัวออกจากพื้นที่

การฟื้นฟูจะมีการดูแลประชาชนที่หายจากโควิด-19 มีการช่วยเหลือประชาชนในเรื่องการขนส่ง จากโรงพยาบาลสนามไปยังบ้าน หลังหายป่วย มีการติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้กำลังใจครอบครัว และให้ความรู้ในการป้องกันโรคระบาด (โควิด-19) มีการเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงหลังจากจำหน่ายออกจากศูนย์ LQ มีการเยี่ยมยาให้เจ้าหน้าที่ที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ส่งเสริมการมีรายได้และมีการสร้างรายได้ให้กับประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา เช่น การสร้างอาชีพการทำ delivery หลากยະลา ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“วง recovery คือ เมื่อการแพร่ระบาดลดลง ก็มา

ดูว่าการจัดบริการภาคส่วนใดที่มีผลกระทบ เช่น เคนส์ผู้ป่วยที่ต้องเลื่อนผ่าตัด ก็ค่อยๆ ปรับให้การใช้ห้องผ่าตัด มีการปรับอัตรากำลัง และปรับบริการต่างๆ เข้าสู่ภาวะปกติให้มากที่สุด มีการเยียวยาให้เจ้าหน้าที่ที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโควิด” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ คนที่ 1)

“การสร้างรายได้กับประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา เช่น การสร้างอาชีพการทำ *delivery* หลายระยะเวลา การดูแลประชาชนที่หายจากโควิด-19 มีการติดตามดูแลโดยทีม อสม. ที่เข้มแข็งแต่ละชุมชน” (นายกเทศมนตรีนครคนที่ 1)

“แจกถุงยังชีพสำหรับผู้ป่วยที่กลับจากโรงพยาบาลสนาม และพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพแบบ *new normal*” (สาธารณสุขอำเภอ คนที่ 1)

“ช่วยเหลือประชาชนในเรื่องการขนส่ง จากโรงพยาบาลสนามไปยังบ้าน หลังหายป่วยจากโรงพยาบาลสนาม โดยมีกำลังคน ของ อส. [กองอาสาสมัครดินแดน] และสนับสนุนรถยนต์เพื่อการใช้งาน” (ปลัดจังหวัด คนที่ 1)

“มีการเยียวยาให้เจ้าหน้าที่ปกครองที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโควิด และมีการปรับอัตรากำลัง และปรับบริการต่างๆ เข้าสู่ภาวะปกติให้มากที่สุด” (ปลัดอำเภอ คนที่ 1)

“การเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงหลังจากจำหน่ายออกจากศูนย์ LQ” (ปลัดเทศบาลตำบล คนที่ 1)

“มีการติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลให้กำลังใจครอบครัว และให้ความรู้การป้องกันโรคระบาด (โควิด-19)” (สาธารณสุขอำเภอ คนที่ 2)

1.2 ข้อมูลสรุปจากประชุมถอดบทเรียนระดมสมองผู้ปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติและภาคีในระบบสุขภาพที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียน จำนวนรวม 139 คน เป็นจังหวัดยะลา 29 คน จังหวัดปัตตานี 28 คน จังหวัดนราธิวาส 29 คน จังหวัดสงขลา 25 คน และจังหวัดสตูล 28 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

คือ 90 คน (ร้อยละ 64.8) เป็นเพศชาย 49 คน (ร้อยละ 35.3) ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุขคือ 97 คน (ร้อยละ 69.8) รองลงมาเป็น พยาบาลวิชาชีพคือ 18 คน (ร้อยละ 13.0) ส่วนที่เหลือดำรงตำแหน่งรองนายกเทศมนตรี สาธารณสุขอำเภอ ผอ.รพ.สต. ผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานท้องถิ่น หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ มี 3 ระลอก กล่าวคือ ระลอกที่ 1 ปี 2563 พบรายงานเคสยืนยันผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 รายแรก ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ คือ จังหวัดปัตตานี จากการสอบสวนพบว่ามีกรณีติดเชื้อโควิด-19 มาจากกลุ่มโยร์ที่ได้ไปทำกิจกรรมทางศาสนาที่ประเทศอินโดนีเซีย และประเทศมาเลเซีย ส่วนช่วงหลังจากนั้นไปติดเชื้อโควิด-19 จากกลุ่มมัสกัสที่จังหวัดยะลา ระลอกที่ 2 ปี 2564 จากการมีข่าวการระบาดของโควิด-19 ในสนามมวยลุมพินีเป็นการระบาดของสายพันธุ์ delta ทำให้จำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นจากระลอกแรก รับผู้ป่วยจาก กทม. เนื่องจากเป็นช่วงที่ กทม.กำลังระบาด ช่วงวันหยุดยาวสงกรานต์ ระลอกที่ 3 ปี 2565 เป็นการระบาดของโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอน เริ่มจากการผ่อนคลายมาตรการ ผับบาร์เริ่มเปิดมีการระบาดใน กทม. และมีการเดินทางข้ามจังหวัดเข้ามาในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

การถอดบทเรียนในการเตรียมการ การป้องกัน และการตอบสนองภาวะฉุกเฉินของโควิด-19 ตามหลักการ 2P2R ประกอบด้วย การป้องกันและลดผลกระทบ (prevention & mitigation) การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (preparedness) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response) และการฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (recovery) แยกตามระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ทติยภูมิและปฐมภูมิ ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ ได้ข้อสรุปผลการดำเนินการและสภาพปัญหาอุปสรรค ดังตารางที่ 1-3 ดังนี้



ตารางที่ 1 ผลการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินของระบบบริการตติยภูมิในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้

ขั้นตอน	ผลการดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค
1. การป้องกันและการลดผลกระทบ (prevention & mitigation)	<ul style="list-style-type: none"> - ทุกจังหวัดมีการกำหนดแผนรองรับการป้องกันและลดผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคระบาดระดับชาติ เช่น โรคไข้หวัดนก โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 โรคซาร์ส โรคเมอร์ส - ทุกจังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดในช่วงแรก ช่วงหลังเปลี่ยนเป็น ศบค.จ. โดยมี ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ - จังหวัดที่มีพรมแดนติดต่อกับประเทศ ได้แก่ นราธิวาส ยะลา สงขลา และสตูล มีการเตรียมความพร้อมด้านมาตรการการควบคุมการเข้าออกของด่านตรวจคนเข้าเมือง - สถานพยาบาลเฝ้าระวังผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (people under investigation: PUI), ชุมชนเฝ้าระวังผู้ป่วยมาจากพื้นที่ระบาดทั้งใน/ต่างประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> - การระบาดของโควิด-19 มีความรุนแรงมาก ทำให้ระบบบริการสุขภาพตติยภูมิทั้ง 5 จังหวัด ไม่สามารถคาดการณ์ถึงผลกระทบที่รุนแรงได้ ส่งผลให้การวางแผนป้องกันและลดผลกระทบ จึงไม่สามารถรองรับกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในแต่ละระลอกได้ - บุคลากรขาดองค์ความรู้ในการเฝ้าระวังป้องกันโควิด-19 - ประชาชนคนไทยที่ทำงานในประเทศมาเลเซีย ลักลอบเข้าเมืองไทย ผ่านช่องทางธรรมชาติ ในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส ยะลา ทำให้มีความยากลำบากในการคัดกรองเพื่อป้องกัน รวมถึงการติดตามตัว - วิถีชีวิตความเป็นอยู่ วัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค
2. การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (preparedness)	<ul style="list-style-type: none"> - ทุกจังหวัดมีการเตรียมศูนย์ EOC และ ระบบ ICS - ทุกจังหวัดใช้รูปแบบที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็น commander ของจังหวัด ได้สั่งการให้นายอำเภอเป็น incident commander ในแต่ละอำเภอ ทำหน้าที่ควบคุมกำกับการทำงานในแต่ละพื้นที่ - จังหวัดยะลา หลังเปิด EOC นพ.สสจ.ได้สั่งการให้ทุกกองการกิจดำเนินการตามบทบาทหน้าที่คณะทำงานด้านสาธารณสุข มีหน่วยงานทุกระดับ ตั้งแต่ รพ.สต. ถึง สสจ. - ทุกจังหวัดมีการจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ แต่มีเพียงจังหวัดยะลาที่ได้มีการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของโรคเมอร์ส และโรคไข้หวัดใหญ่ - ทุกจังหวัดมีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม พัฒนาหอผู้ป่วยให้เป็น cohort ward, เตรียม ICU, isolation room เพื่อรองรับผู้ป่วย COVID-19 และ การจัดตั้ง CI ระดับอำเภอและตำบล 	<ul style="list-style-type: none"> - การเตรียมศูนย์ EOC & ICS ยังเป็นข้อจำกัดของการจัดตั้งระบบขึ้นมาในแต่ละจังหวัด ขาดการซักซ้อมแนวทางการดำเนินงาน - ทีมทำงาน SAT, case management operation, risk com, logistic กฎหมาย ไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ตามกลองภารกิจอย่างเพียงพอ - ความไม่ต่อเนื่องของผู้บริหารระดับจังหวัดทำให้การปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่องและขาดประสิทธิภาพ - ทุกจังหวัดประสบปัญหาบุคลากรสาธารณสุขติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นในช่วงที่มีการระบาดหนัก ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอ - ไม่มีการเฝ้าระวังกลุ่มที่มาจากพิธีกรรมทางศาสนา และจากประเทศเพื่อนบ้าน
3. การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response)	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดยะลาเป็นจังหวัดเดียวที่เปิด EOC ก่อนการระบาดของโรคในพื้นที่ และมีการประเมินการตั้งรับก่อนที่จะมีการเปิด EOC ส่วนจังหวัดที่เหลือเปิด EOC หลังการระบาดของโรคในพื้นที่แล้ว แต่เมื่อการระบาดของโควิด-19 ระลอก 2-3 ที่มีความ 	<ul style="list-style-type: none"> - การบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดส่งผลกระทบต่อการค้าธุรกิจของประชาชน และสภาพเศรษฐกิจ - การฝ่าฝืนกฎหมายทำให้การควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคยุ่งยากมากขึ้น เช่น การลักลอบเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย

