



**การประเมินระบบการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่
ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตสุขภาพที่ 10
กรณีพื้นที่ชายแดน ไทย – ลาว – กัมพูชา**

**รหัสโครงการ
สวรส.64-047**

**โดย
รองศาสตราจารย์ ดร.ภก.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี**

**โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนงบดำเนินงานประจำปี 2564
ภายใต้ทุนวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)**

รายนามทีมวิจัยโครงการ

หัวหน้าโครงการวิจัย

(ชื่อ-นามสกุล) รองศาสตราจารย์.ดร.ภก.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา

หน่วยงาน ศูนย์วิจัยทางคลินิก วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข

ที่อยู่ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์ 045-353-900 ต่อ 5840

E-mail address: phanunch@gmail.com โทรศัพท์มือถือ 087-258-6468.



รายนามผู้ร่วมโครงการ พร้อมหน่วยงานต้นสังกัด และรายละเอียด

- นางहरषา ชื่นชุมล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 โทร 089-845-2255
บทบาทหน้าที่ พัฒนาระบบ, ตรวจสอบการทำงานของระบบ, การติดตั้งระบบให้กับสถานพยาบาลทั่วจังหวัด
- นางสาวพนมวรรณ สว่างแก้ว งานความร่วมมือระหว่างประเทศ ด้านสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 โทร -
บทบาทหน้าที่ ลงพื้นที่เก็บข้อมูล, ประสานเครือข่ายงานวิจัยในจังหวัด
- ผศ.ดร.พลกร สืบสำราญ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 85 ถนนสถลมารค ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 โทร. 0868780698
บทบาทหน้าที่ วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความทางวิชาการ
- นางสาวพิมพ์ทิพา มาลาหอม ศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ ด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 โทร. 0815485202
บทบาทหน้าที่ ลงพื้นที่เก็บข้อมูล, ประสานงานติดต่อหน่วยงานเขตพื้นที่รอยต่อพรมแดนไทย-กัมพูชา-ลาว, ประสานงานด่านตรวจคนเข้าเมือง จุฑารอยต่อระหว่างไทย-กัมพูชา-ลาว
- นางสาวอรชร มาลาหอม พยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยหัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 โทร.0812650282
บทบาทหน้าที่ ลงพื้นที่เก็บข้อมูล, ประสานงานบุคลากรสาธารณสุข, เขียนรายงาน

6. นายวีรพันธ์ ชื้อสัตย์ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
อุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สุขภาพแห่งชาติเขต
10 อุบลราชธานี 34000 โทร. 0815485202
บทบาทหน้าที่ ลงพื้นที่จัดกิจกรรม, เก็บข้อมูล ประมวลผล
7. นายสุวัฒน์ พิมพะบุตร งานควบคุมโรคและงานสาธารณสุขชายแดนระหว่างประเทศ เขตรอยต่อ
ชายแดน พื้นที่สุขภาพที่ 10 โรงพยาบาลสิรินธร อ.สิรินธร จ.อุบลราชธานี
บทบาทหน้าที่ เก็บข้อมูล, ประสานงานด้านตรวจคนเข้าเมือง (ตาม)
8. ผศ.ดร.ชลลดา ไชยกุลวัฒนา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี โทร 081-
620-8374
บทบาทหน้าที่ ลงพื้นที่จัดกิจกรรม, เก็บข้อมูล ประมวลผล
9. นางสาวสมฤทัย ศรีสุระ ผู้ช่วยวิจัยโครงการ ศูนย์วิจัยทางคลินิก วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการ
สาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190
โทร 0906049636
บทบาทหน้าที่ เก็บข้อมูล, ประสานงานด้านตรวจคนเข้าเมือง (ตาม)

คำนำ

รายงานเอกสารถอดบทเรียนโครงการ “การประเมินระบบการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตสุขภาพที่ 10 กรณีพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา” ภายใต้ทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ประจำปี 2564 รหัสโครงการ สวรส.64-047 โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ภก.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา สังกัดวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เป็นหัวหน้าโครงการ และเครือข่ายภาคีได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุบลราชธานีและศรีสะเกษ และหน่วยงานในพื้นที่ได้ร่วมมือในการดำเนินโครงการ เพื่อวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) ประเมินสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 พื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา ในเขตสุขภาพที่ 10 และ 2) ประเมินระบบงานเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของแต่ละระดับของหน่วยปฏิบัติงานหรือหน่วยบริหารที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา ในเขตสุขภาพที่ 10

บัดนี้ ทางทีมวิจัยได้ดำเนินโครงการเสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และจัดทำรายงานถอดบทเรียนข้อมูลที่ได้ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องหรือรับผิดชอบโดยตรงกับการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 สามารถนำไปใช้ในการวางแผนเชิงนโยบายและแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้งานการควบคุมป้องกันการระบาดฯ เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และรองรับการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวต่อไปในอนาคต

ผมและทีมวิจัยทุกท่านหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้ที่จะได้รับการเผยแพร่ออกไปยังหน่วยงานสาธารณะทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม รวมทั้งประชาชนที่มีส่วนร่วมในการช่วยกันป้องกันการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว ได้มีคู่มือแนวทางที่นำไปใช้ปฏิบัติงานและเตรียมความพร้อมหากเกิดการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ในระลอกต่อไป

ขอขอบพระคุณ

รศ.ดร.ภก.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา

30/06/2565

สารบัญ

	หน้า
1. รายละเอียดโครงการ	5
2. บทสรุปผู้บริหาร	7
3. บทเรียนที่ 1	9
สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุบลราชธานี	
4. บทเรียนที่ 2	28
การบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19ของผู้บริหารทุกระดับ	
5. บทเรียนที่ 3	60
ข้อมูลพื้นฐานการเดินทางและสุขภาพของผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรไทย พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและศรีสะเกษ	
6. บทเรียนที่ 4	95
ความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เขตสุขภาพที่ 10: กรณีศึกษาพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา	
7. บทเรียนที่ 5	142
การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพสู่การพัฒนาการป้องกันและควบคุม โรคโควิด-2019 ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา เขตสุขภาพที่ 10	
8. บทเรียนที่ 6	188
การบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเวลาของการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019	
9. บทเรียนที่ 7	214
การจัดเวทีคืนข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมนักวิจัย บุคลากรและหน่วยงาน ที่รับผิดชอบงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	
10. บทเรียนที่ 8	218
สรุปภาพรวมการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ ข้อจำกัดงานวิจัย และงานวิจัยต่อยอดในอนาคต	
11. ภาคผนวก	222

รายละเอียดโครงการ

ชื่อโครงการ	การประเมินระบบการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตสุขภาพที่ 10 กรณีพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว-กัมพูชา
รหัสโครงการ	สวรส.64-047
แหล่งทุน	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ปีงบประมาณ	2564
ระยะเวลา	1 เมษายน 2564- 31 มีนาคม 2565 (โครงการขยายระยะเวลา 1 เดือน เสริมสิ้น 30 เมษายน 2565)

ความสอดคล้องกับแผนงานวิจัยของ สวรส.

- ☒ 1) แผนงานวิจัยเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในการตอบสนองต่อการระบาด
- ☒ 2) แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาการจัดการภาวะหลังวิกฤติ (Post Crisis Management)

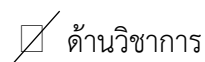
วัตถุประสงค์

- ประเมินสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 พื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา ในเขตสุขภาพที่ 10
- ประเมินระบบงานเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของแต่ละระดับของหน่วยปฏิบัติงานหรือหน่วยบริหารที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา ในเขตสุขภาพที่ 10

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ☒ ด้านนโยบาย
 - ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและรูปแบบการให้บริการและการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชายแดน
- ☒ ด้านสาธารณะ
 - โดยมีการนำแนวทางวิถีชีวิตใหม่ (new norms) มาใช้ในการป้องกัน ควบคุมโรคโควิด-19 ในพื้นที่ชายแดน
- ☐ ด้านพาณิชย์

-
- ☒ ด้านชุมชนและพื้นที่
 - มีข้อมูลที่ชุมชนสามารถนำไปวางแผนในการบริหารจัดการ และสร้างระบบในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในชุมชน
 - ท้องถิ่นชุมชนและพื้นที่ตามแนวชายแดนมีความตระหนักในการปฏิบัติตัว โดยการสร้าง new norms หรือธรรมนูญสุขภาพในการดูแลประชาชนทุกกลุ่ม รวมทั้งกลุ่มแรงงานต่างชาติหรือแรงงานต่างด้าวทั้งที่เข้าเมืองถูกและไม่ถูกกฎหมาย
 - พื้นที่มีระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยที่เข้มแข็ง ในรูปภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในชุมชน



ด้านวิชาการ

1. บทความดีพิมพ์เผยแพร่ระดับนานาชาติ

หน่วยงานผู้ให้ประโยชน์จากงานวิจัย

ชื่อหน่วยงาน	ทำหน้าที่
1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ระดับจังหวัด)	- นำแผนงาน แนวทางด้านการพัฒนางานควบคุมโควิด-19 ตาม แนวพื้นที่ชายแดนไปใช้ในเชิงนโยบายจังหวัดทั้ง 2 พื้นที่ - ได้แนวปฏิบัติตามแผนของจังหวัด
2. สาธารณสุขอำเภอ (ระดับอำเภอ)	- นำแผนปฏิบัติของจังหวัดไปใช้ในการควบคุมโรคโควิด-19 ตามพื้นที่ชายแดนและกลุ่มเสี่ยง - เกิดการทำงานระหว่างผู้ประสานงานกับภาคีเครือข่ายใน ระดับอำเภอ - รู้วิธีปฏิบัติแบบ new norms เพื่อป้องกัน ควบคุมการแพร่ ระบาดของโรคโควิด-19
3. ชุมชน (ระดับตำบล หมู่บ้านตามชายแดน)	- มีการเฝ้าระวังที่สอดคล้องในด้านการให้ข้อมูล ข่าวสารที่ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทั้งในชุมชนและพื้นที่ชายแดน

กรอบแนวคิด (หน้าถัดไป)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ประชุมทีมวิจัยหลักและทีมวิจัยในพื้นที่ ทำการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินโครงการ ฯ กับทีมวิจัย
2. ประชุมออกแบบเครื่องมือในการประเมินทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของเนื้อหาแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูล 6 ด้าน ดังนี้ 1. ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาของสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา-2019 พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี 2. การบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ของผู้บริหารทุกระดับ 3. ข้อมูลพื้นฐานการเดินทางและสุขภาพของผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรไทย พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและศรีสะเกษ 4. ความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เขตสุขภาพที่ 10: กรณีศึกษาพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา 5. การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพสู่การพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-2019 ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา เขตสุขภาพที่ 10 และ 6. การบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จังหวัดอุบลราชธานีในช่วงเวลาของการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019
3. จัดอบรมทักษะการเก็บข้อมูลของทีมวิจัยและผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง
4. ลงพื้นที่ทำ pre-survey
5. หลังจากทำ pre-survey ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลในกลุ่มเสี่ยงทั้ง 13 แห่ง

ระยะที่ 1 Situation Analysis

1. ข้อมูลบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

- 1.1 บุคคลทั่วไป
- 1.2 แรงงานต่างชาติ แบ่งออกเป็น
 - 1.2.1 แรงงานถูกกฎหมาย
 - 1.2.2 แรงงานผิดกฎหมาย

2. ข้อมูลระบบการเฝ้าระวังโควิด-19 เขตสุขภาพที่ 10

- a. ข้อมูลเชิงระบบการเฝ้าระวังของศูนย์ปฏิบัติการในสถานการณ์ฉุกเฉิน (Emergency Operation Center; EOC) ในกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ได้แก่ 1. State quarantine group 2. Local quarantine group 3. Home quarantine 4. Patient under investigation (PUI) 5. บุคลากรแพทย์
 - 2.1.1 ข้อมูลการเดินทางผ่านจุดผ่านแดน ได้แก่ 1. จุดผ่านแดนสากล 2. จุดผ่านแดนถาวร 3. จุดผ่านแดนผ่อนปรน 4. ช่องทางธรรมชาติ
 - 2.1.2 แหล่งทำงานของแรงงานต่างชาติ ประกอบด้วย โรงงาน เกษตรกรรม งานบริการทั่วไป ก่อสร้าง
 - 2.1.3 ข้อมูลการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลของกลุ่มแรงงานต่างชาติ ที่ต้องได้รับการตรวจกรองเชื้อโควิด 19 (PUI)
 - 2.1.4 ข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างชาติ ทั้งถูกและผิดกฎหมาย ทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน
 - 2.1.5 ข้อมูลการนำปฏิบัติ new normal pattern ไปใช้
 - 2.1.6 รูปแบบ/ขั้นตอนการส่งต่อนโยบายการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 จากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติ
- b. รูปแบบขั้นตอนการดำเนินงานของหน่วยงานทั้งหน่วยบริหารและหน่วยปฏิบัติงานทุกระดับที่เกี่ยวข้อง เขตสุขภาพที่ 10 ที่ดำเนินการในปัจจุบัน (ระดับจังหวัด → ชุมชน)
- c. กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (ผู้บริหารแต่ละระดับ → ผู้ปฏิบัติ)
- d. มาตรการด้านการเฝ้าระวังที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน
- e. Health literacy ของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1. บุคคลทั่วไป 2. แรงงานต่างชาติ (ต่างด้าว) 3. กลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม 4. บุคลากรการแพทย์ โดยเฉพาะเรื่องของ new norms



ประเมินผลข้อมูลทั่วไปและระบบเฝ้าระวังโควิด-19 จากกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม โดยอาศัยเครื่องมือและวิธีการดังต่อไปนี้

- 1. การตรวจคัดกรอง
- 2. การสำรวจ
- 3. การสัมภาษณ์/สัมภาษณ์เชิงลึก
- 4. ข้อมูล secondary data

วิเคราะห์ข้อมูลโดย

- Descriptive analysis
- Qualitative analysis

2. ข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เกี่ยวกับ

- 1. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปัจจุบัน
- 2. แนวโน้มการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19
- 3. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อจำกัดที่ผ่านมา

3. ระบบการเฝ้าระวังโควิด-19 เขตสุขภาพที่ 10

- 1. รูปแบบขั้นตอนการดำเนินงานของหน่วยงานทั้งหน่วยบริหารและหน่วยปฏิบัติงานทุกระดับที่เกี่ยวข้อง เขตสุขภาพที่ 10 ที่ดำเนินการในปัจจุบัน ได้แก่
 - A ผู้บริหารระดับจังหวัด เช่น ผู้ว่า นพ.สสจ. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
 - B ผู้บริหารระดับอำเภอ เช่น นายอำเภอ ปลัด ผู้อำนวยการ รพช/ สาธารณสุขอำเภอ
 - C ผู้บริหารระดับตำบล เช่น ผอ.รพสต. อบต./ เทศบาล
 - D ผู้บริหารระดับชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน / อสม.
- 2. กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ
- 3. มาตรการด้านการเฝ้าระวังที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน → ข้อดี/ ข้อจำกัด/ แนวทางการแก้ไข
- 4. ประสิทธิภาพการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานในแต่ละระดับ (A → D)
- 5. ระดับของ Health literacy ของกลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่ม ในด้านการปฏิบัติตัว new norms, ปัญหาที่พบ, แนวทางการแก้ไข

บทสรุปผู้บริหาร

รายงานฉบับสมบูรณนี้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ในเขตพื้นที่ที่มีพรมแดนรอยต่อติดกับประเทศลาวและกัมพูชา ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงปี 2564-2565 โดยข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้ 1. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุบลราชธานี 2. การบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของผู้บริหารทุกระดับ 3. ข้อมูลพื้นฐานการเดินทางและสุขภาพของผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรไทย พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและศรีสะเกษ 4. ความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เขตสุขภาพที่ 10: ภูมิศึกษาพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-และการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพสู่การพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-2019 ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา เขตสุขภาพที่ 10 และ 5. การบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จังหวัดอุบลราชธานี ในเวลาของการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019

ผลการประเมินสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีสอดคล้องกับภาพรวมของประเทศกล่าวคือ การระบาดในพื้นที่รุนแรงในช่วงระลอก 2 และ 3 (ช่วงเดือนเมษายน -กันยายน 2563) ซึ่งมีการแพร่กระจายของเชื้อในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (ระลอก 2) และแรงงานที่เดินทางกลับภูมิลำเนา (ระลอก 3) ยอดสะสมตั้งแต่ระลอก 1 ถึง 4 มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 23,369 คน คิดเป็นอัตราป่วย 12,506 ต่อประชากรหนึ่งล้านคน อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่ติดเชื้อ อยู่ที่ 30-39 ปี (ร้อยละ 22.5) เชื้อโควิดที่ระบาดในระลอก 3 และ 3 ส่วนใหญ่คือ สายพันธุ์อัลฟาและเดลต้า ส่วนระลอก 4 และ 5 (ปัจจุบัน) เป็นสายพันธุ์ โอมิครอน ส่วนอัตราป่วยตาย (CFR) มากที่สุดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (ร้อยละ 3.89) ประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน เข็ม 1 และ 2 ตามเป้าหมายที่กระทรวงฯ ตั้งไว้ (เกินร้อยละ 80) ส่วนเข็ม 3 (booster) ยังต่ำกว่าเป้า (ร้อยละ 21) และเป็นสูตรไขว้ตามที่กระทรวงฯ กำหนดไว้

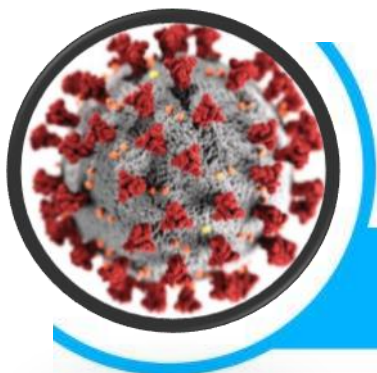
ในส่วนมุมมองของผู้บริหารแต่ละระดับที่นโยบายจากส่วนกลางมาปฏิบัติตั้งแต่ระดับจังหวัดถึงตำบลพบว่าส่วนใหญ่ให้ความเห็นคว่านโยบายที่ได้รับมาสามารถนำไปปฏิบัติในพื้นที่ได้ผ่านผู้บังคับบัญชาแต่ละระดับ ปัจจัยร่วมแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้แก่ ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทั้งองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ส่วนข้อจำกัดที่ผู้บริหารโดยเฉพาะในระดับอำเภอและตำบล ระบุว่า การเบิกจ่ายงบประมาณในช่วงที่สถานการณ์ค่อนข้างวิกฤต หรืองบประมาณป้องกันสาธารณสุข (งบ) นั้น มีขั้นตอนและเอกสารที่ต้องดำเนินการค่อนข้างมาก ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำงบประมาณไปใช้ในการดำเนินงาน ซึ่งทางผู้บริหารได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการปรับขั้นตอน เงื่อนไขการเบิกจ่ายงบประมาณให้กระชับ รวดเร็ว หากจำเป็นต้องนำงบประมาณดังกล่าวมาใช้ในการระบาดระลอกถัดไป

ข้อมูลพื้นฐานการเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรไทย พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและศรีสะเกษ พบว่าในช่วงการระบาดระลอก 2 และ 3 มีการสั่งปิดประเทศชั่วคราวเนื่องจากกลุ่มที่แพร่เชื้อส่วนใหญ่คือ แรงงานข้ามชาติและแรงงานกลับภูมิลำเนา อย่างไรก็ตาม จุดตรวจผ่านแดนช่องเม็ก จังหวัดอุบลราชธานี และจุดตรวจตรวจผ่านแดนช่องสะง่า จังหวัดศรีสะเกษ มีข้อกำหนดให้คนบางประเภทได้รับการยกเว้น สามารถเดินทางเข้าออกประเทศได้ ซึ่งจากการสำรวจพบว่า คนที่เดินทางเข้า-ออกประเทศในเวลานั้น ส่วนใหญ่เป็นคนขนส่งสินค้าเข้า-ออกประเทศไทย ทั้งที่เป็นคนไทยและคนต่างชาติ (n = 130 คน) ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 57) พื้นที่ต้นทางของคนเดินทางเข้า-

ออกประเทศไทย มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 ค่อนข้างมาก (ร้อยละ 84) สินค้าที่ขนส่งเข้า-ออกประเทศ ส่วนใหญ่เป็น น้ำมันดิบ ผักผลไม้ (ร้อยละ 60) ที่สำคัญพบว่าคนที่เดินทางเข้าออกได้รับวัคซีนเข็ม 1 และ 2 ทั้งหมด (ร้อยละ 99.2) แต่เข็ม 3(booster) ยังไม่มาก ข้อจำกัดที่จำเป็นต้องมีการแก้ไขเร่งด่วนคือ ณ เวลานั้น การเดินทางเข้า-ออกที่เกินระยะเวลาที่ภาครัฐกำหนด (ไม่เกิน 72 ชั่วโมง) ซึ่งทำให้คนขนส่งสินค้าตกค้างในพื้นที่ อาจเสี่ยงต่อการได้รับและแพร่กระจายเชื้อเมื่อเดินทางกลับประเทศต้นทาง รวมถึงผลตรวจ atk/ RT-PCR ก่อนเดินทาง 72 ชั่วโมง ที่ในผู้เดินทางหลายรายที่ไม่มีผลยืนยัน และข้อจำกัดเรื่องที่พักชั่วคราวกรณีคนขนส่งสินค้าเดินทางกลับประเทศต้นทางไปทัน อาจเนื่องจากขนถ่ายสินค้าไม่เสร็จ หรือตรวจ atk แล้วผลเป็นบวก จำเป็นต้องกักตัวเพื่อดูอาการ ซึ่งประเด็นข้อจำกัดและแนวทางการแก้ไขได้ส่งกลับให้กับผู้บริหารด้านตรวจ บางข้อจำกัดได้รับการแก้ไขจากนโยบายภาครัฐที่เตรียมเปิดประเทศและมีการวางมาตรการผ่อนปรนในขณะเดียวกันก็เพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้เดินทางเข้า-ออกประเทศ เพื่อติดตามอย่างต่อเนื่องหากเกิดการระบาดระลอกใหม่

ด้านความตระหนักรู้ทางสุขภาพ (health literacy) ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ แรงงานกลับภูมิลำเนาเดิม ประชาชนทั่วไป และบุคลากรสาธารณสุข พบว่าแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่พอใจในระบบบริการสุขภาพและวัคซีนของไทย ซึ่งตรงข้ามกับแรงงานไทยและประชาชนทั่วไปที่ยังไม่ค่อยมั่นใจใน 2 ประเด็นดังกล่าว ที่เหมือนกันในทุกกลุ่มคือการปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T ซึ่งทำได้ยากเนื่องจากวัฒนธรรมการดำรงชีวิตตามวิถีคนอีสาน อย่างไรก็ตาม หลังจากปรับมาตรการเชิงรุกลงพื้นที่ ให้บริการวัคซีน และความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัคซีน การหาที่พักชั่วคราวทั้ง HI, CI ทำให้เมื่อทำการสำรวจข้อมูลวัคซีนอีกครั้ง พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับวัคซีนดีขึ้น เชื่อมมั่นใจวัคซีนมากขึ้น และรับการฉีดวัคซีนทั้งเข็ม 1 และ 2 เป็นไปตามเป้าที่ภาครัฐกำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม เข็ม 3 และ 4 (boosters) ยังไม่ถึงเป้า ทั้งนี้ ได้มีการนำเครื่องมือที่เรียกว่า “ธรรมนูญสุขภาพด้านภัยโควิด” มาใช้ในการสื่อสารของคนในพื้นที่ ให้เกิดความเข้าใจร่วมกันและเห็นพ้องในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเครื่องมือนี้จะออกแบบโดยคนในพื้นที่ร่วมกันวางแผน และทุกคนในพื้นที่เห็นชอบร่วมกันที่นำมามาตรการที่ตนเองวางแผนไปปฏิบัติ ซึ่งจะทำให้คนในพื้นที่เต็มใจที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่ชุมชนกำหนด โดยหน่วยงานภาครัฐทำหน้าที่ให้การสนับสนุน และติดตามประเมินผลลัพธ์ เพื่อนำข้อมูลที่ทำให้เกิดความเข้าใจไปขยายผลยังพื้นที่อื่นต่อไป พร้อมรายงานให้ผู้บริหารทราบเป็นระยะๆ ซึ่งเครื่องมือที่นำมาใช้ในช่วงที่มีการระบาด มีหลากหลายรูปแบบ ขึ้นกับบริบทของคนในพื้นที่ ทั้งนี้ ทีมวิจัยจะติดตามผลการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพด้านภัยโควิดหลังเสร็จสิ้นโครงการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อไป

โดยสรุป ทีมวิจัยได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินโครงการ เพื่อให้ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ผู้แทนภาคประชาสังคมและภาคเอกชน รับทราบผลการดำเนินงานเพื่อนำไปปรับใช้ในเชิงนโยบายสำหรับการเตรียมความพร้อมในการระบาดระลอกถัดไปหรือหากมีโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้น



บทเรียนที่ 1

ถอดบทเรียนสถานการณ์การแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุบลราชธานี

รายละเอียดการดำเนินงาน

ระยะเวลา : ระหว่างวันที่ 10 กันยายน – 22 กันยายน 2564, และช่วงสิงหาคม 2564

พื้นที่ศึกษาในการเก็บข้อมูลวิจัย ประกอบด้วย อำเภอสิรินธร อำเภอเขมราฐ อำเภอนาตาล
อำเภอโพธิ์ไทร อำเภอบุณฑริก อำเภอนาจะหลวย

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือตัวแทน สาธารณสุขอำเภอ และ
นายกเทศมนตรี

เครื่องมือที่ใช้ ฐานข้อมูลโควิด-19 ของหน่วย EOC อุบลราชธานี

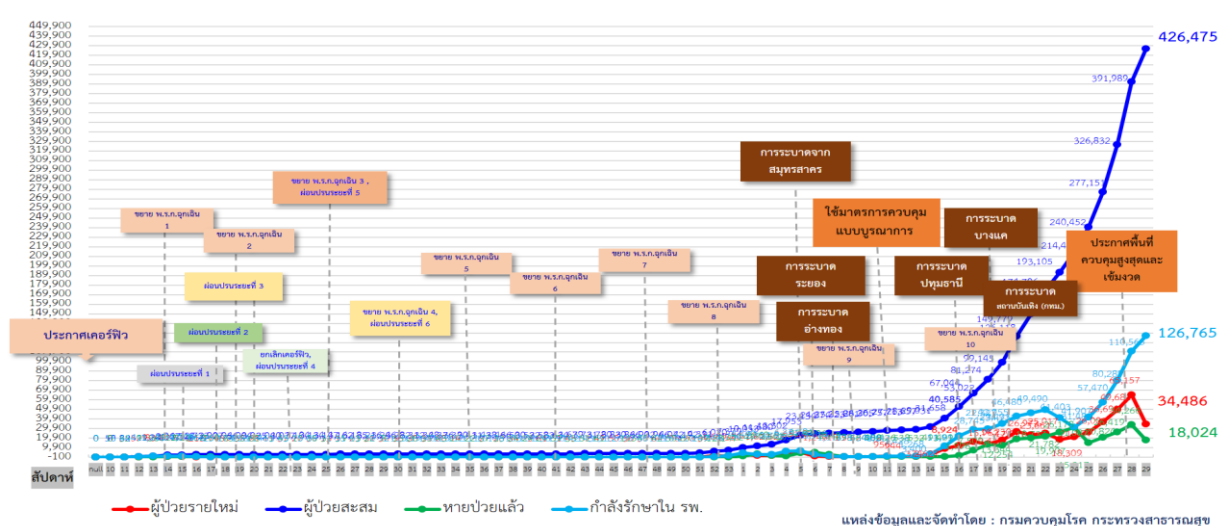
สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุบลราชธานี

รองศาสตราจารย์ ดร.ภก.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา และ ผศ.ดร.พลากร สืบสำราญ
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ม.อุบลราชธานี

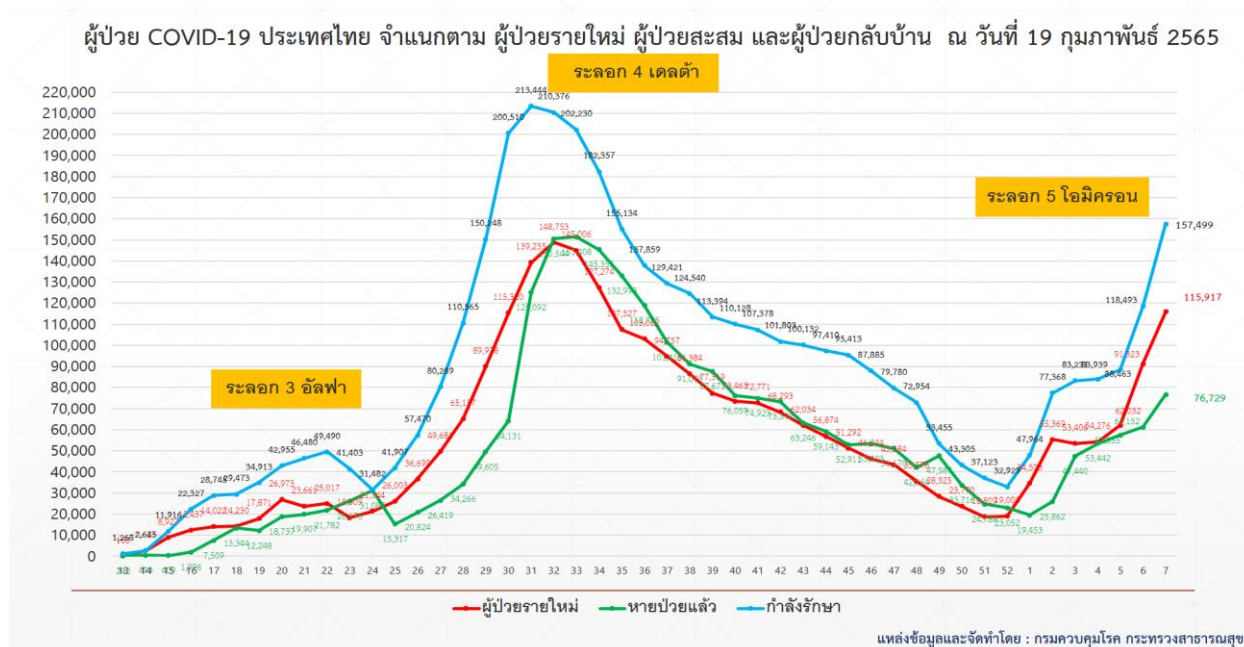
ข้อมูล secondary data จากการวิเคราะห์ภาพรวมของประเทศ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีรายงานครั้งแรกในเมืองเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีนในเดือนธันวาคมปี พ.ศ.2019 หลังจากนั้นได้แพร่ระบาดไปยังทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยได้รับผลกระทบเช่นเดียวกันกับหลายประเทศทั่วโลก ประเทศไทยได้สรุปการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 เป็น 5 ระลอก สถานการณ์ในประเทศไทยระลอกแรกเริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563 ซึ่งในระลอกแรกของการระบาดประเทศไทยสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมีผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตน้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศในแถบยุโรป และสหรัฐอเมริกา ระลอกที่สองเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 เริ่มมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มเป้าหมายพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เศรษฐกิจ และระลอกที่สามเดือนเมษายน พ.ศ.2564 ถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยยืนยัน 141,217 ราย เสียชีวิต 920 ราย (World Health Organization, 2021) โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตราการป่วยตายที่สูงสุดทุกระลอกการระบาดคือ ร้อยละ 6.5, 2.60 และ 3.43 ตามลำดับ ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือภาวะเสี่ยง โอกาสเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 88 เมื่อเทียบกับคนปกติ (กรมควบคุมโรค, 2021) โดยระลอกที่ 3 เป็นแพร่ระบาดของสายพันธุ์อัลฟา และการแพร่ระบาดระลอกที่ 4 จะเชื่อมโยงจากระลอกที่ 3 (รูปภาพที่ 1) แต่เป็นการแพร่ระบาดของสายพันธุ์เดลตาเป็นส่วนใหญ่ และในระลอกปัจจุบันคือระลอกที่ 5 เป็นการแพร่ระบาดของสายพันธุ์โอมิครอนตั้งแต่ปลายเดือนธันวาคม พ.ศ.2564 ถึงปัจจุบัน (รูปภาพที่ 2)

ผู้ป่วย COVID-19 ประเทศไทย จำแนกตาม ผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยสะสม และผู้ป่วยกลับบ้าน ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2564

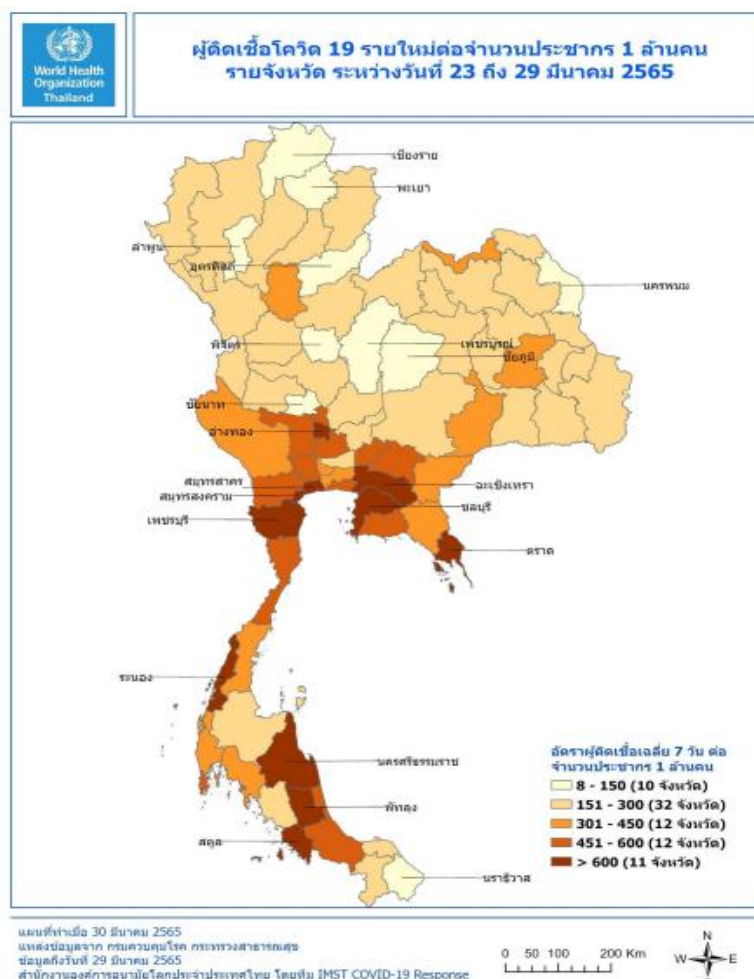


รูปภาพที่ 1 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยการระบาดระลอกที่ 1-4



รูปภาพที่ 2 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยการระบาดระลอกที่ 3-5

สถานการณ์ผู้ป่วยใหม่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัจจุบัน (30 มีนาคม พ.ศ.2565) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยยืนยันทั้งสิ้น 3,600,787 ราย คิดเป็นอัตราป่วย มีผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 25,045 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายทุกกลุ่มอายุร้อยละ 0.69 สถานการณ์การติดเชื้อระดับจังหวัด อัตราผู้ติดเชื้อรายใหม่แปรผันตั้งแต่ 8 ถึง 1,799 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคน ยอดผู้ติดเชื้อใหม่โดยเฉลี่ยคือ 363 รายต่อประชากรล้านคน จังหวัดที่มียอดสูงอยู่ในภาคกลางและภาคใต้เป็นส่วนใหญ่ (รูปภาพที่ 3) ยอดเฉลี่ยของผู้เสียชีวิตในทั้ง 77 จังหวัด อยู่ในช่วง 0 ถึง 6.2 ราย ต่อประชากรหนึ่งล้านคน ยอดเฉลี่ยทั้งประเทศอยู่ที่ 1.2 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคน และความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน 2 เข็มพบว่า ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนที่สูงที่สุดอยู่ที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดรอบข้าง รวมถึงจังหวัดที่เป็นแหล่งอุตสาหกรรมและการท่องเที่ยว มี 28 จาก 77 จังหวัด มีความครอบคลุมของการรับวัคซีนเข็มที่ 2 สูงกว่า ร้อยละ 70 ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนที่ต่ำที่สุดอยู่ที่จังหวัดจังหวัดปัตตานี และนราธิวาสที่ชายแดนภาคใต้ (รายงานความคืบหน้าประจำสัปดาห์ประเทศไทย องค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 229, พ.ศ.2565)



รูปภาพที่ 3 อัตราผู้ติดเชื้อโควิด 19 รายใหม่ต่อประชากรหนึ่งล้านคนรายจังหวัดระหว่างวันที่ 23 ถึง 29 มีนาคม 2565

สายพันธุ์ของไวรัส SARS-CoV-2 ที่ระบาดในประเทศไทย

จากการสุ่มเฝ้าระวังสายพันธุ์ของไวรัส SARS-CoV-2 ที่ระบาดในประเทศไทย พบว่าสายพันธุ์ที่แพร่ระบาดในกลุ่มประชาชนคล้ายคลึงกันทั้งในกรุงเทพมหานคร และนอกเขตกรุงเทพมหานคร โดยการระบาดในระลอกที่ 3-4 ในช่วงเมษายน พ.ศ.2564 ถึง ธันวาคม พ.ศ.2564 พบสายพันธุ์ B.1.617 หรือสายพันธุ์เดลตามากที่สุด ร้อยละ 70.1 รองลงมาเป็นสายพันธุ์ B.1.1.7 หรือสายพันธุ์อัลฟา ร้อยละ 28.6 และสายพันธุ์ B.1.351 หรือสายพันธุ์เบตา ร้อยละ 1.4 ส่วนสายพันธุ์ที่แพร่ระบาดตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ.2565 เป็นต้นมาเป็นสายพันธุ์ B.1.1.529 หรือสายพันธุ์โอไมครอน ร้อยละ 83.8 รองลงมาเป็นสายพันธุ์ B.1.617 หรือสายพันธุ์เดลตา ร้อยละ 16.2 และพบสายพันธุ์ B.1.351 หรือสายพันธุ์เบตาน้อยมากเพียงร้อยละ 0.01 (สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล, 2565) และในการสุ่มตรวจระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2565 พบว่าในเขตกรุงเทพมหานครเป็นสายพันธุ์ B.1.1.529 หรือสายพันธุ์โอไมครอน ร้อยละ 88.8 และนอกเขตกรุงเทพมหานครพบ ร้อยละ 99.5 (องค์การอนามัยโลก ประเทศไทย, 2565)

วันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้สายพันธุ์ B.1.1.529 เป็นสายพันธุ์น่ากังวลซึ่งมีชื่อว่า “โอมิครอน” องค์ความรู้เกี่ยวกับสายพันธุ์นี้ยังมีจำกัดแต่การศึกษาวินิจฉัยกำลังดำเนินอยู่ ปัจจุบันเราทราบอะไรบ้างเกี่ยวกับไวรัสกลายพันธุ์นี้ ความสามารถในการแพร่ระบาดยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าสายพันธุ์โอมิครอนมีความสามารถในการแพร่ระบาดที่สูงกว่า (ซึ่งหมายถึง การติดต่อจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้ง่ายกว่า) เมื่อเทียบกับสายพันธุ์กลายพันธุ์อื่นๆ เช่น สายพันธุ์เดลตา จำนวนผู้ที่ตรวจพบมีผลบวกเพิ่มสูงขึ้นในพื้นที่ของประเทศแอฟริกาใต้ และขณะนี้กำลังมีการศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อให้เข้าใจเพิ่มเติมว่าเกิดจากสายพันธุ์โอมิครอนหรือปัจจัยอื่นๆ ความรุนแรงของโรคยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าการติดเชื้อสายพันธุ์โอมิครอน ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคมามากกว่าเมื่อเทียบกับการติดเชื้อสายพันธุ์กลายพันธุ์อื่นๆ รวมถึงเดลตาข้อมูลเบื้องต้นบ่งชี้ว่ามีอัตราการเข้ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นในประเทศแอฟริกาใต้แต่อาจมีสาเหตุจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ติดเชื้อ (ซึ่งรวมอาการไม่รุนแรง) มากกว่าสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยมีอาการ รุนแรงขึ้น ขณะนี้ไม่ได้มีข้อมูลที่ระบุว่าอาการที่เกี่ยวข้องกับสายพันธุ์โอมิครอนแตกต่างจากอาการของสายพันธุ์อื่น การติดเชื้อซ้ำ หลักฐานเชิงประจักษ์ในเบื้องต้นระบุว่าอาจมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อซ้ำด้วยสายพันธุ์โอมิครอน ซึ่งหมายถึงผู้ที่เคยติดเชื้อโค วิด 19 มาแล้ว อาจติดเชื้อซ้ำได้ง่ายกว่าเมื่อเป็นสายพันธุ์โอมิครอนเมื่อเทียบกับสายพันธุ์กลายพันธุ์อื่นๆ แต่ข้อมูลยังมีจำกัด ประสิทธิภาพของวัคซีนองค์การอนามัยโลกกำลังทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทางวิชาการเพื่อให้เข้าใจผลกระทบที่สายพันธุ์นี้อาจมีต่อมาตรการรับมือที่มีอยู่ซึ่ง รวมถึง วัคซีนด้วย วัคซีนยังคงจำเป็นต่อการลดการเจ็บป่วยรุนแรง และการเสียชีวิต

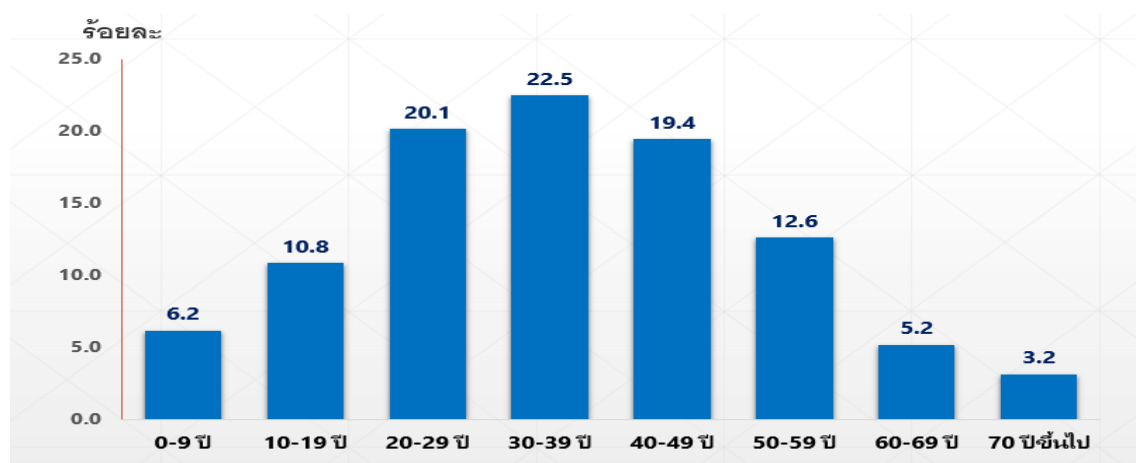
ประสิทธิภาพของการตรวจวินิจฉัยที่มีอยู่ การตรวจแบบ RT-PCR ที่ใช้กันแพร่หลาย ยังคงสามารถตรวจจับการติดเชื้อ รวมถึงการติดเชื้อสายพันธุ์โอมิครอนได้ กำลังมีการศึกษาวินิจฉัยเพิ่มเติมว่าสายพันธุ์โอมิครอนจะมีผลกระทบต่อการทดสอบชนิดอื่นหรือไม่ รวมถึงการตรวจแบบตรวจหาแอนติเจน (องค์การอนามัยโลก ประเทศไทย, 2565)

ข้อมูล primary data จากการวิเคราะห์ภาพรวมของจังหวัดอุบลราชธานี

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุบลราชธานี

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 10 มีประชากร 1,868,519 คน ซึ่งได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 เช่นเดียวกัน การแพร่ระบาดในจังหวัดอุบลราชธานี โควิดระลอก 1 การระบาดของโควิดสายพันธุ์อัลฟา เริ่ม ม.ค. พ.ศ.2563 มีผู้ป่วยยืนยันทั้งสิ้น 15 รายไม่มีผู้เสียชีวิต คิดเป็นอัตราป่วย 8.02 ต่อประชากรหนึ่งล้านคน การระบาดของโควิดระลอกที่ 2 เริ่มต้นเดือนธันวาคม พ.ศ.2563 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 4 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 25 ระลอกที่ 3-4 เริ่มระบาดเดือนเมษายน 2564 ถึง 31 ธ.ค. พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 23,369 คน คิดเป็นอัตราป่วย 12,506 ต่อประชากรหนึ่งล้านคน ผู้ป่วยเป็นเพศชาย (ร้อยละ 51) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 49) เล็กน้อย มีอายุเฉลี่ย 33.42 ปี (SD=15.77) อายุต่ำที่สุด 1 ปี อายุสูงที่สุด 94 ปี ช่วงอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ 30-39 ปี ร้อยละ 22.5 รองลงมาอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 20.1 และอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 19.4 ซึ่งเป็นกลุ่มนักศึกษา และวัยทำงาน (รูปที่ 4) และเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง(นอกจังหวัดอุบลราชธานี)แล้วป่วย โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิต 193 คน พบว่ามีอัตราป่วยตายโดยรวมทุกกลุ่มอายุ ร้อยละ 0.83 กลุ่มอายุ

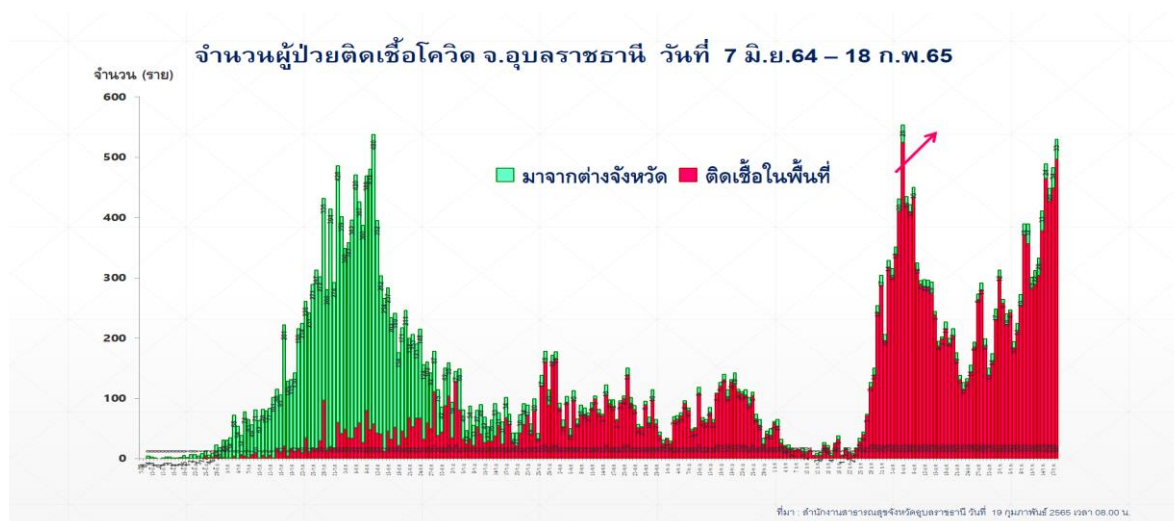
ที่มีอัตราป่วยตายสูงที่สุดคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7.63 (งานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี, 2564)



รูปภาพที่ 4 ร้อยละการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดอุบลราชธานี

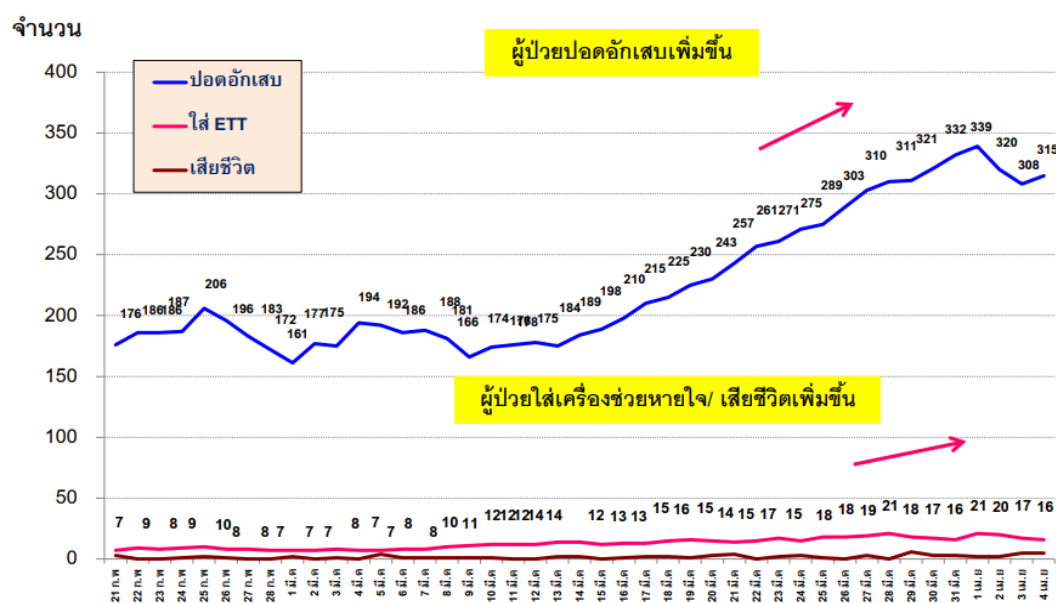
สายพันธุ์อัลฟาและเบตาเป็นสายพันธุ์ที่พบมากที่สุดในการระบาดระลอกนี้ สอดคล้องกับข้อมูลการสุ่มเฝ้าระวังสายพันธุ์ของไวรัส SARS-CoV-2 ในประเทศไทยที่พบว่า ในช่วงการระบาดระลอกที่ 3-4 เป็นสายพันธุ์ดังกล่าว การระบาดของระลอกนี้ในช่วงแรกของการระบาดส่วนใหญ่ผู้ป่วยติดเชื้อมาจากต่างจังหวัด ต่อมาลักษณะของการแพร่ระบาดเป็นการการแพร่กระจายเชื้อในพื้นที่ เช่น แพร่กระจายเชื้อไปให้ผู้ใกล้ชิดที่มารวมกลุ่มกัน และยังคงติดต่อไปยังสมาชิกในครอบครัว

การระบาดระลอกปัจจุบันโควิดระลอก 5 เริ่มเดือนมกราคม พ.ศ.2565 เป็นการแพร่ระบาดของสายพันธุ์โอไมครอน มีผู้ป่วยทั้งสิ้นจนถึงปัจจุบัน 91,064 ราย มีผู้เสียชีวิต 103 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.11 (5 เมษายน พ.ศ.2565) ในทุกกลุ่มอายุ โดยผู้ป่วยเกือบทั้งหมดติดเชื้อในพื้นที่ (รูปภาพที่ 5) ประมาณ ร้อยละ 97.6 พบผู้ป่วยมากที่สุดในเขตอำเภอเมืองวารินชำราบและเดชอุดม



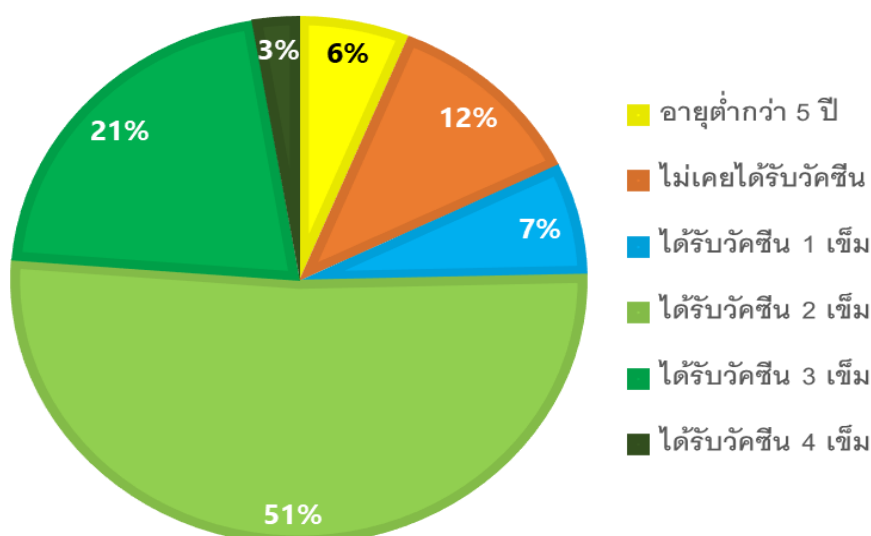
รูปภาพที่ 5 การสัมผัสสร้างโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในช่วงระลอก 3-5

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อยหรือไม่แสดงอาการ อย่างไรก็ตามการระบาดระลอกนี้มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการปอดอักเสบ ร้อยละ 1.19 หรือพบได้ประมาณ 11 คน ในผู้ป่วย 1,000 คน โดยภาวะปอดอักเสบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (รูปภาพที่ 6)



รูปภาพที่ 6 จำนวนผู้ป่วยระลอกที่ 5 ที่มีภาวะปอดอักเสบ

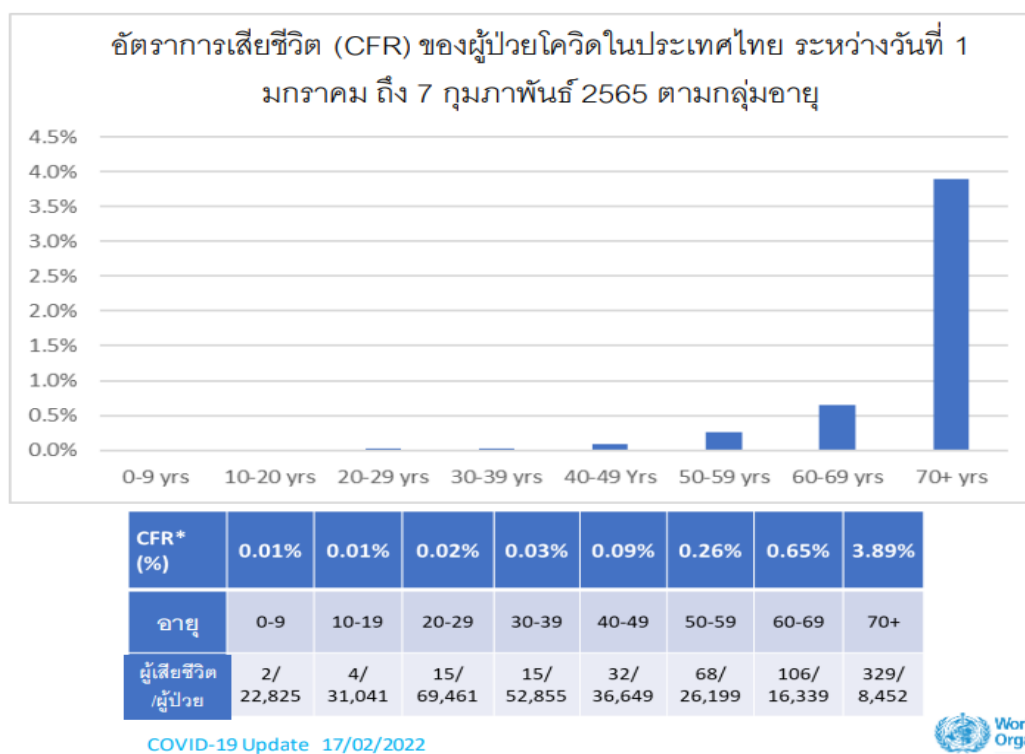
จังหวัดอุบลราชธานีพบสัดส่วนผู้ป่วยยืนยันมากกว่าครึ่งที่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม รองลงมาคือได้รับ 3 เข็ม และไม่เคยได้รับวัคซีนตามลำดับ (รูปภาพที่ 7)



รูปภาพที่ 7 ร้อยละการป่วยจำแนกตามการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

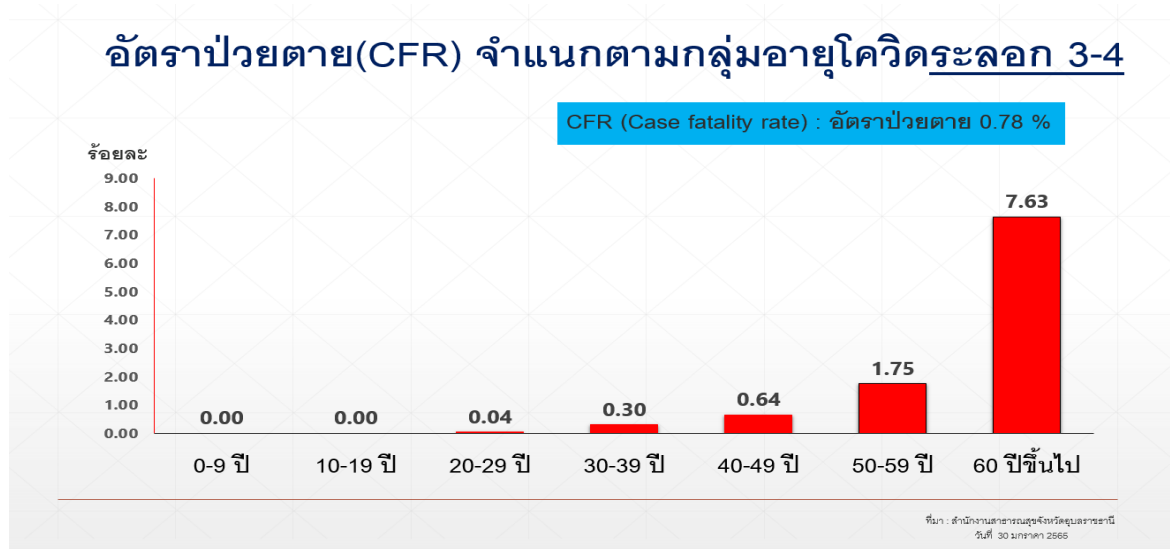
อัตราการตายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในประเทศไทยแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มอายุโดยกลุ่มอายุที่มีอัตราการตายสูงสุดคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 3.89 รองลงมาเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 0.65 และอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 0.26 ส่วนอายุต่ำกว่า 50 ปี มีอัตราการตายน้อยกว่า ร้อยละ 0.1 (รูปภาพที่ 8)



รูปภาพที่ 8 อัตราป่วยตายด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในประเทศไทย

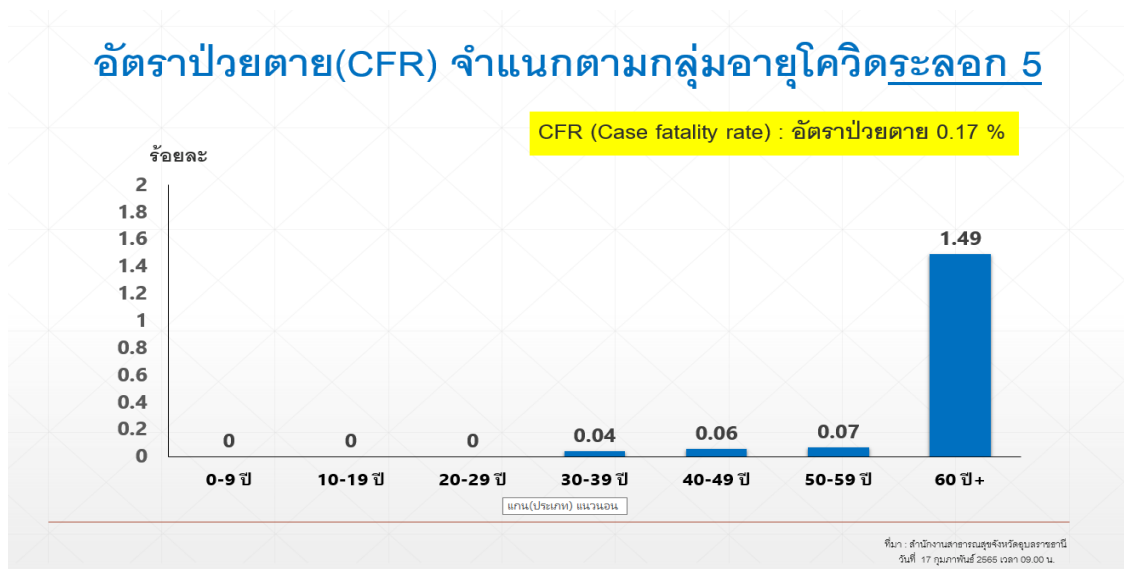
ผู้ป่วยในจังหวัดอุบลราชธานีมีแนวโน้มของอัตราการตายในทุกกลุ่มอายุลดลงจากการแพร่ระบาดในระลอกที่ 2 มาถึงระลอกปัจจุบัน(ระลอกที่ 5) ที่ไม่ได้กล่าวถึงอัตราการตายในระลอกที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยเพียง 14 รายและไม่มีรายงานผู้เสียชีวิตจากการป่วย ส่วนระลอกที่ 2 มีอัตราการตาย ร้อยละ 25 ระลอกที่ 3-4 ซึ่งต่อเนื่องกัน เป็นการแพร่ระบาดของสายพันธุ์อัลฟา และเบตามีอัตราการตาย ร้อยละ 0.78 (30 มกราคม พ.ศ.2565) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตราการตายสูงที่สุดถึง ร้อยละ 7.63 รองลงมาเป็นผู้ที่มีอายุ 50-59 ร้อยละ 1.75 ส่วนผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ยังไม่มีรายงานผู้ป่วยกลุ่มอายุดังกล่าวเสียชีวิต (รูปภาพที่ 9) จากการศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยยืนยันในระลอกที่ 3-4 พบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 98.7 ไม่แสดงอาการ และมีอาการรุนแรงประมาณร้อยละ 1 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและอายุกับการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโควิด 19 ผู้ป่วยเพศชายมี odds ต่อการเสียชีวิตเพิ่มร้อยละ 60 เมื่อเทียบกับเพศหญิง (OR_{adj} 1.60 95%CI 1.16-2.21) อายุของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปี โอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9 (OR_{adj} 1.09 95%CI 1.08-1.10) และที่สำคัญพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสียชีวิตประมาณ 22 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่อายุต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (OR_{adj} 21.8 95%CI 15.9-30.0) (งานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2565)



รูปภาพที่ 9 อัตราป่วยตายด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาจำแนกตามอายุ การระบาดระลอกที่ 3-4

ส่วนการระบาดระลอกปัจจุบันที่เริ่มตั้งแต่ มกราคม พ.ศ.2565 ถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยทั้งสิ้นจนถึงปัจจุบัน 79,821 ราย มีผู้เสียชีวิต 89 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.11 (28 มีนาคม พ.ศ.2565) ในทุกกลุ่มอายุโดยผู้สูงอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปยังมีอัตราป่วยตายสูงที่สุดและลดลงเมื่อเทียบกับการระบาดในระลอกที่ 3-4 คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.49 และอายุ 50-59 ร้อยละ 0.07 ซึ่งอัตราป่วยตายนี้น่าจะลดลงในทุกกลุ่มอายุ (รูปภาพที่ 10) ดังนั้นกลุ่มที่ต้องให้ความสนใจในการเฝ้าระวังป้องกันคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป รวมทั้งหากป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก็ยิ่งเพิ่มโอกาสเสียชีวิตมากยิ่งขึ้นอีกด้วย



รูปภาพที่ 10 อัตราป่วยตายด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาจำแนกตามอายุ การระบาดระลอกที่ 5

คุณลักษณะของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิตในจังหวัดอุบลราชธานี

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิตในจังหวัดอุบลราชธานี ในระลอกที่ 3-4 เก็บรวบรวมข้อมูลผู้เสียชีวิตตั้งแต่วันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ.2564 จนถึงวันที่ 12 มกราคม พ.ศ.2565 มีผู้ติดเชื้อเสียชีวิตทั้งสิ้น 204 ราย พบว่าผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตเป็นเพศชายมากกว่าเมื่อเทียบกับเพศหญิง (ชาย ร้อยละ 56.8 และ หญิง ร้อยละ 43.2) มีอายุเฉลี่ย 63.1 ปี ($SD=15.82$) อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 94 ปี ผู้ป่วยที่เสียชีวิตประมาณหนึ่งในสามของผู้เสียชีวิตทั้งหมดจะมีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปมี (ร้อยละ 34.3) รองลงมาอายุระหว่าง 60-69 ร้อยละ 25.5 อายุระหว่าง 50-59 ร้อยละ 20.6 อายุระหว่าง 40-49 ร้อยละ 11.7 อายุ 30-39 ร้อยละ 6.3 และน้อยที่สุดคืออายุ 20-29 พบเพียงร้อยละ 1.5 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มเสียชีวิตมากที่สุด ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้สูงอายุ การกระตุ้นให้กลุ่มผู้สูงอายุได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ และการฉีดกระตุ้นเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันลดผลกระทบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน รวมทั้งการให้การดูแลรักษาผู้ให้การรักษาควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นสำคัญ ระยะเวลาในการรักษาจนถึงเสียชีวิตเฉลี่ย 18.1 วัน ($SD=12.7$) ผู้เสียชีวิตสองในสามติดเชื้อในพื้นที่ (ร้อยละ 84.7) ติดจากสมาชิกในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นสำคัญ ผู้เสียชีวิตกว่า ร้อยละ 86.3 เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน ไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง ต้มเถล้าเป็นประจำ มีเพียงร้อยละ 9.1 เท่านั้นที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีเพียงร้อยละ 3.4 เท่านั้นที่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม โดยวัคซีนที่ได้รับเป็นวัคซีนชนิดเชื้อตาย (Inactivated vaccine) และวัคซีนชนิดใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Recombinant viral vector vaccine) (งานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2565)

สถานการณ์การฉีดวัคซีนและแนวทางป้องกันควบคุมโรค

จะเห็นได้ว่าการระบาดในระลอกที่ 3-4 ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีโรคประจำตัว ซึ่งติดเชื้อจากสมาชิกในครอบครัวและกิจกรรมกลุ่มในพื้นที่เป็นส่วนใหญ่ และเกือบทั้งหมดยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน จากการศึกษาสำรวจในพื้นที่ชุมชนชายแดนตำบลโขงเจียมพบว่าผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ยังลังเลที่จะฉีดวัคซีน มีเพียงหนึ่งในสิบเท่านั้นที่ตัดสินใจที่จะฉีดวัคซีน เนื่องจากความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของตัววัคซีนนั่นเอง ประชาชนส่วนใหญ่โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุยังลังเลที่จะฉีดวัคซีนโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของวัคซีนจากข่าวเกี่ยวกับผลกระทบ อาการแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตจากการฉีดวัคซีนยังทำให้ประชาชนไม่มั่นใจในความปลอดภัยของวัคซีน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้ข้อมูลจากคนที่อายุน้อยกว่าในบ้าน เช่น ลูก หลาน สมาชิกในครอบครัวส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนของผู้สูงอายุ รวมทั้งชนิดของวัคซีนก็มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีนเช่นกัน ประชาชนส่วนใหญ่เชื่อมั่นในวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA) วัคซีนกลุ่มนี้ ใช้เทคโนโลยีใหม่สังเคราะห์สารพันธุกรรมเอ็มอาร์เอ็นเอ (messenger RNA: mRNA) ที่เฉพาะเจาะจงกับเชื้อไวรัส วัคซีนจะทำหน้าที่พา mRNA เข้าเซลล์ และกำกับให้เซลล์ผลิตสารโปรตีนสไปค์ของเชื้อไวรัส ซึ่งโปรตีนนี้จะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้สร้างแอนติบอดีขึ้นมาต่อต้านเชื้อ จากข้อมูลระบุว่าวัคซีนชนิดนี้มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคได้ประมาณ ร้อยละ 95 ป้องกันการป่วยรุนแรงและป้องกันการเสียชีวิตได้ 100 เปอร์เซ็นต์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Harapan et.al

(2020) ที่พบว่าประชาชนยินดีที่จะฉีดวัคซีนเกือบ 100 เปอร์เซ็นต์ หากวัคซีนมีประสิทธิภาพสูง และความยินดีที่จะฉีดวัคซีนลดลงเมื่อวัคซีนมีประสิทธิภาพเพียง 50 เปอร์เซ็นต์ รวมทั้งสอดคล้องกับความคิดเห็นของชาวบ้านที่ระบุว่า หากวัคซีนยี่ห้อที่มีประสิทธิภาพสูงปลอดภัยมาช่วงนี้ก็จะฉีดแน่นอน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเห็นว่าในพื้นที่ตนเองอาศัยอยู่ ยังไม่ได้รับผลจากการแพร่ระบาดของโรคน่าจะชะลอการฉีดวัคซีนได้ นอกจากนี้การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจที่จะไม่ฉีดวัคซีน เมื่อคนในครอบครัวระบุว่าห้ามฉีด คนฉีดแล้วมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง กลุ่มเป้าหมายจะไม่ฉีดวัคซีน รวมทั้งข่าวสารจากโทรทัศน์หรือสื่อออนไลน์เป็นปัจจัยสำคัญต่อความคิดเห็นต่อความเชื่อมั่นของวัคซีนเช่นกันในทางตรงกันข้ามหากได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนจากเจ้าหน้าที่ เห็นเจ้าหน้าที่ฉีดก่อนหน้ามีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีด ซึ่งข่าวสารที่ได้รับมีความเชื่อมโยงกับความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีด แต่สัดส่วนของคนที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มจะฉีดสูงกว่าคนที่ไม่มีโรคประจำตัวเล็กน้อย แต่ถึงอย่างไรก็ตามกลุ่มผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวหรือไม่ก็มีสัดส่วนของการตัดสินใจที่จะไม่ฉีดมากที่สุด โดยเกือบทุกคนระบุว่ากลุ่มตนเองเมื่อป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มอื่นจริงแต่การได้รับวัคซีนก็เสี่ยงเช่นกัน และเห็นว่าตนเองอยู่ในชุมชนที่ไม่มีความเสี่ยง ไม่ได้เดินทางไปไหน จึงมีความเสี่ยงน้อยหรือไม่เสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด19 จะเห็นได้ว่าประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุคำนึงถึงความปลอดภัยของวัคซีน ซึ่งการสร้างความเชื่อมั่นต่อวัคซีนแก่คนในชุมชนเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้ประชาชนยอมรับและตัดสินใจฉีดวัคซีน การให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องตรงไปตรงมาและความจริงใจต่อการแก้ไขปัญหาผลกระทบจากการฉีดวัคซีนอาจเป็นอีกช่องทางที่ทำให้ประชาชนเชื่อมั่น (ธิดาทิพย์ สุพรรณผิว, 2564)

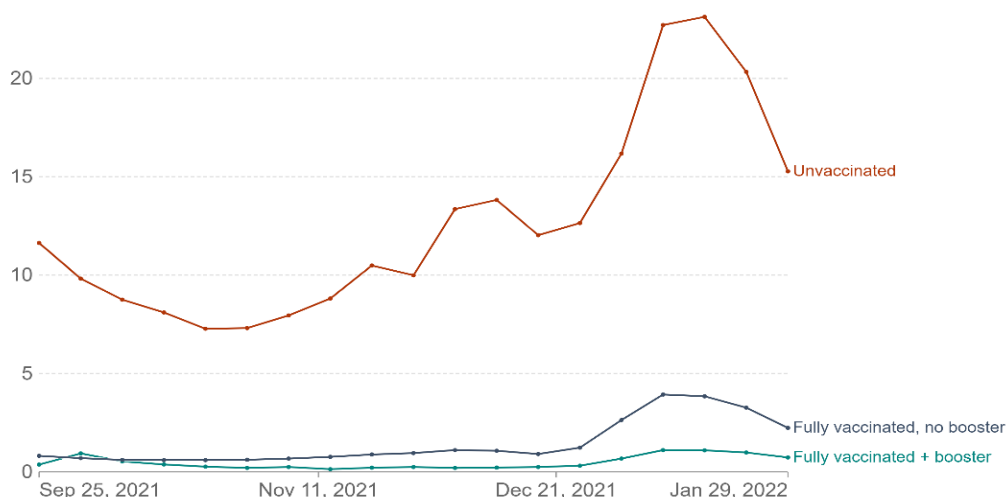
จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขระบุว่า การฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นสามารถลดโอกาสเสียชีวิตได้ถึง 31 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่ฉีด (งานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2565) และกลุ่มที่ไม่ฉีดวัคซีนมากที่สุดคือกลุ่มผู้สูงอายุ จากข้อมูลการให้บริการวัคซีนประเทศไทยมีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเข็ม 1 ร้อยละ 83.2 เข็ม 2 ร้อยละ 75.3 และเข็ม 3 ร้อยละ 33.5 จังหวัดอุบลราชธานี มีความครอบคลุมการฉีดวัคซีนเข็ม 2 อยู่ระหว่าง ร้อยละ 60-79 ส่วนในเข็มกระตุ้นเข็ม 3 ร้อยละ 20-39 (หมอฟพร้อม, 2565) และจากข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการฉีดวัคซีนเข็ม 2 และเข็ม 3 กับการติดเชื้อ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะที่ได้จาก ecological study พบว่าจังหวัดที่มีความครอบคลุมการฉีดวัคซีนสูงยังมีแนวโน้มของการติดเชื้อสูง อาจกล่าวได้ว่าวัคซีนที่นำมาใช้ในปัจจุบันไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากนัก แต่อย่างไรก็ตามเมื่อดูความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต พบว่าจังหวัดที่มีความครอบคลุมของวัคซีนในร้อยละที่สูง มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตน้อยลง (หมอฟพร้อม, 2565)

จากข้อมูลของโครงการ Our World in Data ที่ตั้งอยู่ในสหราชอาณาจักรพบว่า ผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนใดๆ เลย (Unvaccinated) มีอัตราการตายมาตรฐานต่อประชากร 100,000 คน สูงกว่าคนที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ (Fully vaccinated, no booster) และผู้ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์และได้รับเข็มกระตุ้น (Fully vaccinated + booster) จากข้อมูลที่รวบรวมจากประเทศสหรัฐอเมริกา (รูปภาพที่ 11) ซึ่งมีผลการศึกษาล้ำคลึงกันกับประเทศสวีเดนและแลนด์และชิลี (รูปภาพที่ 12) (Our World in Data, 2022)

United States: COVID-19 weekly death rate by vaccination status, All ages

Death rates are calculated as the number of deaths in each group, divided by the total number of people in this group. This is given per 100,000 people.

Our World
in Data



Source: CDC COVID-19 Response, Epidemiology Task Force

OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

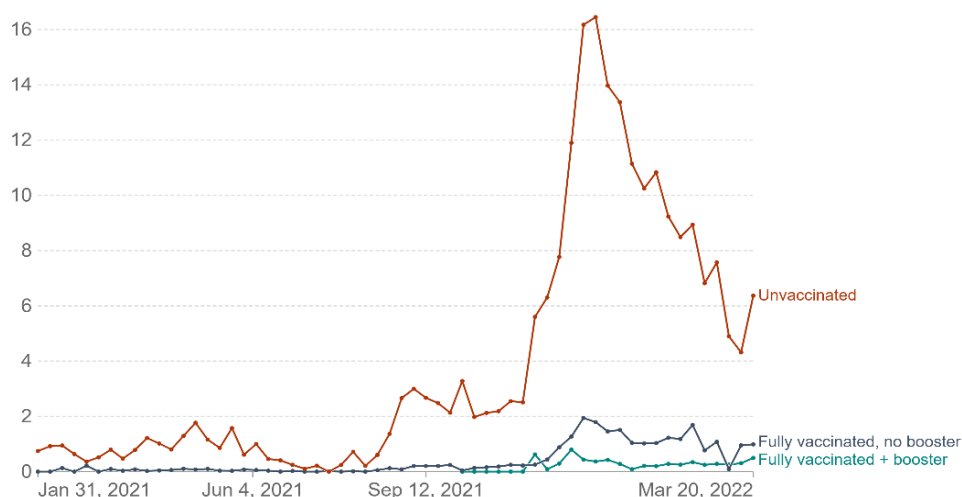
Note: Unvaccinated people have not received any dose. Partially-vaccinated people are excluded. Fully-vaccinated people have received all doses prescribed by the initial vaccination protocol. The mortality rate for the 'All ages' group is age-standardized to account for the different vaccination rates of older and younger people.

รูปภาพที่ 11 อัตราตายมาตรฐานจำแนกตามการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกกลุ่มอายุ ประเทศสหรัฐอเมริกา

Switzerland: COVID-19 weekly death rate by vaccination status, All ages

Death rates are calculated as the number of deaths in each group, divided by the total number of people in this group. This is given per 100,000 people.

Our World
in Data



Source: Federal Office of Public Health

OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Note: Data coverage includes both Switzerland and Liechtenstein. Unvaccinated people have not received any dose. Partially-vaccinated people are excluded. Fully-vaccinated people have received all doses prescribed by the initial vaccination protocol. The mortality rate for the 'All ages' group is age-standardized to account for the different vaccination rates of older and younger people.

