

รายงานฉบับสมบูรณ์

รายงานการประเมินการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือ ต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาล โดยใช้กลไกและระบบสนับสนุนของยุทธศาสตร์ความปลอดภัย ของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564

กุมภาพันธ์ 2565

คณะผู้วิจัย

นางสาววิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร

ภญ.บุษดี โสบุญ

นายณภดล พิมพ์สาร

นางสาวปภาดา ราษฎร์รอง

ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

ดร. ภญ.ศรีเพ็ญ ต้นติเวส



โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

รายงานการประเมินการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของ
สถานพยาบาลโดยใช้กลไกและระบบสนับสนุนของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและ
บุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564

จัดทำโดย
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
กุมภาพันธ์ 2565

คณะผู้ประเมิน

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. น.ส.วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 2. ภญ.บุสดี โสบุญ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 3. นายนภดล พิมสาร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 4. น.ส.ปภาดา ราญรอน | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 5. ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 6. ดร. ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

คำนำ

โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก ในปัจจุบัน มีผู้ติดเชื้อสะสมถึง 280 ล้านคน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตสะสมสูงถึง 5 ล้านคน (ข้อมูลถึงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565) การระบาดของโรคดังกล่าว นับเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กล่าวคือ สถานพยาบาลในหลายพื้นที่ประสบกับปัญหาการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยที่ติดเชื้อและผู้ที่จำเป็นต้องรับบริการอื่น ๆ เช่น การรับวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรค ในขณะที่สถานพยาบาลมีทรัพยากร อันได้แก่ บุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา เวชภัณฑ์ งบประมาณ รวมถึงข้อมูลที่สำคัญอย่างจำกัดจนถึงขีดสุดในบางพื้นที่ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการดำเนินงานของระบบบริการทางสาธารณสุข หากไม่มีมาตรการบริหารจัดการที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันการแพร่เชื้อ COVID-19 ที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่มีความรุนแรงและยังคงมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นที่สถานพยาบาลและระบบบริการทางสาธารณสุขในภาพรวมจะต้องเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อในระยะต่อไป สำหรับการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับบุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วย/ประชาชนที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาลนั้น ประเทศไทยมียุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2561 โดยสถานพยาบาลหลายแห่งได้ประกาศนโยบายเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ซึ่งอาจมีส่วนช่วยให้สถานพยาบาลในการเตรียมความพร้อมได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จึงมอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ศึกษาบทบาทของกลไกและระบบสนับสนุนที่ระบุในยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอันจะเป็นประโยชน์ในกรณีที่เกิดสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขจากการระบาดของโรคติดเชื้อในอนาคต

คณะผู้ประเมิน

กุมภาพันธ์ 2565

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ประเมินขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลและความคิดเห็นต่าง ๆ ในโครงการนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่เข้าร่วมการประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อโครงร่างการประเมินและผลการประเมินในเบื้องต้น

ขอขอบคุณ นายมานิต สิทธิมาตร เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างประเทศ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพที่ช่วยแปลและตรวจสอบความถูกต้องของบทสรุปผู้บริหารฉบับภาษาอังกฤษ

สุดท้ายนี้ คณะผู้ประเมินขอขอบคุณสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการประเมินครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในรายงานเป็นความรับผิดชอบของคณะผู้ประเมิน หน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณและทุนวิจัย อาจไม่เห็นด้วยกับเนื้อหาบางส่วนหรือทั้งหมดที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้

คณะผู้ประเมิน

บทสรุปผู้บริหาร

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบบทบาทของกลไก/ระบบสนับสนุนของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) พ.ศ. 2561-2564 ต่อการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลในการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในอนาคต การประเมินใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การทบทวนเอกสารทั้งในและต่างประเทศ การสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่มกับผู้บริหารสถานพยาบาลและบุคลากรจำนวน 101 คน จากสถานพยาบาล 20 แห่ง ในระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565

การประเมินพบว่า การกำหนดมาตรการและการนำมาตราการไปสู่การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการรับมือต่อโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety กับสถานพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ไม่แตกต่างกันมาก และคล้ายคลึงกับสถานพยาบาลในต่างประเทศ เช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการ/ผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารสถานการณ์ COVID-19 และการใช้ข้อมูลจากหน่วยงานส่วนกลาง นโยบายของภาครัฐ/หน่วยงานต้นสังกัด คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และการใช้ประสบการณ์ที่เคยรับมือต่อโรคติดเชื้ออื่น ๆ ในอดีตเป็นปัจจัยนำเข้าในการกำหนดมาตรการ โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดและการนำมาตราการไปสู่การปฏิบัติที่เหมือนหรือแตกต่างกัน ทั้งปัจจัยภายในหน่วยงาน ได้แก่ ศักยภาพของสถานพยาบาล ภาวะผู้นำของผู้บริหารในสถานพยาบาล หรือเครือข่ายที่มีอยู่ และปัจจัยภายนอกหน่วยงาน ได้แก่ สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ นโยบายหรือคำสั่งของหน่วยงานส่วนกลาง สภาวะแวดล้อมของสถานพยาบาล (เช่น ที่ตั้ง ลักษณะของสังคม ชุมชน หรือประชากรโดยรอบสถานพยาบาล) รวมไปถึงความคาดหวังและแรงกดดันของสังคมที่มีผลต่อการกำหนดและดำเนินมาตรการต่าง ๆ

ทั้งนี้ มาตรการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่เปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตตลอดระยะเวลาที่ผ่านมากว่าสองปีที่ผ่านมา หลายมาตรการอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ COVID-19 เช่น การให้บริการรักษาทางไกลแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือการเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน การหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ใหม่มาปฏิบัติงานบางอย่างที่ไม่เคยดำเนินการมาก่อนเพื่อทดแทนเจ้าหน้าที่ซึ่งไปปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังขาดข้อมูล ตัวชี้วัด แนวทางติดตามประเมินผลกระทบของมาตรการเหล่านี้และวิธีลดผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

สถานพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีการสื่อสารมาตรการจากระดับบริหารไปยังบุคลากรระดับปฏิบัติงานผ่านระบบโครงสร้างในการทำงาน (เช่น การสื่อสารผ่านหัวหน้าแผนก) และการสื่อสารในรูปแบบออนไลน์ สถานพยาบาลส่วนใหญ่กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินมาตรการผ่านการรายงานจากหัวหน้าแผนกหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ในการกำกับติดตาม มีเพียงสถานพยาบาลบางส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่มีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานและประเมินผลจากประชาชนผู้รับบริการ

สถานพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้มีการนำเอากลไกและเครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัย มาปรับใช้ในการรับมือต่อการระบาด เช่น การนำเอาเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร สาธารณสุข หลักแนวคิดเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยและการรายงานความเสี่ยง หรือหลักการการบริหารงานคุณภาพมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนเพื่อรับมือต่อการระบาด แต่จากการประเมินพบว่า สถานพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงการปรับปรุงแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร สาธารณสุขเพื่อรับมือต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อ COVID-19 ของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ (จัดพิมพ์ เป็นรูปเล่มแล้วเสร็จในเดือนมกราคม พ.ศ. 2564) และสถานพยาบาลบางส่วนไม่ทราบถึงการจัดการ อบรมที่เกี่ยวข้อกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขที่ถูกจัดขึ้นโดยสถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563) ซึ่งอาจเกิดจากการเลือกใช้ สื่อหรือช่องทางในการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมกับผู้รับสาร เช่น การเผยแพร่เอกสารในรูปแบบเล่ม (hard copy) เท่านั้น ดังนั้น สรพ. ในฐานะผู้ส่งสารจึงควรต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจกับพฤติกรรมและความ ต้องการที่เปลี่ยนไปของผู้รับสาร พัฒนาสารที่มีความน่าสนใจและดึงดูดมากขึ้น ปรับปรุงช่องทางการ สื่อสารให้เหมาะสมกับผู้รับสาร รวมถึงกำกับติดตามและประเมินประสิทธิภาพในการสื่อสารของ หน่วยงานส่วนกลางอย่างสม่ำเสมอ และผู้บริหารสถานพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ตาม สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสถานพยาบาลอื่น ๆ

นอกจากนี้ในสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขจากการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎหมาย ประกาศกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นระยะ เช่น ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตาม กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ณ ที่พำนักของผู้ป่วยเป็นการชั่วคราว ส่งผลให้บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้ป่วย โรงแรม และสถานที่อื่นในชุมชน เช่น วัด หรือโรงเรียน ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของสถานพยาบาลสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 ที่ยังมีช่องว่าง ระหว่างนโยบายรวมถึงรายละเอียดในทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และชุมชนอยู่มาก ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ สามารถเข้าไปมีบทบาทสนับสนุนการดำเนินนโยบายใหม่ ๆ เหล่านี้ได้มากเพราะมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับยุทธศาสตร์

ผู้ประเมินมีข้ออภิปรายต่อผลการประเมิน ดังนี้ 1) ความคล้ายคลึงกันของนโยบายระหว่าง สถานพยาบาลที่เป็นตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety หรือไม่ก็ตาม อาจเกิดจากโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้ขาดข้อมูลที่หลากหลายในการ ตัดสินใจจึงมีการใช้ข้อมูลจากแหล่งเดียวกันเป็นส่วนใหญ่ 2) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 การตัดสินใจใช้มาตรการต่าง ๆ ของสถานพยาบาลเกือบทั้งหมดอยู่บนความไม่แน่นอน ดังนั้น การสื่อสารและให้โอกาสประชาชนทั่วไปหรือผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลประกอบการ พิจารณาหรือตัดสินใจกำหนดมาตรการ จะทำให้เกิดความเข้าใจ ไว้วางใจ และเป็นการแบ่งปันความ รับผิดชอบต่อมาตรการและผลกระทบที่เกิดขึ้น 3) การสื่อสารภายในสถานพยาบาลนอกจากการใช้กลไก

เดิมที่มีอยู่แล้ว ผู้กำหนดมาตรการควรสื่อสารด้วยความโปร่งใส อย่างมีกลยุทธ์ เพื่อให้กำลังใจ ลดความ ตื่นตระหนกและความเครียดของบุคลากรและควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารกับหน่วยงานอื่น ๆ และ ประชาชนในชุมชนให้มากขึ้นกว่าในอดีต 4) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินมาตรการควรมี การดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำกับติดตามและประเมินผลในมาตรการที่ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพราะเป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่สุดและมีโอกาส เกิดผลกระทบสูงต่อระบบสุขภาพในอนาคต เพื่อที่จะได้สร้างองค์ความรู้เพื่อนำมาปรับปรุงมาตรการที่ ดำเนินการแล้วให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ต่อกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร สาธารณสุข

- 1) ควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 และผู้ป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับผลกระทบจากการปรับระบบการให้บริการทาง สาธารณสุขในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยการออกคำแนะนำหรือให้ การสนับสนุนแก่สถานพยาบาลในการสร้างระบบการกำกับติดตามและประเมินผลกระทบ จากมาตรการอย่างเป็นระบบ
- 2) ควรใช้ประเด็นเรื่องโรคอุบัติใหม่ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เช่น การ สนับสนุนให้เกิดระบบ/วิธีการสร้างบุคลากรสาธารณสุขในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้มีศักยภาพและมีความตระหนักด้านความปลอดภัย หรือการใช้ความร่วมมือ จากภาคีเครือข่ายเพื่อสะท้อนเรื่องความปลอดภัยในการให้บริการทางสาธารณสุขในช่วง สถานการณ์ COVID-19 เป็นต้น
- 3) ควรปรับปรุงเครื่องมือและกลไกภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ให้มีความทันสมัยและ สอดคล้องกับสถานการณ์ กฎหมาย หรือประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องซึ่งได้ทยอย ออกมาเป็นระยะ ให้สถานพยาบาลสามารถนำเครื่องมือและกลไกที่มีอยู่ไปปรับใช้ และ สนับสนุนบุคลากรในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับนโยบายใหม่ ๆ พร้อมทั้งมีการกำกับ ติดตามและประเมินผลการใช้เครื่องมือและกลไกภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ อย่าง สม่าเสมอ
- 4) ควรปรับวิธีในการสื่อสารนโยบาย/ข้อมูลไปยังสถานพยาบาลให้มีกลยุทธ์ที่เหมาะสม มีความ โปร่งใส ชัดเจน รวดเร็ว และเข้าถึงง่าย เช่น การสื่อสารผ่านฐานข้อมูลออนไลน์ที่เผยแพร่สู่ สาธารณะ และควรมีการกำกับติดตามและประเมินประสิทธิภาพในการสื่อสารของหน่วยงาน ส่วนกลางอย่างสม่ำเสมอ

ต่อสถานพยาบาล

- 1) ควรสร้างกลยุทธ์และเพิ่มช่องทางในการสื่อสารให้เกิดการสื่อสารแบบสองทาง (two way communication) ทั้งภายในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล (ระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงประชาชนในพื้นที่) เกี่ยวกับสถานการณ์และมาตรการต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาล
- 2) ควรสร้างระบบการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินมาตรการอย่างเป็นระบบ โดยการกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการปรับระบบการให้บริการทางสาธารณสุขในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทั้งผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อ COVID-19
- 3) ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือผู้ป่วยในการกำหนดมาตรการของสถานพยาบาล เช่น การตัดสินใจผ่านคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาลที่มีบุคคลในชุมชนรวมอยู่ด้วย เป็นต้น

Executive summary

This study aimed to understand the roles of an existing mechanism or supportive system, namely Patient and Personnel Safety strategy 2018-2021 (2P Safety strategy), upon hospitals' preparedness and response to Coronavirus disease (COVID-19). This was also to provide evidence informed policy recommendations for other emerging outbreaks in the future. This study employed qualitative research approach, including desk-based review of documents, in-depth interviews, and focus group discussions. In total, data were collected among 101 individuals who were hospital executives and healthcare workers from 20 facilities, during July 2021 and January 2022.