ตารางที่ 1 ผลการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินของระบบบริการตติยภูมิในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ (ต่อ)

ขั้นตอน	ผลการดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค
	<p>รุนแรงมากยิ่งขึ้น ทุกจังหวัดได้มีการเปลี่ยนรูปแบบโครงสร้างการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาโควิด-19 ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด (ศปก.จ.) ตามนโยบายของกระทรวงมหาดไทย</p> <ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสตูลใช้มาตรการ bubble & seal, โครงการสตูลคืนถิ่น รับผู้ป่วยจากต่างจังหวัดมารักษาตัวที่สตูล มีการให้ผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้าน (HI) จัดระบบเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน - จังหวัดปัตตานีใช้มาตรการการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยและผู้สัมผัส เพื่อติดตามในการป้องกันโรค ติดตามเฝ้าระวัง PUI ในกลุ่มที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยงเป็นเวลา 14 วัน ประเมินสถานการณ์ในพื้นที่ และสรุปสถานการณ์เป็นรายวัน การจัดการผู้ป่วยตามแนวทางเฝ้าระวังการสอบสวนโรค เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การส่ง lab การรักษา การสื่อสารความเสี่ยง เผยแพร่ข้อมูลในช่องทางต่างๆ เช่น สนับสนุนสื่อ จัดแถลงข่าวสื่อมวลชน ทรนรงค์ให้วัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มเสี่ยง สนับสนุนอุปกรณ์แก่พื้นที่ให้ทันเวลาและเพียงพอ จัดทำและทบทวนแผนให้เป็นปัจจุบัน ติดตาม/ประเมินสถานการณ์เพื่อเสนอปิด EOC (เมื่อไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ภายใน 28 วัน) จัดทำมาตรการ covid free setting และประเมินความเสี่ยงตาม setting ต่างๆ เช่น โรงเรียน โรงเรือน สถานที่ราชการ - มีการปรับตัวให้เข้ากับยุคของการระบาดของโรค มีการประชุม online, มี work from home 	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาในช่วงแรกของการระบาด <ul style="list-style-type: none"> o ไม่มีมาตรฐานการรักษาที่ชัดเจน ไม่มียาฟาวิพิราเวียร์ o บุคลากรขาดทักษะในการเก็บตัวอย่างเชื้อ (swab) o แนวทางการสอบสวนโรคไม่ชัดเจน o มีการส่งตัวอย่างเพื่อตรวจเชื้อจาก 7 จังหวัดในภาคใต้มายังเขต 12 ทำให้สิ่งส่งตรวจมีจำนวนมาก และเกิดความล่าช้า o ผลการตรวจเชื้อทางห้องปฏิบัติการมีความล่าช้า เนื่องจากผล PCR ต้องใช้เวลา 48-72 ชั่วโมง ส่งผลให้การวินิจฉัยโรคและการสอบสวนโรคล่าช้า - สถานการณ์ความไม่สงบทำให้การสอบสวนโรคบางพื้นที่ ไม่สามารถทำได้ - ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่เชื่อว่าโควิด-19 มีจริง ถ้าพระเจ้าให้เป็นโรคฯ ก็ต้องเป็น ไม่ต้องกลัว ทำให้ประชาชนไม่ป้องกัน จึงเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 - ความไม่ยืดหยุ่นของระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณ ทำให้การแก้ไขปัญหา/บรรเทาความเดือดร้อนเกิดความล่าช้า
4. การฟื้นฟูหลังเกิดเหตุการณ์ (recovery)	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดยะลา มีการถอดบทเรียนคณะทำงาน EOC ในส่วนของระลอกที่ 1, 2 เพื่อการปรับปรุงแผน - จังหวัดสตูล มีการดำเนินการเยียวยาจิตใจครอบครัวผู้เสียชีวิต เยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนโควิด-19 - จังหวัดปัตตานี ปิด EOC จัดประชุมทบทวนแต่ละกองกลาง มีการถอดบทเรียนในบางพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดการดำเนินการเยียวยาจิตใจครอบครัวผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 หรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนโควิด-19 - ขาดความพร้อมของทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (MCATT) - หลายจังหวัดไม่มีการถอดบทเรียนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน (PHEM), EOC & ICS

ศปก.จ. = ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด, CI = community isolation (การแยกกันในชุมชน), EOC = emergency operation center (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน), ICS = incident command system (ระบบบัญชาการเหตุการณ์), ICU = intensive care unit, MCATT = mental health crisis assessment and treatment team (ทีมเยียวยาจิตใจ), PCR = polymerase chain reaction (การตรวจเชื้อ), PHEM = public health emergency management (การจัดการภาวะฉุกเฉิน), PUI = people under investigation (ผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค), risk com = risk communication (สื่อสารความเสี่ยง), SAT = situation awareness team (ทีมตระหนักรู้)



ตารางที่ 2 ผลการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินของระบบบริการทุติยภูมิในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้