รูปภาพที่ 12 อัตราตายมาตรฐานจำแนกตามการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกกลุ่มอายุ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กังวลกับจำนวนผู้เสียชีวิตที่มีแนวโน้มสูงขึ้น แม้จะมีข้อมูลสนับสนุนก่อนหน้านี้ว่าการแพร่ระบาดของสายพันธุ์โอมิครอนมีแนวโน้มที่จะทำให้อาการไม่รุนแรงในผู้ติดเชื้อ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกประเทศไทยพบว่า การติดเชื้อมีค่าเฉลี่ยผู้เสียชีวิตสูงกว่าสัปดาห์ก่อนหน้านี้ ร้อยละ 19 (World Health Organization Thailand, 2565) จึงมุ่งเน้นไปที่กลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิตคือผู้สูงอายุ ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ยังไม่ได้รับวัคซีน รวมทั้งการกระตุ้นให้ประชาชนมารับเข็มกระตุ้น จากผลการศึกษาของธิดาทิพย์ สุพรรณผิว แสดงให้เห็นว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัว 7 โรคสำคัญ และผู้สูงอายุยังลังเลที่จะรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การทำงานเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้ความรู้แบบชี้หน้า ช่วยลดความลังเลที่จะรับวัคซีนของประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้ ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยสื่อสาร และสร้างความมั่นใจให้แก่คนในชุมชนได้ แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจรับวัคซีน คือความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน รวมทั้งปัจจุบันประชาชนบางกลุ่มไม่ไปรับวัคซีนเนื่องจากมองว่าวัคซีนไม่ได้ช่วยในการป้องกันโรค และเมื่อป่วยส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง แต่การรับวัคซีนอาจได้รับผลกระทบที่รุนแรงมากกว่าจากการแพ้วัคซีน ซึ่งเป็นประเด็นท้าทายที่จะรณรงค์ให้ประชาชน และกลุ่มเสี่ยงสำคัญมารับวัคซีนเพื่อเป็นการป้องกันความรุนแรงจากการป่วย เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดในปัจจุบันเป็นไปได้มากที่ทุกคนในชุมชนมีโอกาสติดเชื้อได้มาก เนื่องจากการแพร่ระบาดในปัจจุบันมีลักษณะแพร่กระจายอย่างกว้างขวาง และยังมีผู้ติดเชื้อ หรือรังโรค(human reservoirs) ที่ไม่แสดงอาการใดๆ อยู่ในชุมชน ดังนั้นจึงเห็นภาพการติดเชื้อจากการรวมกลุ่มทำกิจกรรม และติดเชื้อทั้งครอบครัว รวมทั้งการรักษาแบบ Home Isolation ผู้ป่วยโควิดแยกกักตัวอยู่บ้านเนื่องจากมีผู้ติดเชื้อหลายพันคนต่อวัน จนทำให้เตียงในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ อีกทั้งผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการไม่รุนแรงอาจไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามบรรพทชุมชนไทย โดยเฉพาะชุมชนชนบท การทำ Home Isolation อาจเพิ่มโอกาสการแพร่เชื้อให้คนในครอบครัวได้ โดยผู้ที่เข้าเกณฑ์ในการทำ Home Isolation ได้นั้น คือ

1. เป็นผู้ติดเชื้อที่สบายดี หรือไม่มีอาการ (asymptomatic cases)
2. มีอายุน้อยกว่า 60 ปี
3. มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง
4. ยินยอมแยกกักตัวในที่พักของตัวเอง
5. อยู่คนเดียวหรือมีผู้อยู่ร่วมที่พักไม่เกิน 1 คน
6. ต้องไม่มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย>30 กก./ม.2 หรือ น้ำหนักตัว>90 กก.)
7. ไม่มีโรคร่วม ดังต่อไปนี้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD), โรคไตเรื้อรัง (CKD ระยะที่ 3,4), โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ หรือโรคอื่นๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์

ซึ่งในชุมชนเองนั้นการที่จะให้ผู้ป่วยทำ HI เรายังจะเห็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือไม่ได้อยู่คนเดียวหรือมีสมาชิกในที่พัก 1 คนก็จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบ Home Isolation ซึ่งอาจเป็นจุดบอดสำคัญในการแพร่เชื้อในชุมชน

หลักการในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโดยเฉพาะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สำคัญคือ ประเด็นแรกที่ต้องให้ความสำคัญคือการควบคุมแหล่งโรค (Controlling the source) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาแหล่งโรค (Source) ที่สำคัญคือละอองฝอยจากระบบทางเดินหายใจของผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วย ส่วนตัวผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ หรือผู้ป่วยจะเป็นรังโรค(human reservoirs) ซึ่งหากผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากขึ้น รังโรคก็จะมากขึ้นแหล่งโรคก็เพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับการควบคุมแหล่ง และรังโรคที่สำคัญคือการวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว จำกัดพื้นที่ผู้ป่วยไม่ให้สัมผัสผู้ภูมิไวรับอื่น และรักษาให้หายขาดโดยปัจจุบันกำหนดระยะเวลาการรักษาที่ 10 วัน และการค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูงให้ครอบคลุมเพื่อเป็นการลดการแพร่กระจาย และกักตัวผู้สัมผัสเสี่ยงสูงด้วย แต่อย่างไรก็ตามการกักตัวผู้สัมผัสเสี่ยงสูงก็มีปัญหาน้อยแล้วแต่บริบทชุมชนนั้นๆ และเป็นปัจจัยสำคัญในการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน การทำความเข้าใจการให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักต่อผลกระทบเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคในชุมชนเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญต่อการลดการแพร่เชื้อจากกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (High risk group) รวมทั้งการปฏิบัติตามมาตรการ DMHT อย่างเคร่งครัด เนื่องจากการกักตัวผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในปัจจุบันไม่ได้กำหนดให้กักตัวในสถานที่กักตัวที่ชุมชนกำหนดให้แล้ว (Community Isolation) ส่วนใหญ่ในปัจจุบันจะให้กักตัวละสังเกตอาการที่บ้านหรือพื้นที่ที่กลุ่มเสี่ยงสะดวก ดังนั้นการปฏิบัติตามมาตรการ DMHT อย่างเคร่งครัดจนกว่าจะมีผลตรวจยืนยันว่าไม่ติดเชื้อเป็นสิ่งสำคัญคือ

- D: Social Distancing เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร แยกการใช้สิ่งของ รับประทานอาหาร หอมน้ำกับสมาชิกในครอบครัว หรือเข้าไปในพื้นที่ชุมชน
- M: Mask Wearing สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา
- H: Hand washing ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์
- T: Testing การตรวจวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อโควิด 19 หรือตรวจ ATK ตามเกณฑ์ที่เจ้าหน้าที่กำหนดให้

ประเด็นที่ 2 หรือองค์ประกอบที่ 2 คือการป้องกันกลุ่มเสี่ยง (Protecting susceptible groups) หรือกลุ่มผู้ภูมิไวรับในกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดูเหมือนว่าทุกคนคือผู้ภูมิไวรับเนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ทุกคนยังไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ ทุกคนมีโอกาสติดเชื้อแต่ผู้ติดเชื้อแล้วมีโอกาสมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตมากที่สุด คือผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การให้วัคซีนก็เป็นหนึ่งในวิธีการที่สำคัญในการป้องกันโรค แต่อย่างไรก็ตามในโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นี้จะเห็นได้ว่าวัคซีนมีประสิทธิภาพน้อยมากในการป้องกันการติดเชื้อ แต่ยังมีหลักฐานยืนยันว่าวัคซีนสามารถลดความอัตรายได้(Our World in Data, 2022) ดังนั้นการรณรงค์ให้ประชาชนมารับวัคซีนให้ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน 2 เข็ม และรับเข็มกระตุ้นเข็มที่ 3 ยังมีความสำคัญมากต่อการป้องกันควบคุมโรค ลดโอกาสการเสียชีวิต ตลอดจนลดผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคในครั้งนี้ และผู้เขียนมองว่าที่สำคัญที่สุดคือความรู้และความตระหนักของประชาชนเองการป้องกันตนเองแบบ Universal Prevention For COVID-19 (การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบคลุมจักรวาล) มีบัญญัติ 10 ประการดังนี้ (คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี, 2565)

1. ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น
2. เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตรจากบุคคลอื่น ทุกสถานที่ทุกกิจกรรม
3. สวมหน้ากากอนามัยและทับด้วยหน้ากากผ้าให้หน้ากากทั้งสองชั้นกระชับสนิทกับใบหน้า ปิดทั้งจมูกและปากตลอดเวลา เมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีมากกว่า 2 คน
4. ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง หลังสัมผัสวัตถุสิ่งของร่วมกัน ต้องคิดว่ามีคนอื่นที่ติดเชื้อสัมผัสหรืออาจสัมผัสมานานแล้ว
5. หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าที่สวมใส่อยู่ รวมทั้งใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น
6. ผู้เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคเรื้อรังให้เลี่ยงการออกนอกบ้านเว้นแต่จำเป็น ให้ออกนอกบ้านน้อยที่สุดและใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด
7. ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวที่ถูกสัมผัสบ่อยๆ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องใช้หรือสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ลูกบิดประตู รีโมท
8. แยกของใช้ส่วนตัวทุกชนิดไม่ควรใช้ร่วมกับผู้อื่น
9. เลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ควรแยกรับประทานอาหารกับบุคคลอื่น หรือหากรับประทานอาหารร่วมกันให้ใช้ช้อนกลางส่วนตัว
10. ถ้าท่านมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อควรแยกตัวจากผู้อื่นประมาณ 2 สัปดาห์และตรวจเบื้องต้นด้วย ATK หลังการสัมผัสโรคประมาณ 3-5 วัน ถ้าไม่พบการติดเชื้อให้ตรวจซ้ำใน 3-5 วันหรือเมื่อมีอาการ

ซึ่งประชาชนทุกคนควรมีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคซึ่งจากการศึกษาของ นภสวรรณ เร็วเรียบ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การมีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ คือการที่ประชาชนมีความรู้ มีทัศนคติดี และรับรู้ถึงความเสี่ยงและผลกระทบการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีด้วย ดังนั้นในมิติของการป้องกันกลุ่มเสี่ยงการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องกับโรคระบาดใหม่ ส่งผลต่อการป้องกันควบคุมโรคได้ดีในหมู่ประชาชนและชุมชน (นภสวรรณ เร็วเรียบ, 2565)

องค์ประกอบที่ 3 การตัดการถ่ายทอดโรค (Interrupting transmission) คือการลดโอกาสที่รังโรค และแหล่งโรคจะมาพบกับผู้มีภูมิไวรับ โดยการแยกผู้ป่วย แยกกักผู้สัมผัสเสี่ยงสูง หรือลดการปนเปื้อนแหล่งโรค คือละอองฝอยจากระบบทางเดินหายใจของผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วย ในสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่อยู่รอบตัวในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

บทสรุป

ยอดเฉลี่ยรายวันของผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายใหม่ในระดับชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและยังคงอยู่ในระดับที่สูงมาก จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เฉลี่ยย้อนหลัง 7 วันของอุบลราชธานีอยู่ที่ 3,191 ราย/วัน ติดเชื้อในพื้นที่มากที่สุด กลุ่มวัยรุ่น วัยทำงานยังเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนการติดเชื้อสูงที่สุด และกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีอัตราการป่วยตายสูงที่สุด สายพันธุ์ของไวรัส SAR-CoV-2 ที่ระบาดในปัจจุบันคือสายพันธุ์โอมิครอน มากกว่า

ร้อยละ 99.5 ที่แพร่เชื้อได้ง่ายและดูเหมือนวัคซีนจะไม่สามารถช่วยในการป้องกันการติดเชื้อได้ เนื่องจากผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนแล้วมีส่วนการติดเชื้อสูงที่สุด มากกว่าร้อยละ 70 และก่อให้เกิดความรุนแรงได้น้อยกว่าสายพันธุ์ที่แพร่ระบาดก่อนหน้านี้ แต่อย่างไรก็ตามตัวเลขของผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นพบได้ประมาณ 11 คน ในผู้ป่วย 1000 คน อัตราป่วยตายในการระบาดในระลอกปัจจุบันที่เริ่มเดือนมกราคม พ.ศ.2565 ต่ำกว่าอัตราป่วยตายของการแพร่ระบาดในระลอกก่อนหน้านี้ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีมีอัตราป่วยตายสูงที่สุด และยังไม่พบผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 20 ปีเสียชีวิตในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้ป่วยเพศชายมีโอกาเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิงประมาณร้อยละ 60 อายุผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปี โอกาสเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นประมาณ ร้อยละ 9 ยังมีประชาชนบางส่วนประมาณร้อยละ 10 ที่ไม่รับวัคซีนเข็มแรก และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับวัคซีน และการรณรงค์ให้ประชาชนมารับวัคซีนเข็มกระตุ้นยังเป็นประเด็นที่ต้องคำนึงถึงในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในมิติการป้องกันกลุ่มเสี่ยง (Protecting susceptible groups) ซึ่งการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชนเป็นหนึ่งในแนวทางการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ โดยเฉพาะการป้องกันตนเองแบบ Universal Prevention For COVID-19 (การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล) การให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในชุมชนก็เป็นอีกประเด็นที่สำคัญเช่นกัน รวมทั้งความร่วมมือในการตรวจค้นหาการติดเชื้อในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง การกักตัวของกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง รวมทั้งการรักษาแบบ Home Isolation ซึ่งเป็นช่องทางที่สำคัญที่อาจส่งผลต่อการแพร่ระบาดในวงกว้างในชุมชนโดยเฉพาะชุมชนบท ด้วยข้อจำกัดของที่อยู่อาศัย ฐานะทางเศรษฐกิจ และความตระหนักต่อผลกระทบที่ประจักษ์จริงในชุมชน เช่น การเห็นผู้คนในชุมชนที่ป่วยแล้วมีอาการเล็กน้อยส่งผลต่อการไม่ยอมรับวัคซีน การพบว่าคนที่สัมผัสเสี่ยงสูงไม่ได้ติดเชื้อทุกคน และทำให้ต้องขาดงานนำไปสู่การโดนเลิกจ้างจึงไม่ยอมกักตัว การรักษาแบบ Home Isolation ด้วยลักษณะของบ้าน ห้องน้ำ ไม่สามารถแยกส่วนกันได้อย่างเบ็ดเสร็จ ส่งผลต่อการติดเชื้อในครอบครัว และชุมชน

การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังเป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับหน่วยงานทางด้านสุขภาพในการเรียนรู้ และบริหารจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสม เช่น วัคซีน ยาต้านไวรัส บุคลากรทางกาแพทย์และการสาธารณสุข เพื่อลดผลกระทบต่อชุมชน รวมทั้งดำเนินงานภายใต้ความตระหนักและความร่วมมือของประชาชนและชุมชน เพื่อผลของการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป ซึ่งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจจะสงบในระยะเวลาอันใกล้หรือแพร่ระบาดอีกยาวนาน

การนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

ข้อมูลสำคัญ/ ข้อเสนอแนะจากโครงการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	แผนเชิงนโยบาย	ผลการดำเนินงาน/ ความคาดหวัง/ การติดตามผล
1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ควรนำไปใช้ในการบริหารจัดการโรคติดต่อ/ โรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้น	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ	1. การเตรียมความพร้อมของทีมสอบสวนโรค ซึ่งประกอบด้วย ทีมของหน่วยปฏิบัติงานควบคุม	1. นำเสนอผู้บริหารระดับจังหวัด เพื่อให้ตัดสินใจพร้อมติดตามความคืบหน้า 2. ท าง น า ย แพ ทย

ในอนาคต	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	โรคติดต่อในพื้นที่ (CDCU) ในระดับอำเภอ โดยเน้นเรื่อง - การจัดการองค์ความรู้ - การพัฒนาทักษะ ความรู้ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโรคอุบัติใหม่ การรับมือในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยอาจจัดปีละ 1-2 ครั้ง - มีการประชุมทีม CDCU ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ อย่างเดือน 1-2 เดือน/ครั้ง	สาธารณสุขจังหวัดได้มอบหมายให้ฝ่าย EOC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ประสานงานร่วมกับนักวิชาการมหาวิทยาลัยในการติดตามความคืบหน้าในประเด็นดังกล่าว
2. ข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาโปรแกรมเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลโรคติดต่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากกรณีที่ทางจังหวัดได้มีการพัฒนาแอปพลิเคชัน “อุบลพร้อม” มาใช้ในการติดตามการเข้าถึงวัคซีน และการรายงานสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่เสี่ยงเนื่องจากข้อมูลการระบาดในช่วงแรก (ระลอก 1 ต่อระลอก 2) ทางหน่วยงานพื้นที่ขาดเครื่องมือที่จะนำมาใช้ในการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ จัดทำเป็นฐานข้อมูล ทำข้อมูลขาดหายไป ไม่สามารถ	1. ฝ่ายสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. ฝ่ายสารสนเทศ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10	1. พัฒนาโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยกรณีโรคติดต่อร้ายแรง/ สถานการณ์ฉุกเฉิน 2.อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับในการใช้โปรแกรม	1. นำเสนอผู้บริหารระดับจังหวัด พร้อมติดตามแผนงบประมาณปีหน้า 2. โปรแกรมที่วางแผนพัฒนาจะช่วยให้งานควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น และแก้ไขปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากรที่ลงพื้นที่เก็บข้อมูล ประหยัดเวลารวดเร็ว แม่นยำ

นำมาวิเคราะห์เชิงระบาด ได้			
3. ข้อมูลจากทีมงาน EOC สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ทำให้ทราบว่าใน ส่วนของงบประมาณที่ นำมาใช้ในการบริหาร จัดการการแพร่ระบาดของ โรคโควิด-19 ที่ผ่านมายัง ขาดการวางแผนล่วงหน้า ส่งผลทำให้งบประมาณใน การบริหารจัดการในบาง เรื่อง เช่น ค่าตอบแทน บุคลากร ค่าเวชภัณฑ์	1. ผู้ว่าราชการจังหวัด (กระทรวงมหาดไทย) 2. นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด (กระทรวง สาธารณสุข) 3. หน่วยงานในพื้นที่	1. เสนอให้ทางผู้ว่าจัดทำ แผนงบประมาณรองรับ สถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจ เกิดขึ้นอีกในอนาคต โดย จัดสรรทุกปี (กรณี จำเป็นต้องใช้)	1. เข้าพบท่านผู้ว่าและทีม นำเสนอผลการดำเนิน โครงการพร้อม ข้อเสนอแนะให้ท่านทราบ 2. ทางทีมสาธารณสุขจะมี การติดตามผลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเป็นอย่างสูง ที่ให้ความกรุณาทีม EOC มาร่วมดำเนินการรวบรวม สังเคราะห์ และสรุปผลการดำเนินงานของฝ่าย EOC ในการจัดการข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในครั้งนี้ ที่สำคัญขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ที่ให้งบประมาณสนับสนุนในการเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ผล ทำให้งานชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงตรงตามเป้าประสงค์ของทีมวิจัยที่ตั้งไว้ทุกประการ สุดท้ายขอขอบคุณทีมวิจัยวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ทีมสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ที่เสียสละเวลาช่วยกันรวบรวมและวิเคราะห์ผลเพื่อให้หน่วยงานภายในจังหวัดสามารถนำผลลัพธ์ที่ได้ไปใช้ในวางแผนทั้งเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ต่อไปในอนาคต หากเกิดการแพร่ระบาดระลอกใหม่

เอกสารอ้างอิง

คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี.(2564).Universal Prevention For COVID-19 (การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบคลุม).สืบค้น 10 เมษายน 2565.จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/th/COVID-19/regulation/30aug2021-1702>

งานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.(2565).สถานการณ์ COVID-19 จังหวัดอุบลราชธานี.

งานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.(2564).สถานการณ์ COVID-19 จังหวัดอุบลราชธานี.

ธิดาทิพย์ สุพรรณผิว, พิทักษ์ พรหมดี, สุธาร์ตน์ เหลาสิงห์, และ พลากร สืบสำราญ.(2564). ความสัมพันธ์

ระหว่างทำให้ความรู้แบบซึ่งหน้าโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการยอมรับการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มเสี่ยงและผู้สูงอายุ ในชุมชนชายแดน. ประมวลบทความในการประชุมวิชาการระดับชาติ มอว. วิจัย ครั้งที่ 15

นภัสวรรณ เรือเรียบ.(2565). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกัน COVID-19 ของคนไทยใน ตำบลปากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา.วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง.ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกันยายน 2564 - กุมภาพันธ์ 2565

วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีดิจิทัล และนวัตกรรม.(2565).รายงาน COVID-19 ประจำวัน ข้อมูลประจำประเทศไทย.สืบค้น 1 พฤษภาคม 2564, จาก <https://data.go.th/dataset/covid-19-daily>

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. (2021). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.

สืบค้น 1 พฤษภาคม 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>

หมอมพร้อม.(2565).การให้บริการวัคซีนโควิด.สืบค้น 10 เมษายน 2565, จาก

<https://dashboard-vaccine.moph.go.th/>

หมอมพร้อม.(2565).การให้บริการวัคซีนโควิด ความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ และการเสียชีวิต.สืบค้น 10

เมษายน 2565, จาก <https://dashboard-vaccine.moph.go.th/bubbleplot.html>

Harapan, H., Wagner, A. L., Yufika, A., Winardi, W., Anwar, S., Gan, A. K., . . . Mudatsir, M.

(2020). Acceptance of a COVID-19 Vaccine in Southeast Asia: A Cross-Sectional Study in Indonesia. Front Public Health, 8, 381. doi:10.3389/fpubh.2020.00381

Our World in Data,(2022), United States: COVID-19 weekly death rate by vaccination status,

All ages. Retrieved 10 April 2022, from <https://ourworldindata.org/grapher/united-states-rates-of-covid-19-deaths-by-vaccination-status?country=~All+ages>

Our World in Data,(2022), Switzerland: COVID-19 weekly death rate by vaccination status,

All ages. Retrieved 10 April 2022, from

<https://ourworldindata.org/grapher/switzerland-covid-19-weekly-death-rate-by-vaccination-status?country=~All+ages>

World Health Organization Thailand.(2565). รายงานความคืบหน้าประจำสัปดาห์ในประเทศไทย โดย

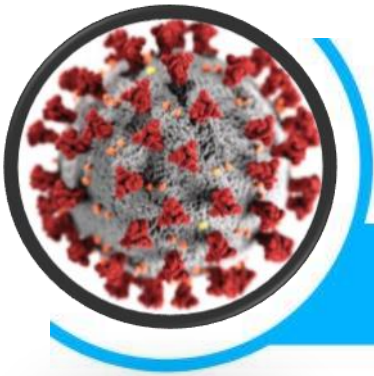
องค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 230 Retrieved 10 April 2022, from

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2022_04_06_tha-sitrep-230-covid-19_th.pdf?sfvrsn=faba946b_

World Health Organization Thailand.(2565). รายงานความคืบหน้าประจำสัปดาห์ในประเทศไทย โดย

องค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 229 Retrieved 9 April 2022, from

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2022_03_30_tha-sitrep-229-covid-19_th_r2.pdf?sfvrsn=14cb3d1b_5



บทเรียนที่ 2

การบริหารจัดการสถานการณ์การ แพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ของ ผู้บริหารทุกระดับ

รายละเอียดการดำเนินงาน

ระยะเวลา : ระหว่างวันที่ 10 กันยายน – 22 กันยายน 2564, และช่วงสิงหาคม 2564

พื้นที่ศึกษาในการเก็บข้อมูลวิจัย ประกอบด้วย อำเภอสิรินธร อำเภอเขมราฐ อำเภอนาตาล

อำเภอโพธิ์ไทร อำเภอบุณฑริก อำเภอนาจะหลวย

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือตัวแทน สาธารณสุขอำเภอ และ
นายกเทศมนตรี

เครื่องมือที่ใช้ แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารทุกระดับ (Top-down) เกี่ยวกับงานเฝ้าระวังการแพร่ระบาด
ของโควิด-19

การบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ของผู้บริหารทุกระดับ

นางสาวพิมพ์ทิพา มาลาหอม,

ดร.วีรพันธ์ ชื้อสัตย์

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผศ.ดร.ชลดา ไชยกุลวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

นางสาวพนมวรรณ สว่างแก้ว

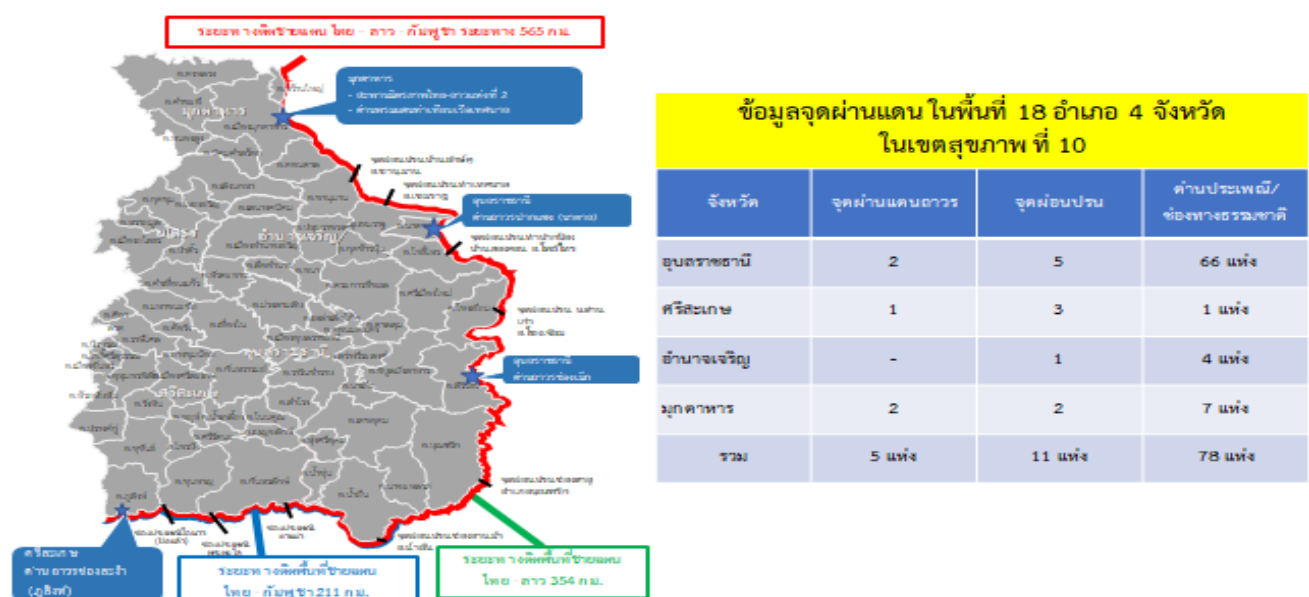
กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ข้อมูล secondary data ของหน่วยงานในพื้นที่

บริบทของพื้นที่ศึกษา

ภายใต้โครงการการประเมินระบบการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตสุขภาพ ที่ 10 ปี 2564 ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 และประเมินระบบงานเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของแต่ละระดับของหน่วยปฏิบัติงาน หรือหน่วยบริหารที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว – กัมพูชา ในเขตสุขภาพ ที่ 10 โดยพื้นที่ศึกษาประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดศรีสะเกษ (รูปภาพที่ 1)



รูปภาพที่ 1 ข้อมูลพื้นที่ศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดศรีสะเกษ รวมชุดข้อมูลจุดผ่านแดนพื้นที่จังหวัดชายแดน ไทย – ลาว – กัมพูชา ในเขตสุขภาพที่ 10

จังหวัดอุบลราชธานี

จังหวัดอุบลราชธานี เป็นจังหวัดขนาดใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ซึ่งตั้งอยู่ทางตะวันออกสุดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและของประเทศไทย มีประชากรถึง 1,878,146 คน ทั้งยังเป็นตำบลที่ตั้งของเส้นเวลาหลักของประเทศไทย ที่เส้นแวง 105 องศาตะวันออก โดยเป็นจังหวัดแรกที่ได้เห็นดวงอาทิตย์ก่อนพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทย สามารถชมปรากฏการณ์ตะวันอ้อมโขงในช่วงฤดูหนาวช่วงก่อนสิ้นปีและปีใหม่ และยังมีภาษาถิ่นวัฒนธรรมและประเพณีที่โดดเด่น คือประเพณีแห่เทียนพรรษาทุ่งศรีเมืองอุบลราชธานีและสถานที่ท่องเที่ยวทางธรรมชาติอีกมากมายไม่ว่าจะเป็นผาแต้ม ผาชนะได สามพันโบก เสาเฉลียง น้ำตกแสงจันทร์ และ ความงามตามธรรมชาติของแม่น้ำโขง อุบลราชธานีเป็นหนึ่งในสองจังหวัดของประเทศไทยที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านด้วยกันถึงสองประเทศในจังหวัดเดียว

ความพิเศษอีกอย่างหนึ่ง คือเป็นจังหวัดที่แม่น้ำสายสำคัญทั้งหมดของภาคอีสานทั้งโขงชีมูลไหลมาบรรจบกันโดยแม่น้ำชี และแม่น้ำมูลไหลมารวมกันที่อำเภวารินชำราบซึ่งเป็นสถานที่ตั้งของสถานีรถไฟหลักที่ไม่ได้ตั้งอยู่ในอำเภอเมืองเช่นจังหวัดอื่น ๆ ทั่วไป ส่วนสถานที่ราชการ ศาลากลางประจำจังหวัด สนามบินอุบลราชธานีอยู่ฝั่งอำเภอเมือง ซึ่งเชื่อมกับอำเภวารินด้วยสะพานรัตนโกสินทร์ 200 ปี และสะพานเสรีประชาธิปไตย โดยมีแม่น้ำมูลไหลกั้นระหว่างอำเภอเมืองและอำเภวารินชำราบ ก่อนจะไหลไปรวมกับแม่น้ำโขงบริเวณจุดชมวิวกาญจนาภิเษกโขงสีปูน มูลสีคราม อำเภอโขงเจียมต่อไป

อาณาเขตติดต่อ

- **ทิศเหนือ** ติดต่อกับจังหวัดอำนาจเจริญ และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว)
- **ทิศตะวันออก** ติดต่อกับแขวงจำปาสัก (ประเทศลาว) โดยพรมแดนบางช่วงใช้แม่น้ำโขงเป็นตัวกำหนด
- **ทิศใต้** ติดต่อกับจังหวัดพระวิหาร (ประเทศกัมพูชา)
- **ทิศตะวันตก** ติดต่อกับจังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดยโสธร

แนวพรมแดนติดต่อกับประเทศลาวและกัมพูชา รวมความยาวประมาณ 428 กิโลเมตรติดต่อกับประเทศลาว 361 กิโลเมตร (จากอำเภอเขมราฐถึงอำเภอน้ำยืน ติดต่อกับแขวงสะหวันนะเขต แขวงสาละวัน และแขวงจำปาสัก) และติดต่อกับประเทศกัมพูชา 67 กิโลเมตร (อำเภอน้ำยืน ติดต่อกับจังหวัดพระวิหาร ราชอาณาจักรกัมพูชา) (รูปภาพที่ 2)

จุดผ่านแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน มีดังนี้

1. จุดผ่านแดนถาวร ด่านพรมแดนช่องเม็ก อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
2. จุดผ่านแดนถาวรบ้านปากแซง อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี
3. จุดผ่อนปรนทางการค้า จำนวน 7 แห่ง ติดพรมแดนสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว)

จำนวน 6 แห่ง คือ พื้นที่ อำเภอยะรัง จำนวน 1 แห่ง (หลังที่ว่าการอำเภอยะรังหลังเก่า) อำเภอนาทล จำนวน 1 แห่ง อำเภอโพธิ์ไทร จำนวน 1 แห่ง (บ้านสองคอน ตำบลสองคอน อำเภอโพธิ์ไทร) อำเภอโขงเจียม จำนวน 2 แห่ง (บ้านคันท่าเกวียน ตำบลนาโพธิ์กลาง, บ้านดำน ตำบลโขงเจียม) อำเภอบุญศรี จำนวน 1 แห่ง(ช่องตาอุ) และวัดพรมแดนราชอาณาจักรกัมพูชาจำนวน 1 แห่ง คือ ช่องอานม้า อำเภอน้ำยืน (รูปภาพที่ 3)

ด้านสังคม

1. อำเภอเมืองอุบลราชธานี	14. อำเภอพิบูลย์รักษ์
2. อำเภอศรีเมืองใหม่	15. อำเภอตาลสุม
3. อำเภอโขงเจียม	16. อำเภอโพธิ์ไทร
4. อำเภอเขื่องใน	17. อำเภอสำโรง
5. อำเภอเขมราฐ	18. อำเภอดอนมดแดง
6. อำเภอเดชอุดม	19. อำเภอสิรินธร
7. อำเภอนาจะหลวย	20. อำเภอทุ่งศรีอุดม
8. อำเภอน้ำยืน	21. อำเภอนาเยีย
9. อำเภอบุญทรีย	22. อำเภอนาตาล
10. อำเภอตระการพืชผล	23. อำเภอเหล่าเสือโก้ก
11. อำเภอกุดข้าวปุ้น	24. อำเภอสว่างวีระวงศ์
12. อำเภอม่วงสามสิบ	25. อำเภอน้ำขุ่น

13. อำเภวารินชำราบ

ข้อมูลประชากรทั่วไป พ.ศ. 2562 ประชากร จำนวน 1,878,146 คน เพศชาย 939,044 คน เพศหญิง 939,102 คน (ที่มา : ทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย) จำนวน 25 อำเภอ 219 ตำบล 2,699 หมู่บ้าน ความหนาแน่นประชากร 119.06 คนต่อตารางกิโลเมตร (ที่มา : Wikipedia เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2563)

สถานบริการสาธารณสุข มีโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 22 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 317 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 4 แห่ง (ตารางที่ 1)

ด้านเศรษฐกิจ

โครงสร้างเศรษฐกิจจังหวัดอุบลราชธานี แบ่งออกเป็น 2 ภาค คือ (1) ภาคเกษตรกรรม และ (2) ภาคการค้าและบริการ เป็นส่วนใหญ่ โดยภาคเกษตรกรรมที่สำคัญ คือ การปลูกข้าวตามฤดูกาล รองลงมา คือ การปลูกพืชไร่ เช่น มันสำปะหลัง อันดับสามคือประมง เลี้ยงปลาน้ำจืด และปศุสัตว์ คือ เลี้ยงวัว และสุกร ฟาร์มไก่ รองลงมา คือ ปลูกยางพารา

ภาคการค้าและบริการที่สำคัญ คือ การค้าขายกับประเทศเพื่อนบ้าน (ไทย-ลาว) เป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากมีจุดผ่านแดนจำนวน 2 แห่ง คือ ผ่านด่านช่องเม็ก อำเภอสิรินธร และจุดผ่านแดนถาวรบ้านปากแซง อำเภอนาตาล ซึ่งกำลังก่อสร้างสะพานเชื่อมระหว่าง ไทย-ลาว สินค้าส่งออกที่สำคัญ คือ น้ำมันเชื้อเพลิง สินค้าอุปโภค-บริโภค วัสดุก่อสร้าง ยานพาหนะ สินค้านำเข้าที่สำคัญ คือ สินค้ากสิกรรม พลังงานไฟฟ้า ไม้แปรรูป เป็นต้น ส่วนภาคบริการที่สำคัญคือ บริการขนส่งสินค้า อาหาร เป็นต้น

ด้านโครงสร้างพื้นฐาน

จังหวัดอุบลราชธานี มีระบบขนส่ง แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ (1) ขนส่งทางบก เช่น รถยนต์โดยสารประจำทางรถแท็กซี่ รถยนต์โดยสารไม่ประจำทาง (2) ขนส่งระบบราง เช่น รถไฟ (3) ขนส่งทางอากาศ เช่น เครื่องบิน

จังหวัดศรีสะเกษ

จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง เรียกว่า “อีสานใต้” ห่างจากกรุงเทพมหานครทางรถยนต์ ประมาณ 571 กิโลเมตร ทางรถไฟ 551 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้ ทิศเหนือ เขตอำเภอราศีไศล อำเภอศิลาลาด และอำเภอขามเฒ่า ติดต่อกับจังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดอุบลราชธานี ทิศใต้อำเภอกันทรลักษณ์ อำเภอขุขันธ์ อำเภอขุนหาญ และอำเภอภูสิงห์ติดต่อกับราชอาณาจักรกัมพูชา ทิศตะวันออกเขตอำเภอกันทรลักษณ์ อำเภอกันทรารมย์ และอำเภอโนนคูณ ติดต่อกับจังหวัดอุบลราชธานี ทิศตะวันตกเขตอำเภออุทุมพรพิสัย อำเภอปรางค์กู่ อำเภอห้วยทับทัน และอำเภอบึงบูรพ์ ติดต่อกับจังหวัดสุรินทร์

ตารางที่ 1 ข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	อำเภอ	จำนวน/ประเภทสถานบริการสาธารณสุข (แห่ง)		
		โรงพยาบาล	รพ.สต.	สสช.
1	เขมราฐ	เขมราฐ (60 เตียง)	11	
2	นาตาล	นาตาล (30 เตียง)	8	
3	โพธิ์ไทร	โพธิ์ไทร (30 เตียง)	13	
4	ศรีเมืองใหม่	ศรีเมืองใหม่ (60 เตียง)	16	2
5	โขงเจียม	โขงเจียม (30 เตียง)	14	1
6	สิรินธร	สิรินธร (30 เตียง)	11	
7	บุญศรี	บุญศรี (60 เตียง)	21	
8	นาจะหลวย	นาจะหลวย (30 เตียง)	10	
9	น้ำยืน	น้ำยืน (60 เตียง)	18	2
10	น้ำขุ่น	น้ำขุ่น (30 เตียง)	7	

ที่มาข้อมูล กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (ตุลาคม 2564)

จังหวัดศรีสะเกษ มีพื้นที่ประมาณ 8,839.90 ตารางกิโลเมตร หรือ 5,524,987.5 ไร่ ลักษณะภูมิประเทศนั้น พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูงสลับทุ่งนา มีภูเขาและป่าไม้อยู่ทางตอนใต้ และพื้นที่จะค่อยๆลาดลงสู่ทิศเหนือ และทิศตะวันตกซึ่งเต็มไปด้วยห้วย คลอง หนอง บึงต่างๆ ตลอดระยะทางที่ลำนํ้ามูลและลำนํ้าชีไหลผ่านสภาพดิน ร้อยละ 60 เป็นลักษณะดินร่วนปนทรายที่มีการระบายน้ำดี แต่มีความอุดมสมบูรณ์ต่ำ “ศรีสะเกษ” เป็นจังหวัดชายแดนหนึ่งในเขตอีสานใต้ ที่มีเรื่องราวทางประวัติศาสตร์ อารยธรรม และศิลปกรรมที่น่าสนใจ โดยเฉพาะอารยธรรมขอมโบราณ จนได้ชื่อว่าเป็นดินแดนแห่งปราสาทขอมโบราณ เพราะมีปราสาทอยู่จำนวนมาก เช่น ปราสาทสระกำแพงใหญ่ ปราสาทสระกำแพงน้อย ปราสาทคู้ ปราสาทโคกฉนวน ปราสาทเยอ ปราสาททามจาม (ปราสาทบ้านเสมอ) เป็นต้น เท่าที่สำรวจพบขณะนี้ ยังคงมีร่องรอยและชิ้นทะเบียนเป็นโบราณสถานแล้ว จำนวน 16 แห่ง จนได้ขึ้นชื่อว่าเป็นนครแห่งปราสาท

จังหวัดศรีสะเกษ มีอาณาเขตติดกับราชอาณาจักรกัมพูชา ระยะทางประมาณ 127 กิโลเมตร (อำเภอกันทรลักษ์ อำเภอขุนหาญ 18 กิโลเมตร และอำเภอภูสิงห์ 33 กิโลเมตร) มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดต่างๆ ของราชอาณาจักรกัมพูชา โดยมีเทือกเขาพนมดงรักเป็นเส้นเขตแดนธรรมชาติ โดยที่อำเภอกันทรลักษ์ ที่ตั้งผามออีแดง เขตอุทยานแห่งชาติเขาพระวิหาร มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอจอมกระสาน จังหวัดพระวิหาร อำเภอขุนหาญมีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอตรอยเปียงปราสาท จังหวัดอุดรธานี และอำเภอภูสิงห์ ที่ตั้งจุดผ่านแดนถาวรช่องสะง่า มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภออัลลองเวง จังหวัดอุดรธานี (รูปภาพที่ 4)



รูปภาพที่ 4 แสดงอาณาเขตพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ กับจังหวัดใกล้เคียง และประเทศเพื่อนบ้าน

ข้อมูล primary data ที่ได้จากผลการศึกษา

รายละเอียดในการดำเนินการประเมินระบบการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของผู้บริหารทุกระดับโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย

1. พื้นที่ศึกษา : จังหวัดอุบลราชธานี ชายแดน ไทย-ลาว จำนวน 8 อำเภอ ไทย - กัมพูชา จำนวน 2 อำเภอ และจังหวัดศรีสะเกษ ชายแดนไทย - กัมพูชา 3 อำเภอ
2. กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย
 - 2.1 ผู้ว่าราชการจังหวัด จำนวน 2 จังหวัด : จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดศรีสะเกษ
 - 2.2 นายอำเภอ จำนวน 10 อำเภอ : จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 8 คน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2 คน
 - 2.3 ผู้แทนนายอำเภอ จำนวน 3 อำเภอ : จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 คน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1 คน
 - 2.4 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล: จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 8 คน, จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2 คน
 - 2.5 ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล 4 อำเภอ : จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3 คน, จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1 คน)

2.6 สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 คน :จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 6 คน, จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2 คน

2.7 ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ 5 อำเภอ : จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 4 คน, จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1 คน

ข้อค้นพบ

1. ด้านกระบวนการบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

1) นโยบายในการบริหารจัดการโรคโควิด – 19 (ด้านปกครอง)

1. ระดับจังหวัด
2. ระดับอำเภอ
3. ระดับตำบล/หมู่บ้าน

จากการสัมภาษณ์ กลุ่มเป้าหมาย ในจังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดศรีสะเกษ ในประเด็นการบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 มีดังนี้

1.1 จังหวัดอุบลราชธานี

หลังจากที่มีช่วงการระบาดหนักของเชื้อไวรัส โควิด 2019 ที่สถานบันเทิงที่กรุงเทพฯ ตั้งแต่เดือนเมษายน ปี 2563 ซึ่งในห้วงเวลาดังกล่าวไม่ได้มีแค่ชาวจังหวัดอุบลราชธานี ใน 25 อำเภอ ที่อพยพย้ายถิ่นไปขายแรงงานยังกรุงเทพมหานคร และในเขตปริมณฑลได้พากันอพยพเคลื่อนย้ายแรงงานกลับยังภูมิลำเนา ซึ่งรวมทั้งประชากรจากประเทศเพื่อนบ้านทั้งแรงงานที่เข้าเมืองทั้งถูกกฎหมาย และผิดกฎหมาย ได้เดินทางกลับสู่บ้านเกิดเมืองนอนทางจุดผ่านแดนถาวรด่านพรมแดนช่องเม็ก อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ในส่วนของจังหวัดอุบลราชธานีในห้วงเวลาดังกล่าว มีการดำเนินงานตามประกาศของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย (ศบค.) จังหวัดอุบลราชธานี ภายใต้การสั่งการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของ ศบค. โดยผู้ว่าราชการเป็นผู้บัญชาการ (Insider Command) ศูนย์บัญชาการเหตุการณ์โควิดจังหวัด (Incident Command System: ICS) ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดอุบลราชธานี ได้มีระบบการเฝ้าระวัง การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง กระทรวงมหาดไทย ฝ่ายปกครอง ฝ่ายความมั่นคง รวมทั้งด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศที่ด่านพรมแดนช่องเม็กในห้วงเวลาดังกล่าว

“เมื่อเกิดภาวะวิกฤตยังงี้ชาวอุบลก็ไม่ทอดทิ้งกัน เราได้มีการวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งฝ่ายปกครอง ฝ่ายท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายภาครัฐทั้งหมด และเอกชน ในการจัดระบบการเตรียมความพร้อมรับการมวลคนที่เคลื่อนย้ายกลับในแต่ละอำเภอซึ่งมีท่านผู้ว่าราชการจังหวัด ท่านสฤณี วิฑูรย์ เป็น IC ในการบริหารสั่งการระดับจังหวัด ในระดับพื้นที่จะมีนายอำเภอนำไป implement ต่อในระดับพื้นที่ ซึ่งจะมี อสม.เป็นกำลังหลักเบื้องต้นพื้นที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดี” (โดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

“ในส่วนนโยบายจังหวัดท่านผู้ว่าราชการจังหวัดมีนโยบายสั่งการชัดเจน มีระบบการติดตามโดยการประชุมผ่านระบบการประชุม EOC ทุกวัน พอสถานการณ์คลี่คลายก็เปลี่ยนเป็นรายสัปดาห์ การประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดก็ช่วยได้มากครับ” (โดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

“การควบคุมโรคโควิด-19 ของทางอำเภอสิรินธร ได้รับคำสั่งการจากทาง EOC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีนโยบายที่สอดคล้องกับทาง ศบค. มีการแจ้งนโยบายไปยังพื้นที่ ทั้งในส่วนของ รพ.สต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และภาคเครือข่ายในชุมชน ยึดหลักนโยบายเชิงรุก” (โดย สาธารณสุขอำเภอ)

กระบวนการบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดอุบลราชธานี สรุปได้ดังนี้

1. โครงสร้างคณะกรรมการ EOC ระดับจังหวัด
2. มีมาตรการและข้อสั่งการภายในจังหวัดลือไปตามข้อสั่งการ ของ ศบค.
3. มีการจัดเตรียมสถานพยาบาลในรูปแบบ โรงพยาบาลเฉพาะกิจ โดยใช้โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่มีจำนวนผู้ป่วยโควิดในพื้นที่จำนวนไม่มาก และมีการจัดเตรียมโรงพยาบาลสนามอย่างน้อย ตำบลก้อเอ อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ขนาด 1,000 เตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด ที่เดินทางกลับมาเข้ารับการรักษาตัวที่จังหวัดอุบลราชธานี จากกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเขตปริมณฑล
4. มีการจัดเตรียม HI, CI ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโควิด - 19 ครอบคลุม ทั้งระดับหมู่บ้าน ตำบล ครอบคลุม 25 อำเภอ
5. ในส่วนการดำเนินงานระหว่างประเทศทุกกรณี ใช้มติของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดและคณะกรรมการช่องทาง
6. กรณีสถานการณ์ระหว่างประเทศ ได้มอบหมายให้งานความร่วมมือระหว่างประเทศ ด้านสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข รับผิดชอบ
7. มีระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระหว่างจังหวัดอุบลราชธานีกับ 4 แขวงลาวใต้ (แขวงจำปาสัก แขวงสาละวัน แขวงเซกอง และแขวงอัตตะปือ)
8. ด้านมาตรการวัคซีนป้องกันโรคโควิด - 19 เน้นการประชาสัมพันธ์ในกลุ่ม 608 ให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่

1.2 จังหวัดศรีสะเกษ

การบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 พบว่า จังหวัดศรีสะเกษได้มีการจัดมาตรการรองรับสถานการณ์ โดยในช่วงแรกระดับจังหวัดได้มีการจัดตั้งศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ขึ้นมา มีการจัดทำมาตรการรองรับเพื่อจัดโครงสร้างในส่วนการดูแลพื้นที่ในส่วนของจังหวัด และได้มีการวางกรอบซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายเป็นหลัก มีการติดตามสถานการณ์ในส่วนของการแพทย์ที่สำคัญและจำเป็นเร่งด่วนในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ ข้าวของเครื่องใช้ที่จำเป็น รวมทั้งมีการเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายทั้งส่วนราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มีระบบการติดตามประเมินผล ในช่วงแรกจะมีการประชุมทางระบบ online ทุกวัน ต่อมาเปลี่ยนเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อติดตามสถานการณ์เป็นช่วงๆ อย่างไรก็ตามมีระบบการรายงานต่อ ICS อย่างทันท่วงที กรณีเกิดปัญหาจะมีระบบการสั่งการให้ดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ทันต่อสถานการณ์โดยเน้นรูปแบบ ซึ่งมีกลุ่มภารกิจให้การช่วยเหลือฟื้นฟู อีกทั้งเป็นตัวที่ช่วยเชื่อมประสาน ด้านการทำงานมีการทำงานในรูปแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วน อีกทั้งมีการจัดตั้งทีมกฎหมายในการตรวจสอบก่อนการออกเป็นระเบียบข้อบังคับใช้ในทั้งในระดับจังหวัดและในประเด็นละเอียดอ่อนระหว่างประเทศ เนื่องจากจังหวัดมีพื้นที่ติดต่อกับราชอาณาจักรกัมพูชา ในส่วนของด่านถาวรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการด่านระหว่างประเทศ มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าคณะ และเป็นผู้บัญชาการสถานการณ์ในหลายๆพื้นที่

ร่วมกับหน่วยงานด้านความมั่นคงในการควบคุมเรื่องโควิด โดยเฉพาะเรื่องการเดินทางเข้า-ออก ในการป้องกันการแพร่เชื้อระหว่างประเทศรวมทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคโควิด-19 กับประเทศเพื่อนบ้าน

“ข้อสั่งการมาตรการที่ออกไปจะแยกเป็น 2 ส่วน ในบางช่วงก็จะมีข้อสั่งการเฉพาะของพื้นที่ชายแดน แต่ส่วนใหญ่จะเป็นมาตรการรวมเพื่อให้เกิดความครอบคลุม เช่น ข้อสั่งการให้มีการตรวจตราในส่วนของการเดินทางข้ามประเทศโดยการทำงานร่วมกับฝ่ายความมั่นคงหลายหน่วยไม่ว่าจะเป็นหน่วยทหาร ตำรวจ ตชด. ฝ่ายปกครอง เขตอุทยาน เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าที่อยู่ตามแนวชายแดน ซึ่งเราดูแลถึงเรื่องการเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวด้วย ในส่วนนี้ศูนย์ปฏิบัติการชายแดนเป็นคนดำเนินการ” (โดย รองผู้ว่าราชการจังหวัด)

กระบวนการบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดศรีสะเกษ สรุปได้ดังนี้

1. ระบบโครงสร้างคณะกรรมการEOC/คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด
 - 1.1 ผังบัญชาการเหตุการณ์ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีผู้บัญชาการเหตุการณ์ ดังนี้
 - 1.1.1 ผู้บัญชาการเหตุการณ์ : ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ รองผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ 1-3 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ปลัดจังหวัดศรีสะเกษ
 - 1.1.2 ผู้บัญชาการเหตุการณ์ : นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัดศรีสะเกษ นายแพทย์เชี่ยวชาญ 1-2
2. การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบบูรณาการ EOC
 - 2.1 ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดศรีสะเกษ ทุกวันพุธ ของสัปดาห์
 - 2.2 ประชุม EOC :ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดศรีสะเกษ ทุกวันพุธของสัปดาห์ และประชุม EOC ถ่ายทอดข้อสั่งการและรับฟังปัญหาอุปสรรค ทุกวันอังคารและวันศุกร์
3. ออกมาตรการควบคุมพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
4. มาตรการ/ข้อสั่งการล๊อตตาม ศบค. และปรับตามสถานการณ์การแพร่ระบาดในพื้นที่
5. มาตรการด้านกฎหมาย มีทีมนิติกรระดับจังหวัดเข้ามาให้การดูแลและช่วยเหลือทางด้านกฎหมายให้ทั้งกับ ผู้มารับบริการ และผู้ให้บริการ โดยอิงตามมติคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด
6. ด้านงานเฝ้าระวังโรคข้ามแดนมีการกำหนดมาตรการเข้มงวดร่วมกับฝ่ายความมั่นคง มีการกำหนด มาตรการแนวทางที่ชัดเจน
7. มีการตรวจ ATK ให้กับรถบรรทุกขนส่งสินค้าจากประเทศเพื่อนบ้านทุกคัน
8. มีระบบการรายงานตรงต่อผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ
9. มีการตรวจติดตามการปฏิบัติตามมาตรการผ่อนปรนในสถานบริการ สถานประกอบการ และสถานศึกษา ในจังหวัดศรีสะเกษ

ผลลัพธ์ของการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด – 19

จากมาตรการการดำเนินการอย่างเข้มข้นของทั้งจังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดศรีสะเกษ เกิดผลลัพธ์จากการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด – 19 โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ด้านการป้องกัน ด้านการรักษา และด้านการฟื้นฟู ดังนี้

จังหวัดอุบลราชธานี

1. ด้านการป้องกัน ประกอบด้วย
 - 1.1 มีมาตรการเฝ้าระวัง และการตรวจคัดกรองประชาชนทุกรายที่เดินทางเข้าพื้นที่
 - 1.2 มีกระบวนการสืบสวน สอบสวนโรค ในกรณีพบว่า มีผู้ป่วย positive ในพื้นที่ เพื่อการบริหารจัดการกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่
 - 1.3 มีการเฝ้าระวังการค้นหาเชิงรุกในชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในพื้นที่
 - 1.4 ชุมชนมีการจัดระบบการป้องกันตามพื้นที่ ตามมาตรการที่ สบค.กำหนดโดยแยกตามสีที่กำหนด
2. ด้านการรักษา ประกอบด้วย
 - 2.1 ตามมาตรการของกรมควบคุมโรค จ่ายยาฟ้าทะลายโจร และ Favipiravir มีการกักตัวกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ในพื้นที่ที่กำหนดตามมาตรการ ของจังหวัดอย่างเคร่งครัด
 - 2.2 มีการจัดตั้ง
 - รพ.เฉพาะกิจ 3 แห่ง ได้แก่ รพ.เหล่าเสือโก้ก, รพ.สว่างวีระวงศ์, รพ.ตาลชุม
 - รพ.สนามขนาดเล็ก 3 แห่ง ได้แก่ รพ.เหล่าเสือโก้ก, รพ.สว่างวีระวงศ์, รพ.ตาลชุม
 - CI (Community Isolation) หรือศูนย์พักคอย โดยสถานที่แล้วแต่ชุมชนร่วมกันกำหนดกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ทั้งฝ่ายปกครอง สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น หอประชุมที่ว่าการอำเภอ, วัด, ศูนย์ OTOP, ห้องประชุมเทศบาล หรือห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบล)
 - HI (Home Isolation)
3. ด้านการฟื้นฟู ประกอบด้วย
 - 3.1 ทีมงานจิตอาสาในชุมชนลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ทีมงานจิตอาสาในชุมชน และสมาชิกในครอบครัวมีการดูแลอย่างใกล้ชิด

จังหวัดศรีสะเกษ

1. ด้านการป้องกัน ประกอบด้วย
 - 1.1 กระบวนการสอบสวนและสถานที่ในการรองรับการดูแลในแต่ละระดับ
 - 1.2 ระบบการติดต่อประสานงานก่อนการเคลื่อนย้ายจากปริณทลกลับสู่พื้นที่
 - 1.3 การตรวจคัดกรองด้วยการ x-rays ก่อนเข้าบ้านหลังที่ 2 ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงส่งต่อบ้านหลังที่ 3 และ 4 ตามลำดับ
 - 1.4 ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบ้านแต่ละหลังด้วยมาตรการเข้มข้น
2. ด้านการรักษา ประกอบด้วย

2.1 ตามแนวทางและมาตรการที่กรมควบคุมโรค กำหนด

- สี่เขียว บ้านหลังที่ 1, 2
- สี่เหลือง บ้านหลังที่ 3
- สี่ส้ม บ้านหลังที่ 4
- รักษาครบตามเกณฑ์ ส่งต่อบ้านหลังที่ 5

3. ทุกอำเภอมีการเปิด cohort ward, รพ.สนาม CI, HI ตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด
4. โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ มี ห้องความดันลบ (negative pressure room) จำนวน 48 ห้อง, ICU จำนวน 8 เตียง
5. covid health volunteers คอยดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ามา admit ในรพ.
6. โรงพยาบาลขุนหาญ มี mobile x-rays ที่สามารถนำออกไปคัดกรองผู้ป่วยที่ CI
7. ด้านการฟื้นฟู ประกอบด้วย บ้านหลังที่ 5 มีการลงติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมงานจิตอาสาในแต่ละพื้นที่

ปัจจัยความสำเร็จในการบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

จังหวัดอุบลราชธานี

1. การวางระบบความเชื่อมโยงระหว่างการสั่งการจากจังหวัดลงไปยังศูนย์สั่งการในระดับอำเภอ และจากระดับอำเภอลงสู่พื้นที่
2. การบูรณาการของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งองค์กรภาครัฐ/ภาคเอกชน/ภาคประชาสังคม
3. ในแต่ละพื้นที่มี new innovations to deal with covid-19
4. การสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายภาคเอกชน จัดตั้ง รพ.สนามขนาดเล็ก และรพ.เฉพาะกิจ
5. การนำธรรมเนียมสุขภาพมาใช้ในการบริหารจัดการสถานการณ์โควิดในระดับพื้นที่

จังหวัดศรีสะเกษ

1.ด้านบริหารจัดการ

- 1.1 ความเข้มแข็งของภาวะผู้นำ
- 1.2 มีการจัดตั้ง ศปก.ระดับจังหวัด/อำเภอ และตำบล
- 1.3 งบประมาณ กระทรวงมหาดไทยสั่งการให้ใช้เงินสะสมขององค์การบริหารส่วนตำบลได้แต่ต้องผ่านสภา
- 1.4 Policy advocacy for covid-19 in tourist city
- 1.5 Covid free setting in factory: drivers, workers, owners (screening by ATK)
- 1.6 การวางแผนรับการเคลื่อนย้ายแรงงานคืนถิ่น ในวิกฤต “กรุงแตก” ทั้งระดับจังหวัด – อำเภอ – ชุมชน มีการทำงานอย่างเป็นระบบ
- 1.7 ด้านกฎหมาย
 - 1.7.1 มีการออกคำสั่ง การทบทวนคำสั่ง การกำหนดมาตรการ และการกำหนดบทลงโทษ ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง
 - 1.7.2 มีมาตรการขายแดน คำสั่งโดยผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ การกำหนดจุดขนถ่ายสินค้า

- 1.8 มีการประสานทั้งนักการเมืองระดับประเทศในการเชื่อมประสาน กับฝ่ายปกครอง ฝ่ายความมั่นคง และฝ่ายสาธารณสุข
2. ด้านการสื่อสาร มีการสื่อสารหลากหลายรูปแบบ เช่น โทรศัพท์ line group, face book, webpage, สื่อเสียงตามสาย, หอกระจายข่าว, รายการโทรทัศน์ ฯลฯ
3. ระบบเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โดยพื้นที่ในรูปแบบ home volunteers, local volunteers (อำเภอขุนหาญ)
4. ความเข้มแข็งของทีมงานและระบบ ทั้งประชาชน และคณะสงฆ์
5. Market delivery
6. การเตรียมการเปิดประเทศ

ข้อจำกัดในการบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด - 19

จังหวัดอุบลราชธานี

1. ระดับจังหวัด

- 1.1 การเบิกจ่ายงบประมาณจาก งบจากหน่วยป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (ปพ.)
- 1.2 การบริหารจัดการวัคซีน ในพื้นที่ (demand มาก supply น้อย)
- 1.3 Increasing of cluster in communities from gambling, drinking, funeral, wedding, party

2. ระดับอำเภอ

- 2.1 การสร้างความรู้ความเข้าใจในชุมชนยังไม่ครอบคลุม
- 2.2 ค่าตอบแทนหน่วยงานสายความมั่นคงที่มาช่วยในการเข้าเวรยามด้านความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยโควิด-19 เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับ
- 2.3 ช่วงแรกนโยบายป้องกันควบคุมโรคไม่ชัดเจน

3. ระดับชุมชน

- 3.1 บางพื้นที่ ประชาชนบางกลุ่มที่รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูง เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงต่ำ ความใส่ใจในระเบียบวินัยมีน้อย
- 3.2 ในพื้นที่ชายแดนที่พื้นที่น้ำที่เป็นช่องทางธรรมชาติ ยังมีการลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมาย ในช่วงที่มีการปิดจุดผ่านแดนถาวร จุดผ่อนปรนทางการค้า ยังคงมีการลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมายมีทั้งจับกุมได้ และจับกุมไม่ได้ รวมทั้งในประเด็นยาเสพติด

จังหวัดศรีสะเกษ

1. ระดับจังหวัด

- 1.1 เสียใจไม่พอรับผู้ป่วยในช่วงแรกๆ ต้องปรับสนามกีฬาวิสุทธิมาตย์เป็นโรงพยาบาลสนาม
- 1.2 อัตรากำลังไม่เพียงพอ ส่วนหนึ่งต้องแบ่งไปช่วยภารกิจโรงพยาบาลสนามที่โรงพยาบาล

บุษราคัม และโรงพยาบาลสนามนิมิบุตร

2. ระดับอำเภอ

2.1 ในช่วงแรกเรื่องการปลูกจิตสำนึกในการสวมหน้ากากอนามัยในชุมชน รวมทั้งรณรงค์การล้างมือบ่อยๆ

2.2 การสื่อสาร ความตื่นตระหนกในช่วงแรก (อำเภอกุฉินารายณ์)

3. ระดับชุมชน

3.1 ความละเอียดอ่อนทางชาติพันธุ์

ความสำเร็จด้านกระบวนการและผลลัพธ์การบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภาคเครือข่ายชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

ด้านกระบวนการ

1. มีการเชื่อมประสานแผนจากระดับอำเภอ ลงสู่ตำบล และชุมชนตามลำดับ
2. มีมาตรการชัดเจน และการมอบหมายงานชัดเจน
3. มีระบบการติดตาม และหนุนเสริมการทำงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางด้านเทคนิควิชาการ
4. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจนจาก HI สู่ CI รพ.สนาม และ cohort ward ตามลำดับ ในกรณีผู้ป่วยอาการหนัก (สีแดง) จะส่งต่อมายัง แม่โขง และโรงพยาบาลศูนย์ ตามลำดับ
5. มีองค์กรภาคเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมมีการทำงานเป็นทีมระบบการสื่อสารที่ชัดเจน

ผลลัพธ์

1. มีระบบการทำงานที่ชัดเจน
2. มีแนวทางการดำเนินงาน
3. มีระบบการรายงานจาก HI, CI daily report
4. มีระบบการ screening การแยกสี และการส่ง CXR กรณีผิดปกติ refer admit ที่ cohort ward
5. มีระบบการบริหารจัดการศพ รวมทั้งการจัดทำแนวทางตามมาตรฐาน
6. กรณีการจัดตั้ง HI, CI ในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนตำบล และคนในชุมชนมีการเสียสละดูแลเรื่องอาหาร และความปลอดภัยให้ผู้ป่วยที่กักตัวที่บ้าน
7. การสื่อสาร และรายงานอาการป่วยที่เปลี่ยนแปลงทาง line กับเจ้าหน้าที่ที่ดูแล

จุดแข็งและจุดอ่อนการบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี (ตารางที่ 2)

จากการศึกษา พบว่า

จุดแข็ง

1. ผู้นำมีทัศนคติเชิงบวก
2. ทีมงานเข้มแข็งทำงานเป็นเนื้อเดียวกันระหว่างทีมงานสสอ.(เชิงรุกในชุมชน) และทีมรักษา(รพ.)
3. บางพื้นที่มีระบบพร้อม – คน – เงิน – ของ วิชาการความรู้เรื่องโควิด-19

4. การเตรียมการรับการเดินทางกลับภูมิลำเนาของผป. ในกทม. และปริมณฑล มีการทำงานอย่างเป็นระบบ แจ่งข่าวญาติ ประสาน อสม. อสม.ประสานจนท. ศูนย์รับ-ส่งต่อผป. และการเตรียมรับเข้าพักรักษาตัว โดยการคัดกรองตามมาตรการกรมควบคุมโรค

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในระดับพื้นที่ของจังหวัดอุบลราชธานี พบจุดแข็งของแต่ละพื้นที่สรุปได้ ดังนี้

ตารางที่ 2 จุดแข็งและจุดอ่อนการบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด – 19 ของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

อำเภอ	ข้อค้นพบจุดแข็งในพื้นที่
เขมราฐ	1. เกิดการทำงานรูปแบบชุมชนลุกขึ้นมาจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองในรูปแบบ “เบญจภาคี” 2. การสนับสนุนจากภาคเอกชนในการดูแลโรงพยาบาลสนาม และ CI ในชุมชน 3. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ในชุมชนโดยใช้หอกระจายข่าวในชุมชน 4. การนำเรื่องโรคเข้าไปบอกเล่าให้ชุมชนเข้าใจ ว่าโรคนี้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงได้ เมื่อได้รับการฉีดวัคซีน ซึ่งให้ประชาชนหลายคนสนใจเปลี่ยนใจมาฉีดวัคซีน 5. องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเทพวงศา) จัดทำโรงพยาบาลสนามเพื่อช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระงานให้กับโรงพยาบาลเขมราฐ 6. ความเข้มแข็งของภาคเครือข่าย ภาครัฐทุกภาคส่วน ภาคเอกชน และภาคประชาชนสังคม มีทีมงานเสียสละสุขภาพ และทีมงานจิตอาสาเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพข้ามแดน ในการเข้ามามีส่วนร่วมทั้งในการทำงานเชิงรุก และเฝ้าระวังโรคโควิดในชุมชนให้กับทั้งประชาชนตามแนวชายแดนและกลุ่มเปราะบาง ทางด้าน สสอ.เขมราฐ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ “เบญจภาคี” ว่า “เป็นการทำงานกับการรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ชุมชน ของอำเภอเขมราฐ โดยอาศัยเครือข่ายเบญจภาคีชุมชนในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโควิดในชุมชน ซึ่งเบญจภาคีไม่ได้มีทุกหมู่บ้าน การสร้างเบญจภาคีเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่เราร่างขึ้นเพื่อจะเป็นกำแพงในหมู่บ้านตามแนวชายแดนตามลุ่มน้ำโขง ประกอบด้วย อสม. ผู้นำชุมชน คนขับเรือ อพปร. คนขับรถ เพื่อรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคในชุมชน”
นาตาล	1. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง ภายใต้มติของตกลงของชุมชนในการเสียสละเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และดูแลผู้ป่วยโควิด – 19 โดยการจัดทำเตียงแคร่ไม้ไผ่ บ้าน 1 หลัง เตียงแคร่ 1 เตียง 2. ความร่วมมือในการกักตัว ในชุมชน สวนยาง เลี้ยงน่าน้อย บ้านญาติ ร้อยละ 90-95 ให้ความร่วมมือดี 3. มีการใช้มาตรการทางกฎหมายกับกลุ่มผู้ป่วย หรือกลุ่มเสี่ยงสูงที่ไม่ยอมกักตัว ทำให้เกิดการแพร่ระบาดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

	4. โรงพยาบาลนาตาลเป็นโรงสนามเฉพาะกิจแห่งแรกของจังหวัดอุบลราชธานีในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิดในชุมชน 5. ภาควิชาเครือข่ายในระดับอำเภอมีความเข้มแข็ง 6. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ข้อคิดเห็นว่า “รพ.มีการทำงานเชิงรุกลงไปถึงพื้นที่ แต่ส่วนใหญ่เราใช้การสื่อสารผ่าน line group กับกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ซึ่งทุกคนต่างรับรู้บทบาทหน้าที่ตัวเอง”
โพธิ์ไทร	1. ชุมชนลุกขึ้นมาจัดการปัญหาตนเองในการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำ new normal การท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ ตำบลสองคอน อ.โพธิ์ไทร 2. ผู้นำ (นายอำเภอ) “ใช้หลักครองตน ครองคน ครองงาน และลงพื้นที่ให้กำลังใจคนทำงาน เราจะทำงานไม่ขัดคนทำงาน คนที่เขาทำงานว่าอย่างไรก็ทำตามอย่างนั้น ไม่มีนโยบายขัดต่อการทำงานของคนในพื้นที่ และพร้อมรับมือทุกสถานการณ์”
ศรีเมืองใหม่	1. ทีมงาน EOC เข้มแข็ง มีการวางระบบงานไว้ที่ชัดเจน 2. มีการสร้างความตระหนักรู้โดยให้ชาวบ้านเห็นความสำคัญ 3. ผู้นำมีความใส่ใจในทีมงาน หรือภาคี ซึ่งต้องดูแลกันทั้งครอบครัว 4. การประสานงานที่เข้มแข็งได้ในทุกระดับ 5. นายอำเภอกล่าวว่า “จุดแข็งของอำเภอในเรื่องการเข้าถึงวัคซีน โดยตัวนายอำเภอและผู้นำชุมชนเป็นต้นแบบในการเข้าถึงวัคซีน และต้องไปชักชวนลูกบ้านให้มารับวัคซีน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ทั้งมีและไม่มีโรคเรื้อรัง มีการจัดทำบัญชีผู้นำชุมชนกว่า 400 ตำแหน่ง ใครมาฉีดแล้วติดออกที่เหลือใครยังไม่ฉีดนายอำเภอเชิญพบที่ห้องเพื่อสอบถามถึงสาเหตุการไม่ไปรับวัคซีนว่ามีข้อจำกัดอะไร ทำไมไม่ฉีด ติดขัดอะไร ต้องการให้ช่วยอะไร” 3. นายอำเภอกล่าวว่า “ด้านการสื่อสาร ผมจะสื่อสารทางline มีประมาณ 10 กว่ากลุ่มจะเป็นกลุ่มกำนัน ผู้ใหญ่บ้านผู้นำชุมชน อบต.ต่างๆ หัวหน้าส่วนราชการ โดยประเด็นหลัก ถ้ามีเรื่องอะไรเร่งด่วนให้ยกหูโทรหาผลก่อนเลยเพราะว่าบางที่เราไม่ได้นั่งดู line ตลอดเวลาเราจะได้รายงานให้ถูกและรวดเร็ววนะครับ แต่โดยหลักผมจะคุยกับคุณหมอ ตำรวจ ระดับตำบล ระดับอำเภอในบางกรณีผมจะลงพื้นที่เองเลย”
โขงเจียม	1. ชุมชนลุกขึ้นมาจัดการปัญหาตนเอง ด้วยการจัดทำ”ธรรมนูญชุมชน ป้องกันโรคโควิด-19 ในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์กลาง 2. มีจุดพักคอย หรือ CI ทุกตำบล 3. การสื่อสารจะมีข้อสั่งการจากอำเภอสื่อสารลงสู่ชุมชนโดยผ่านทางผู้นำชุมชน คือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผ่านระบบ line รวมทั้งประสานงานกับทาง รพ.สต.ในการลงประชาสัมพันธ์ในพื้นที่รวมทั้งการป้องกันโรค และเรื่องวัคซีน 4. ภาวะผู้นำของผู้บริหารทุกภาคส่วนที่เข้าใจสถานการณ์เมืองชายแดน เมืองท่องเที่ยวโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคมียุคสูง แต่ชุมชนมีการตื่นตัวมีการใช้ธรรมนูญตำบลมาช่วยใน

	การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิดในชุมชน 5. มีแผนการรับมือการแพร่ระบาดของโรคโควิดและมีการซักซ้อมความเข้าใจกับผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ให้มีแบบแผนและแนวทางการรับมือการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19
สิรินธร	1. ผู้นำเน้นการเฝ้าระวังการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ทั้งในพื้นที่ และตามรอยตะเข็บชายแดน รวมทั้งป้องกันการลักลอบข้ามแดนจากประเทศเพื่อนบ้านเพราะอยู่ในระหว่างปิดประเทศ 2. มีการทำงานประสานกับทางด้านสาธารณสุข โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ด้านพรมแดนช่องเม็ก 3. นายอำเภอสิรินธรกล่าวว่า “อำเภอสิรินธรมี motto ว่า คนสิรินธรไม่ทิ้งกัน เมื่อมีการเคลื่อนย้ายแรงงานกลับอย่างต่อเนื่อง มีผู้ติดเชื้อเพิ่มจำนวนมากขึ้นและโรงพยาบาลไม่สามารถให้การรองรับผู้ป่วยได้ ผมได้พยายามหาสถานที่เพื่อจัดทำศูนย์พักคอยที่ช่องเม็ก แม้ว่าครั้งแรกไม่ประสบผลสำเร็จ แต่ผมก็พยายามและได้สถานที่ที่ช่องเม็ก และได้มีการจัดเตรียมความพร้อมทั้ง คน เงิน และของพร้อม เพื่อให้เปิดดำเนินการช่วยเหลือพี่น้องประชาชน” 4. ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายคนชายแดน ทานสาธารณสุขอำเภอสิรินธร ให้ข้อมูลว่า “ด้านภาคีเครือข่ายเราจะมี อปท.เป็นหลัก ในส่วนผู้นำชุมชนเป็นบุคลากรของส่วนมหาดไทย หน้าที่ควบคุมโรคในชุมชนซึ่งสามารถช่วยได้เยอะในส่วนของ NGOs ที่มี กฟภ.ทางเขื่อนสิรินธร เข้ามาสนับสนุนช่วยเหลือในส่วนของวัสดุอุปกรณ์ ของโรงพยาบาลสนาม รวมทั้งในชุมชนด้วย มีการสนับสนุนรพ.สนาม ในส่วนแผนการรองรับสถานการณ์ เรามีการออกคำสั่งแต่งตั้งทีมงาน เพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป” 5. ด้านโรงพยาบาลสิรินธร พบว่า มีการดำเนินการตามข้อสั่งการของ EOC จังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่สอดคล้องกับสคบ. ซึ่งทางรพ.จะ swab ผู้ที่มีอาการเสี่ยงสูงทุกรายและส่ง PCR ที่รพ.มีห้องแยกโรค, ห้อง negative pressure roomเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด จำนวน 2 ห้อง มี cohort ward จำนวน 3 เตียง มีศูนย์พักคอยจำนวน 100 เตียง แต่สามารถขยายรองรับได้ถึง 150 เตียง มีในระดับหมู่บ้านส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะติดเชื้อมาจากที่อื่น” ด้านบุคลากรมีการบูรณาการในระดับอำเภอ ในส่วนของรพ.จะมีการสนับสนุนช่วยเหลือกันในทุกหน่วยที่ให้บริการ รวมทั้งมีทีม MCATT ช่วยไปช่วยเหลือในชุมชนกรณีมีการรายงานผู้ป่วยถูก bully และ stigma ในชุมชน -ด้านภาคีเครือข่าย “เรามีหลากหลายหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็น ตม. ตชด. ศุลกากร เขื่อนสิรินธร ทหาร ฝ่ายปกครอง กษาด และหน่วยงานในอำเภอสิรินธร จุดแข็งของอำเภอสิรินธร คือ 1. โครงสร้าง EOC ที่เข้มแข็งมีการแบ่งงานที่ชัดเจน 2.มีทีมงานที่เข้มแข็ง รวมทั้งทีมสอบสวนโรคเข้าไปในพื้นที่ได้ทันเหตุการณ์ 3.ชุมชนเข้มแข็ง 4.ภาคีเครือข่ายพร้อม ทั้งคน เงิน ของ 6. ผลลัพธ์ โรงพยาบาลสิรินธร 1.มีแนวทางการรักษาผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ 2.มีระบบการรักษา และ

	การส่งต่อผู้ป่วยกับโรงพยาบาลแม่ข่าย 3.มีระบบการจัดเก็บข้อมูลความน่าเชื่อถือ และเป็นปัจจุบันสามารถตรวจสอบได้
บุญทริก	1. อำเภอบุณทริกพลังสามทหารเสือที่เข้มแข็ง (นายอำเภอ – ผู้อำนวยการโรงพยาบาล – สาธารณสุขอำเภอ) 2. นายอำเภอสั่งการให้สำรวจแรงงานบ้ายถิ่น100%ในทุกหมู่บ้านเมื่อกลับมาสามารถตรวจสอบได้ 3. การกำหนดกติกาหมู่บ้านโดยผู้นำชุมชนและคนในชุมชนร่วมกันกำหนด “ธรรมนูญชุมชน” 4. จุดแข็งอำเภอบุณทริก: 1) การสั่งการชัดเจน 2) การให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง 3) ข้อเสนอทางออกให้ประชาชนร่วมตัดสินใจ 4) ประชาชนเข้ามาร่วมตัดสินใจกับเรา 5) สิ่งที่น่าสนใจ นายอำเภอบุณทริก ได้ให้ประเด็นที่น่าสนใจในเรื่องภาคีเครือข่ายว่า “ในกระบวนการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการวางแผนรับมือในการควบคุมโรคโควิด เกิดจากการพูดคุยหารือร่วมกันทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งเกิดจากการวิเคราะห์ และการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าเมื่อเกิดขึ้นจะรับมือกับมันอย่างไรโดยพิจารณาตามมติที่ประชุม และแบ่งหน้าที่การทำงานของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน ในด้านการสื่อสารคนที่สื่อสารดีที่สุดคือกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพราะเป็นผู้นำที่อยู่ในชุมชน เป้าหมายคือการดูแลคนในชุมชน และคนในชุมชนก็เชื่อในการทำงานของกำนัน และผู้ใหญ่บ้านอาจเป็นเพราะความสนิทสนมแบบเครือญาติให้ทำตามกติกาของหมู่บ้าน หรือกฎระเบียบประชาคมหมู่บ้านเขาวางมติร่วมกัน ประชุมร่วมกัน มีการวางแผนหรือส่งข่าวให้กับผู้ที่将会เดินทางกลับมาจากพื้นที่กลุ่มเสี่ยงให้ทราบถึงมาตรการต่างๆ ในหมู่บ้านในเชิงการประชาสัมพันธ์ ซึ่งเป็นผลตอบรับที่สะท้อนกลับมาบอกถึงตัวเลขไปในตัว” -ด้านผลลัพธ์ ท่านนายอำเภอบุณทริกกล่าวว่า “ทำและตอบโจทย์วัตถุประสงค์ คือการที่ทุกคนมีส่วนร่วม มีความตระหนักถึงความสำคัญของมาตรการเช่น การป้องกันตัวเอง D-M-H-T-T มาตรการทางสังคม การจัดงานในพื้นที่ และมาตรการทางกฎหมาย” -จุดแข็งของการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด-19 ในอำเภอบุณทริก นายอำเภอกล่าวว่า “สิ่งที่เรายอมรับกันอย่างหนึ่งก็คือคนพร้อมที่จะปฏิบัติตามมีเยอะกว่าคนที่ไม่พร้อมจะปฏิบัติตาม ดังนั้นสิ่งที่เราสั่งการไป หรือมีความเห็นไป ก็ต้องอยู่ภายใต้หลายๆ บริบทจะทำไมไม่ให้มีการแพร่ระบาด ดังนั้น IC จะคัดคัดสิทธิ์ไม่คัดคัดสิทธิ์ขึ้นอยู่กับพี่น้องประชาชนทุกคน ถ้าเขาไม่ปฏิบัติตามผลกระทบก็ตกอยู่ที่เขาเอง ดังนั้น cluster มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดต้องสอบสวนให้เร็ว ต้องควบคุมให้ไว เพราะเกิดขึ้นหนึ่งรายอาจจะทำให้เพิ่มขึ้นได้อีกหลายราย”

	-สสอ.บุญทริก ใช้ยุทธศาสตร์ภาพใหญ่ของอำเภอ 5 คือ เราอยากให้เด็กในอำเภอบุญทริกเป็นเด็กเก่งและดี ยุทธศาสตร์เราจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ยุทธศาสตร์ภัยคุกคาม ยุทธศาสตร์อาหารปลอดภัย และยุทธศาสตร์สิ่งแวดล้อม -โมเดลอำเภอบุญทริก “มีการประสานร่วมมือดีระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กับโรงพยาบาลจะต้องเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ทำงานไปในทิศทางเดียวกันอยู่เสมอ เราโชคดี คือได้นายอำเภอที่มีวิสัยทัศน์โดยท่านพร้อมที่จะรับฟัง และให้การสนับสนุนทีมเครือข่ายทางด้านสาธารณสุขอยู่เสมอ 3 ส่วนนี้ ทำงานได้ดีทำให้มีการพัฒนาและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ”
นางจะหลวย	1. จุดแข็งอำเภอนางจะหลวย: 1) ผู้นำต้องมีทัศนคติเชิงบวก 2) มองเห็นเป้าหมายร่วม 3) มองประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประชาชนต้องได้สิ่งที่ดีที่สุด โดยไม่ต้องเลือกสายโลหิต ความเป็นญาติ ทุกคนมีคุณค่าเท่าเทียมกัน” 2. จุดแข็งโรงพยาบาลนางจะหลวย ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลกล่าวว่า “จุดแข็งของโรงพยาบาลนางจะหลวย ประกอบด้วย 1) คณะเจ้าหน้าที่มีจิตที่เมตตา มีใจช่วยเหลือคนไข้ซึ่งเป็นพี่น้องเราให้ถึงที่สุด ให้เต็มความสามารถ 2) โรงพยาบาลมีงบประมาณ และมีที่พึ่งทางจิตวิญญาณ 3) คนนางจะหลวยมีน้ำใจเอื้ออาทร 4) ระหว่างผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัว โรงพยาบาล.มีกิจกรรม การเล่นกีฬา การสวดมนต์ การออกกำลังกาย 5) มี call center 3. ท่านนายอำเภอนางจะหลวยได้กล่าวถึงภาคเครือข่ายไว้อย่างน่าสนใจว่า “เราวางกลไกการทำงาน 3 ระดับ คือ 1.ระดับหมู่บ้านเพราะมันตรงกับยุทธศาสตร์แตกหักของเรา ซึ่งประกอบด้วยท่านผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน ท่านอสม.เป็นโครงสร้างกลไกในระดับหมู่บ้าน 2. ระดับตำบล เรามี รพ.สต.ทั้งหมด 10 แห่ง มี ผอ.รพ.สต.และทีมงานสาธารณสุข โดยใช้โครงสร้างของสาธารณสุข 3.ระดับอำเภอ EOC โดยมีคณะกรรมการจัดการอำเภอ โดยใช้กลไกภาคีเครือข่าย เราต้องรู้จักจุดอ่อนจุดแข็งในการต่อสู้กับปัญหาตัวแรก D-M-H-T-T เช่นการเว้นระยะห่าง การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การตรวจวัดอุณหภูมิ เป็นต้น ตัวที่สองคือเรื่องของวัคซีน คนทุกคนต้องได้รับวัคซีนทั้งหมด ตัวที่สามคือต้องรู้สถานการณ์ว่าตอนนี้มันเริ่มใกล้ตัวเราแล้วทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกับสถานการณ์ในเรื่องนี้ซึ่งเป็นปัญหาของทุกคน”

น้ำยีน	1. ผู้นำ (นายอำเภอ) มีการกำชับการดำเนินงานให้ปฏิบัติตาม ศบค.อย่างเคร่งครัด 2. ทีมงานภาคเอกชนเข้มแข็ง สนับสนุนการจัดทำโรงพยาบาลสนามที่วัดภูน้อย ทั้งวัสดุอุปกรณ์อาหาร และน้ำดื่มแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีที่โรงพยาบาลสนามและโรงพยาบาลน้ำยีน 3. มีการเตรียม HI และ CI ในชุมชนในการเตรียมการรับการอพยพกลับของประชาชนจากกรุงเทพและเขตปริมณฑล
น้ำขุน	1. มีคำสั่ง EOC ชัดเจน 2. ผู้นำ (นายอำเภอ)เข้มแข็ง และชุมชนรักและศรัทธา ทำตามแบบไม่มีเงื่อนไข เช่นกรณีเกิด cluster เด็กนักเรียนและผู้ปกครองติดโควิด ท่านประชาคมในอำเภอ น้ำขุนเรื่องการจัดตั้งรพ.สนามที่ห้องประชุมที่ว่าการอำเภอ ชุมชนมีมติให้จัดทำ และร่วมระดมวัสดุ อุปกรณ์ ข้าวของเครื่องใช้ รวมทั้งอาหาร และน้ำดื่มครบสามารถเปิดทำการได้ใน 2 วัน 3. มีการนำมาตรการทางกฎหมาย และทางด้านสังคม ร่วมกำหนดบทลงโทษกรณีเกิดการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างในกลุ่มที่เล่นการพนัน 4.มีการสื่อสารเรื่องโรคและการป้องกัน ผ่านทางโซเชียล เช่น ทาง face book, page, line group ในกลุ่มผู้นำชุมชน อสม. หัวหน้าส่วนราชการ รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวในชุมชน 5. จุดแข็งของอำเภอน้ำขุน ท่านนายอำเภอและทีมงานทุกภาคส่วนเสมือนเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน มีความสนิทสนมดูแลเอาใจใส่ต่อกันดี 6. โรงพยาบาลน้ำขุน พบว่า มีการดำเนินงานตามกรอบและนโยบาย รวมทั้งข้อสั่งการณที่ศูนย์ EOC จังหวัดกำหนด รวมทั้งรับฟังสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่และมีการปรับแก้ตามสถานการณ์ และ iC (นายอำเภอ) สั่งการในรูปแบบการบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วน รวมทั้งมีระบบการดักจับข้อมูลการเคลื่อนย้ายกลับของประชาชนชาวอำเภอน้ำขุนที่เดินทางกลับจากกรุงเทพ และปริมณฑล สาเหตุจากการเจ็บป่วยจากโรคโควิด - กรณีผู้ป่วยโรคโควิดที่ต้องส่งไปเอกซเรย์ปอดส่งใหญ่จะเป็นผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อจากบุตรหลานกลับมาเยี่ยมบ้าน จะส่งไปเอกซเรย์ปอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม 7. มีแผนรับมือในการออกคัดกรองเชิงรุก ในกลุ่มเสี่ยงทั้งในแง่พฤติกรรมและอาชีพ เช่นคนงานในโรงงานแปงมัน ด้านการสื่อสารกับกลุ่มเสี่ยงทีมแพทย์จะสื่อสารเองรวมทั้งเรื่องการรับวัคซีน 8. จุดแข็งของการดำเนินงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำขุน ได้ให้ประเด็นที่น่าสนใจว่า “<i>ความภาคภูมิใจในการทำงานกับผู้ป่วยโควิด ทำด้วยความเป็นวิชาชีพ และอุดมการณ์ที่ตั้งใจในการทำงานในการให้บริการก็เลยมีอันนี้มาชัดเจนเรื่องความเหนื่อยล้า และความมีอาชีพการทำงานที่ว่าจะต้องโหมงานหนัก ผมเป็นคนพื้นที่เป็นการตอบแทนบ้านเกิดส่วนหนึ่งครับ</i>”