The results revealed that the policy development and implementation of COVID-19 response were not different among 2P Safety and non-2P Safety Hospitals. Moreover, these were also similar to policy and implementation found in other countries. For example, they assigned the committees who would be responsible for managing the COVID-19 situation in their hospitals. Government policies and guidelines, expert opinions, and their previous experiences of infectious disease response were also used as the key inputs during their policy development. However, there were also other factors affecting hospitals' policies, for instance, internal factors of hospitals' capacity, leadership of executive members, and their available networks. For external factors, they included local situations of COVID-19, national policies, surrounding environments (e.g., location, population, community, or society), and social pressure and expectations.

Most of hospitals' policies considered and valued the dynamic and rapid change of the COVID-19 outbreak. Many of those policies might also cause some disruptions towards essential care services for non-COVID-19 patients, including shifting to more of remote cares and virtual treatments, postponing non-urgent surgeries, and reallocating staff with new roles to cover those dealing with COVID-19. Yet, considering lack of information and inadequate indicators, it is still unclear in terms of guidelines for monitoring and evaluation (M&E) of those newly developed policies, as well as mitigation strategies for potential negative impacts.

In this study, it was found that healthcare facilities had communication strategies that follow the order of their governance structures (from head to lower

ranked members). These were used by many facilities as a means for M&E, where online platforms were also utilised. Though, some facilities did use feedback from patients as an indicator for their M&E processes.

Several mechanisms from the 2P Safety strategy were used by healthcare facilities involved in this study. For example, they had adopted the national patient and personnel goals, safety culture concept, to prepare and respond to the COVID-19 pandemic. Nevertheless, most of them were not aware of the revised version of patient and personnel safety goals for emerging infectious diseases, which was published in January 2021 by Healthcare Accreditation Institute (HAI). Some also never knew about any trainings or seminars related to COVID-19 and 2P safety by the HAI before. This might be due to having inappropriate communication channels with audiences, for example distributing the revised safety goals only in a hard copy format.

In addition, in the situation of public health emergency from COVID-19, the royal Thai government and the Ministry of Public Health had periodically announced several new rules and regulations. For example, these included the announcement of the law on communicable diseases in case of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), and that of some temporary medical facilities for being patient's care centres. There were patient's home, hotels, and other places in the community such as temples and schools. Still, there was a gap between policy and practice for safety of patient, healthcare personnel, and community, and that requires public involvement during policy development process.

There are several discussion points derived from this study. They are as follow;

- (i) the similarities of the policies found among hospitals sampled in this study might be due to the spread of COVID-19 and using the same source of information to support decision, considering a lack of information elsewhere. As a result, this led to a lack of diverse information in decision-making;
- (ii) decisions made to implement any specific policies, in the situation of the outbreak of COVID-19, were subject to some levels of uncertainty. Hence effective public communication is key to promote mutual understanding, trust, and responsibility sharing in community;
- (iii) communication strategies should be built upon existing resources and mechanisms, in which transparency, empathy, and inclusivity should be considered;
- (iv) there should a

systematic approach of M&E for any newly developed policies, and especially their impacts on non-COVID-19 patients in order to synthesize them into lessons learned as a way forward.

Policy recommendations

To Ministry of Public Health and national committee on 2P Safety strategy:

- Safety of both COVID-19 and non-COVID-19 patients should be valued, particularly those who might be affected by new rules and altered service systems. Guidelines for healthcare facilities should also be developed to support M&E process of those new measures.
- Emerging infectious diseases should be used to substantiate the value and promote the adoption of 2P Safety strategy in Thailand, encouraging more awareness and capacity building of healthcare personnel in terms of safety during outbreaks, and utilising network and collaboration.
- Tools and mechanisms under the 2P Strategy should be regularly updated in response to new rules and regulations announced by the government, where continuous M&E should also be in place.
- There should be an effective way of communications between policymakers and implementors (healthcare facilities) in terms of new policy and information. It should also be transparent, clear, fast, and easy to access manner, together with regular M&E.

To healthcare facilities:

- Communication strategies should be adjusted, promoting more of two ways communication between internal and external actors (including other hospitals, health organizations, and communities).
- Monitoring and Evaluation processes should be developed and employed in a systematic manner, having clear safety measurement indicators for COVID-19 and non-COVID-19 patients
- Public and patients should be involved in the process of policy development, for example, via hospital advisory committees that include people from the community.

สารบัญ

บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 คำจำกัดความ.....	3
1.3 การทบทวนวรรณกรรม	5
1.3.1 โรคติดเชื้อ COVID-19	5
1.3.2 การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อการเกิดโรคระบาดของสถานพยาบาล	6
1.3.3 มาตรการของสถานพยาบาลเพื่อรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19	9
1.4 กรอบแนวคิดการประเมินการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาล	10
1.5 วัตถุประสงค์ของการประเมิน.....	11
บทที่ 2 วิธีการประเมิน.....	13
2.1 การทบทวนเอกสารอย่างมีขอบเขต (scoping review)	13
2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม	16
2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล	18
2.4 การประกันคุณภาพการประเมิน	18
2.5 จริยธรรมเกี่ยวกับการประเมิน.....	18
บทที่ 3 ผลการทบทวนมาตรการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาลใน ต่างประเทศ.....	21
3.1 การกำหนดมาตรการและการนำมาตรการไปสู่การปฏิบัติ	21
3.2 มาตรการของสถานพยาบาลในต่างประเทศ.....	22
3.3 ปัจจัยความสำเร็จหรือล้มเหลวของการประกาศใช้มาตรการ.....	28
3.4 บทสรุป.....	29
บทที่ 4 ผลการประเมินการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของ สถานพยาบาลในประเทศไทย.....	30
4.1 มาตรการที่สถานพยาบาลกำหนดขึ้นเพื่อรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19	30

4.2 กระบวนการกำหนดมาตรการ.....	32
4.3 ปัจจัยนำเข้า (inputs) ในการกำหนดมาตรการ.....	34
4.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจกำหนดมาตรการ.....	35
4.5 การนำมาตรการไปสู่การปฏิบัติ.....	37
4.6 การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัย ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19	40
4.7 ข้อเสนอแนะจากสถานพยาบาลต่อการขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19	44
บทที่ 5 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	45
5.1 อภิปรายผลการประเมิน.....	45
5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	51
เอกสารอ้างอิง	53
ภาคผนวก	63
ภาคผนวก 1 แนวคำถามสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม	64
ภาคผนวก 2 เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	69
ภาคผนวก 3 สรุปมาตรการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมิน.....	70
ภาคผนวก 4 ความเสี่ยงของผู้ป่วยจากการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19	85