ขั้นตอน	ผลการดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค
1. การป้องกันและลดผลกระทบ (prevention & mitigation)	<ul style="list-style-type: none"> - ทุกจังหวัดได้เน้นการติดตามมาตรการของ ศบค. ระดับประเทศ เพื่อนำมาวางแผนและดำเนินการคัดกรองเฝ้าระวังในพื้นที่ ซึ่งบางจังหวัดใช้วิธีการทบทวนมาตรการโรคเมอร์ส นำมาปรับใช้ - จังหวัดปัตตานี ดำเนินการ x-ray พื้นที่เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง เคาะประตูบ้าน จัดทำทะเบียนติดตามกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศ โดยมีการส่งรายงานให้ทีมอำเภอทุกวัน - จังหวัดนราธิวาส มีคลินิก ARI ในโรงพยาบาลทุกแห่ง จัดตั้งศูนย์กักกันตัวผู้ที่เดินทางมาจากจังหวัดที่เป็นพื้นที่สีแดง แนะนำประชาชนให้ใช้สมุนไพรมันที่บ้าน เช่น ฟ้าทลายโจร ชิง ในการป้องกันโควิด-19 ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในหมู่บ้านเพื่อลดการเดินทางของประชาชน - จังหวัดสตูล: รณรงค์การฉีดวัคซีน มีมาตรการ DMHTT ส่งเสริมการปฏิบัติตนตามมาตรการป้องกันโรค ของจังหวัดและคำสั่งของ ศบค. ใช้พื้นที่ของหน่วยงานต่างๆ เช่น สถานศึกษา จัดให้เป็นโรงพยาบาลสนาม หรือ HQ LQ มีสยิดปอเนาะ โรงเรียนสอนศาสนา จัดให้เป็นที่พักตัวของกลุ่มเสี่ยงสูง 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรขาดองค์ความรู้ในการเฝ้าระวังป้องกัน เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้การสื่อสารแจ้งเตือนประชาชนทำได้ยากลำบาก - ประชาชนจำนวนมากในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีความเชื่อและทัศนคติต่อการป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้อง ขาดจิตสำนึกร่วมกันในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เช่น ไม่สวมหน้ากาก ป่วยแล้วยังฝ่าฝืนออกนอกพื้นที่ไปคลุกคลีกับผู้คน ไม่ให้ความร่วมมือในมาตรการต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มตะวัะฮ์ - ประชาชนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ขาดความเชื่อมั่นด้านประสิทธิภาพของวัคซีนที่มาฉีด และบางส่วนมีการต่อต้านค่อนข้างชัดเจน - การวางแผนป้องกันและลดผลกระทบ ไม่สามารถรับมือกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในแต่ละระลอก (1-3) ได้ เนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์สถานการณ์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้
2. การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (preparedness)	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดปัตตานี ได้จัดหาสถานที่กักกัน จัดหากำลังคนเพื่อปฏิบัติงาน จัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการสนับสนุน มีการซ้อมแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย - จังหวัดยะลา มีการเตรียมอุปกรณ์ในการดำเนินงาน วัคซีน กำลังคน มีการซ้อมแผนระดับอำเภอ เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วย การสวม-ถอด ชุด PPE อบรมการ swab การ CPR ผู้ป่วยโควิด การเก็บรักษาตัวอย่าง การนำส่งตรวจตัวอย่าง - จังหวัดนราธิวาส จัดตั้งทีม EOC วางมาตรการต่างๆ จัดอบรมบุคลากร จัดเตรียมอุปกรณ์ จัดตั้งคลินิก ARI มีการซ้อมแผนรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคใช้หวัดใหญ่ โรค MERS ก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 	<ul style="list-style-type: none"> - ทุกจังหวัด ขาดแคลนกำลังคน อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ - ทุกจังหวัดขาดการอบรมทีม CDCU ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ - ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมเพื่อไปทำหน้าที่จัดการศพผู้ป่วยโควิด-19 ยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการดำเนินการในสถานการณ์จริง
3. การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response)	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสตูล เตรียมความพร้อมของบุคลากร (ทีม) เครื่องมือ อุปกรณ์และสถานที่ที่มีการประสานงานและการบูรณาการกับเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดปัตตานี ชาวบ้านไม่ยอมรับการกักตัวใน LQ, lab รายงานผลล่าช้า ส่งผลให้จำนวนวันกักตัวของแต่ละคนเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 2 ผลการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินของระบบบริการทุติยภูมิในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ (ต่อ)

ขั้นตอน	ผลการดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค
	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสตูล: จัดตั้งทีม “จัดการศพ” ผู้ที่เสียชีวิตจากโควิด-19 โดยทีมวิชาชีพ (โรงพยาบาลสตูล) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับทีมระบอบของรพ.สต. ลงพื้นที่สอบสวนโรคเชิงรุก ค้นหาผู้ป่วย จัดเตรียมสถานที่กักกันตัวของผู้สัมผัสเสี่ยงสูง มีการจัดเตรียมยานพาหนะรับ-ส่งผู้ที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยงมายังสถานที่กักตัว รวมถึงที่มาจากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น มาเลเซียทางด้านวังประจันต์ ด้านปาดังเบซาร์ หรือจากหลายพื้นที่ที่มีการแจ้งความ มีบริการรถรับ-ส่งผู้สัมผัสเชื้อมารับบริการตรวจ (swab) จากบ้านพักมายังโรงพยาบาลหน่วยงานท้องถิ่นจัดหาถุงยังชีพ อาหารและยาให้แก่ผู้กักตัว - มีการให้ความรู้แก่ประชาชน เช่น การป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTTA การรณรงค์ให้ประชาชนฉีดวัคซีน และการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายทั้งในชุมชนและสถานบริการ - มีการคัดกรอง ในสถานบริการ จัดตั้ง ARI Clinic ใช้ ATK ตรวจเจ้าหน้าที่ทุกสัปดาห์ ตรวจ PCR ในผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ PUI ทุกราย ในชุมชนคัดกรองโดยใช้ ATK ตรวจในกลุ่มเสี่ยงทุกราย มีการเฝ้าระวังทั้งในสถานบริการและในชุมชน ได้แก่ วัดอุนหมุณี ซักประวัติอาการ และประวัติการเดินทาง ตามแนวทาง PUI ของกรมควบคุมโรคในกลุ่มเสี่ยง การจัดตั้ง LQ/HI/CI ในชุมชนของแต่ละตำบล 	<ul style="list-style-type: none"> - กระบวนการจัดการศพผู้ป่วยโควิด-19 ที่เป็นมุสลิมยังไม่ถูกต้องตามหลักการป้องกันการระบาดของโรค เช่น มีการอาบน้ำศพ มีการสัมผัสศพเพื่อรำลาคครั้งสุดท้าย การถอดถุงศพเพื่อทำพิธีกรรมทางศาสนา ขั้นตอนการฝังศพมีการสัมผัสศพในหลุม การลักลอบขุดศพที่ฝังแล้วกลับมาทำพิธีกรรมทางศาสนาใหม่ - การจัดการขยะติดเชื้อที่ LQ ยังไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ คือ ส่วนใหญ่จะใช้ระบบรวบรวมและทิ้งรวมไปกับขยะทั่วไปในสถานที่ LQ โดยไม่ได้มีระบบคัดแยกเพื่อรวบรวมโดยเฉพาะ - บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้มาช่วยงานไม่ตรงตำแหน่งขาดความรู้และทักษะ เช่น การเอาลูกจ้างคนงานของสถานพยาบาลมาคัดกรอง (swab) ผู้ป่วยโควิด-19 - ไม่มีค่าตอบแทนให้กับผู้ปฏิบัติงาน เช่น อสม. และเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง - การส่งตรวจเชื้อ (PCR) เพื่อวินิจฉัยโรค ให้ส่งไปยังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เท่านั้น เมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมาก จึงเกิดความล่าช้าในการรายงานผล - ประชาชนฝ่าฝืนมาตรการการห้ามการประกอบศาสนกิจรวมกลุ่มเกิน 5 คน และการไม่ใส่หน้ากาก
4. การฟื้นฟูหลังเกิดเหตุการณ์ (recovery)	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสตูล ดำเนินการช่วยเหลือ เยียวยา อสม. ที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน (การทำประกันชีวิตให้แก่ อสม. ที่ติดเชื้อ) ประเมินและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตให้แก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบ ท้องถิ่นมอบถุงยังชีพให้แก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบ สํารวจและเยียวยา ด้านอาชีพ (สร้างงาน) ให้กับผู้ที่รับผลกระทบ เยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนโควิด เยียวยากลุ่มเปราะบางในด้านต่างๆ - มีการเยียวยาจิตใจในกลุ่มเสี่ยงที่กักตัวและญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิต 	<ul style="list-style-type: none"> - หลายจังหวัดไม่ได้มีการถอดบทเรียนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน (PHEM) และการดำเนินการ EOC, ICS - หลายพื้นที่ขาดการดำเนินการเยียวยาจิตใจของครอบครัวผู้เสียชีวิต หรือผู้ได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีน - หน่วยบริการขาดความพร้อมและศักยภาพสำหรับทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (MCATT)

ศบค. = ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019, ARI = acute respiratory infection (คลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ), ATK = antigen test kit (ชุดตรวจโควิด-19), CDCU = communicable disease control unit (หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ), CI = community isolation (ศูนย์แยกกักตัวในชุมชน), CPR = cardiopulmonary resuscitation (การปฐมพยาบาลเบื้องต้นช่วยฟื้นคืนชีพ), DMHTT = distancing, mask wearing, hand washing, testing, Thai Chana (สแกนแอปไทยชนะ), HQ = hospital quarantine (การกักกันผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อรับการรักษา), LQ = local quarantine (การกักกันผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่ปกครองระดับจังหวัด), MCATT = mental health crisis assessment and treatment team (ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ), PCR = polymerase chain reaction (การตรวจเชื้อ), PPE = personal protective equipment, PUI = people under investigation (ผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค)



ตารางที่ 3 ผลการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินของระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้