สำหรับมาตรการการจัดการจัดการเรื่องศพผู้ป่วยโควิดที่เสียชีวิต จังหวัดจะเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการเองทั้งจังหวัด อุบลราชธานี และจังหวัดศรีสะเกษ

จุดอ่อน

1. การบริหารจัดการขยะติดเชื้อใน CI ในบางพื้นที่ทางไกลมีปัญหา แต่สามารถแก้ไขได้
2. งบประมาณล่าช้า และการเบิกจ่ายลำบาก (งบประมาณของ ปพ.)
3. CI, HI, cohort ward ไม่เพียงพอ ในช่วง “กรุงแตก”
4. “มาตรการรับมือของรัฐบาลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานกลับไม่ตื่นนโยบายออกมาไม่ทันกับการเคลื่อนย้ายทำให้ด้านการรักษาดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดีเท่าที่ควร”
5. บุคลากรไม่เพียงพอ
6. ขาดแคลนอุปกรณ์ชุด PAPR, หน้ากากอนามัยไม่เพียงพอสำหรับเจ้าหน้าที่ในการป้องกันในการป้องกันจนท.จากการให้บริการ ผป.โควิด
7. การบริหารจัดการวัคซีน ไม่ครอบคลุม เนื่องจากได้รับจัดสรรน้อย
8. ค่าใช้จ่ายในแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย เก็บได้ไม่ครบ
9. พยาบาล กับผู้ช่วยเหลือคนไข้ติดเชื้อโควิด -19 จาก ผู้ป่วย
10. บุคลากรทางด้านการแพทย์สาธารณสุข workload มากจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ขึ้นเวรไม่เพียงการทำงานมายาวนานไม่ได้พักผ่อน ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า burnout ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
11. ปัญหาเรื่องการบริหารจัดการเรื่องการเงิน ในการเอาไปปรับปรุง โรงพยาบาลสนาม
12. การลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมายตามช่องทางธรรมชาติ, ยาเสพติด
13. กลุ่มเสี่ยงไม่ยอมปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด
14. วัสดุ/อุปกรณ์ป้องกันไม่เพียงพอ (ชุด PPE, mask N95)
15. การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง
16. บุคลากรไม่เพียงพอกับการะงาน
17. มีแรงงานเคลื่อนย้ายกลับมากที่สุดในจังหวัดอุบลราชธานี (4,000ราย)
18. ระบบการส่งการไม่ชัดเจน

จุดแข็งและจุดอ่อนการบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของชุมชนจังหวัด

ศรีสะเกษ จากการศึกษา พบว่า

จุดแข็ง ในพื้นที่อำเภอขามเฒ่า มี 3 อำเภอ มีดังนี้

อำเภอกันทรลักษณ์ :

1. ความเข้มแข็งของผู้นำและภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับสโมสรโรตารี
2. มีระบบการบริหารความเสี่ยง ทาง webpage, face book, สื่อทางหอกระจายข่าว
3. การนำธรรมนูญโควิดสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. การบริหารจัดการเรื่องการท่องเที่ยวบนมออีแดง การจำกัดจำนวนนักท่องเที่ยว/การลงทะเบียน/

วัคซีน

5. ด้านการรักษา มี negative pressure จำนวน 48 ห้อง, ICU จำนวน 8 เตียง

ในอำเภอกันทรลักษ์ มีประเด็นที่น่าสนใจระหว่างการทำงานภาคีรัฐกับองค์กรภาคเอกชนในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ในพื้นที่อย่างรุนแรง ท่านสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ ซึ่งเป็นนายกสโมสโรตารี ท่านได้ให้ประเด็นที่น่าสนใจว่า “ผมเป็นทั้งสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์และนายกสโมสโรตารี โดยเราจะทำในส่วนของการทางด้านการศึกษา การช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส ด้านเด็ก ฯลฯ ในช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เข้ามาเราไม่สามารถจัดกิจกรรมได้ เราได้ปรับกิจกรรมในเรื่องการจัดหาอาหารและน้ำดื่มไปบริจาคช่วยเหลือที่จุดฉีดวัคซีน และที่ CI ในพื้นที่อำเภอกันทรลักษ์ เป็นการช่วยเหลือและบรรเทาความเดือดร้อนให้กับทั้งเจ้าหน้าที่ และประชาชนที่เข้ามาเกี่ยวข้อง” ความภาคภูมิใจของคนกันทรลักษ์ 1) คนกันทรลักษ์เมื่อเจอเรื่องเดือดร้อนขึ้นมากการมีส่วนร่วมจะดีมากขอแค่มีตัวเชื่อมประสานที่ดี 2) เรื่องของการท่องเที่ยว โดยเฉพาะมออีแดงทางอำเภอมักมีการเปิดให้เที่ยวสลับกันมีการลงทะเบียนในการขึ้นไปเที่ยวล่องหน้า ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มและมีการเว้นระยะห่าง และมีการออกข้อกำหนดว่าต้องได้รับวัคซีนครบตามที่กำหนด และมาตรการ DMHTT

อำเภوخุนหาญ: จุดแข็งที่พบ

1. ผู้นำ ทีมงานและระบบเข้มแข็ง รวมถึงภาคประชาชน และคณะสงฆ์ ต้นทุนดี
2. ภาคีเครือข่ายมีการประชุมจัดวางระบบ ความเชื่อมโยงของทุกภาคส่วน
-เครือข่ายชุมชนมีการติดตามเรื่อง time line ผู้ป่วยทุกราย
3. กรณีเร่งด่วนจะมีการประสานงานการจัดประชุมแบบไม่เป็นทางการ
4. โรงพยาบาลขุนหาญ มีการสร้าง local volunteers' เพื่อช่วยแยกและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ในชุมชน
5. กรณีต้องการกลับจากกทม.และปริมาณพลสามารถแจ้งประสานผู้นำชุมชนเพื่อจัดเตรียมรถไปรับ

จุดแข็งของอำเภوخุนหาญมีประเด็นที่น่าสนใจคือ การให้ความสำคัญของประเด็นการสื่อสาร “เรามีกำนันผู้ใหญ่บ้าน มี อบต. ใช้การสื่อสารทางช่องทาง line group มีสมาชิกกลุ่ม line เกือบ 500 คน โดยมีกำนันผู้ใหญ่บ้าน 145 หมู่บ้าน แต่มีผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนันก็อยู่ในกลุ่ม line การสั่งการหรือสื่อสารเรื่องต่างๆทำได้อย่างรวดเร็ว ส่วนเรื่องหนังสือทางสารวัตรกำนันเอง รวมทั้งผู้ใหญ่บ้านก็จะมาเอาไปแจกกัน ในช่วงที่ peak มากๆ อำเภوخุนหาญเป็นอำเภอแรกที่เข้าใจคนของเราที่ต้องการกลับบ้านในช่วงที่มีการแพร่ระบาดสูงในกรุงเทพฯ ถ้าเราไม่มีเตียงรับผู้ป่วย ผมกับทีมงานอำเภอจัดประชุมวางแผนการจัดรถไปรับพี่น้องเรากลับบ้าน ใครอยากกลับบ้านก็ให้ติดต่อมาเลย (ชาวขุนหาญไม่ทิ้งกัน) โดยเรามีผู้ประสานงาน มี centerประชาสัมพันธ์ลงไปให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประสานกับคนในพื้นที่ว่ามีลูกหลานใครบ้างที่ต้องการกลับบ้านให้แจ้งเรามา เราก็จะจัดรถไปรับ และส่งต่อถึงชุมชนกรณีกลุ่มเสี่ยงต้องกักตัว ในส่วนผู้ที่ป่วยก็รักษา ในส่วนของโรงพยาบาล ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้กล่าวถึงในส่วนการสร้าง local volunteers เพื่อช่วยในการเฝ้าระวังและคัดกรองเบื้องต้นในการแยกผู้ป่วยออกจากกลุ่มเสี่ยง การลงติดตามเยี่ยมบ้านการเอาไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้ง CI โดยให้ญาติมารับยาไปให้ผู้ป่วย รวมทั้งการดึงให้ประชาชน ชุมชน และวัด เข้ามามีส่วนร่วมในการระดมทุน เพื่อการดูแลผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงที่ถูกกักตัวในชุมชน รวมทั้งการแก้ปัญหาผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงสูงที่ถูกกักตัวในชุมชน โดยการ bully ซึ่งทางโรงพยาบาลก็ได้ลงไปร่วมแก้ไข ปัญหาในชุมชน ในรูปแบบ two way communication ด้วยการประกาศให้ชาวบ้านรู้ในแต่ละเรื่องซึ่งเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน เป็นการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบอกเล่าเรื่องประทับใจว่า

“มีท้องถิ่นหนึ่งโทรมาหาว่าลูกหลานลำบากไม่มีที่รักษาพอจะเป็นไปได้หรือไม่มีรถไปรับ เพราะช่วงนั้นรถตู้พนักงานทั้งหมด ตอนนั้น สปสช.บอกมีค่าตอบแทน เรามาคิดเรื่องค่าน้ำมัน มันสามารถช่วยเหลือกันได้ เราเลยคิดวิธีว่า 1) คนขับรถต้องได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ 2) รถต้องมีการออกแบบเช่นติดกระจก 3) คนขับรถต้องรู้จักวิธีการใส่ชุด PPE และกลไก 4) งบสปสช.สามารถเบิกได้ และได้คุยปรึกษากับท่านนายอำเภอ ท่านมอบหมายให้ท้องถิ่นดูแลและดำเนินการสามารถ จัดรถไปรับลูกหลานชาวชุมชนหาญที่ป่วยหรือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงกลับบ้านได้เป็นจำนวนมาก อันนี้ต้องขอยกย่องแนวคิดท้องถิ่นอำเภอ เพราะลูกหลานไม่มีทางไปและเขาหนีมาขึ้นรถโดยสารกลับบ้านโดยปลอดภัย”

อำเภอภูสิงห์ จุดแข็งที่พบ

1. มีมาตรการจากระดับอำเภอ ศบค.ระดับอำเภอ มอบให้ปลัดอำเภอที่รับผิดชอบตำบลดูแล เป็น ศบค.ระดับตำบล

2. มีแนวทางการรับมือในการเคลื่อนย้ายแรงงานกลับพื้นที่ ในช่วง “กรุงแตก”

3. Covid Free Setting ให้กับผู้ประกอบการเอกชน โรงงานต่างๆ ในพื้นที่

4. ความพร้อมของท้องถิ่นในการจัดเตรียม ATK รองรับสนับสนุนให้กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

5. มีการจัดทำ new normal ในการเตรียมการเลือกตั้งสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่

จากข้อมูลการสัมภาษณ์นายอำเภอภูสิงห์ ในส่วนของมาตรการรับมือกับการเปิดประเทศ ท่านให้ข้อคิดเห็น ดังนี้ “ในตอนนี้เรามีแบบร่างแนวทางการปฏิบัติ กรณีเปิดประเทศอยู่แล้วค่ะ ซึ่งตอนนี้เราได้มีการนำเสนอให้ทาง กัมพูชาพิจารณา เนื่องจากการระบาดและการฉีดวัคซีนของเราไม่สูงเท่าเขา ดังนั้นถ้าเราจะเปิดประเทศเราต้องมีการกำหนดกลุ่มที่จะเดินทางเข้าออกระหว่างประเทศ โดยมีกลุ่มแรกที่จะเป็นกลุ่มในส่วนของผู้ที่เดินทางเข้ามาใช้บริการทางด้านการแพทย์ และท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษเป็นหลัก ในกลุ่มผู้ค้าขาย กลุ่มที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มาใช้บริการทางการแพทย์ ซึ่งต้องมีการกำหนดมาตรการการออกใบนัดของทางโรงพยาบาลมา ยืนยัน การตรวจผล PCR การเตรียมเรื่องรถรับ – ส่งของโรงพยาบาล เราคิดว่าอาจจะมีปัญหา”

ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูสิงห์ พบว่า “มีระบบการเตรียมความพร้อมประสานกับทีมงาน สส.นัดเรื่องวันเวลา และสถานที่จุดนัดพบ ที่แรงงานเดินทางกลับจากส่วนกลาง เพื่อนำเข้าไปยังสถานที่กักตัวซึ่งทาง อำเภอ สสอ. และรพ. ได้ประชุมเตรียมการจัดหาสถานที่ไว้รองรับเป็นที่เรียบร้อยแล้ว มีการลงทะเบียนโดยทีมงาน ชุมชน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.และ อสม. จากนั้นมีการคัดกรองและแยกสี ส่งลงตามบ้าน ดำเนินตามแนวทางที่กำหนด”

จุดอ่อน อำเภอตามแนวชายแดน ประกอบด้วยอำเภอกันทรลักษ์ อำเภอขุนหาญ และอำเภอภูสิงห์ มีดังนี้

1. ประเด็นความละเอียดอ่อนทางชาติพันธุ์ในชุมชนชายแดนที่มีพื้นที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน

2. การตื่นตระหนกในช่วงแรกที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด – 19 ในสามพื้นที่

3. อัตรากำลังไม่เพียงพอช่วงเปิด cohort ward ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ มีเจ้าหน้าที่ติดโควิด และต้องจัดสรรอัตรากำลังทั้ง แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไปช่วยที่โรงพยาบาลสนามบุษราคัม และโรงพยาบาลสนามนิมิตรบุตรในช่วงที่มีการระบาดหนัก ๆ ในพื้นที่กรุงเทพ และเขตปริมณฑล

3. ข้อมูลการฉีดวัคซีนในทุกกลุ่มเป้าหมายยังไม่ถึงเป้า ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ทำงานในระดับพื้นที่เกิดภาวะเครียด ทำงานไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

4. การสื่อสาร

จากการสัมภาษณ์ตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ท่านให้ข้อมูลประเด็นที่น่าสนใจว่า “กับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด -19 ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของอำเภอกันทรลักษณ์ เพราะในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงที่มีผลผลิตทุเรียนภูเขาไฟของอำเภอกันทรลักษณ์ ซึ่งมีชื่อเสียงระดับประเทศทำให้นักท่องเที่ยวและพ่อค้าไม่สามารถเข้ามาซื้อทุเรียนในพื้นที่ได้ จำนวนนักท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ลดลง และคงต้องอาศัยเวลาและการคิดค้นกลยุทธ์ใหม่ๆ เพื่อเรียกความมั่นใจให้กับผู้ค้าทุเรียน เจ้าของสวนมาคิดมาตรการของนักท่องเที่ยวเพื่อโปรโมทให้มาเที่ยวในฤดูกาลปีหน้าว่า ท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ การชมและซื้อทุเรียนภูเขาไฟ อย่างมีสติปลอดภัยจากโรคโควิด - 19 ทั้งผู้ซื้อและผู้ขาย”

ด้านการพัฒนาเครือข่าย

ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานในการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในหน่วยงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับท้องถิ่นพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว, ไทย-กัมพูชา พบว่าพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ ใน 2 จังหวัด 13 อำเภอ มีการพัฒนา แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ระดับกระทรวง ภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข
2. ระดับจังหวัด ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย ฝ่าย/กลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันโรคติดต่อ เขต 10 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เครือข่ายฝ่ายปกครอง เครือข่ายความมั่นคง ภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคเอกชน มูลนิธิ สโมสรโรตารี ห้างร้าน
3. ระดับอำเภอ ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย ที่ว่าการอำเภอกับภาคีเครือข่ายปกครอง โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เครือข่ายป่าไม้ ศุลกากร ตำรวจตรวจคนเข้าเมือง ชลประทาน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สโมสรโรตารีอำเภอกันทรลักษณ์ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จุดผ่านแดนถาวร ด้านพรมแดนช่องเม็ก อำเภอสรินธร จังหวัดอุบลราชธานี จุดผ่านแดนถาวร ด้านพรมแดนช่องสะงำ อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ
4. ระดับชุมชน ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ภาคประชาสังคม สมาคม มูลนิธิ

ด้านนวัตกรรม

จังหวัดอุบลราชธานี มีผลการดำเนินงานบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ซึ่งพบว่าในระดับพื้นที่ได้เกิดนวัตกรรมในการป้องกัน ควบคุมโรค และแก้ไขปัญหาโรคโควิด -19 ดังนี้

ระดับจังหวัด

มีการจัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตรกับชาวต่างชาติ ด้วยคุณธรรม “รักเหนือรัก” ในระดับศีล 5 เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด -19) ถวายพระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ในวันที่ 28 สิงหาคม ของทุกปีมีการขยายครอบคลุมครบในพื้นที่ 10 อำเภอชายแดน กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย แพทย์พยาบาล บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข จากโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่สมัครใจเข้ารับการอบรม โดยการประยุกต์ใช้ คุณธรรม “รักเหนือรัก” ในระดับ

คือ ๕ ในการให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน cohort ward โรงพยาบาลสนาม และศูนย์พักคอยในชุมชน โดยมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโควิด - 19 ที่พักรักษาและกักที่ที่บ้าน และที่ศูนย์พักคอย ดังคำกล่าว ของ สาธารณสุขอำเภอเขมราฐ ท่านกล่าวว่า “กรณีที่มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด - 19 ที่รักษาตัวครบที่โรงพยาบาล เมื่อจำหน่ายกลับบ้านจะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน และมีการส่งคลิปเสียง การบริหารกาย ใจ รักษาโรค ด้วยสติปัญญา 4 รักษาโรค) ด้วยการเปลี่ยนเซลล์ ขององค์กรบ้านเกื้อรัก และคลิปเสียง อริยสัจ 4 ในระดับศีล 5 (4. มรรคมงคล 8 โดย ทพ.ญ.สีใบทอง บุญประดับ) ชาวบ้านส่วนใหญ่ให้หารสนใจดี”

ระดับอำเภอ

1. “เบญจภาคี ความท้าทายในการบริหารจัดการโควิด - 19 ในชุมชนชายแดน” ในพื้นที่ชุมชนหมู่บ้านตามแนวชายแดนอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเบญจภาคี ประกอบด้วย

- 1) ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน)
- 2) ตัวแทนอาสาสมัครชุดรักษาความสงบเรียบร้อยในหมู่บ้าน (ชรบ.)
- 3) อสม.
- 4) ตัวแทนคนขับเรือ
- 5) ตัวแทนคนขับรถรับจ้างในชุมชน และตัวแทนทั้ง 5 คนในชุมชนชายแดนแต่ละหมู่บ้าน

มากำหนดบทบาทหน้าที่ และแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกัน แลดูแลคนในชุมชนทั้งที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยโรคโควิด - 19

2. “new norms การท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ทางเรือ ในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มนักท่องเที่ยว”

3. “ธรรมนูญสุขภาพตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม, อำเภอโขงเจียม”
4. “การจัดทำทะเบียนแรงงานเคลื่อนย้ายจากชุมชนสู่เมืองหลวง และปริมณฑล” อำเภอขุนทรริก
5. “น่าจะหลวย - น้ำเย็น โรงพยาบาลคูแฝดในการบริหารจัดการโควิด-19 ชายแดน”

จังหวัดศรีสะเกษ

ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ในพื้นที่ได้เกิดนวัตกรรมในการป้องกัน ควบคุมโรค และแก้ไขปัญหาโรคโควิด -19 ดังนี้

ระดับจังหวัด

1. นวัตกรรม บ้าน 5 หลัง

- หลังที่ 1: Home Isolation
- หลังที่ 2: Community Isolation
- หลังที่ 3: รพ.สนาม
- หลังที่ 4: Cohort ward
- หลังที่ 5: บ้านรับขวัญ

2. นวัตกรรม CHV (Covic-19 Health Volunteers) โรงพยาบาลปรังค์กู

ระดับอำเภอ

1. กันทรลักษณ์ “กันทรลักษณ์ปลอดภัยต้านภัยโควิด-19” รูปแบบการจัดทำ บ้านหลังที่ 2 (Community Isolation) ที่สถานีตำรวจหลังเก่า กับสำนักงานเทศบาลตำบลหนองลาดหญ้า บ้านหลังที่ 3 (รพ. สนาม) ที่ค่ายทหารพรานกันทรลักษณ์
2. ขุนหาญโมเดล “new norms งานศพปลอดภัย การวางดอกไม้จันทน์ เฉพาะประธาน สงฆ์ และประธานฝ่ายฆราวาส”
3. ภูสิงห์โมเดล “ฌาปนสถาน บ้านแห่งรัก ที่พักพิง และผูกพันของผู้ติดเชื้อโควิด-19 อำเภอ ภูสิงห์

อนาคตที่อยากเห็น

จังหวัดอุบลราชธานี

1. การดูแลขวัญและกำลังใจคนทำงาน ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย
2. เกิด “ธรรมนูญตำบลครอบคลุมทุกตำบลในอำเภอขามเฒ่า” ที่ชุมชนลุกขึ้นมาจัดการปัญหาด้วยตนเอง
3. เรื่องความหลากหลายและความพอเพียงของวัคซีนให้กับประชาชน
4. ความมีวินัยของคนในชาติ การเคารพและปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดในวิกฤติการแพร่ระบาดของโรค โควิด-19

จังหวัดศรีสะเกษ

1. ความสุขสงบ รอยยิ้มของประชาชน กลับคืนมา
2. ระบบเศรษฐกิจดีดังเดิม
3. Covid free setting ในเมืองท่องเที่ยว, เมืองที่เป็นช่องทางผ่านเข้าออกกับประเทศเพื่อนบ้าน
4. ตลาดเทศกาลผลไม้กลับคืนมาดังเดิม แต่ต้องมีการตรวจคัดกรองแบบเข้มข้น และมาตรการของ

กระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในอนาคตที่น่าสนใจในการบริหารจัดการสถานการณ์โควิดในระยะยาวของรองผู้ว่าราชการ จังหวัดศรีสะเกษ เรื่องการแก้ไขปัญหาคovidในระยะยาว พุดชนคิดตามว่า “โรคคงจะอยู่กับพวกเราไปอีกพอสมควร การที่จะปรับตัวให้อยู่กับสถานการณ์ของโควิดได้ส่วนหนึ่งก็คือ การทำให้ชาวบ้านรับรู้แนวทางการปฏิบัติไม่ว่าจะเป็น ในส่วน new normal ก็ต้องปรับเข้ากับการดำรงชีวิตสถานการณ์ความเป็นอยู่กับโรค การที่ต้องสวมหน้ากากอนามัย ไปตลอด รวมถึงการปฏิบัติตนแบบครอบจักรวาลทั้งหลายก็ต้องทำต่อไป เพราะไม่งั้นถ้ามีเชื้อตัวใหม่เกิดขึ้นมามันก็จะ ได้ช่วยป้องกันตนเองได้ ซึ่งเราต้องปลูกฝังให้คนมีจิตสำนึกในการปฏิบัติ”

ปัจจัยร่วมแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด – 19 ของ 2 จังหวัด

1. ภาวะผู้นำ
2. ระบบการบริหารจัดการงานแบบมืออาชีพ การทำงานเป็นทีม
3. ผู้ปกครอง (นายอำเภอ) รักประชาชน และเข้าใจถึงภาวะความยากลำบากทั้งทางด้านการเจ็บป่วยด้าน เศรษฐกิจ และสังคม
4. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทั้งองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

5. ทุกคนรับรู้บทบาทหน้าที่ตนเอง
6. ความเสียสละ อดทน

ข้อจำกัดในการบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของ 2 จังหวัด

1. การสื่อสารภายในองค์กรจากระดับกระทรวงถ่ายทอดลงสู่ระดับปฏิบัติการก่อให้เกิดความสับสน วุ่นวาย รวมทั้งการปฏิเสธระบบรัฐสวัสดิการที่ทางรัฐบาลพยายามจัดทำให้กับประชาชน เช่นกรณีเรื่องวัคซีน
2. กรณี lock down กรุงเทพฯ ก่อให้เกิดความตื่นตระหนก สับสน และวุ่นวาย นโยบายกับการถ่ายทอดลงสู่ระดับปฏิบัติการในระดับชุมชน ไม่มีงบประมาณ แผนงาน/โครงการรองรับ ตลอดจนการจัดหาสถานที่เพื่อรองรับ และคัดกรองผู้ป่วยก่อนส่งต่อรักษาตามระบบ เป็นไปด้วยความล่าช้า และไม่เป็นระบบในระยะแรก
3. การพึ่งพาระบบงบประมาณจากรัฐบาล (งบ ปฟ.) การบริหารจัดการงบประมาณดังกล่าวในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการเบิกจ่ายงบประมาณเป็นไปด้วยความยากลำบาก ทำให้พื้นที่ต้องหาทางออกเพื่อช่วยเหลือประชาชน และผู้ป่วย โดยการระดมทรัพยากรในระดับพื้นที่ โดยชุมชนลุกขึ้นมาจัดการปัญหาด้วยตนเอง ในหลายพื้นที่ มากกว่า 90% ชุมชนลุกขึ้นมาจัดการปัญหาด้วยตนเอง
4. การกระจายวัคซีนยังไม่ครอบคลุม รวมทั้งการสื่อสารเชิงบวกกับกลุ่มที่ไม่ยอมรับวัคซีน ยังไม่สามารถคลี่คลายปัญหาดังกล่าวได้
5. ความอ่อนล้า ของคนทำงาน ขวัญและกำลังใจ และสิ่งตอบแทนควรเสมอภาคและเท่าเทียม
6. การบังคับใช้กฎหมายในบางพื้นที่ทำได้น้อย การลักลอบทำสิ่งที่ผิดกฎหมายเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ได้แบบปกติ เช่นการเปิดและเล่นพนันในบ่อนไก่นก การลักลอบเล่นการพนันในชุมชน งานศพ ความไร้วินัยของคนไทยบางกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA
7. การประสานงานของหน่วยงานบางพื้นที่ ทั้งในระดับ เขต จังหวัด และอำเภอไม่อยู่ในระนาบเดียวกัน

การนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

ประเด็นสำคัญ/ ข้อเสนอแนะที่ต้องเร่ง แก้ไข	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	แผนเชิงนโยบาย	ผลการดำเนินงาน/ ความคาดหวัง
1. ในระดับกรม กระทรวง และหน่วยงานราชการ ส่วนกลาง	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย	1. แผนงานเชิงบูรณาการ ในการมีส่วนร่วมทั้งภาคีเครือข่ายความมั่นคง ปกครอง ชุมชน และภาคประชาสังคม ในการบริหารจัดการ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 2. บทลงโทษอย่างหนัก กับผู้ที่มีส่วน	ทีมวิจัยได้มอบผล การดำเนินงานให้กับ ผู้บริหารระดับจังหวัด ประกอบด้วย ผู้ว่า ราชการจังหวัด อุบลราชธานีและ ศรีสะเกษ,

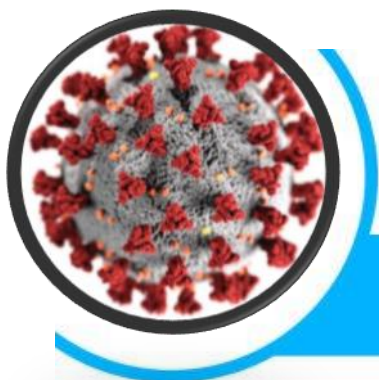
		ได้ส่วนเสียให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน 3. มาตรการที่เข้มงวดในการป้องกันแรงงานที่ผิดกฎหมายลักลอบเข้าเมืองแบบผิดกฎหมาย ที่เดินทางผ่านตามทางช่องทางธรรมชาติ ที่ไม่มีจุดคัดกรอง ตรวจพบเชื้อโควิด-19 กรณีไม่มีที่กักตัวสำหรับกลุ่มคนดังกล่าว ควรมีการแจ้งประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของประเทศเพื่อนบ้าน และผลักดันออกนอกประเทศทันที 4. ให้งานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงมหาดไทย สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) หน่วยงานภาคีเครือข่ายด้านความมั่นคง ทั้งทหาร ตำรวจ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลักดันให้เกิดนโยบายในการปฏิบัติงานที่จุดผ่อนปรน จุดผ่อนปรนทางการค้า ให้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ปฏิบัติที่จุดดังกล่าว หรือมอบหมายให้องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีส่วนร่วมในการควบคุม กำกับ ดูแล หรือให้มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ให้มีการตรวจคัดกรองทุกคนที่ข้ามแดนมาจากประเทศเพื่อนบ้านอย่างเคร่งครัด เมื่อพบสิ่งผิดปกติ สามารถดำเนินการได้ตามมาตรการที่กำหนด 5. ผลักดันให้งานหน่วยงานทางด้านการความมั่นคง หน่วยงานปกครอง ได้ประกาศมาตรการ แนวทาง การ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีและศรีสะเกษ เพื่อใช้วางแผนปรับกลยุทธ์เชิงนโยบายเพื่อรองรับการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในอนาคตรวมทั้งโควิด-19 ระลอกใหม่ด้วยเช่นกัน
--	--	--	---

		ปฏิบัติที่ชัดเจน ในการควบคุมกำกับดูแลชุมชนชายแดนที่เป็นช่องทางธรรมชาติ เพื่อป้องกันการลักลอบเข้าเมืองแบบผิดกฎหมาย ให้มีการมอบหมายหน่วยงานที่รับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง รวมทั้งมีบทลงโทษที่ชัดเจน ในกรณีที่มีผู้ที่ จงใจ หรือเจตนา ผ่าฝืนและทำผิดกฎหมาย 6. กรณีที่มีแผนเปิดประเทศ การเตรียมการเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ กับ เมืองคู่ขนานชายแดน ไทย-ลาว – กัมพูชา ควรมีการประชุมร่วมในรูปแบบทวิภาคี และไตรภาคีในการกำหนดรูปแบบ และแนวทางที่ชัดเจน ผ่านระบบทางด้านการทูต รวมทั้งระบบการเฝ้าระวัง การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระหว่างประเทศ โดยการวางระบบการติดต่อ การสื่อสาร ที่เข้าใจกันทั้งสองฝ่าย รวมทั้งมีระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างประเทศ	
2. ในระดับพื้นที่ และระดับจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขที่ว่าการอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	1. สนับสนุนการสร้างเสริมศักยภาพ และสร้างความตระหนักให้กับองค์กรภาคีเครือข่ายในชุมชนชายแดน ในการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 พื้นที่ชายแดน ไทย – ลาว – กัมพูชา ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยคำนึงถึงความละเอียดอ่อนทางชาติพันธุ์ วัฒนธรรม และ	ทีมวิจัยได้มอบผลการดำเนินงานให้กับนายอำเภอทั้ง 13 อำเภอ, สาธารณสุขอำเภอ 13 แห่ง เพื่อนำไปใช้ในงานเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่หรือโรคติดต่อที่มีการแพร่ระบาดใน

		ประเพณีของชุมชน 2. จัดเตรียมสถานที่ในการรองรับหรือพักคอยสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ควรมีการจัดเตรียมความพร้อมของชุมชน ให้ครอบคลุมทุกมิติ เพื่อป้องกันการการตีตรา หรือเลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยโควิด -19 หรือผู้ป่วยที่รักษาหายจนครบ แล้วไปกักตัวต่อในสถานที่ของรัฐจัดให้ 3. ให้ทุกพื้นที่ที่จัดทำศูนย์พักคอย (Community Isolation) สถานที่กักตัวที่บ้าน (Home Isolation) หรือโรงพยาบาลสนาม ควรมีการจัดทำทำเนียบสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ไว้ 4. จัดทำแผน disaster management และมีการซ้อมรับ การเตรียมความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในระดับชุมชน อำเภอ และจังหวัด กรณีเกิดหลาย cluster ในหลายพื้นที่ การเตรียมความพร้อมของ คน เงิน และข้าวของเครื่องใช้ 5. ถอดบทเรียน การทำงาน ในทุกพื้นที่ และทุกระดับ รวมทั้งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเรียนรู้จากอดีต สู่การทำงานพัฒนาระบบการบริหารจัดการในปัจจุบัน และช่วยตอบโจทย์ในอนาคตที่จะเกิดเชื้อโควิด-19 ที่กลายพันธุ์	อนาคตต่อไป
--	--	---	------------

กิตติกรรมประกาศ

ทีมงานขอขอบพระคุณ รศ.ดร.ภก.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หัวหน้าโครงการวิจัยฯ ที่ให้โอกาสทีมกลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ร่วมดำเนินโครงการวิจัยในครั้งนี้ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการนำผลการศึกษาไปใช้ในเชิงนโยบายและวางแผนการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในอนาคต นอกจากนี้ ทีมวิจัยขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือ สวรส. ที่ให้งบประมาณสนับสนุนในการดำเนินโครงการจนบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้



บทเรียนที่ 3

ข้อมูลพื้นฐานการเดินทางและ
สุขภาพของผู้เดินทางเข้ามาใน
ราชอาณาจักรไทย พื้นที่จังหวัด
อุบลราชธานีและศรีสะเกษ

พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะเวลา มกราคม 2563 – ธันวาคม 2564

พื้นที่ศึกษาในการเก็บข้อมูลวิจัย: ช่องทางเข้าออกประเทศ พรหมแดนช่องเม็ก
จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ขนส่งสินค้าตามความจำเป็น บุคคลประเภทที่ 4 (คำสั่งศบค.ที่ 4 / 2564 เรื่อง
แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการ
บริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 9) ลงวันที่ 31 มีนาคม
2564

เครื่องมือที่ใช้ แบบสัมภาษณ์ผู้เดินทางเข้า-ออกราชอาณาจักรไทย (ต8)

พื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

ระยะเวลา : กรกฎาคม - กันยายน 2564

พื้นที่ศึกษาในการเก็บข้อมูลวิจัย: ด้านพรหมแดนถาวรช่องสะง่า อ.ภูสิงห์ จ.ศรีสะเกษ

กลุ่มเป้าหมาย: ประกอบด้วย กลุ่มบุคคล 11 ประเภทตามข้อยกเว้นในมาตรการเดินทางเข้าสู่
ประเทศไทย ตามคำสั่งจังหวัดศรีสะเกษที่ 2962/2563 เรื่องการผ่อนผันการใช้
ช่องทางเข้ามาในราชอาณาจักร ณ จุดผ่านแดนถาวรช่องสะง่า อ.ภูสิงห์ จ.ศรีสะเกษ
ลงวันที่ 15 ก.ค.2563 ประกอบด้วย ประเภทที่ 1 ผู้มีสัญชาติไทยและประเภท
ที่ 4 ผู้ขนส่งสินค้าตามความจำเป็น

เครื่องมือที่ใช้ แบบสัมภาษณ์ผู้เดินทางเข้า-ออกราชอาณาจักรไทย (ต8)

บทเรียนที่ 3.1

ข้อมูลพื้นฐานการเดินทางและสุขภาพของผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรไทย ช่องทางเข้าออกประเทศพรมแดนช่องเม็ก อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

นายณัฐฤกษ์ เสี่ยมศักดิ์

สังกัดด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

ช่องเม็ก จังหวัดอุบลราชธานี

รศ.ดร.ภก.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข



ข้อมูล secondary data จากการวิเคราะห์ภาพรวมของพื้นที่

1. ที่มาของประเด็น/ปัญหา/สถานการณ์

จากการที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) ตั้งแต่ปลายปี 2562 จนถึงปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขไทย ได้ประกาศเข้าสู่การระบาดระลอกที่ 5 ยกกระดับเตือนภัยเป็นเกือบสูงสุด (มกราคม 2565) และได้มีประกาศและคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ฉบับที่ 7/2565 เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 (ฉบับที่ 24) ณ วันที่ 30 มีนาคม 2565 บุคคลประเภทที่ 4 ผู้ขนส่งสินค้าตามความจำเป็น แต่เมื่อเสร็จภารกิจแล้วให้เดินทางออกนอกราชอาณาจักรโดยเร็ว ย่อหน้า 2 ตามมาตรการเมื่อเดินทางถึง / ระหว่างอยู่ในราชอาณาจักร ข้อ 6) ให้เดินทางออกนอกราชอาณาจักรทันทีเมื่อขนส่งสินค้าเสร็จสิ้นแล้ว ทั้งนี้ ต้องไม่เกิน 7 ชั่วโมงนับแต่ยานพาหนะนั้นออกจากช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศไปยังจุดขนส่งสินค้า กรณีมีความจำเป็นที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ให้พนักงานเจ้าหน้าที่หรือเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ เป็นผู้พิจารณาตามสมควรแก่กรณี แล้วนั้นเนื่องจาก รถที่เดินทางออกไปส่งสินค้าที่ สปป.ลาว มีการขนส่งออกและนำเข้า 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ จุดถ่ายเทสินค้า นำเข้าและส่งออก ซึ่งอยู่ห่างจาก

พรมแดน ประมาณ 4 กม. มีคลังถ่ายเท 3 แห่ง และหากเลย 4 กม.เข้าไปยังปลายทางตามประเภทสินค้าที่ส่ง เช่น น้ำมันรถยนต์ ในเมืองปากเซ แขวงจำปาสัก ประมาณ 43 กม., หรือรถตู้ก่อสร้างเขื่อน ในแขวงอัตตะปือ, แขวงเซกอง และเมืองโขง แขวงจำปาสัก ที่มีระยะทางมากกว่า 160 กม.ขึ้นไป ทำให้ต้องใช้เวลากลับถ่ายเทสินค้าเกินกำหนด 72 ชั่วโมง ที่ต้องกลับมาด่านฯและเกิน 72 ชั่วโมงที่อยู่ในดุลยพินิจของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำช่องทางเข้าออกประเทศ ด้านควบคุมโรคจึงได้จัดทำมาตรการรองรับตามแนวทางประกาศ/คำสั่ง ศบค. เริ่มฉบับที่ 4 ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2563 เป็นต้นมา จนถึงคำสั่งศบค. ฉบับล่าสุด (ฉบับที่ 7/2565)

2. แนวทาง/ มาตรการ/ แนวปฏิบัติที่หน่วยงานภาครัฐ (ส่วนกลาง → จังหวัด) (ดังรูปภาพที่ 1)

หน้า ๔๙
เล่ม ๑๓๙ ตอนพิเศษ ๗๕ ง ราชกิจจานุเบกษา ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๕

คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19)

ที่ ๗/๒๕๖๕

เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙

แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๘

(ฉบับที่ ๒๔)

ตามที่คณะรัฐมนตรีมีมติในการประชุมเมื่อวันที่ ๒๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ให้ขยายระยะเวลาการบังคับใช้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรออกไปตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยนายกรัฐมนตรีได้ออกข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๘ (ฉบับที่ ๔๐) ลงวันที่ ๑๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ กำหนดประเภทของผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 และสอดคล้องกับนโยบายการเปิดประเทศเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจของรัฐบาล และออกคำสั่งเพื่อกำหนดแนวปฏิบัติให้หัวหน้าผู้รับผิดชอบในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินและพนักงานเจ้าหน้าที่นำไปดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรการป้องกันโรคโดยเคร่งครัด โดยมีคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ที่ ๒๔/๒๕๖๔ เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๘ (ฉบับที่ ๑๙) ลงวันที่ ๑๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ที่ ๒๕/๒๕๖๔ เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๘ (ฉบับที่ ๒๐) ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ที่ ๒/๒๕๖๕ เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๘ (ฉบับที่ ๒๑) ลงวันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕ คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ที่ ๔/๒๕๖๕ เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๘ (ฉบับที่ ๒๒) ลงวันที่ ๒๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕ และคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ที่ ๕/๒๕๖๕

(ราชกิจจานุเบกษา พรก.ฉุกเฉินฯ คำสั่ง ศบค.ที่ ๗ /๒๕๖๕ หน้า ๕๐-๕๑) เรื่อง แนวปฏิบัติตาม
ข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ ฯ

ข้อ ๔ ให้ปรับมาตรการป้องกันโรคสำหรับผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรทุกประเภทของคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ที่ ๒๔/๒๕๖๔ เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ (ฉบับที่ ๑๙) ลงวันที่ ๑๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ตามแนบท้ายคำสั่งนี้

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป จนกว่าจะมีคำสั่งเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างอื่น

สั่ง ณ วันที่ ๓๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา

นายกรัฐมนตรี

ผู้อำนวยการศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด - 19

มาตรการป้องกันโรคสำหรับผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรและหลักเกณฑ์การดำเนินการในสถานที่กักกันที่ทางราชการกำหนด

เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19

แนบท้ายคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ที่ ๗/๒๕๖๕

ลงวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๕

เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด - 19 มิให้เกิดการแพร่ระบาดในราชอาณาจักร และเพื่อให้มาตรการและหลักเกณฑ์สำหรับผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรมีความสอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน จึงเห็นควรกำหนดมาตรการป้องกันโรคและหลักเกณฑ์การดำเนินการในสถานที่กักกันที่ทางราชการกำหนด สำหรับผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร ๖ ประเภท ได้แก่ (๑) ผู้ซึ่งได้รับอนุญาตให้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร เพื่อประโยชน์ด้านเศรษฐกิจควบคู่กับความมั่นคงด้านสาธารณสุขตามแผนการเปิดประเทศของรัฐบาล (๒) ผู้ซึ่งได้รับอนุญาตให้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรในพื้นที่ที่กำหนดให้เป็นพื้นที่นำร่องด้านการท่องเที่ยวเพื่อประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว หรือกิจกรรมอื่น ๆ ตามนโยบายของรัฐบาล (๓) ผู้มีเหตุยกเว้นหรือเป็นกรณีที่น่ายกรัณมนตรีหรือหัวหน้าผู้รับผิดชอบในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินกำหนด อนุญาต หรือเชิญให้เข้ามาในราชอาณาจักรตามความจำเป็น หรือบุคคลในหน่วยงานของรัฐต่างประเทศ หรือหน่วยงานระหว่างประเทศซึ่งมาปฏิบัติงานในราชอาณาจักร ตลอดจนคู่สมรส บิดามารดา หรือบุตรของบุคคลดังกล่าว ตามที่กระทรวงการต่างประเทศอนุญาตตามความจำเป็น (๔) ผู้ขนส่งสินค้าตามความจำเป็น แต่เมื่อเสร็จภารกิจแล้วให้เดินทางออกนอกราชอาณาจักรโดยเร็ว (๕) ผู้ควบคุมยานพาหนะหรือเจ้าหน้าที่ประจำยานพาหนะซึ่งจำเป็นต้องเดินทางเข้ามาตามภารกิจ และมีกำหนดเวลาเดินทางออกนอกราชอาณาจักรชัดเจน และ (๖) ผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรภายใต้มาตรการป้องกันและควบคุมโรคในสถานที่กักกันที่ทางราชการกำหนด ดังนี้

๑. มาตรการป้องกันโรคสำหรับผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร

(๑) ผู้ซึ่งได้รับอนุญาตให้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร เพื่อประโยชน์ด้านเศรษฐกิจควบคู่กับความมั่นคงด้านสาธารณสุขตามแผนการเปิดประเทศของรัฐบาล

มาตรการป้องกันโรค
มาตรการก่อนเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร ๑) ให้มีการลงทะเบียนผ่านระบบหรือเว็บไซต์ที่ทางราชการกำหนด ๒) ให้มีหลักฐานหรือเอกสารที่ใช้ในการเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร ดังนี้ ๒.๑) หลักฐานการลงทะเบียนการเดินทางเข้าราชอาณาจักรตามที่ศูนย์ปฏิบัติการมาตรการเดินทางเข้าออกประเทศและการดูแลคนไทยในต่างประเทศกำหนด ๒.๒) ค่าธรรมเนียมประกันภัยที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาลหรือหลักประกันอื่นใดตลอดระยะเวลาที่ผู้เดินทางอยู่ในราชอาณาจักรในวงเงินไม่น้อยกว่า ๒๐,๐๐๐ ดอลลาร์สหรัฐ หรือตามที่ทางราชการกำหนด เว้นแต่กรณีผู้เดินทางที่มีสัญชาติไทย หรือผู้เดินทางที่ไม่มีสัญชาติไทยซึ่งมีสิทธิในการตรวจหรือการรักษาพยาบาลตามที่กฎหมายบัญญัติ ไม่ต้องมีค่าธรรมเนียมประกันภัยดังกล่าว ๒.๓) หลักฐานการชำระค่าที่พักหรือสถานที่กักกันที่ทางราชการกำหนดในวันแรกที่ผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร และหลักฐานการชำระค่าตรวจหาเชื้อโดยวิธี RT - PCR จำนวน ๑ ครั้ง รวมถึงค่าชุดตรวจและยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS - CoV - 2 (เชื้อก่อโรค COVID - 19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (Antigen Self - Test Kit หรือ ATK) ทั้งนี้ ต้องเป็นโรงแรมหรือสถานที่พักหรือสถานที่กักกันที่ทางราชการกำหนดที่มีโรงพยาบาลคู่ปฏิบัติการตามหลักเกณฑ์ที่ทางราชการกำหนดและได้รับการขึ้นทะเบียนตามที่กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาและการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยกำหนด หรือสถานที่ซึ่งผู้เดินทางต้องเข้ารับการกักกันตามที่ทางราชการกำหนด ได้แก่ สถานที่ที่ผู้เดินทางต้อง

- ๘ -

(๔) ผู้ขนส่งสินค้าตามความจำเป็น แต่เมื่อเสร็จภารกิจแล้วให้เดินทางออกนอกราชอาณาจักรโดยเร็ว

มาตรการป้องกันโรค	
มาตรการก่อนเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร	
๑) ให้มีหลักฐานหรือเอกสารที่ใช้ในการเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร ดังนี้ ๑.๑) หนังสือแสดงการขนส่งสินค้าซึ่งระบุจุดจอดยานพาหนะและขนส่งสินค้าที่แน่นอน พร้อมระบุเวลาที่จะเข้ามาและออกจากราชอาณาจักร ระบุจำนวน ชื่อ สกุล และสถานที่ที่สามารถติดต่อได้ของผู้ขนส่งสินค้า ทั้งผู้ขนส่งสินค้าของประเทศ/พื้นที่ต้นทางและของประเทศไทย ๑.๒) กรมธรรม์ประกันภัยที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาลหรือหลักประกันอื่นใดตลอดระยะเวลาที่ผู้เดินทางอยู่ในราชอาณาจักรในวงเงินไม่น้อยกว่า ๒๐,๐๐๐ ดอลลาร์สหรัฐ หรือตามที่ราชการกำหนด เว้นแต่กรณีผู้เดินทางที่มีสัญชาติไทยหรือผู้เดินทางที่ไม่มีสัญชาติไทยซึ่งมีสิทธิในการตรวจหรือการรักษาพยาบาลตามที่กฎหมายบัญญัติ หรือกรณีที่มีหลักฐานหรือเอกสารที่ยืนยันว่าต้นสังกัดหรือนายจ้างของบุคคลดังกล่าวรับรองว่าจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจหรือการรักษาพยาบาลทั้งหมด ไม่ต้องมีกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าว	
มาตรการเมื่อเดินทางถึง/ระหว่างอยู่ในราชอาณาจักร	
๑) ให้คัดกรองอาการทางเดินหายใจและวัดไข้ผู้เดินทาง ณ ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ก่อนเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (Entry screening) ๒) ให้ยื่นเอกสารหรือแสดงหลักฐานต่อพนักงานเจ้าหน้าที่หรือเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อติดกัน ณ ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ๓) กรณีที่ผู้เดินทางมีหลักฐานหรือเอกสารรับรองการได้รับวัคซีน (Certificate of Vaccination) ครบตามเกณฑ์ที่ผู้ผลิตวัคซีนหรือทางราชการกำหนด โดยต้องเป็นวัคซีนที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกหรือตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑๔ วันก่อนออกเดินทาง ให้แสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่หรือเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ณ ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศด้วย ๔) ให้นายยานพาหนะไปจอดและขนส่งสินค้า ณ จุดที่กำหนดไว้เท่านั้น รวมทั้งให้ใช้ระบบติดตามหรือแอปพลิเคชันตามที่ทางราชการกำหนด เพื่อติดตามการเดินทางได้ ๕) ให้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามข้อกำหนดที่ออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ ตลอดจนประกาศ คำสั่ง และมาตรการด้านสาธารณสุขที่ทางราชการกำหนด รวมถึงการเข้ารับการตรวจหาเชื้อโรคโควิด - 19 ในกรณีที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อได้มีคำสั่งให้เข้ารับการตรวจหาเชื้อ ณ สถานที่ที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อกำหนด ๖) ให้เดินทางออกนอกราชอาณาจักรทันทีเมื่อขนส่งสินค้าเสร็จสิ้นแล้ว ทั้งนี้ ต้องไม่เกิน ๘ ชั่วโมงนับแต่ยานพาหนะนั้นออกจากช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศไปยังจุดขนส่งสินค้า กรณีมีความจำเป็นที่สามารถปฏิบัติตามได้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่หรือเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ เป็นผู้พิจารณาตามสมควรกรณี	
มาตรการก่อนเดินทางออกจากราชอาณาจักร	
-ไม่มี-	

รูปภาพที่ 1 มาตรการป้องกันเมื่อเดินทางเข้า-ออกราชอาณาจักรไทย

3. ภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบ (รูปภาพที่ 2-8)

(File FLOW_Vehicle_Chongmek_PoE.doc)



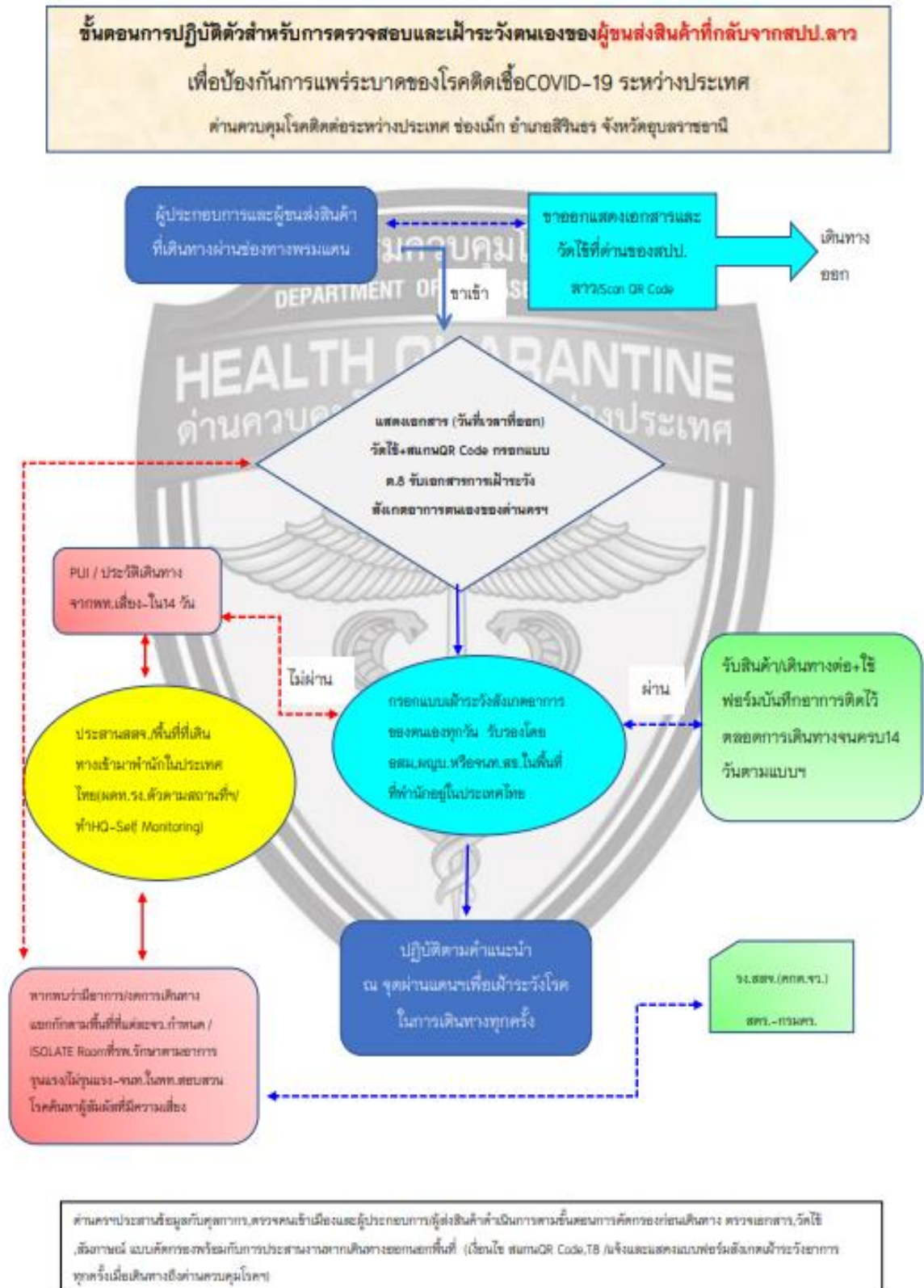
รูปภาพที่ 2 ขั้นตอนสำหรับผู้ขนส่งสินค้า ขาออก

เอกสารสำหรับผู้ขนส่งสินค้า ที่อยู่ในสปป.ลาว เกิน 72 ชั่วโมง (กรณีเข้าไปขนถ่ายลำเลียงและผ่านการตรวจPCRจากสปป.ลาว วันเริ่มจากวันที่ 15 มกราคม 2564) ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ช่องเม็ก				
เอกสารที่จำเป็น (CheckList.)		จำนวนวันที่เกิน..... กลับเข้ามาวันที่..... จังหวัดปลายทางในประเทศไทย.....		
ลำดับ	รายการเอกสาร/	เอกสาร / วิธีการปฏิบัติ	Check List ✓ or ✗	Remark
1	บันทึกเฝ้าระวังอาการ 14 วันและเข้ากลุ่มไลน์ Over stay 72 hr.	Home Q or Office Q / รายงานตัวทุกวันทาง Line group.		
2	หลักฐานการตรวจPCR (ใบยืนยันการตรวจโควิด) / ATK or RT-PCR	จากสปป.ลาว / รพ..คลินิก, แล็บไทย		
3	เอกสารเดินทางออกนอกประเทศ	PP or Border Pass		
4	เอกสารรับรองสุขภาพจากโรงงาน/ ผู้ประกอบการขนส่งสินค้า	ผู้ประกอบการ		
5	QR code พรอมแดนช่องเม็ก+ลงข้อมูล หมอชนะ Application	โทรศัพท์มือถือ		
6	Vaccinated	หน่วยบริการฝั่งไทย		-หรือ รับวัคซีนที่ใด/WHOรับรองหรือไม่

รูปภาพที่ 3 เอกสารสำหรับผู้ขนส่งสินค้าเกิน 72 ชั่วโมง รอยต่อไทย-ลาว



รูปภาพที่ 4 ขั้นตอนการส่งสินค้าเข้าออกนอกประเทศ พรอมแดนช่องเม็ก



รูปภาพที่ 5 ขั้นตอนการปฏิบัติตัวสำหรับตรวจสอบตนเองที่เดินทางกลับจาก สปป.ลาว

แบบฟอร์มสุขภาพ
HEALTH DECLARATION FORM ON ENTRY
入境安检健康申报表

ภาคภูมิใจในสุขภาพดีของคุณ
For the health of you and others, please fill out this form truthfully and take responsibility in accordance with the order of the taskforce for the control of COVID-19.
为了您和他人的健康, 请真实地填报健康申报表。
根据老挝人民民主共和国防控新冠病毒的强制要求, 恳请大家主动配合我们的工作。

1. ชื่อ นามสกุล (Name and Surname) (姓名):

2. สัญชาติ (Nationality) (国籍):

3. เบอร์โทรศัพท์มือถือ (Contact Number/E-mail address) (联系电话/邮箱地址):

4. หมายเลขพาสปอร์ต (Passport Number) (护照号码):

5. วันที่มาถึง (Date of Arrival) (到达日期):

6. สถานที่พักในลาว (Address in Lao PDR) (老挝常住地址): บ้าน (Village) (村) เมือง (District) (市) แขวง (Province) (省)

7. เที่ยวบิน/รถไฟ/รถโดยสารประจำทาง (Flight/Train/Car No.) (航班/火车/汽车班次): ที่นั่ง (Seat Number) (座位号):

8. ใน 14 วันก่อนมา ท่านเคยไปต่างประเทศหรือไม่?
Have you been to other country/city during the past 14 days, prior entering to Lao PDR:
来老挝前14天去过哪些国家和地区?

9. ใน 14 วันก่อนมา, ท่านมีอาการใดๆ หรือไม่? กรุณาทำเครื่องหมาย "✓" ในช่องที่ตรงกับอาการ
Do you have one or more symptoms as below? Please mark "✓" in the corresponding "□"
过去14天你是否有以下症状? 如有请打✓
□ ไข้ (Fever) (发烧) □ ไอ (Cough) (咳嗽) □ เจ็บคอ (Sore throat) (喉咙痛)
□ น้ำมูกไหล (Running nose) (流鼻涕) □ หายใจลำบาก (Difficulty of breathing) (呼吸困难)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่แจ้งไว้เป็นความจริง
I hereby declare that the above information provided is complete and true.
本人申明以上所填信息真实完整

ลายเซ็น (Signature) (签名)

ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่สายด่วน 165 / 166 หรือ 020 5406 777
For more information please contact the hotline 165 / 166 or 020 5406 777
更多详情请致电热线 165 / 166 或 020 5406 777
Thank you for your kind cooperation and please drop this form to health staff

คำถาม
QUESTIONNAIRE

กรุณากรอกข้อมูลให้ถูกต้องและใช้ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่
Please fill in the information correctly, in block letters

เครื่องบิน เที่ยวบินที่ เรือ ชื่อเรือ

Aircraft Flight No. Ship Name of ship

รถโดยสารประจำทาง หมายเลขรถ รถยนต์ ทะเบียนรถ

Car/Bus License plate No. Motor Vehicle Registration No.

จาก ถึง หมายเลขที่นั่ง
From To Seat No.

วันที่ เดือน ปี หนังสือเดินทางเลขที่
Date Month Year Passport No.

ชื่อ - นามสกุล สัญชาติ

Name in full Nationality

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง

Age Years Gender Male Female

อาชีพ ข้าราชการ พนักงาน แม่บ้าน อื่นๆ (ระบุ)

Occupation Civil servant Business Employee Housekeeper Other (specify)

Address in Thailand

กรุณาระบุชื่อประเทศต่างๆ ที่ท่านได้เคยอยู่ในสองสัปดาห์ก่อนมาถึงประเทศไทย
Please list the name of the countries where you stayed within two weeks before arrival.

มีอาการใดๆ เมื่อท่านมีอาการเหล่านี้ หรือมีอาการก่อนภายในสองสัปดาห์ก่อนมาถึงประเทศไทย
Please mark ✓ if you have any of the following symptoms within two weeks before arrival.

□ อุจจาระร่วง (ท้องเดิน) □ อาเจียน □ ปวดท้อง □ ไข้ □ ปวดศีรษะ เจ็บคอ □ ผื่นตามร่างกาย
Diarrhea Vomiting Abdominal pain Fever Headache, Sore Throat Rash

□ ตาเหลือง □ ไอหรือหายใจลำบาก □ ต่อมน้ำเหลืองโต ไข้คันบวม ปวด □ อื่นๆ (ระบุ)

Jaundice Cough and Shortness of Breath Enlarged lymph glands or tender lumps Other (specify)

ลายมือชื่อ (ผู้เดินทาง)

Signature (Passenger)

เบอร์มือถือส่วนบุคคล :
เบอร์โทรศัพท์มือถือ :
E-MAIL :

เจ้าพนักงานสาธารณสุข
ท่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
Port Health Officer

The information you provide will assist the public health authorities to manage the public health event by enabling them to trace passengers who may have been exposed to communicable diseases. The information is intended to be held by the public health authorities in accordance with The Communicable Disease Act, (2015) and The International Health Regulation (2005) and to be used only for public health purposes.

รูปภาพที่ 6 เอกสารกักตัว (Quarantine Card)

TH08-D-01-0001986-001

ไทยชนะ

ด่านพรมแดนการชั่งเบ็ก

ประเภท พนักงานและสถานที่ราชการ

QR Code

ผ่านการประเมินตนเองตามมาตรการควบคุมหลัก
สำหรับให้ผู้ใช้บริการสแกนเพื่อเช็คอินเข้าร้าน หรือเช็คอินก่อนใช้บริการ และประเมินสุขภาพ:

วันที่ 28/8/2563

www.ไทยชนะ.com

สคบ. 19

รูปภาพที่ 7 แอปพลิเคชัน ไทยชนะ

ใบบันทึกการเฝ้าระวังตนเองสำหรับผู้เดินทางกลับมาจากประเทศเสี่ยง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (SELF MONITORING SURVEILLANCE FORM for COVID-19)									
ชื่อ..... นามสกุล.....		อายุ.....ปี..... เดือน.....		หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....					
ที่อยู่.....บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....									
เดินทางออกไปพื้นที่ควบคุมเสี่ยงสูงเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....						ที่อยู่ในสปล. บ้าน..... เมือง.....			
เข้ามาถึงพรมแดนช่องเม็กเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.						แขวง..... สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว			
ลำดับ	วัน	เดือน	ปี	อาการ (ภาคร่องหมาย ✓ หากมีอาการ)	การเดินทางระหว่างทำนัก(ระบุ)	ผู้สัมผัสใกล้ชิด (ระบุชื่อ)	หมายเหตุ		
วันที่ตรวจ				อุณหภูมิ* เจ็บคอ* มีน้ำมูก* หายใจลำบาก	อยู่บ้าน ออกไปนอกบ้าน/ใบที่ใด	ภายในบ้าน พบปะบุคคลอื่น			
							ในช่วงเวลา 14 วัน หากมีอาการไข้เกิน 37.5องศาC		
							*ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ใน 4 อย่าง		
							กรุณาโทรแจ้งทีมเฝ้าระวังโรคติดต่อ		
							ภายในจังหวัดที่ท่านอาศัยอยู่		
							ภายใน 3 ชั่วโมงนับจากพบว่ามีอาการ		
							1.อุบลราชธานี : 094 263 1616		
							2.ศรีสะเกษ : 089 717 3501		
							3.ยโสธร : 093 559 9377		
							4.มุกดาหาร : 086 853 4719		
							5.อำนาจเจริญ : 093 323 4686		
							จังหวัดอื่นๆ ติดต่อได้ที่		
							กลุ่มงานควบคุมโรค		
							สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
							ตามจังหวัดที่ท่านอยู่		
"ล้างมือด้วยน้ำ+สบู่บ่อยๆ-สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย-รักษาระยะห่าง-หลีกเลี่ยงที่แออัดที่ชุมชน -เป็นความรับผิดชอบต่อตนเอง,ครอบครัวตัวเอง และสังคม"									

รูปภาพที่ 8 ใบบันทึกการเฝ้าระวังตนเอง

4. การกำหนดวิธีการดำเนินการของช่องทางเข้าออกประเทศ ตาม COVID FREE SETTING

มาตรการด้านสิ่งแวดล้อม COVID FREE ENVIRONMENT

ลำดับ	รายการ/CHECKLIST	วิธีการปฏิบัติ / แนวทาง	ผู้รับผิดชอบ	จำนวน ผู้ปฏิบัติ / ต่อผลผลิตหรือกะ	หมายเหตุ
1	ระบบระบายอากาศ	-Open Air -จุดคัดแยกและพื้นที่พักคอยสำหรับผู้มาใช้บริการ /DMHTTA หรือสวมชุดป้องกัน	ศกก.จัดพื้นที่จุดจอดและตรวจสินค้า -ตม.,ศรฯคัดแยก		-แผนที่พิกัด
2	สุขอนามัยเหมาะสม	-ทางเข้าทางออกคนละทาง(One Way) -จุดตรวจเอกสาร/วัดอุณหภูมิ/จ่ายAI.gelล้างมือ Staff +AI.gel พ่นใส่มือที่จุดทั้งทางเข้าและทางออก	ศกก.จัดพื้นที่จุดจอดและตรวจสินค้า -ตม.,ศรฯคัดแยก และบูรณาการร่วมหน่วยงานมั่นคง		
3	สะอาดปลอดภัย	-ที่ทิ้งขยะ มีการคัดแยกขยะ ชยะทั่วไป/ขยะติดเชื้อ -เส้นทางขยะ (สู่การทำลาย/กำจัด) -การทำลายเชื้อก่อน/หลังการทำการกิจกรรม	-อบต.& ทต.ช่องเม็ก -รพ.สต.ช่องเม็ก -รพ.สิรินธร		
4	เว้นระยะห่าง	-มีฉากกั้นระหว่างPersonnelกับCustomer -การจำกัดจำนวน คน พท. 1 คน : 4 ตร.ม. - ระยะเวลาไม่เกิน 1 ชม (: 200 คน)			
5	ผ่านการประเมิน THAI STOP COVID PLUS	-มีการลงทะเบียน -มี QR code ให้ผู้ใช้บริการสแกนและตรวจสอบได้ QR code พรมแดน,HUG UBON (เฉพาะคนไทย)	ผู้ประกอบการประเมินและแสดงผลการประเมินต่อช่องทางฯ		ทุกสัปดาห์

รูปภาพที่ 9 วิธีการเดินทางออกนอกประเทศ (Covid Free Setting)

มาตรการด้านผู้ประกอบการ COVID FREE PERSONNEL					
ลำดับ	รายการ/CHECKLIST	วิธีการปฏิบัติ / แนวทาง	ผู้รับผิดชอบ	จำนวน ผู้ปฏิบัติ / ต่อผลัดหรือกะ	หมายเหตุ
1	หลักฐานใบรับรองฉีดวัคซีน	-ทะเบียนผู้ปฏิบัติงาน -VACC.(100%) ครบ 2 เข็ม Vacc.CER. หรือ Vacc.PP (Green Card)หรือ เคยติดเชื้อ >30 วัน ไม่เกิน 90 วัน (1-3ต.) (Yellow Card)	- Q-I-C -สถานบริการสร.ใน ประเทศ -จนท.ด้านฯ		
2.	THAI SAVE THAI	-ตามแบบไทยประเมินเชฟไทย ครั้วเรือน ปลอดภัย ที่ทำงานไร้โควิด ทุก 14 วัน -สรุปสถานการณ์ประเมินผู้ปฏิบัติงาน	-ประเมินตนเอง		
3.	DMHTT(A)	-D,M,H, Testing (Temp.) ทุกครั้งที่มีการเข้า- ออกพื้นที่ -Testing (ATK -48 hr.,PCR.72hr.) -T ไทยชนะ (ใช้ของด้านฯพรมแดน)หรือ -A Application (ใช้ฮักอุบล)	-ผู้ส่งสินค้าและ ผู้ประกอบการ/ชมรม		-สวอปตาม รอบที่ด้านครฯ หรือรพ.สต. หรือคลินิกหรือ ATKเอง
4.	Staff	- Spray Al. or Alcohol gel. พื้นที่จุดทางเข้า/ ทางออก ทุกคน -การเดินทางไปพื้นที่เสี่ยงสูงตามประกาศฯ- ต้องกักตัวเองตามระยะเวลาและรายงานตัว ต่อจพต.พื้นที่และสังเกตอาการทุกครั้ง	จนท.ทุกหน่วยฯ		ได้รับวัคซีน 2 เข็มตามWHO กำหนด กักตัว 7 วัน / 1 เข็มกัก ตัวเอง 14 วัน

รูปภาพที่10 มาตรการสำหรับผู้ประกอบการ

มาตรการด้านลูกค้า COVID FREE

ลำดับ	รายการ/CHECKLIST	วิธีการปฏิบัติ / แนวทาง	ผู้รับผิดชอบ	จำนวน ผู้ปฏิบัติ / ต่อผลัดหรือกะ	หมายเหตุ
1	หลักฐานใบรับรองฉีดวัคซีน	-VACC. ครบ 2 เข็ม Vacc.CER. หรือ Vacc.PP (Green Card)หรือ เคยติดเชื้อ >30 วัน ไม่เกิน 90 วัน (1-3ต.) (Yellow Card)	-ชมรมผู้ประกอบการฯ -ผู้ขนส่งสินค้า		
2.	THAI SAVE THAI	-ตามแบบไทยประเมินเชฟไทย ครั้วเรือน ปลอดภัย ที่ทำงานไร้โควิด ทุก 14 วัน -สรุปสถานการณ์ประเมินผู้ขนส่งสินค้า			ประเมินทุก 7 วัน
3.	DMHTT(A)	-D,M,H, Testing (Temp.) ทุกครั้งที่มีการ เข้า-ออกพื้นที่ -Testing (ATK -48 hr.,PCR.72hr.) ก่อน มาถึงวันเดินทาง -T ไทยชนะ (ใช้ของด้านฯพรมแดน)หรือ -A Application (ใช้ฮักอุบล)	-ผู้ขนส่งสินค้าและชมรม ผู้ประกอบการ		

รูปภาพที่ 11 มาตรการด้านลูกค้า “Covid Free”



กรมอนามัย
Ministry of Health

เชฟไทย : ไทยประเมินเชฟไทย กรวีรเอนปลอดภัย ที่ทำงานไว้โควิด

ชื่อ		ชื่อหน่วยงาน	
นามสกุล		แผนก/กลุ่ม/ฝ่าย	
วัน-เดือน-ปี ที่เริ่มประเมิน		หมายเลข โทรศัพท์	

กรุณากรอกเลขวันที่ ในช่องหัวตาราง แล้วทำการประเมินในช่วง 14 วันที่ผ่านมา ถ้าท่านมีประวัติตามคำถามช่องซ้ายมือ

ให้กาเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องวันที่ประเมินด้านขวามือ ถ้าไม่มีประวัติไม่ต้องกาเครื่องหมายใดๆ ให้ประเมินวันละครั้ง ก่อนไปทำงาน

ข้อที่	ปัจจัยเสี่ยง	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
1	ท่านเข้าไปอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และ มีอาการไออาการหนึ่งดังต่อไปนี้ : ไอถี่ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หายใจเหนื่อย หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย ท้องเสีย							
2	(1) ท่านมีอาการไออาการหนึ่งดังต่อไปนี้: ไอถี่ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ คอบแห้ง อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย ท้องเสีย ร่วมกับ (2) ท่านเข้าไปอยู่ในสถานที่เสี่ยงที่ใดที่หนึ่งดังต่อไปนี้ : จังหวัดเสี่ยงสูงที่รัฐประกาศ / ที่คนรวมตัวกันอย่างแออัดหรือ / ที่กลุ่มคนร่วมกัน คิมนักบินนำจาก สงสัยเสี่ยง / ที่คนทำกิจกรรมใน อาคาร ยานพาหนะ ภายใต้อากาศไม่ถ่ายเท และร่วมกับ (3) มีพฤติกรรมอย่างใดต่อไปนี้ : ใกล้ชิดคนระยะน้อยกว่า 1 เมตร / อยู่มากกว่า 1 ชม. / ไม่สวมหน้ากากเป็นส่วนใหญ่ / สัมผัสตัวของ เครื่องใช้แล้วไม่ล้างมือ ถ้าท่านมีครบทั้ง 3 ข้อ ให้กาเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องวันที่							
3	ท่านรู้สึกมีอาการคอกลิ้นหรือลิ้นไม่รับรส							
4	ท่านรู้สึกหายใจลำบากเร็ว เจ็บแน่นหน้าอก รู้สึกเหนื่อยจนเสีย ความสามารถในการทำในภาวะปกติ							
5	ท่านมีอาการตรวจวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน (O2 sat) อยู่ที่ระดับ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 95%							
6	ท่านมีอาการตรวจเชื้อไวรัสโควิด-19							
สรุปผล การประเมินความเสี่ยง								
เป็นผู้เสี่ยงสูงมาก คือ มีประวัติตามข้อ 1 ให้กาเครื่องหมายถูกในช่องวันที่ที่ประเมิน								
เป็นผู้เสี่ยงสูง คือ มีประวัติในข้อใดข้อหนึ่ง ในข้อ 2 - 6 ให้กาเครื่องหมายถูกในช่องวันที่ที่ประเมิน								
เป็นผู้เสี่ยงต่ำ คือ ไม่มีประวัติใดๆตั้งแต่ข้อ 1 - 6 ให้กาเครื่องหมายถูกในช่องวันที่ที่ประเมิน								
คำแนะนำในการปฏิบัติตน								
เป็นผู้เสี่ยงสูงมาก : หยุดงานทันที ติดต่อสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาแยกกักตัวในโรงพยาบาล								
เป็นผู้เสี่ยงสูง : ให้หยุดงาน แยกกักตัว และขอรับการตรวจยืนยันโดยสถานพยาบาล อาจพิจารณาแยกตัวในสถานที่ที่เหมาะสม								
เป็นผู้เสี่ยงต่ำ : ไปทำงานได้ ไม่จำเป็นต้องกักตัว โดยอาจเป็นผู้ไม่ติดเชื้อหรือติดเชื้อไม่มีอาการ ทั้งนี้ให้ร่วมมือป้องกันการระบาดโรค ตามมาตรการที่รัฐประกาศโดยเคร่งครัดได้แก่ สวมหน้ากาก ล้างมือ เว้นระยะ								

รูปภาพที่ 12 แบบประเมินตนเองช่วง 14 วันที่ผ่านมา

4. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากข้อ 2 ตั้งแต่เริ่มมีโควิด-ปัจจุบัน (ระลอกแรก → ปัจจุบัน)

ผู้ส่งสินค้าตามคำสั่งและประกาศ ศบค.ฯ ที่ส่งออก ส่วนใหญ่เป็นเครื่องอุปโภคและบริโภค วัสดุสิ่งก่อสร้าง จะจุดหมายเดินทางไกลมากกว่า 300 กม. (ระยะทางรวมทั้งไปและกลับจากพรมแดน) เส้นทางเป็นหุบเขาและเป็นทางลาดชัน มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อยครั้งและมีผู้เสียชีวิตที่เป็นคนขับรถสัญชาติไทย ส่วนสินค้านำเข้าเป็นพืชผลทางการเกษตร เช่น กล้วย,กะหล่ำปลี,มะขาม,มันสำปะหลัง (ส่งนำเข้าโรงงานผลิตไบโอดีเซล ในประเทศไทยและเครื่องจักร

เมื่อเดือนกรกฎาคม 2564 สปป.ลาว ออกมาตรการให้ผู้ส่งสินค้าจากประเทศไทยการขนส่งสินค้าผ่านช่องทางจุดผ่านแดนถาวรช่องเม็ก (อุบลราชธานี-จำปาสัก) การขนส่งสินค้าเข้า-ออก ระหว่างประเทศผ่านด่านสากลทางบกที่แขวงจำปาสัก ให้ปฏิบัติตามแจ้งการเพิ่มเติมของเจ้าแขวงฉบับเลขที่ 04/จข.จส ลงวันที่ 23 มกราคม ค.ศ. 2021 ในส่วนของการขนส่งระหว่างแขวงและระหว่างเมืองสามารถบริการได้ตามปกติ โดยต้องปฏิบัติตามมาตรการที่คณะกรรมการกำหนดอย่างเข้มงวด รถขนส่งสินค้าให้มีประกันภัยโควิด-19 และสวมใส่อุปกรณ์ติดตามทางการแพทย์ ในช่วงระยะที่ดำเนินการปฏิบัติการกิจ โดยตามแจ้งการของเจ้าแขวงฉบับที่ 04/จข.จส ระบุว่า ให้ยกเลิกชั่วคราวในการนำรถขนส่งสินค้าของประเทศไทย เข้ามาขนส่งมันสำปะหลังที่ลานมันแห่งต่าง ๆ ภายในแขวงจำปาสักเป็นการชั่วคราว เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่กำลังระบาดรอบใหม่ โดยใช้รถขนส่งของประเทศลาวขนส่งสินค้าไปยังชายแดน เพื่อเปลี่ยนถ่ายให้กับรถสินค้าต่างประเทศหรือไปยังจุดหมายปลายทางได้ในกรณีที่ประเทศปลายทางอนุมัติ สำหรับการขนส่งน้ำมันและสินค้าอื่น ๆ ผ่านด่านสากลทางบกของแขวงจำปาสักสามารถเข้า-ออกได้ตามปกติ แต่ต้องมีการติดตามการขนส่งอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่เฉพาะกิจประจำด่านสากล นำส่งสินค้าไปยังจุดเปลี่ยนถ่ายที่เจ้าหน้าที่กำหนดไว้ฝั่งลาว ภายหลังจากนำสินค้าลงเสร็จแล้ว ให้เดินทางกลับโดยเร็ว และเริ่มมีการบังคับใช้จริงหลังวันประกาศวันประกาศคือ ให้ผู้ประกอบการขนส่งและพนักงานขับรถขนส่งสินค้าเปลี่ยนถ่ายสินค้าที่จุดเปลี่ยนถ่ายสินค้าที่ด่านฝั่งลาว ยกเว้นกรณีขนส่งน้ำมันเชื้อเพลิงที่ไม่สามารถเปลี่ยนถ่ายที่ด่านได้ สามารถเดินทางไปส่งในจุดหมายที่กำหนดได้ (ตารางที่ 1-2)

- กรณีประสงค์ไปส่งสินค้าที่บริเวณอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กำหนดจะต้องขออนุญาตคณะกรรมการเฉพาะกิจแขวง เป็นรายกรณี ซึ่งต้องมีการตรวจ RT-PCR ก่อนออกจากด่านสากลวังเต่าของสปป.ลาว

ตารางที่ 1 จำนวนรถส่งสินค้าที่เดินทางขาออก แยกรายเดือน ปีพ.ศ. 2563 และ 2564

ปี/ เดือน	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	รวม
2563	11087	11415	11684	4635	4576	4992	5571	5327	4751	4440	4778	9529	82785
2564	9423	9881	11526	5960	4556	5247	4696	4064	4511	4227	5301	11735	81127

หมายเหตุ : ยานพาหนะขาออกนอกประเทศ เดือน มกราคม-มีนาคม 2563 รวมทุกประเภท (รถโดยสารระหว่างประเทศ,รถบัสท่องเที่ยว,รถบรรทุกสินค้า,รถตู้,กระบะ,รถส่วนบุคคลและรถจักรยานยนต์)

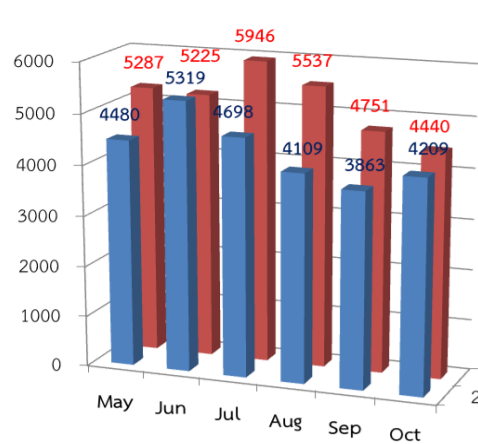
ตารางที่ 2 จำนวนรถส่งสินค้าที่เดินทางขาเข้า แยกรายเดือน ปีพ.ศ. 2563 และ 2564

ปี/ เดือน	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	รวม
2563	11415	11894	11655	4937	5284	5225	5946	5537	5886	4440	5287	10179	87685
2564	10327	10914	11986	6251	4480	5319	4698	4109	3863	4209	5249	11735	83140

หมายเหตุ : ยานพาหนะขาเข้ามาในประเทศ เดือน มกราคม-มีนาคม 2563 รวมทุกประเภท (รถโดยสารระหว่างประเทศ,รถบัสท่องเที่ยว,รถบรรทุกสินค้า,รถตู้,กระบะ,รถส่วนบุคคลและรถจักรยานยนต์)

รถโดยสารระหว่างประเทศ มีการเดินทางทุกวันในห้วงก่อนล็อกดาวน์ประเทศ วันละ 2 เที่ยวทั้งขาออกไปและกลับเข้ามา เป็นรถปาลเซ-อุบลราชธานี,และปากเซ-กรุงเทพฯ / รถตู้เข้าหามาคันท่องเที่ยว สัปดาห์ละ ประมาณ 50 คัน, รถยนต์ส่วนตัว (ไทยและลาว) รวมรถจักรยานยนต์เดินทาง สัปดาห์ ละประมาณ 200 คัน ในช่วงLock Down รถส่งสินค้า เฉลี่ยวันละ 200-300 คัน ในห้วงระยะเวลาทั้งสองปี (กราฟที่ 1-3)

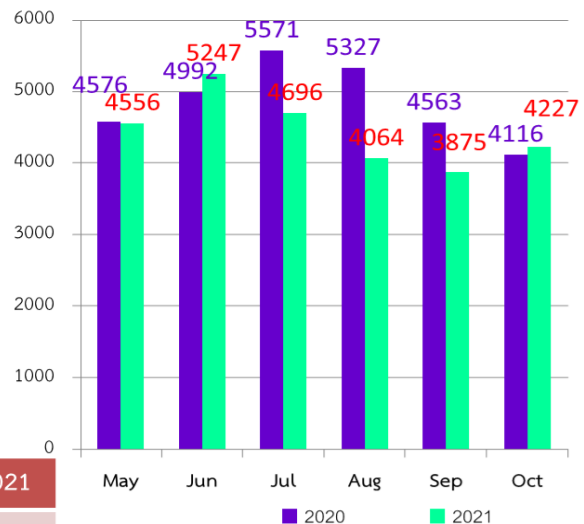
เปรียบเทียบข้อมูลยานพาหนะขาเข้ามาในประเทศ
ใน 6 เดือนช่วงเวลาเดียวกัน (พฤษภาคม – ตุลาคม) ปี 2563 และ 2564



■ 2020 ■ 2021

	2020	2021
เข้า	26678	31186
ออก	29145	20665

เปรียบเทียบข้อมูลยานพาหนะขาออกไปต่างประเทศ
ใน 6 เดือนช่วงเวลาเดียวกัน (พฤษภาคม – ตุลาคม) ปี 2563 และ 2564



■ 2020 ■ 2021

กราฟที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลยานพาหนะเข้าออกในและต่างประเทศปี 2563-64

จังหวัดต้นทางของการส่งออก และนำเข้ากลับมาของสินค้า

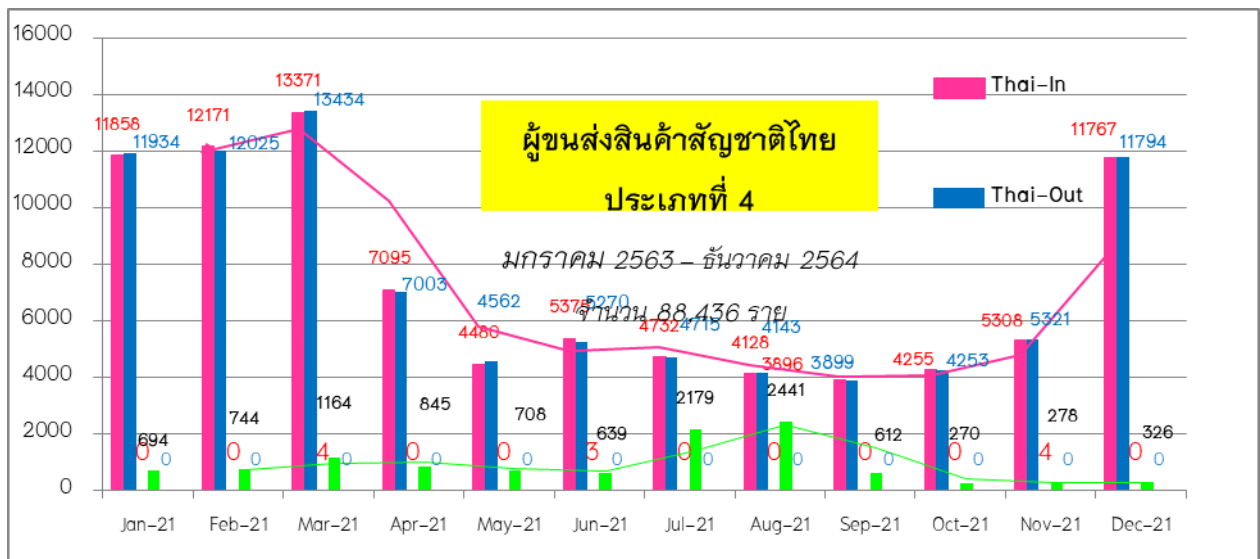


- ผู้ขนส่งสินค้าส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ควบคุมสูงสุด และจากพท.ควบคุมและเฝ้าระวังสูงบางจังหวัด เนื่องจากปรับลดลงมาตามมาตรการและสถานการณ์โรค สินค้าประเภทที่มีการขนส่งเป็นประเภท วัสดุ เชื้อเพลิง, วัสดุก่อสร้าง (ส่งตรงจากท่าเรือ, สนามบิน) ซึ่งใช้ในการก่อสร้างเชื่อมเครื่องจักรในการเกษตร, รถยนต์และรับสินค้าเกษตรจากสปป.ลาวเข้ามาไทย เช่น ถั่วลิสง, ถั่วเหลือง, ถั่วเขียว, รวมทั้งเข้าไปส่งเครื่องอุปโภคบริโภค เป็นต้น (รถบรรทุกวัสดุเชื้อเพลิงเข้าวันจันทร์เป็นส่วนใหญ่ (ซบ./รย.)