สารบัญตาราง

ตาราง 1 คำสำคัญที่ใช้ในการค้นหาเอกสารจากฐานข้อมูลบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ.....	14
ตาราง 2 เกณฑ์การคัดเลือกสารเข้าและคัดออก	14
ตาราง 3 ผลการคัดเลือกเอกสารต่างประเทศที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ (grey literature)	16
ตาราง 4 สถานพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง.....	19
ตาราง 5 ตัวอย่าง Patient and Personnel Safety for Emerging Infectious Disease 2021 (เดือน มกราคม พ.ศ. 2564) ^[85]	41

สารบัญรูปภาพ

รูป 1 เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข ตาม ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564 ^[9]	3
รูป 2 การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลเพื่อรองรับความต้องการในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ที่เพิ่มขึ้น ^[21]	7
รูป 3 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	11
รูป 4 ผลลัพธ์การค้นหาเอกสารจากฐานข้อมูลบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ	15
รูป 5 ประเด็นสำคัญในการสื่อสารเพื่อให้เกิดพลังในการรับมือกับวิกฤต ^[90]	48

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคติดเชื้อ COVID-19 ถูกพบครั้งแรก ณ เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลาย พ.ศ. 2562 จากนั้นพบการแพร่กระจายของเชื้อไปยังประเทศอื่น ๆ กว่า 220 ประเทศทั่วโลก โดยในปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2565) พบจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมกว่า 328 ล้านคน และเสียชีวิตกว่า 5.5 ล้านคน^[1] สำหรับประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 2,344,933 คน และเสียชีวิต 21,968 คน^[2] จากจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ประเทศต่าง ๆ รวมถึงประเทศไทยออกแนวทางปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 รวมทั้งเตรียมความพร้อมและจัดระบบการปฏิบัติงานที่สามารถให้บริการผู้ติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างเพียงพอ^[3-7]

ตั้งแต่ พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา สถานพยาบาลหลายแห่งได้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564^[8] (ยุทธศาสตร์ระยะ 4 ปี) ที่จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง¹ นโยบายดังกล่าวมีวิสัยทัศน์เพื่อให้ประเทศไทยมีระบบบริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคน ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์^[8] ได้แก่

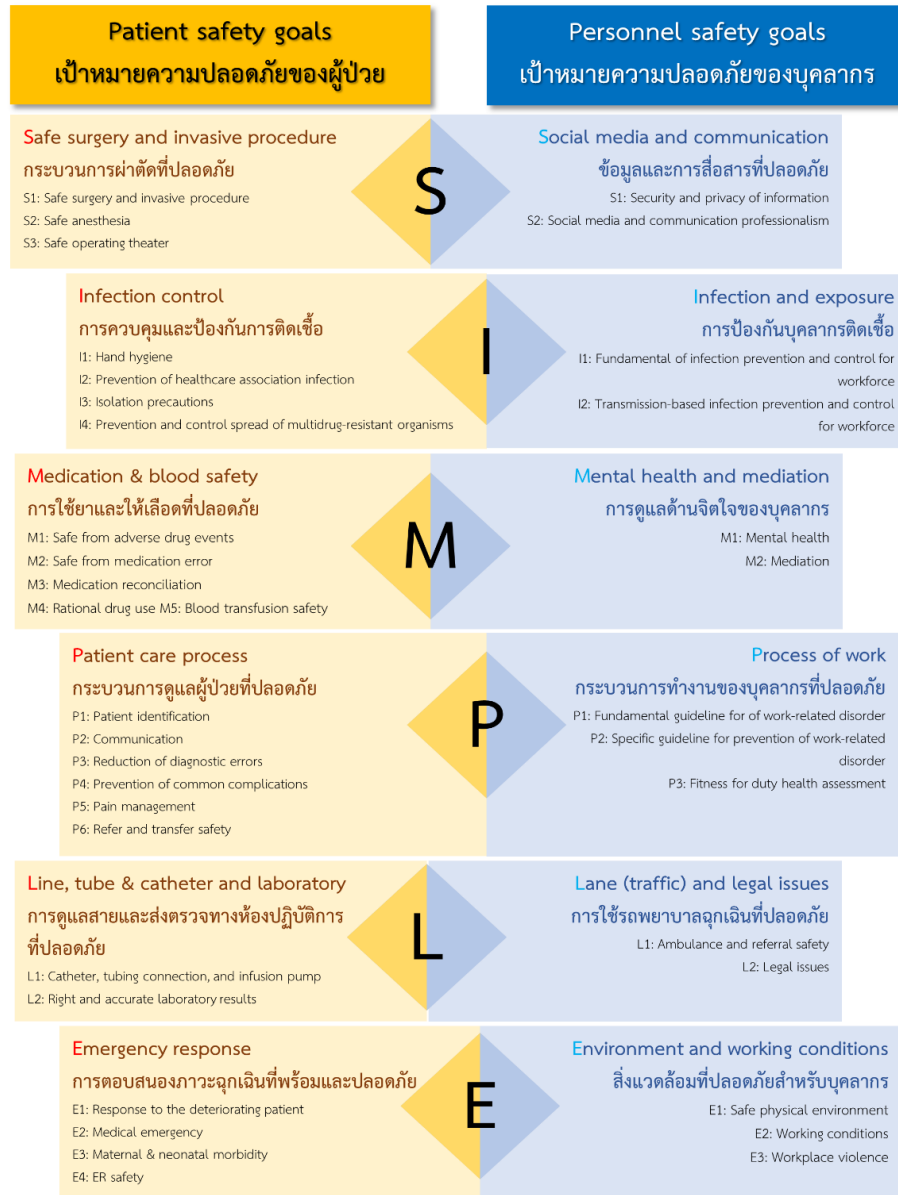
- 1) สร้างบุคลากรสาธารณสุขให้มีศักยภาพและความตระหนักในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย
 - 2) สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม ผู้ป่วย และองค์กรต่าง ๆ ในระบบบริการทางสาธารณสุข
 - 3) พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการทางสาธารณสุข
 - 4) สร้างระบบรายงาน เรียนรู้ และวัดผลลัพธ์บริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพและความปลอดภัย
 - 5) เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมกำกับ ตรวจสอบ และอภิบาลระบบบริการทางสาธารณสุข
- สถานพยาบาลที่เข้าร่วมดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ต้องบูรณาการเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient goals) และเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข

¹ สภาวิชาชีพ (แพทยสภา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาเทคนิคการแพทย์) กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน ชมรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

(personnel goals) (รูป 1) เป็นส่วนหนึ่งของงานในสถานพยาบาล ^[9] รวมทั้งใช้เครื่องมือภายใต้ ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ อันได้แก่