ขั้นตอน	ผลการดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค
1. การป้องกันและลดผลกระทบ (prevention & mitigation)	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสงขลาได้เน้นการให้สุขศึกษาตามแหล่งพื้นที่ชุมชน ใช้วิธีการให้ อสม. เคาะประตูบ้าน เพื่อให้ความรู้ในการป้องกันโควิด-19 และให้คำแนะนำเรื่องการฉีดวัคซีน - จังหวัดปัตตานี ตั้งด่านคัดกรอง โดยใช้ทีมเครือข่ายผู้นำ อสม. ช่วงแรกการคัดกรองผู้ที่กลับเข้าประเทศมีจำนวนมากจึงขออาสาสมัครจิตอาสาช่วยงานรณรงค์ฉีดวัคซีน - จังหวัดยะลา โรงพยาบาลแม่ข่ายแจ้งสถานการณ์เฝ้าระวังโรคระบาดให้กับพื้นที่ได้รับทราบ ช่วงหลังมีการเฝ้าระวังผู้ที่เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยง (ต่างประเทศ กิจกรรมรวมกลุ่ม) - จังหวัดสตูล รมรณรงค์การรับวัคซีน อำเภอเมืองมีโปรโมชัน นายอำเภอไปหาของรางวัลมาให้ ใครฉีดวัคซีนก็ได้เขียนหางบัตร (จับฉลากหางบัตรรับรถจักรยานยนต์ หม้อหุงข้าว ฯลฯ) 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ (โควิด-19) - ประชาชนจำนวนมากในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ขาดจิตสำนึกร่วมกันในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เช่น ไม่สวมหน้ากาก ป่วยเป็นโควิด-19 แล้วยังฝ่าฝืนออกนอกพื้นที่ไปคลุกคลีกับผู้อื่น ไม่ให้ความร่วมมือในมาตรการที่ภาครัฐบังคับใช้ อันเนื่องจากสาเหตุหลักที่สำคัญคือปัญหาด้านเศรษฐกิจของครัวเรือนที่ขัดสน ไม่สามารถกักตัวได้ ต้องดิ้นรนเพื่อออกไปประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว จนทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นกลุ่มก้อน (cluster) ในหลายพื้นที่ของจังหวัดชายแดนใต้
2. การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (preparedness)	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสงขลา มีการสำรวจทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละรพ.สต. และแจ้งไปยังสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขอจัดสรรทรัพยากรเพิ่มเติม มีการประชุมเตรียมความพร้อมของภาพรวมระดับอำเภอ ทุกหน่วยงาน ทุกพื้นที่ ทั้งภาครัฐ/เอกชน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน - จังหวัดปัตตานี ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน ระดับอำเภอ ถึงระดับตำบล เจ้าหน้าที่แบ่งงานตามหน่วยงาน เช่น รพ.สต. ผู้นำชุมชน อสม. ท้องถิ่นมีการแบ่งงานที่ชัดเจน เตรียมสถานที่ LQ, CI, HI, งบประมาณ อุปกรณ์ ATK PPE วัคซีน รถรับ-ส่ง ผู้ป่วย มีการซ้อมแผนการจัดการผู้ป่วยและการจัดการศพ - จังหวัดยะลา โรงพยาบาลแม่ข่าย จัดอบรมพื้นที่พ่วงค์ความรู้โรคอุบัติใหม่ การควบคุมป้องกัน (การสวมชุด PPE การ swab การสำรวจวัสดุอุปกรณ์และการจัดสรรทรัพยากร - จังหวัดนราธิวาส มีคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับตำบล มีบทบาทของแต่ละฝ่ายที่ชัดเจน รับข้อมูลจาก SRRT ทำเป็นข้อมูลระดับตำบล แจ้งให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกรรมการ EOC ได้รับทราบข้อมูลนี้ 	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดปัตตานี ผู้บริหารโรงเรียนสอนศาสนาไม่อนุญาตให้ใช้สถานที่จัดตั้ง LQ ส่งผลให้มีปัญหาในการจัดการผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน - จังหวัดสตูล สถานที่ในการจัดตั้งศูนย์กักกัน ไม่มีความพร้อม และไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร เช่น ศูนย์เด็กเล็กมีห้องน้ำที่ไม่พร้อมสำหรับผู้ใหญ่ - อุปกรณ์การป้องกันตนเองขาดแคลน ทั้งหน้ากากอนามัย เจลล้างมือ ชุด PPE มีการขาดตลาดในช่วงแรกของการระบาด แต่ในช่วงหลังของการระบาดสามารถบริหารจัดการอุปกรณ์ป้องกันได้ตามความต้องการของพื้นที่ - บุคลากรสาธารณสุขติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นในช่วงที่มีการระบาดจำนวนมาก รวมถึงในช่วงที่มีการจำกัดการเข้า-ออกพื้นที่ของประชาชน ประชาชนยังมีการเดินทางไปมาอยู่ - ความแออัดของสถานพยาบาล และศูนย์กักตัวไม่เพียงพอ ในช่วงแรกของการระบาด
3. การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (re-sponse)	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสงขลา มีการ swab, ATK ส่งไปยังโรงพยาบาล รพ.สต. ค้นหาเชิงรุกในชุมชน (active case finding) 	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดยะลา คนที่รวมกลุ่มทำพิธีกรรมทางศาสนา (มัสกิส) ให้ความร่วมมือน้อยในการป้องกันการ

ตารางที่ 3 ผลการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินของระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ (ต่อ)

ขั้นตอน	ผลการดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค
	<p>มีการสอบสวน และ swab ในกรณี ที่เกิด cluster ในชุมชน จัดตั้ง CI ในชุมชน อบต./ผู้นำชุมชนมีการ สนับสนุนอาหาร เครื่องนอนและยาแก่ผู้ที่กักตัว รพ.สต. จัดชุด box set ให้ผู้ป่วยที่อยู่ HI มีการ จัดการศพผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโควิด 19 ตามหลัก IC</p> <p>- จังหวัดปัตตานี มีการคัดกรองเชิงรุกและการฉีด วัคซีน จัดตั้งศูนย์กักตัว ผู้นำศาสนาทำหน้าที่ ประชาสัมพันธ์ มีการพ่นฆ่าเชื้อตามสถานที่ต่างๆ เช่น ร้านอาหาร มัสยิด โรงเรียน ตลาด มีการใช้ไทย ชนะ ดำเนินมาตรการ DMHTT ส่งเสริมให้ใช้แอป หมอพร้อม มีการบังคับใช้มาตรการโดยอาศัยผู้นำ ศาสนาและฝ่ายปกครอง</p> <p>- จังหวัดยะลา แต่งตั้งคณะทำงานระดับตำบล/ ประชุมแบ่งหน้าที่ตามบทบาท มีการจัดระบบดูแลผู้ ป่วย LQ ในตำบล รพ.สต. มีการจัดแบ่งหน้าที่ (คัด กรอง, swab, สอบสวนโรค, จ่ายยา, บันทึกข้อมูล, HI, CI)</p> <p>- จังหวัดนราธิวาส มี SRRT มีการแจ้ง อสม.และฝ่าย ปกครอง พื้นที่ชายแดนมีการเฝ้าระวัง จัดตั้งทีมคัด กรองผู้ลักลอบเข้าทางธรรมชาติ</p> <p>- จังหวัดสตูล: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลง สอบสวนโรค รักษาผู้ป่วย/กักกันผู้สัมผัส ให้ความรู้ สุขศึกษา</p>	<p>ระบาดโรครวมมาตราการ</p> <p>- จังหวัดนราธิวาส ใช้งบประมาณท้องถิ่นผิดกลุ่มเป้า หมาย (คนต่างถิ่น), เกิดข้อร้องเรียนในผู้รับบริการ LQ เวชภัณฑ์ขาดตลาด/ราคาสูง เจ้าหน้าที่สตง.เข้มงวด วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ใน LQ ไม่สามารถจำหน่าย/ บริจาคได้</p> <p>- มีปัญหาในการบริหารจัดการวัคซีน (วัคซีนไม่ เพียงพอต่อความต้องการในช่วงแรก แต่ช่วงหลัง ประชาชนไม่ประสงค์ฉีดวัคซีน)</p> <p>- Lab ตรวจ PCR ออกผลล่าช้า ทำให้การค้นหาผู้ ป่วยได้ทำได้ช้า ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงอยู่ปะปนกันกับ คนทั่วไป</p> <p>- เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอและติดโควิด</p> <p>- ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ ในการป้องกันตนเอง การเข้ารับการรักษา การกักตัว การรับวัคซีน</p> <p>- อุปกรณ์ไม่เพียงพอ เช่น ชุด PPE, ATK สถานที่กักตัว และรักษาไม่เพียงพอ</p> <p>- ขาดความร่วมมือกับชุมชนในบางกลุ่ม (กลุ่มที่มี ส่วนได้ส่วนเสียและกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจะไม่ ให้ความร่วมมือ)</p>
4. การฟื้นฟูหลังเกิดเหตุการณ์ (recovery)	<p>- จังหวัดสงขลา มีการเยี่ยมบ้านให้กำลังใจครอบครัว ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโควิด-19 มีนักสุขภาพจิตลง เยี่ยมครอบครัวของผู้เสียชีวิตด้วยโควิด-19 มีการ เยียวยาประชาชนที่ได้รับผลข้างเคียงจากการฉีด วัคซีนโควิด-19</p> <p>- จังหวัดปัตตานี ให้มีการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน ให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ</p> <p>- จังหวัดยะลา มีการแลกเปลี่ยน ถอดบทเรียนการ ดำเนินงานในแต่ละพื้นที่</p> <p>- จังหวัดสตูล มีการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านประเมินความ เดือดร้อน และมีการให้ความช่วยเหลือ เยี่ยมติดตาม ต่อเนื่องหลังป่วยในกลุ่มโรคพิเศษ เยี่ยมครอบครัวผู้ เสียชีวิต</p>	<p>- จังหวัดสตูล เจ้าหน้าที่ขาดขวัญกำลังใจ บางส่วนได้ บรรจุข้าราชการแต่ไม่ทั่วถึง ยังมีเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้รับ การบรรจุ โดยไม่ได้มีการปรับหรือเพิ่มตำแหน่งให้</p> <p>- หลายจังหวัดไม่ได้มีการถอดบทเรียนการจัดการ ภาวะฉุกเฉิน (PHEM) การดำเนินการ EOC, ICS</p> <p>- หลายพื้นที่ขาดการดำเนินการเยียวยาจิตใจ ครอบครัวผู้เสียชีวิต หรือผู้ได้รับผลกระทบจากการ ฉีดวัคซีน</p> <p>- หน่วยบริการขาดความพร้อมและศักยภาพในการ สร้างทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (MCATT)</p>