- ที่มา : ผลการตรวจคัดกรองคนพ.ประเภทที่ 4. ผู้ขนส่งสินค้า โดยการให้บริการเดินทางตามเอกสาร ค.อ. Google Form และ ค.อ. Online+Manual

กราฟที่ 2 จังหวัดต้นทางของการส่งออก และนำเข้ากลับมาของสินค้า

ประเภทที่ 4. ผู้ขนส่งสินค้าตามความจำเป็น



กราฟที่ 3 จำนวนผู้ขนส่งสินค้าตามความจำเป็นช่วงมกราคม 2563 - ธันวาคม 2564

ข้อมูล primary data ที่ได้จากการศึกษา

5. ผลสำรวจ

ข้อมูลในการเดินทางและสุขภาพของผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรไทย ช่องทางด่านช่องเม็ก

ผู้เดินทางเข้าราชอาณาจักรไทยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 99.7 มีอายุในช่วง 37-47 ปี ร้อยละ 43.9 ทั้งหมดมีสัญชาติไทย ต้นทางที่มารับสินค้ามากที่สุดคือสปป.ลาว ร้อยละ 39.2 รองลงมาเป็นจังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย ร้อยละ 22.3 จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาหรือ ม.1-ม.6 มากที่สุด ร้อยละ 70.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 95.5 มีอาชีพรับจ้างขับรถ ร้อยละ 80.1

ทั้งหมดเดินทางเข้าประเทศไทยโดยด่านตรวจคนเข้าเมือง เดินทางโดยรถยนต์ และเดินทางมาจาก สปป.ลาว พื้นที่ที่ก่อนเดินทางเข้าราชอาณาจักรไม่มีผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 ร้อยละ 82.8 มีพื้นที่พำนักในราชอาณาจักรคือจังหวัดอุบลราชธานีมากที่สุด ร้อยละ 61.5 เกือบทั้งหมดเดินทางเพื่อกลับภูมิลำเนา หลังจากไปส่งสินค้า ร้อยละ 68.0

ผู้เดินทางเข้าราชอาณาจักรไทยไม่มีอาการเจ็บป่วยใดๆ ร้อยละ 99.7 ได้รับวัคซีน ร้อยละ 77.2 และได้คนที่ได้รับวัคซีน ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม ร้อยละ 69.3 ได้รับการ swab เพื่อตรวจการติดเชื้อโควิด-19 ก่อนการเดินทาง 72 ชั่วโมง ร้อยละ 92.3 และผู้ที่ได้รับการตรวจผลตรวจเป็นลบทั้งหมด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเดินทาง และสุขภาพของผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (n=337)

ข้อมูลทั่วไปของผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	336	99.7
หญิง	1	0.3
อายุ (ปี)		
15-25	14	4.2
26-36	131	38.9
37-47	148	43.9
48-58	42	12.5
ตั้งแต่ 59 ปีขึ้นไป	2	0.6
สัญชาติ		
ไทย	337	100.0
พื้นที่ต้นทาง		
กรุงเทพมหานคร	34	10.1
กาฬสินธุ์	2	0.6
ขอนแก่น	5	1.5
ฉะเชิงเทรา	1	0.3

ชลบุรี	17	5.0
ชัยนาท	1	0.3
ชัยภูมิ	1	0.3
นครนายก	1	0.3
นครพนม	1	0.3
นครราชสีมา	13	3.9
บุรีรัมย์	10	3.0
ปทุมธานี	2	0.6
พระนครศรีอยุธยา	2	0.6
พิษณุโลก	1	0.3
มุกดาหาร	5	1.5
ยโสธร	1	0.3
ระยอง	1	0.3
ราชบุรี	1	0.3
ศรีสะเกษ	14	4.2
สระแก้ว	1	0.3
สระบุรี	4	1.2
สิงห์บุรี	1	0.3
สุพรรณบุรี	1	0.3
สุรินทร์	1	0.3
หนองคาย	2	0.6
หนองบัวลำภู	3	0.9
อุดรธานี	1	0.3
อุทัยธานี	1	0.3
อุบลราชธานี	75	22.3
สปป.ลาว	132	39.2
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา หรือ ป.1-6	4	1.2
มัธยมศึกษาหรือ ม.1-ม.6	237	70.3
ปวช/ปวส/อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	34	27.9
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	0.6
สถานภาพสมรส		

คู่	332	95.5
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	15	4.5
อาชีพหลัก		
รับจ้าง	270	80.1
พนักงานขับรถ	9	2.7
ค้าขาย	58	17.2
ช่องทางการเดินทางเข้าประเทศไทย		
ด่านตรวจคนเข้าเมือง	337	100.0
ประเภทพาหนะที่ใช้เดินทาง		
รถยนต์	337	100.0
เดินทางจากประเทศ		
ลาว	337	100.0
ผู้ป่วยยืนยัน Covid-19 ในพื้นที่		
มี	58	17.2
ไม่มี	279	82.8
ที่พักอาศัยในประเทศไทย		
กรุงเทพมหานคร	34	10.1
กาฬสินธุ์	2	0.6
ขอนแก่น	5	1.5
ฉะเชิงเทรา	1	0.3
ชลบุรี	17	5.0
ชัยนาท	1	0.3
ชัยภูมิ	1	0.3
นครนายก	1	0.3
นครพนม	1	0.3
นครราชสีมา	13	3.9
บุรีรัมย์	10	3.0
ปทุมธานี	2	0.6
พระนครศรีอยุธยา	2	0.6
พิษณุโลก	1	0.3
มุกดาหาร	5	1.5
ยโสธร	1	0.3

ระยอง	1	0.3
ราชบุรี	1	0.3
ศรีสะเกษ	14	4.2
สระแก้ว	1	0.3
สระบุรี	4	1.2
สิงห์บุรี	1	0.3
สุพรรณบุรี	1	0.3
สุรินทร์	1	0.3
หนองคาย	2	0.6
หนองบัวลำภู	3	0.9
อุดรธานี	1	0.3
อุทัยธานี	1	0.3
อุบลราชธานี	207	61.5
วัตถุประสงค์ในการเดินทางมาประเทศไทย		
ส่งสินค้า	107	31.7
กลับภูมิลำเนา	229	68.0
อื่นๆ	1	0.3
ข้อมูลการเจ็บป่วยและรับวัคซีนของผู้ให้ข้อมูล		
ไม่มีอาการ	376	99.7
มีอาการปวดท้อง มีไข้	1	0.3
การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19		
ยังไม่ได้รับ	77	22.8
ได้รับแล้ว	261	77.2
ชนิดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ได้รับเข็มที่ 1		
ยังไม่ได้รับ	77	22.8
Coronavac (Sinovac)	222	65.9
AstraZeneca	22	6.5
Sinopharm	2	0.6
Pfizer-BioNTech	1	0.3
Moderna	1	0.3
Johnson & Johnson	12	3.6
ชนิดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ได้รับเข็มที่ 2		

ยังไม่ได้รับ	103	30.7
Coronavac (Sinovac)	48	14.3
AstraZeneca	179	53.3
Pfizer-BioNTech	2	0.6
Moderna	4	1.2
ชนิดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ได้รับเข็มที่ 3		
ยังไม่ได้รับ	334	99.1
AstraZeneca	2	0.6
Sinopharm	1	0.3
ได้รับการ swab เพื่อตรวจการติดเชื้อโควิด-19 ก่อนการเดินทาง 72 ชั่วโมง		
ได้รับการตรวจ	311	92.3
ไม่ได้รับการตรวจ	26	7.7
ผลการตรวจ		
ผลเป็นลบ	337	100.0

6. บทสรุปการถอดบทเรียนในประเด็น

ผลการปฏิบัติงาน สำหรับการตรวจบุคคลประเภท ผู้ขนส่งสินค้า ได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ด้วยดี สืบเนื่องมาจากเป็นข้อกำหนดตามกฎหมาย และมีแนวทาง-ขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับผู้ขนส่งสินค้า และใช้ช่องทางเข้าออกประเทศมาก่อนหน้าที่จะมีการประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เป็นบุคคลในพื้นที่ภาคอีสานเป็นส่วนใหญ่ สามารถสื่อสารทำความเข้าใจได้ดี (รูปภาพที่ 13)



ผู้รับการตรวจเก็บตัวอย่างจำนวน 6 ราย เป็นผู้ขนส่งสินค้า(น้ำมัน)ชาวไทย(บริษัทศรีชัยพรและPP Shipping) เดินทางออกไปสปป.ลาวเมื่อวันที่ 15 ก.ค. 64 และเก็บตัวอย่างที่ด่านวังเต่าสปป.ลาวเวลา 15 น. (ผลยังไม่ออก)และด้านควบคุมโรคฯทราบผลว่าเป็น+ติดเชื้อฯในวันที่ 16 ก.ค.64เวลา 09.00น.จาก ตม.ลาวประสานมาที่ตม.ไทยแล้วแจ้งด่านครฯ ได้ดำเนินการขั้นตอนการปฏิบัติงาน ดังนี้..

- 1.ติดต่อจนท.จุดประสานงานสปป.ลาว เพื่อขอทราบข้อมูล (ทางการลาวแจ้งลงช่วงเช้าประมาณ10น.พบ ผู้ติดเชื้อจากผลสวอปที่ด่านฯวังเต่า ว่ามีผู้ขนส่งน้ำมันจากไทยติดเชื้อ 4 ราย) ด้านฯติดตามได้แล้ว 1 ราย (กลับเข้าไทยเมื่อ 16 ก.ค. พบหลักฐาน ต.8และแจ้งชิปปิ้งติดต่อเจ้าตัว/บริษัทให้ไปสวอปซ้ำและทำการ กักตัวทั้ง 3 รายแล้ว) อีก 1 ราย มาพร้อมขบวนรถ 6 คัน หลังสวอปส่งFast Track รอผล)
- 1.แจ้งไปที่SRRT อำเภอ-จังหวัด (รพ.+สสอสิรินธร.และสสจ.)ตามลำดับ
- 2.ประสานผู้ประสานการขนส่งสินค้า (เดินทางไปสวอปที่รพ.ราชเวท) รอผลตรวจ
- 3.เวลา 13.21 น.ผู้ขนส่งสินค้าทั้ง 6 รายเดินทางมาถึงด่านพรมแดน ที่มSRRT จากสสอ.และด่านครฯ ร่วมกันสอบสวนโรค /ด่านครฯประสานชุดสวอปและเก็บตย.ส่งโดยรพ.สิรินธร
- 4.กักตัวผู้ติดเชื้อและผู้มีความเสี่ยงสูงหลังเก็บตัวอย่าง(ให้อยู่บนรถ / แยกพื้นที่บริเวณข้างศาลเจ้าปู่ลาน จอดรถฯเข้า ที่ด่านฯฯ แจ้งชิปปิ้งให้ดูแลความเป็นอยู่ระหว่างรอผลตรวจ...



รูปภาพที่ 13 รายงานการปฏิบัติงานสอบสวนโรค

7. กิตติกรรมประกาศ

ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและแพทย์ตรวจคนเข้าเมือง ช่งเม็ก จังหวัดอุบลราชธานี ขอขอบคุณคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดอุบลราชธานี , คณะกรรมการโรคติดต่ออำเภอสิรินธร, คณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินฯ ระดับจังหวัด-อำเภอ ทุกทีมและทุกกลุ่มปฏิบัติการ, หน่วยงานทุกหน่วยในช่องทางเข้าออกประเทศ พรมแดนช่งเม็ก จังหวัดอุบลราชธานี, เจ้าหน้าที่หน่วยงานความมั่นคงในพื้นที่ ทุกนาย ตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ที่ให้ความเอื้อเฟื้ออำนวยความสะดวกและร่วมมือร่วมใจให้การปฏิบัติงานดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นอย่างดีในทุกขั้นตอน

ที่สำคัญ ขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ที่สนับสนุนงบดำเนินงานร่วมกับทีมวิจัย วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีในครั้งนี้ จนทำให้งานประสบผลสำเร็จตรงตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้ทุกประการ

บรรณานุกรม

1. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558
2. พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522
3. กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005 annex-II)
4. ประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ พ.ศ. 2559
5. ระเบียบคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ พ.ศ. 2563
6. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563
7. คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ทุกฉบับที่เกี่ยวข้อง)
8. ประกาศและคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดอุบลราชธานี (ทุกฉบับเรื่องมาตรการและสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)
9. ประกาศและคำสั่ง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี (ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ)

บทเรียนที่ 3.2

ข้อมูลพื้นฐานการเดินทางและสุขภาพของผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรไทย ช่องทางด่านพรมแดนถาวร ช่องสง่า จังหวัดศรีสะเกษ

นายอัษฎ์สุภัค ฉกรรจ์ศิลป์

ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศช่องสง่า

กลุ่มโรคติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

จังหวัดอุบลราชธานี



ข้อมูล secondary data จากการวิเคราะห์ภาพรวมของพื้นที่

1. ที่มาของประเด็น/ปัญหา/สถานการณ์



ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ หมายถึง ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ พ.ศ.2562 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (เล่ม 137 ตอนพิเศษ 20 ง ราชกิจจานุเบกษา 27 มกราคม 2563) การพัฒนาตามแนวทางของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (International Health Regulation - Joint External Evaluation Tools : JEE) หมายถึง ช่องทางเข้าออกประเทศที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะทั้งในภาวะปกติที่ต้องมีตลอดเวลา และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่อาจเป็น

สาเหตุของภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ปัจจุบันภัยคุกคามจากการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ กำลังเป็นปัญหาที่ทั่วโลกหันวิตก เนื่องจากทุก ๆ ปี จะมีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดขึ้นซึ่งล้วนแล้วแต่มีความซับซ้อนส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และมักส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก โดยพบว่าในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคติดต่ออุบัติใหม่จำนวนมาก และมีโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคเอดส์ โรคซาร์ส

โรคไข้หวัดนก และโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 และล่าสุดที่เป็นวิกฤตระดับโลกคือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นครั้งแรกในโลก

โรคติดต่ออุบัติใหม่ในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่มีต้นกำเนิดมาจากสัตว์ หรือสัตว์ป่าและมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การเคลื่อนย้ายของประชากร ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค เช่น ยุง หนู การขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกัน ควบคุมโรคของประชาชน การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยหรือสุขลักษณะ การอยู่ร่วมกันอย่างหนาแน่น ประชาชนบางกลุ่มมีความเสี่ยงที่จะติดโรคเนื่องจากมีความต้านทานโรคต่ำ เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ ผู้มีภาวะอ้วน ประชาชนบางกลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสโรคมาก เช่น เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ คนทำงานในโรงฆ่าสัตว์ ประชาชนบางกลุ่มมีโอกาสแพร่โรคหรือรับโรคได้ง่าย เช่น กลุ่มผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก หรือกลุ่มผู้เดินทางไปต่างประเทศนั้น

ประเทศไทยโดยอาศัยพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มาตรา 23 ได้กำหนดให้มีคณะทำงานประจำช่องทางเข้าออกด่านพรมแดนถาวรช่องสงขลาและอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 24 ในการกำหนดรูปแบบและการดำเนินการ ฝักระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อจังหวัดศรีสะเกษเพื่อให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดศรีสะเกษ โดยด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศช่องสงขลา จ.ศรีสะเกษ มีความจำเป็นที่ต้องเตรียมการฝักระวัง ป้องกันการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมถึงประสานข้อมูลระหว่างประเทศต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและสกัดกั้นการแพร่ระบาดอย่างเต็มที่ จากสถานการณ์การระบาดของโรคและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ

2. แนวทาง/ มาตรการ/ บทบาทหน้าที่ของด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศช่องสงขลา จังหวัดศรีสะเกษ



บทบาทหน้าที่หลักของด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศประกอบด้วย การตรวจคัดกรองผู้เดินทางที่มาจากพื้นที่เสี่ยง การทบทวนและฝึกปฏิบัติการดำเนินงานตามมาตรฐานการควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศแก่เจ้าหน้าที่ร่วมปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน การควบคุมกำกับให้มีการดำเนินงานตามมาตรฐาน IHR2005 Point of Entry (ภาวะฉุกเฉิน)ตามมาตรฐานคู่มือพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ IHR 2005 และการจัดทำฐานข้อมูลผู้เดินทางและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์และส่งต่อข้อมูลให้ SAT

ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศช่องสงขลา ได้ดำเนินการออกประกาศคณะทำงานช่องทาง เรื่องแนวทางการตรวจจับโรค การฝักระวังภัยสุขภาพและการส่งต่อผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค ทุกระบบระหว่างประเทศ ด้านพรมแดนช่องสงขลา จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ.2563 โดยกำหนดให้มีแนวทางการตรวจจับโรค การฝักระวังภัยสุขภาพและการส่งต่อผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค ทุกระบบระหว่างประเทศให้เป็นไปอย่างมีมาตรฐานและสอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2558 (International Health Regulations (IHR 2005)) ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบให้ปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ.2550 และพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน ควบคุมโรคภัยสุขภาพและภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้มีหรือลดการใช้โรคติดต่อระหว่างประเทศในการกีดกันทางการค้า ปกปิดข้อมูล การใช้มาตรการที่รุนแรงเกินความจำเป็น เพื่อให้การดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพช่องทางเข้าออกประเทศด้านพรมแดนช่องสะง่า บรรลุตามเจตนารมณ์ของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 และสามารถรับมือกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 การดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อจังหวัดศรีสะเกษตามแผนปฏิบัติการของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดศรีสะเกษ ตามคำสั่งจังหวัดศรีสะเกษที่ 2513/2559 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ.2559 ประกาศจังหวัดศรีสะเกษเรื่อง การดำเนินการอนุญาตให้บุคคลที่ได้รับการยกเว้นสามารถเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรไทย ลงวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2563 และคำสั่งจังหวัดศรีสะเกษที่ 1355/2563 เรื่อง การระงับใช้ช่องทางเข้าออกของบุคคล ยานพาหนะและสิ่งของ ณ จุดผ่านแดนถาวรช่องสะง่า อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการชั่วคราว(เพิ่มเติม) ลงวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2563 รวมทั้งอำนาจหน้าที่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคณะทำงานช่องทางเข้าออกประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศด้านพรมแดนช่องสะง่า ตามคำสั่งจังหวัดศรีสะเกษที่ 1564/2560 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ.2560

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากข้อ 2 ตั้งแต่เริ่มมีโควิด-ปัจจุบัน (ระลอกแรก → ปัจจุบัน)

เนื่องด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดในวงกว้างของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน และกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเป็นโรคติดต่ออันตรายเรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2563 อีกทั้งพบการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยอย่างรวดเร็วดังนั้นเพื่อให้การควบคุมโรคติดต่ออันตรายไม่ให้มีการแพร่ระบาดในวงกว้าง จึงมีความจำเป็นที่ต้องลดโอกาสการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว จังหวัดศรีสะเกษจึงมีคำสั่งที่ 1604 /2563 ลงวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2563 เรื่อง การระงับการใช้ช่องทางเข้า-ออกของบุคคล ยานพาหนะ และสิ่งของ ณ จุดผ่านแดนถาวรช่องสะง่า อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งหลังจากนั้นต่อมาเนื่องจากการควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยได้ผลดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับนายกรัฐมนตรีได้มีข้อกำหนด ออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระ

ราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 (ฉบับที่ 12) ผ่อนผันการใช้ช่องทางเข้ามาในราชอาณาจักรเฉพาะเพื่อการขนส่งสินค้าเพื่อบรรเทาผลกระทบและขับเคลื่อนเศรษฐกิจการค้าชายแดน จังหวัดศรีสะเกษได้มีคำสั่งจังหวัดศรีสะเกษที่ 2962 /2563 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2563 เรื่องการผ่อนผันการใช้ช่องทางเข้ามาในราชอาณาจักร ณ จุดผ่านแดนถาวรช่องสะง่า อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 35(1) แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ประกอบด้วยข้อ 5 ของข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 (ฉบับที่ 12) และมติคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษจึงได้มีคำสั่งผ่อนผันให้กลุ่มบุคคล 11 ประเภทตามข้อยกเว้นในมาตรการเดินทางเข้าสู่ประเทศไทย ดังนี้

1. ผู้มีสัญชาติไทย
2. ผู้มีเหตุยกเว้น หรือได้รับอนุญาตด้วยความจำเป็น
3. บุคคลในคณะทูต

4. ผู้ขนส่งสินค้าตามความจำเป็น
5. ผู้ควบคุมยานพาหนะเข้าประเทศ
6. คู่สมรส บิดามารดาหรือบุตรของผู้มีสัญชาติไทย
7. ผู้มีถิ่นที่อยู่อาศัย
8. ผู้มีใบอนุญาตทำงาน
9. นักเรียน นักศึกษาของสถานศึกษาของรัฐ เอกชน นานาชาติ ตำรวจตระเวนชายแดน
10. ต่างชาติเข้ามารักษาในไทย
11. ผู้ไม่มีสัญชาติไทยเข้ามาด้วยข้อตกลงพิเศษ

โดยในแต่ละกลุ่มประเภทจะมีรายละเอียดและเอกสารที่จำเป็นเพิ่มเติมที่จะต้องได้รับอนุญาตให้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรตามข้อตกลงพิเศษ (special arrangement) กับต่างประเทศโดยกระบวนการของกระทรวงการ

ต่างประเทศที่ผ่านความเห็นชอบจากศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



รูปภาพที่ 1: สรุปประเภทบุคคลตามข้อยกเว้นในมาตรการ การเดินทางเข้าสู่ประเทศไทย ภายใต้การกำกับและดำเนินการตามมาตรการของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดศรีสะเกษและแนวทางของคณะทำงานช่องทางประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศช่องสง่างา

รูปภาพที่ 1

ข้อมูล primary data จากผลการศึกษา

4.ข้อมูลในการเดินทางและสุขภาพของผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรไทย

ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศช่องสง่างา ได้ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลผู้เดินทางที่ได้รับการผ่อนผันตามประกาศของศูนย์บริหารสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) และประกาศจังหวัด ศรีสะเกษ ตามคำสั่งที่ 2962/2563 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2563 ผ่านด่านพรมแดนช่องสง่างา อ.ภูสิงห์ จ.ศรีสะเกษ ในช่วงที่มีสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนทั้งชาวไทยและชาว กัมพูชา ระหว่างเดือน กันยายน – พฤศจิกายน 2564 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเดินทาง และสุขภาพของผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (n=130)

ข้อมูลทั่วไปของผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	89	68.5
หญิง	41	31.5
อายุ		
15-25	29	22.3
26-36	44	33.8
37-47	44	33.8
48-58	10	7.7
ตั้งแต่ 59 ปีขึ้นไป	3	2.3
สัญชาติ		
ไทย	28	21.5
กัมพูชา	102	78.5
พื้นที่ต้นทาง (n=127)		
ศรีสะเกษ	4	3.1
สุรินทร์	7	5.5
บุรีรัมย์	9	7.1
นครราชสีมา	5	3.9
ราชอาณาจักรกัมพูชา	102	80.3
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา หรือ ป.1-6	52	40.0
มัธยมศึกษาหรือ ม.1-ม.6	67	51.5
ปวช/ปวส/อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	9	6.9
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	1.5
สถานภาพสมรส		
คู่	87	66.9
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	43	33.1
อาชีพหลัก		
รับจ้าง	29	22.3
พนักงานขับรถ	23	17.7
ค้าขาย	74	56.9

พนักงานบริษัท/ห้างร้าน	3	2.3
ธุรกิจส่วนตัว	1	0.8
ช่องทางการเดินทางเข้าประเทศไทย		
ด่านตรวจคนเข้าเมือง	130	100.0
ประเภทพาหนะที่ใช้เดินทาง		
รถยนต์	130	100.0
เดินทางจากประเทศ		
ราชอาณาจักรกัมพูชา	130	100.0
ผู้ป่วยยืนยัน Covid-19 ในพื้นที่		
มี	109	83.8
ไม่มี	21	16.2
ที่พักอาศัยในประเทศไทย		
ศรีสะเกษ	4	3.1
สุรินทร์	7	5.5
บุรีรัมย์	9	7.1
นครราชสีมา	5	3.9
ไม่มี	102	80.3
วัตถุประสงค์ในการเดินทางมาประเทศไทย		
ส่งสินค้า	126	96.9
กลับภูมิลำเนา	3	2.3
ไม่ระบุ	1	0.8
ข้อมูลการเจ็บป่วย		
ไม่มีอาการ	130	100.0
การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19		
ยังไม่ได้รับ	1	0.8
ได้รับแล้ว	129	99.2
ชนิดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ได้รับเข็มที่ 1		
ยังไม่ได้รับ	1	0.8
Coronavac (Sinovac)	71	34.4
AstraZeneca	15	60.0
Johnson & Johnson	12	5.8
ชนิดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ได้รับเข็มที่ 2		

ยังไม่ได้รับ	17	13.1
Coronavac (Sinovac)	52	45.7
AstraZeneca	30	5.7
Sinopharm	31	48.6
ชนิดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ได้รับเข็มที่ 3 (n=11)		
ยังไม่ได้รับ	119	91.5
AstraZeneca	11	8.5
ได้รับการ swab เพื่อตรวจการติดเชื้อโควิด-19 ก่อนการเดินทาง 72 ชั่วโมง		
ได้รับการตรวจ	130	100.0
ผลการตรวจ		
ผลเป็นลบ	129	99.2
ผลเป็นบวก	1	0.8



ผู้เดินทางเข้าราชอาณาจักรไทยผ่านจุดผ่านแดนถาวรช่องสะง่า จังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.5 มีอายุระหว่าง 26-36 ปี และ 37-47 ปี ร้อยละ 33.8 เท่ากัน มีสัญชาติกัมพูชา ร้อยละ 78.5 มีสัญชาติไทย ร้อยละ 21.5 ต้นทางที่มารับสินค้ามากที่สุดคือ ราชอาณาจักรกัมพูชา ร้อยละ 78.5 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 40.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.9 มีอาชีพค้าขายมากที่สุด ร้อยละ 56.9

ทั้งหมดเดินทางเข้าประเทศไทยโดยด่านตรวจคนเข้าเมือง เดินทางโดยรถยนต์ และเดินทางมาจาก ราชอาณาจักรกัมพูชา พื้นที่ที่ก่อนเดินทางเข้าราชอาณาจักรมีผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 ร้อยละ 83.8 ไม่มีพื้นที่พำนักใน ราชอาณาจักรไทย ร้อยละ 80.3 เกือบทั้งหมดเดินทางเพื่อส่งสินค้า ร้อยละ 96.9



ผู้เดินทางเข้าราชอาณาจักรไทยทุกคนไม่มีอาการเจ็บป่วยใดๆ เกือบทั้งหมดได้รับวัคซีน ร้อยละ 99.2 ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม ร้อยละ 86.9 ทุกคนได้รับการ swab เพื่อตรวจการติดเชื้อโควิด-19 (ATK) ก่อนการเดินทาง 72 ชั่วโมง และผู้ที่ได้รับการตรวจผลตรวจเป็นบวก 1 คน ร้อยละ 0.8

5.บทสรุปการถอดบทเรียนในประเด็น



ประกอบด้วย ตรวจคนเข้าเมืองจังหวัดศรีสะเกษ ด้านศุลกากรช่องสง่างา ปกครองอำเภอกุสิงห์ หน่วยเฉพาะกิจที่ 3 ทหารพราน 2601 ด้านกักกันสัตว์จังหวัดศรีสะเกษ ด้านตรวจพืช ด้านประมง ด้านตรวจสัตว์ป่า รวมถึงจนท.จาก สถานีตำรวจภูธรและเจ้าหน้าที่ของ อบจ.ศรีสะเกษที่ปฏิบัติงานที่บริเวณเมืองใหม่ช่องสง่างา ในการดูแลความสงบเรียบร้อยและอำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มบุคคลที่ได้รับการผ่อนผันประกอบอาชีพได้ภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินโดยยึดหลัก D-M-H-T-T อย่างเคร่งครัด ตั้งแต่มีคำสั่งจังหวัดศรีสะเกษที่ 1604/2563 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2563 เรื่อง ระเบียบการใช้ช่องทางเข้า-ออก ของบุคคล ยานพาหนะและสิ่งของ ณ จุดผ่านแดนถาวรช่องสง่างา อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นต้นมา ภายใต้สถานการณ์ที่สุ่มเสี่ยงและตึงเครียดในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทั้งสองประเทศ บริเวณด่านพรมแดนถาวรช่องสง่างา จังหวัดศรีสะเกษเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้พบแนวทางการดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดต่อภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉิน หรือรูปแบบระบบสาธารณสุขของทั้งสองประเทศที่ต้องมาเปรียบเทียบในประเด็นต่างๆ ดังนี้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การบริหารจัดการเพื่อเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทยและราชอาณาจักรกัมพูชา ปี 2563 – 2564

ประเทศไทย	ราชอาณาจักรกัมพูชา
1. การตรวจเชิงรุก (ACF) กลุ่มเสี่ยงโดยใช้ชุดตรวจ ATK (Antigen Test Kit) (เริ่มใช้ ก.ค.2564 ซ้ำกว่ากัมพูชา 1 เดือน)	กลุ่มเสี่ยงโดยใช้ชุดตรวจ ATK (Antigen Test Kit) (เริ่มใช้ มิ.ย.2564)
2. การให้บริการวัคซีน ประชาชนเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคCOVID-19 (เม.ย.64 ซ้ำกว่ากัมพูชา 4 เดือน)	ประชาชนเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 (ธ.ค.63)
3. อัตราการได้รับวัคซีนฯ ผู้เดินทางผ่านที่ด่านฯได้รับ 2 เข็ม < ร้อยละ80 (ตุลาคม 2564)	ผู้เดินทางผ่านที่ด่านฯได้รับ 2 เข็ม > ร้อยละ80 (ตุลาคม 2564)
4. มาตรการเฝ้าระวัง D-M-H-T-T การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ร้อยละ 100	3 ป้องกัน (สวมหน้ากาก ล้างมือ เว้นระยะห่าง1.5ม.) 3 ไม่ (ไม่เข้าพื้นที่ปิด ไม่เข้าพื้นที่คนเยอะ ไม่สัมผัสจับมือ กอด จูบ)

	การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ร้อยละ 100
5. แอปพลิเคชันเฝ้าระวังโรค สำหรับติดตามและป้องกัน COVID-19 ได้แก่ ไทยชนะ หมอชนะ หมอพร้อม	ไม่มีแอปพลิเคชันสำหรับติดตามและป้องกัน COVID-19 ส่วนบุคคลแต่ใช้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่ประชาชน สามารถเข้าถึงสถานการณ์ผ่านระบบออนไลน์ได้อย่าง รวดเร็ว ได้แก่ เพจ /Facebook ของระบบราชการ
6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในกลุ่มผู้เดินทางที่ด่านฯ ต้องมีระบบการบังคับใช้ เพื่อให้ปฏิบัติตาม	ผู้เดินทางที่ด่านฯ มีความตระหนักแต่ไม่ตระหนัก ให้ความ ร่วมมือกับภาครัฐทั้ง 2 ประเทศ

ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะประเด็นโอกาสในการพัฒนาด้านพรมแดนช่องสะง่า จ.ศรีสะเกษ กรณีการบริหารจัดการเพื่อเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข



1. มีแนวทางที่เป็นระบบที่จะทำให้เกิดระบบการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพตามกรอบของกฎหมาย และพัฒนาความร่วมมือของหน่วยงานและผู้เดินทาง

2. การใช้โอกาสเชิงกลยุทธ์และกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ ส่งเสริมให้เกิดการจัดการนวัตกรรมอย่างเป็นระบบของด่านพรมแดนถาวรช่องสะง่า

3. เกิดกระบวนการในการดำเนินการและคาดการณ์ในด้าน

กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับที่ตอบสนองและสอดคล้องกับบริบทของด่านพรมแดนถาวรช่องสะง่า

4. มีวิธีการที่เป็นระบบในการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และการพัฒนาสารสนเทศที่นำมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ของด่านฯ

4. กิตติกรรมประกาศ

รายงานฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากนายวัฒนา พุฒิศาสตร์ ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ ในฐานะประธานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดศรีสะเกษ และนายอรรถพล อรรถบุตร นายอำเภอภูสิงห์ ในฐานะประธานคณะทำงานประจำช่องทางด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศช่องสะง่า ตลอดจนหน่วยงานที่ปฏิบัติงานที่ด่านพรมแดนช่องสะง่า พ.ต.อ.อาทิตย์ ชิมดอน ผู้กำกับตรวจคนเข้าเมืองจังหวัด ศรีสะเกษ นายวรชิต เดชบรรลักษ์ณ์ นายด่านศุลกากรช่องสะง่า ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้เขียนตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของท่านผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ ท่านนายอำเภอภูสิงห์ และหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ด่านพรมแดนถาวรช่องสะง่า และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ พันเอกนิสิต สมานมิตร ผู้บังคับหน่วยเฉพาะกิจที่ 3 กองกำลังสุรนารีและพันเอกสมเด็จ พวงผกา หัวหน้าหน่วยประสานงานชายแดนไทย-กัมพูชาประจำพื้นที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุนการดำเนินการศึกษาข้อมูล และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) และ ดร.ภก.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา จากวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ได้กรุณาตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลรวมถึงขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ประจำโครงการ การประเมินระบบ บริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโคโรนา 2019 ในเขตสุขภาพที่ 10 กรณีศึกษาพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา ทุกท่านที่สนับสนุนเครื่องมือเพื่อใช้เก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการศึกษารั้งนี้ ตลอดจนผู้เดินทางจุดผ่าน แดนถาวรช่องสะง่า จังหวัดศรีสะเกษทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จนทำให้การศึกษาชิ้นนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

อนึ่ง ผู้เขียนหวังว่า รายงานฉบับนี้จะมีประโยชน์อยู่ไม่น้อย จึงขอมอบส่วนดีทั้งหมดนี้ให้แก่เหล่าผู้บริหารทุก ท่านและดร.ภก.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา ที่ได้ให้โอกาสผู้เขียนจนทำให้งานเขียนฉบับนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและ ขอมอบความกตัญญูทเวทิตาคุณ แต่บิดา มารดา และผู้มีพระคุณทุกท่าน สำหรับข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น นั้น ผู้เขียนขอน้อมรับผิดเพียงผู้เดียว และยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ใน การพัฒนางานต่อไป

7. การนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

ประเด็นสำคัญ/ ข้อเสนอแนะที่ต้องเร่ง แก้ไข	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	แผนเชิงนโยบาย	ผลการดำเนินงาน/ ความ คาดหวัง
1. การกลับเข้ามาใน ประเทศเกิน 72 ชั่วโมง	1. ด้านตรวจคนเข้า ราชอาณาจักรไทย 2. สำนักงาน ป้องกัน ควบคุมโรค 3. สำนักงานความร่วมมือ ระหว่างประเทศ กับวิเทศ สัมพันธ์ของจว.ที่ตั้งจุดผ่าน แดนถาวรนั้นๆ	1. วางมาตรการตรวจผล ATK เมื่อเดินทางกลับเข้า ประเทศ 2. ประชุมเชิงปฏิบัติการบูร ณาการจัดการข้อมูลเป็น หนึ่งเดียว ภายใต้ข้อตกลง ความร่วมมือและกลไกการ ปฏิบัติของช่องทางเข้าออก ประเทศตามแนวทางIHR 2005	1. หากมีเคสผลเป็นบวก ให้ทำการกักตัวโดยอาศัย อยู่ในสถานที่พักแยกที่ด้าน จัดทำขึ้นชั่วคราว 2. แจ้งกลับไปยังด่านตรวจ ของประเทศต้นทางเพื่อรับ ผู้ป่วยกลับประเทศต่อไป 3. สร้างมาตรฐาน L-A (Laboratory Accreditation) etc. ใน ระดับสากล,ประเทศ ภูมิภาค

		2. หากเป็นคนไทย หลังจากกักตัวครบกำหนด ให้มีการติดตามอาการไป 14 วัน	1. เปิดช่องทางติดต่อสื่อสารกับผู้เดินทางเข้า-ออกประเทศ ในช่วง 14 วัน หลังครบกำหนดกักตัว ที่ผ่านมามีเคส 5 ราย ที่ทางด่านตรวจฯ ได้ติดตามอย่างใกล้ชิดจนครบ 14 วัน
2. การรอผลตรวจหาเชื้อในประเทศก่อนออกไปรับส่งสินค้า	1. ด้านตรวจคนเข้าราชอาณาจักรไทย 2. สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคทั้ง 2 ประเทศ 3. สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กับวิเทศสัมพันธ์ของจว.ที่ตั้งจุดผ่านแดนถาวรนั้นๆ	1. ให้ผู้เดินทางปฏิบัติตามมาตรการที่ด่านตรวจฯ วางไว้ โดยผู้ประกอบการเป็นผู้แจ้งให้คนเดินทางเข้า-ออกทราบและทำความเข้าใจ ได้แก่ การกำหนดพื้นที่ในช่องทาง/ ประสานหน่วยบริการเพื่อส่งตรวจหาเชื้อหรือให้ จนท.หน้าด่านเป็นผู้ทำการตรวจได้เช่นกัน	1. มี 6 เคสที่ต้องได้รับการตรวจหาเชื้อเพื่อยืนยัน เนื่องจากไม่มีผล atk หรือ RT-PCR ก่อน 72 ชม.มายืนยัน 2. มาตรการดังกล่าว ดำเนินมาถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปิดประเทศ และดำเนินการอย่างเข้มงวด
3. ผู้เดินทางเข้า-ออกเกิน 72 ชั่วโมงตามที่กำหนด	ด้านตรวจคนเข้าราชอาณาจักรไทย, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 2 ประเทศ	1. วางมาตรการชี้แจงประกาศประทรวงให้ผู้ประกอบการ บริษัทและผู้ขนถ่ายสินค้าทราบและปฏิบัติอย่างเคร่งครัด 2. สร้างช่องทางติดต่อสื่อสารหากมีอาการที่เข้าข่าย PUI และหมายเลขติดต่อของจังหวัดที่รับสินค้าหรือที่พักนั้นๆ 3. ผลการรับวัคซีน/ ผลตรวจ atk/ RT-PCR	1. มาตรการถูกนำมาใช้กับผู้เดินทางเข้า-ออกทุกราย โดยเฉพาะช่วงที่มีการปิดประเทศชั่วคราว ถึงปัจจุบัน 2. แשרและเชื่อมโยงข้อมูลประสานเป็นข้อมูลเดียวกันสำหรับผู้ขนส่งสินค้าบริษัท ห้างร้านผู้ประกอบการกับด่านควบคุมโรคฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

		4. -ประชุมเชิงปฏิบัติ การบูรณาการจัดการข้อมูล เป็นหนึ่งเดียว ภายใต้ ข้อตกลงความร่วมมือและ กลไกการปฏิบัติของ ช่องทาง เข้าออกประเทศตาม แนวทาง IHR2005	ในช่องทางฯ
4. การขาดแคลนสถานที่กักตัว	ด้านตรวจคนเข้า ราชอาณาจักรไทย, สำนักงานป้องกันควบคุม โรค ทั้ง 2 ประเทศ, โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	1. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสานงานเชื่อมโยง ขั้นตอนการปฏิบัติงาน กับ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี, โรงพยาบาลและสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ สิรินธร โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลช่อง เม็ก ศูนย์พักคอยประจำ อำเภอสิรินธร และศูนย์พัก สังเกตอาการผู้ที่เดินทางมา จากประเทศกลุ่มเสี่ยง COVID-19 (Local Quarantine) จั ง ห วั ต อุบลราชธานี เพื่อจัดหาที่ พักคอยชั่วคราวในระหว่าง ที่รอผลตรวจหรือกักตัว ก่อนเดินทางกลับประเทศ ต้นทาง	1. ศูนย์พักคอยชั่วคราว จัดสร้างขึ้นที่อำเภอพิบูลมัง สาหาร ที่ไม่ไกลจากด่าน ตรวจฯ โดยทำเป็นศูนย์พัก สังเกตอาการผู้ที่เดินทางมา จากประเทศกลุ่มเสี่ยง COVID-19 (Local Quarantine) 2. บริษัทเอกชนวาง มาตรการตรวจ ATK ให้คน ที่ขนถ่ายสินค้าระหว่าง 2 ประเทศทุกสัปดาห์ และให้ คนขนถ่ายสินค้านำผลติด ตัวกรณี เจ้าหน้าที่ด่านขอดู

เอกสารอ้างอิง

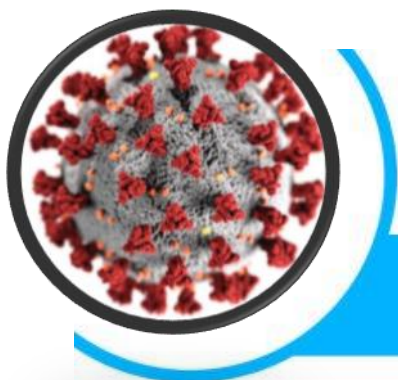
กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 กรมควบคุมโรค(2005)กรุงเทพ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.2550.

กลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักโรคติดต่อทั่วไป.คู่มือการนิเทศงานตามมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ.(เอกสารอัดสำเนา,2553)

คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ.แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2562-2564 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558.พพ.2562;หน้า 293-296.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เล่ม 137 ตอนพิเศษ 20 ง ราชกิจจานุเบกษา 27 มกราคม 2563

ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค.พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558.พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ:สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.หน้า 1-57.



บทเรียนที่ 4

ความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่ม แรงงานข้ามชาติ เขตสุขภาพที่ 10: กรณีศึกษาพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว- กัมพูชา

รายละเอียดโครงการ

ระยะเวลา : ตั้งแต่เดือนสิงหาคม -ตุลาคม 2564

พื้นที่ศึกษาในการเก็บข้อมูลวิจัย พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มเป้าหมาย แรงงานข้ามชาติ เจ้าของสถานประกอบการ

เครื่องมือที่ใช้ แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความรอบรู้ในการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ในแรงงานข้ามชาติ

ความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เขตสุขภาพที่ 10: กรณีศึกษาพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา (Health Literacy among Migrant Workers, Health Region 10: Border Areas Thai-Loas-Cambodia)

รองศาสตราจารย์ ดร.ภก.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา
 วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ม.อุบลราชธานี

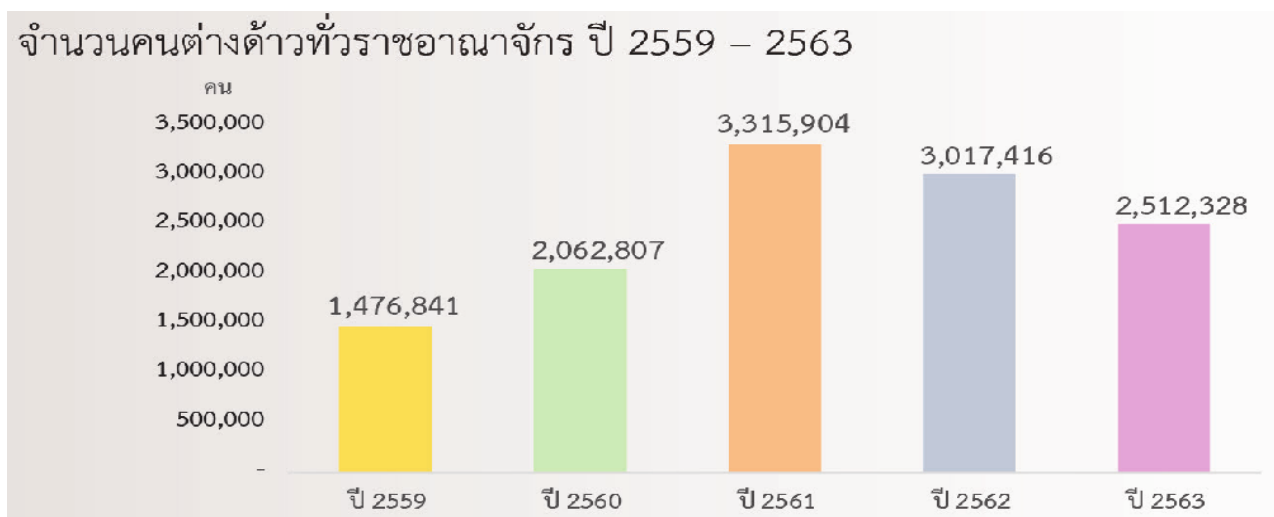
ข้อมูล secondary data จากภาพรวมของพื้นที่

บทนำ

1. ที่มาของประเด็นกลุ่มเสี่ยงแรงงานข้ามชาติกับความรอบรู้ทางสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

จากข้อมูลปัญหาของประชากรโลกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะด้านความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Villa-Torres, et al 2017) ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งกลุ่มแรงงานข้ามชาติซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคม (vulnerable groups) ซึ่งมีวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค (Janyasiri, 2008) ที่มีการย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัย เปลี่ยนสถานที่ทำงาน และความยากลำบากในการหางานเนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ที่ทำให้การค้าขายชะลอตัว ส่งผลต่อการจ้างงานทั้งคนไทยและชาวต่างชาติ ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาการยกระดับสถานะสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่มุ่งเน้นในการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ (Ministry of Public Health, 2016) อย่างไรก็ตาม พบว่าแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงนโยบายดังกล่าว และไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ (Chanchai, et al 2013) แม้จะมีความพยายามอย่างมากจากผู้ให้บริการสุขภาพทั้งการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขข้ามชาติ และการผลิตสื่อสุขภาพในภาษาต่างๆ แต่ยังคงพบว่าแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติหรือคนต่างด้าวในประเทศไทยได้เช่นเดียวกัน (Jaidee, 2015) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Kimbrough (2007) พบว่าความรอบรู้หรือความฉลาดด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้เกิดความเสมอภาค (health disparities) ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติได้

สถานการณ์ในประเทศไทย จากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์ตลาดแรงงานปี 2563 (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมจัดหางาน, 2563) พบว่าแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในประเทศไทยปี 2563 มีจำนวนทั้งสิ้น 2,152,328 คน ลดลงจากปีที่ผ่านมาจำนวน 505,088 คน (ร้อยละ 196.74) ส่วนใหญ่เป็นแรงงานที่ได้รับการผ่อนผันให้ทำงานต่อ (ตามมติคณะรัฐมนตรี) และเข้ามาทำงานตามความตกลงระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลประเทศต้นทาง (นำเข้าตาม MOU) (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2563) (รูปภาพที่ 1)



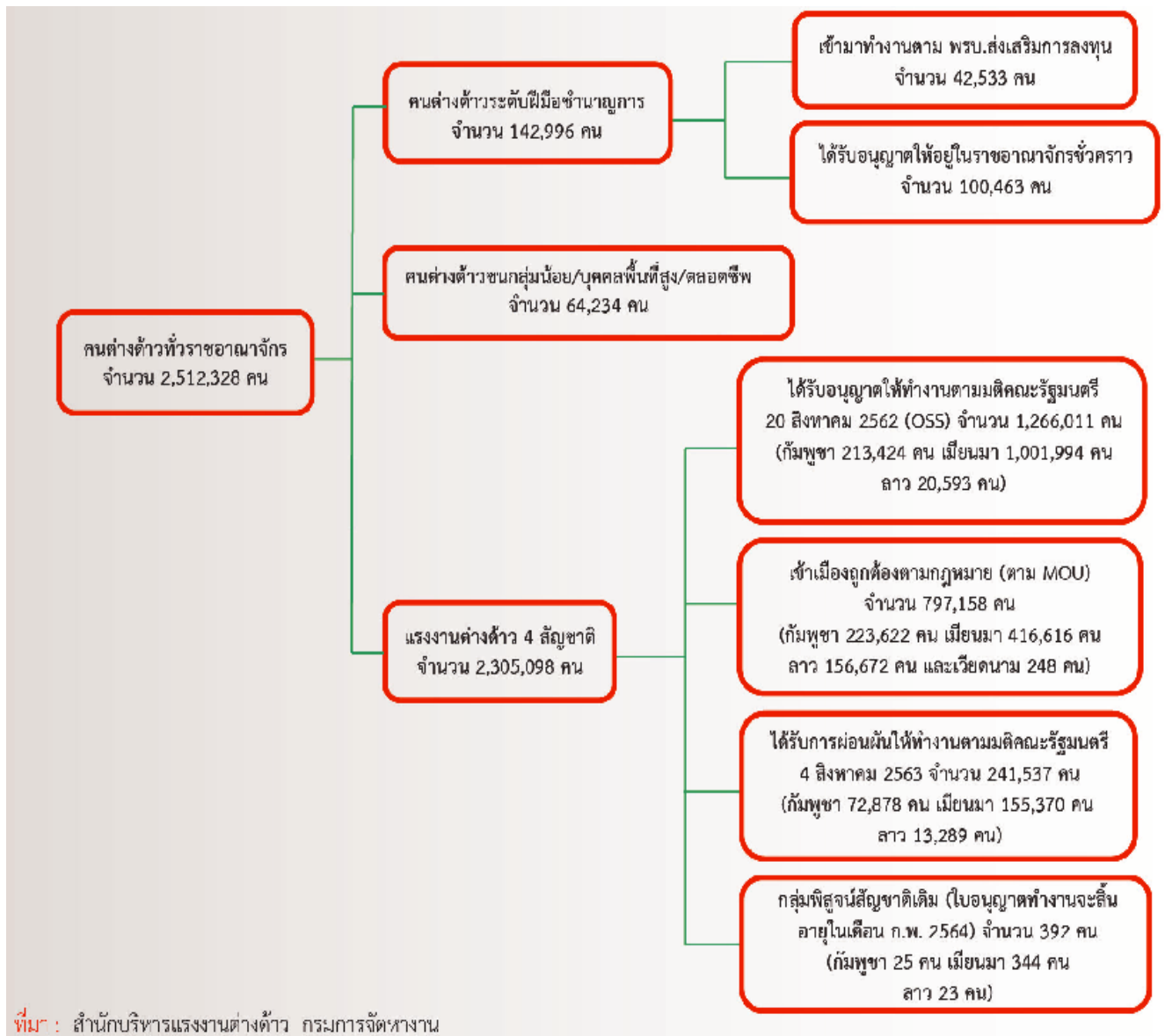
รูปภาพที่ 1 จำนวนคนต่างด้าวที่ราชอาณาจักร (2559-2563)

(ที่มา: สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน)

สำหรับแรงงานข้ามชาติหรือแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานในประเทศไทย ตามพระราชกำหนดการบริหารจัดการ การทำงานของแรงงานข้ามชาติ พ.ศ.2560 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงาน ของแรงงานข้ามชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 มีการจำแนกกลุ่มต่างๆดังนี้ (รูปภาพที่ 2)

เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค พบว่าแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานในพื้นที่ปริมณฑลมากที่สุด จำนวน 723,734 คน รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร จำนวน 584,152 คน ภาคกลาง จำนวน 583,057 คน ภาคใต้ จำนวน 333,402 คน ภาคเหนือ จำนวน 225,188 คน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 55,790 คน โดยจังหวัดที่มีคนเข้ามาทำงานมากที่สุดได้แก่ สมุทรสาคร สมุทรปราการ ชลบุรี และปทุมธานี เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านๆมา พบว่าแรงงานข้ามชาติลดลงทุกภาค ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภาวะเศรษฐกิจชะลอตัวอันเนื่องจากขาดสภาพคล่องและเงินเฟ้อ สงคราม เป็นต้น นอกจากนี้ พบว่าแรงงานข้ามชาติที่เดินทางเข้าประเทศไทยช่วงปี 2561-2563 ส่วนใหญ่เดินทางมาจากทวีปเอเชีย (ร้อยละ 72.91) ยุโรป อเมริกาเหนือ อเมริกาใต้ แอฟริกา และออสเตรเลีย ตามลำดับ สำหรับอาชีพหลักที่แรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทย ประกอบด้วย (ตารางที่ 1)

1. ผู้จัดฝ่าย ได้แก่ สายงานการผลิต
2. ผู้ประกอบอาชีพรับเหมาก่อสร้าง
3. การค้าส่งค้าปลีก แผงลอย
4. ให้บริการต่างๆ



รูปภาพที่ 2 จำนวนและประเภทของแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทย

ตารางที่ 1 ประเภทกิจการและอาชีพของแรงงานข้ามชาติ 5 อันดับแรก

คนต่างด้าวระดับฝีมือชำนาญการ	แรงงานต่างด้าว 4 สัญชาติ
1. ผู้จัดการฝ่ายอื่น ๆ	1. กิจการการผลิต (821,551 ตำแหน่ง)
2. ผู้ประกอบอาชีพด้านการสอน	2. กิจการรับเหมาก่อสร้าง (106,071 ตำแหน่ง)
3. กรรมการผู้จัดการ ผู้บริหารระดับสูง	3. กิจการค้าส่ง ค้าปลีก แผงลอย (104,039 ตำแหน่ง)
4. ช่างเทคนิคด้านต่างๆ	4. กิจการเกษตรและปศุสัตว์ (94,704 ตำแหน่ง)
5. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านธุรกิจ	5. กิจการการให้บริการต่าง ๆ (54,667 ตำแหน่ง)
สัญชาติที่เข้ามาทำงานมากที่สุด : ฟิลิปปินส์ จีน ญี่ปุ่น อินเดีย และอังกฤษ	สัญชาติที่เข้ามาทำงานมากที่สุด : เมียนมา กัมพูชา ลาว และเวียดนาม

ที่มา : สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน

ในด้านภูมิศาสตร์พบว่า ประเทศไทยมีจังหวัดที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน 31 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดที่มีพรมแดนติดกับประเทศเมียนมา 7 จังหวัด สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 12 จังหวัด ราชอาณาจักรกัมพูชา 7 จังหวัด และมาเลเซีย 3 จังหวัด มีช่องทางเข้าออกประเทศไทย (point of entry) ที่กำหนดไว้ทั้งสิ้น 67 ช่องทาง ประกอบด้วยท่าอากาศยาน (airport) 17 แห่ง ท่าเรือ (port) จำนวน 18 แห่ง และจุดผ่านแดนทางบก (ground crossing) จำนวน 32 แห่ง (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2558) โดยช่องทางเหล่านี้มีด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศซึ่งอยู่ในสังกัดกรมควบคุมโรคติดต่อและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการช่องทางเข้าออกประเทศ นอกจากนี้ หลายพื้นที่ของประเทศไทยที่มีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน มักมีการลักลอบเข้าเมืองแบบผิดกฎหมายของแรงงานต่างชาติดังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากประเทศไทยมีพื้นฐานทางด้านเศรษฐกิจและมีระบบการพัฒนาดังประเทศเพื่อนบ้านรวมทั้งระบบสาธารณสุข จึงเป็นเหตุแห่งแรงจูงใจที่ทำให้เกิดการไหลบ่าเข้ามาของแรงงานต่างชาติดังประเทศเพื่อนบ้านทั้งในและนอกระบบ ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีที่ผ่านมาประกอบอาชีพในหลากหลายรูปแบบทั้งในภาคบริการ ภาคการก่อสร้าง ภาคเกษตรกรรม และด้านประมง นั้นหมายรวมถึงโอกาสที่โรคติดต่อชนิดต่างๆที่ติดต่อผ่านการสัมผัสก็มีโอกาสแพร่กระจายข้ามพรมแดนได้เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ซึ่งถือว่าเป็นภัยคุกคามทั้งต่อระบบการสาธารณสุข ระบบเศรษฐกิจทั้งในพื้นที่ติดตามแนวชายแดน และในเขตปริมณฑล ส่งผลกระทบต่อการระบบบริการทางด้านสาธารณสุขทั้งตามแนวชายแดนทั้งระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนาที่ส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวงต่อทั้งระบบสาธารณสุขและระบบเศรษฐกิจของโลก

สำหรับพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ที่สุด 1 ใน 5 ของประเทศไทย มีประชากร 1.9 ล้านคน ด้านการปกครองมี 25 อำเภอ และมี 10 อำเภอ มีพรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านทั้งทางบกและทางน้ำ ดังนี้ พรมแดนติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ได้แก่

- แขวง คือแขวงสะหวันนะเขต 1 อำเภอ
- แขวงสาละวัน 4 อำเภอ
- และแขวงจำปาสัก 5 อำเภอ

บางพื้นที่ติดกับ 2 แขวง ของสปป.ลาวและติดกับราชอาณาจักรกัมพูชา 2 อำเภอ มีจุดผ่านแดนสากล 1 แห่งที่อำเภอสิรินธร จุดผ่านแดนถาวร 1 แห่งที่บ้านปากแซง ตำบลพะลาน อำเภอนาตาล จุดผ่อนปรนทางการค้า มีจุดผ่อนปรนทางการค้า 5 อำเภอที่มีพื้นที่ติดกับ 3 แขวงของสปป.ลาว และ 1 จุดติดกับจังหวัดพระวิหารราชอาณาจักรกัมพูชา ในส่วนที่เป็นช่องทางธรรมชาติและด่านประเพณีมีมากกว่า 70 แห่ง ปัญหาและผลกระทบด้านสาธารณสุขตามแนวชายแดนของจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่

1. โรคติดต่อที่สำคัญเช่น โรคไข้เลือดออก โรคมาลาเรีย โรคฉี่หนู โรคอุจจาระร่วง รวมทั้งโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน รวมทั้งโรคอุบัติใหม่ คือโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลกระทบเป็นอย่างมากในปัจจุบัน
2. ด้านอนามัยแม่และเด็ก การข้ามมารับวัคซีนของเด็กตามสถานบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน และ

3. ปัญหาระบบการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคตามแนวชายแดนที่ยังไม่เข้มแข็งพอตามแนวชายแดน ซึ่งรวมทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยในตัวจังหวัดอุบลราชธานีที่ยังไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มแรงงานต่างชาติที่ลักลอบเข้ามาทำงานแบบผิดกฎหมายที่เข้ามาพักอาศัยในพื้นที่ตามแนวชายแดน ประกอบกับแนวนโยบายการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพให้กลุ่มแรงงานต่างชาติยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึง รวมถึงระบบการสื่อสารกับประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ทั้งประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านต่างปิดประเทศ การติดต่อสื่อสารส่วนใหญ่มีการประสานงานกันทางโทรศัพท์ line group, messenger, what app, e-mail

ด้านการเคลื่อนย้ายแรงงาน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าในปี 2562 มีแรงงานต่างชาติ 3 สัญชาติคือ ลาว กัมพูชาและเมียนมาที่เข้าเมืองถูกต้องตามกฎหมายและสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยได้ทุกระดับ ได้มีการขึ้นทะเบียน ดังนี้ จังหวัดอุบลราชธานี มีแรงงานต่างชาติ – สัญชาติ ประกอบด้วย ลาว เมียนมา และกัมพูชา จำนวน 2,187 คน 1,623 คน และ 160 คน ในส่วนจังหวัดศรีสะเกษ มีแรงงาน ลาว จำนวน 384 คน เมียนมา 141 คน และกัมพูชา 635 คน (งานยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 10, วันที่ 20 มีนาคม 2563) และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลกระทบต่อทุกภูมิภาคทั่วโลก ข้อมูล ณ วันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 พบว่า มียอดผู้ติดเชื้อทั่วโลกสะสมทั้งสิ้น จำนวน 50.7 ล้านคน รักษาหาย จำนวน 35.79 ล้านคน และเสียชีวิต จำนวน 1.26 ล้านคน ในส่วนของประเทศไทย ข้อมูลจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) พบยอดผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 3,840 คน ติดเชื้อรายใหม่ 3 คน ไม่มีผู้เสียชีวิตรายใหม่ ยอดผู้เสียชีวิตสะสมทั่วประเทศอยู่เท่าเดิมที่ 60 ราย มีผู้ป่วยรักษาหายกลับบ้านได้แล้ว จำนวน 3,661 คน มีผู้ป่วยที่ยังรักษาตัวในโรงพยาบาล 119 คน เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาหาย โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 15 คน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 8 คน จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 4 คน จังหวัดอำนาจเจริญ 2 คน และจังหวัดยโสธร จำนวน 1 คน (งานยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจะมีการประกาศปิดจุดผ่านแดนระหว่างประเทศกับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยทั้งที่เข้าเมืองถูกและไม่ถูกกฎหมายที่เดินทางกลับประเทศตนเอง จากข้อมูลการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ประกอบด้วย สัญชาติลาว กัมพูชา และเมียนมาร์ ทำงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 เมื่อปี 2562

ในส่วนของด่านที่สั่งปิดโดยอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัดภายใต้ประกาศของ พรก.ฉุกเฉิน ของรัฐบาลไทย โดยคำสั่งให้ปิดจุดผ่านแดนทุกประเภทของจังหวัดที่มีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านคือ สปป.ลาว (จังหวัดมุกดาหาร อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี) และราชอาณาจักรกัมพูชา (จังหวัดอุบลราชธานี และศรีสะเกษ) ที่มีทั้งช่องทางธรรมชาติ ด่านประเพณี จุดผ่อนปรน จุดผ่านแดนถาวร (ด่านบ้านปากแซง อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี) และจุดผ่านแดนสากล ทั้งที่เป็นด่านสะพานที่เชื่อมระหว่างจังหวัดมุกดาหารกับแขวงสะหวันนะเขต สปป.ลาว จุดผ่านแดนสากลด่านช่องสะงำ (ด่านดิน) อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีพรมแดนติดกับเมืองอัลลองเวง จังหวัดอุดรธานี ราชอาณาจักรกัมพูชา และจุดผ่านแดนสากลช่องเม็ก อำเภอสรินธร จังหวัดอุบลราชธานีกับแขวงจำปาสักของ สปป.ลาว ซึ่งปิดพรมแดนเป็นจุดสุดท้ายเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2563 (ข้อมูลจากสำนักงานจังหวัดอุบลราชธานี, 8 เมษายน 2563)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีคำสั่งอย่างเป็นทางการให้ปิดทุกช่องทางทั้งที่เป็นช่องทางธรรมชาติ จุดผ่อนปรน จุดผ่านแดนถาวร และจุดผ่านแดนสากล ก็ยังมีการลักลอบของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านกลับมาทำงานในประเทศไทย ซึ่งไม่ผ่านระบบการตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 ทั้งในระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัดสามารถเดินทางแบบผิดกฎหมายเข้าไปถึงเขตปริมณฑล หรือบางรายสามารถกลับไปทำงานเดิมได้ที่กรุงเทพมหานคร การบริหารจัดการโรคและภัยสุขภาพข้ามแดนรวมทั้งโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีให้เหมาะสมโดยชุมชนเองต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดค้น หาแนวทางการจัดการกับปัญหาหรือภัยคุกคามจากโควิด-19 ที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในชุมชนเองสิ่งสำคัญเมื่อผ่านระบบการคัดกรองเบื้องต้นในชุมชน โดย อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและมีการยืนยันตัวตนของแรงงานต่างด้าวหรือประชากรข้ามชาติในระดับชุมชน โดยอาศัยเครื่องสแกนลายนิ้วมือ หรือ finger scan ซึ่งสามารถดำเนินการได้ในระดับ รพ.สต.ตามแนวชายแดนทั้งในของจังหวัดจังหวัดอุบลราชธานีและศรีสะเกษ มีเพียงร้อยละ 30 ที่มีเครื่องมือดังกล่าว หาก รพ.สต.ทุกพื้นที่มีเครื่องมือดังกล่าว จะช่วยให้การเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงได้ ด้านวัสดุอุปกรณ์สนับสนุนในการเฝ้าระวังและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงไม่ว่าจะเป็นแรงงานต่างด้าวที่เดินทางกลับประเทศตามช่องทางต่างๆ พบว่าวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจคัดกรองมีไม่เพียงพอ เช่น ชุด PPE หน้ากากอนามัย เจลล้างมือในจุดที่เป็นที่สาธารณะยังไม่ทั่วถึงเช่น ท่ารถประจำทาง เครื่องมือวัดอุณหภูมิที่จุดผ่อนปรนและชุมชนที่เป็นช่องทางธรรมชาติหรือด่านประเพณี ในขณะที่เดียวกันการทำงานกับเมืองคูขนานของประเทศเพื่อนบ้านยังสามารถติดต่อสื่อสารกันได้ มีการประชุมหารือกันในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพข้ามแดนร่วมกัน ทางระบบ zoom meeting, line group meeting และ webex meeting นอกจากนั้น ข้อมูลการปฏิบัติตัวของแรงงานข้ามชาติตามมาตรการคุมเข้มในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 (D-M-H-T-T) ยังไม่มีการรวบรวมและวิเคราะห์ออกมาอย่างชัดเจน รวมถึงจำนวนตัวเลขที่แท้จริงของแรงงานต่างด้าวที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยอย่างผิดกฎหมายที่ยังไม่ชัดเจน ถึงแม้ว่าการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบคาดการณ์ว่ามีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมายไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีประมาณ 3,000-4,000 ราย ซึ่งถือว่ากลุ่มแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายเหล่านี้จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ระลอก 2 หรือ 3 หรือ 4 ได้ จากข้อมูลที่กำลังกล่าวมา ปัญหาที่พบในกลุ่มแรงงานต่างชาติและแรงงานเคลื่อนย้ายทั้งในประเทศและต่างประเทศคือ การเข้าถึงบริการการตรวจคัดกรองหาเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นประชากรเคลื่อนย้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแรงงานต่างชาติที่หลบหนีเข้าเมืองแบบผิดกฎหมายตามช่องทางทางธรรมชาติหรือด่านประเพณี กรณีเกิดป่วยใช้ด้วยอาการไข้ หวัด ไอ ประกอบกับไม่สวมหน้ากากอนามัยเวลาอยู่ในชุมชน รวมถึงการล้างมือบ่อยๆ ด้วยเจลแอลกอฮอล์ ในปัจจุบัน สถานการณ์การเชื่อมโยงข้อมูลกับประเทศเพื่อนบ้านด้านระบบข้อมูลเชิงเฝ้าระวังยังไม่มีมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างไทยและประเทศเพื่อนบ้านอย่างเป็นทางการ อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่จังหวัดที่มีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน เช่น อุบลราชธานีและศรีสะเกษจะมีการรายงานข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังโรคติดต่อ เป็นรายงาน one page ต่อผู้ว่าราชการจังหวัดทุกวันในช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดทุกวัน และมีการประชุม EOC (Emergency Operation Centre) สัปดาห์ละ 3 วัน ซึ่งข้อมูลที่ได้มาจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนในแต่ละจังหวัดเป็นวัน และจะมีการรวบรวมรายงานนำเสนอต่อผู้บริหารระดับสูงต่อไป

สืบเนื่องจากผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) จังหวัดอุบลราชธานีถือเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตดังกล่าว คือ มีผู้ป่วย จำนวน 15 ราย ซึ่งรายแรกพบเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2563 และรายสุดท้ายคือรายที่ 15 พบ เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2563 และทุกรายได้เข้าพักรักษาตัวที่สถานบริการทั้งของภาครัฐ และเอกชน โดยได้มีการดำเนินการอย่างเคร่งครัดภายใต้ประกาศของ สคบ. ถึงแม้ผู้ป่วยจะรักษาหายแต่ต้องมีการกักตัวจนครบกำหนดตามแนวทางที่กำหนด คือ 14 วัน ทั้งการกักตัวใน state Quarantine และ Home Quarantine รวมทั้งพื้นที่ได้มีการกำหนดมาตรการในระดับชุมชนในรูปภาคีเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในชุมชน จากสภาพปัญหาดังกล่าว จังหวัดอุบลราชธานีได้มีคำสั่งลงนามโดยผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี ได้ประกาศปิดจุดผ่อนปรนทุกจุดระหว่างจังหวัดอุบลราชธานีกับประเทศเพื่อนบ้าน เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2563 และต่อมาอีก 2 วันได้ลงนามประกาศปิดจุดผ่านแดนถาวรบ้านปากแซงอำเภอนาตาลเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2563 และปิดจุดผ่านสากล ตามลำดับ จนถึงปัจจุบันยังไม่ได้เปิดทำการทุกพื้นที่ที่ถูกสั่งปิด ทีมงานวิจัยภายใต้โครงการวิจัย “การบริหารจัดการโรคและภัยสุขภาพข้ามแดน ชายแดนเมืองคู่ขนาน ไทย-ลาว กรณีศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี – แขวงสะหวันนะเขต – แขวงสาละวัน – แขวงจำปาสัก ร่วมกับหัวหน้าโครงการศึกษาวิจัย เรื่อง “ระบบและกลไกการจัดการโรคติดต่อข้ามแดนในพื้นที่อนุภาคลุ่มน้ำโขง” จากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงและทีมงานวิจัยจังหวัดอุบลราชธานี ได้ลงพื้นที่ตามแผนปฏิบัติงานเพื่อส่งคืนข้อมูลการวิจัยให้กับทีมงานในพื้นที่เพื่อรับรองข้อมูลรายงานการวิจัย และมีการประชุมหารือหรือปรับแผนการดำเนินงานใน 6 เดือนที่ 2 แต่เนื่องจากผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 ทำให้ไม่สามารถประชุมส่งคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เมืองคู่ขนาน ทางฝั่ง สปป.ลาวได้ อย่างไรก็ตาม ในแผนงานโครงการเมืองคู่ขนาน สามารถนำไป implement ใน 6 เดือนที่ 3 จากสถานการณ์ที่พบผู้ป่วยโควิด-19 ในพื้นที่วิจัย อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลผู้ป่วยโรคโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19) และผู้ป่วย PUI ที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Throat swab และ Nasopharyngeal swab ระหว่าง เดือนมีนาคม – สิงหาคม 2563 (ตารางที่ 2) พบว่า เมื่อมีคำสั่งการปิดจุดผ่านแดนถาวรบ้านปากแซง อำเภอなたาล เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2563 และการปิดจุดผ่านแดนสากล พรหมแดนช่องเม็ก อำเภอสิรินธร เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2563 จาก ข้อมูลศูนย์ EOC จังหวัดอุบลราชธานี ในประเด็นปัญหาผู้ป่วยโรคโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19) และผู้ป่วย PUI ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ใน 6 พื้นที่วิจัยที่เป็นอำเภอชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านถึง 3 แขวงคือ แขวงสะหวันนะเขต แขวงสาละวัน และแขวงจำปาสัก พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ราย ใน 3 อำเภอ คืออำเภอบุญศรี 4 ราย ซึ่ง 2 รายแรกสามีเป็นเชียนมวยไปเชียร์มวยที่เวทีลุมพินี กรุงเทพมหานครและนำมาติดภรรยา ส่วนรายที่ 2 เป็นแม่-ลูก มาจากจังหวัดภูเก็ต ทั้ง 4 ราย อำเภอโขงเจียม 1 ราย (เชียนมวย) และอำเภอเขมราฐ 1 ราย เป็นเพศหญิง ชายกาแพอยู่แถวสีลม เมื่อเกิดอาการป่วยเลยกลับมาดูแลรักษาตัวที่บ้านเกิด ซึ่งผู้สัมผัสที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทุกรายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Throat swab และ Nasopharyngeal swab ทุกราย

ตารางที่ 2 รายละเอียดการตรวจทางห้องปฏิบัติการในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

อำเภอ	รายละเอียดการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ราย)			
	PUI	ตรวจThroat swab และ Nasopharyngeal swab	ผลการตรวจ confirm	
			บวก	ลบ
เขมราฐ	7	7 (ไทย 6 ราย ลาว 1 ราย)	1	6
นาตาล	5	5	0	5
โพธิ์ไทร	20	20	0	20
โขงเจียม	12	12	1	11
สิรินธร	13	13 (ไทย 8 ราย ลาว 5 ราย)	0	13
บุญทรirk	32	11	4	7

ที่มา งานระบาดโรงพยาบาลชุมชน วันที่ 1 ตุลาคม 2563

2. ความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะ ทางด้านปัญญาหรือ สังคม ในการสร้างแรงจูงใจ หรือความสามารถในการ เข้าถึง (access) เข้าใจ (Understand) ประเมิน (Assess) และนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับมาไปสู่การปฏิบัติ (Apply) (รูปภาพที่ 3) และผลการปฏิบัตินั้นเกิดผลดีต่อสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มี 3 ระดับ ได้แก่

1.1 Functional Health Literacy ระดับพื้นฐานที่จะพอที่จะนำไปใช้งานได้ เช่นรู้ว่าอะไรเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรค หรืออะไรเป็นความเสี่ยง รู้ว่าโรคนั้นมีอาการอย่างไร และถ้าเป็นโรคนั้นแล้วเมื่อไหร่จะไปรักษา และไปรักษาที่ไหน และเมื่อไปรับการรักษา มีความเข้าใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

1.2 Interactive Health Literacy เป็นความรอบรู้ที่เพิ่มมากขึ้นจากความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน คือ เมื่อเจอสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยประสบมาก่อน มีทักษะในด้านปัญหาในการสังเคราะห์ความรู้เดิมมาเป็นความรู้ใหม่ หรือใช้ทักษะทางสังคมในการสอบถาม หรือฝึกฝนจนเกิดทักษะที่สามารถประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยเผชิญก่อนหน้านี้ได้อย่างเหมาะสม

(Key word ที่จะบ่งบอกว่ามี ความรอบรู้ในระดับ Interactive คือ เจอสถานการณ์ใหม่ก็มีทักษะที่จะจัดการปัญหาใหม่นั้นได้อย่างเหมาะสม)

1.3 Critical Health Literacy คือมีความรอบรู้ที่เพิ่มจากระดับ Interactive คือ นอกจากทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของโรคแล้ว ยังรู้ลึกไปถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ การจะจัดการปัญหาด้านสาธารณสุขนั้น จำเป็นต้องยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพเหล่านั้นควบคู่กันไปด้วยถึงจะสามารถแก้ปัญหาในระดับราก (Root Cause) ได้

นอกจากตนจะรอบรู้แล้ว ยังมีความสามารถหรือทักษะในการเคลื่อนไหวทางสังคมให้กลุ่มต่างๆเกิดความรอบรู้ ทั้งกลุ่มประชาสังคม และผู้กำหนดนโยบาย เพื่อให้ทุกภาคส่วนในสังคมมาตัดสินใจร่วมกันเพื่อเลือกแนวทางปฏิบัติที่ส่งผลดีต่อสุขภาพทั้งต่อระดับบุคคลและระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ

(Key word คือ รู้ถึง Determinant of Health และมีทักษะในการทำ Social Mobilization เพื่อรวมพลังทุกภาคส่วนมาร่วมกันแก้ปัญหาหรือพัฒนาให้เกิดความยั่งยืน)

การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่หรือ covid-19 นั้น ทำให้สังคมไทยเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการระบาดเกี่ยวกับ covid-19 ได้อย่างดี ถ้าถามว่าอะไรทำให้เกิดความตระหนักถึงภัยที่จะเกิดจาก covid-19 ก็ต้องยก health belief model มาอธิบายดังนี้

1. ตัวแปรด้านประชากรและสังคมจิตวิทยา (Demographic and psychosocial variable) ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ส่วนบุคคล การรับรู้ภัยคุกคาม การรับรู้ประโยชน์ หักลบด้วย อุปสรรคในการดำเนินการตามมาตรการป้องกัน
- การรับรู้ส่วนบุคคล (Individual Perception) ประชาชนรับทราบว่า COVID-19 ติดต่อง่าย และระบาดไปทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ที่มีนักท่องเที่ยวจีนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมาเที่ยวมากที่สุด จึงมีโอกาสเสี่ยงมากที่สุด (Perceived Susceptibility to disease) และรับทราบว่า COVID-19 เป็นแล้วมีความรุนแรงจนเสียชีวิตได้ (Perceived Severity of disease)



รูปภาพที่ 3 องค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy)

2. การรับรู้ภัยคุกคามจาก COVID-19 (Perceived Threat of disease) ประชาชนรับทราบถึงภัยคุกคามของ COVID19 ไม่เฉพาะต่อสุขภาพเท่านั้น ยังกระทบต่อเศรษฐกิจ ปากท้องและความเป็นอยู่ของตนเอง ดังนี้

1. COVID-19 ติดต่อได้ง่าย ถ้าเป็นแล้วมีโอกาสปอดอักเสบรุนแรงจนเสียชีวิตได้ และยังไม่มียาวัคซีนป้องกัน และยาที่ใช้ในการรักษา ยังอยู่ในขั้นตอนของการศึกษาว่าวิธีการใดเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลสูงสุด
2. เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างทันตาเห็น ทำให้เห็นภัยคุกคามมากกว่าทางสุขภาพ ตัวอย่างเช่น
 1. นักท่องเที่ยวลดลงอย่างมากทันทีที่ประเทศจีนปิดเมือง ทั้ง กทม. พัทยา เชียงใหม่ ภูเก็ต เจียบเหงา สนามบินที่เคยเนืองแน่นก็ลดลงอย่างมาก และส่งกระทบต่อการจ้างงานในภาคการท่องเที่ยวและการบิน
 2. จีนปิดเมืองเพื่อจัดการโรคระบาด เกิดผลกระทบต่อห่วงโซ่อุปทาน ทำให้ภาคการผลิตอื่น ๆ มีปัญหาตามไปด้วย รวมถึงการส่งผลไม้หรืออาหารต่างๆ ไปประเทศจีนลดน้อยไปด้วย ทำให้กระทบต่อภาคการเกษตรด้วย
 3. การคาดการณ์ GDP ของทั่วโลกลดลง รวมทั้งประเทศไทยด้วย เกือบทุกภาคอุตสาหกรรม ไม่กล้าลงทุนในสถานการณ์เศรษฐกิจที่ไม่เอื้ออำนวย การเห็นแนวโน้มการระบาดของ COVID-19 เพิ่มมากขึ้น นอกจาก Asia ตะวันออก คือ จีน เกาหลี ญี่ปุ่น ไปยังยุโรป ตะวันออกกลาง ส่งผลให้ตลาดหุ้นทั่วโลกดัชนีลดลง ช่วง 4 วันคือวันที่ 24-26 กพ. 2563 ดัชนีหลักทรัพย์ของประเทศไทย 120 จุด มูลค่าตลาดลดลงถึง 2 ล้าน ล้าน หรือเป็น 2 ใน 3 ของงบประมาณแผ่นดิน ภายใน 4 วัน
 4. ถ้าสัมผัสกับผู้เป็นโรคหรือกลุ่มเสี่ยงต้องถูกกักกัน (Quarantine) 14 วันเพื่อดูว่ามีอาการหรือไม่ การถูกกักกันอยู่ที่บ้าน 14 วันจะทำให้เกิดความยากลำบาก เนื่องจากไปทำงานไม่ได้ และถ้าไม่กักตัวเองไว้อยู่ที่บ้าน ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น จะผิดกฎหมาย และมีโทษปรับสูงสุดถึง 20,000 บาท หรือถูกลงโทษทางสังคม (Social Sanction)