- 1) ระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (national reporting and learning system, NRLS) เป็นระบบฐานข้อมูลอุบัติการณ์ ความเสี่ยงตามนโยบาย 2P Safety ในภาพรวมของประเทศ ที่รับข้อมูลการรายงานจากระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลบนคลาวด์ (healthcare risk management system on Cloud: HRMS on Cloud) ซึ่งเป็นระบบฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล หรือรับข้อมูลจากระบบบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่ไม่ใช้ระบบ HRMS on Cloud ^[10]
- 2) ระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล (hospital safety culture survey, HSCS) เป็นระบบสารสนเทศที่ใช้ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยจากบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล มีการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจ โดยผู้บริหารของโรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลจากการสำรวจไปใช้ในการวางแผนพัฒนาองค์กรและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ^[11, 12]
- 3) ระบบรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ (patient experience program, PEP) เป็นระบบสำรวจความคิดเห็นของผู้รับบริการในโรงพยาบาล และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการปรับระบบการให้บริการของโรงพยาบาล ^[11, 12]

การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ อาจมีส่วนช่วยสนับสนุนสถานพยาบาลในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ดังนั้น จึงควรมีการประเมินบทบาทของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาเครื่องมือหรือกลไกที่จะช่วยสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุข และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเพื่อเตรียมพร้อมและรับมือต่อสถานการณ์เช่นนี้ในอนาคต



รูป 1 เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข ตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564 ^[9]

1.2 คำจำกัดความ

- กลไกและระบบ

กลไก หมายถึง สิ่งที่ทำให้ระบบขับเคลื่อนหรือดำเนินอยู่ได้ ^[13]

ระบบ หมายถึง กลุ่มของสิ่งต่าง ๆ ที่มีสมาชิกหรือองค์ประกอบภายในกลุ่มทำงานสัมพันธ์กัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ^[13]

กลไกและระบบสนับสนุนของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ หมายถึง สิ่งหรือกลุ่มของสิ่งต่าง ๆ ภายใต้อยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ที่มีความสัมพันธ์และทำงานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยให้

สามารถบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ที่ตั้งไว้ เช่น คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน และ เครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ เป็นต้น

- การเตรียมความพร้อม (preparedness)

หมายถึง ความพยายามในการเตรียมการรับมือกับสาธารณสุขทั้งในช่วงก่อนเกิด ระหว่างเกิด และหลังเกิดสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้คนมีความสามารถในการคาดการณ์ เฝ้าระวัง เหตุ และจัดการกับผลกระทบจากสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ^[13]

การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในที่นี้ จึงหมายถึง ความพยายามเตรียมการรับมือกับโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาล โดยการทำ ความเข้าใจและศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อ COVID-19 การวางแผนการรับมือ การมีแนวทาง ปฏิบัติ หรือการออกมาตรการ/นโยบายในด้านต่าง ๆ ทั้งในช่วงก่อนเกิด ระหว่างเกิด และหลังเกิดการ ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

- ความปลอดภัย

หมายถึง การปราศจากความเสียหาย หรืออันตรายอันเป็นผลจากการรักษา ได้แก่ การที่ผู้ป่วย ตาย พิการ หรือได้รับความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นมีผลให้ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยมิได้คาดหมายมา ก่อน เช่น ผลจากโรคแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ผลจากอุบัติเหตุ ความผิดพลาดต่าง ๆ ^[14]

ความปลอดภัยในที่นี้หมายถึงรวมถึง การปราศจากความเสียหาย หรืออันตราย ได้แก่ การเสียชีวิต พิการ หรือได้รับความเจ็บป่วย อันเป็นผลจากการปฏิบัติหน้าที่หรือให้บริการของบุคลากรสาธารณสุข

- บุคลากรสาธารณสุข

หมายถึง บุคคลซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพของผู้ป่วยทั้งแบบ ประจำและชั่วคราว และได้รับค่าจ้างหรือไม่ได้รับค่าจ้าง ^[15]

- ผู้ป่วย

หมายถึง ผู้ขอรับบริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในสถานพยาบาล เช่น การตรวจ การรักษาโรค การฟื้นฟูร่างกาย การป้องกันโรค เป็นต้น ^[13]

- ผู้เยี่ยมเยียน (visitor)

หมายถึง ผู้ติดตามผู้ป่วย (เช่นญาติ) หรือผู้เดินทางมายังสถานพยาบาลแต่ไม่ได้รับบริการ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

- สถานพยาบาล 2P Safety

หมายถึง สถานพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety Hospitals: 2P Safety Hospitals) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 636 แห่ง ^[15] โดยมีหลักเกณฑ์และข้อกำหนดสำหรับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ^[16] ดังนี้

- 1) สถานพยาบาลยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ
- 2) สถานพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบบริการเพื่อเป้าหมายให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยตามนโยบายและยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ และมีการประกาศนโยบาย 2P Safety ของสถานพยาบาล
- 3) สถานพยาบาลยินดีและพร้อมสำหรับการนำเครื่องมือเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยทั้งหมดในโครงการ (ตามคำจำกัดความข้อ 1.2.4) ไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาระบบบริการตามเงื่อนไขของการใช้งานเครื่องมือแต่ละชนิด
- 4) สถานพยาบาลยินดีที่จะเข้าร่วมเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลไกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของโครงการ

1.3 การทบทวนวรรณกรรม

1.3.1 โรคติดเชื้อ COVID-19

ไวรัสโคโรนา หรือ Coronaviruses เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (single stranded RNA virus) ที่สามารถก่อให้เกิดโรคได้ในคนและสัตว์ ^[17] โดยมักก่อให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจในคน อย่างไรก็ตามโรคใช้หวัดไปจนถึงโรคที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรง เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East respiratory syndrome: MERS) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (severe acute respiratory syndrome: SARS) เป็นต้น ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (severe acute respiratory syndrome coronavirus-2, SARS-CoV-2) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งมีการกลายพันธุ์อย่างต่อเนื่อง โดยปัจจุบันมีเชื้อกลายพันธุ์ที่สำคัญทั้งหมด 5 สายพันธุ์ ได้แก่ สายพันธุ์อังกฤษ (B.1.1.7 หรืออัลฟา) สายพันธุ์แอฟริกา (B.1.351 หรือเบตา) สายพันธุ์บราซิล (P1 หรือแกมมา) สายพันธุ์อินเดีย (B.1.617 หรือเดลตา) และสายพันธุ์โอมิครอน (B.1.1.529) ^[18]

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทยสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ ตามการรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกรมควบคุมโรค ได้แก่ การระบาด

ระลอกที่ 1 ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 การระบาดระลอกที่ 2 ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 การระบาดระลอกที่ 3 ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564 และการระบาดระลอกที่ 4 ช่วงหลังเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 เป็นต้นไป ^[19]