ATK = antigen test kit (ชุดตรวจโควิด-19), CI = community isolation (ศูนย์แยกกักตัวในชุมชน), DMHTT = distancing, mask wearing, hand washing, testing, Thai Chana (สแกนแอปไทยชนะ), EOC = emergency operation center (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน), HI = home isolation (ระบบการแยกกักตัวที่บ้าน), LQ = local quarantine (การกักกันผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่ปกครองระดับจังหวัด, PPE = personal protective equipment, SRRT: surveillance and rapid response team (ทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว)

2. การประเมินผลลัพธ์เชิงระบบของการจัดการภาวะฉุกเฉินในภาวะวิกฤตโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

การประเมินผลลัพธ์เชิงระบบของการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ตามหลักการ 2P2R จากกรณีการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในระบบบริการสุขภาพ ตติยภูมิ ทุตติยภูมิ ปฐมภูมิ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ 5 จังหวัด ใช้หลักการประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และ ผลผลิต

การประเมินผลปัจจัยนำเข้าด้านนโยบาย โครงสร้าง การบริหารจัดการ ทรัพยากรที่เตรียมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (บุคลากร, วัสดุอุปกรณ์) การวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรค และภัย การวางแผนและซ้อมแผน พบว่า ทุกจังหวัดได้ ดำเนินการตามนโยบายของ ศบค./กระทรวงสาธารณสุข/เขตสุขภาพ ทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ การดำเนินการด้านโครงสร้างการบริหารจัดการของจังหวัด ทุกจังหวัด ใช้รูปแบบศูนย์ EOC และ ระบบ ICS ในช่วงแรก แต่เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรครุนแรงมากขึ้น ทุกจังหวัดได้ดำเนินการภายใต้ ศปก.จ. และ ศปก.อ. ในช่วง หลัง แต่พบว่า จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี สตูลนั้น การดำเนินการระดับอำเภอบางส่วนได้ดำเนินการภายใต้ ศูนย์ EOC ตำบล หรือกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ ตำบล (พชต.) ทุกจังหวัดได้มีการเตรียมทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์ ด้วยงบประมาณที่จำกัด ขณะที่ทุกจังหวัดขาด ข้อมูลสำคัญในการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโควิด-19 ในช่วงแรกเนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ไม่เคยพบมาก่อน แต่ช่วงหลังของการระบาดได้มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโควิด-19 โดยทีม SAT สำหรับด้านการวางแผนและซ้อมแผน ทุกจังหวัดยังขาดการวางแผนและซ้อมแผนรองรับเผชิญเหตุ โควิด-19 เนื่องจากเป็นสถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่ แต่ระบบ บริการสุขภาพจะมีความพร้อมระดับหนึ่งจากการได้มีการ วางแผนและซ้อมแผนโรคไข้หวัดนก โรคไข้หวัดใหญ่-2009 โรคซาร์ส โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East

respiratory syndrome: MERS) แต่ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินการ ดังนั้นสรุปได้ว่า ภาพรวมของการประเมินผลเชิงระบบของปัจจัยนำเข้าในการจัดการของระบบ บริการสุขภาพตติยภูมิ ทุตติยภูมิ และปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ด้าน นโยบาย โครงสร้างการบริหารจัดการ มีประสิทธิภาพ ขณะที่ด้านทรัพยากรที่เตรียมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์) ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัย และ ด้านการวางแผนและซ้อมแผน ยังขาดประสิทธิภาพ

การประเมินผลกระบวนการด้านข้อมูลที่ใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ทรัพยากรที่ใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กฎหมายที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรค การสื่อสารความเสี่ยง การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ระบบบัญชาการ เหตุการณ์ และการสรุปบทเรียนร่วมกัน พบว่า ทุกจังหวัด ใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ใช้ ทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่ได้มีการ allocate เข้าสู่ระบบ สุขภาพ โดยเฉพาะจังหวัดชายแดนใต้ 3 พื้นที่ (ยะลา นราธิวาส ปัตตานี) ได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์จาก หน่วยงาน ศอ.บต. กำลังทหารจาก กอ.รมน. ส่วนกฎหมาย จะใช้ พรก.ฉุกเฉินในการบังคับใช้มาตรการต่างๆ ในช่วงแรก แต่ช่วงหลังใช้ พรบ.ควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 บังคับใช้มาตรการต่างๆ แต่ไม่ได้เข้มงวด ทุกจังหวัดมีการสื่อสารความเสี่ยงผ่านช่องทางหน่วยงาน (ข้อสั่งการ) องค์กรภาคี (สำนักงานคณะกรรมการอิสลามจังหวัด) สื่อวิทยุประชาสัมพันธ์ สื่อโซเชียลมีเดีย ทุกจังหวัดดำเนินการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response) ตามมาตรการ เปิด ศูนย์ EOC จังหวัด ปฏิบัติงานตามบทบาทภารกิจ (SAT, Strategic Technical Advisory Group [STAG], case management, operation, logistic) ในช่วงแรก ต่อมา เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรครุนแรงมากขึ้น ทุกจังหวัดได้ดำเนินการภายใต้ ศปก.จ. และ ศปก.อ. ในช่วง หลัง มีบางจังหวัด เช่น ปัตตานี นราธิวาส และสตูล ที่ระดับ ตำบลมีปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้วย EOC ตำบล โดยมีกำนันเป็นประธานในการขับเคลื่อน ทุกจังหวัดใช้

ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ภายใต้ศูนย์ EOC จังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บัญชาการ นายอำเภอเป็นผู้บัญชาการระดับอำเภอ และบางพื้นที่กำหนดเป็นผู้บัญชาการระดับตำบล จังหวัดและอำเภอส่วนใหญ่ไม่ได้มีการสรุปถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน มีแค่บางจังหวัดและบางอำเภอที่ได้ดำเนินการ ส่วนระดับตำบลไม่มีการสรุปถอดบทเรียนผลการดำเนินงานแต่อย่างใด ดังนั้นสรุปได้ว่า ภาพรวมของการประเมินผลด้านกระบวนการ การจัดการของระบบบริการสุขภาพตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ยังขาดประสิทธิภาพ มีเพียงระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่ได้ผลดี

การประเมินผลผลิตด้านไม่มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่เกิดขึ้นภายใน 28 วันหลังพบผู้ป่วยรายแรก ไม่พบ cluster การแพร่ระบาดของโควิด-19 ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง พบว่า ทุกจังหวัดขาดประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันไม่ให้มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่เกิดขึ้นภายใน 28 วันหลังพบผู้ป่วยรายแรก ทุกจังหวัดขาดประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกัน ไม่ให้พบ cluster การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยเฉพาะจังหวัดยะลาที่เป็นจุดกำเนิดของการแพร่ระบาดใหญ่ของโควิด-19 จากคลัสเตอร์มรภยะลา ทุกจังหวัดขาดประสิทธิภาพในการดำเนินการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นทุกจังหวัดควรผลักดันมาตรการเชิงป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยขับเคลื่อนผ่านกลไกทางภาครัฐ หน่วยงานท้องถิ่น องค์กรศาสนา กลไกภาคประชาสังคม รวมถึงผู้นำศาสนาที่มีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะผู้นำทางจิตวิญญาณ ให้ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโควิด-19 เพื่อให้การยับยั้งโรคระบาดระดับชาติมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิจารณ์