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศนโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญ ตั้งแต่ ค.ศ. 1998 คือ การพัฒนาให้ประชากรทั่วโลกนั้นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (*health literacy*) ที่เป็นทักษะทางปัญญา (*cognitive skills*) และทักษะทางสังคม (*social skills*) เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและเพิ่มพูนศักยภาพของแต่ละบุคคล ให้บุคคลสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ และเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ อันจะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นอยู่เสมอ (WHO, 1998)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดและความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีแนวคิดที่แตกต่างกัน และแต่ละแนวคิดก็มีการให้องค์ประกอบที่แตกต่างกันตามไปด้วย และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ อาทิ กลุ่มที่มีปัญหาในเรื่องการอ่าน ฟัง เขียนภาษา โดยเฉพาะกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านภาษาต่างถิ่น เช่น ชนกลุ่มน้อย กลุ่มแรงงานข้ามชาติ นับเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (Searight, 2003; Camarota, 1999) ซึ่งปรากฏหลักฐานชัดเจนในการดูแลสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่ากระทรวง

สาธารณสุขในฐานะผู้จัดบริการสุขภาพให้กับผู้มารับบริการในประเทศไทย จากบริการสุขภาพนั้นทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (health expenditure) ให้กับกลุ่มบุคคลที่บุคคลที่มีหลักประกันสุขภาพประมาณ 645 ล้านบาท (Hengboriboonpong, 2010) สาเหตุเกิดจากการที่แรงงานข้ามชาติขาดข้อมูลในการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ ประกอบกับต้องอยู่ในสภาพการทำงานที่เสี่ยงอันตราย ความเป็นอยู่ที่แออัด ขาดสุขลักษณะที่ดี ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่อประเทศปลายทางอย่างแน่นอน (Hengboriboonpong, 2008; Archavanitkul, 2005)

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าประชาคมอาเซียน (ASEAN community) และเป็นแหล่งพื้นที่ในการแสวงหาแรงงานทำในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ส่วนใหญ่จากประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนใกล้เคียงกัน ได้แก่ แรงงานลาว กัมพูชา และเมียนมา (Vapattanawong, Chamrathirong, et al 2016) แต่ในขณะที่ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีภาษาไทยเป็นภาษาประจำชาติ ดังนั้น การสื่อสารของผู้คนมักจะใช้ภาษาไทยเป็นหลัก แต่จากการสำรวจความสามารถในการใช้ภาษาไทยของแรงงานข้ามชาติ พบว่าร้อยละ 12.06 ไม่สามารถใช้ภาษาไทย และร้อยละ 95.40 ของแรงงานข้ามชาติไม่สามารถใช้ภาษาอังกฤษได้ โดยมีแรงงานเพียงร้อยละ 63.22 ที่สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ (Jaidee, 2015) ปัจจัยที่สำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพนอกจากปัจจัยด้านการใช้ภาษา (language barrier) ดังกล่าวแล้ว ยังมีปัจจัยด้านวัฒนธรรมจากการข้ามพรมแดนมาทำงานในสถานที่ที่มีขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันที่ถือว่าเป็นอุปสรรคเช่นกัน (culture barrier) (Khungtumneam, 2014)

ข้อมูล primary data ที่ได้จากผลการศึกษา

3. โครงสร้าง บทบาท หน้าที่ของจัดหางานจังหวัด

1. จัดหางานจังหวัดอุบลราชธานี เป็น นายจันทร์รัตน์ รัตนจันทร์ (หัวหน้าหน่วยงาน)
2. การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ ประกอบด้วย 1 กลุ่มงาน (กลุ่มงานส่งเสริม 2 ฝ่าย (ฝ่ายบริหารงานทั่วไป และฝ่ายคุ้มครองคนหางานและการทำงานของคนต่างด้าว)

3.1 ความรับผิดชอบหลัก

มีภารกิจหน้าที่ ตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกรมการจัดหางาน จำนวน 2 ฉบับ ดังนี้

1. พระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
2. พระราชบัญญัติจัดหางานและคุ้มครองคนหางาน พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
 - a. งานควบคุมการทำงานของคนต่างด้าว ขึ้นกับฝ่ายคุ้มครองคนหางานและการทำงานของคนต่างด้าว
 - b. มีหน้าที่ พิจารณาออกใบอนุญาตทำงาน ต่ออายุใบอนุญาตทำงานเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตทำงาน รับแจ้งเข้า – ออกจากการทำงานของคนต่างด้าว ตรวจสอบ และควบคุมการทำงานของคนต่างด้าวในประเทศให้เป็นไปตามกฎหมาย รวมถึงการควบคุมแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ซึ่งได้รับการผ่อนผันให้ประกอบอาชีพเป็นการชั่วคราว

3.2 บทบาท หน้าที่ของทีมจัดหางานในการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

- กรณีตรวจสอบสถานประกอบการ

จังหวัดให้นโยบายในการเข้าตรวจสอบโดยให้ จัดหางานประสานกับ สสอ.หรือ สสจ. ร่วมกันเข้าไปตรวจสอบการได้รับอนุญาตทำงาน และแนะนำการปฏิบัติของสถานประกอบการกับคนงาน เช่น มีเจลล้างมือ วัดอุณหภูมิก่อนเข้าทำงาน เว้นระยะห่าง ตรวจสอบใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าว

- ▶ มาตรการในการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 - ▶ จัดเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เพื่อประชาสัมพันธ์ให้นายจ้าง/สถานประกอบการ ได้ปฏิบัติตามมาตรการ และข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค
 - ▶ จัดทำเอกสารประชาสัมพันธ์ส่งให้นายจ้าง แรงงานต่างด้าว กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครแรงงาน
 - ▶ ขอความร่วมมือนายจ้าง สถานประกอบการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร

3.3 ความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ

- ▶ มาตรการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ (รูปภาพที่ 4-7)
 - ▶ ทีมบุคลากรจัดหางานร่วมกับบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ประจำแต่ละจังหวัด ออกตรวจคัดกรองแรงงานข้ามชาติ ตามสถานประกอบการเป็นระยะ
 - ▶ หากพบเคสที่เป็นกลุ่มเสี่ยง → ให้สถานประกอบการทำการกักตัวแรงงานคนครบกำหนด
 - ▶ ให้แรงงานข้ามชาติเข้าถึงบริการฉีดวัคซีน → ปัจจุบันแรงงานข้ามชาติที่ได้รับวัคซีนอยู่ที่ ร้อยละ 80 (ณ เดือน มกราคม 2565)
 - ▶ การขึ้นทะเบียนขอรับใบอนุญาตทำงานหรือต่ออายุใบอนุญาตทำงานของแรงงานข้ามชาติ → ให้มีการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ทุกครั้ง ทุกราย



รูปภาพที่ 4 ลงพื้นที่โรงงานทำกิจกรรม



รูปภาพที่ 5 เข้าโรงงาน ร้านค้าเพื่อตรวจเยี่ยม
แรงงานกับผู้ประกอบการ



รูปภาพที่ 6 เข้าโรงงานช่วงโควิด



รูปภาพที่ 7 รมรงค์ สร้างความเข้าใจกับแรงงานและ
เจ้าของกิจการช่วงโควิด

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19และการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย และข้อมูลประเมินตนเองของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด-19 (COVID – 19) (ดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคม -ธันวาคม 2564)

ระยะเวลา : ตั้งแต่เดือนสิงหาคม – ธันวาคม 2564

พื้นที่ศึกษาในการเก็บข้อมูลวิจัย พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มเป้าหมาย แรงงานข้ามชาติ เจ้าของสถานประกอบการ

4.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในแรงงานข้ามชาติถูกกฎหมาย

จากข้อมูลของสำนักงานแรงงานจังหวัดอุบลราชธานี (ข้อมูลล่าสุดเดือนสิงหาคม 2564) พบว่ามีจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งสิ้น 239 ราย แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย อาศัยในเขตเทศบาลเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.3) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและเพศหญิงเล็กน้อยใกล้เคียงกัน มีอายุอยู่ในช่วง 26-36 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 54.1) สถานภาพส่วนใหญ่สมรสคู่ (ร้อยละ 62.6) แรงงานกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 41.4) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,601.53 บาท (SD=11,181) มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายมากที่สุด ร้อยละ 74.9 มีการทำงานในลักษณะพนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน ร้อยละ 83.0 มีน้ำหนักปกติ ร้อยละ 48.1

กลุ่มแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 82) ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าตนเองค่อนข้างมั่นใจในระบบบริการสุขภาพต่อการตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 (ร้อยละ 64.2) และเชื่อมั่นมาก (ร้อยละ 18.4) กลุ่มแรงงานต่างชาตินั้นมั่นใจในวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ที่ฉีดให้ (ร้อยละ 68.2) คนกลุ่มนี้สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ พูด ฟังเข้าใจชัดเจน (ร้อยละ 80.9) พวกเขาได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากนายจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 65.6) รองลงมาเป็นสื่อออนไลน์ ร้อยละ 57.9 และจากเพื่อน ร้อยละ 37.7 ในระหว่าง 14 วันที่ผ่านมารู้สึกว่าสุขภาพดี ร้อยละ 81.8 (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ถิ่นที่อาศัย (n=170)		
ในเขตเทศบาล	89	52.3
นอกเขตเทศบาล	81	47.7
เพศ (n=151)		
ชาย	76	50.3
หญิง	75	49.7
อายุ (ปี) (n=183)		
15-25	42	22.9
26-36	99	54.1
37-47	38	20.8
48-58	4	2.2
ประเทศต้นทาง (n=183)		
สปป.ลาว	176	96.2
เมียนมา	7	3.8
เอกสารแสดงสถานะบุคคล (n=182)		
บัตรสีชมพู	175	96.2
หนังสือเดินทาง	109	59.9
ไม่มีหนังสือเดินทาง	5	2.7
การประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (n=181)		
ไม่มี	1	0.6
บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	58	32.0
ประกันสังคมแรงงานต่างด้าว	122	67.4
สถานภาพสมรส (n=182)		
โสด	68	37.4
คู่	114	62.6
การศึกษาสูงสุด หรือกำลังศึกษา (n=152)		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	36	23.7
ประถมศึกษา หรือ ป.1-6	63	41.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	51	33.5
มัธยมศึกษาหรือ ม.1-ม.6	1	0.7

ปวช/ปวส/อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1	0.7
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
<9750	34	18.6
>=9750	149	81.4
Mean= 10,601.53 SD=11,181		
ความพอเพียงทางเศรษฐกิจ (n=179)		
เป็นหนี้	12	6.7
ไม่เพียงพอ	21	11.7
เพียงพอ	134	74.9
เหลือเก็บ	12	6.7
ลักษณะงาน		
ลูกจ้างในครัวเรือน (แม่บ้าน พี่เลี้ยงเด็ก ฯลฯ)	12	6.6
ลูกจ้างภาคการเกษตร	4	2.2
ลูกจ้างภาคธุรกิจร้านค้ารายย่อย	4	2.2
พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	152	83.0
ภาคบริการ (ร้านอาหาร หมอนวด)	11	6.0
ดัชนีมวลกาย		
อ้วน	48	26.2
น้ำหนักเกิน	40	21.9
น้ำหนักปกติ	88	48.1
ผอม	7	3.8
Mean=22.89 SD=3.35		
การได้รับวัคซีน		
ได้รับ	150	82.0
ไม่ได้รับ	33	18.0
เชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพต่อการตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (n=179)		
เชื่อมั่นมาก	33	18.4
ค่อนข้างเชื่อมั่น	115	64.2
ไม่ค่อยเชื่อมั่น	16	9.0
ไม่เชื่อมั่นเลย	15	8.4
เชื่อมั่นในวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ฉีดให้ (n=179)		
มั่นใจมาก	22	12.3

มั่นใจ	122	68.2
ไม่ค่อยมั่นใจ	22	12.3
ไม่มั่นใจเลย	13	7.2
การสื่อสารภาษาไทย		
สื่อสารได้ พูด ฟังเข้าใจชัดเจน	148	80.9
สื่อสารได้ พูด ฟังเข้าใจบ้าง	35	19.1
แหล่งข้อมูลข่าวสาร		
จากเพื่อน	69	37.7
จากนายจ้าง	120	65.6
จากเสียงตามสายโรงงาน	60	32.8
วิทยุชุมชน/หอกระจายข่าว	8	4.4
สื่อออนไลน์	106	57.9
หน่วยงานภาครัฐ	22	12.0
ปัจจุบันสุขภาพร่างกายเป็นอย่างไร (n=176)		
ดี	144	81.8
พอใช้	31	17.6
แย่มาก	1	0.6

จากตารางที่ 4 พบว่าแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย มีความรอบรู้ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับดี กล่าวคือ มีหลายประเด็นที่แรงงานข้ามชาติระบุการเข้าถึงข้อมูลในระดับ ‘ค่อนข้างง่าย’ เข้าถึง ‘ง่ายมาก’ ได้แก่

1. การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และการรักษา
2. การค้นหาความรุนแรงของโรคโควิด-19
3. การค้นหาแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อโควิด-19 ตามแนวทาง D-M-H-T-T
4. การค้นหาประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ตามที่จังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกาศ
5. การค้นหาช่องทางการสื่อสาร หรือสถานที่ที่จะขอรับความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเข้าได้กับโรคโควิด-19
6. การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19
7. การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)
8. การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 โดยตรวจด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit)

นอกจากนี้ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ระบุว่าตนเองมีความตระหนักรู้และเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรค และโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด-19 รวมถึงการรู้และเข้าใจในอาการและการรักษาโรคโควิด-19 การรู้และเข้าใจว่า

ทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด-19 ตลอดจนการรู้และเข้าใจว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้หากติดเชื้อโรคโควิด-19 มีแนวโน้มอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างง่ายและง่ายมาก

ประเด็นอื่นๆที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติระบุว่าสามารถเข้าถึงข้อมูล ‘ได้ง่าย’ ประกอบด้วย

9. ความเข้าใจในประกาศ แผ่นพับ เอกสาร ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสื่อสารเกี่ยวกับแนวทาง D-M-H-T-T
10. ความเข้าใจประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ตามที่จังหวัด หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกาศ
11. การรู้และเข้าใจว่าผู้ติดเชื้อโควิด-19 อาจไม่แสดงอาการ ซึ่งเราสามารถติดเชื้อจากคนกลุ่มนี้ได้
12. การเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ สถานการณ์โรค และวัคซีน ที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทูบ (You tube)
13. การรู้และเข้าใจระดับของอาการป่วยของโรคโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง
14. การรู้และเข้าใจวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ซึ่งเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หรือคนป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 7-10 วัน
15. การรู้และเข้าใจวิธีการตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit)
16. การตัดสินใจว่าเวลาทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นจะเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตรเสมอ
17. การตัดสินใจว่าเวลาเข้าไปในพื้นที่ร้านค้า สถานที่ราชการ หรือตลาดชุมชนต้องลงทะเบียนในแอปฯของหน่วยงานราชการ มีแนวโน้มอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างง่ายและง่ายมาก

ส่วนในประเด็นที่มีแนวโน้ม ‘ค่อนข้างยาก’ ได้แก่

1. การตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่นอกบ้าน หรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น
2. การตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อพักอาศัยร่วมกับกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวที่บ้าน
3. การตัดสินใจว่าจะล้างมือด้วยสบู่ ใช้เจลแอลกอฮอล์ หรือแอลกอฮอล์ 70% เมื่ออยู่นอกบ้าน หรือกลับจากกิจกรรมภายนอกร่วมกับผู้อื่น
4. การตัดสินใจว่าจะอาบน้ำหลังจากกลับจากทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น กลับจากโรงพยาบาล หรือเขตชุมชนที่มีคนหนาแน่น

และในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโอกาสการแพร่ระบาดของเชื้อ ได้แก่

5. การตัดสินใจว่าหากมีญาติมาจากพื้นที่เสี่ยงจะแจ้งเจ้าหน้าที่ และแนะนำให้กักตัวอย่างน้อย 14 วันและเฝ้าระวังอาการตามที่ระบุที่กำหนด
6. การตัดสินใจว่าหากพบผู้สงสัย/เสี่ยงติดโรคกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. หรือผู้นำชุมชน
7. การตัดสินใจที่จะแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) เมื่อคุณเป็นผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หรือเป็นผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 7-10 วัน เมื่อสงสัยว่าตัวเองเสี่ยง
8. การตัดสินใจที่จะตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน
9. การตัดสินใจว่าจะฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีแนวโน้มอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างยาก

ตารางที่ 4 ร้อยละของความรอบรู้ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายข้อ

ข้อ	ข้อคำถาม	ระดับความยาก-ง่าย			
		ยากมาก (4)	ค่อนข้าง ยาก (3)	ค่อนข้าง ง่าย (2)	ง่ายมาก (1)
1	หาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)	2.8	30.3	44.4	21.9
2	หาข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และการรักษาโรคโควิด-19	3.4	25.3	60.1	11.2
3	หาข้อมูลความรุนแรงของโรคโควิด-19	2.2	24.7	57.3	15.7
4	หาแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อโควิด-19 ตามแนวทาง D-M-H-T-T-A	2.8	26.4	43.3	27.5
5	หาประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ตามที่จังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกาศ	2.8	23.2	50.3	23.7
6	หาช่องทางการสื่อสาร หรือสถานที่ที่จะขอรับความช่วยเหลือ เมื่อท่านมีอาการเข้าได้กับโรคโควิด-19	0.6	25.8	51.7	21.9
7	หาข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	1.7	29.2	45.5	23.6
8	หาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน(Home Isolation)	16.9	22.0	39.0	22.1
9	หาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 หรือไม่ โดยตรวจด้วยตนเองโดยใช้ ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit)	1.7	24.3	50.8	23.2
10	รู้และเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรค และโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด-19	1.7	23.0	48.9	26.4
11	รู้และเข้าใจในอาการ และการรักษาโรค โควิด-19	1.1	28.7	54.5	15.7
12	รู้และเข้าใจว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด-19	0.6	17.4	52.3	29.8
13	รู้และเข้าใจว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้หากติดเชื้อโรคโควิด-19	0.6	15.7	55.1	28.6
14	เข้าใจในประกาศ แผ่นพับ เอกสาร ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสื่อสารเกี่ยวกับแนวทาง D-M-H-T-T-A	1.7	29.2	44.9	26.2
15	เข้าใจประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ตามที่จังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกาศ	0.6	27.0	51.7	20.8
16	รู้และเข้าใจว่าผู้ติดเชื้อโควิด-19 อาจไม่แสดงอาการ ซึ่งเราสามารถติดเชื้อจากคนกลุ่มนี้ได้	0.6	22.5	52.2	24.7
17	เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ สถานการณ์โรค และวัคซีน ที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทูบ (You tube)	-	16.3	51.1	32.6
18	รู้และเข้าใจระดับของอาการป่วยของโรคโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง	0.6	27.0	55.6	16.8
19	รู้และเข้าใจวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน(Home Isolation) ซึ่งเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หรือคนป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 7-10 วัน	1.1	33.2	42.1	23.6

20	รู้และเข้าใจวิธีการตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit)	14.6	29.2	35.4	20.8
21	คุณตัดสินใจว่าเวลาทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นจะเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตรเสมอ	-	28.9	68.3	2.8
22	ตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่นอกบ้าน หรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น	-	71.7	27.2	1.1
23	ตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อพักอาศัยร่วมกับกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวที่บ้าน	-	71.7	23.3	5.0
24	ตัดสินใจว่าจะล้างมือด้วยสบู่ ใช้เจลแอลกอฮอล์ หรือแอลกอฮอล์ 70% เมื่ออยู่นอกบ้าน หรือกลับจากกิจกรรมภายนอกพร้อมกับผู้อื่น	-	58.4	38.3	3.3
25	ตัดสินใจว่าจะอาบน้ำหลังจากกลับจากทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น กลับจากโรงพยาบาล หรือเขตชุมชนที่มีคนหนาแน่น	-	41.7	54.4	3.9
26	ตัดสินใจว่าเวลาเข้าไปในพื้นที่ร้านค้า สถานที่ราชการ หรือตลาดชุมชนต้องลงทะเบียนในแอปฯของหน่วยงานราชการ	-	24.4	53.3	22.3
27	ตัดสินใจว่าหากมีญาติมาจากพื้นที่เสี่ยงจะแจ้งเจ้าหน้าที่ และแนะนำให้กักตัวอย่างน้อย 14 วันและเฝ้าระวังอาการตามที่ระเบียบกำหนด	0.6	43.3	37.2	18.9
28	ตัดสินใจว่าหากพบผู้สงสัย/เสี่ยงติดโรคกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. หรือผู้นำชุมชน	-	48.3	41.0	10.7
29	ตัดสินใจที่จะแยกกักตัวที่บ้าน(Home Isolation) เมื่อคุณเป็นผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หรือเป็นผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 7-10 วัน	-	49.4	44.9	5.7
30	เมื่อสงสัยว่าตัวเองเสี่ยง ตัดสินใจที่จะตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit)	-	49.4	33.7	16.8
31	ตัดสินใจว่าจะฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19	-	65.7	25.8	8.5

4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในแรงงานข้ามชาติผิวดำ

แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย อาศัยนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 54.5 เป็นเพศชายและเพศหญิงเล็กใกล้เคียงกัน มีอายุอยู่ในช่วง 26-36 ปีมากที่สุด ร้อยละ 54.5 มีสถานภาพสมรสโสดทั้งหมด ทั้งหมดจบการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,090.90 บาท (SD=1,020.25) มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายมากที่สุด ร้อยละ 72.7 มีการทำงานในลักษณะลูกจ้างภาคการเกษตร ร้อยละ 54.5 ทุกคนมีน้ำหนักปกติ

ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ร้อยละ 72.7 ค่อนข้างมั่นใจในระบบบริการสุขภาพต่อการตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ร้อยละ 63.6 มั่นใจในวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ที่ฉีดให้ ร้อยละ 63.6 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ พูด ฟังเข้าใจชัดเจน ร้อยละ 72.7 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากนายจ้างมากที่สุด ร้อยละ 45.5 รองลงมาเป็นจากเพื่อน ร้อยละ 27.3 ในระหว่าง 14 วันที่ผ่านมารู้สึกว่าสุขภาพดี ร้อยละ 63.6 (ดูตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (n=11)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ถิ่นที่อาศัย		
ในเขตเทศบาล	5	45.5
นอกเขตเทศบาล	6	54.5
เพศ		
ชาย	5	45.5
หญิง	6	54.5
อายุ (ปี)		
15-25	3	27.7
26-36	6	54.5
37-47	2	18.3
ประเทศต้นทาง		
สปป.ลาว	11	100
เอกสารแสดงสถานะบุคคล		
ไม่มีหนังสือเดินทาง	11	100
การประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ		
ไม่มี	11	100
สถานภาพสมรส		
โสด	11	100
การศึกษาสูงสุด หรือกำลังศึกษา		
ประถมศึกษา หรือ ป.1-6	11	100
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
>5000	11	100
Mean= 8090.90 SD=1020.25		
ความพอเพียงทางเศรษฐกิจ (n=179)		
ไม่เพียงพอ	2	9.1
เพียงพอ	8	72.7
เหลือเก็บ	2	18.2

ลักษณะงาน		
ลูกจ้างในครัวเรือน (แม่บ้าน พี่เลี้ยงเด็ก ฯลฯ)	1	9.1
ลูกจ้างภาคการเกษตร	6	54.5
ภาคบริการ (ร้านอาหาร หอมวด)	4	36.4
ดัชนีมวลกาย		
น้ำหนักปกติ	11	100
Mean=21.92 SD=1.56		
การได้รับวัคซีน		
ได้รับ	8	72.7
ไม่ได้รับ	3	27.3
เชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพต่อการตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019		
เชื่อมั่นมาก	3	27.3
ค่อนข้างเชื่อมั่น	7	63.6
ไม่ค่อยเชื่อมั่น	1	9.1
เชื่อมั่นในวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ที่ฉีดให้		
มั่นใจมาก	3	27.3
มั่นใจ	7	63.6
ไม่ค่อยมั่นใจ	1	9.1
การสื่อสารภาษาไทย		
สื่อสารได้ พูด ฟังเข้าใจชัดเจน	8	72.7
สื่อสารได้ พูด ฟังเข้าใจบ้าง	3	27.3
แหล่งข้อมูลข่าวสาร		
จากเพื่อน	3	27.3
จากนายจ้าง	5	45.5
สื่อออนไลน์	2	18.2
ปัจจุบันสุขภาพร่างกายเป็นอย่างไร		
ดี	7	63.6
พอใช้	4	36.4

จากตารางที่ 6 พบว่าแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย มีความรอบรู้ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 โดยพบว่าประเด็นที่ค่อนข้างง่าย เข้าถึงง่ายมากคือ หาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และการรักษา ความรุนแรงของโรคโควิด-19 หาแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อโควิด-19 ตามแนวทาง D-M-H-T-T หาประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ตามที่จังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกาศ หาช่องทางการสื่อสาร หรือสถานที่ที่จะขอรับความช่วยเหลือเมื่อมีอาการ เข้าได้กับโรคโควิด-19 หาข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 หาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

รู้และเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรค และโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด-19 รู้และเข้าใจในอาการ และการรักษาโรค โควิด-19 รู้และเข้าใจว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด-19 รู้และเข้าใจว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้หากติดเชื้อโรคโควิด-19 มีแนวโน้มอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างง่ายและง่ายมาก

เข้าใจในประกาศ แผ่นพับ เอกสาร ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสื่อสารเกี่ยวกับแนวทาง D-M-H-T-T เข้าใจประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ตามที่จังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกาศ รู้และเข้าใจว่าผู้ติดเชื้อโควิด-19 อาจไม่แสดงอาการ ซึ่งเราสามารถติดเชื้อจากคนกลุ่มนี้ได้ เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ สถานการณ์โรค และวัคซีน ที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทูบ (You tube) รู้และเข้าใจระดับของอาการป่วยของโรคโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง รู้และเข้าใจวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ซึ่งเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หรือคนป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 7-10 วัน รู้และเข้าใจวิธีการตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit) ตัดสินใจว่าเวลาทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นจะเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตรเสมอ ตัดสินใจว่าเวลาเข้าไปในพื้นที่ร้านค้า สถานที่ราชการ หรือตลาดชุมชนต้องลงทะเบียนในแอปฯของหน่วยงานราชการ ตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่นอกบ้าน หรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อพักอาศัยร่วมกับกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวที่บ้าน ตัดสินใจว่าจะล้างมือด้วยสบู่ ใช้เจลแอลกอฮอล์ หรือแอลกอฮอล์ 70% เมื่ออยู่นอกบ้าน หรือกลับจากกิจกรรมภายนอกร่วมกับผู้อื่น ตัดสินใจว่าจะอาบน้ำหลังจากกลับจากทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น กลับจากโรงพยาบาล หรือเขตชุมชนที่มีคนหนาแน่น และในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโอกาสการแพร่ระบาดของเชื้อ ตัดสินใจว่าหากมีญาติมาจากพื้นที่เสี่ยงจะแจ้งเจ้าหน้าที่ และแนะนำให้กักตัวอย่างน้อย 14 วันและเฝ้าระวังอาการตามที่ระบุกำหนด ตัดสินใจว่าหากพบผู้สงสัย/เสี่ยงติดโรคกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. หรือผู้นำชุมชน ตัดสินใจที่จะแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) เมื่อคุณเป็นผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หรือเป็นผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 7-10 วัน เมื่อสงสัยว่าตัวเองเสี่ยง ตัดสินใจที่จะตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit) ตัดสินใจว่าจะฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีแนวโน้มอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างง่ายและง่ายมาก เช่นกัน

ส่วนการหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 โดยตรวจด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit) อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างยาก และยากมาก

ตารางที่ 6 ร้อยละของความรอบรู้ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายข้อ

ข้อ	ข้อคำถาม	ระดับความยาก-ง่าย			
		ยาก มาก (4)	ค่อนข้าง ยาก (3)	ค่อนข้าง ง่าย (2)	ง่าย มาก (1)
1	หาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)	-	9.1	90.9	-
2	หาข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และการรักษาโรคโควิด-19	-	9.1	81.8	9.1
3	หาข้อมูลความรุนแรงของโรคโควิด-19	-	9.1	90.9	-
4	หาแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อโควิด-19 ตามแนวทาง D-M-H-T-T-A	-	-	100	-
5	หาประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ตามที่จังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกาศ	-	-	100	-
6	หาช่องทางการสื่อสาร หรือสถานที่ที่จะขอรับความช่วยเหลือ เมื่อท่านมีอาการเข้าได้กับโรคโควิด-19	-	-	100	-
7	หาข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	-	-	100	-
8	หาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน(Home Isolation)	-	-	100	-
9	หาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 หรือไม่ โดยตรวจด้วยตนเองโดยใช้ ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit)	9.1	81.8	9.1	9.1
10	รู้และเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรค และโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด-19	-	-	100	-
11	รู้และเข้าใจในอาการ และการรักษาโรค โควิด-19	-	-	100	-
12	รู้และเข้าใจว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด-19	-	-	100	-
13	รู้และเข้าใจว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้หากติดเชื้อโรคโควิด-19	-	-	100	-
14	เข้าใจในประกาศ แผ่นพับ เอกสาร ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสื่อสารเกี่ยวกับแนวทาง D-M-H-T-T-A	-	-	100	-
15	เข้าใจประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ตามที่จังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกาศ	-	-	100	-
16	รู้และเข้าใจว่าผู้ติดเชื้อโควิด-19 อาจไม่แสดงอาการ ซึ่งเราสามารถติด	-	-	100	-

	เชื้อจากคนกลุ่มนี้ได้				
17	เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ สถานการณ์โรค และวัคซีน ที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทูบ (You tube)	-	-	100	-
18	รู้และเข้าใจระดับของอาการป่วยของโรคโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง	-	-	100	-
19	รู้และเข้าใจวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน(Home Isolation) ซึ่งเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หรือคนป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 7-10 วัน	-	-	100	-
20	รู้และเข้าใจวิธีการตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit)	-	-	100	-
21	คุณตัดสินใจว่าเวลาทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นจะเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตรเสมอ	-	-	100	-
22	ตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่นอกบ้าน หรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น	-	18.2	81.8	-
23	ตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อพักอาศัยร่วมกับกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวที่บ้าน	-	18.2	81.8	-
24	ตัดสินใจว่าจะล้างมือด้วยสบู่ ใช้เจลแอลกอฮอล์ หรือแอลกอฮอล์ 70% เมื่ออยู่นอกบ้าน หรือกลับจากกิจกรรมภายนอกร่วมกับผู้อื่น	-	18.2	81.8	-
25	ตัดสินใจว่าจะอาบน้ำหลังจากกลับจากทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น กลับจากโรงพยาบาล หรือเขตชุมชนที่มีคนหนาแน่น	-	18.2	81.8	-
26	ตัดสินใจว่าเวลาเข้าไปในพื้นที่ร้านค้า สถานที่ราชการ หรือตลาด ชุมชนต้องลงทะเบียนในแอปฯของหน่วยงานราชการ	-	-	100	-
27	ตัดสินใจว่าหากมีญาติมาจากพื้นที่เสี่ยงจะแจ้งเจ้าหน้าที่ และแนะนำให้กักตัวอย่างน้อย 14 วันและเฝ้าระวังอาการตามที่ระเบียบกำหนด	-	-	100	-
28	ตัดสินใจว่าหากพบผู้สงสัย/เสี่ยงติดโรคกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. หรือผู้นำชุมชน	-	-	100	-
29	ตัดสินใจที่จะแยกกักตัวที่บ้าน(Home Isolation) เมื่อคุณเป็นผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หรือเป็นผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 7-10 วัน	-	-	100	-

30	เมื่อสงสัยว่าตัวเองเสี่ยง ตัดสินใจที่จะตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit)	-	-	100	-
31	ตัดสินใจว่าจะฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19	-	9.1	90.9	-

4.3 ข้อมูลประเมินตนเองของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด-19 (COVID – 19)

จากตารางที่ 7 พบว่ามีสถานประกอบการที่ทำการสำรวจในรอบที่ 1 จำนวน 41 ราย ส่วนใหญ่เป็นสถานประกอบการในครอบครัว ได้แก่ ธุรกิจร้านอาหาร (ร้อยละ 65.9) ตามมาด้วยร้านค้า (ร้อยละ 19.5) และโรงงานขนาดเล็ก (ร้อยละ 12.2) ในส่วนของการนำมาตรการของภาครัฐในการเฝ้าระวัง ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มาใช้ ผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามมาตรการ ตัวอย่างเช่น การจัดอุปกรณ์วัดอุณหภูมิพร้อมแอลกอฮอล์ล้างมือ (ร้อยละ 85.4) การมีหน้ากากอนามัยให้ผู้รับบริการหากไม่ได้นำติดตัวมา (ร้อยละ 80.5) การจัดพื้นที่ให้บริการที่มีการเว้นระยะห่าง 1 เมตรให้กับผู้รับบริการ และจัดเก็บวัสดุ อุปกรณ์เพื่อลดการปนเปื้อน เป็นต้น จากการสอบถามเจ้าของสถานประกอบการพบว่า ผู้มารับบริการมีการปฏิบัติตามมาตรการที่ภาครัฐกำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้รับบริการบางส่วนที่ยังละเลยหรือไม่เคร่งครัดกับมาตรการดังกล่าว

ตารางที่ 7 การประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในการป้องกันและควบคุม การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตสุขภาพ ที่ 10: กรณีพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว-กัมพูชา (n=41)

ข้อมูลทั่วไปของสถานประกอบการ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทกิจการ		
โรงงานขนาดกลาง (คนงานไม่เกิน 50 คน)	1	2.4
โรงงานขนาดเล็ก (คนงานไม่เกิน 20 คน)	5	12.2
ร้านอาหาร	27	65.9
ร้านค้า	8	19.5
ด้านผู้ประกอบการ		
จัดอุปกรณ์สำหรับตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย เช่น เครื่องมือวัดอุณหภูมิร่างกายแบบมือถือ หรือแบบอินฟราเรด		
มี	35	85.4
ไม่มี	6	14.6
กำหนดให้มีจุดคัดกรองอุณหภูมิร่างกายแก่ผู้รับบริการและพนักงานทุกคนในบริเวณที่เหมาะสม ก่อนเข้าสถานประกอบการ		

มี	32	80.0
ไม่มี	8	20.0
จัดเตรียมหน้ากากอนามัยเพื่อผู้มารับบริการและพนักงาน		
มี	33	80.5
ไม่มี	8	19.5
จัดพื้นที่ต้อนรับผู้รับบริการให้เหมาะสม โดยมีระยะห่าง 1 เมตร ระหว่างลูกค้าและละท่าน เพื่อความปลอดภัยและมีการซักประวัติ โดยแยกออกจากส่วนการปฏิบัติงานของพนักงาน		
มี	35	85.4
ไม่มี	6	14.6
จัดสถานที่สำหรับเก็บวัสดุและอุปกรณ์ในสถานประกอบการของ ท่านให้มิดชิดเพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ (n=37)		
มี	29	78.4
ไม่มี	8	
จัดให้มีบริการชำระเงินที่ปลอดภัย เพื่อลดประมาณการพูดคุย สัมผัส ระหว่างพนักงานของสถานประกอบการกับผู้รับบริการ หรือ Payment online (n=38)		
มี	30	78.9
ไม่มี	8	21.1
ด้านผู้รับบริการ		
สวมหน้ากากอนามัย (n=40)		
มี	29	72.5
ไม่มี	11	27.5
ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนใช้บริการ		
มี	34	82.9
ไม่มี	7	17.1
ล้างมือก่อนใช้บริการ และหลังใช้บริการด้วยน้ำสบู่ หรือ แอลกอฮอล์ หรือแอลกอฮอล์เจล		
มี	30	73.2
ไม่มี	11	26.8

ปฏิบัติตามคำแนะนำของสถานประกอบการอย่างเคร่งครัดเพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ		
มี	28	70.0
ไม่มี	12	30.0

อภิปรายผล/ ประเด็นสำคัญ

จากข้อมูลข้างต้นที่มีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในช่วง 3 เดือน (ส.ค.-ธ.ค. 64) มีหลายประเด็นที่น่าสนใจที่ผู้วิจัยขอนำมาอภิปรายดังนี้

1. ในด้านรายรับ รายจ่ายช่วงที่เกิดการระบาดของโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติสะท้อนมุมมองว่าในช่วงวิกฤตดังกล่าว ถึงแม้จะเป็นอุปสรรคในการการทำงานเนื่องจากมีสถานประกอบการหลายแห่งปิดตัวลงจากการระบาดของแรงงานในสถานประกอบการนั้นๆ ร่วมกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อยอดขาย และเนื่องจากสถานประกอบการในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่เป็นสถานประกอบธุรกิจส่วนตัวเป็นหลัก เช่น ร้านอาหาร (ร้อยละ 69.5) ซึ่งมีการปิดกิจการไปจำนวนหนึ่ง แรงงานตกงานและขาดรายได้ อย่างไรก็ตาม แรงงานกลุ่มนี้ให้ความเห็นว่า รายรับและรายจ่ายค่อนข้างสมดุล ตรงจุดนี้อาจเป็นไปได้ว่าหลายประการ เช่น แรงงานมีการเก็บออมทำให้ไม่เดือดร้อนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 หรืออาจเป็นไปได้ว่าข้อคำถามที่ถาม ทางผู้แปลภาษาอาจแปลแล้วทำให้ความหมายคลาดเคลื่อนไป ดังนั้น เพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล ทางทีมวิจัยจะลงพื้นที่หารือกับผู้ประสานงานจากแรงงานจังหวัดอุบลราชธานี และผู้ทำการสัมภาษณ์และแปลภาษา สื่อสารกับแรงงานข้ามชาติอีกครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม นำมาวิเคราะห์อีกครั้ง
2. ประเด็นเรื่องของวัคซีน เป็นที่น่าสนใจว่าแรงงานข้ามชาติให้ความมั่นใจระบบบริการสุขภาพต่อการตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และมั่นใจในวัคซีนที่ให้บริการในประเทศไทย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวตรงข้ามกับความคิดเห็นของแรงงานไทยที่เดินทางกลับมาจากต่างจังหวัด ประเด็นดังกล่าวจำเป็นต้องทำการสำรวจเพิ่มเติมเพื่อหาคำตอบ ทั้งนี้ ทางทีมวิจัยได้พยายามหาเหตุผลเบื้องต้นที่อาจความเป็นไปได้คือ จากข้อมูลของแรงงานจังหวัดที่ลงพื้นที่เก็บข้อมูลให้เรา พบว่าเมื่อสอบถามถึงการได้รับวัคซีนในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ พบว่าแรงงานข้ามชาติมีความประสงค์ที่จะได้รับการฉีดวัคซีน อย่างไรก็ตาม เมื่อย้อนกลับไปประมาณช่วงเดือนกรกฎาคมที่ผ่านมา จำนวนวัคซีนที่นำเข้าในประเทศไทยและฉีดให้กับประชาชนไทยยังไม่เพียงพอ ดังนั้น ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจึงเป็นกลุ่มรองลงมาจากคนไทยที่จะได้รับการฉีดวัคซีน ต่อมาเจ้าของกิจการ ผู้ประกอบการภาคเอกชนได้รวมตัวเพื่อเรียกร้องให้ภาคเอกชนได้สั่งซื้อวัคซีนนำเข้าเพื่อฉีดให้กับแรงงานในสถานประกอบการของตนเอง ซึ่งปัจจุบัน สถานประกอบการต่างๆ ได้นำเข้าวัคซีนมาฉีดให้กับแรงงานข้ามชาติ ประกอบกับวัคซีนในช่วงหลังมีการสั่งซื้อ นำเข้ามามากขึ้น ทำให้แรงงานกลุ่มนี้มีโอกาสเข้าถึงวัคซีนเพิ่มมากขึ้น ตรงจุดนี้อาจทำให้แรงงานข้ามชาติที่ยังตกค้างและทำงานในประเทศไทยมีทัศนคติที่ดีกับวัคซีนที่ประเทศไทยนำเข้า เพราะอย่างน้อยเขาได้รับวัคซีน ทำให้รู้สึกปลอดภัยมากขึ้น ทั้งนี้

จำเป็นต้องกลับไปสำรวจและหาคำตอบเพิ่มเติมกับกลุ่มแรงงานไทยที่เดินทางกลับจากต่างจังหวัด รวมทั้งประชาชนทั่วไป (ที่กำลังรอผลวิเคราะห์รอบแรกในเวลานี้) ว่ากลุ่มคนที่ยังไม่มั่นใจหรือยังไม่แน่ใจกับประสิทธิภาพของวัคซีนที่ประเทศนำเข้า มีสาเหตุหรือคำอธิบายเพิ่มเติมอย่างไรบ้าง เพื่อนำมาวางแผนในการประชาสัมพันธ์และปรับความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 อย่างถูกต้องต่อไป

ประเด็นที่อยากนำเสนอเพิ่มเติมคือ เรื่องของสิทธิการรักษาเมื่อได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อโควิด-19 ประเด็นนี้ ทางผู้ประกอบการให้ข้อมูลในทิศทางเดียวกับเจ้าหน้าที่แรงงานจังหวัด กล่าวคือหากแรงงานต่างด้าวที่ไม่ใช้กรรมกร เช่น รับจ้างตามร้านอาหาร ร้านนวด ร้านค้าทั่วไป แรงงานกลุ่มนี้จำเป็นต้องแบกรับค่าใช้จ่ายเองในการซื้อประกันสุขภาพ ซึ่งมีแรงงานกลุ่มดังกล่าวจำนวนหนึ่งที่ไม่มียาได้พอที่จะแบ่งไปซื้อประกันสุขภาพ เนื่องจากค่าตอบแทนที่ได้แต่ละวันไม่เพียงพอ ดังนั้น แรงงานกลุ่มนี้หากติดเชื้อโควิด-19 จะทำให้เขาไม่ได้รับการดูแลรักษา และอาจนำเชื้อไปแพร่ต่อกับคนใกล้ชิดหรือคนในชุมชนได้ ซึ่งข้อจำกัดนี้ทางทีมวิจัยเห็นว่าปัญหาดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญที่ทางผู้ว่าฯ ทานใหม่ควรนำไปพิจารณาวางแผนแก้ไข โดยทีมวิจัยจะนำเสนอพร้อมกับข้อมูลอื่นๆต่อไป เพื่อให้ทางภาครัฐรับทราบปัญหาและดำเนินการแก้ไขต่อไป ทางทีมวิจัยจะติดตามผลกับท่านผู้ว่าฯ แรงงานจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อไป

3. จุดแข็งของข้อมูลคือ การที่ผู้ประกอบการตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามมาตรการของรัฐและการส่งเสริมให้แรงงานได้รับวัคซีน ซึ่งประเด็นนี้ถือว่าหน่วยงานภาครัฐจำเป็นต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด อาจมีการหารือส่งต่อข้อมูลที่สำคัญให้กับผู้ประกอบการรับทราบเป็นระยะๆ และให้หน่วยประสานงาน เช่น แรงงานจังหวัดเป็นผู้ประสานงานหากสถานประกอบการมีข้อสงสัย หรือหากมีการระบาดของโรคในสถานประกอบการ หน่วยงานที่จะช่วยทำหน้าที่ในการประสานและลงพื้นที่ตรวจสอบ ที่สำคัญ การสร้างความไว้วางใจระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับสถานประกอบการมีความจำเป็นมาก จากการสังเกตช่วงลงพื้นที่ไปยังสถานประกอบการ พบว่าทางผู้ประสานงานของสถานประกอบการมีความกังวลที่จะให้ทางทีมวิจัยเอาแบบสำรวจไปให้แรงงานข้ามชาติช่วยลงข้อมูล อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการพูดคุยที่มาก วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการลงมาสืบถามข้อมูล เจ้าของกิจการและผู้ประสานงานก็รู้สึกสบายใจมากขึ้น และยอมให้ทางทีมวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล แต่ก็มีสถานประกอบการบางแห่งไม่อนุญาตหรือไม่ยินยอมให้เข้า แต่ให้ฝากแบบสำรวจกับหัวหน้าแรงงาน เมื่อกรอกข้อมูลเสร็จก็จะนำไปส่งให้แรงงานจังหวัด ซึ่งประเด็นนี้ ทีมวิจัยคิดว่าผู้บริหารระดับจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องเร่งสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับสถานประกอบการต่อไป
4. ข้อจำกัดที่ได้จากประเด็นการสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T-A คล้ายกับแรงงานไทยกล่าวคือ แรงงานข้ามชาติยังรู้สึกว่าการปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวมีความยากลำบาก รวมถึงมาตรการการกักตัวหากพบว่าตนเองมีโอกาสไปสัมผัสกลุ่มเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นการทำ HI หรือ CI การแจ้งให้รพ.สต.ทราบหากพบผู้ต้องสงสัยว่าจะติดเชื้อหรือสัมผัสผู้ติดเชื้อ การรับการตรวจ ATK ซึ่งทั้งกลุ่มแรงงานไทยที่เดินทางกลับจากต่างจังหวัด และกลุ่มแรงงานข้ามชาติต่างให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกัน ประเด็นนี้ทางทีมวิจัยจะได้นำเรียนท่านผู้ว่าราชการและผู้บริหาร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไปปลายเดือนตุลาคมนี้ เพื่อติดตามแผนการแก้ไขปัญหาดังกล่าวและจะนำเสนอในรายงานความก้าวหน้าครั้งต่อไป

ประเด็นเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์แรงงานจังหวัด มีดังนี้

- แรงงานจังหวัดให้ข้อมูลเสริมเกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ การตรวจคัดกรองโควิด 19 และการได้รับวัคซีน ดังนั้นในส่วนของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในโรงงาน ทางจังหวัดได้ดำเนินการตรวจคัดกรองสถานประกอบการทุกระดับทั้งขนาดใหญ่ ขนาดกลาง ขนาดเล็ก รวมถึงสถานประกอบการในครัวเรือน (เช่น ร้านอาหาร ร้านนวด) ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงาน EOC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่จากแรงงานจังหวัด เพื่อเข้าตรวจคัดกรองแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดด้านกำลังคนเจ้าหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติงานหลายภาคส่วน งบประมาณที่จะช่วยสนับสนุน เครื่องมือชุดตรวจคัดกรอง (มีการขาดแคลนก่อนเดือนตุลาคม 2564) ทำให้การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในสถานประกอบการทำได้ยังไม่เต็มศักยภาพเท่าที่ควร ส่งผลทำให้เกิดคลัสเตอร์ใหม่ขึ้นตามสถานประกอบการบางแห่ง เช่น เมื่อช่วงต้นเดือนตุลาคมที่ผ่านมา มีกลุ่มคลัสเตอร์ในสถานประกอบการขนาดใหญ่ในกลุ่มแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ หน่วยงานภาครัฐทำการสืบสวน สอบสวนการระบาดพบว่ามาตรการการคัดกรองในสถานประกอบการยังไม่มีประสิทธิภาพ ความถี่ในการตรวจคัดกรองไม่เป็นไปตามที่ภาครัฐกำหนด การเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคของกลุ่มแรงงานข้ามชาติและคนใกล้ชิดยังไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้น ผู้ว่าราชการจังหวัดจึงสั่งปิดโรงงานเป็นการชั่วคราวและให้กลุ่มแรงงานและคนใกล้ชิดรับการตรวจ ATK และ PCR เพื่อยืนยันผลและดำเนินการดูแล รักษา กักตัวผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงตามมาตรการภาครัฐต่อไป ประเด็นดังกล่าวยังคงเกิดขึ้นเนื่องจากการบังคับใช้กฎหมายอาจยังไม่เข้มข้นมากพอ เจ้าของหรือนายจ้างยังละเลย ไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้นหากคนงานติดเชื้อโควิด 19 ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐต้องเร่งทำความเข้าใจและการบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมการตรวจคัดกรอง เกณฑ์เงื่อนไขของการจ้างแรงงานโดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวให้ถูกต้องและเป็นไปตามหลักเกณฑ์การคัดกรอง ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อไป ทั้งนี้จากการสอบถามฝ่ายแรงงานจังหวัด ทราบว่าผู้ว่าฯ ได้สั่งปิดสถานประกอบการดังกล่าวชั่วคราวและออกมาตรการการตรวจเยี่ยมสถานประกอบการอื่นๆ ในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ทั้ง 25 อำเภอที่เป็นที่ตั้งของโรงงานทุกขนาด เพื่อรับทราบมาตรการของภาครัฐ และการบังคับใช้ระเบียบ ข้อบังคับที่เจ้าของสถานประกอบการต้องรู้และปฏิบัติตามต่อไป

นอกจากนี้ ทีมวิจัยยังพบว่า การเข้าตรวจคัดกรองแรงงานในสถานประกอบการของหน่วยงานภาครัฐมีอุปสรรคในบางเรื่อง เช่น ความร่วมมือจากเจ้าของสถานประกอบการ ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ตัวแทนสถานประกอบการ พบว่าทางผู้ประกอบการกังวลว่าเจ้าหน้าที่ที่เดินทางมาที่สถานประกอบการจะนำเชื้อมาแพร่ในสถานประกอบการ ในขณะเดียวกันทีมที่ลงพื้นที่เพื่อตรวจคัดกรองก็กังวลในลักษณะเดียวกัน ทำให้การขอความร่วมมือในการประสานลงพื้นที่แต่ละครั้งค่อนข้างลำบาก และช้า ซึ่งอาจส่งผลต่อแนวโน้มจำนวนผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยงที่มากขึ้น หากการเข้าถึงสถานประกอบการยังมีอุปสรรคอยู่ ซึ่งหน่วยงานภาครัฐจำเป็นต้องเข้มงวดกับมาตรการ กฎเกณฑ์ ข้อบังคับที่อาจจำเป็นต้องนำมาใช้กับสถานประกอบการเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งการปรับความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแพร่เชื้อโควิด-19 ให้กับ

เจ้าของสถานประกอบการทราบ ความสำคัญและผลเสียของการเกิดคลัสเตอร์โควิดในสถานประกอบการ ตลอดจนการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐที่จะอำนวยความสะดวกให้กับสถานประกอบการ ประเด็นเหล่านี้ต้องชัดเจนและทำให้ผู้ประกอบการเห็นพ้องและให้ความร่วมมือกับภาครัฐเพิ่มมากขึ้น

- ประเด็นที่จะเกิดในอนาคตเกี่ยวกับการนำเข้าแรงงานข้ามชาติคือ ปัจจุบันมีกฎหมายที่ระบุเกณฑ์ใหม่ การนำเข้าแรงงานข้ามชาติ โดยมีการระบุว่าแรงงานข้ามชาติที่จะเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทย นายจ้าง สถานประกอบการต้องผ่านการคัดกรองและได้รับวัคซีนครบตามที่กำหนดไว้ โดยมีหลักฐานยืนยันจึงจะสามารถทำงานในประเทศไทยได้ ประเด็นดังกล่าว หน่วยงานภาครัฐต้องเร่งประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจให้กับนายจ้างและสถานประกอบการเพื่อรับทราบและปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ ดังกล่าว นอกจากนี้ ยังมีประเด็นการขาดแคลนแรงงานข้ามชาติในเวลานี้ เนื่องจากประเทศไทยยังไม่เปิดประเทศ ทำให้แรงงานข้ามชาติที่ตกค้างก็ยังทำงานในประเทศไทย และการนำเข้าแรงงานข้ามชาติยังทำไม่ได้ ทำให้สถานประกอบการบางแห่งเดือดร้อน เนื่องจากขาดแคลนคนงานโดยเฉพาะ ภาคอุตสาหกรรมก่อสร้างต่างๆ เช่น งานทำถนน สิ่งปลูกสร้างสาธารณะต่างๆ อย่างไรก็ตาม ต้องติดตามนโยบายภาครัฐที่ประกาศให้มีการเปิดประเทศช่วงเดือนพฤศจิกายน 2564 อีกครั้งว่า ในส่วนของแรงงานข้ามชาติจะมีระเบียบ ข้อบังคับเพิ่มเติมอีกหรือไม่ เพื่อส่งต่อข้อมูลดังกล่าวไปยังนายจ้าง เจ้าของสถานประกอบการให้ยึดปฏิบัติในแนวทางเดียวกันต่อไป

แนวทางการรับมือกลุ่มแรงงานข้ามชาติถูกกฎหมาย

- จัดหางานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจำจังหวัด ออกตรวจคัดกรองแรงงานข้ามชาติ ตามสถานประกอบการเป็นระยะ
- หากพบแรงงานข้ามชาติที่เป็นกลุ่มเสี่ยง → ให้สถานประกอบการทำการกักตัวแรงงานคนครบกำหนด
- ให้แรงงานข้ามชาติเข้าถึงบริการฉีดวัคซีน → ปัจจุบันแรงงานข้ามชาติที่ได้รับวัคซีนอยู่ที่ ร้อยละ 80 (ณ เดือน มกราคม 2565)
- การขึ้นทะเบียนขอรับใบอนุญาตทำงานหรือต่ออายุใบอนุญาตทำงานของแรงงานข้ามชาติ → ให้มีการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ทุกครั้ง ทุกราย

แนวทางการรับมือกลุ่มแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย (รูปภาพที่ 8-11)

- เช่นเดียวกับกลุ่มแรงงานถูกกฎหมาย
- เพิ่มเติม: มีการกักตัว เพื่อส่งกลับประเทศบ้านเกิดต่อไป
- ข้อมูลที่อยู่อาศัยไม่ชัดเจน เนื่องจากแรงงานผิดกฎหมายมักอาศัยไม่เป็นหลักแหล่ง โยกย้ายไปเรื่อยๆ และในบางรายมีครอบครัวอยู่ฝั่งไทย บางรายเดินทางไปกลับหรือพักชั่วคราวที่ไทยในระหว่างที่ละลอบทำงาน ซึ่งสถานที่ทำงานไม่ใช่โรงงานขนาดใหญ่ แต่มักเป็นแรงงานรับจ้างตามบ้านเรือนหรือสถานประกอบการขนาดเล็ก



รูปภาพที่ 8 สำนักงาน
งานอุปราชธานี



รูปภาพที่ 9 ประชุมหารือทีมงานก่อนลงพื้นที่ตรวจสอบหา
แรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย



รูปภาพที่ 10 แรงงานผิดกฎหมาย



รูปภาพที่ 11 ลงพื้นที่ตรวจสอบ



รูปภาพที่ 12 ลงพื้นที่ตรวจสอบตามร้านค้า



รูปภาพที่ 13 คุยกับเจ้าของกิจการ

5. หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สัมพันธ์กับผลการศึกษาความรู้ทางสุขภาพ (health literacy) ในแรงงานข้ามชาติครั้งนี้

จากสถานการณ์โควิด-19 กลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประชากรกลุ่มเปราะบาง ที่ต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาวะเทียบเท่ากับคนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยความร่วมมือระหว่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.) กับมหาวิทยาลัยมหิดล สํารวจสถานการณ์ทางสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่วัดจากระดับความรู้ด้านสุขภาพ 30. 2ส. พบว่าแรงงานข้ามชาติมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี ร้อยละ 92.71 และเข้าไม่ถึงการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งทางผู้บริหารของ สสส. เผยข้อมูลในช่วงของการลงพื้นที่ มอบชุด Home Isolation เพื่อนกันวันติดโควิด 850 ชุด ให้แก่ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย และมูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท (มยช.) เพื่อนำไปส่งต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ขาดโอกาสเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันจำเป็นในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่ชุมชนเทียนทะเล 26 ว่า จากการขับเคลื่อน ประเด็นสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่เป็นการทำมาตงเนื่องกับแรงงานในพื้นที่ 13 จังหวัดทั่วประเทศ สสส.พยายามที่ส่งเสริมและสื่อสาร ให้แรงงานเข้าใจในเรื่องสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาแกนนำสุขภาพ ส่งเสริมให้โอกาสการส่งเสริมความรู้สุขภาพ เป็นต้น ข้อมูลดังกล่าวมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ในเรื่องของข้อจำกัดการเข้าบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ทำให้ขาดแคลนจำนวนเตียง จำนวนบุคลากรการแพทย์ รวมถึงสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาเมื่อเจ็บป่วยหรือติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลทำให้ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ช่วงรอยต่อระลอก 2 มาถึงระลอก 3 กลุ่มแรงงานข้ามชาติมีปัญหาเรื่องการเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดการติดเชื้อค่อนข้างมาก ทั้งนี้ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง (เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักจัดหางานจังหวัด ฝ่ายสวัสดิการแรงงาน ผู้ประกอบการ เป็นต้น) เคารพวัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่แตกต่างกันของแรงงานข้ามชาติ อย่างไรก็ตาม

ตาม ในด้านสุขภาพยังจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุง หรือปรับสู่การดูแลสุขภาพที่เป็นมาตรฐานมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การเลือกรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง รวมถึงการป้องกันโรคที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และต้องดำเนินการก่อนเกิดการระบาด

นอกจากนี้ มีตัวอย่างการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเครือข่ายในพื้นที่ในช่วงที่เกิดวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้แก่ โครงการนำร่องเขตพื้นที่บางขุนเทียนภายใต้การสนับสนุนจาก สสส. อีกหนึ่งตัวอย่าง ซึ่งในเวลานั้นมีการประสานเร่งด่วนกับภาคีในพื้นที่และเครือข่ายในการจัดตั้งศูนย์พักคอยและน่ายาเวชภัณฑ์ รวมถึงการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองสำหรับพี่น้องแรงงานข้ามชาติ รายละเอียดดังนี้ เขตพื้นที่บางขุนเทียนมีแรงงานข้ามชาติประมาณห้าพันคน โดยจากการตรวจเชื้อพบประมาณสี่ร้อยคน แต่คาดว่ายังมีผู้ติดเชื้อมากกว่านั้น ซึ่งปัญหาคือแรงงานข้ามชาติยังมีความกลัวในการเข้ารับบริการภาครัฐอยู่ และศูนย์ดูแลอาจไม่เพียงพอ ดังนั้น การกักตัวที่บ้านเป็นทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของพวกเขา สิ่งสำคัญคือทำให้ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันและรักษา ทาง สสส.ได้พัฒนาคู่มือดูแลตัวเองในสถานการณ์โควิด-19 เป็นภาษาต่างชาติ (รูปภาพที่ 8) ซึ่งรวมทั้งภาษาพม่าและภาษาชาติพันธุ์อื่นๆ กว่า 10 ภาษา เนื่องจากเราตระหนักถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้อง ชัดเจน ไม่ว่าคนเหล่านั้นจะมาจากประเทศใดก็ตาม เมื่อเข้ามาอยู่ในประเทศควรได้รับข้อมูลข่าวสารไม่แตกต่างจากประชาชนชาวไทย (ภรณ์ ภูประเสริฐ, สสส.)



รูปภาพที่ 8 ช่องทางสื่อสารกับแรงงานข้ามชาติ

ตัวอย่างมาตรการเชิงรุกในการเร่งพัฒนา Home Community Isolation (HI, CI) ในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติพักอาศัยอยู่เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่หน่วยงานภาครัฐนำมาใช้ เพื่อสกัดกั้นการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ การทำ HI, CI ในพื้นที่ชุมชนเทียนทะเล (สำเร็จ สิ่งห่มาด, มูลนิธิสุขุมวิทแห่งประเทศไทย) โดยพื้นที่ดังกล่าวตั้งอยู่ในเขตอุตสาหกรรม มีแรงงานข้ามชาติทำงานอยู่ในสถานประกอบการ ร้อยละ 90 ที่ผ่านมา สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนมีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่มูลนิธิสุขุมวิทฯ ร่วมกับ สสส. และสถานประกอบการเร่งเฝ้าระวังอัตราการป่วยและเสียชีวิต

เพิ่มในพื้นที่ โดยผลักดันมาตรการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ผ่านการทำงานของ อสต. โดยมีแนวทางการทำงาน 3 ขั้นตอน ดังนี้ (รูปภาพที่ 9-10)

1. จัดตั้งจุดตรวจคัดกรองคนเข้า-ออกพื้นที่
2. ลงพื้นที่ตรวจหาผู้ติดเชื้อเชิงรุกโดยใช้ชุดตรวจการติดเชื้อโควิด-19 หรือ Antigen test kit (ATK) และ
3. มาตรการกักตัวผู้ติดเชื้อ ด้วยระบบ HI CI พร้อมติดตามอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อแยก ผู้ติดเชื้อออกจากสมาชิกในครอบครัวหยุดการแพร่ระบาดในชุมชนวงกว้าง เพื่อช่วยเหลือให้ชุมชนมีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเป็นศูนย์ โดยเร็วที่สุด



รูปภาพที่ 9 มาตรการดูแล
สุขภาพคนในชุมชน 1



รูปภาพที่ 10 มาตรการดูแล
สุขภาพคนในชุมชน 2

นอกจากนี้ ยังมีตัวอย่างภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนในการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่สามารถนำบทเรียนดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้เช่นกัน คือ มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท ที่ได้ ทั้งนี้คุณลัดดาวลัย หลักแก้ว เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า

- “สถานการณ์ตอนนี้มีความผ่อนคลายลงมากกว่าเมื่อสองเดือนก่อน เช่นเดียวกับสถานการณ์ระดับประเทศ แต่หากเป็นช่วงสองเดือนก่อนหน้าชุมชนตรงนี้แทบเหมือนพื้นที่ร้าง”
- “เรียกว่าแทบจะติดกันทุกครอบครัวทุกคนก็กักตัวอยู่บ้านใครบ้านมัน แต่วันนี้เริ่มมีคนมาจับจ่ายใช้สอย สถานประกอบการต่างๆ ก็เริ่มเปิด แต่ก่อนที่จะเปิดเรามีการเตรียมตัวเองกัน อาทิ ภาฯ

ลงพื้นที่ตรวจเชิงรุก ก่อนที่ทุกคนจะเริ่มออกมาใช้ชีวิตตามปกติและไปทำงาน โดยหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ก็มีการคัดกรองเป็นระยะ" ส่วนใหญ่แรงงานเป็นคนแข็งแรง เมื่อป่วยก็ไม่มีอาการหนักมากหรืออยู่ในระดับสีเขียวที่ดูแลตัวเองได้

- "แต่บริบทของเขาคือกลุ่มที่มีความเสี่ยงทั้งในด้านการรับเชื้อและแพร่เชื้อ เพราะเขาไม่รู้ภาษา การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และที่พักอาศัยมีลักษณะค่อนข้างแออัด และยังมีพี่น้องบางส่วนที่ยังมีความยากลำบากมาก ไม่เข้าถึงอะไรเลย ทำให้มีความยากลำบากในการที่จะกลับเข้าไปทำงาน เพราะนายจ้างก็มองความเสี่ยงว่าจะนำไปติดเพื่อนในที่ทำงาน"
- "สิ่งสำคัญคือ การป้องกัน" ปัจจุบันสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดใหญ่จะมีการคัดกรองทุกสองสัปดาห์หรือหนึ่งเดือน ส่วนขนาดเล็กๆ หรือร้านค้าต่างๆ ยังมีปัญหาเรื่องการตรวจคัดกรองพอสมควร แต่ในส่วนของสถานประกอบการขนาดเล็ก ซึ่งมีค่อนข้างเยอะและมีสภาพแออัด ดังนั้น ในที่ทำงานยังลำบากที่จะปฏิบัติตามมาตรการ เช่น การเว้นระยะห่าง ซึ่งได้มีความพยายามเข้าไปดำเนินการประสานกับนายจ้าง เพื่อไม่ให้มีการแพร่ระบาดในที่ทำงาน และลูกหลานเข้าไปในชุมชน โดยการสร้างกลไก สร้างแกนนำที่ช่วยเป็นผู้ที่เฝ้าระวังและป้องกัน โดยเฉพาะการพยายามสื่อสารแนวทางป้องกันตนเองให้กับพนักงานและสถานประกอบการจากการแพร่ระบาด ที่ผ่านมามากฝ่ายก็เรียนรู้และเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ว่าสิ่งสำคัญคือ การป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่เชื้อว่าเขาต้องสกัดกันให้ทันให้ไว

ส่วนในเรื่องวัคซีนยังมีทั้งผู้ได้รับแล้วและยังไม่ได้รับ เพราะขึ้นอยู่กับการรับสิทธิทางสุขภาพส่วนบุคคล และสถานประกอบการ หากเป็นสถานประกอบการที่มีระบบก็จะมีสิทธิประกันสุขภาพให้พนักงาน แต่แรงงานอีกส่วนที่นายจ้างเองยังไม่สามารถประสานให้ตัวเองและพนักงานเข้าถึงวัคซีนก็มีไม่น้อย บางรายอาจยินดีที่จะเป็นผู้ออกค่าวัคซีนให้พนักงาน บางคนมีน้อยก็คนละครั้ง แต่ก็ยังมีบางรายอาจไม่มีศักยภาพหรือกำลังพอบ้างก็ผลกระทบให้แรงงานไปหาฉีดวัคซีนเองก่อนจะมาทำงาน ตัวแรงงานบางส่วนมีปัญหาเรื่องการทำเอกสารที่ยากเข้าถึงตั้งแต่การลงทะเบียน เพราะไม่เข้าใจภาษา คุณลัดดาวัลย์สะท้อนภาพจริงจากพื้นที่ว่า "เดิมแรงงานอาจมีทัศนคติไม่ยอมรับวัคซีนจากความเชื่อบางอย่าง แต่หลังจากมีการสื่อสารมากขึ้น เขาก็เปิดรับและเข้าใจมากขึ้นว่าวัคซีนมีความสำคัญ และทำให้มีความต้องการวัคซีน แต่ปัญหาตรงนี้อยู่ที่การเข้าถึงวัคซีนแล้ว"

จากการสอบถามหัวหน้าคนงานในสถานประกอบการได้ความว่า ความไว้นื้อเชื่อใจจากคนเชื้อชาติเดียวกันทำให้พี่น้องแรงงานข้ามชาติ เปิดใจที่จะสื่อสาร ซึ่งในพื้นที่บางชุมชนตอนนี้ ยังมีแกนนำอย่างเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว หรือ อสต.ขับเคลื่อนบทบาทดังกล่าว คนที่เป็น อสต.ไม่มีเงินเดือนแต่อาสาสมัครมาช่วยด้วยใจ โดยคนกลุ่มดังกล่าวต้องสามารถสื่อสารได้หลายภาษา อย่างน้อยสามารถพูดคุยกับคนงานต่างชาติได้ เพื่อให้แรงงานเหล่านั้นให้ความร่วมมือในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แรงงานข้ามชาติรายหนึ่งได้เล่าประสบการณ์ให้ฟังว่า "ในตอนแรกก็ไม่รู้โควิด-19 คืออะไร แต่ได้ยินชื่อก็กว้างเหมือนกันเพราะไม่รู้จัก แต่พอเริ่มรู้มันก็ลามไปทั่วแล้ว ตอนเป็นก็รู้สึกปวดหัวเจ้าหน้าที่เขามาตรวจให้เลยรู้ว่า เป็น ก็พยายามอยู่ห้องกักตัวแต่หนูไม่เครียดนะใช้ใจสู้ กินยาลดไข้ ต้มยาสมุนไพร พอ 14 วันก็ดีขึ้น แต่ตอนนี้เราเริ่มเข้าใจมากขึ้นว่าต้องป้องกัน เราใส่หน้ากากอนามัย ล้าง:

ทุกครั้ง มีแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อโรค เดียวนี้เวลากินข้าวก็แยกกันกินแล้ว ป้องกันไว้ก่อน เพราะเวลาติดไม่ใช่เราคนเดียวที่เดือดร้อน" (ที่มา: <https://www.thaihealth.or.th/Content/55399>)

6. บทสรุปการถอดบทเรียน

ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ

- ในส่วนของความรอบรู้และเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ถือว่าอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติจริง อาจยังมีข้อจำกัดบางประการที่ภาครัฐผู้ประกอบการ และคนในชุมชนต้องร่วมมือกันในการรณรงค์สร้างความตระหนัก และเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตในแบบวิถีใหม่ (new norm) ในภาวะการณ์ปัจจุบันที่ยังมีการระบาดของโรคโควิด-19
- ความช่วยเหลือและความร่วมมือกันของหน่วยงานภาครัฐและเจ้าของสถานประกอบการ ยังคงต้องทำอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการสร้าง ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19
- การบังคับใช้กฎหมายกับแรงงานข้ามชาติที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพการขึ้นทะเบียนแรงงาน และการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

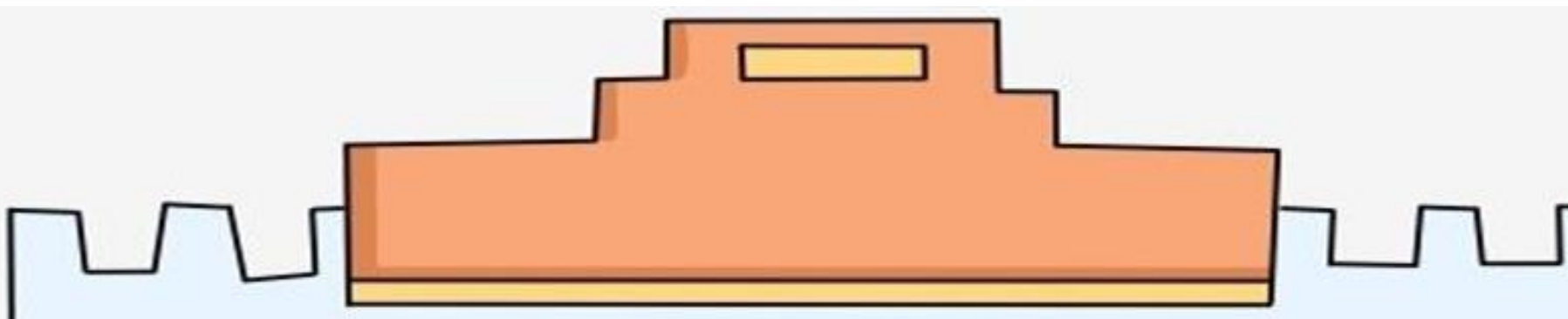
ตัวอย่างมุมมอง เสียงสะท้อนจากผู้รับผิดชอบกับงานประจำที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

1.

ทิมวิชัย: ในฐานะที่ท่านเป็นเจ้าหน้าที่ที่มีบทบาทรับผิดชอบแรงงานข้ามชาติ ท่านมีมุมมองกับงานประจำที่ท่านปฏิบัติอยู่กับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 มากน้อยเพียงใด

จัดหางาน: กรมการจัดหางาน มีภารกิจเกี่ยวกับการอนุญาตให้แรงงานข้ามชาติทำงาน ซึ่งการปฏิบัติงานมีการให้บริการต่อผู้มารับบริการจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์อันใกล้ชิด ซึ่งอาจจะทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับเชื้อโรคได้ และเพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 สำนักงานจัดหางานจังหวัดอุบลราชธานี จึงได้ปฏิบัติตามมาตรการที่กรมการจัดหางาน กำหนด ดังนี้

1. ให้ทำความสะอาดโดยการเช็ดทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสของสถานที่ที่เกี่ยวข้องก่อนการจัดกิจกรรม และให้กำจัดขยะมูลฝอยทุกวัน
2. ให้เจ้าหน้าที่ ผู้ประกอบการ ผู้ร่วมงาน ผู้ร่วมกิจกรรม ลูกจ้าง ผู้ใช้บริการ สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า
3. ให้บุคคลตามข้อ 2 ล้างมือด้วยสบู่ แอลกอฮอล์ เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค
4. ให้บุคคลตามข้อ 2 เว้นระยะนั่งหรือยืนห่างกันอย่างน้อยหนึ่งเมตรเพื่อป้องกันการติดต่อ สัมผัส หรือแพร่เชื้อโรคทางฝอยละอองน้ำลาย
5. ให้ควบคุมจำนวนผู้ร่วมกิจกรรมมิให้แออัด หรือลดเวลาในการทำกิจกรรมให้สั้นลงเท่าที่ จำเป็น โดยถือหลักการหลีกเลี่ยงการติดต่อสัมผัสระหว่างกัน



2.

ทีมวิจัย: ในมุมมองของท่าน การควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในแรงงานข้ามชาติ เขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ท่านคิดว่างานดังกล่าวประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด (ขออธิบายเพิ่มเติมว่างานที่สำเร็จคืออะไร ทำอะไรบ้าง และผลของความสำเร็จคืออะไร)

จัดทำงาน: การควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในแรงงานข้ามชาติเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก โดยวัดจากจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) มีจำนวนร้อยละ 90 จากจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี โดยสังเกตได้ว่าสถานประกอบการให้ความร่วมมือในการให้ลูกจ้าง คนงานที่เป็นแรงงานข้ามชาติได้รับวัคซีนอย่างทั่วถึง ตลอดจนกฎ ระเบียบ ข้อบังคับของหน่วยงานภาครัฐที่เข้มงวดมากขึ้นในกรณีที่แรงงานข้ามชาติจะเดินทางเข้ามาประกอบอาชีพในประเทศไทย นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบหน้างานดังกล่าวก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้งานป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะบุคลากรการแพทย์ คนในชุมชน คนที่ทำงานในสถานประกอบการร่วมกัน

3.

ทิมวิชัย: ท่านคิดว่าระบบการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มแรงงานข้ามชาตินั้น จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุง แก้ไขส่งเสริมในเรื่องใดบ้าง และควรทำอย่างไร

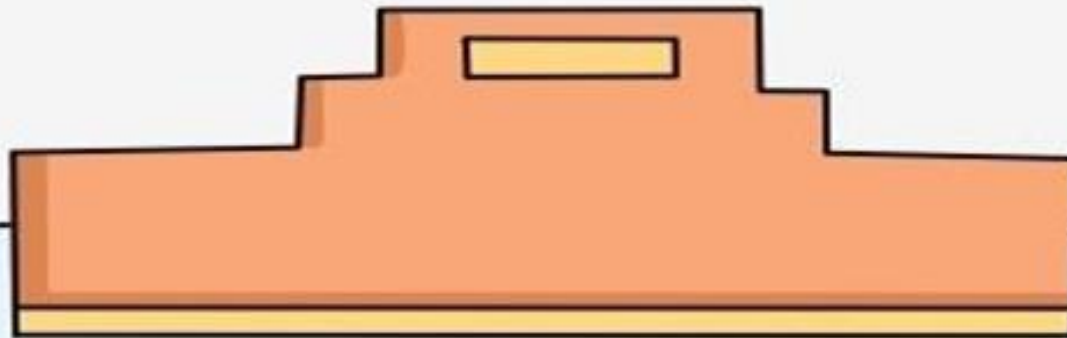
จัดหางาน: สำหรับการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มแรงงานข้ามชาตินั้น เป็นการดำเนินการตามมาตรการของกรมการจัดหางาน และ ศบค.จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพเป็นอย่างสูง

4.

ทิมวิชัย: ถ้าในมุมมองของความสำเร็จ ท่านคิดว่าอะไรคือ key Success ที่จัดหางานฯได้เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องและเกี่ยวข้องในขั้นตอนใดของการควบคุมป้องกันฯ จนทำให้งานประสบผลสำเร็จ

จัดหางาน:

1. การประชาสัมพันธ์ มาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ให้นายจ้าง/สถานประกอบ ได้ปฏิบัติอย่างรวดเร็ว และทั่วถึง
2. การให้ความร่วมมือของสถานประกอบการในการจัดสถานที่ทำงาน แนวปฏิบัติตัวของแรงงานข้ามชาติ การคัดกรองเบื้องต้นหากมีข้อสงสัยหรือการระบาดของโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
3. มาตรการของหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ที่เข้มงวดและครอบคลุมทุกพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการปฏิบัติตัวของแรงงานข้ามชาติ
4. มาตรการการควบคุมการเดินทางเข้า-ออกของแรงงานข้ามชาติ รวมถึงการตรวจสอบ จับกุมแรงงานข้ามชาติที่เข้าประเทศไทยอย่างผิดกฎหมาย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019



5.

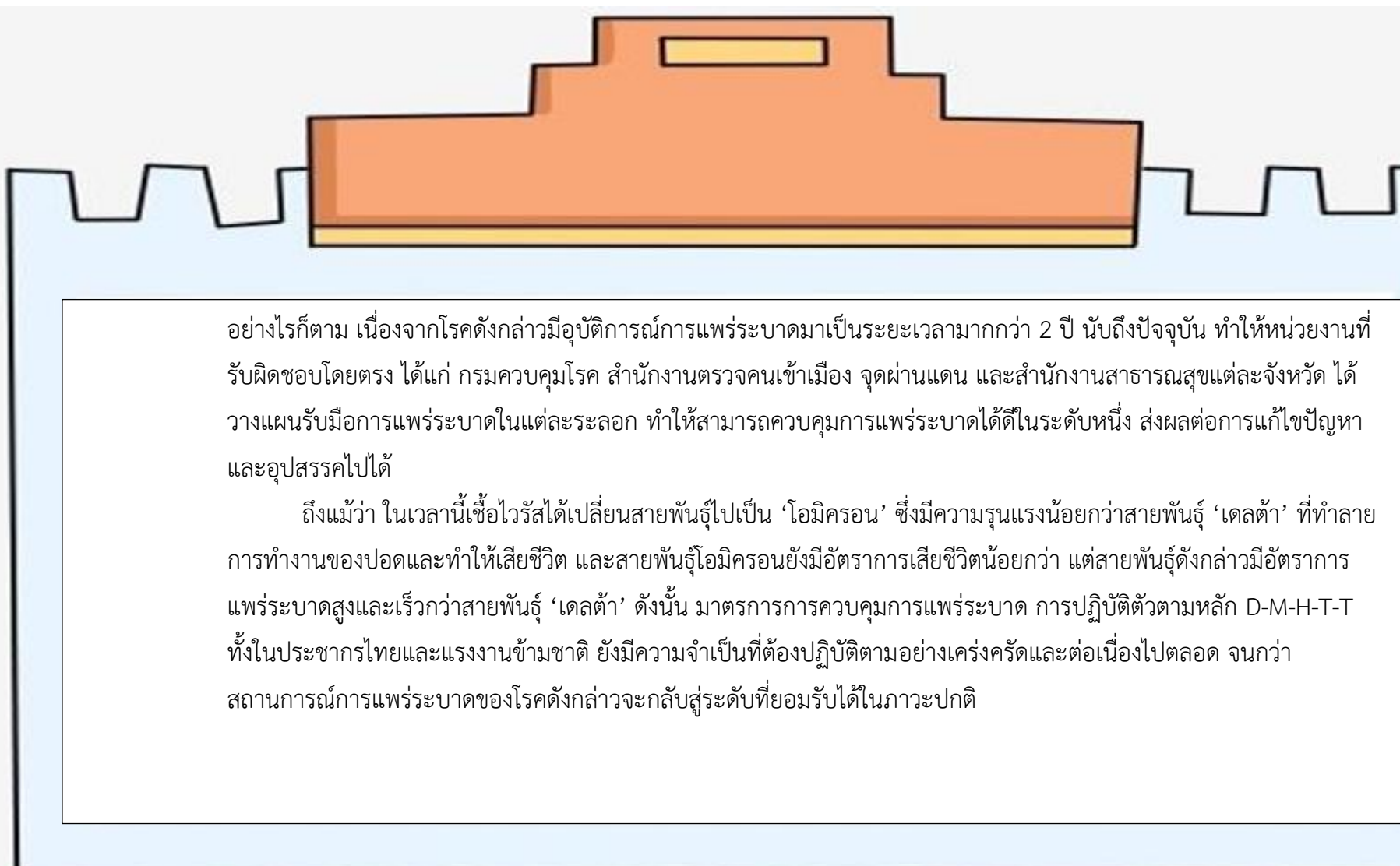
ทีมวิจัย: ถ้าต้องการให้ความสำเร็จ (ข้อ 4) เกิดอย่างต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสำนักจัดหางานจังหวัดฯ ท่านคิดว่าหน่วยงานท่านควรดำเนินการอะไรบ้าง และทำอย่างไร

จัดหางาน: การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องในการป้องกันโรคระบาด ดำเนินการตามมาตรการที่ทางราชการกำหนด

6.