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่

จังหวัดชายแดนใต้ แบ่งเป็น 3 ระลอก ระหว่างปี 2563–2565 โดยระลอก 1 พบผู้ป่วยรายแรกในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ คือ จังหวัดปัตตานี มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาจากกลุ่มโยร์ ที่ได้ไปทำกิจกรรมทางศาสนาที่ประเทศอินโดนีเซีย ซึ่งการระบาดของโควิด-19 ในจังหวัดชายแดนใต้ มีความแตกต่างกับภาพรวมของประเทศไทยซึ่งพบผู้ป่วยรายแรกเป็นนักท่องเที่ยวชาวจีนที่เข้ามาท่องเที่ยวในกรุงเทพมหานครและเกิดการแพร่เชื้อสู่คนไทย ขณะที่ผู้ป่วยรายแรกของจังหวัดชายแดนใต้ ต้นตอของการระบาดมาจากกิจกรรมของพิธีกรรมทางศาสนาอิสลาม จากนั้นระลอก 2 ในปี 2564 มีข่าวการระบาดของโควิด-19 ในสนามมวยลุมพินี เป็นการระบาดของสายพันธุ์ delta ทำให้จำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นจากระลอกแรก และระลอก 3 ปี 2565 เป็นการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอน เริ่มเกิดจากการผ่อนคลายมาตรการ ผนับาร์เริ่มเปิด มีการระบาดใน กทม. และมีการเดินทางข้ามจังหวัดเข้ามาในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้เป็นไปในทิศทางเดียวกับสถานการณ์การระบาดของโลกและประเทศไทยในห้วงเวลานั้น (ระลอก 2 และ 3) สอดคล้องกับรายงานศึกษาของ ศิราณี อิ่มน้ำชา และคณะ พบว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดในพื้นที่ทั้ง 4 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นไปตามแนวโน้มในภาพรวมของประเทศ ซึ่งช่วงระบาดระลอก 2 ช่วงเดือน เมษายน 2564 พบว่าการติดเชื้อเป็นสายพันธุ์เดลตา จำนวนผู้ติดเชื้อจะน้อยกว่า แต่พบอัตราความรุนแรงสูงกว่า⁽²⁰⁾ รวมถึงการติดเชื้อระลอกที่ 3 เป็นการติดเชื้อที่หลากหลายคลัสเตอร์ แต่ละจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ช่วงสงกรานต์ไม่ได้ห้ามประชาชนเดินทางกลับภูมิลำเนา⁽²¹⁾

การเตรียมการ การป้องกัน การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน (2P2R) ของโควิด-19 ตามแนวคิดการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ในระบบบริการสุขภาพ ตติยภูมิ ทติยภูมิ ปฐมภูมิ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ โดยส่วนใหญ่มีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติของกรม



ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ ในระยะก่อนการระบาดของโควิด-19 นั้น วิเคราะห์ในขั้นตอนการป้องกันและลดผลกระทบ (prevention & mitigation) พบว่า ส่วนใหญ่ทุกจังหวัดใช้มาตรการหรือแนวทางที่มีอยู่เดิมตามแผนรองรับโรคอุบัติใหม่ โดยเฉพาะโรคติดต่อในทางหายใจที่สำคัญ เช่น โรคไข้หวัดนก โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 โรคซาร์ส โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (เมอร์ส) อย่างไรก็ตาม มุมมองส่วนใหญ่ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญเห็นว่า การระบาดของโควิด-19 ในระลอกแรกแม้จะไม่ได้มีความรุนแรงมาก แต่สร้างความวิตกกังวล บางคนเกิดอาการตื่นกลัวมาก⁽²¹⁾ นอกจากนี้ยังพบปัญหาอุปสรรคว่าบุคลากรขาดองค์ความรู้ในแนวทางการจัดการโรคอุบัติใหม่ มาตรการป้องกันและลดผลกระทบที่เคยมีอยู่ยังมีข้อจำกัด ขาดประสิทธิภาพในการจัดการ ขณะที่ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (preparedness) ของระบบบริการสุขภาพหลายจังหวัด พบปัญหาอุปสรรคสำคัญ คือ ขาดการฝึกซ้อมแผนเผชิญเหตุ การเปิด EOC และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ระดับจังหวัด อำเภอ โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพของทุกจังหวัดขาดการซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นมีเพียงจังหวัดยะลาที่ได้มีการซ้อมแผนอยู่บ้าง อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดของการจัดตั้งเซตระบบ EOC & ICS ขาดการซักซ้อมแนวทางการดำเนินงาน ทีมทำงานด้าน SAT, STAG, case management operation, logistic และด้านกฎหมาย ไม่ได้เข้าใจบทบาทหน้าที่ตามกล่องภารกิจที่มากพอ ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพตติยภูมิ ตติยภูมิและปฐมภูมิขาดความพร้อมในการเตรียมการรองรับภาวะฉุกเฉิน ส่วนขั้นตอนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response) ในขณะมีการระบาดของโควิด-19 อย่างรุนแรงและกว้างขวางในระลอก 2-3 นั้น ส่วนใหญ่ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพตติยภูมิ ตติยภูมิ และปฐมภูมิ ใช้ระบบศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) และระบบบัญชาการ ICS เป็นหลัก

สำคัญ ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า ระบบ EOC และ ICS ที่ได้จัดตั้งระบบขึ้นในช่วงแรกของการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ การดำเนินการเกือบทุกจังหวัดยังไม่พร้อม มีเพียงจังหวัดยะลาที่ได้มีการเปิด EOC ก่อนการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ แต่การระบาดของโควิด-19 ในช่วงหลัง (ระลอก 2-3) การดำเนินการภายใต้โครงสร้างของ EOC และ ICS ของแต่ละจังหวัดเริ่มมีพัฒนาการที่ดีขึ้นกว่าช่วงแรก สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหา บรรเทาความเดือดร้อนจากสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ได้ระดับหนึ่ง ซึ่งภายหลัง มีการเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ภายใต้ ศปก.จ. ศปก.อ. ตามนโยบายของส่วนกลางเป็นต้นมา สอดคล้องกับรายงานศึกษาของ ศิราณี อม่น้ำขาว และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่า การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อรองรับการระบาดขั้นวิกฤตของโควิด-19 ใช้ระบบบัญชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ICS) และการแต่งตั้งคณะกรรมการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) เป็นหลักสำคัญ อีกทั้ง การระบาดครั้งใหญ่ของโควิด-19 ส่งผลให้เขตบริการสุขภาพตติยภูมิ ทั้ง 4 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดำเนินการเป็นรูปแบบเดียวกันหรือใกล้เคียงกันได้แก่ การบริหารจัดการด้วยระบบ ICS ในระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับโรงพยาบาล เป็นแนวทางในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทำให้เกิดการสั่งการที่ชัดเจนจากผู้บัญชาการ ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ซึ่งขัดแย้งกับมุมมองส่วนใหญ่ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาเรื่องนี้ที่เห็นว่าการดำเนินการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของระบบบริการสุขภาพตติยภูมิ ตติยภูมิ ปฐมภูมิ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ยังขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือ ในช่วงแรกนั้น อุปกรณ์การป้องกันตนเองขาดแคลน ทั่วหน้ากากอนามัย เจลล้างมือ ชุด PPE มีการขาดตลาด