ทีมวิจัย: ตลอดช่วงระยะเวลาที่มีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ท่านคิดว่าปัญหา อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับงาน ความรับผิดชอบของทีมจัดหางานจังหวัดฯ มีอะไรบ้าง และมีอย่างไร

จัดหางาน: เจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยงต่อการให้บริการกับนายจ้าง/สถานประกอบการ/แรงงานข้ามชาติ ก่อให้เกิดสภาวะความเครียดในการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะในช่วงที่เกิดการระบาดหนักของโรคโควิด-19 ในระลอกที่ผ่านมา ประกอบกับการเปลี่ยนสายพันธุ์ของเชื้อไวรัส ส่งผลต่อความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตของประชากร ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับสายงานตรง ซึ่งรวมถึงเจ้าหน้าที่ของสำนักจัดหางาน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อันนำไปสู่ผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน



อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรคดังกล่าวมีอุบัติการณ์การแพร่ระบาดมาเป็นระยะเวลามากกว่า 2 ปี นับถึงปัจจุบัน ทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง ได้แก่ กรมควบคุมโรค สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง จุดผ่านแดน และสำนักงานสาธารณสุขแต่ละจังหวัด ได้วางแผนรับมือการแพร่ระบาดในแต่ละระลอก ทำให้สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ดีในระดับหนึ่ง ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคไปได้

ถึงแม้ว่า ในเวลานี้เชื้อไวรัสได้เปลี่ยนสายพันธุ์ไปเป็น ‘โอมิครอน’ ซึ่งมีความรุนแรงน้อยกว่าสายพันธุ์ ‘เดลต้า’ ที่ทำลายการทำงานของปอดและทำให้เสียชีวิต และสายพันธุ์โอมิครอนยังมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่า แต่สายพันธุ์ดังกล่าวมีอัตราการแพร่ระบาดสูงและเร็วกว่าสายพันธุ์ ‘เดลต้า’ ดังนั้น มาตรการการควบคุมการแพร่ระบาด การปฏิบัติตัวตามหลัก D-M-H-T-T ทั้งในประชากรไทยและแรงงานข้ามชาติ ยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่องไปตลอด จนกว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวจะกลับสู่ระดับที่ยอมรับได้ในภาวะปกติ

7. การนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

ข้อมูลสำคัญ/ ข้อเสนอแนะจาก โครงการ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	แผนงานเชิงนโยบาย	ผลการดำเนินงาน/ ความ คาดหวัง
1. บังคับใช้กฎหมายกับ แรงงานข้ามชาติที่ เกี่ยวข้องกับสถานภาพ การขึ้นทะเบียนแรงงาน และการปฏิบัติตาม มาตรการการป้องกันการ แพร่ระบาดของโรคโควิด- 19	1. สำนักจัดหางาน 2. กรมควบคุมโรค 3. สำนักงานตรวจคน เข้าเมือง จุฬผ่านแดน 3 . สำนั ก งา น สาธารณสุข จังหวัด	1. กฎหมายที่ระบุเกณฑ์ ใหม่การนำเข้าแรงงาน ข้ามชาติ โดยมีการระบุ ว่าแรงงานข้ามชาติที่จะ เดินทางเข้ามาทำงานใน ประเทศไทย นายจ้าง สถานประกอบการต้อง ผ่านการคัดกรอง (atk) และได้รับวัคซีนครบ ตามที่กำหนดไว้ โดยมี หลักฐานยืนยันจึงจะ สามารถทำงานใน ประเทศไทยได้ 2. รมรณรงค์สร้างความ ตระหนัก และเรียนรู้ที่จะ ดำรงชีวิตในแบบวิถีใหม่ (new norm) ใน ภาวะการณ์ปัจจุบันที่ยังมี การระบาดของโรคโควิด- 19 3. นำบทลงโทษมาใช้ กรณีที่ลักลอบเข้า ประเทศแบบผิดกฎหมาย และวางมาตรการการกัก ตัวชั่วคราวก่อนส่งกลับ ประเทศต้นทาง	1. ทีมวิจัยนำข้อมูลคืน กลับให้กับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1. สำนักจัดหางาน 2. กรมควบคุมโรค 2. สำนักงานตรวจคน เข้าเมือง จุฬผ่านแดน 3 . สำนั ก งา น สาธารณสุขจังหวัด โดย ณ เวลานั้นกรมจัดทา งานได้วางระเบียบ ข้อบังคับเกี่ยวกับการต่อ ใบอนุญาตซึ่งเนื้อหา ข้อเสนอเชิงนโยบายมีความ คล้ายคลึงกัน ทาง ทีมวิจัยจะประสานกับ หน่วยงานดังกล่าวเพื่อ ร่วมติดตามผลในระยะ ยาวต่อไปว่ามาตรการที่ ออกมาใหม่ใช้ได้ผลมาก น้อยเพียงใด มีข้อจำกัด หรือไม่
2. การสกัดกั้นการแพร่ ระบาดของโรคโควิด-19	1 กรมควบคุมโรค 2. สำนักงานตรวจคน	1. มาตรการเชิงรุกในการ เร่งพัฒนา Home	1. NGO ในพื้นที่ เช่น สมัชชาจังหวัด ได้นำ

ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ พักอาศัยร่วมกัน	เข้า เมือง จุฬผ่านแดน 3 . สำนั ก ง าน สาธารณสุข แต่ละจังหวัด 4. NGO	Community Isolation (HI, CI) ในพื้นที่ที่มี แรงงานข้ามชาติพักอาศัย อยู่เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ หน่วยงานภาครัฐนำมาใช้ เพื่อสกัดกั้นการแพร่ ระบาดของโรคโควิด-19 2. มาตรการดูแลผู้ป่วยใน ชุมชน ผ่านการทำงาน ของ อาสาสมัครประจำ หมู่บ้าน (อสม.) 2.1 จัดตั้งจุดตรวจคัด กรองคนเข้า-ออกพื้นที่ 2.2 ลงพื้นที่ที่ตรวจหาผู้ติด เชื้อเชิงรุกโดยใช้ชุดตรวจ การติดเชื้อโควิด-19 หรือ Antigen test kit (ATK) และ 3.มาตรการกักตัวผู้ติด เชื้อ ด้วยระบบ HI CI พร้อมติดตามอาการอย่าง ใกล้ชิดเพื่อแยก ผู้ติดเชื้อ ออกจากสมาชิกใน ครอบครัวหยุดการแพร่ ระบาดในชุมชนวงกว้าง	ข้อมูลดังกล่าวร่วมกับ ข้อมูลประเด็นวัคซีนจาก ผลการศึกษารั้วนี้ ไป หารือกับทีมสมัชชาพื้นที่ เพื่อนำไปให้คนในชุมชน ที่ ตั อ ง ก าร จั ด ตั ง “ธรรมนูญสุขภาพด้านภัย โควิด” ซึ่งผลการศึกษา ในส่วนของการเข้าถึง วัคซีนของแรงงานข้าม ชาติ เนื่องจากในพื้นที่ หลายแห่ง เป็นแหล่งที่ พักอาศัยของแรงงานข้าม ชาติ ที่ เติ น ท าว ง เข้า ประเทศไทยหลังจากมี การเปิดประเทศอย่าง เป็นทางการ ดังนั้น ทาง ทีมวิจัยจะประสานกับทีม สมัชชาจังหวัด เพื่อ ติดตามผลการนำข้อมูล ไปใช้ในการวางแผน จัดทำธรรมนูญสุขภาพ ด้านภัยโควิด
---	--	---	---

3. มาตรการการดูแลสถานประกอบการ	1. สำนักจัดหางาน 2. กรมควบคุมโรค 3 . สำนั ก ง าน สาธารณสุข จังหวัด	1. ออกตรวจสถานประกอบการเป็นประจำ 2. พัฒนาช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์ข่าวสารให้กับผู้ประกอบการ เพื่อกระจายข่าวสารไปยังแรงงานในพื้นที่ 3. วางมาตรการให้ผู้ประกอบการนำแรงงานเข้ารับวัคซีนให้ครบตามที่หน่วยงานภาครัฐกำหนดไว้	ทางทีมวิจัยจะติดตามความคืบหน้ากับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและทีมจัดหางานจังหวัด เพื่อติดตามผลการดำเนินการของผู้ประกอบการต่อไป
4. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารกับแรงงานข้ามชาติ	1. สำนักจัดหางาน 2. กรมควบคุมโรค 3 . สำนั ก ง าน สาธารณสุข จังหวัด	1. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์หลายภาษา เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับข้อมูลข่าวสารของแรงงานข้ามชาติ	1. ทางจัดหางานจังหวัดได้แจ้งให้ทราบว่าในส่วน of สื่อ ช่องทางการติดต่อสื่อสารกัน ส่วนใหญ่อาศัยหัวหน้าคนงานที่สามารถสื่อสารได้หลายภาษาในการประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับการรณรงค์ป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 2. ได้นำเสนอผลการศึกษาในส่วนนี้ให้ทางผู้ว่าราชการจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อนำไปพิจารณาต่อ

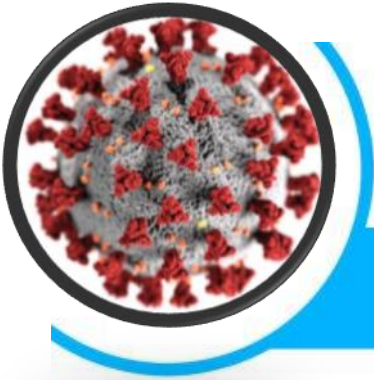
7. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารสำนักจัดหางานจังหวัดอุบลราชธานีทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล การศึกษาและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์สำหรับทีมวิจัยมาตลอดระยะเวลาศึกษาวิจัย และขอขอบพระคุณ คณบดีวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่สนับสนุนให้ทีมวิจัยในการลง พื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา และขอขอบคุณเจ้าของกิจการที่ให้ความร่วมมือทีมวิจัยในการเก็บข้อมูลกับคนงาน ลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการ สุดท้าย ทีมวิจัยขอกราบขอบพระคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการจนบรรลุผลสำเร็จ

8. เอกสารอ้างอิง

1. L. Villa-Torres, T. González-Vázquez, P.J. Fleming, E.L. González-González, C. Infante-Xibille, R. Chavez, *et al.* Transnationalism and health: A systematic literature review on the use of transnationalism in the study of the health practices and behaviors of migrants *Social Science & Medicine*. 2017; 183: 70-79.
2. Janyasiri, T., & Aungwattana, S. The Review of Migrant Workers Situation to Develop Research Mapping. *Journal of Public Health and Development*. 2008; 6(2): 119-127. (in Thai).
3. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ. <https://www.moph.go.th/>. Accessed on 31th October 2020.
4. Chanchai, S. Jaidee, P., Markwardt, R. A., Jaidee, W., & Nunthawarasilp, P. Modeling the Effect of Health Policy on Health Outcomes and Health Service Use of Migrants Doing Agricultural Work. Bangkok: National Research Council of Thailand. 2013. (in Thai)
5. Jaidee, P. Factor Effectuated to Accessibility in Compulsory Migrant Health Insurance System: Case Study of Chonburi, Thailand. Chonburi: Faculty of Public Health. 2015. (in Thai).
6. Kimbrough JB. Health literacy as a contributor to immigrant health disparities. *JHDRP*. 2007. Available at: <https://digitalscholarship.unlv.edu/jhdrp/vol1/iss2/6>
7. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมจัดหางาน, 2563. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประชากรกลุ่มแรงงานต่างด้าว ดูที่: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_241263.pdf เข้าใช้งานวันที่ 27 มกราคม 2564)
8. งานยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 10. กระทรวงสาธารณสุข ดูที่: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/area%2010.pdf (เข้าใช้งานวันที่ 1 ธันวาคม 2563)

9. งานยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 10. กระทรวงสาธารณสุข ดูที่ <https://www.healthregion10.moph.go.th/>. (เข้าใช้งานวันที่ 5 ธันวาคม 2563)
10. ข้อมูลจากสำนักงานจังหวัดอุบลราชธานี-โควิด 19. การสั่งปิดด่านชายแดนไทย-กัมพูชา และไทย-ลาว ดูที่ <https://www.facebook.com/prubon/posts/2922692264482634/>. (เข้าใช้งานวันที่ 8 เมษายน 2563)
11. Searight HR. Bosnian immigrants' perceptions of the United States health care system: a qualitative interview study. *J Immigr Health*. 2003 Apr;5(2):87-93. doi: 10.1023/a:1022907909721.
12. Camarota, Steven. "Immigrants in the United States - 1998: A Snapshot of America's ForeignBorn Population." Center for Immigration Studies. 1999.
13. Hengboriboonpong, P. Public Policy for the Person Who Haven't Universal Coverage in Thailand. *Community Hospital*. 2010; 11(4): 22-26. (in Thai).
14. Hengboriboonpong, P. The Development of Malaria Prevention Measures Along Thai-Myanmar Border. Dissertation of Doctoral Program in Public Health. The Graduate School. Naresuan University. 2008. (in Thai).
15. Archavanitkul K, Geraldine MR, Sarausad A. Traversing the Laws: The Unregulated Movement of Filipino Migrants in Thailand. *Journal of Population and Social Studies*, Volume 22 Number 1 January 2014: 53-69 DOI:10.14456/jpss.2014.7.
16. Vapattanawong, P., Chamrathirong, A., Punpuing, S., Rhuchoenpornpanich, O., & Apipornchaisakul, K. (2016). Size and distribution of cross-border population from Myanmar, Cambodia and Lao PDR in Thailand 2015: Estimation from multiple sources (in Thai). *Thai Population Journal*, 5-21.
17. Khungtumneam K, Deepae P, Chumpathat N. Factors Related to Health Promoting Behaviors for Cardiovascular Disease Prevention among Diabetes with Hypertension Patients in Muang District, Chachoengsao Province. *Journal of Health and Nursing Research*. 2019; 35(3): 46-59.
18. ธรณี ภูประเสริฐ. ขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพะแรงงานข้ามชาติ แรงงานนอกระบบ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดูที่ <https://www.thaihealth.or.th/Content/53525-ขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพะแรงงานข้ามชาติ%20แรงงานนอกระบบ.html>.
19. สำเร็จ สิงห์ผาด. แก้วกฤตโควิด-19 ยกระดับโมเดลสุขภาพะ "แรงงานข้ามชาติ" ด้วยพลัง "จิตอาสา". มุลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย. ดูที่ <https://www.bangkokbiznews.com/social/965091>



บทเรียนที่ 5

การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพสู่การ

พัฒนาการป้องกันและควบคุมโรค

โควิด-2019 ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-
กัมพูชา เขตสุขภาพที่ 10

รายละเอียดโครงการ

ระยะเวลาที่ทำการศึกษา เดือนมกราคม - ตุลาคม 2564

พื้นที่ศึกษา เขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี (25 อำเภอ)

กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มแรงงานที่เดินทางกลับจากต่างจังหวัด มาภูมิลำเนาเดิมที่จังหวัดอุบลราชธานี
2. ประชาชนที่อาศัยในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี (25 อำเภอ)
3. บุคลากรการแพทย์เขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

เครื่องมือที่ใช้ แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ในประชาชนทั่วไป
แรงงานเคลื่อนย้าย และบุคลากรการแพทย์

การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพสู่การพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรค โควิด-2019 ในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา เขตสุขภาพที่ 10

ดร.วิจิต พุ่มจันทร์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

รศ.ดร.ภก.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ข้อมูล secondary data ที่ได้จากภาพรวมของพื้นที่

บทนำ

บทความ เรื่อง “การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ สู่การพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคโควิด2019 ในพื้นที่ชายแดนไทยลาวกัมพูชา ของเขตสุขภาพที่ 10” เกิดจากการศึกษาวิจัย “การประเมินระบบบริการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตสุขภาพ 10 กรณีพื้นที่ชายแดนไทยลาวกัมพูชา “ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เป็นการประเมินสถานการณ์ การบริหารจัดการ และระบบการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ชายแดนไทยลาวกัมพูชาของเขตสุขภาพที่ 10

การศึกษาวิจัย ดังกล่าว มีขั้นตอน ประกอบด้วย การจัดตั้งทีมวิจัย การออกแบบเครื่องมือ การตรวจสอบเครื่องมือ การจัดอบรมทักษะการเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูล การประมวลผล รายงานผล และ นำเสนอข้อมูล หรือ คืบ ข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหา

ประเด็น การศึกษา ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลแรงงานต่างชาติ ข้อมูลการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ มาตรการด้านการเฝ้าระวังที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน และ ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม

โดยในกระบวนการและประเด็นศึกษาดังกล่าว ข้าพเจ้ามีส่วนร่วมในการศึกษาในประเด็น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1.กลุ่มแรงงานที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงจากกรุงเทพมหานคร ชลบุรี นครปฐม สมุทรปราการ นนทบุรี หรือ จังหวัดอื่นๆที่เป็นพื้นที่เสี่ยง
- 2.กลุ่มประชาชนทั่วไป หมายถึง ประชาชนที่อาศัยในจังหวัด ในพื้นที่ศึกษา และ
- 3.กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ที่ปฏิบัติงาน ใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

จึงนำผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มและผลการศึกษาทุกประเด็นในการวิจัยทั้งหมด พร้อมด้วยผลการดำเนินงานที่สำคัญ ประสพการณ์จริงเชิงประจักษ์ ของข้าพเจ้า ในฐานะบทบาท

1.ในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2.การทำงานในบทบาทเลขา (ร่วมผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข) คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตสุขภาพที่ 10

3.กองเลขานุการกิจ สมัชชาสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

4.ประธานชมรมสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในพื้นที่

นำมาวิเคราะห์ และ สังเคราะห์ เป็นบทความเชิงวิชาการ เพื่อนำสู่การพัฒนาและการประยุกต์ใช้การแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ในเขตสุขภาพที่ 10 หรือพื้นที่ใกล้เคียง ทั่วประเทศ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ในบทความดังกล่าวข้าพเจ้า ได้แบ่งออกเป็น 5 หัวข้อ ดังนี้

1. บทนำ เล่าถึงความเป็นมา วัตถุประสงค์ ขั้นตอน บริบท การจัดทำบทความวิชาการ
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม นำเสนอความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) ของประชาชนทั้ง 3 กลุ่มเป้าหมาย
3. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย 3
4. ข้อค้นพบสำคัญ เป็นกุญแจนำไปสู่เป้าหมายการแก้ปัญหา
5. บทส่งท้ายก้าวต่อไปที่ท้าทาย เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคโควิด19 ในระยะต่อไป

ข้อมูล secondary data ที่ได้จากการศึกษา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) ของประชากร 3 กลุ่มเป้าหมาย (รูปภาพที่ 1-6)

ลักษณะข้อมูลสำรวจทั้งหมดนั้น 3,170 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.8 เพศหญิง ร้อยละ 47.2 ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแรงงานอายุ 26 - 36 ปี ร้อยละ 39.2 ส่วนมากสมรสแล้ว การศึกษาก็ต่ำกว่ามัธยมรายได้เฉลี่ย 13,000 บาท และรายได้ที่หายไปในช่วงโควิด เฉลี่ยแล้วประมาณ 10,000 บาท รายได้ไม่พอใช้มากที่สุด ร้อยละ 42.3 อาชีพส่วนใหญ่คือทำไร่ ทำนา เกือบร้อยละ 50 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.1 (รูปภาพที่ 1-3)



**ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19
ของกลุ่มเป้าหมาย**

กลุ่มแรงงานเดินทางกลับจากต่างจังหวัด(ก.ย.-ต.ค.64 :ระลอก 3)
 กลุ่มประชาชนทั่วไป (ต.ค.-ธ.ค.64 ระลอก 3)
 บุคลากรทางการแพทย์ (ม.ค.65 ระลอก 4)

ในเขตสุขภาพ ที่ 10: กรณีพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว-กัมพูชา

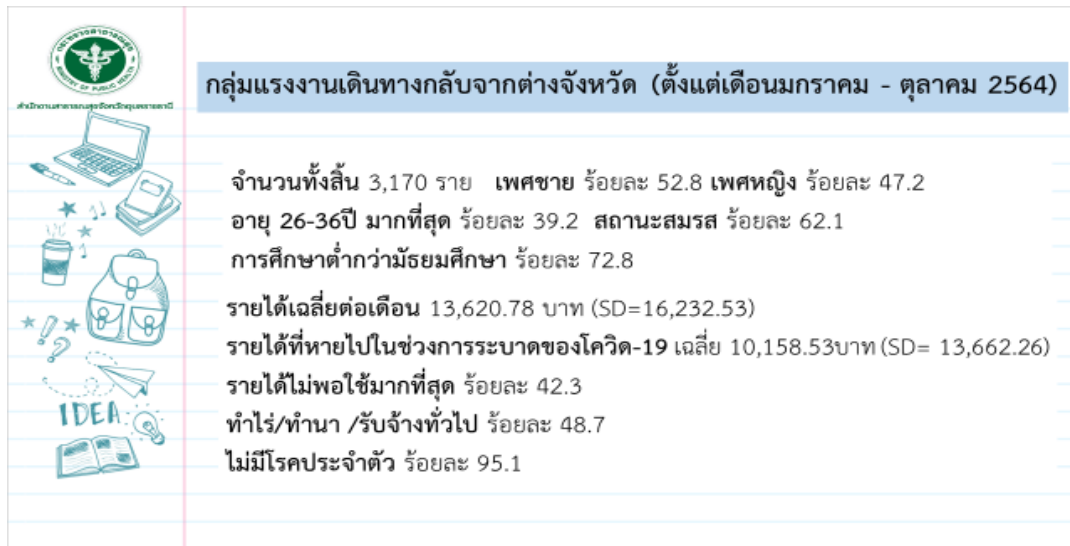
ดร.วิจิต พุ่มจันทร์
 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี

รูปภาพที่ 1 ข้อมูลทั่วไป



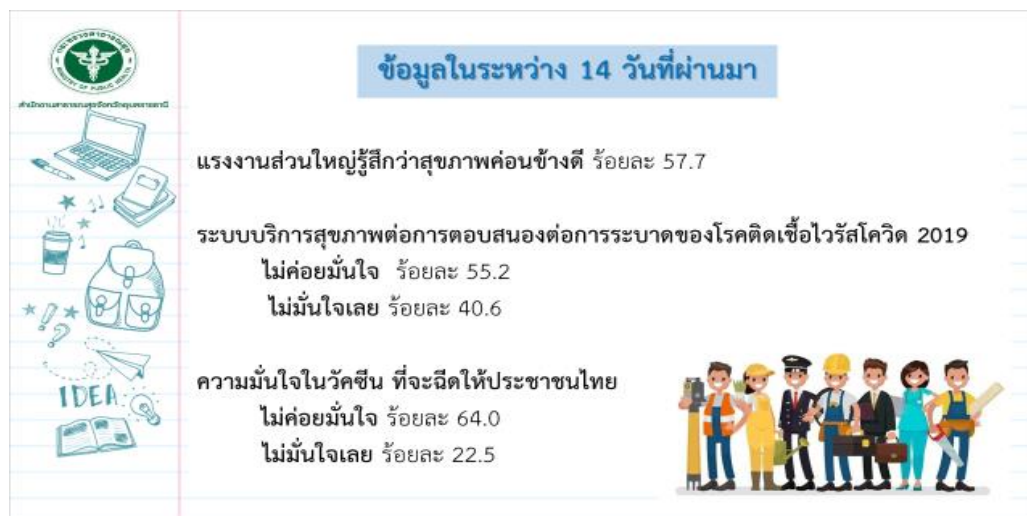
**กลุ่มแรงงานเดินทางกลับจากต่างจังหวัด
(ตั้งแต่เดือนมกราคม - ตุลาคม 2564)**

รูปภาพที่ 2 ข้อมูลทั่วไป



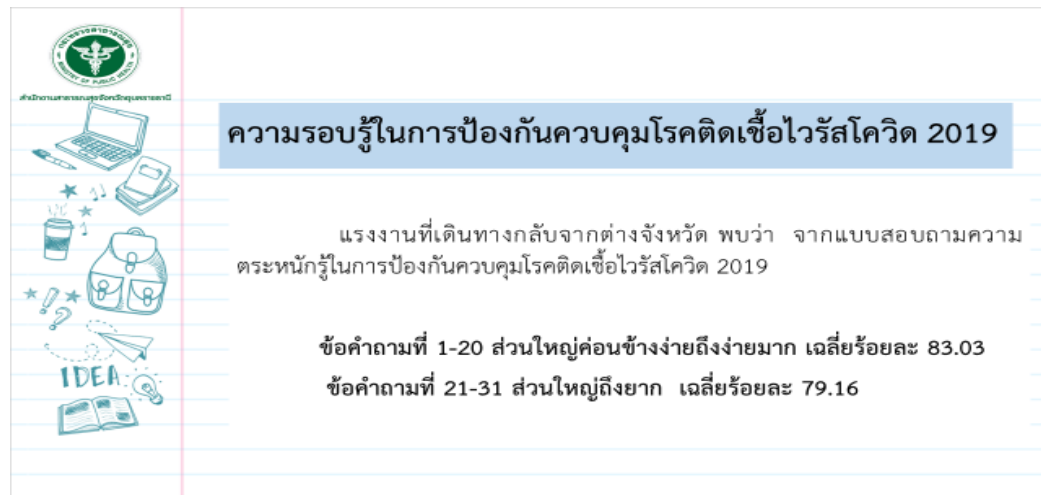
รูปภาพที่ 3 ข้อมูลทั่วไป

สอดคล้องกับแรงงานส่วนใหญ่สุขภาพค่อนข้างดี ร้อยละ 57.7 สิ่งที่น่าสนใจคือระบบจัดสุขภาพมีการตอบสนองจัดการเรื่องโควิดอย่างไร ไม่ค่อยมั่นใจ ร้อยละ 55 ไม่มั่นใจ ร้อยละ 40 รวมแล้ว ร้อยละ 95 ก็เป็นประเด็นที่ต้องหาข้อมูลต่อไป เพราะคำถามเป็นคำถามที่ค่อนข้างกว้าง และเรื่องความมั่นใจในวัคซีน ไม่ค่อยมั่นใจ ร้อยละ 64 ไม่มั่นใจเลย ร้อยละ 22 รวมแล้ว ร้อยละ 86 ในแรงงานที่ไม่มั่นใจเรื่องวัคซีน ก็ค่อยข้างไปในทิศทางเดียวกันทั้งเรื่องระบบบริการสุขภาพและเรื่องวัคซีน ต้องการศึกษาต่อไปว่าทำไมคนกลุ่มนี้เกิดความไม่มั่นใจ เพื่อหาทางแก้ไขต่อไป (รูปภาพที่ 4)



รูปภาพที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับวัคซีน

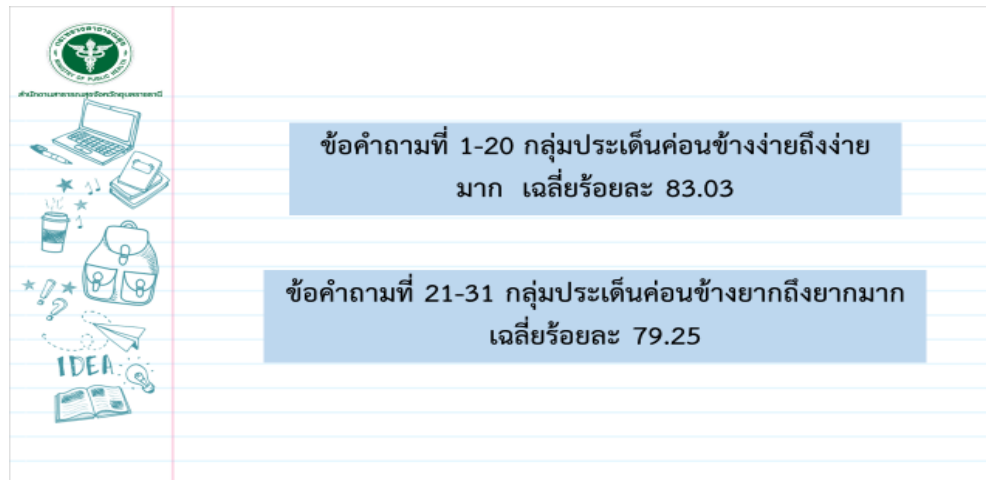
ความรอบรู้แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 นั้นเป็นส่วนที่ตอบได้ค่อนข้างง่ายถึงง่ายมาก ส่วนที่ 2 คือคำถามที่เป็นข้อที่ทำได้ยากถึงยากมาก (รูปภาพที่ 5)



รูปภาพที่ 5 ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

ส่วนที่ค่อนข้างง่ายถึงง่ายมาก ร้อยละ 83 ส่วนยากประมาณ ร้อยละ 79 ใกล้เคียงกัน ค่อนข้างง่ายและง่ายมาก สูงกว่านิดหน่อย ส่วนประเด็นที่ว่าง่ายถึงง่ายมาก หรือยากถึงยากมาก พิจารณาตามความรอบรู้ กลุ่มที่ง่ายมากตามความรอบรู้เรื่อง Health literacy จะเข้าไปตามความเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ เมื่อเข้าถึงแล้วสอบถาม และตรวจสอบได้ ในกลุ่มนี้จะเป็นเข้าถึงมากกว่า เมื่อเข้าถึงแล้ว ตัดสินใจแล้ว จึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แล้วบอกต่อ จะเป็นส่วนที่การนำไปปฏิบัติยากถึงยากมาก คล้ายๆกันทั้ง 2 ส่วน ส่วนแรกจะเป็นเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลแล้วนำไปสู่การตัดสินใจ (รูปภาพที่ 6)

กลุ่มที่เข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และก็สอบถาม ก่อนที่จะตัดสินใจประมาณ ร้อยละ 83 กลุ่มที่ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และบอกต่อ ร้อยละ 79



รูปภาพที่ 6 ข้อคำถาม health literacy

กลุ่มที่เข้าถึงง่ายและง่ายมาก คือการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ อนามัย สถานการณ์ของโรค วัคซีน เข้าถึงการแยกกันตัว (Home isolation) ได้รู้และเข้าใจในอาการของโรค และการรักษา เข้าใจในการปฏิบัติตามที่จังหวัดหรือหน่วยงานประกาศ รวมทั้งการหาข้อมูลเกี่ยวกับการกักตัว รู้และเข้าใจว่าทุกคนมีความเสี่ยง การค้นหาประกาศและแนวทางในการควบคุม รู้และเข้าใจว่าผู้ติดเชื้ออาจไม่แสดงอาการ หาข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน รู้และเข้าใจว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิต และนี่ก็เป็นข้อมูลที่เข้าถึงได้ง่าย ตามลำดับ (รูปภาพที่ 7)

17. เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ สถานการณ์โรค และวัคซีน ที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ (84.8)	18. รู้และเข้าใจระดับของอาการป่วยของโรคโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง (83.4)
19. รู้และเข้าใจวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน(Home Isolation) ซึ่งเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง (84.8)	10. รู้และเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรค และโอกาสเสี่ยง (83.3)
11. รู้และเข้าใจในอาการ และการรักษา (84.7)	6. หาช่องทางการสื่อสาร หรือสถานที่ที่จะขอรับความช่วยเหลือเมื่อท่านมีอาการ (83.0)
15. เข้าใจประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมตามที่จังหวัด หรือหน่วยงานประกาศ (84.7)	14. เข้าใจในประกาศ แผ่นพับ เอกสาร เกี่ยวกับแนวทาง D-M-H-T-T-A (82.7)
8. หาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน(Home Isolation) (84.6)	4. หาแนวทางในการป้องกันตามแนวทาง D-M-H-T-T-A (82.0)
12. รู้และเข้าใจว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด-19(84.6)	20. รู้และเข้าใจวิธีการตรวจตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit) (81.7)
5. หาประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมตามที่จังหวัด หรือหน่วยงานประกาศ (84.0)	2. หาข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และการรักษา (81.4)
16. รู้และเข้าใจว่าผู้ติดเชื้อโควิด-19 อาจไม่แสดงอาการ ซึ่งเราสามารถติดเชื้อจากคนกลุ่มนี้ได้ (83.7)	1. หาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อของโรค (80.2)
7. หาข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (83.6)	9. หาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้ ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit) (80.0)
13. รู้และเข้าใจว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้ (83.5)	3. หาข้อมูลความรุนแรงของโรคโควิด-19 (79.9)

รูปภาพที่ 7 ข้อคำถาม health literacy

ในส่วนที่เข้าถึงยาก ยากที่สุดคือการหาข้อมูลเรื่องความรุนแรงของโรค การหาข้อมูลเกี่ยวกับชุดตรวจ ATK การหาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อของโรค (รูปภาพที่ 8)

 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 	ข้อคำถามที่ 21-31 ส่วนใหญ่ค่อยข้างยากถึงยาก เฉลี่ยร้อยละ 79.25 23. ตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อทำอาชีพร่วมกับกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวที่บ้าน(84.1) 22. ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่นอกบ้าน หรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น (83.6) 24. ตัดสินใจว่าจะล้างมือด้วยสบู่ให้เจลแอลกอฮอล์ หรือแอลกอฮอล์ 70% เมื่ออยู่นอกบ้าน (82.6) 27. ตัดสินใจว่าหากมีญาติมาจากพื้นที่เสี่ยงจะแจ้งเจ้าหน้าที่ และแนะนำให้กักตัวอย่างน้อย 14 วันและเฝ้าระวังอาการ (82.5) 29. ตัดสินใจที่จะแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) เมื่อเป็นผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หรือเป็นผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 7-10 วัน (82.0) 28. ตัดสินใจว่าหากพบผู้สงสัย/เสี่ยงติดโรคกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. หรือผู้นำชุมชน (81.9) 30. เมื่อสงสัยว่าตัวเองเสี่ยง ตัดสินใจที่จะตรวจหาติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit) (78.3) 25. ตัดสินใจว่าจะอาบน้ำหลังจากกลับจากทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น กลับจากโรงพยาบาล หรือเขตชุมชนที่มีคนหนาแน่น(78.0) 21. คุณตัดสินใจว่าเวลาทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นจะเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตรเสมอ (75.6) 26. ตัดสินใจว่าเวลาเข้าไปในพื้นที่ร้านค้า สถานบริการ หรือตลาดชุมชนต้องลงทะเบียนในแอปของหน่วยงานราชการ (72.2) 31. ตัดสินใจว่าจะฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (70.0)
---	--

รูปภาพที่ 8 ข้อคำถาม health literacy

ประเภทที่สอง ที่เข้าถึงได้ยากถึงยากมากประมาณเกือบ ร้อยละ 80 เรื่องที่ยากที่สุดคือ การตัดสินใจสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องอาศัยร่วมกับกลุ่มเสี่ยงถึง ร้อยละ 84 ค่อนข้างชัดเจน เพราะว่าการกลุ่มที่เข้ามาจากต่างจังหวัดจะต้องกักตัว สิ่งที่ตัดสินใจลำบากเรื่องแรกคือการสวมหน้ากากอนามัย นอกจากการสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับคนในครอบครัว การสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่นอกบ้าน หรือขณะทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น กลุ่มนี้มีความกังวลมากถึงร้อยละ 83.6 รองลงมาเป็นเรื่องของการล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ เมื่ออยู่นอกบ้าน ร้อยละ 80 และที่สำคัญต่อมาคือ การตัดสินใจเรื่องการมีญาติที่มาจากต่างจังหวัดเข้ามาในพื้นที่ การแจ้งเจ้าหน้าที่ และการแนะนำการกักตัวอย่างน้อย 14 วัน และการเฝ้าดูอาการ เรื่องนี้เป็นเรื่องที่คนกลุ่มนี้กังวล เพราะเป็นประเด็นที่เข้าต้องดำเนินการหลังจากเข้ามาในพื้นที่ นอกจากนั้น การแยกกักตัว (Home Isolation) เมื่อเป็นผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงหรือเพิ่งออกจากการรักษาในโรงพยาบาล การตัดสินใจเมื่อพบผู้ต้องสงสัยจะต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ค่อนข้างที่จะเข้าถึงได้ง่ายขึ้น สงสัยว่าตนเองมีความเสี่ยง ตัดสินใจที่จะอาบน้ำ การเว้นระยะห่างในพื้นที่ร้านค้า ตัดสินใจเรื่องการฉีดวัคซีน นี่เป็นประเด็นคำถามที่ส่วนใหญ่ทำได้ยากถึงยากมาก จะเห็นได้ว่าเรื่องการใส่หน้ากากอนามัยเมื่อรวมกักตัว การสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่นอกบ้าน การล้างมือ และการแจ้งเจ้าหน้าที่ในการกักตัว รวมทั้งการตัดสินใจเรื่องการกักตัวที่บ้าน เป็นประเด็นที่เราจะต้องให้ความสนใจ และเป็นเรื่องที่คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ลำบากใจในการดำเนินการ (รูปภาพที่ 9)



วิเคราะห์/อภิปราย

1. ประเด็นที่ดำเนินการได้ง่ายมาก พบว่า

- / เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ
- / รู้และเข้าใจวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)
- / รู้และเข้าใจอาการ การรักษา
- / เข้าใจประกาศ หรือแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมตามที่จังหวัด หรือหน่วยงาน ประกาศ
- / การหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)



รูปภาพที่ 9 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

วิเคราะห์วิจารณ์ในเรื่องที่เข้าถึงได้ง่าย เรื่องการเข้าถึงข้อมูล รู้และเข้าใจวิธีการกักตัว รู้และเข้าใจการรักษา เข้าใจประกาศและแนวทางจากจังหวัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การหาข้อมูลการแยกกักตัว จะเห็นได้ว่าประเด็นเข้าตามแนวคิด Health literacy ว่าการเข้าถึงข้อมูล เมื่อเข้าถึงแล้วต่อมาคือ การเข้าใจ และเมื่อไม่เข้าใจก็จะมี การสอบถาม มีการสอบถามแล้วก็จะมีความมั่นใจ นำไปสู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ส่วนประเด็นที่ค่อนข้างยากถึงยากมาก ชัดเจนว่าในเรื่องของการใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง ที่ร่วมกับกลุ่มเสี่ยง ซึ่งกลุ่มที่เข้ามาจากกรุงเทพหรือต่างจังหวัดจะต้องปฏิบัติอยู่แล้ว คิดลำบากใจที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นเมื่อต้องออกไปนอกบ้านแล้วจะต้องสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์ และการติดต่อญาติพี่น้อง การกักตัว และการตัดสินใจแยกกักตัว เป็นประเด็นที่ลำบากใจหรือดำเนินการได้ค่อนข้างยาก เมื่อเข้าใจ เข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล สอบถามแล้วจึงตัดสินใจ ประเด็นเหล่านี้เป็นสิ่งที่เข้าต้องปฏิบัติ คือทำให้กลุ่มคนเหล่านี้กังวลที่จะดำเนินการ (รูปภาพที่ 10)



วิเคราะห์/อภิปราย

2. ประเด็นที่ดำเนินการได้ ค่อนข้างยาก ถึง ยาก พบว่า

- / การใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อพักอาศัยร่วมกับกลุ่มเสี่ยงที่บ้าน
- / ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่นอกบ้าน
- / การล้างมือด้วยสบู่ ใช้เจลแอลกอฮอล์ หรือแอลกอฮอล์ 70%
- / การแจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อมีญาติมา และแนะนำให้กักตัวอย่างน้อย 14 วันและเฝ้าระวังอาการ
- / ตัดสินใจที่จะแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

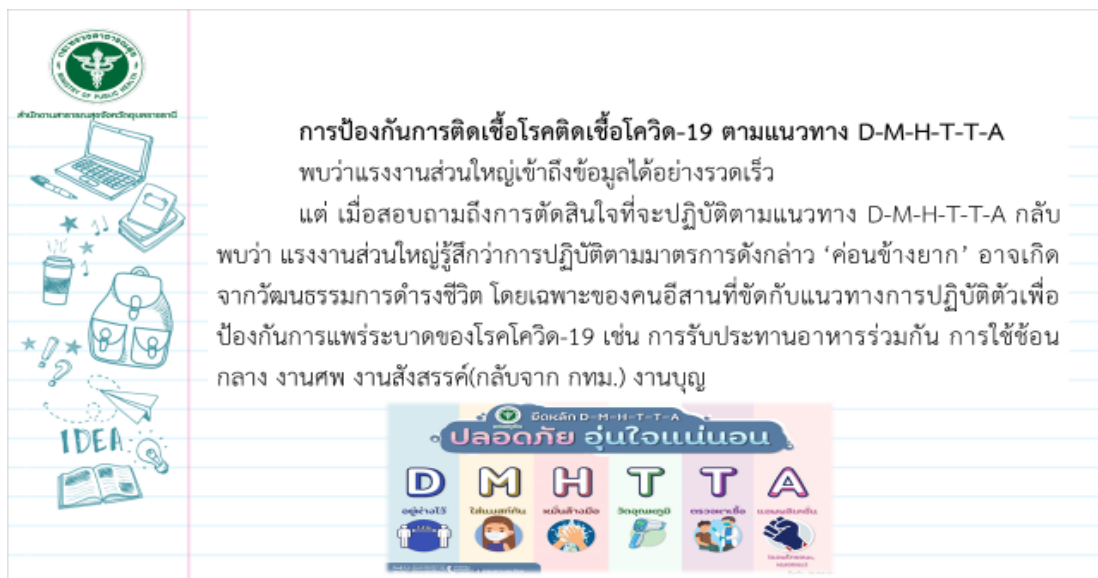



รูปภาพที่ 10 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

การป้องกันการติดเชื้อตามแนวทาง DMHTTA พบว่าแรงงานส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว ที่ได้เห็นไปแล้วในประเด็นที่ค่อนข้างง่าย เมื่อสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวตามแนวทาง DMHTTA พบว่าแรงงานส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแนวทางได้ค่อนข้างยาก

มิติสังคม เช่น ลูกอายุไม่ถึง 15 ปีติดโควิดไม่มีคนดูแล พ่อแม่ต้องไปอยู่ดูแล หรือ สามี/ภรรยา ไม่มีคนดูแล ยอมเป็นผู้ป่วยด้วยกัน หรือผู้สูงอายุไม่มีคนดูแล ไม่สามารถกักตัวด้วยกันได้ ไม่มีบ้านหรือสถานที่กักตัว บ้านหลังเล็กๆ ไม่มีหลายห้อง ห้องส้วม ห้องน้ำก็ใช้ร่วมกัน ผู้พิการ/ผู้ป่วย

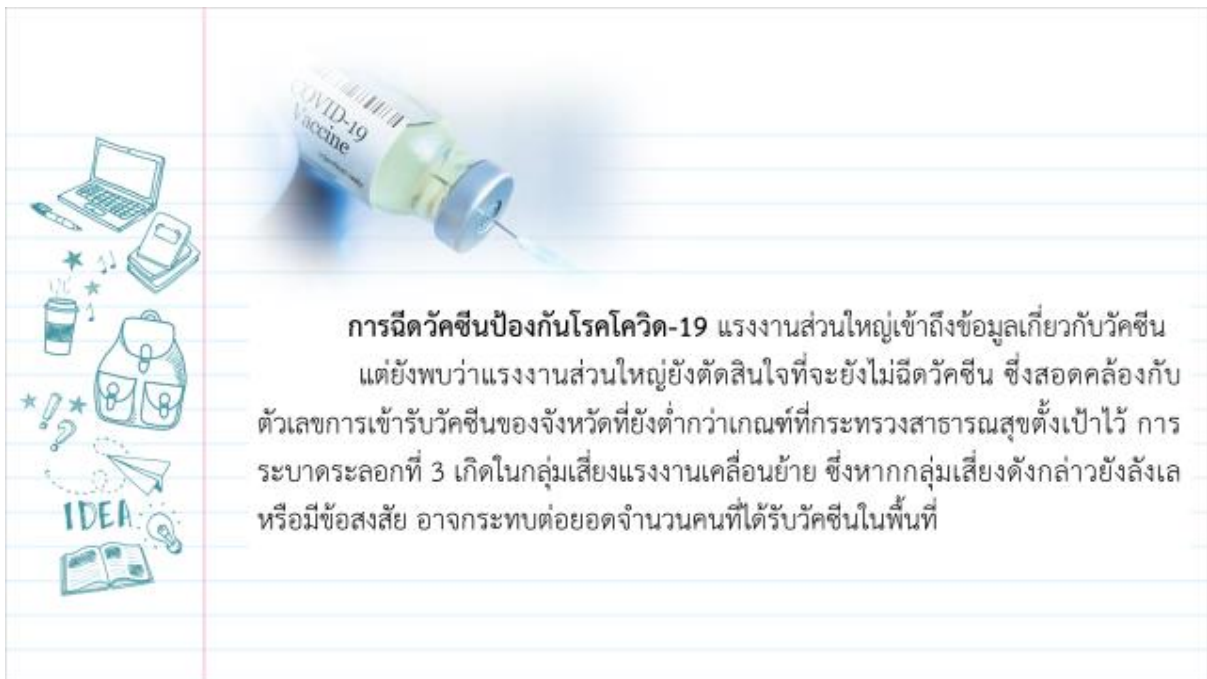
ส่วนหนึ่งก็เนื่องจากวัฒนธรรมการดำรงชีวิต การรับประทานอาหารร่วมกัน การใช้ช้อนกลาง การกินข้าวเหนียวโดยใช้มือ การกินข้าวพาดิวยกัน การพบปะสังสรรค์ บุญประเพณี งานศพ โดยเฉพาะคนอีสาน ที่มีวิถีชีวิตทั้งในเรื่องการทำงาน อยู่ที่บ้าน เช่นการรับประทานอาหารร่วมกัน เมื่อเกิดการแยกตัวอาจจะทำให้เกิดความลำบากใจ แม้แต่การใช้ช้อนกลางซึ่งไม่ค่อยเป็นที่นิยมในการรับประทานอาหารในภาคอีสาน หรืองานศพเมื่อไปร่วมงาน ก็ต้องมีความใกล้ชิดกับผู้ที่เขามาร่วมงานเพื่อแสดงออกถึงความไว้อาลัย การสังสรรค์ต่าง ๆ เมื่อญาติ พี่น้อง กลับมาจากกรุงเทพหรือต่างจังหวัด รวมทั้งงานบุญ สิ่งเหล่านี้ก็ทำให้ผู้ที่เดินทางมาจากกรุงเทพหรือต่างจังหวัดที่มีความเสี่ยง ยังไม่สามารถที่จะดำเนินการตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อได้อย่าง 100% ด้วยเรื่องของวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชาวอีสานยังคงมีอยู่ เป็นประเด็นที่จะต้องหาแนวทางแก้ไขต่อไป (รูปภาพที่ 11)



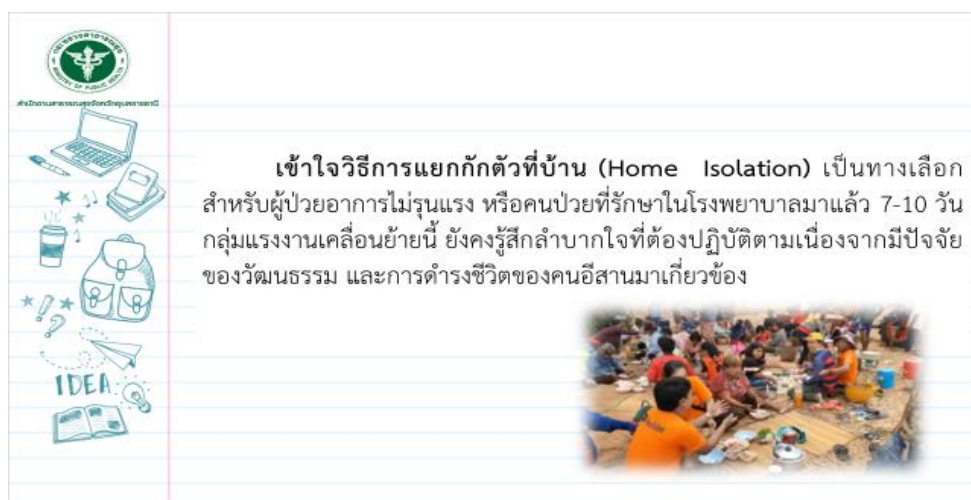
รูปภาพที่ 11 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

ได้ข้อมูลเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลวัคซีนชนิดต่างๆ และรวดเร็ว ร้อยละ 38.6 และไม่ปิดบังข้อมูล สอดคล้องกับการสอบถามประชาชนเรื่องเกี่ยวกับวัคซีน พบว่า วัคซีนเพียงพอ ร้อยละ 65.8 หน่วยงานจัดหาวัคซีนซึ่งมีคุณภาพดีมากที่สุด ร้อยละ 47.9 ค่อนข้างมั่นใจภาครัฐ วัคซีนที่หน่วยงานภาครัฐนำมาฉีดให้ประชาชนมากที่สุด ร้อยละ 49.3

การฉีดวัคซีนแรงงานส่วนใหญ่ก็ตัดสินใจที่จะยังไม่ฉีด สาเหตุที่ยังไม่ฉีดวัคซีนตามที่มีการสัมภาษณ์ อสม. ในรอบแรก (29 พ.ค. 2564 – 11 มิ.ย. 2564) พบว่า สาเหตุที่ไม่ฉีด ไม่มีความประสงค์ ร้อยละ 54.7 กำลังลงทะเบียน ร้อยละ 31 ยังไม่มีโควตา ร้อยละ 8.6 และไม่มีข้อมูล ร้อยละ 5.7 ส่วนหนึ่งก็สอดคล้องกับตัวเลขการให้บริการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดว่า กลุ่มคนเหล่านี้ยังไม่ได้ฉีดวัคซีน แม้ว่าจะมีการระบาดเป็นรอบที่ 3 เป็นประเด็นที่ต้องศึกษาและหาทางแก้ไขต่อไป (รูปภาพที่ 12-13)



รูปภาพที่ 12 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

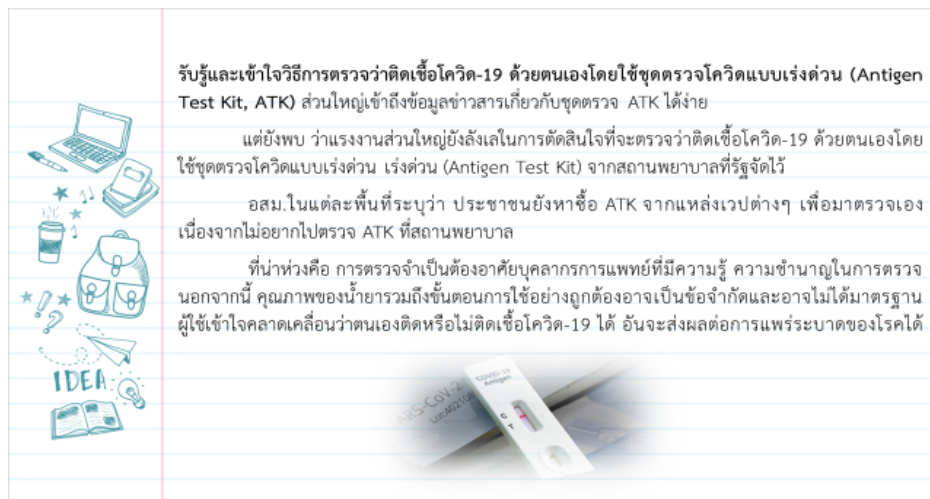


รูปภาพที่ 13 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

การเข้าใจวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน พบว่าคนกลุ่มนี้มีความเข้าใจ แต่ก็ยังลำบากใจ เนื่องจากวิถีชีวิตและวัฒนธรรม

ที่สำคัญคือการใช้ชุดตรวจ ATK ด้วยตนเอง พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่แน่ใจในการตรวจ ATK แต่ก็ได้ข้อมูลจาก อสม.ว่าประชาชนได้ไปซื้อชุดตรวจ ATK จากแหล่งต่างๆมาตรวจเอง เนื่องจากไปสถานพยาบาลแล้วไม่ได้ตรวจ เป็น เรื่องที่น่ากังวลเนื่องจากการตัวเองจะมีปัญหาเรื่องการรับรอง มีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด เป็นอีกหนึ่งประเด็นที่ ต้องพูดคุยและหาทางออกไป

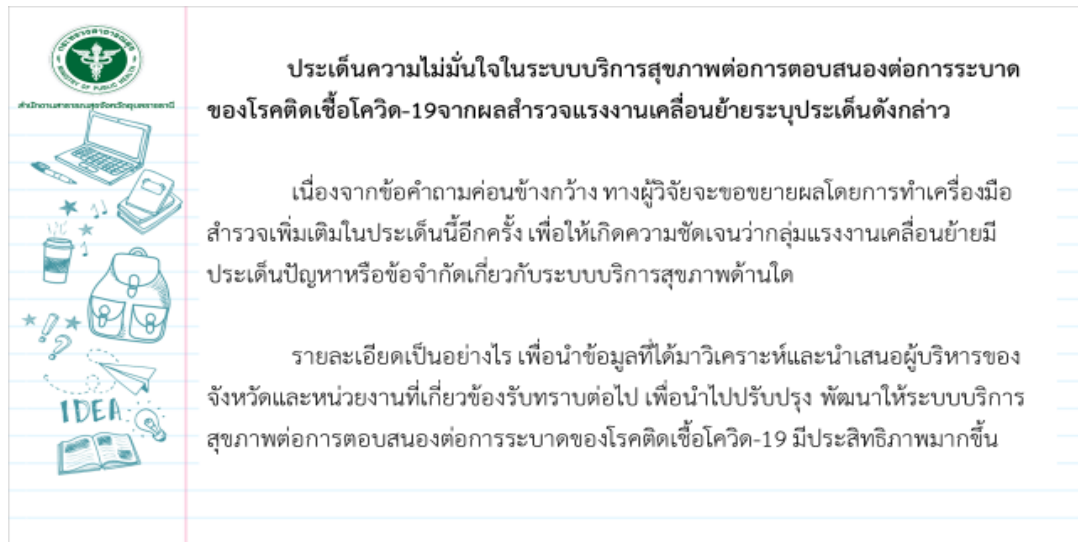
แต่ภายหลัง โควิด-19 มีการระบาดเพิ่มมากขึ้น ทำให้การตรวจ ATK มีความจำเป็นมากขึ้น จะอาศัยหน่วยงาน ทางภาครัฐไม่เพียงพอ รวมทั้งการตรวจมีมาตรการเพิ่มมากขึ้น จะมีประชาชนมีการจัดหา และมีการตรวจเองมาก เพิ่มขึ้น (รูปภาพที่ 14)



รูปภาพที่ 14 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

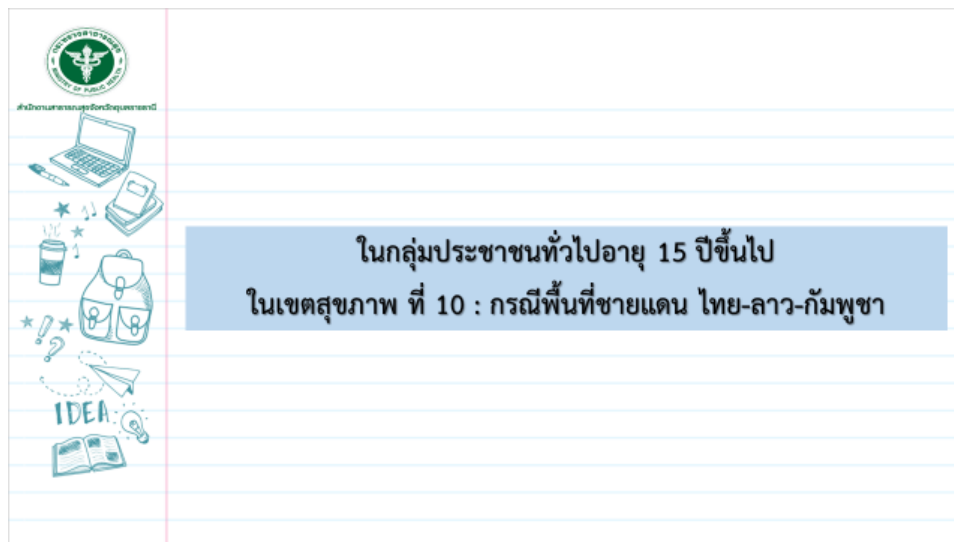
ความมั่นใจในระบบบริการ ไม่ค่อยมั่นใจ และไม่มั่นใจเลย เกือบร้อยละ 90 สิ่งที่ต้องทำต่อคือการเจาะลึก ข้อมูล ว่ากลุ่มเหล่านี้มีความคิดเห็นอย่างไร ถึงไม่มีความมั่นใจในระบบสุขภาพ เพื่อที่จะนำมาปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

เมื่อมีการสอบถามประชาชนเพิ่มเติม ความมั่นใจ พบว่า มั่นใจมากที่สุดและมาก ร้อยละ 48.7 และ 43.4 ตามลำดับ ประมาณ ร้อยละ 92 แสดงว่าแสดงว่ามีความมั่นใจระบบเพิ่มมากขึ้น (รูปภาพที่ 15)

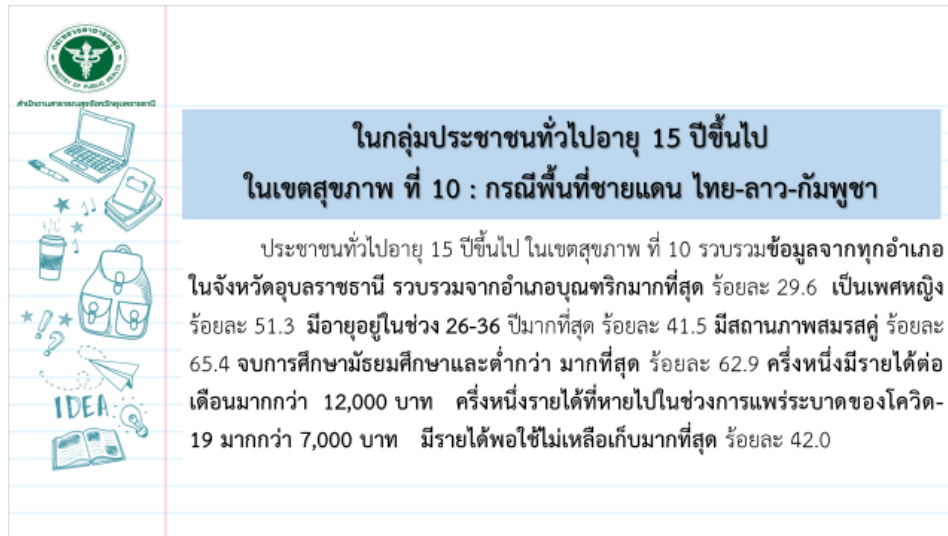


รูปภาพที่ 15 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

เพศชาย และหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อายุประมาณ 26-36 ปี เป็นกลุ่มแรงงาน ส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว มีการศึกษาที่ระดับมัธยมศึกษา รายได้เฉลี่ย 12,000 บาท รายได้ที่หายไปในช่วงของโควิด มากกว่า 7,000 บาท มีรายได้ไม่พอใช้ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 42 (รูปภาพที่ 16-17)



รูปภาพที่ 16 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย



รูปภาพที่ 17 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

อาชีพส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.81 น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่า ร้อยละ 70 แหล่งข้อมูลสื่อสาร แม้สื่อออนไลน์ โซเชียลต่างๆ จะเข้าถึงได้รวดเร็ว แต่ข้อมูลส่วนใหญ่ของคนกลุ่มนี้ได้มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึง ร้อยละ 73 ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขยังมีความจำเป็นที่จะต้องสื่อสาร และประชาสัมพันธ์ รองลงมาคือสื่อออนไลน์ ร้อยละ 70.4 และข้อมูลที่ได้จากโทรทัศน์ ร้อยละ 57.8 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.7 (รูปภาพที่ 18)



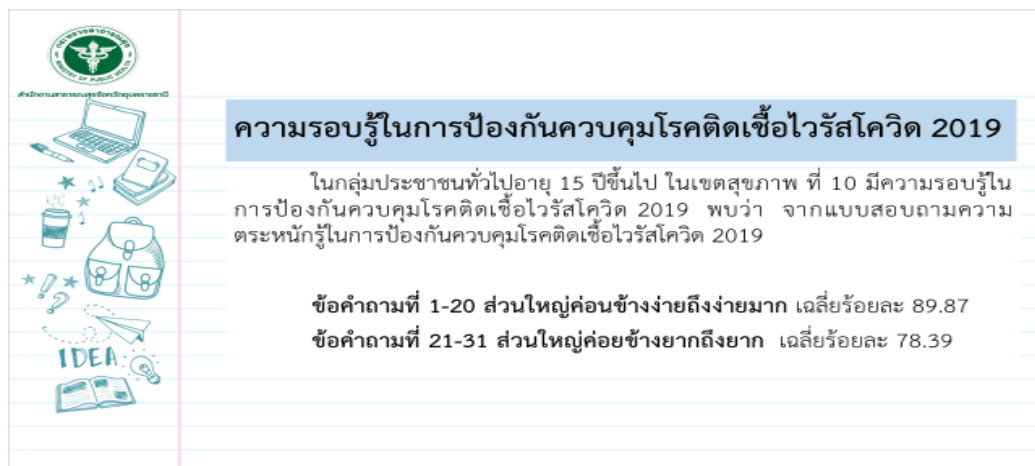
รูปภาพที่ 18 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

ข้อมูลด้านสุขภาพและอนามัย สุขภาพค่อนข้างดี ความมั่นใจในระบบบริการ ไม่ค่อยมั่นใจ ร้อยละ 53 ไม่มั่นใจเลย ร้อยละ 42 เห็นว่าประชาชนยังไม่มั่นใจในระบบบริการสุขภาพ ไม่มั่นใจในวัคซีนเกือบ ร้อยละ 70 จะเห็นได้ว่าทั้งกลุ่มแรงงานที่มาจากพื้นที่เสี่ยงหรือประชาชนที่อยู่ในจังหวัดยังไม่มั่นใจในระบบบริการสุขภาพและการฉีดวัคซีน จำเป็นต้องทำการศึกษาและหาแนวทางแก้ไข เพื่อให้ประชาชนเกิดความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพและการฉีดวัคซีนต่อไป (รูปภาพที่ 19)



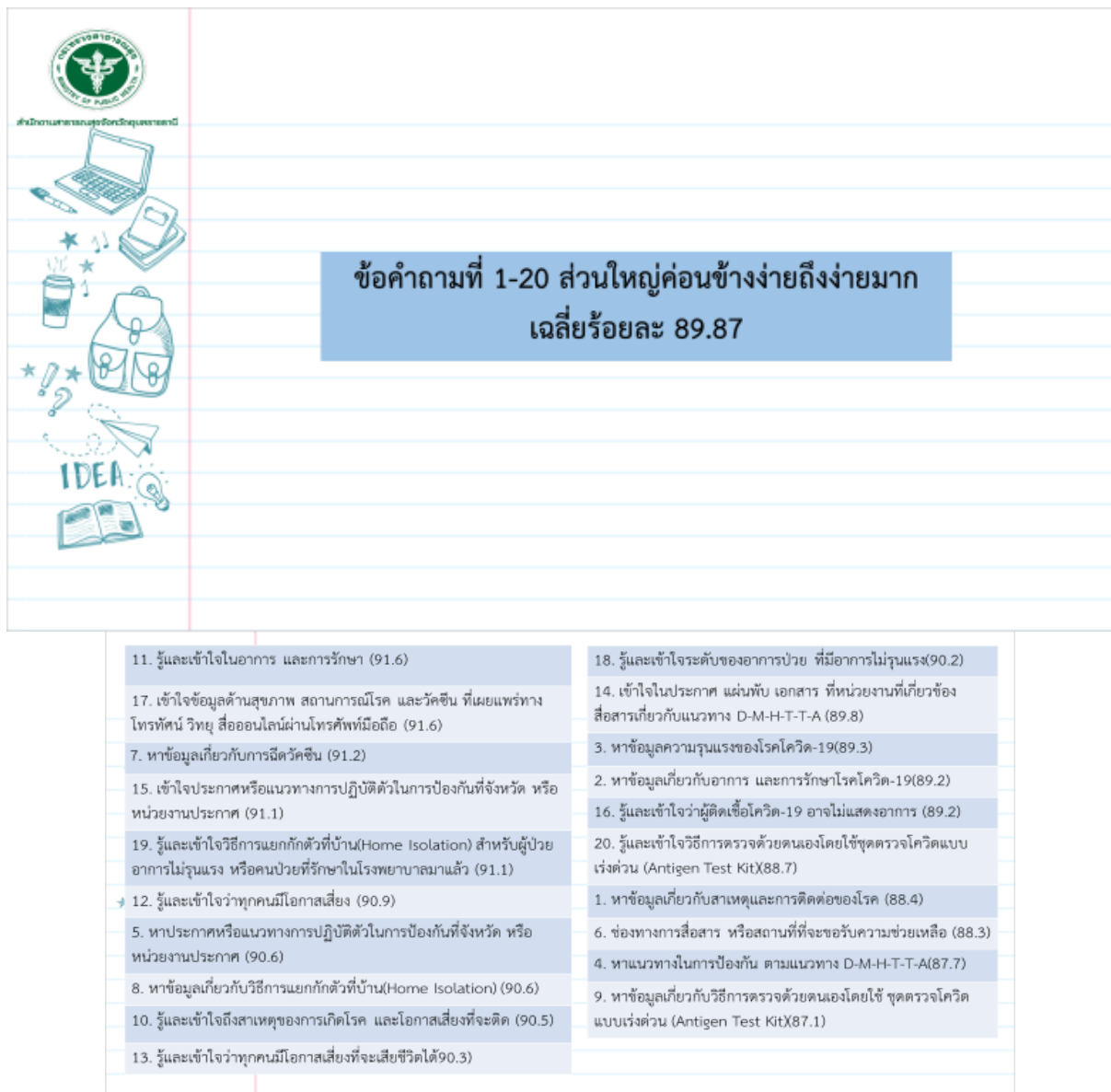
รูปภาพที่ 19 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

ความรอบรู้แยกเป็น 2 ประเภท คือเข้าถึงได้ง่าย และเข้าถึงได้ยาก เข้าถึงได้ง่ายโดยเฉลี่ยแล้ว เกือบร้อยละ 90 ส่วนเข้าถึงได้ยากเกือบร้อยละ 80 เป็นไปตามแนวคิดเรื่องการเข้าถึงข้อมูลเพื่อการตัดสินใจนั้นก็ทำได้ง่าย แต่การตัดสินใจแล้วลงมือทำ และเกิดการบอกต่อทำได้ยาก (รูปภาพที่ 20)



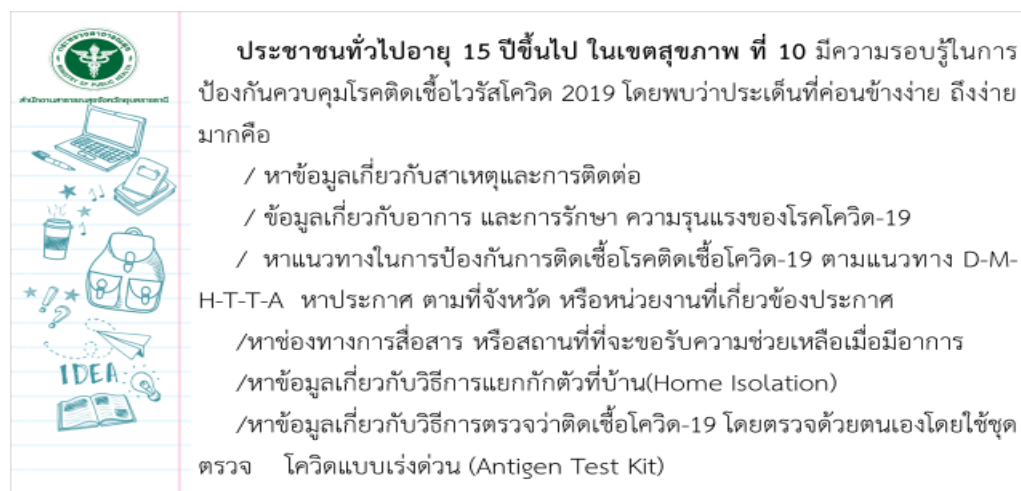
รูปภาพที่ 20 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

เห็นได้ว่า มีความรู้และความเข้าใจในอาการของโรค เข้าใจเรื่องข้อมูล การหาข้อมูล เข้าใจในประกาศ เข้าใจในวิธีการแยกกักตัว เข้าใจเรื่องความเสี่ยง การหาประกาศของจังหวัดและหน่วยงาน การหาข้อมูลการแยกตัว รู้และเข้าใจสาเหตุของโรค รู้ว่าทุกคนมีความเสี่ยง ในส่วนที่เข้าถึงได้ง่ายที่สุด และส่วนที่เข้าถึงได้ยาก เช่น การหาข้อมูล ATK แนวทาง D-M-H-T-T-A ช่องทางการสื่อสาร หาข้อมูลและสาเหตุการติดต่อของโรค ตามลำดับ ในกลุ่มค่อนข้างง่ายการหาสาเหตุในการติดโรคได้ง่าย ส่วนข้อมูลอาการ แนวทาง ช่องทาง การแยกกักตัว และการตรวจ ATK เป็นข้อมูลที่เข้าถึงได้ยาก (รูปภาพที่ 21)



รูปภาพที่ 21 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

ประชาชนทั่วไปอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพ ที่ 10 มีความรอบรู้ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 โดยพบว่าประเด็นที่ค่อนข้างง่าย ถึงง่ายมากคือ หาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และการรักษา ความรุนแรงของโรคโควิด-19 หาแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อโควิด-19 ตามแนวทาง D-M-H-T-T-A หาประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ตามที่จังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกาศ หาช่องทางการสื่อสาร หรือสถานที่ที่จะขอรับความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเข้าได้กับโรคโควิด-19 หาข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 หาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน(Home Isolation) หาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 โดยตรวจด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit) (รูปภาพที่ 22)



รูปภาพที่ 22 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

รู้และเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรค และโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด-19 รู้และเข้าใจในอาการ และการรักษาโรค โควิด-19 รู้และเข้าใจว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด-19 รู้และเข้าใจว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้หากติดเชื้อโรคโควิด-19 อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างง่ายและง่ายมาก

เข้าใจในประกาศ แผ่นพับ เอกสาร ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสื่อสารเกี่ยวกับแนวทาง D-M-H-T-T-A เข้าใจประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ตามที่จังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกาศ รู้และเข้าใจว่าผู้ติดเชื้อโควิด-19 อาจไม่แสดงอาการ ซึ่งเราสามารถติดเชื้อจากคนกลุ่มนี้ได้ เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ สถานการณ์โรค และวัคซีน ที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทูบ (You tube) รู้และเข้าใจระดับของอาการป่วยของโรคโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง รู้และเข้าใจวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ซึ่งเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หรือคนป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 7-10 วัน รู้และเข้าใจวิธีการตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit) อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างง่ายและง่ายมาก

ในกลุ่มประเภทเข้าถึงยากและยากมาก ชัดเจนเลยว่าการใส่หน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่ร่วมกับกลุ่มเสี่ยง และการตัดสินใจในการฉีดวัคซีนประชาชนส่วนใหญ่ยังลำบากใจ ยังตัดสินใจยาก การล้างมือ การแยกกักตัว การแจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อมีญาติกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงหรือเมื่อพบผู้ต้องสงสัย เหล่านี้เป็นข้อมูลประเภทที่เข้าถึงได้ยากถึงยากมาก (รูปภาพที่ 23)

	ข้อคำถามที่ 21-31 ส่วนใหญ่ค่อยข้างยากถึงยาก เฉลี่ยร้อยละ 78.39 23. ตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อพักอาศัยร่วมกับกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวที่บ้าน (89.7) 31. ตัดสินใจว่าจะฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19(89.1) 22. ตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่นอกบ้าน หรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น (88.9) 24. ล้างมือด้วยสบู่ ใช้เจลแอลกอฮอล์ หรือแอลกอฮอล์ 70% เมื่ออยู่นอกบ้าน หรือกลับจากกิจกรรมภายนอก (85.4) 29. ตัดสินใจที่จะแยกกักตัวที่บ้าน(Home Isolation) ป่วยอาการไม่รุนแรง หรือเป็นผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 7-10 วัน (83.8) 27. ตัดสินใจว่าหากพบญาติมาจากพื้นที่เสี่ยงจะแจ้งเจ้าหน้าที่ และแนะนำให้กักตัวอย่างน้อย 14 วันและเฝ้าระวังอาการ (81.0) 28. ตัดสินใจว่าหากพบผู้สงสัย/เสี่ยงติดเชื้อกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. หรือผู้นำชุมชน(80.8) 30. เมื่อสงสัยว่าตัวเองเสี่ยง ตัดสินใจที่จะตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit)(79.1) 25. ตัดสินใจว่าจะอาบน้ำหลังจากกลับจากทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น กลับจากโรงพยาบาล หรือเขตชุมชนที่มีคนหนาแน่น(78.3) 21. คุณตัดสินใจว่าเวลาทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นจะเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตรเสมอ(53.6) 26. ตัดสินใจว่าเวลาเข้าไปในพื้นที่ร้านค้า สถานที่ราชการ หรือตลาดชุมชนต้องลงทะเบียนในแอปฯของหน่วยงานราชการ (52.6)
--	---

รูปภาพที่ 23 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

ส่วนในประเด็นที่ค่อนข้างยาก คือ ตัดสินใจว่าเวลาทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นจะเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตรเสมอ ตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่นอกบ้าน หรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อพักอาศัยร่วมกับกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวที่บ้าน

ตัดสินใจว่าจะล้างมือด้วยสบู่ ใช้เจลแอลกอฮอล์ หรือแอลกอฮอล์ ร้อยละ 70 เมื่ออยู่นอกบ้าน หรือกลับจากกิจกรรมภายนอกร่วมกับผู้อื่น ตัดสินใจว่าจะอาบน้ำหลังจากกลับจากทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น กลับจากโรงพยาบาล หรือเขตชุมชนที่มีคนหนาแน่น ตัดสินใจว่าเวลาเข้าไปในพื้นที่ร้านค้า สถานที่ราชการ หรือตลาดชุมชนต้องลงทะเบียนในแอปฯของหน่วยงานราชการ (รูปภาพที่ 24)



ประชาชนทั่วไปอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพ ที่ 10 มีความรอบรู้ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 โดยพบว่าประเด็นที่ค่อนข้างง่าย ถึงง่ายมากคือ

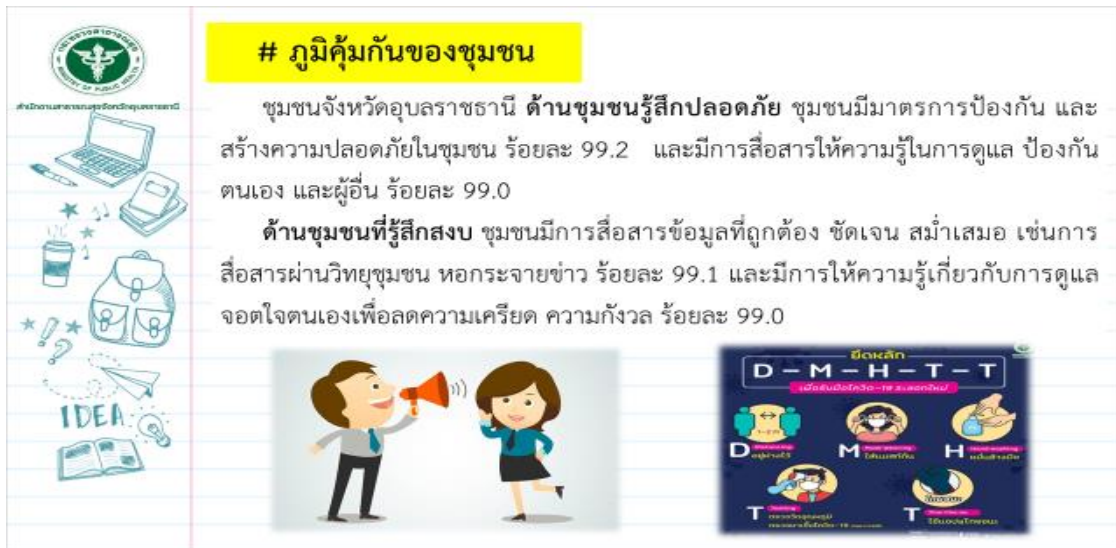
- / หาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อ
- / ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และการรักษา ความรุนแรงของโรคโควิด-19
- / หาแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อโควิด-19 ตามแนวทาง D-M-H-T-T-A หาประกาศ ตามที่จังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกาศ
- /หาช่องทางการสื่อสาร หรือสถานที่ที่จะขอรับความช่วยเหลือเมื่อมีอาการ
- /หาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน(Home Isolation)
- /หาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 โดยตรวจด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจ โควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit)

รูปภาพที่ 24 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

และในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโอกาสการแพร่ระบาดของเชื้อ ตัดสินใจว่าหากมีญาติมาจากพื้นที่เสี่ยงจะแจ้งเจ้าหน้าที่ และแนะนำให้กักตัวอย่างน้อย 14 วันและเฝ้าระวังอาการตามที่ระเบียบกำหนด ตัดสินใจว่าหากพบผู้สงสัย/เสี่ยงติดโรคกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. หรือผู้นำชุมชน ตัดสินใจที่จะแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) เมื่อคุณเป็นผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หรือเป็นผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 7-10 วัน เมื่อสงสัยว่าตัวเองเสี่ยง ตัดสินใจที่จะตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit) ตัดสินใจว่าจะฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างยาก

ชุมชนความรู้สึกปลอดภัยในมาตรการการป้องกัน และการสร้างความปลอดภัย ร้อยละ 99.2 และความรู้ในการสื่อสาร ป้องกันตนเองและผู้อื่น ร้อยละ 99 ให้ได้ว่าการสร้างความปลอดภัยและการสื่อสารมีตัวเลขที่สูงมาก เฉลี่ยร้อยละ 99

ด้านชุมชนรู้สึกสงบ ชุมชนมีการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน สม่่าเสมอ สื่อสารผ่านหอวิทยุชุมชนและหอกระจายข่าว ร้อยละ 99.1 มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และลดความเครียด ความกังวล ร้อยละ 99 (รูปภาพที่ 25)



รูปภาพที่ 25 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

ด้านชุมชนที่มีความหวัง การฟื้นฟูโครงสร้างพื้นฐานและการบริการในชุมชน ให้กลับมาใช้ได้อย่างปกติ ถึง 97.4% ความหวังด้านที่จัดให้มีสวัสดิการด้านรายได้สำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบ กิจกรรมแบ่งปันประสบการณ์ การสร้างความหวังในชุมชน ร้อยละ 95.6 และที่สำคัญความหวังภายใต้ความปลอดภัย ร้อยละ 87 เป็นตัวเลขที่น้อยที่สุด (รูปภาพที่ 26)

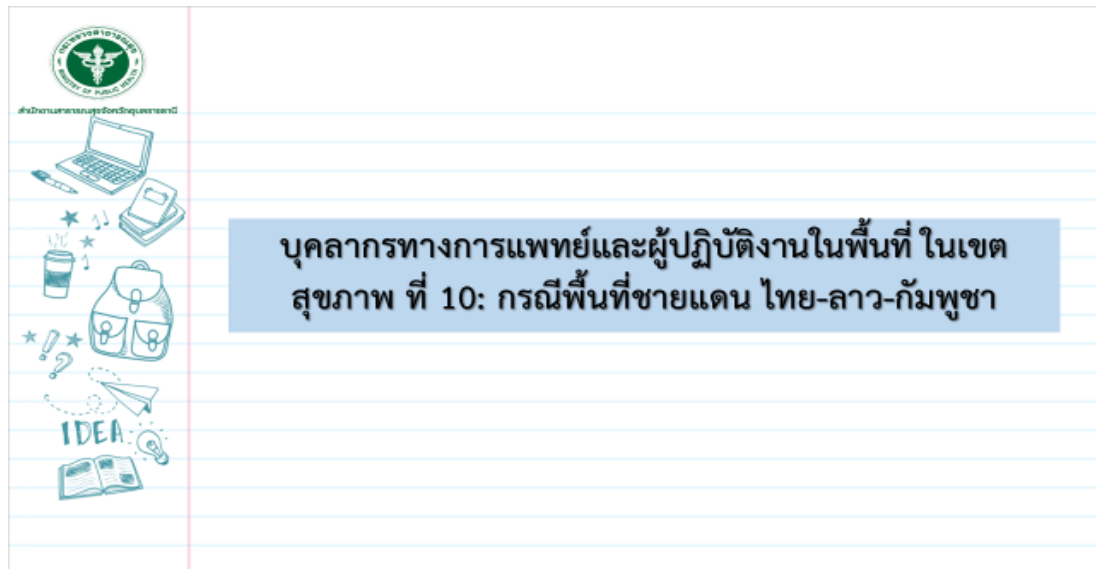


รูปภาพที่ 26 ผลวิเคราะห์/ อภิปราย

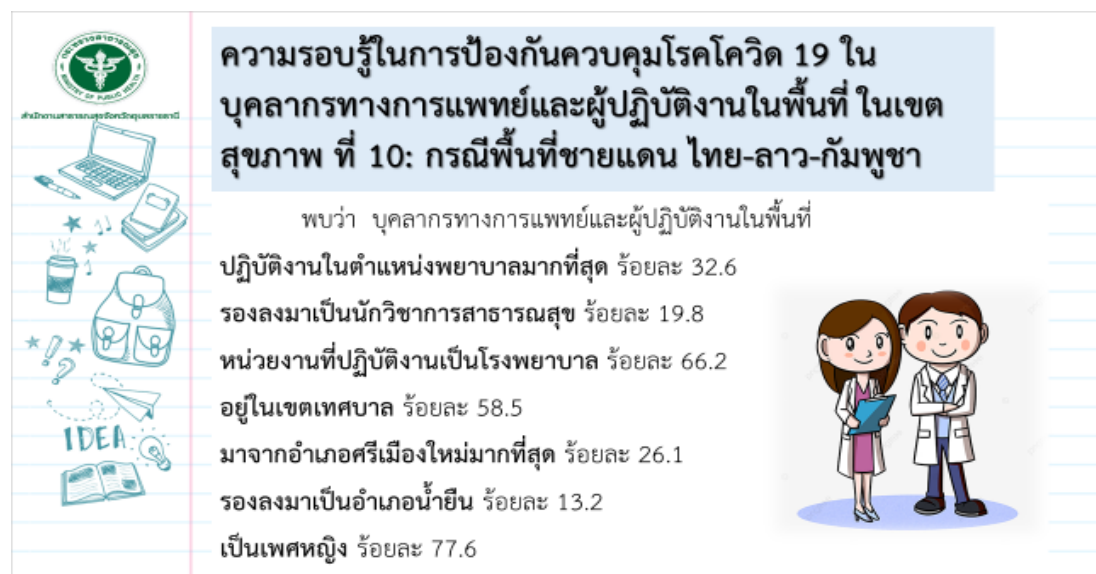
ความเข้าใจในชุมชน สร้างความเข้าใจ เห็นใจ ไม่มีอคติและไม่รังเกียจกลุ่มเสี่ยง 98.2% และให้โอกาสผู้ป่วยที่หายป่วยแล้วกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ ร้อยละ 98.4