อีกทั้งประชาชนที่ทำงานในประเทศมาเลเซีย ลักลอบเข้าเมืองไทย ผ่านช่องทางธรรมชาติที่เป็นแม่น้ำหรือภูเขาในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสและยะลา ทำให้มีความยากลำบากในการคัดกรองและป้องกันในช่วงแรกของการระบาด ไม่มีมาตรฐานการรักษาที่ชัดเจน ไม่มียาฟาวิพิราเวียร์ ขาดทักษะการเก็บตัวอย่างเชื้อ (swab) ในระยะแรก แนวทางการสอบสวนโรคยังไม่ชัดเจน ผลการตรวจเชื้อทางห้องปฏิบัติการมีความล่าช้า (ผล PCR ต้องใช้เวลา 48-72 ชั่วโมง) ส่งผลให้การวินิจฉัยโรคและการสอบสวนโรคล่าช้า สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ทำให้การสอบสวนโรคบางพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้ ส่งผลให้การควบคุมการแพร่ระบาดไม่มีประสิทธิภาพ ขณะที่การฟื้นฟูหลังการระบาด (recovery) ของโควิด-19 พบปัญหาอุปสรรค คือ ส่วนใหญ่ขาดการดำเนินการเยียวยาจิตใจ ครอบครัวผู้เสียชีวิต หรือ อันเนื่องมาจากผู้ได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีน รวมถึงในหน่วยงานสาธารณสุข หลายจังหวัดไม่ได้มีการถอดบทเรียนการจัดการภาวะฉุกเฉิน (PHEM) ด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้อาจด้วยความเหนื่อยล้าของการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่มากเกินไปจนทำให้เกิดในสถานการณ์วิกฤตการระบาดของโควิด-19 จนทำให้กิจกรรมลักษณะแบบนี้ ไม่ได้ถูกหยิบยกมาเป็นภารกิจที่สำคัญ รวมถึงการตรวจติดตาม ควบคุมกำกับในระดับหน่วยงานนโยบาย ยังไม่ได้กำหนดเป็นภารกิจหรือตัวชี้วัดที่สำคัญ นอกจากนี้ยังมีปัญหาการดำเนินงานในการเตรียมความพร้อมและการพัฒนาศักยภาพของทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (MCATT) จากการถอดบทเรียนของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการศึกษานี้ ข้อมูลชี้ให้เห็นชัดเจนว่า ประชาชนจำนวนมากในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ขาดจิตสำนึกร่วมกันในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เช่น ไม่สวมหน้ากาก ป่วยแล้วยังฝ่าฝืนออกนอกพื้นที่ไปคลุกคลีกับผู้อื่น ไม่ให้ความร่วมมือในมาตรการที่ภาครัฐบังคับใช้ อันเนื่องจากสาเหตุหลักที่สำคัญคือปัญหาด้านเศรษฐกิจของครัวเรือนที่ขาดทุน ไม่สามารถกักตัวได้ ต้องดิ้นรนเพื่อออกไปประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว จนทำให้เกิด

การแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นกลุ่มก้อน (cluster) ในหลายพื้นที่ของจังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งขัดแย้งกับรายงานการศึกษาของธานีและคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่า ครัวเรือนไทยมีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติตามแนวทางสาธารณสุขในประเด็น การเว้นระยะห่างทางสังคม การไม่ออกนอกบ้านถ้าไม่จำเป็น การไม่ไปชุมนุมกัน การไม่อยู่ที่แออัด และการรักษาสุขอนามัยในการล้างมือ มากถึงร้อยละ 78.8 และขัดแย้งกับรายงานศึกษาของวิไลและคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า บทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของเครือข่ายปฐมภูมิ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 3.19, SD = 0.51)

การประเมินผลลัพธ์เชิงระบบของการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ด้วยการศึกษาดูคุณภาพ โดยการประเมินผลผลิตด้าน ไม่มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่เกิดขึ้นภายใน 28 วัน หลังพบผู้ป่วยรายแรก และ ไม่พบ cluster การแพร่ระบาดของโควิด-19 ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง พบว่า ทุกจังหวัดไม่มีประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันไม่ให้มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่เกิดขึ้นภายใน 28 วัน หลังพบผู้ป่วยรายแรก ทุกจังหวัดไม่มีประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันไม่ให้พบ cluster การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยเฉพาะจังหวัดยะลาที่เป็นจุดกำเนิดของการแพร่ระบาดใหญ่ของโควิด-19 จากคลัสเตอร์มรกตยะลา ทุกจังหวัดไม่มีประสิทธิภาพในการดำเนินการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง อาจเป็นไปได้ว่าการศึกษานี้ได้เจาะจงเลือกพื้นที่ที่มีการระบาดของโควิด-19 สูงสุด 2 ลำดับแรกของจังหวัด ดังนั้นผลการประเมินผลลัพธ์เชิงระบบของการจัดการภาวะฉุกเฉินกรณีโควิด-19 ในภาพรวมของจังหวัดชายแดนใต้ จึงไม่ประสิทธิภาพดังที่กล่าวข้างต้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ติดอันดับ 1-5 ของประเทศอย่างต่อเนื่องหลายสัปดาห์⁽⁶⁾ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาอุปสรรคต่างๆ ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพใน

การดำเนินการจัดการภาวะฉุกเฉินของโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ขาดประสิทธิภาพ ได้แก่ ผลกระทบต่อกลุ่มเปราะบาง พบว่า การระบาดใหญ่ของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อความเหลื่อมล้ำต่อประชากรที่เปราะบางอย่างมากมาย ซึ่งอาจมีความย้อนแย้งกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่มีสุขภาพดีและการบรรลุความยากจน จากการศึกษาแบบการบูรณาการผลกระทบของการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยงกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 15 ประเทศจากทุกภูมิภาคทั่วโลก พบการจัดการกับความเปราะบางหลัก 5 ประเภท คือสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สถาบันและการสื่อสาร นำมาสู่บทเรียนเพื่อพัฒนาสุขภาพและความเสมอภาคทางสังคม โดยมีหลายประเทศที่มีกลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อสนับสนุนประชากรกลุ่มเปราะบาง เช่น แรงงานข้ามชาติ ผู้ให้บริการทางเพศ นักโทษ ผู้สูงอายุ และเด็ก โดยการรณรงค์ให้ฉีดวัคซีนโควิด-19 การอุดหนุนทางการเงินโดยตรงและโครงการความช่วยเหลือด้านอาหาร ผลการศึกษานี้ ได้มีข้อเสนอแนะต่อความจำเป็นในการขยายพื้นที่ทางการคลังด้านสุขภาพ ขยายความครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาล รวมถึงการความเสมอภาคไว้ในนโยบายทั้งหมด⁽²³⁾ ผลกระทบด้านสุขภาพจิตพบว่า การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ทั่วโลกเกิดความวิตกกังวลและความหวาดกลัวต่อภัยคุกคามด้านสุขภาพทั้งที่เกิดขึ้นจริงและที่ได้รับรู้จากสื่อต่างๆ หลักฐานมากมายแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวช มีผลกระทบทางสังคม มีพยาธิสภาพทางจิต มีการแสดงอาการทางระบบประสาท มีการตอบสนองของภูมิคุ้มกัน อาการทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ โรควิตกกังวล ความผิดปกติทางอารมณ์ และความคิดฆ่าตัวตาย นอกจากนี้การติดเชื้อ COVID-19 ยังสามารถแสดงอาการทางระบบประสาทส่วนกลางและ/หรือส่วนปลายได้ เช่น ปวดศีรษะ นอนหลับผิดปกติ สมออักเสบ และสูญเสียการรับรสและกลิ่น⁽²⁴⁾ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่า รัฐบาลหลายประเทศให้ความ

ช่วยเหลือทางการเงินแก่ครัวเรือน ผลกระทบของนโยบายการคลังต่อครัวเรือนในช่วงการระบาดของ COVID-19 ข้อมูลหลักฐานจากประเทศไทยและประเทศเวียดนาม พบว่าการสนับสนุนทางการเงินแก่ครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นของผู้บริโภคในเชิงบวกมากขึ้น และช่วยในการเพิ่มขึ้นของการใช้จ่ายจริงและที่วางแผนการใช้จ่ายไว้อย่างถาวร ในขณะที่เดียวกันก็มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มเศรษฐกิจมหภาคในแง่ที่ดีมากขึ้น มีความไว้วางใจในรัฐบาลสูงขึ้น และมีชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวที่ดีขึ้น⁽²⁵⁾ ด้านวัคซีน พบว่า ความลังเลในประเด็นการเลือกวัคซีนกลายเป็นสิ่งที่คุกคามการตอบสนองต่อการระบาดใหญ่ของ COVID-19 และการระบาดของโรคติดเชื้ออื่นๆ ทั่วโลก การใช้หลักการส่งเสริมความไว้วางใจได้รับการเน้นย้ำเสมอว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการกับความลังเลต่อวัคซีนและการขยายความครอบคลุมของวัคซีน⁽²⁶⁾