ฉะนั้นเรื่องภูมิคุ้มกันในชุมชน นั้นค่อนข้างที่จะมีทิศทางเป็นเชิงบวก มีความหวัง มีการให้กำลังใจ มีโอกาสมากกว่า 90% มีเพียงเรื่องการจัดสวัสดิการ การสร้างรายได้สำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบ และเรื่องความปลอดภัยที่จะต้องดูแลเพิ่มเติม

ข้อมูลส่วนใหญ่มาจากอาชีพพยาบาล รองลงมาเป็นนักวิชาการด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาล อยู่ในเขตเทศบาล (รูปภาพที่ 27-28)

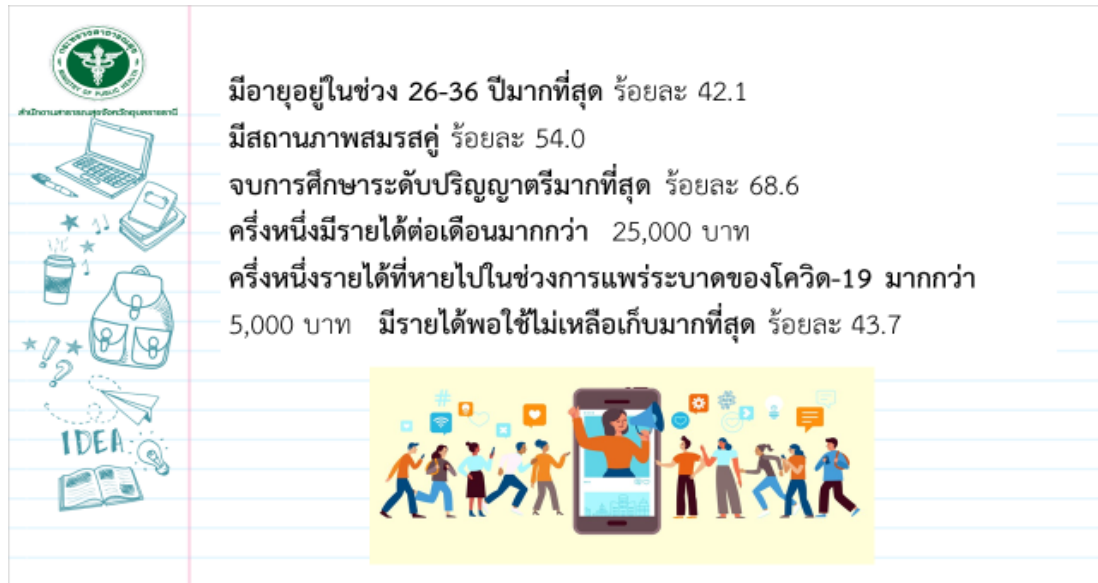


รูปภาพที่ 27 ข้อมูลทั่วไป



รูปภาพที่ 28 ข้อมูลทั่วไป

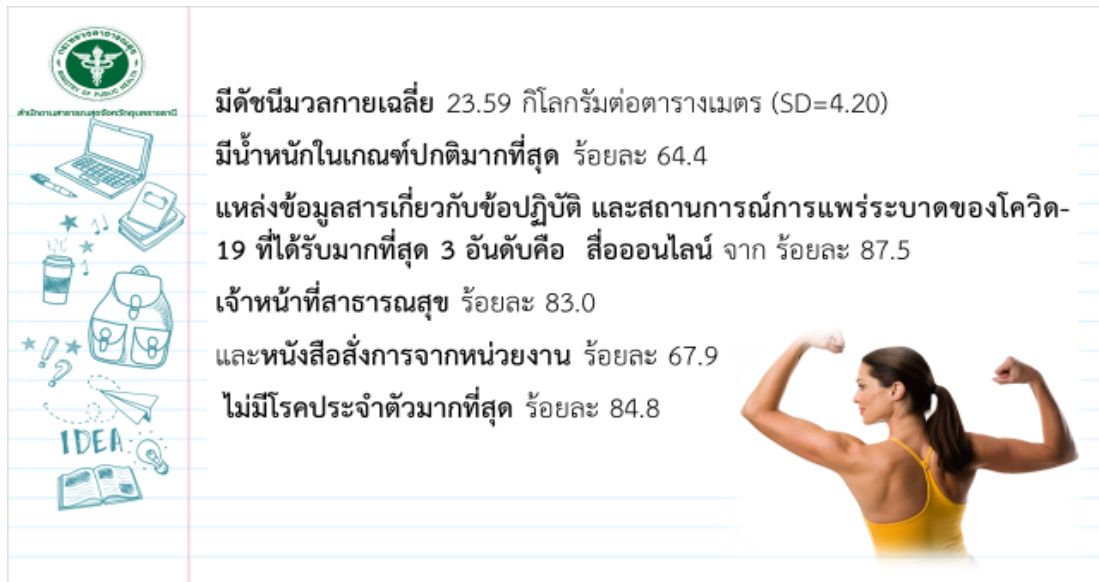
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุ 26 - 36 ปี สมรสแล้ว จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70 รายได้ต่อเดือนมากกว่า 25,000 รายได้ที่ย้ายไประหว่างช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด มากกว่า 5,000 บาท กลุ่มนี้ได้รับผลกระทบไม่มาก เนื่องจากมีงานประจำอยู่แล้ว มีรายได้พอใช้ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 43.7 เป็นจุดที่น่าสนใจ เนื่องจากเป็นตัวเลขที่ให้เคียงกลุ่มแรงงานที่กลับมาจากต่างจังหวัด และกลุ่มประชาชน (รูปภาพที่ 29)



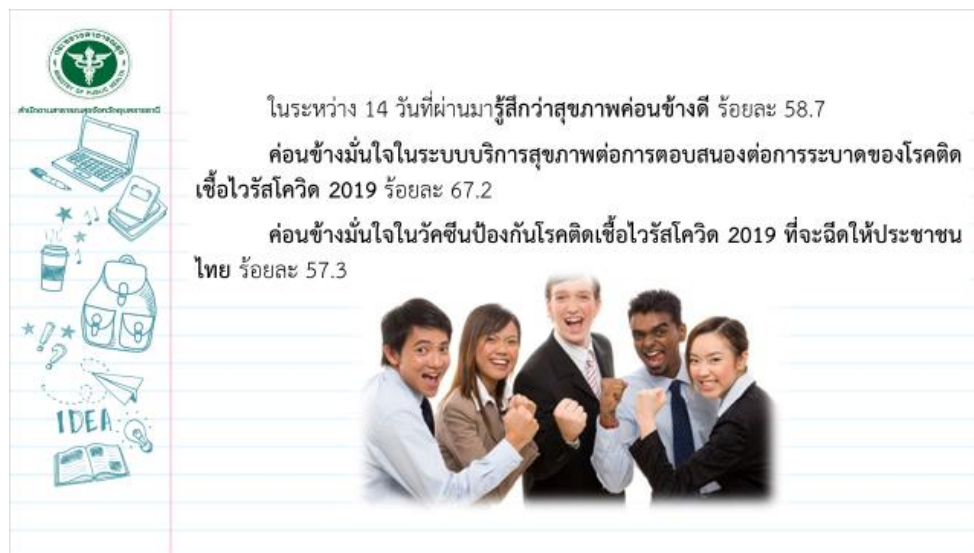
รูปภาพที่ 29 ข้อมูลทั่วไป

ดัชนีมวลกายและน้ำหนักส่วนใหญ่อยู่นอกเกณฑ์ปกติ แหล่งข้อมูลข่าวสาร 3 อันดับแรก 1.จากสื่อออนไลน์ 2.จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 3.หนังสือสั่งการ ก็จะเห็นได้ว่าสื่อออนไลน์เป็นแหล่งช่องทางข่าวสารที่สำคัญ ในเรื่องทางด้านสุขภาพ (รูปภาพที่ 30)

ส่วนใหญ่สุขภาพค่อนข้างดีถึง ร้อยละ 58.7 ความมั่นใจในระบบบริการเกือบ ร้อยละ 67.2 สืบเนื่องมาจากเป็นบุคลากรทางการแพทย์อยู่แล้ว ทำให้รู้ว่ามีแนวทาง มีกลไกอย่างไร ทำให้เกิดความมั่นใจ แต่อย่างไรก็ตาม ความมั่นใจในเรื่องของวัคซีนมีเพียง ร้อยละ 57.3 เท่านั้น เป็นสิ่งที่ต้องไปดูว่าทำอะไร บุคลากรทางการแพทย์ถึงจะมีความเข้าใจในเรื่องวัคซีน เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับประชาชนต่อไป (รูปภาพที่ 31)

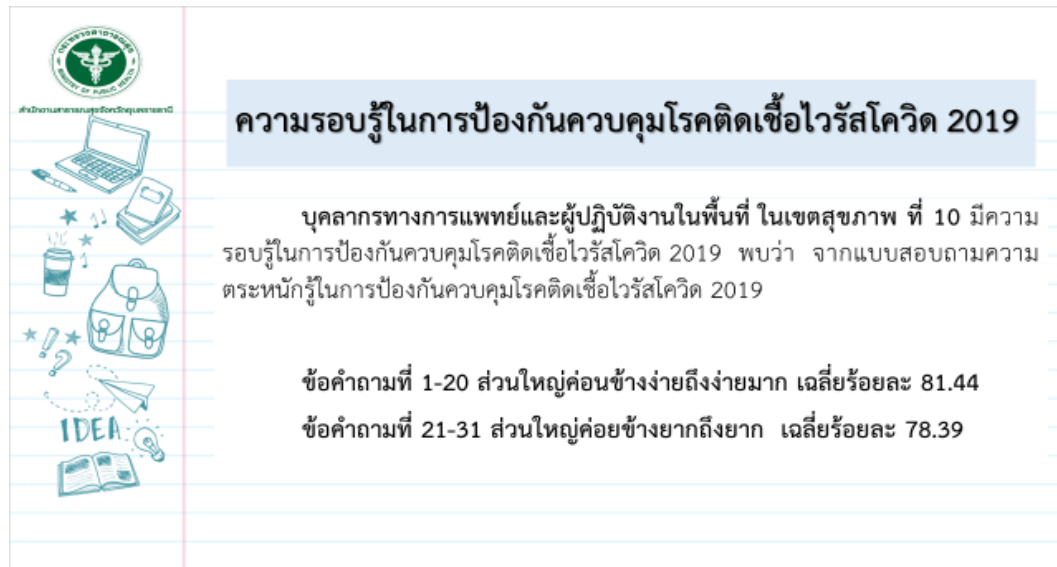


รูปภาพที่ 30 ข้อมูลทั่วไป

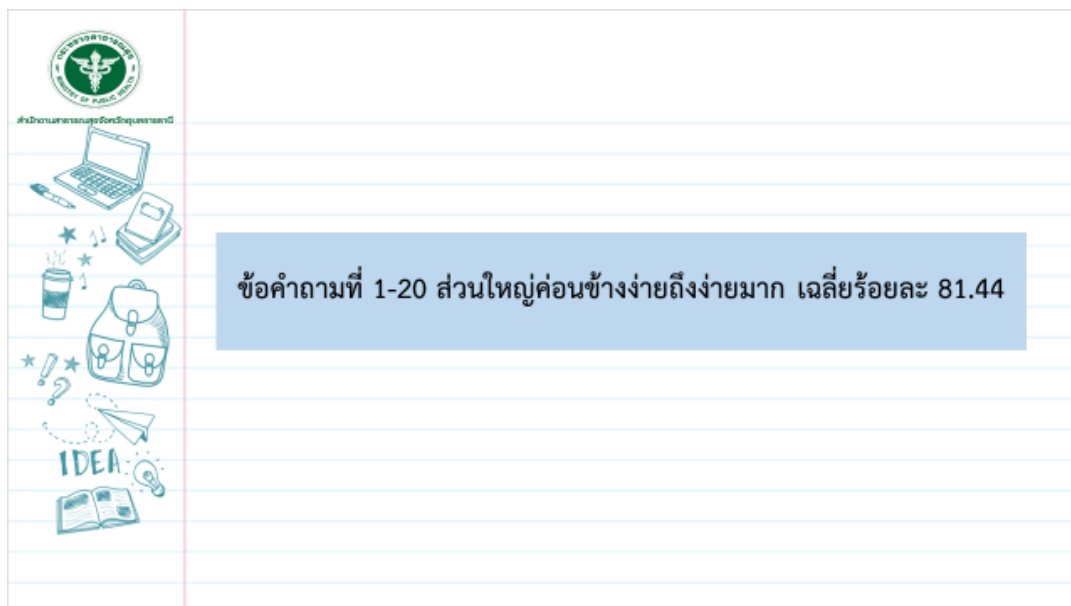


รูปภาพที่ 31 ข้อมูลทั่วไป

ความรอบรู้ กลุ่มง่ายเฉลี่ยร้อยละ 81.44 (รูปภาพที่ 32-33)



รูปภาพที่ 32 ผลวิเคราะห์



รูปภาพที่ 33 ผลวิเคราะห์

กลุ่มประเด็นค่อนข้างง่ายถึงง่ายมาก จะเห็นว่า การหาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค การหาช่องทาง การสื่อสาร การหาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการติดต่อของโรค ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ การหาประกาศและแนวทางที่ จังหวัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกาศ เป็นประเด็นที่เข้าถึงได้ง่ายถึงง่ายมากตามลำดับ (รูปภาพที่ 34-35)

2. หาข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และการรักษาโรคโควิด-19 (86.0)	19. รู้และเข้าใจวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน(Home Isolation) ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง คนป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว (81.4)
6. หาช่องทางการสื่อสาร สถานที่ที่จะขอรับความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการ (83.4)	15. เข้าใจประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันที่จังหวัด หรือหน่วยงานประกาศ (81.2)
1. หาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อ (83.2)	18. รู้และเข้าใจระดับของอาการป่วย ที่มีอาการไม่รุนแรง (81.2)
17. เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ สถานการณ์โรค และวัคซีน ที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ (82.6)	16. รู้และเข้าใจว่าผู้ติดเชื้อ อาจไม่แสดงอาการ ซึ่งเราสามารถติดเชื้อจากคนกลุ่มนี้ได้ (80.9)
5. หาประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันที่จังหวัด หรือหน่วยงานประกาศ (82.0)	11. รู้และเข้าใจในอาการ และการรักษาโรค โควิด-19 (80.8)
8. หาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการแยกกักตัวที่บ้าน(Home Isolation) (82.0)	7. หาข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (80.3)
10. รู้และเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรค และโอกาสเสี่ยง (82.0)	13. รู้และเข้าใจว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้ (80.3)
12. รู้และเข้าใจว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด-19 (82.0)	4. หาแนวทางในการป้องกัน ตามแนวทาง D-M-H-T-T-A(80.0)
14. เข้าใจในประกาศ แผ่นพับ เอกสาร ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสื่อสารเกี่ยวกับแนวทาง D-M-H-T-T-A (81.8)	20. รู้และเข้าใจวิธีการตรวจด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit) (78.6)
3.หาข้อมูลความรุนแรงของโรคโควิด-19 (81.7)	9. หาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจด้วยตนเองโดยใช้ ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit) (77.5)

รูปภาพที่ 34 ผลวิเคราะห์



พบว่า ประเด็นที่ค่อนข้างง่าย ถึงง่ายมาก คือ

- 1.หาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อ/อาการ/การรักษา/ความรุนแรงของโรค
2. หาช่องทางการสื่อสาร/สถานที่ขอรับความช่วยเหลือเมื่อมีอาการ
3. หาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อ
4. เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ สถานการณ์โรค และวัคซีน ที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทูบ (You tube)
5. หาประกาศ/แนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันที่จังหวัด หรือหน่วยงานประกาศ




รูปภาพที่ 35 ผลวิเคราะห์

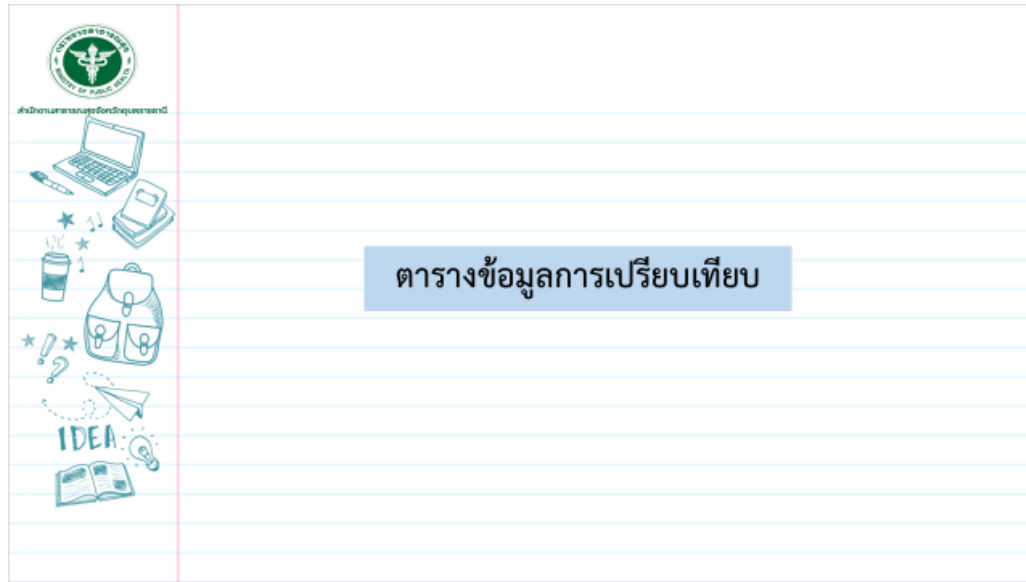
กลุ่มประเด็นค่อนข้างยากถึงยาก การใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับกลุ่มเสี่ยง พบว่ามีความตรงกันทั้ง 3 กลุ่ม การฉีดวัคซีนตรงกับกลุ่มประชาชน การใส่หน้ากากเมื่อออกนอกบ้าน การล้างมือ และการกักตัว (รูปภาพที่ 36)

 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี 	ข้อคำถามที่ 21-31 ส่วนใหญ่ค่อยข้างยากถึงยาก เฉลี่ยร้อยละ 78.39 23. ตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวที่บ้าน (89.7) 31. ตัดสินใจว่าจะฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (89.1) 22. ตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่นอกบ้าน หรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น (88.9) 24. ตัดสินใจว่าจะล้างมือด้วยสบู่ ใช้เจลแอลกอฮอล์ หรือแอลกอฮอล์ เมื่ออยู่นอกบ้าน หรือกลับจากกิจกรรมภายนอกร่วมกับผู้อื่น (85.4) 29. ตัดสินใจที่จะแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) เมื่อคุณเป็นผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หรือเป็นผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว (83.8) 27. ตัดสินใจว่าหากมีญาติมาจากพื้นที่เสี่ยงจะแจ้งเจ้าหน้าที่ และแนะนำให้กักตัวและเฝ้าระวังอาการตามที่ระบุกำหนด (81.0) 28. ตัดสินใจว่าหากพบผู้สงสัย/เสี่ยงติดโรคกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. หรือผู้นำชุมชน (80.8) 30. เมื่อสงสัยว่าตัวเองเสี่ยง ตัดสินใจที่จะตรวจหาติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit) (79.1) 25. ตัดสินใจว่าจะอาบน้ำหลังจากกลับจากทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น กลับจากโรงพยาบาล หรือชุมชนที่มีคนหนาแน่น (78.3) 21. คุณตัดสินใจว่าเวลาทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นจะเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตรเสมอ (53.6) 26. ตัดสินใจว่าเวลาเข้าไปในพื้นที่ร้านค้า สถานที่ราชการ หรือตลาดชุมชนต้องลงทะเบียนในแอปฯของหน่วยงานราชการ (52.6)
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี 	ประเด็น ค่อนข้างยาก พบว่า /การจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวที่บ้าน /การจะฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 /การจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่นอกบ้าน หรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น / ตัดสินใจว่าจะล้างมือด้วยสบู่ ใช้เจลแอลกอฮอล์ หรือแอลกอฮอล์ เมื่ออยู่นอกบ้าน หรือกลับจากกิจกรรมภายนอกร่วมกับผู้อื่น /การที่จะแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) เมื่อคุณเป็นผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หรือเป็นผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 

รูปภาพที่ 36 ผลวิเคราะห์

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) ของประชากร 3 กลุ่มเป้าหมาย

ชาย หญิง ไกล่เคียงกัน อายุชัดเจนว่าจะเป็นกลุ่มอายุของแรงงาน 26-36 ปี สถานะภาพส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว (รูปภาพที่ 37-38)



รูปภาพที่ 37 ผลวิเคราะห์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป				
ตัวแปร		กลุ่มแรงงาน (n=3170)	กลุ่ม ปชช. (n=797)	กลุ่มแพทย์ (n=506)
		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1.เพศ	ชาย	52.8	48.7	22.1
	หญิง	47.2	51.3	77.9
2.อายุ (ปี)	15-25	18.6	13.4	7.9
	26-36	39.2	41.5	42.3
	37-47	25.0	24.2	31.4
	48-58	12.7	15.3	16.6
	ตั้งแต่ 59 ปีขึ้นไป	4.5	5.5	1.8
3.สถานภาพสมรส	โสด	33.6	30.5	38.3
	แต่งงาน	62.1	65.4	54.0
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	4.3	4.1	7.7

รูปภาพที่ 38 ผลวิเคราะห์

การศึกษากลุ่มแรงงานที่กลับมาจากต่างจังหวัด และประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยม ส่วนกลุ่มแพทย์จะเป็นระดับปริญญาตรี รายได้ของกลุ่มประชาชนและกลุ่มแรงงาน 5,000-15,000 บาท กลุ่มแพทย์ มีรายได้มากกว่า 25,000 บาท รายได้ที่ย้ายไป ประชาชนและกลุ่มแรงงานทั่วไปรายได้หายไปประมาณ 10,000 บาท กลุ่มแพทย์ประมาณ 5,000 บาท พบว่ารายได้ที่ย้ายไปเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป มากกว่ากลุ่มแรงงาน (รูปภาพที่ 39)

ตัวแปร	กลุ่มแรงงาน	กลุ่ม ปชช.	กลุ่มแพทย์
4.การศึกษาสูงสุด			
มัธยมศึกษา และต่ำกว่า	72.8	62.9	11.9
ปวช/ปวส/อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	21.9	31.6	13.0
ปริญญาตรี	5.1	5.1	68.6
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	0.2	0.4	6.5
5.รายได้ครอบครัวต่อเดือน(บาท)			
<5,000	10.2	12.3	
5,000-15,000	68.9	63.9	
>15,000	20.9	23.8	
≤25,000			48.8
>25,000			51.2
6.รายได้ที่ย้ายไปช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด -19			
<10,000	58.7	62.2	≤5,000 (32.8)
≥10,000	41.3	37.8	>5,000 (67.2)

รูปภาพที่ 39 ผลวิเคราะห์

ความพอเพียงทางเศรษฐกิจ กลุ่มแรงงานไม่พอใช้ ร้อยละ 42.3 มากที่สุด ส่วนในกลุ่มของประชาชนและแพทย์ ก็ยังพอมีเก็บอยู่บ้าง อาชีพของกลุ่มแรงงานและกลุ่มประชาชนส่วนใหญ่ ทำไร ทำนา และไปรับจ้างที่ต่างจังหวัด ด้านสุขภาพพบว่าทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่มีสุขภาพดี (รูปภาพที่ 40)

ตัวแปร	กลุ่มแรงงาน	กลุ่ม ปชช.	กลุ่มแพทย์
7.ความพอเพียงทางเศรษฐกิจ			
พอใช้ มีเหลือเก็บ	8.2	9.0	19.0
พอใช้ไม่มีเก็บ	39.8	42.0	43.7
ไม่พอใช้	42.3	37.0	11.5
ไม่พอใช้และมีหนี้	9.7	12.0	25.9
8.ลักษณะงานหรืออาชีพหลัก			
ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป	48.7	47.2	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9.9	13.2	
พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	28.7	26.3	-
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2.9	4.1	
นักเรียน/นักศึกษา	5.3	4.3	
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน แม่บ้าน	4.3	4.9	
9.ดัชนีมวลกาย			
อ้วน	20.8	5.9	31.0
น้ำหนักปกติ	68.7	74.0	64.4
ผอม	10.5	21.0	4.5

รูปภาพที่ 40 ผลวิเคราะห์

โรคประจำตัวส่วนใหญ่ไม่มี การเข้าถึงข้อมูล จะเห็นว่า ประชาชนมีมั่นใจในสื่อที่ได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถึงร้อยละ 73 ส่วนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์นั้นมาจากสื่อออนไลน์ ร้อยละ 87.5 และ ส่วนแรงงาน ไม่ได้มีการเก็บข้อมูล จะเห็นได้ว่า สื่อจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยัง สื่อจากออนไลน์ มีความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องขับเคลื่อน ก่อนเป็นลำดับแรกๆ (รูปภาพที่ 41)

ตัวแปร	กลุ่มแรงงาน	กลุ่ม ปชช.	กลุ่มแพทย์
10.โรคประจำตัว			
ไม่มี	95.1	93.7	84.8
มี โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความ ฯลฯ	3.9	6.3	14.4
มี โรคติดต่อ โรคติดต่อ เช่น โรคปอด วัณโรค ฯลฯ	1.0		0.8
11.แหล่งข้อมูลสารเกี่ยวกับข้อปฏิบัติ และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
จากสมาชิกในครอบครัว	ไม่มีข้อมูล	38.8	31.8
จากเพื่อนบ้าน		16.9	17.2
จากเสียงตามสายของหมู่บ้าน		29.4	22.1
โทรทัศน์		57.8	60.1
วิทยุ		14.6	16.2
สื่อออนไลน์		70.4	87.5
จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		73.0	83.0
หนังสือสั่งการจากหน่วยงาน			67.9

รูปภาพที่ 41 ผลวิเคราะห์

ประเด็นด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่สุขภาพ ระดับค่อนข้างดี ถึง ดี ไม่แตกต่างกัน ส่วนความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพ กลุ่มแรงงานและกลุ่มประชาชน มีความเห็นไปในทิศทางเดียวกัน ว่าไม่ค่อยมั่นใจ และไม่มั่นใจเลยเกือบ ร้อยละ 90 (รูปภาพที่ 42)

	ตารางที่ 2			
	ตัวแปร	กลุ่มแรงงาน	กลุ่ม ปชช.	กลุ่มแพทย์
		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. ในระหว่าง 14 วันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านเป็นอย่างไร	ดีมาก	0.4	32.4	23.7
	ดี	10.3	62.7	58.7
	ค่อนข้างดี	57.7	4.4	15.8
	ค่อนข้างไม่ดี	31.5	0.5	1.8
	2. เชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพต่อการตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019			
	มั่นใจมาก	0.6	0.9	16.0
	มั่นใจ	3.6	2.5	67.2
	ไม่ค่อยมั่นใจ	55.2	53.7	15.4
	ไม่มั่นใจเลย	40.6	42.9	1.4

รูปภาพที่ 42 ผลวิเคราะห์

ด้านความเชื่อมั่นในวัคซีน กลุ่มประชาชน ร้อยละ 66.4 มีความมั่นใจ รองลงมากลุ่มแพทย์ ร้อยละ 57.7 มีความมั่นใจ และน้อยที่สุด กลุ่มแรงงาน มีความมั่นใจเพียง ร้อยละ 12.6 (รูปภาพที่ 43)

	ตัวแปร			
	กลุ่มแรงงาน	กลุ่ม ปชช.	กลุ่มแพทย์	
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	
	3. เชื่อมั่นในวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ที่จะฉีดให้ประชาชนไทย			
มั่นใจมาก	0.9	26.3	14.2	
มั่นใจ	12.6	66.4	57.7	
ไม่ค่อยมั่นใจ	64.0	6.4	25.7	
ไม่มั่นใจเลย	22.5	0.9	2.4	

รูปภาพที่ 43 ผลวิเคราะห์

ประเด็นที่ทำได้ค่อนข้างง่ายถึงง่ายมาก กลุ่มแรงงาน และ กลุ่มประชาชน มีความสอดคล้องกันเกือบทุกประเด็น ในเรื่อง เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่เผยแพร่ทางสื่อต่างๆ /รู้และเข้าใจวิธีการกักตัว/ รู้และเข้าใจอาการและการรักษา /เข้าใจแนวทางการปฏิบัติตัวตามที่จังหวัดประกาศ ยกเว้น หาข้อมูลวิธีการกักตัว และ หาข้อมูลการฉีดวัคซีนแตกต่างกันในกลุ่มแพทย์ เป็นไปในเรื่อง หาข้อมูลเกี่ยวกับอาการการรักษา / หาช่องทางสื่อสาร ติดต่อสถานที่เมื่อเป็นโรค /หาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ /เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่เผยแพร่ทางสื่อต่างๆ/หาแนวทางการปฏิบัติตัวตามที่จังหวัดประกาศ ตามลำดับ (รูปภาพที่ 44-45)

 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 	ตารางที่ 3 : ความรอบรู้ข้อที่ 1 – 20 (ค่อนข้างง่าย-ง่าย)					
	ลำดับ	ข้อที่	ชื่อหัวข้อ	กลุ่มแรงงาน	กลุ่ม ปชช.	กลุ่มแพทย์
	1	17	เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่เผยแพร่ทางสื่อต่างๆ	84.8(1)	91.6(2)	82.6(4)
	2	19	รู้และเข้าใจวิธีการแยกกักตัว(H.I)	84.8(2)	91.1(5)	81.4
	3	11	รู้และเข้าใจอาการ/การรักษา	84.7(3)	91.6(1)	80.8
	4	15	เข้าใจแนวทางการปฏิบัติตัวตามที่จังหวัดประกาศ	84.7(4)	91.1(4)	81.2
	5	8	หาข้อมูลวิธีการกักตัวที่บ้าน(H.I)	84.6(5)	90.6	82.0
	6	12	รู้/เข้าใจโอกาสเสี่ยงติดโรค	84.6	90.9	82.0
	7	5	หาข่าวสารแนวทางการปฏิบัติตนตามที่จังหวัดประกาศ	84.0	90.6	82.0(5)
	8	16	รู้/เข้าใจผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการแพร่เชื้อได้	83.7	89.2	80.9
	9	7	หาข้อมูลการฉีดวัคซีนโควิด	83.6	91.2(3)	80.3
	10	13	รู้/เข้าใจทุกคนมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อโควิด 19	83.5	90.3	80.3

รูปภาพที่ 44 ผลวิเคราะห์

 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 	ตารางที่ 3 : ความรอบรู้ข้อที่ 1 – 20 (ค่อนข้างง่าย-ง่าย)(ต่อ)					
	ลำดับ	ข้อที่	ชื่อหัวข้อ	กลุ่มแรงงาน	กลุ่ม ปชช.	กลุ่มแพทย์
	11	18	รู้/เข้าใจอาการโรคที่มีความไม่รุนแรง	83.4	90.2	81.2
	12	10	รู้/เข้าใจ สาเหตุ โอกาสเสี่ยงติดโรค	83.3	90.5	82.0
	13	6	หาช่องทางสื่อสาร ติดต่อสถานที่เมื่อเป็นโรค	83.0	88.3	83.4(2)
	14	14	เข้าใจประกาศ เอกสาร ตามหลัก D.M.H.T.T.A.	82.7	89.8	81.8
	15	4	หาแนวทางป้องกันตามหลัก D.M.H.T.T.A	82.0	87.7	80.0
	16	20	รู้/เข้าใจวิธีการตรวจ ATK ด้วยตนเอง	81.7	88.7	78.6
	17	2	หาข้อมูลเกี่ยวกับอาการ/การรักษา	81.4	89.2	86.0(1)
	18	1	หาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ/การติดเชื้อ	80.2	88.4	83.2(3)
	19	9	หาข้อมูลวิธีตรวจ ATK ด้วยตนเอง	80.0	87.1	77.5
	20	3	หาข้อมูลความรุนแรงของโรคโควิด-19	79.9	89.3	81.7

รูปภาพที่ 45 ผลวิเคราะห์

กลุ่มแรงงาน กลุ่มแพทย์ มีความสอดคล้องใกล้เคียงกัน ในประเด็น การสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับกลุ่มเสี่ยง/การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน/ การล้างมือ/ การกักตัวที่บ้านถ้าอาการไม่รุนแรง ต่างกัน 2 ประเด็น คือ การแจ้งเจ้าหน้าที่พร้อมกับการกักตัว และการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด

เนื่องจากกลุ่มที่กลับมาจากต่างจังหวัดต้องดำเนินตามมาตรการอย่างจริงจัง จึงมีความกังวลที่จะดำเนินการ ดังนั้นควรสื่อสารประเด็นดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น (รูปภาพที่ 46)

ส่วนกลุ่มประชาชน ที่ทำได้ยากก็คือ การฉีดวัคซีน/ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน/ การล้างมือ/ พบผู้สงสัยเสี่ยงติดโรคแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และ สงสัยว่าตัวเองเสี่ยง ตรวจ ATK ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะ คือ การสื่อสารเพิ่มเติม และสร้างความเข้าใจ ให้ประชาชนสามารถตัดสินใจ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ในระยะหลังพบว่าประชาชนสวมหน้ากากอนามัยกันเกือบ 100% ทั้งที่อยู่ในบ้านหรือออกนอกบ้าน และที่สำคัญในเรื่องของการตรวจ ATK นั้น จะต้องให้เจ้าหน้าที่เป็นคนตรวจเพราะจะมีระบบการรับรองข้อมูล หรือมีวิธีการใดที่จะสร้างความมั่นใจ (รูปภาพที่ 46-49)

ตารางที่ 3 : ความรอบรู้ข้อที่ 1 – 20 (ก่อนช่วงยาก-ยาก)					
ลำดับ	ข้อที่	ชื่อหัวข้อ	กลุ่มแรงงาน	กลุ่ม ปชช.	กลุ่มแพทย์
1	23	ใส่หน้ากากทุกครั้งเมื่อพักอาศัยอยู่กับกลุ่มเสี่ยง	84.1(1)	73.7	89.7(1)
2	22	ใส่หน้ากากทุกครั้งเมื่ออยู่นอกบ้าน	83.6(2)	82.7(2)	88.93(3)
3	24	ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หรือสบู่เมื่ออยู่นอกบ้าน	82.6(3)	81.6(3)	85.4(4)
4	27	ญาติมาจากพื้นที่เสี่ยง แจ้งเจ้าหน้าที่ และให้กักตัว 14 วัน	82.5(4)	74.4	81.0
5	29	กักตัวที่บ้านถ้าอาการไม่รุนแรง	82.0(5)	78.2	83.8(5)
6	28	พบผู้สงสัย/เสี่ยงติดโรค แจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต.	81.9	81.4(4)	80.8
7	30	สงสัยว่าตัวเองเสี่ยง ตรวจ ATK ด้วยตนเอง	78.3	80.9(5)	79.1
8	25	อาบน้ำหลังกลับจากทำกิจกรรมนอกบ้าน	78.0	79.4	78.3
9	21	เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เสมอ	75.6	77.9	53.6
10	26	ลงทะเบียนในแอปของราชการ เมื่อไปที่ต่างๆ	72.2	78.8	52.6
11	31	ฉีดวัคซีนป้องกันโควิด	70.0	82.7(1)	89.1(2)

รูปภาพที่ 46 ผลวิเคราะห์



กรมการแพทย์
กรมการแพทย์
กรมการแพทย์



อภิปราย/ข้อเสนอแนะ

กลุ่มแรงงาน และกลุ่มแพทย์ มีทิศทางใกล้เคียงกันต่างเฉพาะเรื่องการฉีดวัคซีน

กลุ่มแรงงาน เป็นเรื่อง

- / การสวมหน้ากากอนามัย กับกลุ่มเสี่ยง / การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน
- / การล้างมือ / การแจ้งเจ้าหน้าที่ พร้อมกักตัว 14 วัน / การกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

อาจเนื่องจากกลุ่มที่มาจากต่างจังหวัด ต้องดำเนินการมาตรการดังกล่าวอย่างจริงจัง จึงมีความกังวลที่จะดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ

- ดังนั้น ควรจะสื่อสารประเด็นดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น

รูปภาพที่ 47 อภิปรายผล



กรมการแพทย์
กรมการแพทย์
กรมการแพทย์



อภิปราย/ข้อเสนอแนะ

กลุ่ม ปชช.

ประเด็นที่ทำได้ยาก ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน / การฉีดวัคซีน / การล้างมือ / การแจ้งเจ้าหน้าที่และกักตัว / การตรวจ ATK / อาบน้ำหลังเสร็จกิจกรรม

ข้อเสนอแนะ

กลุ่มนี้ควรเพิ่ม การสื่อสารเรื่องการฉีดวัคซีน การสวมหน้ากากอนามัย ระยะเวลาที่มีการดำเนินการค่อนข้างครอบคลุมแล้ว การล้างมือ และที่สำคัญการตรวจ ATK ต้องให้เจ้าหน้าที่เป็นคนตรวจ เพราะจะมีการรับรองข้อมูลด้วย

รูปภาพที่ 48 อภิปรายผล



อภิปราย/ข้อเสนอแนะ

กลุ่มแพทย์

ประเด็นการสวมหน้ากากอนามัยกับกลุ่มเสี่ยง / การฉีดวัคซีน / การสวมหน้ากากเมื่อออกจากบ้าน / การล้างมือ / การกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

ข้อเสนอแนะ

- 1.ควรเน้นการฉีดวัคซีนโควิด-19 ให้ครบทุกคน เพราะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ควรเป็นตัวอย่างให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่น
- 2.เสนอข้อมูลผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสื่อสารขับเคลื่อนต่อไป
- 3.จัดทำศึกษา เรื่องประเด็น การฉีดวัคซีนเพิ่มเติม เพราะเป็นประเด็นที่ทำได้ยากทั้งสามกลุ่ม เพื่อจะทราบข้อมูลในเชิงลึกเพื่อนำไปสู่การแก้ไขต่อไป

รูปภาพที่ 49 อภิปรายผล

อภิปราย

กลุ่มแรงงาน และ กลุ่มแพทย์ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับกลุ่มเสี่ยง/การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน/ การล้างมือ/ การกักตัวที่บ้านถ้าอาการไม่รุนแรง ต่างกัน 2 ประเด็น คือ การแจ้งเจ้าหน้าที่พร้อมกับการกักตัว และการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด (ตารางที่ 1)

กลุ่มประชาชน (ตารางที่ 1)

ควรสื่อสาร เรื่องวัคซีน การสวมหน้ากากอนามัย แต่ในระยะหลังมีการตื่นตัว เพิ่มมากขึ้น ค่อนข้างครอบคลุมแล้ว ที่สำคัญการตรวจ ATK หากเป็นไปได้ ควรให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ตรวจเพื่อความถูกต้องแม่นยำ

ข้อเสนอแนะ

- 1.ควรให้บุคลากรทางการแพทย์ฉีดวัคซีนให้ครบ 100% เพื่อเป็นตัวอย่างให้ประชาชนเกิดความมั่นใจ
- 2.เสนอข้อมูลแก่ผู้บริหาร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสื่อสารการขับเคลื่อนต่อไป
- 3.จัดทำการศึกษาเรื่องประเด็นการฉีดวัคซีนเพิ่มเติม เพราะเป็นประเด็นที่ทำได้ยาก ของทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อนำไปสู่ความเชื่อมั่นและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

ตารางที่ 1 การขับเคลื่อนมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย

ประเด็นการสื่อสารทำความเข้าใจ	กลุ่มที่ 1 แรงงานกลับ จากพื้นที่อื่น	กลุ่มที่ 2 ประชาชน ทั่วไป	กลุ่มที่ 3 บุคลากรทาง การแพทย์ และ สาธารณสุข
1. ตัดสินใจว่าจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อพักอาศัยร่วมกับกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวที่บ้าน	/	-	/
2. ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่นอกบ้าน หรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น	/	/	/
3. ตัดสินใจว่าจะล้างมือด้วยสบู่ ใช้เจลแอลกอฮอล์ หรือแอลกอฮอล์ 70% เมื่ออยู่นอกบ้าน	/	/	/
4. ตัดสินใจว่าหากมีญาติมาจากพื้นที่เสี่ยงจะแจ้งเจ้าหน้าที่ และแนะนำให้กักตัวอย่างน้อย 14 วันและเฝ้าระวังอาการ	/	/	-
5. ตัดสินใจที่จะแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) เมื่อคุณเป็นผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หรือเป็นผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 7-10 วัน	/	-	/
6. เมื่อสงสัยว่าตัวเองเสี่ยง ตัดสินใจที่จะตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit)	-	/	-
7. ตัดสินใจว่าจะฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19	-	/	/

ช่องทางการสื่อสารทำความเข้าใจที่มีประสิทธิภาพและทรงพลัง

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรทั้งสามกลุ่มเป้าหมาย พบว่า 1) กลุ่มแรงงานที่เข้ามาทำงานจากกรุงเทพมหานครหรือต่างจังหวัด ช่องทางสื่อสารที่มีความเชื่อมั่นคือ นายจ้าง (อ้างอิงจากผลการสำรวจความรอบรู้แรงงานข้ามชาติ ในด้านกลุ่มแรงงานที่มาจากพื้นที่เสี่ยง ไม่ได้เก็บข้อมูลในส่วนนี้) 2) กลุ่มประชาชน ช่องทางสื่อสารที่เข้าถึงและเชื่อมั่นคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 3) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ช่องทางสื่อสารที่เข้าถึงก็เชื่อมั่นคือ สื่อออนไลน์ ดังนั้น การส่งเสริมการสื่อสารทำความเข้าใจ ให้มุ่งเน้นไปที่ 3 ช่องทางหลักดังกล่าว ค่อยขยายไปยังช่องทางอื่น รองลงไปทั้ง 3 กลุ่มเป้าหมาย

การนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ (รายละเอียดในภาคผนวก)

จากการศึกษาการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรสามกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย 1. แรงงานกลับจากพื้นที่อื่น (แรงงานกลับภูมิลำเนา) 2. ประชาชนทั่วไป 3. บุคลากรการแพทย์

ข้อมูลสำคัญ/ ข้อเสนอแนะจากโครงการ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	แผนงานเชิงนโยบาย	ผลการดำเนินงาน/ การติดตามผล
1. ข้อจำกัดเรื่องการปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T อย่างต่อเนื่องและเคร่งครัด อันเนื่องมาจากวิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ของคนในพื้นที่ชาวอีสาน ทำให้ยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. หน่วยงานภาคประชาสังคม 3. คนในพื้นที่ 4. สามีศรีไพร่ประจำหมู่บ้าน (อสม.)	1. พัฒนาการสื่อสารที่ตรงพลังในประเด็นที่ชัดเจน (ตรงประเด็น ตรงกลุ่มเป้าหมาย ตรงช่องทาง)	1. โดยมีการสื่อสารให้ตรงประเด็น 7 ประเด็น ตรงกลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 3 กลุ่ม พร้อมติดตามผล - กลุ่มที่ 1 แรงงานกลับจากพื้นที่อื่น ช่องทางสื่อสารสำคัญ คือ นายจ้าง - กลุ่มที่ 2 ประชาชนทั่วไป ช่องทางสื่อสาร คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - กลุ่มที่ 3 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คือ ช่องทางออนไลน์
2. ผลการศึกษาในข้อ 1 ได้ถูกส่งต่อไปยังหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัด และภาคประชาสังคม เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัด โดยได้นำข้อมูล	1. สมัชชาสุขภาพจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 จังหวัด 3. ทีมธรรมนูญพื้นที่ทั้งหมด 120 ตำบล	1. การยกระดับการขับเคลื่อนธรรมนูญสู่โควิด และขยายพื้นที่ธรรมนูญสู่โควิด-19 เขตสุขภาพที่ 10 โดยอาศัย 7 แนวทาง หรือ 7 ทา หรือ 7s ได้แก่ (รูปภาพที่ 54) ^a	การขับเคลื่อนธรรมนูญสู่โควิด-19 จังหวัดอุบลราชธานี มีเป้าหมายในปี 2564-2565 อำเภอละ 2 ตำบล 25 อำเภอ รวม 50 ตำบล แต่พื้นที่

การศึกษาส่งต่อไปให้กับทีม สมาชิกพื้นที่ เพื่อนำไป วางแผนขับเคลื่อนแนว ทางการป้องกันการแพร่ ระบาดของโรคโควิด-19 พื้นที่ชุมชนครอบคลุมทั่ว ทั้งจังหวัด ผ่านเครื่องมือที่ เรียกว่า “ธรรมนูญสุขภาพ ต้านภัยโควิด” ซึ่งทีม สมาชิกได้ลงพื้นที่ ประชาสัมพันธ์ มอบ นโยบายให้กับแกนนำแต่ ละพื้นที่จัดตั้งคณะทำงาน ธรรมนูญสุขภาพต้านภัยโค วิด ครอบคลุม 5 จังหวัดใน เขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และ มุกดาหาร รวม 125 ตำบล (รายละเอียดเพิ่มเติมใน ภาคผนวก)	4. มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี 5. องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น เช่น นายอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	1.1 หาคณ (Staff) 1.2 หาทีม (Structure) 1.3 หาเรื่อง (Subject) 1.4 หาร่าง (Statue) 1.5 หาประชาคม (Social) 1.6 หาวันประกาศ (Start) 1.7 หาวันติดตาม(Survey)	เห็นความจำเป็นความ สำคัญ เป็นโอกาสในการ พัฒนาในการป้องกันและ ควบคุมโควิด-19 แต่ละ อำเภอ จึงมีตำบลที่เข้า ร่วม ธรรมนูญสู้โควิด-19 เพิ่มขึ้นอีก 75 ตำบล รวม แล้ว 125 ตำบล (ข้อมูล ณ เดือน พฤษภาคม 2565) - เบื้องต้นพบว่าจังหวัด อุบลราชธานี จึงได้ใช้ แนวทางดังกล่าวสื่อสาร กับ พื้นที่ พร้อมทั้ง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ได้ กำหนด TEMPLATE กลาง พร้อมเป็นตัวชี้วัด ให้แต่ละอำเภอได้มี ทิศทางและแนวทางที่เป็น รูปธรรมในการขับเคลื่อน - ผลการใช้แนวทาง การ ขับเคลื่อนธรรมนูญสู้โค วิด-19 ตามแนวทาง ดังกล่าว มีผลงานดังนี้ ณ วันที่ 15 เมษายน 2565 - การสร้างความ เข้าใจ (หาคณ) 118 แห่ง คิด เป็นร้อยละ
--	---	--	--

			94.4 - การสร้างกลไก (หาทีม) 116 แห่ง คิดเป็น ร้อย ละ 92.8 - การกำหนด ประเด็น (หา เรื่อง) 115 แห่ง ร้อยละ 92 - การยกร่าง ธรรมนูญ (หา ร่าง) 109 แห่ง ร้อยละ 87.2 - การประชุม (หาประชุม) 105 แห่ง ร้อย ละ 84 - การประกาศใช้ (หาวันประกาศ) 66 แห่ง ร้อยละ 52.8 - การติดตามและ ประเมินผล (หา วันติดตาม) จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 4
		2. พัฒนาศักยภาพ อสม.หมอ	มีการพัฒนาศักยภาพ อส

		ประจำบ้านในงานรณรงค์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดย 2.1 ออกมาตรการให้ อสม. เคาะประตูบ้าน ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง เพื่อช่วยคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจากกรุงเทพมหานคร หรือจังหวัดในพื้นที่เสี่ยง รวมทั้งหากเจ็บป่วยส่งต่อไปที่ รพ.สต. หรือจัดส่งไปที่กักตัวในชุมชน ศูนย์ดูแลคิดชุมชนหรือ CI ในอำเภอ หรือในระดับตำบล 2.2 มีการตราธรรมนูญ อสม. จังหวัดอุบลราชธานี ขึ้นเมื่อปี 2562 เป็น แห่แรก ของ ประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน และพึ่งพากันเองของพี่น้อง อสม. จังหวัดอุบลราชธานี ได้กำหนดให้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. หมู่บ้านละ 1 คน เป็น อสม.สื่อสาร เพื่อสื่อสารข้อมูลข่าวสารให้พี่น้องประชาชน รู้เท่าทัน แก้ปัญหาด้านสุขภาพได้ โดยเฉพาะสื่อสารในระบบออนไลน์เป็นสำคัญ	ม.หมอประจำบ้าน ปีละประมาณ 2,705 คน (ผู้นำ อสม.หมอประจำบ้าน หมู่บ้านละ 1 คน) (ข้อมูล ณ เดือนมกราคม 2565)
--	--	--	--

2. ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องทันเวลา และมีความหลากหลาย เพื่อจะได้นำมาปรับแผนการขับเคลื่อนได้ตรง กับปัญหาและความต้องการของประชาชน เนื่องจากข้อมูลจากผลการศึกษาครั้งนี้ใช้เวลาในการวิเคราะห์ค่อนข้างนานกว่าจะได้ผลลัพธ์ เหตุการณ์ที่ต้องได้รับการแก้ไขอาจผ่านไป แล้วหรือได้รับการแก้ไขไปแล้ว	1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. มหาวิทยาลัย	1. มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คู่ขนานไปกับข้อมูลของ EOC เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประกอบกัน ทั้งในด้านเชิงระบาดและพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ โดยดำเนินการทุกอาทิตย์/ทุกเดือน เพื่อให้ได้ข้อมูลทันต่อสถานการณ์และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้ทันเวลา 2. อาศัยเทคโนโลยีในการประสานงาน ลงพื้นที่ เก็บข้อมูล วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ แอป-พลิเคชั่นต่างๆ 3. เพิ่มเติมข้อมูลที่ยังขาด เช่น 1) ความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 2) ความเชื่อมั่นต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน 3) ด้านชุมชน มีความหวัง ที่จัดให้มีสวัสดิการด้านรายได้	1. ทีมวิจัยนำเสนอแนวคิดให้กับเจ้าหน้าที่ EOC และ หน่วยงานที่รับผิดชอบบริการปฐมภูมิ เพื่อนำไปเสนอผู้บริหารพิจารณาต่อไป ทั้งนี้ ทีมวิจัยมหาวิทยาลัยฯ ยังเป็นกรรมการจังหวัดที่ช่วยรับผิดชอบในส่วนของการประเมินวิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบาดของโรคโควิด-19 และจะติดตามผลต่อไป

		สำหรับผู้ได้รับผลกระทบ กิจกรรมแบ่งปันประสบการณ์ การสร้างความหวังในชุมชน 4) ด้านชุมชนมีความหวัง ภายใต้ความปลอดภัย 5) ศึกษาความรอบรู้ด้าน สุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย เพิ่มเติม 5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปซึ่งมีความเสี่ยงที่จะป่วย ติดเชื้อและเสียชีวิตมากที่สุด เพื่อนำมาวางแผนการป้องกัน โดยเฉพาะการฉีดวัคซีน ดังกล่าวแล้ว และการ รักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยโรคโค วิด19 ขึ้นมา 5.2 กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะป่วย และเสียชีวิตรองลงมาจาก ผู้ป่วยและและเป็นกลุ่มเป้า หมายที่จะรณรงค์ให้มีการฉีด วัคซีนในระยะต่อมา 5.3 กลุ่มเสี่ยงที่มีข้อจำกัด ด้านสุขภาพ หรือกลุ่ม เปราะบาง ได้แก่ กลุ่มคน พิการ ผู้ป่วยติดเตียง	
--	--	---	--

หมายเหตุ

^a การดำเนินงานโครงการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยธรรมนูญสุขภาพเฉพาะเขตพื้นที่เขต 10 เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอในการจัดทำธรรมนูญตำบล

สู้ภัยโควิด-19 ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือ พขอ. ในส่วนของขั้นตอนการร่างเนื้อหา ธรรมนูญสุขภาพฯ แต่ละพื้นที่จะมีกลไก เครื่องมือ แนวทางและมาตรการที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่แต่ละ แห่ง และความเห็นของคณะกรรมการธรรมนูญฯของแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตาม จุดมุ่งหมายของการมีธรรมนูญสุขภาพฯ เหมือนกันคือ การส่งเสริมความตระหนักให้กับประชาชนในพื้นที่เห็นความสำคัญ เข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างถูกต้อง และหันมาฉีดวัคซีนเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะเข็มกระตุ้นในเวลานี้ ทั้งนี้มีการลงนามข้อตกลงความร่วมมือ การบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน เขตสุขภาพที่ 10 ขึ้น เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานธรรมนูญ สุขภาพให้เกิดขึ้นจริงและมีประสิทธิภาพ โครงร่างของเนื้อหาธรรมนูญสุขภาพด้านภัยโควิด 19 พอสรุปในภาพรวมได้ว่า ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1. ข้อมูลทั่วไป 2. งานส่งเสริม 3. งานป้องกัน 4. งานดูแลรักษา 5. งานฟื้นฟู และ 6. บทลงโทษหากฝ่าฝืน ทั้งนี้คณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นอาจประกอบด้วย นายก อบต.กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. รพ.สต. วัด โรงเรียน คณะทำงาน SRRT ระดับตำบลและหัวหน้าส่วนราชการ เป็นต้น

ขั้นตอนการดำเนินงานคือ คณะทำงาน SRRT ระดับตำบล ทำแผนลงประชาคม ลงพื้นที่คำหาปัญหาในแต่ละ หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ ร่วมกับข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งข้อมูลในส่วนของ health literacy ที่เป็นข้อจำกัดที่ กล่าวไปถูกนำไปใช้พิจารณาประกอบร่วมกับข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการสื่อสารเชิงรุกในรูปแบบ หลากหลายวิธี เช่น หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน กลุ่ม LINE เพื่อแจ้งข่าวสารให้คนในพื้นที่รับทราบและนำไปปฏิบัติ

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ซึ่งแต่ละจังหวัดมีพื้นที่ที่พัฒนาธรรมนูญสุขภาพ ด้านภัยโควิด ดังนี้

1. จังหวัดอุบลราชธานี	19 อำเภอ	75 ตำบล
2. จังหวัดศรีสะเกษ	5 อำเภอ	6 ตำบล
3. จังหวัดอำนาจเจริญ	7 อำเภอ	6 ตำบล
4. จังหวัดยโสธร	5 อำเภอ	6 ตำบล
5. จังหวัดมุกดาหาร	7 อำเภอ	7 ตำบล

ข้อมูลจากสมัชชาจังหวัดอุบลราชธานี ณ วันที่ 15 พฤษภาคม 2565 รายงานว่ามีพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการ ควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านธรรมนูญสุขภาพด้านภัยโควิด ทั้งสิ้น 20 ตำบลใน 5 จังหวัด โดยพิจารณาจากการได้รับธงสีฟ้าที่แสดงถึงความสำเร็จของธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ โดย คณะทำงาน SRRT เป็นทีมประเมิน ซึ่งพื้นที่ที่ผ่านการประเมินและได้รับธงสีฟ้าจะเรียกว่า “ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจาก โควิด-19” ซึ่งอยู่ในระดับ ‘พร้อมมาก’ (ร้อยละ 78) และแต่ละหมู่บ้านมีการฉีดวัคซีนเข็ม 1 และ 2 เฉลี่ยสูงกว่า ร้อย ละ 80 ส่วนพื้นที่อื่นๆที่ยังอยู่ในระหว่างการดำเนินงาน ทางคณะทำงาน SRRT และภาคีเครือข่ายจะคอยช่วยสนับสนุน

เพื่อให้แต่ละพื้นที่ไปสู่เป้าหมายปลายทางร่วมกัน ทั้งนี้จากการลงพื้นที่และสอบถามทีมธรรมนูญสุขภาพตำบล พบว่า ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินการ พอสรุปได้ดังนี้

ข้อจำกัดจากการลงพื้นที่ประเมินผลการดำเนินงาน “ธรรมนูญสุขภาพสู้ภัยโควิด”

1. ยังไม่มีการประเมินและติดตามผล
2. ไม่มีสถานที่กักตัวส่วนกลาง (LQ) ในระดับตำบล
3. ไม่มีอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น โปรทวดใช้ เครื่องวัดออกซิเจน (O2 sat) ประจำอยู่ที่ LQ, HI, CI
4. งบประมาณจำกัด
5. การจัดทำบันทึกรายงานแจกแจงบัญชีค่าใช้จ่าย
6. สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ของใช้ส่วนตัว รถรับ-ส่ง
7. ความร่วมมือของประชาชนในหมู่บ้านยังไม่เต็ม 100 เช่น ในบางพื้นที่คนในชุมชนไม่อนุญาตให้ใช้สถานที่สาธารณะเป็นสถานที่กักตัวส่วนกลางของหมู่บ้าน เพื่อใช้เป็น LQ, HI, CI

แนวทางพัฒนาการแก้ไขข้อจำกัดที่เกิดขึ้น มีดังนี้

1. หน่วยงานราชการจำเป็นต้องวางแผนงบประมาณประจำปีเพื่อเป็นการเตรียมการหากเกิดการระบาดระลอกใหม่ หรือเกิดโรคอุบัติใหม่ที่คล้ายคลึงกับโรคโควิด-19
2. วางแผนขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณให้กระชับ สะดวก รวดเร็วตรวจสอบได้ เพื่อให้ทันกับสถานการณ์
3. หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องจัดหาที่พักชั่วคราว (Local quarantine; LQ) ให้กับกลุ่มเสี่ยง โดยต้องประสานขอความร่วมมือกับคนในพื้นที่ เช่น เจ้าอาวาสวัด รพ.สต. หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอให้สถานที่เป็นที่พักชั่วคราว พร้อมขอความร่วมมือคนในชุมชนในการสอดส่อง ดูแล คนที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ เช่น เดินทางกลับจากพื้นที่อื่น เดินทางมาเยี่ยมญาติ
4. หากมีการระบาดระลอกถัดไป จำเป็นต้องมีจุดคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้าออกพื้นที่อย่างเคร่งครัดอย่างร้อยละ 14 วันติดต่อกัน เพื่อคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19
5. จัดทำแผน ประเมินติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

หัวใจความสำเร็จ

การร่วมแรงร่วมใจและให้ความร่วมมือตามมาตรการในธรรมนูญสู้ภัยโควิด-19 ภายใต้การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐในระดับอำเภอและตำบล ซึ่งมาตรการที่คนในพื้นที่ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วย

1. มาตรการ D-M-H-T-T คือ เว้นระยะห่าง มีเจลล้างมือทุกบ้าน สวมใส่มาสก์ทุกครั้งที่ออกไปข้างนอก มีใบอนุญาตเข้า-ออกพื้นที่ มีการคัดกรองตามจุดที่มีความเสี่ยง เช่น ตลาด/ งานศพ/ งานบุญ/ โรงเรียน/ ที่ทำงานที่มีการชุมนุมของคนจำนวนมาก
2. นำมาตรการเชิงรุกมาใช้ในพื้นที่ หากมีการระบาดเกิดขึ้น ประกอบด้วย

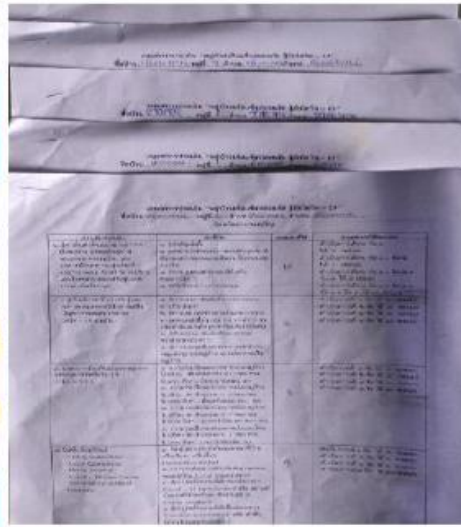
- ปิดหมู่บ้าน คัดกรองคนเข้าออกโดยให้โรงพยาบาลอำเภอและ รพ.สต.ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการคัดกรองโดยตั้งจุดคัดกรองในหมู่บ้าน โดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล
- ชุมชนช่วยกันจัดหาถุงยังชีพให้กับผู้ที่ต้องกักตัว ซึ่งหน่วยงานภาครัฐได้ช่วยสนับสนุนเป็นสิ่งของเครื่องใช้ อาหาร ร่วมกับคนในพื้นที่ เพื่อลดค่าใช้จ่ายของคนในชุมชน
- จัดตั้งศูนย์พักคอย (community isolation; CI)

ภาพประกอบการลงพื้นที่เพื่อสังเกตการณ์และประเมินผลการดำเนินงาน ธรรมนูญด้านภัยโควิด-19

จัดประชุมระดับตำบล/หมู่บ้าน วันที่ 9- 13 สิงหาคม 2564



ชี้แจงตัวชี้วัดและหมู่บ้านประเมินตนเองเบื้องต้น

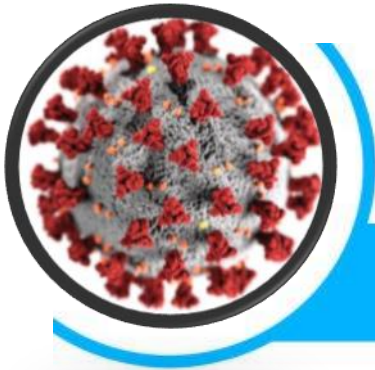


จัดตั้งศูนย์แยกกักกันในชุมชน (CI) รับกลับจากรพ.ระดับหมู่บ้าน



เอกสารอ้างอิง

1. การประเมินระบบการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตสุขภาพ ที่ 10: กรณีพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว-กัมพูชา.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.(2565). รายงานการขับเคลื่อนธรรมนูญสุ่โควิด19 (ณ วันที่ 15 เมษายน 2565).เอกสารอัดสำเนา
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.(2563). รายงานผลการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี. เอกสารอัดสำเนา.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.(2565). รายงานผลการดำเนินงาน อสม.เคาะประตูบ้าน. เอกสารอัดสำเนา
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.(2564). ธรรมนูญาโพธิ์กลาง ธรรมนูญสุ่โควิด19 แห่งแรกของประเทศไทย.เอกสารอัดสำเนา
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.(2563).การพัฒนาธรรมนูญพื้นที่สุ่โควิด19. เอกสารอัดสำเนา.
7. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 10.(2564).รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของกขป.เขตพื้นที่ 10 (ระหว่างเดือน 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) .เอกสารอัดสำเนา.



บทเรียนที่ 6

การบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรค โควิด-19 จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเวลาของการแพร่ระบาด ของโรคโคโรนาไวรัส 2019

รายละเอียดโครงการ

ระยะเวลาที่ทำการศึกษา เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2564

พื้นที่ศึกษา เขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี (25 อำเภอ)

1. กลุ่มเป้าหมาย ประชาชนที่อาศัยในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี (25 อำเภอ)

เครื่องมือที่ใช้ แบบสอบถามเรื่องวัคซีน

การบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเวลาของการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019

นางพรรษา ชื่นชุมผล

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

รศ.ดร.ภก.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา

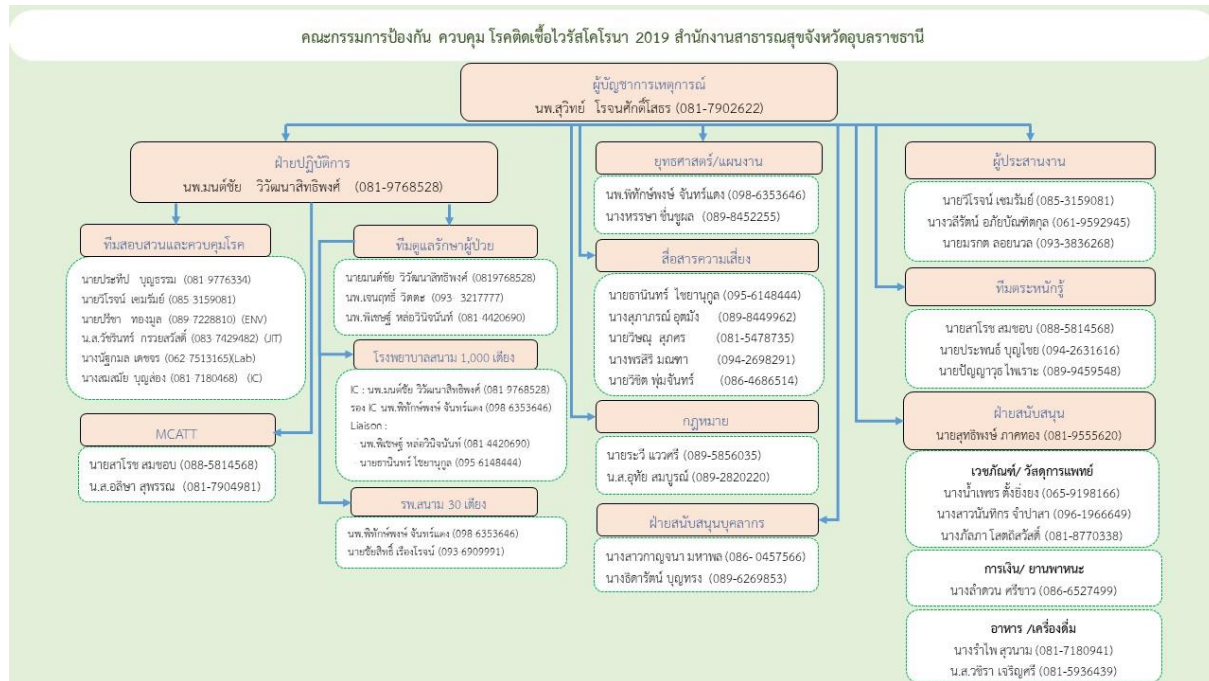
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ม.อุบลราชธานี

ข้อมูล secondary data ที่ได้จากภาพรวมของพื้นที่

6. ข้อมูลพื้นฐานการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

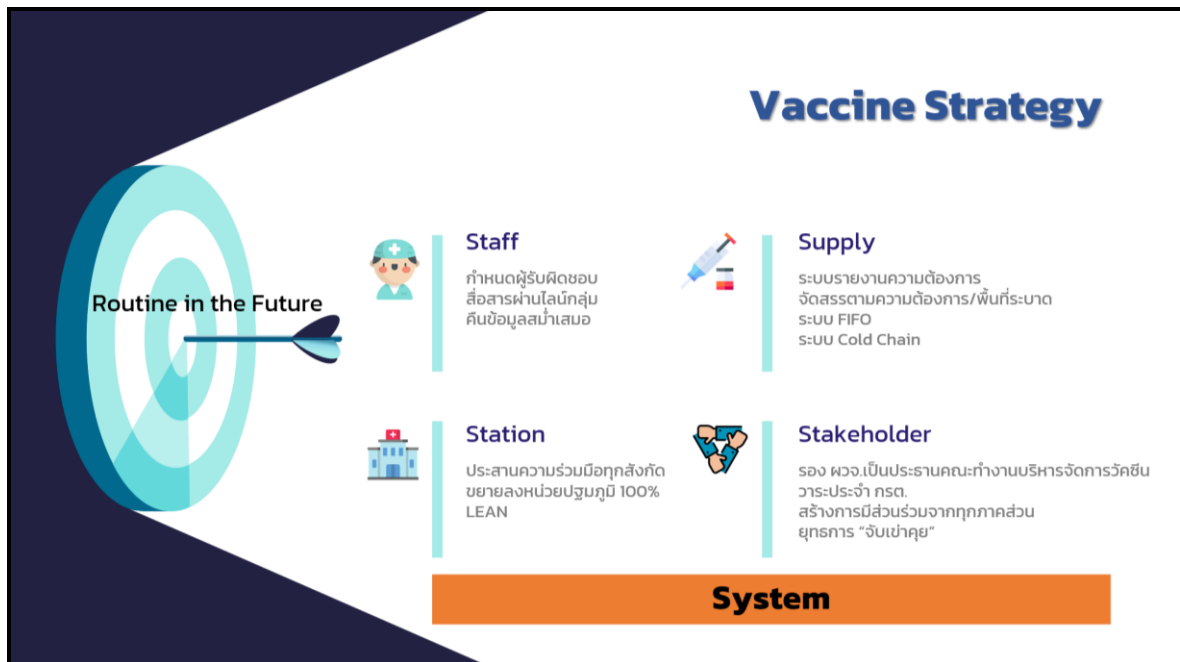
นับตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ โดยมีเป้าหมายร้อยละ 70 ของประชากร 18 ปีขึ้นไป และกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาระบบสารสนเทศวัคซีน ภายใต้ชื่อระบบ MOPH-IC (MOPH Immunization Center) ซึ่งทุกหน่วยบริการต้องส่งฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายเป็น Individual Data ตามรูปแบบที่กำหนด ซึ่งเรียกว่าตาราง Whitelist รวมถึงการพัฒนา ระบบ “หมอพร้อม” เพื่อให้ประชาชนสามารถกำหนดวัน-เวลาการเข้ารับบริการวัคซีนที่ตนเองสะดวก ซึ่งระบบ ‘หมอพร้อม’ จะเชื่อมฐานข้อมูลกับ MOPH-IC เช่น หากหน่วยบริการไม่เปิด Slot ว่าจะให้บริการวันใด จำนวนเท่าไร ประชาชนก็จะไม่สามารถจองคิววัคซีนผ่านระบบหมอพร้อมได้ รวมทั้ง หากหน่วยบริการให้บริการฉีดวัคซีนไปแล้ว แต่ไม่นำเข้าข้อมูลผลการฉีดเข้าในระบบ MOPH-IC จะทำให้ประชาชนไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลประวัติการฉีดวัคซีนของตนเองในระบบ ‘หมอพร้อม’

จากความจำเป็นที่จะต้องมีคนรับผิดชอบที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบที่กล่าวมาข้างต้น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงได้มอบหมายการบริหารจัดการวัคซีนโควิด-19 ให้อยู่กับกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ซึ่งภาระหน้าที่ดังกล่าวถือเป็นกล่องงานชิ้นสำคัญในโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operating Center; EOC) (รูปภาพที่ 1)



รูปภาพที่ 1 โครงสร้างการดำเนินงานของ EOC

ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ภายในจังหวัด จะขึ้นอยู่กับปัจจัยในด้านปริมาณของวัคซีนที่จะได้รับจัดสรร (Supply) ซึ่งในอดีตที่ผ่านมา มีความไม่แน่นอน และปัจจัยความต้องการรับวัคซีนของประชาชนที่มีจำนวนมาก (Demand) ซึ่งทั้งปัจจัย Supply และ Demand ในพื้นที่ที่ผ่านมาค่อนข้างไม่สมดุล กล่าวคือ ในช่วงระลอกแรก ความเข้าใจในเรื่องประสิทธิภาพและความจำเป็นของการได้รับวัคซีนของประชาชนยังไม่ชัดเจน มีการเผยแพร่ข้อมูลที่บิดเบือน ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในวัคซีน ทำให้ประชาชนยังลังเลที่เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ดังนั้น ปัจจัย supply อาจดูมากกว่าปัจจัย demand อย่างไรก็ตาม ในช่วงระลอก 2-3-4 การประชาสัมพันธ์เชิงรุกในการส่งเสริมการฉีดวัคซีนมากขึ้น ความรุนแรงของโรคโควิด-19 เพิ่มมากขึ้น จำนวนผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้เสียชีวิตและเจ็บป่วยจากการติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ทำให้ประชาชนเริ่มกังวลและเปลี่ยนความคิดที่จะเข้ารับการฉีดวัคซีนมากขึ้น แต่เนื่องจากวัคซีนโควิด-19 นั้น ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการนำเข้าและผ่านการรับรองจากหน่วยงานภาครัฐในเรื่องของประสิทธิภาพ (องค์การอาหารและยา; อย.) ทำให้เกิดการขาดแคลนวัคซีน อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลาต่อมา ปริมาณวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่สั่งซื้อได้รับเพิ่มมากขึ้นและมีการกระจายไปตามจังหวัดต่างมากขึ้น ซึ่งหลักการที่สำคัญในการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ผู้รับผิดชอบในจังหวัดยึดถือปฏิบัติคือ วัคซีนที่ได้รับจัดสรรต้องดำเนินการจัดบริการให้เร็วที่สุด ตรงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด จังหวัดอุบลราชธานี จึงได้มีการยุทธศาสตร์การบริหารจัดการวัคซีน 4 กลยุทธ์ ดังนี้ (รูปภาพที่ 2)



รูปภาพที่ 2 กลยุทธ์การบริหารจัดการวัคซีน 4 กลยุทธ์

1.1 ทีมบุคลากร (Staff)

พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ได้กำหนดผู้รับผิดชอบวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ระดับจังหวัด และระดับหน่วยบริการแม่ข่าย รวมถึงโรงพยาบาลนอกสังกัด โดยเรียกทีมบุคลากรดังกล่าวว่า ‘มีสเตอร์ และ มีสวัคซัน’ (Mr. and Mrs. Vaccine) เพื่อทำหน้าที่ประสานและสั่งการไปที่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการวัคซีนในแต่ละพื้นที่และไม่ทำให้เกิดความสับสน ทั้งนี้ ในช่วงแรกๆ มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการจัดบริการวัคซีนบ่อยมากโดยปรับไปตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีการตั้งไลน์กลุ่มชื่อ ‘cov-vaccine ubon’ เพื่อใช้เป็นช่องทางการสื่อสาร รวมทั้งมีการคืนข้อมูลผลงานการฉีดรายหน่วยภาพรวมจังหวัดให้ทุกวัน ทำให้เกิดการติดตามความก้าวหน้าและมีการกำหนดเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ที่ชัดเจนกับหน่วยอื่น (benchmark) เพื่อเป็นการกระตุ้นผลการดำเนินงาน

ผู้รับผิดชอบวัคซีนของหน่วยบริการในแต่ละพื้นที่จะทำหน้าที่ประสานงานทั้งเรื่อง supply วัคซีน การขอคำปรึกษากรณีเกิดปัญหาในการจัดบริการ การยืมวัคซีนระหว่างหน่วย หรือแม้แต่กรณีที่ได้รับจัดสรรวัคซีนไม่ทันตามเวลาที่กำหนด ซึ่งผู้รับผิดชอบวัคซีนของหน่วยบริการประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งสหวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยบุคลากรดังกล่าวจะทำงานเป็นทีม มีการประสานงานติดตามการดำเนินงานร่วมกัน และเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับจังหวัด

1.2 หน่วยฉีด (Station)

พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี มีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 26 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 1 แห่ง (โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี) โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต 1 แห่ง (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์) โรงพยาบาลสังกัดกรมอนามัย 1 แห่ง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10) โรงพยาบาลสังกัด

กระทรวงกลาโหม 2 แห่ง (โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลกองบิน 21) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ และนวัตกรรม 1 แห่ง (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี) และมีโรงพยาบาลเอกชน 5 แห่ง รวม 37 แห่ง

การดำเนินการตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ “ต้องดำเนินการจัดบริการให้เร็วที่สุด ตรงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด” จำเป็นต้องกระจายหน่วยฉีดให้มากที่สุด ดังนั้น จึงได้มีการประสานความร่วมมือการจัดบริการ ดำเนินการจัดอบรมเรื่องขั้นตอนการจัดบริการ 8 ขั้นตอน รวมทั้งการใช้งานระบบ MOPH-IC , co-vaccine การแนะนำแนวทางการจัดบริการให้กับโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้ทุกหน่วยบริการมีความมั่นใจในการจัดบริการ มีการออกตรวจเยี่ยมหน่วยฉีดในโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อให้เห็นบริบทการทำงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการจัดบริการ เมื่อมีความคล่องตัวในการจัดบริการ จึงได้มีการปรับลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น (LEAN) เหลือเพียง 4 ขั้นตอน

เป้าหมายที่สำคัญของการบริหารจัดการวัคซีนคือ การทำให้เป็นงานประจำ (routine) ให้เร็วที่สุด จึงได้กำหนดกลยุทธ์ให้ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ทุกหน่วยปฐมภูมิสามารถให้บริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ได้ เพื่อช่วยลดภาระของทางโรงพยาบาลที่มีภารกิจหลักคือ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น และดำเนินการจัดอบรมแนวทางการจัดบริการผ่านระบบ webEx รวมทั้งการบันทึกข้อมูลผลการฉีดใน JHCIS และการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ MOPH-IC นอกจากนี้ ยังจัดให้มีการออกตรวจเยี่ยมหน่วยบริการปฐมภูมิ พัฒนาโปรแกรมทำ QR-Code ให้ทุกหน่วยบริการใช้ มีนโยบายเรื่องการสนับสนุนเครื่องอ่าน QR-Code ให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อลดความผิดพลาดและลดขั้นตอนการบันทึก Lot No , วันหมดอายุ มีการติดตามความก้าวหน้าจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการจัดบริการและสามารถส่งข้อมูลเข้า MOPH-IC จนกระทั่งจังหวัดอุบลราชธานีกลายเป็นจังหวัดแรกๆ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถส่งข้อมูลเข้า MOPH-IC ได้ครบทุกแห่ง โดยสามารถส่งครบทุกแห่งประมาณเดือนสิงหาคม 2564 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนหน่วยบริการที่ให้บริการวัคซีนและสามารถส่งข้อมูลเข้าระบบ MOPH-IC ได้

อำเภอ	รพ.ต่างสังกัด	รพ.สต.	รพ.เอกชน	รพช.	รพท.	รพร.	รพศ.	ศสช.	สสช.	Grand Total
กุดข้าวปุ้น		8		1						9
เขมราฐ		10		1						11
เขื่องใน		30		1				1		32
โขงเจียม		9		1					1	11
ดอนมดแดง		4		1						5
เดชอุดม		25				1		3		29
ตระการพืชผล		29		1						30
ตาลชุม		7		1						8
ทุ่งศรีอุดม		6		1						7
นาจะหลวย		9		1						10
นาตาล		6		1						7
นาเยีย		5		1						6
นาขุ่น		6		1						7
น้ำยืน		10		1					2	13
บุณฑริก		16		1						17
พินมุลมังสาหาร		19		1						20
โพธิ์ไทร		10		1						11
ม่วงสามสิบ		23		1						24
เมืองอุบลราชธานี	3	20	5		1		1	1		31
วารินชำราบ	3	22			1					26
ศรีเมืองใหม่		14		1					2	17
สว่างวีระวงศ์		7		1						8
สำโรง		12		1						13
สิรินธร		7		1						8
เหล่าเสือโก้ก		6		1						7
Grand Total	6	320	5	22	2	1	1	5	5	367

1.3 การจัดสรร (Supply)

พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับวัคซีนล็อตแรกเมื่อวันที่ 2 เมษายน พ.ศ.2564 เป็นวัคซีน Sinovac จำนวน 2,200 โดส ซึ่งมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับความต้องการในเวลานั้น จึงเป็นความท้าทายในการจัดสรรเป็นอย่างยิ่งสำหรับทีมบริหารฯ อย่างไรก็ตาม ทางทีมผู้บริหารและหน่วยงานที่รับผิดชอบได้ดำเนินการกระจายวัคซีนให้กับหน่วยบริการ และสามารถให้บริการเข็มแรกในจังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 9 เมษายน พ.ศ.2564 กลุ่มเป้าหมายการให้บริการในระยะแรกจะเป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2564 ได้ขยายกลุ่มผู้รับบริการเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และ 7 โรคเรื้อรัง (โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน) วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ.2564 จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับจัดสรรวัคซีน AstraZeneca จำนวน 360 ขวด (3,600 โดส) เริ่มเกิดปรากฏการณ์ด้อยค่าวัคซีน Sinovac ประชาชนเริ่มเลือกวัคซีนทำให้หน่วยบริการประสบปัญหาในการให้บริการ (รูปภาพที่ 3-6 ,ตารางที่ 2)