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ได้เน้นสอบถามข้อมูลผลการดำเนินการที่ผ่านระยะเวลาแล้ว 3 ปี ทั้งในกลุ่มผู้บริหารระดับนโยบาย จังหวัด ภาควิชาการ ผู้นำ ผู้ปฏิบัติงานและประชาชน ทำให้ข้อมูลบางส่วนที่สัมภาษณ์อาจมีอคติจากความจำแตกต่างกันไปบ้าง (recall bias) อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับประเด็นดังกล่าว จึงได้ใช้วิธีการทบทวนคำตอบซ้ำไปซ้ำมา เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ตอบจะให้ข้อมูลอย่างถูกต้องที่สุด

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารสาธารณสุขในระดับเขตสุขภาพที่ 12 ควรกำหนดนโยบายที่หนุนเสริมความร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการอิสลามจังหวัด โดยให้ผู้นำศาสนา บาบอ โต๊ะครู โต๊ะอิหม่ามของทุกมัสยิด ในทุกพื้นที่ของ 5 จังหวัดชายแดนใต้ เป็นแกนนำหลักในชุมชน ร่วมกับทีมบุคลากรสาธารณสุข เพื่อร่วม

กำหนดแนวทางปฏิบัติหรือมาตรการตามบริบทของพื้นที่ ใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ เพื่อควบคุมป้องกันการระบาดของโควิด-19 และปัญหาสุขภาพอื่นๆ ของพื้นที่ที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามแนวปฏิบัติของหลักศาสนาอิสลาม

2. กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการกำหนดนโยบาย พร้อมสนับสนุนทรัพยากร (คน เงิน ของ วัสดุ) ให้ระบบบริการสุขภาพตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ มีการฝึกซ้อมแผนเผชิญเหตุโรคระบาดอุบัติใหม่ ซ้อมแผน EOC & ICS ระดับจังหวัด อำเภอ อย่างต่อเนื่องทุกปี

3. กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการออกแบบหลักสูตร การจัดการศพผู้ป่วยโควิด-19 ที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามแนวปฏิบัติของหลักศาสนาอิสลาม

4. กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการสร้างชุดความรู้ ด้านการป้องกันโรคติดต่อหรือโรคระบาดที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามแนวปฏิบัติตามของหลักศาสนาอิสลาม เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มดาวะฮ์

5. ผู้บริหารสาธารณสุขในระดับจังหวัด ควรมีการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานพิเศษในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ เช่น ศอ.บต., กอ.รมน.ภาค 4 ส่วนหน้า เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการจัดการแก้ไขปัญหาโรคระบาดหรือภัยสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะการวิจัยในครั้งต่อไป

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการจัดการภาวะฉุกเฉินในภาวะวิกฤตโรคระบาดอุบัติใหม่

2. การพัฒนาหลักสูตรอบรมการจัดการศพผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามแนวปฏิบัติของหลักศาสนาอิสลาม

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการอภิบาลระบบสุขภาพต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขกรณีโรคระบาดระดับชาติ ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่

สนับสนุนงบประมาณการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารระดับนโยบาย ผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ผู้บริหารหน่วยงานท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา ประธาน อสม. หน่วยกู้ภัย กู้ชีพ กลุ่มสื่อสารสาธารณะ และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ ที่มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน และร่วมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในครั้งนี้ ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

References

1. Solis Arce JS, Warren SS, Meriggi NF, Scacco A, McMurry N, Voors M, et al. COVID-19 vaccine acceptance and hesitancy in low- and middle-income countries. *Nat Med* 2021;27(8):1385–94.
2. Chams N, Chams S, Badran R, Shams A, Araji A, Raad M, et al. COVID-19: a multidisciplinary review. *Front Public Health* 2020;29(8):1–20.
3. Worldometer. COVID-19 Coronavirus pandemic [internet]. 2021 [cited 2021 Oct 20]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
4. Emergency Operations Center, Department of Disease Control (EOC DDC). Report of the situation of Coronavirus (COVID-19) [internet]. 2020 [cited 2020 Sep 3]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/files/10320_200330051606.PDF.
5. World Health Organization Thailand office. Report on the COVID-19 situation in Thailand 2021 [internet]. [cited 2021 Mar 20]. Available from <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
6. Disease Control Department. COVID-19 [internet]. 2021 [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/porta/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>. (in Thai)
7. Center for Situation Administration on the Outbreak of Coronavirus Disease 2019, Ministry of Public Health. Statement on the COVID-19 situation by the CCSA and Ministry of Public Health. [television]. [cited 2021 Mar 20]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=eAiiRpu3_oc&ab-channel=ThaiPBS.
8. Udompittayason W, Chaikongkiat P, Plianbumroong D, Musigawan A, Kaewmanee P, Kajonkittiya K, et al. Roles



- of primary care network in screening and monitoring the COVID-19 risk groups in three southern border provinces of Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2023;17(3):531-52. (in Thai)
9. Matichon. Causes of COVID-19 infection in the southern border provinces [internet]. 2020 Mar 30 [cited 2021 Mar 20]. Available from: https://www.matichon.co.th/covid19/thai-covid19/news_2103627. (in Thai)
 10. Inspection Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Inspection guidelines 2017. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017.
 11. World Health Organization. Novel coronavirus (2019-nCoV) situation report-11 [internet]. 2020. [cited 2020 Sep 5]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf>.
 12. National Health Commission Office. Lessons learned from the health crisis 'Emerging diseases' onto the agenda of the 13th Health Assembly [internet]. [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/2278>. (in Thai)
 13. Pukkananon K. A study of management guidelines for disaster prevention and relief of the Bang Pla Subdistrict Administrative Organization, Bang Phli District, Samut Prakan Province. [Degree Independent Study, Master of Public Administration]. Khon Kean: College of Local Government: Khon Kaen University; 2008.
 14. Ramasutta P, Pramanpon S, Theppean B. The needs and readiness of the organization to strengthen its surveillance capacity disease prevention and control. *J Public Hlth Dev* 2008;6:1-10. (in Thai)
 15. Naghuen W, Kongkuntod S. Disaster management model of affiliated agencies Ministry of Public Health according to the disaster prevention and relief plan medical and public health. *District Medical Journal* 2016;35:188-97. (in Thai)
 16. Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Bureau of Epidemiology. Guiding framework of emergency operation center and public health incident command system, Department of Disease Control. 2016-2021. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2015. (in Thai)
 17. Rodklai A, Wiriyapongsukit S, Hasuwankit S. Healthcare system during violent crisis in the three southern border provinces, Thailand. *Health Systems Research Institute* 2005. [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1240?locale-attribute=th>. (in Thai)
 18. Southern Border Provinces Administrative Center. History of the Southern Border Provinces Administrative Center 2022. [cited 2022 Mar 20]. Available from: http://www.sbpac.go.th/?page_id=6568. (in Thai)
 19. Southern Health Systems Research Institute, Prince of Songkla University. Project to develop health-specific strategies and mechanisms to support the implementation of the national strategy for resolving unrest in the southern border province. Final report 2007 [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1717?locale-attribute=th> (in Thai)
 20. Imnamkhao S, Jantasin B, Chaiwong C, Muenthaisong S, Taveekaew C, Suriya N, et al. Lessons learned from the tertiary health service systems during critical COVID-19 pandemic in the northeast of Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2023;17(3):473-89. (in Thai)
 21. Gyaltsen K, Hengudomsud P, Wacharasin C. Psychological impact and its affecting factors among nurses working in COVID-19 designated hospitals in Bhutan. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2021;29(3):102-15. (in Thai)
 22. Chiwat T, Mai-Ngam N, Dumchuen N, Amesbutr J, Thana P, Chirilak C. Behavioral economics on life journey and collective action of Thai household under COVID-19 situation [internet]. Health Systems Research Institute; 2021 [cited 2021 Jul 20]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5233?show=full>. (in Thai)
 23. Tan SY, Foo CD, Verma M, Hanvoravongchai P, Cheh PLJ, Pholpark A, et al. Mitigating the impacts of the COVID-19 pandemic on vulnerable populations: lessons for improving health and social equity. *Soc Sci Med* 2023;328(116007):1-12.
 24. Wang SC, Su KP, Pariante CM. The three frontlines against COVID-19: brain, behavior, and immunity. *Brain Behav Immun* 2021;93:409-14.
 25. Bui D, Dräger L, Hayo B, Nghiem G. The effects of fiscal policy on households during the COVID-19 pandemic: evidence from Thailand and Vietnam. *World Dev* 2022;153(105828):1-12.
 26. Jiao L, Wachinger J, Dasch S, Bärnighausen T, McMahon SA, Chen S. Calculation, knowledge, and identity: dimensions of trust when making COVID-19 vaccination choices in China. *SSM Qual. Res. Health* 2023;4(100288):1-12.