รูปภาพที่ 3



รูปภาพที่ 4



รูปภาพที่ 5



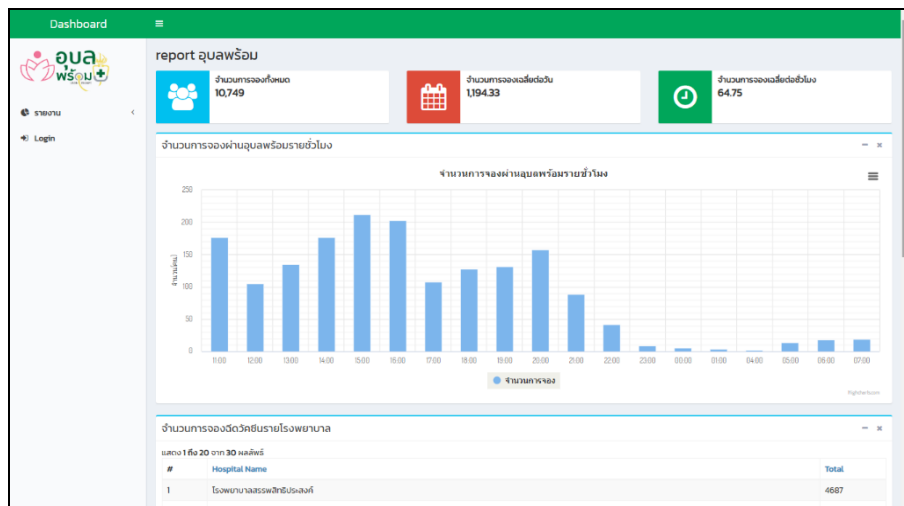
รูปภาพที่ 6

รูปที่ 3-6 มาตรการเชิงรุกที่นำมาใช้ในการขับเคลื่อนการเข้าถึงวัคซีน

ตารางที่ 2 การได้รับจัดสรรวัคซีน แยกรายชนิด จังหวัดอุบลราชธานี

Lot No	วันที่	SV	AZ			Pfizer >12 ปี		Pfizer 5-11 ปี		Sinopharm	Moderna	
		Dose	ขวด	Dose *10	Dose *12	ขวด	Dose *6	ขวด	Dose *10		ขวด	dose *15
2	2 เม.ย.64	2,200										
3	20 เม.ย.64	16,780										
4	5 พ.ค.64	7,000										
5	20 พ.ค.64	11,000										
6	31 พ.ค.64	4,400										
7	3 มิ.ย.64	8,720										
8	2 มิ.ย.64		360	3,600	4,320							
9	5 มิ.ย.64		1,500	15,000	18,000							
10	10 มิ.ย.64	8,720										
11	15 มิ.ย.64	9,000										
12	18 มิ.ย.64		420	4,200	5,040							
13	21 มิ.ย.64		630	6,300	7,560							
14	22 มิ.ย.64	6,000										
15	28 มิ.ย.64		880	8,800	10,560							
16	5 ก.ค.64		1,200	12,000	14,400							
17	6 ก.ค.64	8,800										
18	9 ก.ค.64	13,200										
19	14 ก.ค.64		860	8,600	10,320							
20	15 ก.ค.64	19,300										
21	22 ก.ค.64		230	2,300	2,760							
22	27 ก.ค.64	15,800										
23	30 ก.ค.64		1,100	11,000	13,200							
24	3-ส.ค.64	56,000										
25	5-ส.ค.64		370	3,700	4,440							
26	7-ส.ค.64					1,680	10,080					
27	10-ส.ค.64		2,270	22,700	27,240							
28	11-ส.ค.64	28,000										
29	16-ส.ค.64					640	3,840					
30	17-ส.ค.64	10,000										
31	18-ส.ค.64	29,600										
32	20-ส.ค.64		3,750	37,500	45,000							
33	24-ส.ค.64	30,000								6,400		
34	26-ส.ค.64	11,000										
35	27-ส.ค.64		1,960	19,600	23,520							
36	31-ส.ค.64	20,000	3,440	34,400	41,280							
37	2-ก.ย.64	32,920										
38	6-ก.ย.64		3,190	31,900	38,280					5,000		
39	8-ก.ย.64					20	120					
40	9-ก.ย.64	28,800										
41	15-ก.ย.64	30,000										
42	17-ก.ย.64		1,760	17,600	21,120							
43	21-ก.ย.64	40,000										
44	23-ก.ย.64		2,110	21,100	25,320							
45	27-ก.ย.64	29,720										
46	30-ก.ย.64		3,511	35,110	42,132	20	120					
47	3-ต.ค.64	25,000				9,330	55,980					
48	4-ต.ค.64	26,920										
49	8-ต.ค.64		3,580	35,800	42,960	80	480			200		
50	11-ต.ค.64	53,920										
51	12-ต.ค.64					2,550	15,300			20,000		
52	14-ต.ค.64	15,000	2,000	20,000	24,000							
53	18-ต.ค.64	77,600	3,750	37,500	45,000	2,610	15,660					
54	19-ต.ค.64	25,000										
55	25-ต.ค.64		4,520	45,200	54,240	2,490	14,940					
56	28-ต.ค.64	28,720				9,897	59,382					
57	1-พ.ย.64		4,120	41,200	49,440	5,770	34,620					
58	3-พ.ย.64					80	480					
59	5-พ.ย.64		12,440	124,400	149,280							
60	8-พ.ย.64					1,530	9,180					
61	11-พ.ย.64		4,200	42,000	50,400							
62	16-พ.ย.64		4,580	45,800	54,960							
63	19-พ.ย.64					5,157	30,942					
64	22-พ.ย.64		4,930	49,300	59,160							
65	27-พ.ย.64										3,572	53,580
66	28-พ.ย.64					12,501	75,006					
67	29-พ.ย.64		6,000	60,000	72,000							
68	3-ธ.ค.64					13,334	80,004					
69	7-ธ.ค.64		5,000	50,000	60,000							
70	16-ธ.ค.64					15,334	92,004					
71	17-ธ.ค.64					13,667	82,002					
72	20-ธ.ค.64										420	6,300
73	24-ธ.ค.64					13,667	82,002					
74	10-ม.ค.65					11,667	70,002					
75	บุรีรัมย์					1,950	11,700					
76	อำนาจเจริญ					1,307	7,842					
77	17-ม.ค.65					4,584	27,504					
78	20-ม.ค.65					2,292	13,752					
79	24-ม.ค.65					2,292	13,752					
80	26-ม.ค.65					5,834	35,004					
81	28-ม.ค.65										18	270
82	31-ม.ค.65					1,138	6,828	792	7,920			
83	7-ก.พ.65							792	7,920			
84	สุรินทร์					500	3,000					
85	14-ก.พ.65							792	7,920			
86	23-ก.พ.65							792	7,920			
87	28-ก.พ.65							781	7,810			
88	7-มี.ค.65							2,457	24,570			
89	14-มี.ค.65							1,865	18,650			
90	21-มี.ค.65					2,949	17,694	1,865	18,650			
รวม		729,120	84,661	846,610	1,015,932	144,870	869,220	10,136	101,360	31,600	4,010	60,150

วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2564 กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้ประชาชนอายุ 18 ปี ลงทะเบียนจองคิวเข้ารับวัคซีนผ่านหมอพร้อม แต่ในวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ.2564 ทีมงานหมอพร้อมแจ้งว่าให้แต่ละจังหวัดทำระบบลงทะเบียนจองคิววัคซีนในกลุ่มประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นเอง ทำให้ประชาชนเกิดความแตกตื่น โทรเข้ามาสอบถาม Call Center จำนวนมาก ระบบ “อุบลพร้อม” จึงได้เกิดขึ้นโดยทีมพัฒนาระบบสารสนเทศ ที่ทุ่มเทเวลา 2 วัน 2 คืน จนสามารถเปิดให้จองได้ทันวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2564 (รูปภาพที่ 7)



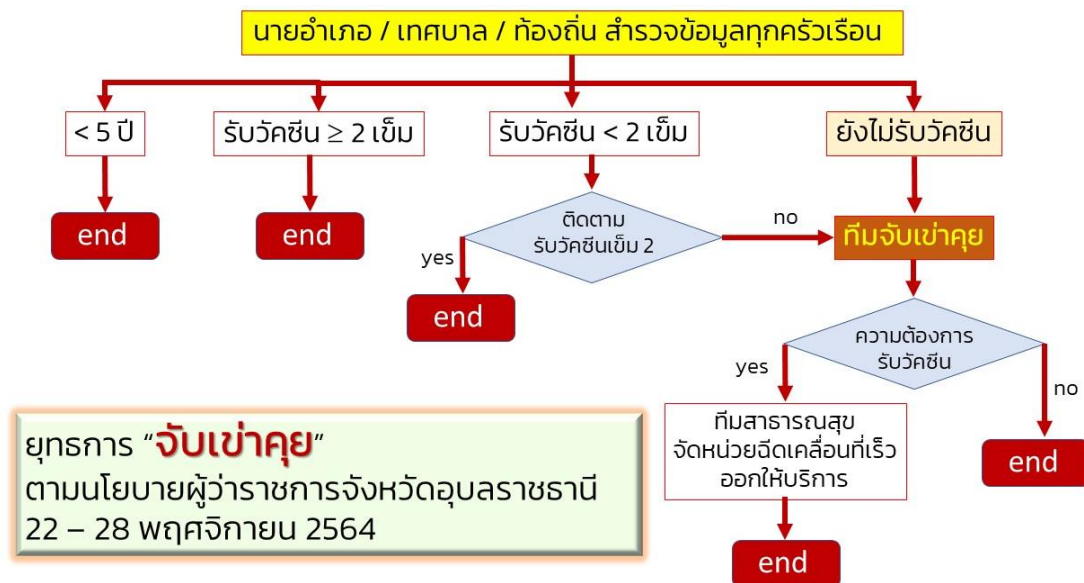
รูปภาพที่ 7 ข้อมูลในอุบลพร้อม

ปัญหาที่เกิดจากความไม่สมดุลของ Demand กับ Supply ทำให้เกิดเรื่องร้องเรียนอยู่เป็นระยะ ซึ่งมีทั้งการออกสื่อระดับประเทศ สื่อท้องถิ่น การร้องเรียนผ่าน Call Center ดังนั้น สิ่งที่เราได้เรียนรู้การทำงานวัคซีนที่สำคัญคือการบริหารความขัดแย้ง ตัวอย่างเช่น ปัจจุบันจำนวนวัคซีนสำหรับ 12 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากกว่าความต้องการ ทำให้เราต้องบริหารจัดการในรูปแบบใหม่ อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศการฉีดวัคซีน 3 เข็ม ทำให้เราต้องปรับกลยุทธ์การทำงานตามนโยบายตลอดเวลา การสื่อสาร การคืนข้อมูล การชี้เป้าจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ปัญหาที่พบที่สำคัญคือ โรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัด ซึ่งเป็นคลังวัคซีนกลางของจังหวัด ไม่มีตู้เย็นเก็บวัคซีนสำหรับเก็บ Pfizer (-80 ถึง -60 องศาเซลเซียส เก็บได้นาน 6 เดือน กรณีละลายแล้ว เก็บที่ 2 ถึง 8 องศาเซลเซียส เก็บได้ 1 เดือน) ซึ่งวัคซีน Pfizer ล็อตแรกมาถึงอุบลวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ.2564 ในช่วงแรก ไม่มีปัญหาเรื่องการสำรองวัคซีน Pfizer เนื่องจากมีความต้องการมากกว่าวัคซีนที่มา แต่ต่อมาวัคซีน Pfizer เริ่มมีปริมาณมากขึ้น จำเป็นต้องเก็บที่ -80 ถึง -60 องศาเซลเซียส เพื่อยืดอายุวัคซีน เราแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยอาศัยเครือข่ายในจังหวัดได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีอุบลราชธานี ที่มีหน่วยบริการที่มีตู้เย็น -70 องศาเซลเซียส เพื่อขอความร่วมมือในการฝากเก็บรักษาวัคซีนดังกล่าว

1.4 ภาคิเครือข่าย/ หน่วยงานภายใน (Stakeholder)

ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายไว้ที่ ร้อยละ 70 แต่ก็มีควมสับสนในเรื่องฐานประชากร โดยในระยะแรกมีการใช้ฐานทะเบียนราษฎร ซึ่งประชากรวัยทำงานที่ไปทำงานต่างจังหวัด ก็จะถูกนับเป็นเป้าหมายไปด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานีและรองผู้ว่าราชการจังหวัด ได้เรียกประชุมหน่วยงานที่รับผิดชอบงานวัคซีนเพื่อสอบถามแนวทางการคิดเป้าหมาย ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ชี้แจงและอธิบาย Type area 1 - 5 ซึ่งทางท่านผู้ว่าจึงได้ทำการประกาศกลยุทธ์ที่มีชื่อเรียกว่า “จับเข้าค่าย” เพื่อเพิ่มความครอบคลุมการรับวัคซีน โดยให้ฝ่ายความมั่นคง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน ออกสำรวจรายครัวเรือน หากคนที่ยังไม่รับวัคซีน และทำการเชิญชวนให้มารับวัคซีน ส่งชื่อให้สาธารณสุขเพื่อจัดบริการ โดยหากยังยืนยันไม่รับ ให้ลงชื่อเป็นหลักฐานไว้ (รูปภาพที่ 8)

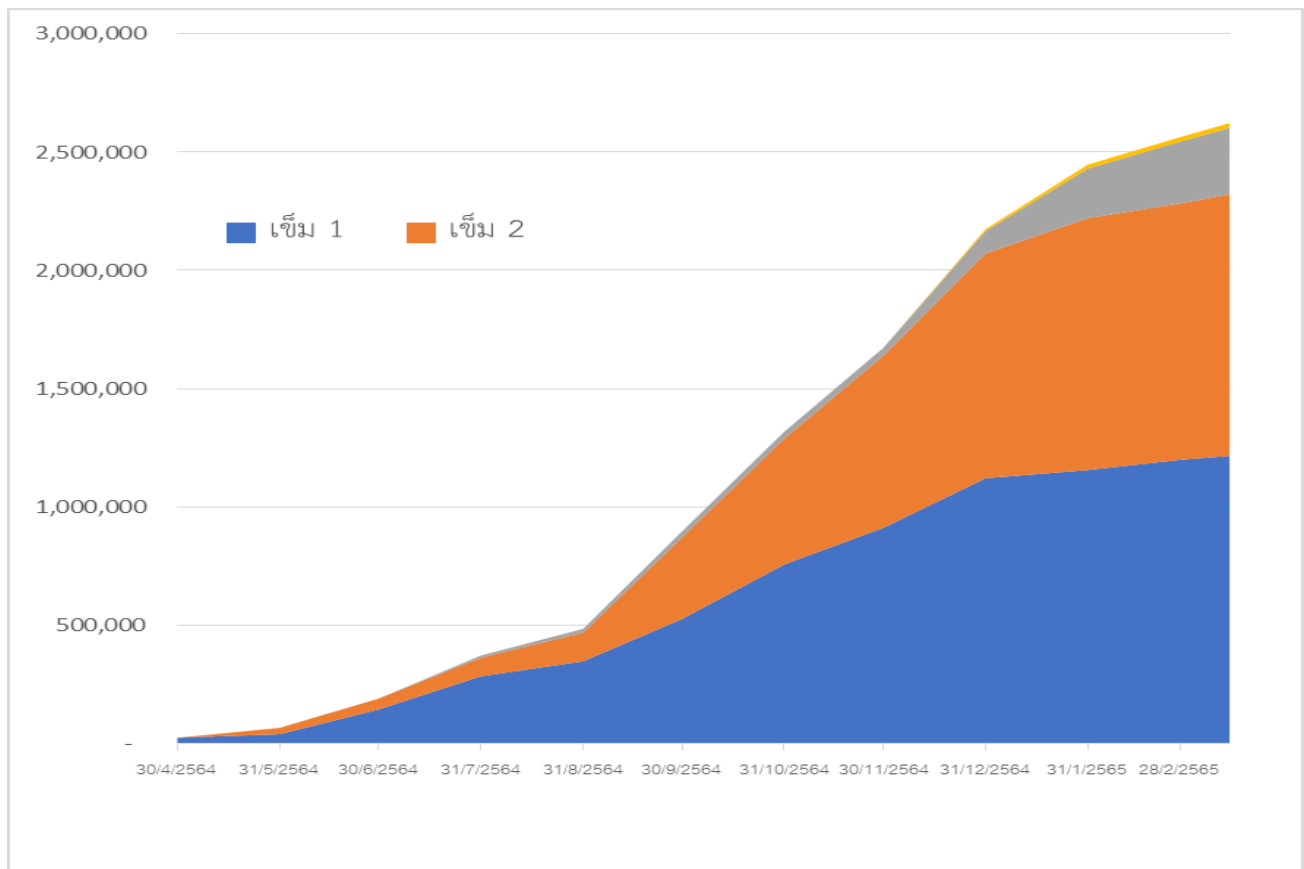


รูปภาพที่ 8 ภาคิเครือข่าย/ หน่วยงานภายใน (Stakeholder)

นอกจากนี้ องค์กรบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี บริษัทเซ็นทรัลพัฒนาจำกัด ห้างสรรพสินค้า Big C และภาคเอกชน อีกหลายแห่ง ให้การสนับสนุนเป็นสถานที่ฉีดวัคซีน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น ผลการดำเนินงาน ในปัจจุบัน (3 มีนาคม พ.ศ.2565) เราสามารถให้บริการวัคซีนเข็ม 1 เทียบกับประชากรที่อยู่จริงในพื้นที่ (Type area 1 + 3) อายุ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 78.85 ผลงานเข็ม 2 เทียบกับคนที่ได้เข็ม 1 แล้ว ร้อยละ 92.85 เข็ม 3 เทียบคนที่ได้เข็ม 2 แล้ว ร้อยละ 25 (ตารางที่ 3,4) (รูปภาพที่ 9)

ตารางที่ 3 ผลงานสะสม ตั้งแต่วันที่ 9 เม.ย. พ.ศ.2564 – 15 มีนาคม พ.ศ.2565

วันที่	เข็ม 1	เข็ม 2	เข็ม 3	เข็ม 4	รวม
09-30/4/2564	22,558	222	-		22,780
09/04- 31/5/2564	37,642	26,852	6		64,500
09/04 - 30/6/2564	142,514	45,838	16		188,368
09/04 -31/7/2564	282,586	78,884	9,072		370,542
09/04 -31/8/2564	346,419	121,291	15,463		483,173
09/04 -30/9/2564	525,381	345,156	25,264		895,801
09/04 -31/10/2564	756,074	532,877	28,529		1,317,480
09/04 -30/11/2564	911,015	728,235	32,809	211	1,672,270
09/04 -31/12/2564	1,120,604	951,344	94,928	7,847	2,174,723
09/04 -31/1/2565	1,155,502	1,065,541	209,776	16,898	2,447,717
09/04 -28/2/2565	1,198,743	1,084,752	261,671	19,076	2,564,242
09/04 -15/3/2565	1,215,387	1,106,626	281,338	20,173	2,623,524



รูปภาพที่ 9 อัตราการฉีดวัคซีนเข็ม 1 และ 2

ตารางที่ 4 ผลงานสะสม ตั้งแต่วันที่ 9 เม.ย.2564 – 15 มีนาคม 2565 ตามคนที่อยู่จริงในพื้นที่

อำเภอ	เป้าหมายคน อยู่จริง	ฉีดเข็ม 1 แล้ว	ร้อยละ 1	ฉีดเข็ม 2 แล้ว	ร้อยละ 2	ฉีดเข็ม 3 แล้ว	ร้อยละ 3
กุดข้าวปุ้น	20,832	17,850	85.69	16,868	94.50	3,145	18.64
เขมราฐ	59,385	48,237	81.23	45,111	93.52	8,836	19.59
เขื่องใน	71,547	62,174	86.90	59,383	95.51	18,788	31.64
โขงเจียม	25,010	20,700	82.77	19,581	94.59	3,283	16.77
ดอนมดแดง	16,411	14,557	88.70	13,952	95.84	3,903	27.97
เดชอุดม	116,860	100,184	85.73	93,907	93.73	19,594	20.87
ตระการพืชผล	72,533	62,634	86.35	59,945	95.71	12,566	20.96
ตาลชุม	18,200	15,387	84.54	14,321	93.07	2,620	18.29

อำเภอ	เป้าหมายคน อยู่จริง	ฉีดเข็ม 1 แล้ว	ร้อยละ 1	ฉีดเข็ม 2 แล้ว	ร้อยละ 2	ฉีดเข็ม 3 แล้ว	ร้อยละ 3
ทุ่งศรีอุดม	17,338	15,228	87.83	14,040	92.20	2,447	17.43
นาจะหลวย	40,248	33,892	84.21	31,689	93.50	6,567	20.72
นาตาล	21,963	18,562	84.51	17,248	92.92	4,035	23.39
นาเยี่ย	19,173	16,847	87.87	15,689	93.13	3,893	24.81
น้ำขุ่น	19,022	16,698	87.78	15,414	92.31	3,040	19.72
น้ำยืน	45,694	38,553	84.37	35,732	92.68	6,605	18.48
บุญศรี	59,345	50,984	85.91	46,337	90.89	8,260	17.83
พิบูลมังสาหาร	85,159	71,793	84.30	68,374	95.24	16,875	24.68
โพธิ์ไทร	29,415	25,263	85.88	23,756	94.03	4,462	18.78
ม่วงสามสิบ	48,178	44,898	93.19	43,496	96.88	14,009	32.21
เมือง	154,578	131,565	85.11	127,055	96.57	55,067	43.34
วารินชำราบ	108,551	95,068	87.58	90,255	94.94	28,782	31.89
ศรีเมืองใหม่	48,411	41,766	86.27	39,722	95.11	12,859	32.37
สว่างวีระวงศ์	19,675	17,617	89.54	16,577	94.10	3,666	22.11
สำโรง	37,644	33,955	90.20	32,313	95.16	8,356	25.86
สิรินธร	37,358	31,605	84.60	29,549	93.49	6,483	21.94
เหล่าเสือโก้ก	19,022	16,295	85.66	15,424	94.65	4,407	28.57
Grand Total	1,211,552	1,042,312	86.03	985,738	94.57	262,548	26.63

ข้อมูล primary data ที่ได้จากการศึกษา

2. ผลการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาที่ทำการศึกษา เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง ประชาชนที่อาศัยในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี (25 อำเภอ)

ผลการสำรวจ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 65.7) มีอายุอยู่ในช่วง 48-58 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 36.7) ส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.2) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6933.12 บาท (SD=8786.90) โดยมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด (ร้อยละ 52.5) มีการทำงานในลักษณะใช้แรง/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 49.7 มีน้ำหนักปกติ (ร้อยละ 47.8) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.1

กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจที่จะรับวัคซีนโควิด 19 โดยต้องการทันที ร้อยละ 67.8 ต้องการรับวัคซีนใช้หวัดใหญ่ทุกปี ร้อยละ 66.1 คิดว่าสุขภาพในปัจจุบันอยู่ในระดับใช้ได้ ไปถึงดีมาก ร้อยละ 44.2 และ 52.1 ไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 69.4 ไม่มีบุตรมากที่สุด ร้อยละ 83.3

กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในศักยภาพของหน่วยงานสาธารณสุขในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่ ในระดับปานกลาง-มากที่สุด (ร้อยละ 48.7 และ ร้อยละ 43.4 ตามลำดับ) ข้อมูลความรู้ข่าวสารที่เกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ อยู่ในระดับเข้าใจง่าย → ชัดเจนมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 92.3 ความตระหนักและติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 70.0) ความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อรุนแรงตามมา หากได้รับเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 60.0) กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นเกี่ยวกับตามมาตรการการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหน่วยงานภาครัฐในระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เช่น การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล การสวมหน้ากากอนามัย ว่ารู้สึกว่าการปฏิบัติตามทุกวัน คิดเป็น ร้อยละ 57.4 นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างคิดว่าจำนวนวัคซีนเพียงพอกับความต้องการมาก คิดเป็น ร้อยละ 65.8 (ข้อมูล ณ ช่วงเวลาที่สำรวจคือ ตุลาคม-ธันวาคม 2565) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าวัคซีนที่หน่วยงานภาครัฐจัดหาวัคซีนที่มีคุณภาพดีมากที่สุด ร้อยละ 47.9 และค่อนข้างมั่นใจในวัคซีนที่หน่วยงานภาครัฐนำมาฉีดให้ประชาชนมากที่สุด ร้อยละ 49.3

ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างเสนอแนะเกี่ยวกับวัคซีนมากที่สุดคือ ควรให้ความรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัคซีนชนิดต่าง ๆ กับประชาชนให้มากขึ้น และรวดเร็ว ร้อยละ 38.6 และภาครัฐไม่ปิดบังข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน เช่น จำนวนผู้ที่เกิดอาการข้างเคียงจากวัคซีน อัตราความรุนแรงของการเกิดอาการข้างเคียงจากวัคซีน หรือวัคซีนชนิดใดที่มีอัตราการเกิดอาการข้างเคียงสูงกว่าวัคซีนชนิดอื่นๆ ร้อยละ 19.5 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n=507)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	174	34.3
หญิง	333	65.7
อายุ (ปี)		
15-25	27	5.3
26-36	63	12.4

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
37-47	110	21.7
48-58	186	36.7
ตั้งแต่ 59 ปีขึ้นไป	121	23.9
การศึกษาสูงสุด หรือกำลังศึกษา		
ต่ำกว่าและมัธยมศึกษา	204	40.2
ปวช/ปวส/อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	222	43.8
ปริญญาตรี	52	10.3
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	29	5.7
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
<5,000	266	52.5
5,000-15,000	182	35.9
>15,000	59	11.6
Mean= 6933.12 SD=8786.90		
อำเภอ		
เมืองอุบลราชธานี	48	9.5
ม่วงสามสิบ	32	6.3
เขื่องใน	28	5.5
ดอนมดแดง	23	4.5
เหล่าเสือโก้ก	4	0.8

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ตาลสุ่ม	25	4.9
ตระการพืชผล	25	4.9
เขมราฐ	17	3.3
โพธิ์ไทร	3	0.6
กุดข้าวปุ้น	17	3.3
นาตาล	27	5.3
ศรีเมืองใหม่	39	7.7
วารินชำราบ	39	7.7
โขงเจียม	2	0.4
สิรินธร	31	6.1
นาเยี่ย	7	1.4
สำโรง	12	2.4
สว่างวีรวงศ์	40	7.9
เดชอุดม	4	0.8
น้ำยืน	8	1.6
น้ำขุ่น	9	1.8
นาจะหลวย	29	5.7
ทุ่งศรีอุดม	11	2.1
บุญทริก	27	5.3

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ใช้แรง/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป	252	49.7
รับจ้างทั่วไป	82	16.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	47	9.3
พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	35	6.9
ข้าราชการ	9	1.8
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	9	1.8
พนักงานราชการ	16	3.1
นักเรียน/นักศึกษา	12	2.4
ไม่ได้ทำงาน	45	8.9
ตัดสินใจที่จะรับวัคซีนโควิด 19 หรือไม่		
ใช่ ต้องการทันที	344	67.8
ใช่ แต่ขอเวลาคิดและเตรียมตัว	110	21.7
ใช่ แต่ยังไม่ใช่เวลานี้	42	8.3
ไม่ต้องการ	11	2.2
ต้องการรับวัคซีนไขหวัดใหญ่หรือไม่		
ใช่ ต้องการรับวัคซีนไขหวัดใหญ่ทุกปี	335	66.1
ใช่ ต้องการรับวัคซีนไขหวัดใหญ่ปีนี้	64	12.6
ไม่ต้องการ	108	21.3

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
คิดว่าสุขภาพของท่านตอนนี้เป็นอย่างไบบ้าง		
อยู่ในระดับดี - ดีมาก	264	52.1
อยู่ในระดับใช้ได้	224	44.2
อยู่ในระดับไม่ดีเลย	19	3.7
ท่านมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	352	69.4
มี โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น อ้วน เบาหวาน ความดัน ไขมันสูง โรคหัวใจ มะเร็ง ไต ฯลฯ	155	30.6
การมีบุตร		
ไม่มี	422	83.3
มี	85	16.7
มั่นใจในศักยภาพของหน่วยงานสาธารณสุขในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่ของท่านหรือไม่		
มั่นใจมาก	220	43.4
มั่นใจ	247	48.7
ไม่ค่อยมั่นใจ	34	6.7
ไม่มั่นใจเลย	6	1.2
ข้อมูล ความรู้ ข่าวสารที่เกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ที่ท่านได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างไร		
เข้าใจง่าย ชัดเจน	468	92.3
ไม่ชัดเจน สับสน	35	6.9
ขัดแย้ง ไม่ตรงกัน	4	0.8

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ตระหนักและติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 หรือไม่		
มาก	355	70.0
ปานกลาง	147	29.0
น้อย	2	0.4
ไม่สนใจ	3	0.6
ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อรุนแรงตามมา หากได้รับเชื้อโควิด-19 หรือไม่		
มาก	304	60.0
ปานกลาง	174	34.3
น้อย	25	4.9
ไม่สนใจ	4	0.8
มาตรการการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหน่วยงานภาครัฐในระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เช่น การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล การสวมหน้ากากอนามัย ท่านรู้สึกว่าจะต้องปฏิบัติตามหรือไม่		
ไม่รู้สึกละเลย ทำตัวปกติ	90	17.7
รู้สึกบางวัน	65	12.8
รู้สึกเกือบทุกวัน	61	12.0
รู้สึกทุกวัน	291	57.4
ท่านคิดว่าจำนวนวัคซีนเพียงพอกับความต้องการหรือไม่		
เพียงพอ	334	65.8
ค่อนข้างเพียงพอ	150	29.6

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ค่อยเพียงพอ	22	4.3
ขาดแคลนมาก	1	0.3
ท่านคิดว่าวัคซีนที่หน่วยงานภาครัฐจัดหาวัคซีนที่มีคุณภาพหรือไม่		
คุณภาพดีมาก	164	32.3
คุณภาพดี	243	47.9
คุณภาพพอใช้	97	19.1
คุณภาพไม่ดี	3	0.6
มั่นใจในวัคซีนที่หน่วยงานภาครัฐนำมาฉีดให้ประชาชนหรือไม่		
มั่นใจมาก	224	44.2
ค่อนข้างมั่นใจ	250	49.3
ไม่ค่อยมั่นใจ	31	6.1
ไม่มั่นใจเลย	2	0.4
หากท่านตอบ “ไม่ค่อยมั่นใจ” หรือ “ไม่มั่นใจเลย” จงระบุเหตุผล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ควรให้ความรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัคซีนชนิดต่าง ๆ กับประชาชนให้มากขึ้น และรวดเร็ว	196	38.6
ภาครัฐไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน เช่น จำนวนผู้ที่เกิดอาการข้างเคียงจากวัคซีน อัตราความรุนแรงของการเกิดอาการข้างเคียงจากวัคซีน หรือวัคซีนชนิดใดที่มีอัตราการเกิดอาการข้างเคียงสูงกว่าวัคซีนชนิดอื่นๆ	99	19.5
ข้อเสียของการได้รับวัคซีนเมื่อเทียบกับการไม่ได้รับวัคซีน	93	18.3
เพิ่มการนำเข้าวัคซีนให้มีหลายชนิดเพื่อเป็นทางเลือกให้กับประชาชน	47	9.2

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การกระจายวัคซีนไปแต่ละจังหวัดให้ทั่วถึงและเพียงพอ	72	14.2

จากข้อมูลผลสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าในประเด็นของวัคซีนมองในภาพรวมดีขึ้น เนื่องจากช่วงระยะเวลาที่ทำการสำรวจเป็นช่วงรอยต่อระหว่างระลอก 4 มาะระลอก 5 ซึ่ง ณ เวลานั้น ปริมาณวัคซีนมีอย่างเพียงพอ จำนวนผู้ที่ได้รับวัคซีนเข็ม 1 และ 2 มากขึ้นตรงตามเป้าหมายที่หน่วยงานภาครัฐกำหนดไว้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น หากเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในช่วงระลอกแรก ที่ข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคมียังมีอย่างจำกัด ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่ได้รับมา ประกอบกับการเข้าถึงข้อมูลผ่านโซเชียลมีเดีย ที่มีการส่งต่อข้อมูลที่ผิดพลาด ไม่ตรงกับความเป็นจริงในบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เช่น เรื่องประสิทธิภาพของวัคซีนแต่ละชนิด อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากวัคซีน ปริมาณวัคซีนที่นำเข้ามา รวมถึงข้อจำกัดอื่นๆที่เกิดขึ้นในช่วงระลอกแรกๆของการระบาด เช่น การปฏิบัติตามแนวทาง D-M-H-T-T ที่ยังสับสน จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดแคลน เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันการติดเชื้อ แบบชุดเครื่องมือทดสอบการติดเชื้อโควิด-19 เบื้องต้น (screening tests) ประเด็นเหล่านี้ได้รับการแก้ไข ปรับปรุง ช่วยเหลือจากหน่วยงานหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ส่งผลให้ ณ เวลาที่ทำการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ในครั้งนี้ ผลที่ได้อยู่ในระดับที่น่าพอใจในภาพรวมทุกด้าน อย่างไรก็ตามในบางประเด็น เช่น ความรวดเร็ว ความถูกต้องของข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนชนิดใหม่ ประเด็นการชี้แจง อธิบายข้อมูลล่าสุดในส่วนของวัคซีนที่ออกมาใหม่ในด้านประสิทธิภาพ อาการไม่พึงประสงค์ สูตรที่มีประสิทธิภาพ ประเด็นเหล่านี้ยังคงมีให้เห็นและประชาชนยังเรียกร้องให้หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องเร่งแก้ไข ปรับปรุง ซึ่งทางผู้วิจัยได้นำข้อมูลคืนกลับไปให้กับผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับทราบผลการดำเนินโครงการในส่วนนี้และนำข้อมูลที่จะสะท้อนจากประชาชนในจังหวัดไปปรับปรุงแผนงาน การดำเนินงานในส่วนของการบริหารจัดการวัคซีนต่อไป ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

1. นโยบายให้ทุกหน่วยบริการ เป็นจุดให้บริการวัคซีน ทั้งภาครัฐ และเอกชน

ทั้งนี้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 สายพันธุ์ต่างๆที่ผ่าน มา ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาล รวมถึงการฉีดวัคซีน ทำให้สถานพยาบาลกลายเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 รวมทั้งสภาพที่แออัดของผู้ป่วยทั้งที่ผู้ป่วยโรคอื่นๆและผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่รอการรักษา ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยโรคทั่วไปมีโอกาสรับเชื้อโควิด-19 โดยไม่รู้ตัว

ทางผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตลอดจนบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัดเห็นพ้องกับนโยบายจากส่วนกลาง ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการกระจายพื้นที่ที่

ให้บริการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการให้บริการฉีดวัคซีน โดยขยายไปยังสถานประกอบการต่างๆ เช่น ห้างสรรพสินค้า พื้นที่หน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หอประชุมที่ว่าการอำเภอ หอประชุมโรงเรียน ศาลากลางบ้าน เป็นต้น

แนวทางดังกล่าวสามารถช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 ภายในบริเวณสถานพยาบาลลงได้ นอกจากนั้น ยังช่วยลดภาระของบุคลากรการแพทย์ในสถานพยาบาล ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อกับการรับบริการฉีดวัคซีน และลดความวิตกกังวลของประชาชนในระหว่างที่รอรับบริการทั้งการรักษาและการรับวัคซีน เนื่องจากสถานที่ที่เปิดให้บริการเป็นสถานที่ที่ผู้รับบริการสามารถเดินเล่น จิบน้ำได้หลังรับวัคซีนเรียบร้อยแล้ว

ทั้งนี้ ทางสถานพยาบาลได้จะเตรียมรถฉุกเฉิน เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในยามฉุกเฉินหากผู้รับบริการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนได้อย่างทันทั่วถึง ดังนั้น รูปแบบดังกล่าวจึงเป็นที่นิยมและยังคงใช้อยู่ในเวลานี้ และหากจำเป็นต้องได้รับวัคซีนเข็มอื่นๆในอนาคต คาดว่ารูปแบบการกระจายสถานที่ให้บริการฉีดวัคซีนดังกล่าว ยังคงจะยังนำมาใช้ต่อไปเพื่อความปลอดภัย ความสะดวก รวดเร็วของการเข้าถึงบริการของประชาชนและบุคลากรการแพทย์ที่ให้บริการ

2. กลไกการติดตาม ควบคุมกำกับผลงานการให้บริการวัคซีนผ่าน EOC ทุกระดับ

นับตั้งแต่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นต้นมาในประเทศไทย เรามีศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข หรือ EOC เป็นหน่วยงานที่มีการติดตามและรายงานการระบาดของโรคโควิด-19 ตลอดจนอัตราการได้รับวัคซีนของคนไทยมาโดยตลอด โดยเฉพาะการรายงานผลในระดับพื้นที่แต่ละจังหวัด ซึ่งจะมีศูนย์ EOC ประจำที่สำนักงานสาธารณสุขของแต่ละจังหวัด ทำหน้าที่ติดตามและประเมินผลสถานการณ์ภาพรวมของจังหวัด เตรียมความพร้อมด้านต่างๆเพื่อรองรับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยงสีแดง – เหลือง นอกจากนั้น EOC ยังประสานงานกับหน่วยงานพื้นที่ชุมชน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการส่งต่อหรือคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดปัญหาการแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รวมถึงการแนะนำมาตรการเร่งด่วนที่จำเป็นในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ให้กับคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดอีกด้วย (รูปภาพที่ 10)

กระทรวงสาธารณสุขเปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคโควิด-19
(Emergency Operation Center, EOC) พร้อมปฏิบัติตามข้อสั่งการ ดังนี้

- 1** ติดตามและประเมินสถานการณ์ภายในจังหวัด
- 2** เตรียมความพร้อมโรงพยาบาล เวชภัณฑ์ ห้องปฏิบัติการ และบุคลากรด้านการรักษาพยาบาล
- 3** ฝ้าระวังผู้ป่วยโรคปอดบวมและผู้ป่วยในคลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI) ตามเกณฑ์ของกองระบาดวิทยาอย่างเคร่งครัด
- 4** ส่ง อสม. เคาะประตูบ้านแจ้งข่าวประชาชนและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง สื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องไปยังประชาชนพร้อมขอความร่วมมือ
- 5** เปิดสายด่วน (Call Center) ให้กลุ่มเสี่ยงรายงานตัว
- 6** แนะนำมาตรการต่าง ๆ ต่อประธานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด รวมทั้งกำกับให้สถานประกอบการในพื้นที่โดยเฉพาะสถานบันเทิง

แหล่งข้อมูล : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

รูปภาพที่ 10 บทบาท หน้าที่ของ EOC ประจำจังหวัด

3. การนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

ข้อมูลสำคัญ/ ข้อเสนอแนะ จากโครงการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	แผนเชิงนโยบาย	ผลการดำเนินงาน/ ความ คาดหวัง
1.การปรับความคิด (mind set) ของ ประชาชน เกี่ยวกับชนิดและชื่อแบ รณด์ของวัคซีน	1. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด 2. องค์การบริหารส่วน จังหวัด/ ส่วนท้องถิ่น 3. รพ.อำเภอ/ รพ.สต. 3. แกนนำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม.	1. เพิ่มช่องทางการสื่อสาร ระหว่างเจ้าหน้าที่กับ ประชาชนผ่านทางสื่อ ออนไลน์ หอกระจายข่าว หรือเจ้าหน้าที่ อสม. 2. ลงพื้นที่ติดต่อ ประสานงานกับทีมในพื้นที่ เพื่อรับฟังเสียงสะท้อนของ ของคนในชุมชน เพื่อนำมา ปรับปรุงยุทธการเข้าถึง วัคซีน	1. เปิดช่องทางสื่อสาร ได้แก่ แอปพลิเคชันอุบล พร้อม ให้ประชาชน ลงทะเบียนขอรับการฉีด วัคซีน และสามารถค้นหา ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ใน การช่วยตัดสินใจเข้ารับ วัคซีน ตลอดจน เกร็ดความรู้ในการดำรงชี วิตแบบไม่ประมาทเพื่อลด ความเสี่ยงในการติดเชื้อโค

			วิด-19 2. ที่ผ่านมามาตรา ๖๔ ของ “มาตรการเชิงรุก” ในการลงพื้นที่อำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในการเข้าถึงวัคซีน ซึ่งพบว่าทำให้อัตราการฉีดวัคซีนเข็ม 1 และ 2 ถึงเป้าหมายที่กำหนด อย่างไรก็ตาม เข็ม 3 และ 4 ยังคงต้องอาศัยมาตรการดังกล่าวต่อไปอีกระยะหนึ่งเนื่องจากตัวเลขยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 3. สำรวจความคิดเห็นของประชาชนในแต่ละพื้นที่เกี่ยวกับทัศนคติต่อวัคซีนชนิดต่างๆ ที่ผลิตออกมาใช้ ความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียง หรือประเด็นอื่นๆ ที่ประชาชนสนใจ เพื่อนำมาปรับให้เข้ากับกลยุทธการเข้าถึงวัคซีนต่อไป
2.การบูรณาการกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อให้เป็นงานประจำให้เร็วที่สุด	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. ศูนย์ราชการประจำจังหวัด	1. การนำร่องการให้บริการวัคซีนชนิดใหม่ซึ่งรวมถึงวัคซีนโควิด-19 โดยยื่นเข้าสู่คณะอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อเป็นข้อมูลการบรรจุวัคซีนโควิด-19 ในแผนงานสร้าง	1. ติดตามผลการดำเนินงาน รายงานต่อผู้บริหาร 2. วัดอัตราการเข้าถึงวัคซีน โดยเฉพาะเข็มกระตุ้นในทุกพื้นที่ 3. รับฟังเสียงสะท้อนของ

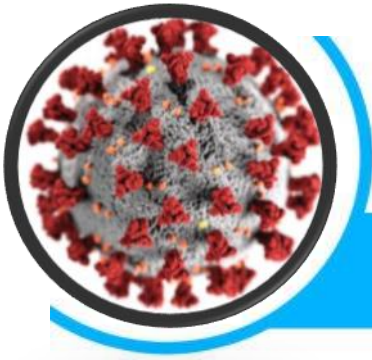
		เสริมภูมิคุ้มกันโรค เช่นเดียวกับวัคซีนชนิดใหม่อื่นๆ เช่น วัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงจากไวรัสโรต้า วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (วัคซีนเอชพีวี) เพื่อให้งานบริการวัคซีนโควิด-19 กลายเป็นงานประจำที่หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องดำเนินการควบคู่ไปกับวัคซีนชนิดอื่นให้กับประชาชน กลุ่มเป้าหมายต่อไป 2. ใช้ข้อมูลเพื่อติดตามประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การยอมรับของประชาชน และการบริหารจัดการในการนำวัคซีนไปใช้จริงในพื้นที่ต่อไปในอนาคต	ประชาชนเพื่อนำมาปรับปรุงบริการด้านวัคซีนคู่ขนานไปกับการรณรงค์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในส่วนของการปฏิบัติตามตัวตามมาตรการ ถึงแม้จะปรับให้เป็นโรคประจำถิ่นในอนาคตอันใกล้
3.การปรับกลยุทธ์การเข้าถึงวัคซีน	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. องค์การบริหารส่วนจังหวัด/ ส่วนท้องถิ่น 3. รพ.อำเภอ/ รพ.สต. 3. แกนนำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม.	1. ดำเนินมาตรการเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง พร้อมประเมินผล นำเสนอผู้บริหารทุกระดับอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งตัวชี้วัดในแต่ละพื้นที่ให้สอดคล้องกับบริบทของกำลังเจ้าหน้าที่และจำนวนประชากร 2. เน้นการบูรณาการกับภาคประชาสังคมที่ดำเนิน	1. รายงานผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นไปที่วัคซีนเข็มกระตุ้น 3 และ 4 รวมทั้งประเมินการปฏิบัติตามมาตรการของภาครัฐในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด (D-M-H-T-T) อย่างต่อเนื่อง 3. เปิดช่องทางการติดต่อ

		โครงการ “ธรรมนูญสุขภาพต้านภัยโควิด” เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงวัคซีนและปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 3.ประชุมหารือกับหน่วยงานภายในจังหวัดอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน	สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ข้อมูล ข่าวสารระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐกับประชาชน และรับฟังเสียงสะท้อนของประชาชน เพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงาน
--	--	---	---

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ประพันธ์ขอขอบพระคุณในความสำเร็จเรื่องการสร้างภูมิคุ้มกันโรค COVID-19 ซึ่งเกิดจากความร่วมมือร่วมใจของหน่วยงานภายในจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย 1. ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี 2. รองผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี 3.นายอำเภอทุกอำเภอ 4. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านทุกท่านในจังหวัดอุบลราชธานี 5. ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดอุบลราชธานี 6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 7. หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนทุกแห่งที่สนับสนุนการจัดบริการวัคซีน 8. สถาบันการศึกษาภายในจังหวัดทั้งระดับมัธยมและอุดมศึกษาภายในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

ทั้งนี้ ขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้ความสำคัญกับประเด็นการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 โดยการสนับสนุนงบประมาณดำเนินโครงการผ่านทีมวิจัยวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ทำงานร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 และหน่วยงานอื่นๆทั้งภาครัฐและเอกชน จนทำให้โครงการนี้ประสบผลสำเร็จสุดท้ายขอขอบพระคุณทีมวิจัยวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ให้โอกาสทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้เป็นส่วนหนึ่งในโครงการวิจัยดีๆ หวังว่าในโอกาสถัดไป ทางเราจะได้รับความไว้วางใจให้ร่วมดำเนินโครงการที่เป็นประโยชน์อีกในอนาคต



บทเรียนที่ 7

การจัดเวทีคืนข้อมูล แลกเปลี่ยน
เรียนรู้ระหว่างทีมนักวิจัย บุคลากร
และหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้าน
การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

รายละเอียดการจัดงาน

หลังเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 6 ด้านเรียบร้อยแล้ว หัวหน้าโครงการได้ส่งผลวิเคราะห์คืนให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้น มีการหารือเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การประเมินระบบการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตสุขภาพที่ 10 กรณี พื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว-กัมพูชา และได้ข้อสรุปให้มีการจัดงานประชุมในวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2565 ณ ห้องประชุม โรงแรมบ้านสวนคุณตา กอล์ฟ แอนด์ รีสอร์ท อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวิทยากรจากหลากหลาย หน่วยงาน อาทิเช่น ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ ทีมวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุข อุบลราชธานีและสำนักงานสาธารณสุขศรีสะเกษ ผู้แทนจากโรงพยาบาลอำเภอ 13 แห่ง ผอ.รพ.สต.ทั้ง 13 อำเภอ สาธารณสุขอำเภอ 13 อำเภอ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ผู้แทนสมัชชาสุขภาพทั้ง 5 จังหวัด ผู้แทนสื่อ สร้างสุขอุบลราชธานี ผู้แทน อสม.จาก 13 อำเภอ (21 ตำบล) นอกจากนี้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้บริหาร เกี่ยวกับการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

ถอดบทเรียนที่ได้จากเวทีแลกเปลี่ยน

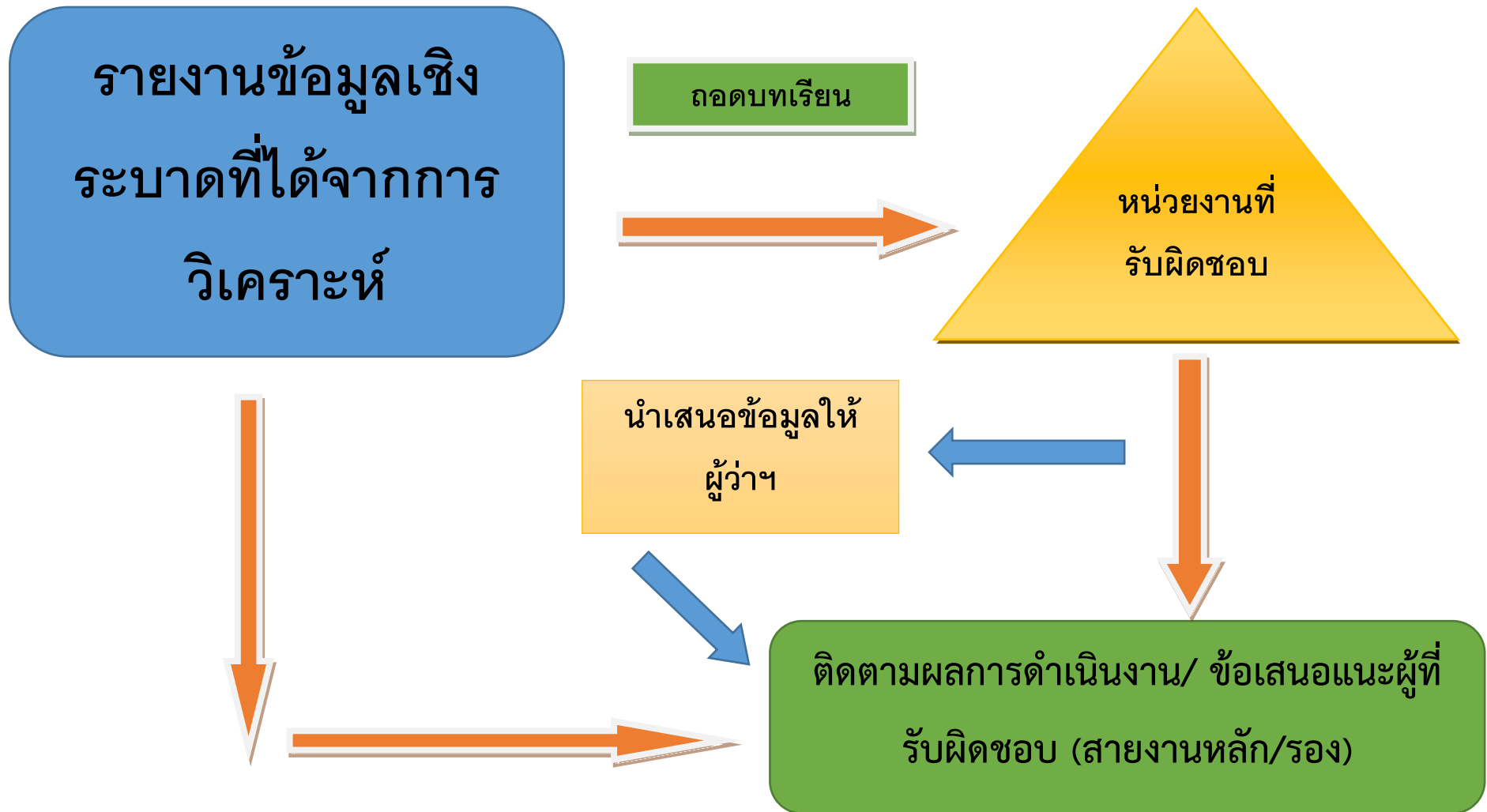
สรุปสาระที่เป็นประโยชน์จากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้ ประเมินถึงความเข้าใจทางระบาด วิทยาและไวรัสวิทยา ยังคงชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงของประชาชนที่ยังมีความเปราะบางด้านสุขภาพในระบาดตั้งแต่ระลอก แรกถึงปัจจุบัน ซึ่งเชื้อโควิด-19 มีการกลายพันธุ์เป็นจำนวนมาก แต่ที่เป็นปัญหาค่อนข้างมากคือ สายพันธุ์เดลต้า ที่ทำ ให้คนไทยมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในระลอกสองถึงระลอกสามที่ผ่านมา ดังนั้น ภาครัฐต้องเร่งรัดการ พัฒนานโยบายและมาตรการที่จะช่วยให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันของ ร่างกายเข้าถึงวัคซีนเข็มกระตุ้นอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดอัตราป่วยตายลง พยุงเศรษฐกิจและสังคมใน ประเทศให้ขับเคลื่อนต่อไป

จากข้อมูลเชิงสำรวจครั้งนี้ พบว่าตั้งแต่ระลอกสี่มาระลอกห้า มีการติดเชื้อโควิด-19 จากเชื้อโอไมครอน ซึ่งเป็น เชื้อไวรัสที่ติดต่อได้ง่าย ถึงแม้อัตราการติดเชื้อดังกล่าวจะค่อยๆลดลง อย่างไรก็ตาม ความรู้ทางไวรัสวิทยาเชื่อว่าเชื้อสาย พันธุ์โอไมครอนมีความสามารถในการหลบหลีกภูมิคุ้มกันได้เก่งมาก ทำให้เราอาจเกิดการติดเชื้อซ้ำได้ (reinfections) หรือโอกาสติดเชื้อยังคงสูงอยู่แม้ว่าเราจะเคยได้วัคซีนครบแล้วก็ตาม และโอกาสที่เราจะติดเชื้อและแพร่เชื้อกันต่อไป เรื่อย ๆ จะยิ่งเพิ่มสูงขึ้นเมื่อภูมิคุ้มกันของเราเริ่มตกลงตามธรรมชาติ หลังจากได้รับวัคซีนครบมานานกว่า 3-6 เดือนแล้ว (immune waning) ถึงแม้ภาพรวมของประเทศพบว่าอัตราการป่วยตายของกลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มเปราะบาง ลดลงตามลำ กับ ซึ่งค่าดังกล่าวเป็นเพียงค่าเฉลี่ย และเมื่อพิจารณาข้อมูลผลการศึกษา พบว่ากลุ่มสูงอายุ กลุ่มที่มีโรคประจำตัว ยังคง มีอัตราป่วยตายค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นเรื่องยากที่จะดำเนินการนโยบายการจัดการโรคโควิด-19 แบบโรคประจำถิ่นต่อไป ได้

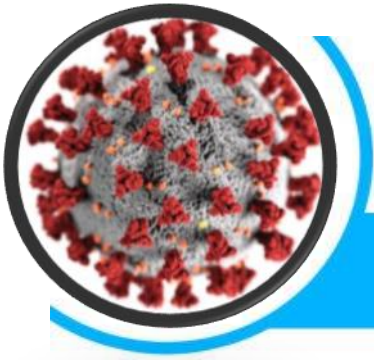
เมื่อพิจารณาข้อมูลจากผลการศึกษาเรื่องการได้รับวัคซีนต้านโควิด-19 พบว่า เรายังคงมีประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ ยังได้รับวัคซีนไม่ครบ หรือได้รับวัคซีนครบแล้วแต่ถึงระยะเวลาที่ภูมิตกลงแล้วแต่ยังไม่ได้รับเข็มกระตุ้นอยู่อีกจำนวน

มาก โดยเฉพาะจำนวนผู้ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นยังไม่ถึง ร้อยละ 70 ตามที่หน่วยงานภาครัฐกำหนด อาจส่งผลทำให้ อัตราป่วยตายยังคงไม่ลดลง ดังนั้น ทางภาครัฐจึงต้องมีการปรับกลยุทธ์ในการเข้าถึงวัคซีนดังที่กล่าวไว้ในผลการศึกษา โดยผู้บริหารจังหวัดนำแนวทาง “มาตรการเชิงรุก” เข้ามาใช้โดยอาศัยหน่วยงานระดับพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านทางผู้นำชุมชนและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อบริการการฉีดวัคซีน ให้กับประชาชน ณ บริเวณที่พักอาศัย รวมถึงการคัดกรองด้วย ATK การเฝ้าระวังและสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ ให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ ทางผู้บริหารของจังหวัดได้นำเครื่องมือที่เรียกว่า ธรรมนูญสุขภาพ ด้านภัยโควิด 19 มาใช้เพื่อช่วยในการณรงค์ ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามมาตรการของภาครัฐ ตลอดจน การเข้าถึงวัคซีนโดยเฉพาะเข็มกระตุ้น เข็ม 3 และ 4 ทั้งนี้เครื่องมือดังกล่าวได้รับการตอบรับจากคนในพื้นที่ชุมชน ทั้ง 5 จังหวัด ดังที่เสนอไปในบทที่ 5 ทั้งนี้ พบว่าธรรมนูญสุขภาพฯ สามารถนำมาใช้ขับเคลื่อนงานโรคโควิด 19 ได้ดี โดยมีพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จ และอยู่ในระหว่างการดำเนินงาน ภารกิจของหน่วยงานภาครัฐที่ต้องเร่งดำเนินการคือ การลงพื้นที่ประเมินผลการดำเนินงานให้ครบทั้ง 5 จังหวัด นำเสนอผู้บริหารพร้อมคืนข้อมูลกลับให้กับเจ้าหน้าที่และทีม ธรรมนูญสุขภาพฯของแต่ละพื้นที่รับทราบ พร้อมวางแผนร่วมกันในการแก้ไขข้อจำกัดหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับทีม ธรรมนูญสุขภาพฯของแต่ละพื้นที่ นำผลการประเมินมาถอดบทเรียนเพื่อหาปัจจัยความสำเร็จ และนำปัจจัยเหล่านั้นไป ขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไป ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ หน่วยงานภาครัฐต้องติดตาม ลงพื้นที่พูดคุยกับคนในพื้นที่เป็น ระยะๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับคนในพื้นที่และเป็นการเฝ้าระวังการระบาดระลอกใหม่ที่อาจเกิดขึ้นได้ (ดังรูปที่ 1)

สำหรับข้อมูลแรงงานชาติที่ตกค้างในประเทศไทยช่วงที่มีการปิดประเทศ พบว่าจากผลสำรวจชี้ให้เห็นว่าการ ปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T ยังมีข้อจำกัดและต้องเร่งทำความเข้าใจและติดตามเป็นระยะๆร่วมกับเจ้าของสถาน ประกอบการ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคหากมีระลอกถัด รวมทั้งเข้มงวดกับการต่อไปอนุญาตทำงานใน ประเทศไทยของแรงงานข้ามชาติที่ถูกกฎหมาย ไม่ว่าจะเป็นผลการคัดกรองโควิด 19 ข้อมูลการได้รับวัคซีน ตลอดจน ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิทางด้านสุขภาพที่ยังเป็นข้อจำกัดของแรงงานข้ามชาติให้ดีขึ้น ในกรณีของแรงงานผิดกฎหมาย ควรเน้นไปที่การพัฒนาสถานที่กักตัวเพื่อคัดกรอง ดูแลการ และส่งกลับประเทศต้นทาง ที่สำคัญการตรวจจับแรงงานผิด กฎหมายที่ต้องอาศัยหน่วยงานหลายภาคส่วน จำเป็นต้องเข้มงวดมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงที่เปิดประเทศ เนื่องจาก ยังคงมีประเด็นคนลักลอบเข้ามาทำงานแบบผิดกฎหมายผ่านช่องทางธรรมชาติระหว่างไทยและประเทศเพื่อนบ้านอย่าง ลาว กัมพูชา ดังนั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากคนในพื้นที่สอดส่องเป็นหูเป็นตาให้กับเจ้าหน้าที่ และต้องเพิ่มช่อง ทางการติดต่อสื่อสารระหว่างกันในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ และหน่วยงานภาครัฐเพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์ รวมทั้งมาตรการการกัก ตัว คัดกรอง จำเป็นต้องมีสถานกักตัวชั่วคราวที่มีมาตรฐานความปลอดภัยทั้งกับแรงงานข้ามชาติ เจ้าหน้าที่ และ ประชาชนในพื้นที่นั้นๆ ซึ่งผู้บริหารระดับจังหวัดต้องนำประเด็นดังกล่าวใส่ในแผนประจำปี โดยมีกรอบการทำงาน แผน งบประมาณ ตัวชี้วัด ผลลัพธ์ของแผนงาน และต้องเป็นแผนงานแบบต่อเนื่อง เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิด จากโรคโควิด 19 ระลอกใหม่ หรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคต



รูปที่ 1 ผังขั้นตอนการถอดบทเรียนและนำไปใช้ประโยชน์ในงานบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19



บทเรียนที่ 8

ข้อจำกัดงานวิจัยและงานวิจัยต่อ
ยอดในอนาคต

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. ระยะเวลาของการวิเคราะห์ผลทันต่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค

การประเมินข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในโครงการทั้ง 6 ด้านนั้น ข้อมูลแต่ละด้านใช้ระยะเวลาในการวิเคราะห์ สรุปลผลแตกต่างกัน ส่งผลทำให้ข้อมูลที่ได้ในบางเรื่องอาจไม่ทันต่อการแก้ไขของเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่จะนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้อย่างรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุจากจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้การลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลในบางเรื่อง ทำได้ล่าช้ากว่ากำหนดที่วางไว้ หรือในกรณีของความสมบูรณ์ของข้อมูลในบางครั้ง พบว่าข้อมูลที่รวบรวมได้ขาดข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญในหลายๆจุด ทำให้ชุดข้อมูลดังกล่าวอาจถูกดึงออก ไม่ได้นำมาวิเคราะห์เนื่องจากจำนวนข้อมูลที่สมบูรณ์มีน้อย นอกจากนี้ ภาระ หน้าที่ ความรับผิดชอบหน้างานของทีมวิจัยที่ต้องรับผิดชอบสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคที่เกิดขึ้นรวดเร็ว และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ส่งผลทำให้ไม่มีเวลาที่จะมาช่วยสังเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานในเวลานั้น ส่งผลให้การส่งมอบข้อมูลคืนกลับไปยังหน่วยงานที่จะนำไปใช้ประโยชน์ต่อล่าช้า ไม่ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโรคโควิด-19

ดังนั้น ทีมวิจัยจึงเสนอแนะว่าในการศึกษาครั้งต่อไปที่เกี่ยวกับข้องการประเมินสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อหรือโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในพื้นที่ อาจอาศัย CIPP model มาใช้ในการวางกรอบการทำงานวิจัย ซึ่งการประเมินแบบ CIPP Model เป็นการประเมินที่ครอบคลุมองค์ประกอบของระบบทั้งหมด ทั้ง 4 ประเภท ดังนี้

- 1) การประเมินด้านบริบท หรือสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation: C)
- 2) การประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยป้อน (Input Evaluation: I)
- 3) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) และ
- 4) การประเมินผลผลิต (Product Evaluation: P)

CIPP Model เป็นการประเมินที่เป็นกระบวนการต่อเนื่องมีจุดเน้นที่สำคัญ คือ ใช้ควบคู่กับการบริหารโครงการ เพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ซึ่งผู้ประเมินจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน กำหนดประเด็นของตัวแปรหรือตัวชี้วัด กำหนดแหล่งข้อมูลผู้ให้ข้อมูล กำหนดเครื่องมือการประเมิน วิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล และเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน โดยมีการประเมินผลเป็น 4 ระยะคือ 1). ก่อนการดำเนินงาน (Pre-evaluation) เป็นการประเมินว่ามีความจำเป็นและความเป็นไปได้ในการกำหนดให้มีโครงการ หรือแผนงานนั้นๆ บางครั้งเรียกการประเมินผลประเภนี้ว่า การศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility Study) หรือการประเมินความต้องการที่จำเป็น (Need Assessment) 2). การประเมินผลโครงการขณะดำเนินงาน (On-going Evaluation) เป็นการประเมินผลโครงการเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน (Monitoring) และการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ 3) การประเมินผลโครงการเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน (Post-evaluation) เป็นการประเมินว่าผลของการดำเนินงานนั้น เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการที่วางไว้หรือไม่ และ 4) การประเมินผลกระทบจากการดำเนินโครงการ (Impact Evaluation) เป็นการประเมินผลโครงการ ภายหลังจากการ

สิ้นสุดการดำเนิน โครงการหรือแผนงาน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อตรวจสอบผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะได้รับ อิทธิพลจากการมีโครงการหรือปัจจัยอื่นๆ

2. ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 อย่างรุนแรงที่ส่งผลต่อการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

เนื่องจากการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่การระบาดระลอกที่ 2 ถึงระลอก 4 โดยในช่วงระลอก 2 ต่อ ระลอก 3 ที่มีการระบาดค่อนข้างรุนแรงในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 อันประกอบด้วยอุบลราชธานีและศรีสะเกษ ส่งผล กระทบต่อการทำงาน โดยภาครัฐให้เจ้าหน้าที่ คนทำงานสามารถทำงานที่บ้าน (work from home) ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การค่อนข้างมากต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ในช่วงเวลาดังกล่าว เนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในทีมวิจัยจากหน่วยงานภาครัฐ ไม่ได้ เดินทางลงพื้นที่เหมือนที่เคยปฏิบัติงานมา มีการจัดตารางเวลาลงพื้นที่ปฏิบัติงาน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อ โควิด-19 ทำให้การรวมทีมเพื่อลงพื้นที่ในแต่ละครั้งค่อนข้างล่าช้ากว่ากำหนด และต้องลงหลายครั้ง เนื่องจากข้อจำกัดของ จำนวนเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่จะลงพื้นที่ร่วมกับทางมหาวิทยาลัยฯ

ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การวิเคราะห์ผลเพื่อส่งต่อให้กับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ ประโยชน์ ณ เวลานั้น ไม่สามารถดำเนินการได้ทันเวลาหรือทันต่อสถานการณ์

1. การวัดผลในการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

ในประเด็นกรอบข้อมูลทั้ง 6 ด้าน ที่มีการรวบรวมและวิเคราะห์ผลนั้น หลังจากเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ สรุปผล ทีมวิจัยได้ส่งกลับให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ในส่วนของการติดตามผลการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ยัง ขาดการประสานงาน การร่วมประชุมหารือกับผู้บริหารของแต่ละหน่วยงานยังไม่สามารถดำเนินการได้ ทั้งนี้ มีเพียง ข้อมูลด้านความตระหนักรู้ทางสุขภาพ (health literacy) ของแรงงานข้ามชาติ ประชาชน แรงงานกลับภูมิลำเนา และ บุคลากรการแพทย์ ที่ทางทีมวิจัยได้ติดตามผล พบว่าสมัชชาสุขภาพจังหวัดนำข้อมูลผลการศึกษาไปใช้ในขบวนการ ขับเคลื่อน “ธรรมนูญสุขภาพต้านภัยโควิด” ดังนั้น แผนงานในอนาคตคือ ทางทีมวิจัยจะติดตามและประเมิน ประสิทธิภาพธรรมนูญสุขภาพกับการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 พื้นที่เขตสุขภาพ 10 (5 จังหวัด) ต่อไป

งานวิจัยต่อยอดในอนาคต

3.1 การศึกษาวิจัยควรเพิ่มเติม ในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนหรือสงสัย ได้แก่

- 1) การประเมินความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19
- 2) การประเมินความเชื่อมั่นต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน
- 3) การศึกษาผลกระทบของคนในชุมชนเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ประสิทธิภาพของการจัดหา สวัสดิการ ความเชื่อของหน่วยงานภาครัฐ
- 4) การติดตามในระยะยาวของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

3.2 การขยายการศึกษา กลุ่มเป้าหมายสำคัญ ที่ยังไม่ได้มีการศึกษาวิจัยมาก่อน หรือแม้มีการศึกษาแต่เป็นการศึกษา

เทียบเคียงไม่ได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายเหล่านั้นโดยตรง อาทิกลุ่มเป้าหมายที่ควรศึกษาเพิ่มคือ

- 1) กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งมีความเสี่ยงที่จะป่วยติดเชื้อและเสียชีวิตมากที่สุด เพื่อนำมาวางแผนการป้องกัน โดยเฉพาะการฉีดวัคซีนดังกล่าวแล้วและการรักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 ขึ้นมา
 - 2) กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะป่วยและเสียชีวิตรองลงมาจากผู้ป่วยและและเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะรณรงค์ให้มีการฉีดวัคซีนในระยะต่อมา
 - 3) กลุ่มเสี่ยงที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ หรือ กลุ่มเปราะบาง ได้แก่กลุ่มคนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง มีโรคประจำตัว ผู้มีโรค อากาศที่ไม่สามารถฉีดวัคซีนได้ กลุ่มคนด้อยโอกาสกลุ่มคนยากจน คนชนเผ่า ไม่เข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐ เป็นต้น
- 3.3 ประเมินประสิทธิภาพธรรมนูญสุขภาพกับการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 พื้นที่เขตสุขภาพ 10 (5 จังหวัด)
- 3.4 การประเมินประสิทธิผลการบริหารจัดการเมื่อโรคโควิด 19 กลายเป็น endemic disease โดยเน้นไปที่การค้นหามาตรการของด้านควบคุมโรค ไทย ลาว กัมพูชา
- 3.5 การศึกษาการป้องกันโรคอุบัติใหม่ หรือโรคติดต่อต่างๆที่มีรูปแบบการแพร่ระบาดคล้ายคลึงกับโรคโควิด-19

ภาคผนวก

1. การขับเคลื่อนชุมชนเข้มแข็งสู้โควิดโดยใช้ธรรมนูญสู้โควิด-19 (ส่วนของการนำผลงานไปใช้ประโยชน์ (บทที่ 5))

ในขณะหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องภาคเอกชนพยายามขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตั้งแต่มาตรการป้องกัน การคัดกรอง การตรวจสุขภาพการรักษาพยาบาลแล้ว ในชุมชนมาตรการในหมู่บ้านก็มีการรวมพลังชุมชน ลูกซิ่นสู้ หากไม่ช่วยกัน ลำพังภาครัฐ เอกชนอาจไปไม่รอด บ้านนาโพธิ์กลาง ตำบลนาโพธิ์ใต้ อำเภोजึงเจียม เป็นตำบลแรก ของประเทศไทยได้ใช้พลังชุมชน สร้างธรรมนูญสู้โควิด-19 ฉบับแรก จากการที่มีผู้ป่วยที่มีการระบาดมาจากสนามมวยกรุงเทพมหานคร ชาวบ้านตื่นตกใจ หาทหารอดร่วร่วมกัน คำตอบออกมาเป็น กติกาชุมชน ที่ประชาชนและทุกฝ่ายยอมรับและปฏิบัติตาม หรือที่พวกเราเข้าใจ คือ ธรรมนูญสู้โควิด-19 เริ่มแรกมีเพียงสิบกว่าข้อ เมื่อมีการระบาดมากขึ้นจึงได้ขยายให้ครอบคลุมมากขึ้น (รูปภาพที่ 50-51)



รูปภาพที่ 50 ทีมสมาชิกสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี



มีเคส จาก สนามมวยลุมพินี กับ มารักษาตัวที่ บ้าน จุต กระตุ้น ให้ ชาวบ้าน ทุกฝ่าย เอาด้วย อย่างเข้มข้น



คุณ เจ้าคณะตำบลวังโฮงเขียน

ธรรมนูญสุโขทัย 19

แห่งแรกประเทศไทย

- ชาวบ้าน ร่วมประชาคม หามาตรการป้องกัน เขียนเป็น กติกาชาวบ้าน เป็นข้อๆได้ 20 ข้อ



ประกาศสำนักงานธรรมนูญตำบลนาโพธิ์กลาง

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดให้มีสำนักงานธรรมนูญตำบลนาโพธิ์กลาง เป็นหน่วยงานกลางที่ออกธรรมนูญตำบล เพื่อให้กระบวนการจัดการปัญหา โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากชุมชนเป็นฐาน บ้าน วัด โรงเรียน ส่วนราชการ ร่วมกันแก้ไขปัญหา ร่วมคิด ร่วมแก้ไข ผ่านกลไกธรรมนูญตำบลนาโพธิ์กลาง และบุคคลหรือหน่วยงานอื่นที่เข้ามาในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์กลางโดยมีมติ นายอำเภอโฮงเขียน จึงจัดตั้งสำนักงานธรรมนูญตำบลนาโพธิ์กลาง โดยมีชื่อว่า "สำนักงานธรรมนูญตำบลนาโพธิ์กลาง" มีที่ตั้ง ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโฮงเขียน จังหวัดอุตรดิตถ์ และมีรายละเอียดดังนี้

๑. โครงสร้างสำนักงานธรรมนูญตำบลนาโพธิ์กลาง ให้เป็นไปตามแนวก ก
๒. เครื่องหมายสำนักงานธรรมนูญตำบลนาโพธิ์กลาง ให้เป็นไปตามแนวก ข
๓. คณะกรรมการสำนักงานธรรมนูญตำบลนาโพธิ์กลาง ให้เป็นไปตามแนวก ค
๔. ให้นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์กลาง โดยความเห็นชอบของประชาคมระดับตำบล มีอำนาจออกธรรมนูญตำบลนาโพธิ์กลาง ว่าด้วยการนี้

ให้นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นผู้อำนวยการควบคุมทิศทางการจัดทำธรรมนูญตำบลทุกเรื่อง อีกทั้งให้มีอำนาจแต่งตั้งบุคคลเพื่อทำหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ หรือกระทำการใด ๆ เพื่อความเหมาะสมในการออกธรรมนูญตำบลบรรจุวัตถุประสงค์ให้มีหรือแก้ไขธรรมนูญตำบล

การปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานธุรการทั้งหมด ให้เป็นไปตามที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกำหนด

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายวิชา อุ่นชุม)

นายกอำเภอโฮงเขียน

รูปภาพที่ 51 แนวทางการดำเนินงานธรรมนูญด้านภัยโควิด

ซึ่งในการขับเคลื่อนชุมชนเข้มแข็งรวมพลังสู้โควิด-19 เป็นกลไกหนึ่งที่หลายภาคีเครือข่าย ร่วมขับเคลื่อนและสนับสนุน ที่เป็นกลไกหลักที่สำคัญ คือ สมัชชาสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี โดยนายแพทย์สุพร ลอยหา ประธานสมัชชาสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี เป็นผู้นำการขับเคลื่อน รวมทั้งมูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบล ได้ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการขับเคลื่อนซึ่งมีการดำเนินงานโดยกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2558 เป็น สมัชชาอำเภอ ธรรมนูญตำบล ต่อมาเมื่อปี 2563 โรคโควิดระบาดจึงยกระดับ จากธรรมนูญตำบล เป็นธรรมนูญสู้โควิด-19 (รูปภาพที่ 52-53)



การขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพจังหวัด

สู่ระบบสุขภาพอำเภอ 2558-2559

(ROAD MAP)






สมัชชาสุขภาพจังหวัดสู่ระบบสุขภาพอำเภอ

วันที่ 6 ตุลาคม 2558

โรงแรมบ้านสวน คุณตา โฮเทล กอล์ฟ

รูปภาพที่ 52 กิจกรรมภายใต้ธรรมนูญด้านภัยโควิด 19



รูปภาพที่ 53 ผลการดำเนินงาน

รวมทั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ได้ให้นโยบายบูรณาการกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ) และตำบล (พชต) จัดการคุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องมือคือ ธรรมนูญสู่โควิด-19 ให้มีการขับเคลื่อนทุกอำเภอ ในปี 2564-2565 อำเภอละอย่างน้อย 2 ตำบล 25 อำเภอ รวม 50 ตำบล

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตสุขภาพที่ 10 ที่นำโดย นายแพทย์นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ ประธานกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตสุขภาพที่ 10 ได้มีการใช้นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยสนับสนุนให้มีการใช้ธรรมนูญสู่โควิด-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 5 จังหวัดได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดมุกดาหาร และจังหวัดยโสธร โดยมีตำบลที่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่ปี 2564-2565 ประมาณ 125 ตำบล

เพื่อให้เกิดการบูรณาการที่มีพลัง สามารถแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ จึงเกิดการเชื่อมประสานจากภาครัฐกับภาคประชาชน โดยนายแพทย์นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ ประธานกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตสุขภาพที่ 10 ได้เข้าหารือการขับเคลื่อนร่วมกับนายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10 ถึงแนวทางที่ขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และได้เห็นความสำคัญ ของการต่อสู้กับโควิด-19 จึงได้ บูรณาการเครื่องมือธรรมนูญสู่โควิด-19 กับการทำงานของทีมควบคุมโรคโควิด-19 ระดับตำบลเรียกว่า CCRT จะทำให้มีการหนุนเสริมเติมพลังกัน พร้อมทั้งได้กำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือกตำบลที่เข้าร่วมขับเคลื่อนธรรมนูญสู่โควิด-19 ไว้ 5 ประการ ได้แก่

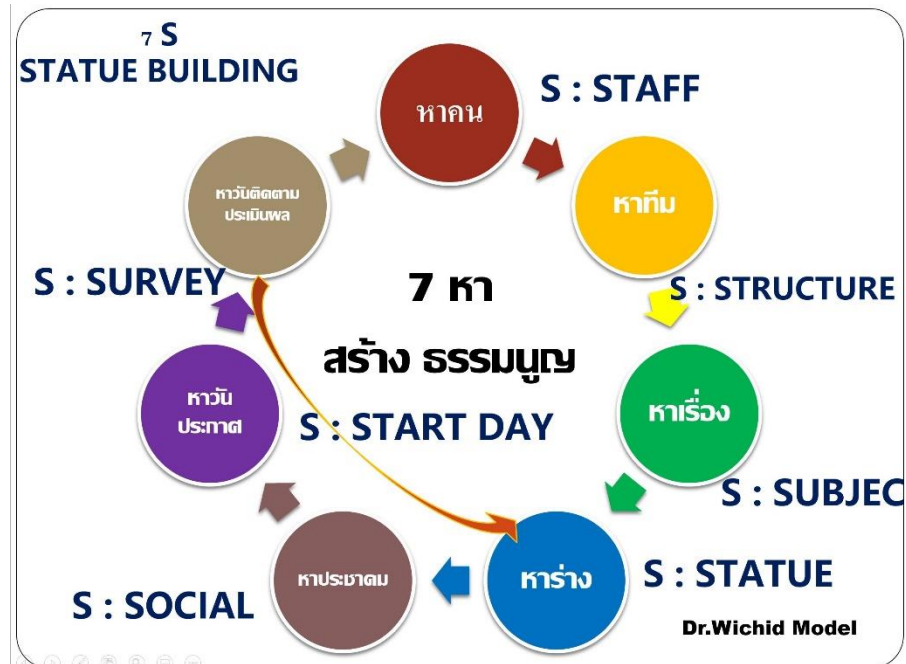
- 1) พื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุดและครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ต่ำสุด
- 2) พื้นที่ที่มีความสลับซับซ้อน เช่น อำเภอเมือง เป็นพื้นที่ ที่มีโรงงานอุตสาหกรรม

- 3) พื้นที่ ที่มีประเด็นปัญหาการสื่อสาร การรับรู้ ของประชาชน เช่น กรณี หลังหายป่วยโควิด19 ไม่อยากให้อยู่ในพื้นที่ เป็นต้น
- 4) มีต้นทุนเดิมในพื้นที่ เช่น มีธรรมณูญในพื้นที่ พื้นที่ที่มีความแข็ง
- 5) พื้นที่ที่มีศูนย์ช่วยเหลือโควิดชุมชน (Community Isolation : CI) ทั้งระดับอำเภอ และ ระดับตำบล หรือ โรงพยาบาลสนาม ตั้งอยู่

การขับเคลื่อนธรรมณูญสู่โควิด-19 จังหวัดอุบลราชธานี มีเป้าหมายในปี 2564-2565 อำเภอละ 2 ตำบล 25 อำเภอ รวม 50 ตำบล แต่พื้นที่ เห็นความจำเป็น ความสำคัญเป็นโอกาสในการพัฒนาในการป้องกันและควบคุมโควิด-19 แต่ละอำเภอ จึงมีตำบลที่เข้าร่วม ธรรมณูญสู่โควิด-19 เพิ่มขึ้นอีก 75 ตำบล รวมแล้ว 125 ตำบล

นอกจากนั้นประการหนึ่งที่มีการขับเคลื่อน เพิ่มมากขึ้น เนื่องจาก มีพื้นฐานการขับเคลื่อนตำบลจัดการคุณภาพชีวิตกับ พชอ. สมัชชาสุขภาพระดับอำเภอ ธรรมณูญตำบล มาตั้งแต่ปี 2558 ตามที่กล่าวมา แล้วนั้น ทำให้เห็นแนวทาง ขั้นตอน การสร้างและขับเคลื่อนธรรมณูญ ประกอบกับเมื่อปี 2564 ดร.วิจิต พุ่มจันทร์ ได้ถอดบทเรียนและกระบวนการ ธรรมณูญจากพื้นที่ต่างๆที่สามารถขับเคลื่อนธรรมณูญได้สำเร็จ ว่ามีกระบวนการ ขั้นตอน เทคนิคอย่างไร ในการสร้าง ธรรมในพื้นที่ โดยได้สรุปเป็นแนวทางการสร้างธรรมณูญ 7 แนวทาง หรือ 7 หา หรือ 7s ได้แก่ (รูปภาพที่ 54)

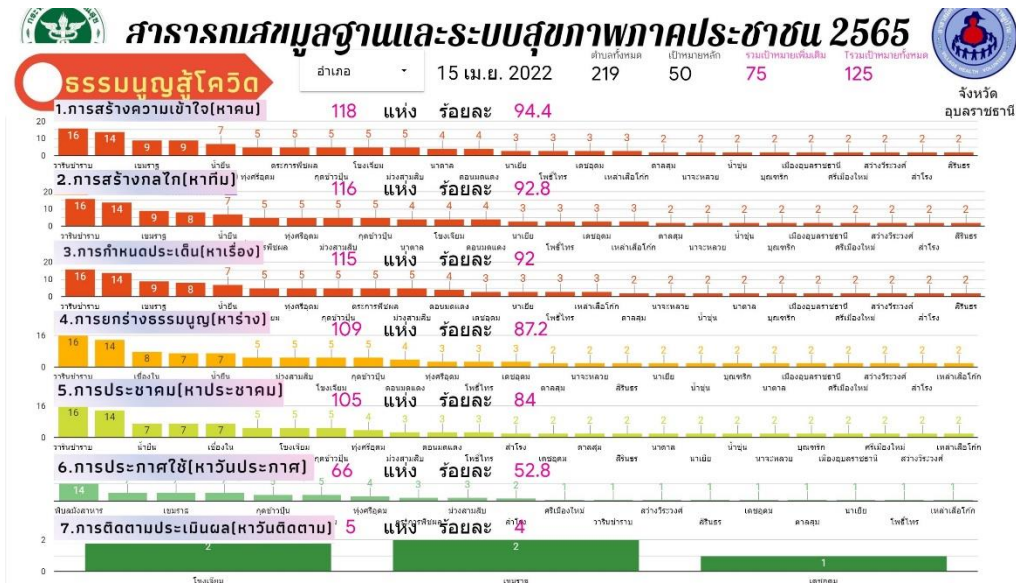
- 1) หาคณ (Staff)
- 2) หาทีม (Structure)
- 3) หาเรื่อง (Subject)
- 4) หาร่าง (Statue)
- 5) หาประชาคม (Social)
- 6) หาวันประกาศ (Start)
- 7) หาวันติดตาม(Survey)



รูปภาพที่ 54 แนวทางการสร้างธรรมนูญ 7 แนวทาง

จังหวัดอุบลราชธานี จึงได้ใช้แนวทางดังกล่าวสื่อสาร กับพื้นที่ พร้อมทั้ง สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้กำหนด TEMPLATE กลาง พร้อมเป็นตัวชี้วัด ให้แต่ละอำเภอได้มีทิศทางและ แนวทางที่เป็นรูปธรรมในการขับเคลื่อน ผลการใช้แนวทาง การขับเคลื่อนธรรมนูญสู่โควิด-19 ตามแนวทางดังกล่าว มี ผลงานดังนี้ (ณ วันที่ 15 เมษายน 2565) (รูปภาพที่ 55)

- 1) การสร้างความเข้าใจ (หาคณ) 118 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 94.4
- 2) การสร้างกลไก (หาทีม) 116 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 92.8
- 3) การกำหนดประเด็น (หาเรื่อง) 115 แห่ง ร้อยละ 92
- 4) การยกร่างธรรมนูญ (หาร่าง) 109 แห่ง ร้อยละ 87.2
- 5) การประชาคม (หาประชาม) 105 แห่ง ร้อยละ 84
- 6) การประกาศใช้ (หาวันประกาศ) 66 แห่ง ร้อยละ 52.8
- 7) การติดตามและประเมินผล (หาวันติดตาม) จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 4 ซึ่งทั้ง 5 แห่งประสบ ผลสำเร็จในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพต้านภัยโควิด



รูปภาพที่ 55 ผลงานการขับเคลื่อนธรรมนูญด้านภัยโควิด 19