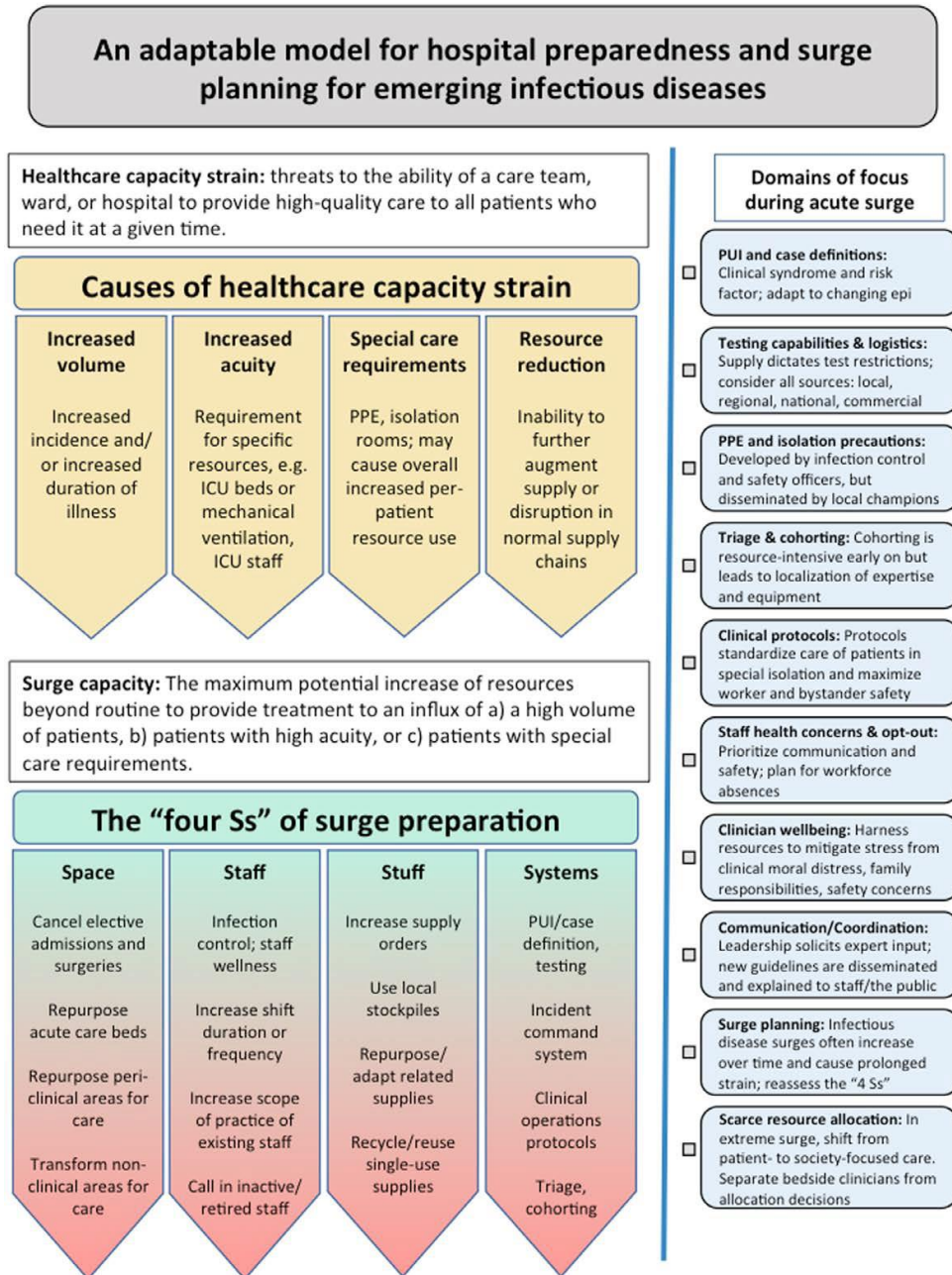
1.3.2 การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อการเกิดโรคระบาดของสถานพยาบาล

การเกิดโรคระบาดถือเป็นหนึ่งในภาวะฉุกเฉินที่อาจทำให้เกิดผู้ป่วยจำนวนมาก หรือเรียกว่าการเกิดอุบัติเหตุหมู่ (mass casualty incident, MCI) ส่งผลให้มีความต้องการในการใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ทรัพยากรทางสาธารณสุขมีจำกัด/น้อยลง ส่งผลให้สถานพยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาในการให้บริการ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่มากกว่าปกติ การขาดแคลนอุปกรณ์ ยา และบุคลากร หรือการติดเชื้อมากในสถานพยาบาล เป็นต้น และอาจส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการให้บริการของระบบบริการทางสาธารณสุข ดังนั้น สถานพยาบาลจึงควรเตรียมการเพื่อรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว ^[20, 21]

ในกรณีที่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ Anesi และคณะ เสนอว่า สถานพยาบาลควรเตรียมการ 4 ด้าน ได้แก่ สถานที่ (space) บุคลากร (staff) สิ่งของ (stuff) และระบบ (system) เพื่อรองรับความต้องการบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น ดังรูป 2 ^[21]

การศึกษาของ Terri Rebmann ใน ค.ศ. 2008 ^[20] พบว่าแผนรองรับภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาลมักประกอบด้วย 11 ด้าน ได้แก่ (1) ทีมผู้รับผิดชอบหลักต่อการจัดการภาวะฉุกเฉิน (2) ศักยภาพ/ความพร้อมของโรงพยาบาล ควรมีการสำรวจทรัพยากร อันได้แก่ บุคลากร ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และสารเคมีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (3) นโยบาย/มาตรการป้องกันการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล เช่น กฎระเบียบ/ข้อปฏิบัติสำหรับญาติผู้ป่วย แนวทางการปฏิบัติเพื่อจัดการศพของผู้ติดเชื้อ เป็นต้น (4) นโยบายสำหรับบุคลากร เช่น การจัดการกับบุคลากรที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ การบริหารจัดการกำลังคน เป็นต้น (5) การเฝ้าระวังและคัดแยกผู้ป่วย ควรมีแนวทางการปฏิบัติ/ติดตามผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษาไปจนถึงก่อนกลับบ้าน (6) การรายงาน การสื่อสาร และการจัดการข้อมูล (7) แนวทางในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ควรมีแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจนครอบคลุมตั้งแต่การเก็บตัวอย่าง การบรรจุสิ่งส่งตรวจ การส่งตัวอย่าง และการตรวจ (8) การวางแผนเพื่อรับมือกับกรณีที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก ควรวางแผนการจัดหาทรัพยากรต่าง ๆ ในกรณีที่ขาดแคลน แนวทางการดำเนินงาน การบริหารจัดการบุคลากรที่มีอย่างจำกัดและการปรับเปลี่ยนสถานที่เพื่อรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น (9) การวางแผนป้องกันโรค เช่น การจัดหาวัคซีนป้องกันโรคสำหรับบุคลากร (10) การพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็น ทั้งในบุคลากร ผู้ป่วย และบุคคลทั่วไป และ (11) การป้องกันการติดเชื้อภายใน

โรงพยาบาล เช่น การติดเชื้อจากอาหารและน้ำดื่ม การปนเปื้อนของเชื้อในระบบระบายอากาศหรือห้องน้ำ เป็นต้น



รูป 2 การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลเพื่อรองรับความต้องการในการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น [21]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การวางแผนรองรับภาวะฉุกเฉินของสถานพยาบาลในกรณีที่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ ตามที่นำเสนอในบทความต่าง ๆ มีองค์ประกอบในการเตรียมความพร้อม

ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่แนะนำโดยหน่วยงานภาครัฐทั้งในและต่างประเทศ อาทิ

1) คำแนะนำในการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ที่แนะนำให้เตรียมความพร้อมใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) *การมีโครงสร้างสำหรับวางแผนและตัดสินใจเชิงนโยบาย* โรงพยาบาลควรมอบหมายให้มีทีมผู้รับผิดชอบหลักหรือคณะกรรมการที่มาจากแผนกต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล รวมถึงผู้แทนจากภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผนการรับมือและกำหนดนโยบาย (2) *การพัฒนาแผนรับมือกับโรคติดเชื้อ COVID-19* ควรมีแผนการรับมือที่ชัดเจนและใช้ร่วมกันภายในองค์กร/ชุมชน รวมถึงควรมีการเผยแพร่แผนดังกล่าวให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกคนทราบ และ (3) *องค์ประกอบของแผนรับมือ* แผนรับมือควรคำนึงถึงองค์ประกอบดังต่อไปนี้ ความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชนทั่วไป การจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น ระบบบริหารจัดการและดูแลผู้ป่วย การเข้าเยี่ยมและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การบริหารจัดการบุคลากร การพัฒนาศักยภาพและการอบรมทักษะ/องค์ความรู้ที่จำเป็นแก่บุคลากร ศักยภาพในการให้บริการในกรณีที่มีการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว การปรับปรุงแผนเป็นระยะตามความเหมาะสม และการประชาสัมพันธ์และวางแผนการสื่อสารให้กับผู้รับสื่อในหลาย ๆ ระดับ เช่น แผนการสื่อสารสำหรับบุคลากรภายในโรงพยาบาล แผนการสื่อสารกับประชาชนโดยทั่วไป เป็นต้น ^[22]

2) คำแนะนำในการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหภาพยุโรป (European Centre for Disease Prevention and Control: ECDC) แนะนำให้สถานพยาบาลเตรียมความพร้อมใน 7 องค์ประกอบ ได้แก่ ทีมและผู้รับผิดชอบหลัก, ศักยภาพของบุคลากร อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก, การสื่อสารและการป้องกันข้อมูลรั่วไหล, การอบรม/พัฒนาทักษะและองค์ความรู้ให้แก่บุคลากร เช่น การทำความสะอาดมือ การสวมใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การจัดการขยะติดเชื้อ เป็นต้น, การคัดแยกผู้ป่วยและการจัดลำดับความสำคัญ, สถานที่สำหรับดูแล/ให้บริการผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย, และการรักษาความสะอาดและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม ^[23]

3) คำแนะนำในการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลเพื่อรองรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (checklist for health facilities on COVID-19 response) ^[7] โดยกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย ที่แนะนำให้สถานพยาบาลทำการประเมินความพร้อมของตนเองในด้านต่าง ๆ พร้อมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบและตรวจสอบการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ และควรปฏิบัติตาม (1) *หลักการบริหารจัดการสถานพยาบาลทางระบาดวิทยา* ซึ่งประกอบด้วย การจัดการด้านสถานที่ บุคลากร อุปกรณ์

ทางการแพทย์ และระบบการบริหารจัดการ และ (2) การเตรียมความพร้อม 7 ด้านของสถานพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย

- การเตรียมความพร้อมด้านการบริหารจัดการและการบริการทั่วไป เพื่อรองรับการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วย COVID-19
- การบริหารจัดการคลินิกโรคทางเดินหายใจ (acute respiratory illness: ARI Clinic) เพื่อจัดการพื้นที่ ลดการปะปนของผู้ป่วย COVID-19 ที่ไม่แสดงอาการ ผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยทั่วไปและบุคลากร
- การจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (cohort ward) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล
- ระบบการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อความปลอดภัยของบุคลากร และบริหารจัดการบุคลากรอย่างเหมาะสม
- การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์ เพื่อการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดและสนับสนุนอุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง
- การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากร
- การทำความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อสำหรับหอผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาลและชุมชน

คำแนะนำที่กล่าวมาทั้งหมดนี้เป็นคำแนะนำส่วนหนึ่งจากหน่วยงานภาครัฐที่ช่วยสนับสนุนให้สถานพยาบาลเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ เพื่อรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ป้องกันการติดเชื้อ/แพร่กระจายเชื้อจากผู้ติดเชื้อไปยังบุคลากร ผู้ป่วยทั่วไปและผู้เยี่ยมเยียน โดยคำแนะนำทั้งหมดถูกเผยแพร่ทั้งในรูปแบบของเอกสารและการสื่อสารผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น สื่อประชาสัมพันธ์ทางออนไลน์ เป็นต้น

1.3.3 มาตรการของสถานพยาบาลเพื่อรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดมาตรการของสถานพยาบาลในการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในต่างประเทศพบว่า สถานพยาบาลทุกระดับออกมาตรการที่หลากหลายเพื่อรับมือต่อสถานการณ์ดังกล่าว เช่น การแต่งตั้งทีมเฉพาะกิจเพื่อบริหารสถานการณ์และควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 [24-26] การจัดสรรพื้นที่ในสถานพยาบาลเพื่อรองรับผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 [25, 27] การพัฒนาคู่มือการดำเนินงานให้แก่บุคลากรสาธารณสุข [25, 26] การคัดกรองผู้ป่วยและผู้เข้าใช้บริการในสถานพยาบาล [28, 29] เป็นต้น

การกำหนดมาตรการของสถานพยาบาลสามารถทำได้หลายวิธี อาทิ การอ้างอิงข้อมูล/คำแนะนำ/แนวทางปฏิบัติจากหน่วยงานของภาครัฐหรือสถาบันการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ หรือพัฒนานโยบายจากข้อมูลการดำเนินงานของประเทศที่มีประสบการณ์ในการรับมือกับโรคติดเชื้อ COVID-19 ก่อนหน้า (เช่น สาธารณรัฐประชาชนจีน) หรือพัฒนามาตรการจากมาตรการเดิมที่

สถานพยาบาลเคยใช้เพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อชนิดอื่น หรือบางสถานพยาบาลอาจพัฒนา มาตรการจากการมีกลไกรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นต้น [20, 30, 31] นอกจากนี้ มาตรการที่ถูกกำหนดโดยสถานพยาบาลมักขึ้นกับปัจจัยหรือข้อคำนึงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ศักยภาพใน การให้บริการ ประสบการณ์ในการรับมือกับโรคระบาด/โรคติดเชื้อ ความพร้อมของทรัพยากรและ งบประมาณ จริยธรรมในการรักษา หรือการป้องกันและควบคุมโรค เป็นต้น [32]

ความรู้ความเข้าใจมาตรการที่หน่วยงานในต่างประเทศกำหนดขึ้นเพื่อรับมือต่อโรคระบาด กระบวนการในการกำหนดมาตรการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการกำหนดมาตรการของสถานพยาบาล ถือเป็นข้อมูลสำคัญส่วนหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานต่าง ๆ ในภาครัฐในประเทศไทยสามารถพัฒนาเครื่องมือ กลไก หรือให้การสนับสนุนแก่สถานพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อมและรับมือต่อ การระบาดของโรคอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

1.4 กรอบแนวคิดการประเมินการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ ในข้อ 1.3.2 และ 1.3.3 คณะผู้ประเมินพัฒนากลอบ แนวคิดของการประเมินการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของ สถานพยาบาลโดยใช้กลไกและระบบสนับสนุนของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร สาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564 (รูป 3) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลให้สถานพยาบาลในประเทศไทยทั้ง สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety และสถานพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety จำเป็นต้องออกมาตรการในการรับมือกับ COVID-19 เพื่อให้สถานพยาบาลยังคงสามารถให้บริการ รักษาผู้ติดเชื้อ COVID-19 และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไปยังบุคลากร ผู้ป่วยโรคอื่น ๆ และผู้ เยี่ยมเยือนที่มารับบริการที่สถานพยาบาลไปพร้อมกันได้ ทั้งนี้ สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety อาจกำหนดมาตรการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างรวดเร็ว และมี ประสิทธิภาพช่วยให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากรได้ดีกว่าสถานพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety

การตัดสินใจกำหนดมาตรการของสถานพยาบาลเกิดขึ้นได้จากหลายวิธี อาทิ การกำหนด มาตรการตามคำแนะนำจากหน่วยงานในส่วนกลาง การดัดแปลง/พัฒนาจากมาตรการเดิมที่ สถานพยาบาลเคยใช้เพื่อรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อชนิดอื่น (เช่น ไข้หวัดนก SARS) การพัฒนา จากมาตรการและประสบการณ์การดำเนินงานของต่างประเทศ หรือการพัฒนามาตรการจากนโยบายอื่น ที่เกี่ยวข้อง (เช่น ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ และระบบ/กลไกภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ) เป็น

ต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการกำหนดมาตรการของสถานพยาบาลหลายปัจจัย เช่น ศักยภาพของสถานพยาบาลในการดำเนินมาตรการ รวมทั้งการมีอยู่ของทรัพยากรที่จำเป็น และขีดความสามารถด้านวิชาการและการบริหารจัดการบุคลากร เป็นต้น

ภายหลังการกำหนดมาตรการ สถานพยาบาลจะต้องนำมาตราการที่กำหนดขึ้นไปประกาศใช้ และนำไปสู่การปฏิบัติจริง โดยแต่ละสถานพยาบาลอาจมีวิธีการในการนำมาตราการไปสู่การปฏิบัติที่แตกต่างกัน อาทิ บางสถานพยาบาลอาจกำหนดให้มีกลไกการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือบางสถานพยาบาลอาจกำหนดให้มีกลไกการติดตามและประเมินผลมาตรการ โดยเฉพาะในมาตรการที่อาจทำให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ เช่น มาตรการที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขที่จำเป็น เป็นต้น



รูป 3 กรอบแนวคิดของการวิจัย

1.5 วัตถุประสงค์ของการประเมิน

1. ศึกษาการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และบทบาทของกลไกและระบบสนับสนุนของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564

โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1.1 ศึกษามาตรการที่สถานพยาบาลกำหนดขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และเป้าประสงค์ของมาตรการดังกล่าว

- 1.2 ศึกษากระบวนการกำหนดมาตรการในข้อ 1.1 ในประเด็น ขั้นตอน หลักการ เกณฑ์ การตัดสินใจ ผู้รับผิดชอบหลัก/ผู้มีส่วนร่วม และช่วงเวลา
- 1.3 ศึกษาปัจจัยนำเข้าในการกำหนดมาตรการในข้อ 1.1 เช่น ข้อมูลระบาดวิทยาและอื่น ๆ หลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับมาตรการทั้งในประเทศและต่างประเทศ นโยบายของหน่วยงานต้นสังกัดจากส่วนกลางและระดับเขตสุขภาพ ประสบการณ์ของหน่วยงาน/บุคลากร ความคิดเห็น/คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญภายนอก และงบประมาณ
- 1.4 วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจกำหนดมาตรการในข้อ 1.1 ได้แก่ ปัจจัยภายในหน่วยงาน และปัจจัยภายนอกหน่วยงาน
- 1.5 ศึกษาการนำมาตรการในข้อ 1.1 ไปสู่การปฏิบัติ เช่น การสื่อสารและทำความเข้าใจกับผู้ที่เกี่ยวข้อง การวางแผนและบูรณาการเข้าไปในแผนที่มีอยู่แล้ว การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ และการกำกับติดตาม/การรายงาน/การประเมินผล ประสิทธิภาพ และผลกระทบจากมาตรการ

2. พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาเครื่องมือหรือกลไกที่ช่วยสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเพื่อเตรียมพร้อมและรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในอนาคต

บทที่ 2 วิธีการประเมิน

การประเมินนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การทบทวนเอกสารอย่างมีขอบเขต (scoping review) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) เพื่อตอบวัตถุประสงค์เฉพาะแต่ละข้อ โดยมีรายละเอียดของวิธีวิจัย ดังนี้

2.1 การทบทวนเอกสารอย่างมีขอบเขต (scoping review)

ผู้ประเมินใช้วิธีการทบทวนเอกสารอย่างมีขอบเขตในการทบทวนเอกสารต่างประเทศที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการและเอกสารอื่น ๆ (grey literature) เพื่อเก็บข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ ตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการประเมิน และใช้เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในการพัฒนาแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ อภิปรายกลุ่ม และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 การทบทวนเอกสารต่างประเทศที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

ผู้ประเมินได้กำหนดกลุ่มของคำสำคัญออกเป็น 7 กลุ่ม ดังตาราง 1 เพื่อใช้ในการค้นหาเอกสารในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 3 ฐานข้อมูล อันได้แก่ PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), Web of Science (<https://www.webofknowledge.com>) และ SAGE (<https://journals.sagepub.com/>)

หลังจากนั้น ผู้ประเมินคัดเลือกเอกสารในเบื้องต้นด้วยชื่อเรื่องและบทคัดย่อ จากนั้นผู้ประเมินคัดเลือกเอกสารที่ผ่านการคัดเลือกในเบื้องต้นอีกครั้งตามเกณฑ์การคัดเข้าและออกดังตาราง 2 ด้วยซอฟต์แวร์ Covidence² โดยมีผู้คัดเลือกเอกสารจำนวนทั้งสิ้น 4 คน ซึ่งทุกคนเป็นอิสระต่อกัน และแบ่งการคัดเลือกเอกสารออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การคัดเลือกเอกสารจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ และระยะที่ 2 การคัดเลือกเอกสารจากเอกสารฉบับเต็ม หากเอกสารฉบับใดที่ผู้คัดเลือกเอกสารมีข้อคิดเห็น ขัดแย้งกัน ผู้ประเมินจะจัดสรรบุคคลที่สาม เป็นผู้อ่านและตัดสิน โดยผลการคัดเลือกเอกสารมีรายละเอียดดังรูป 4

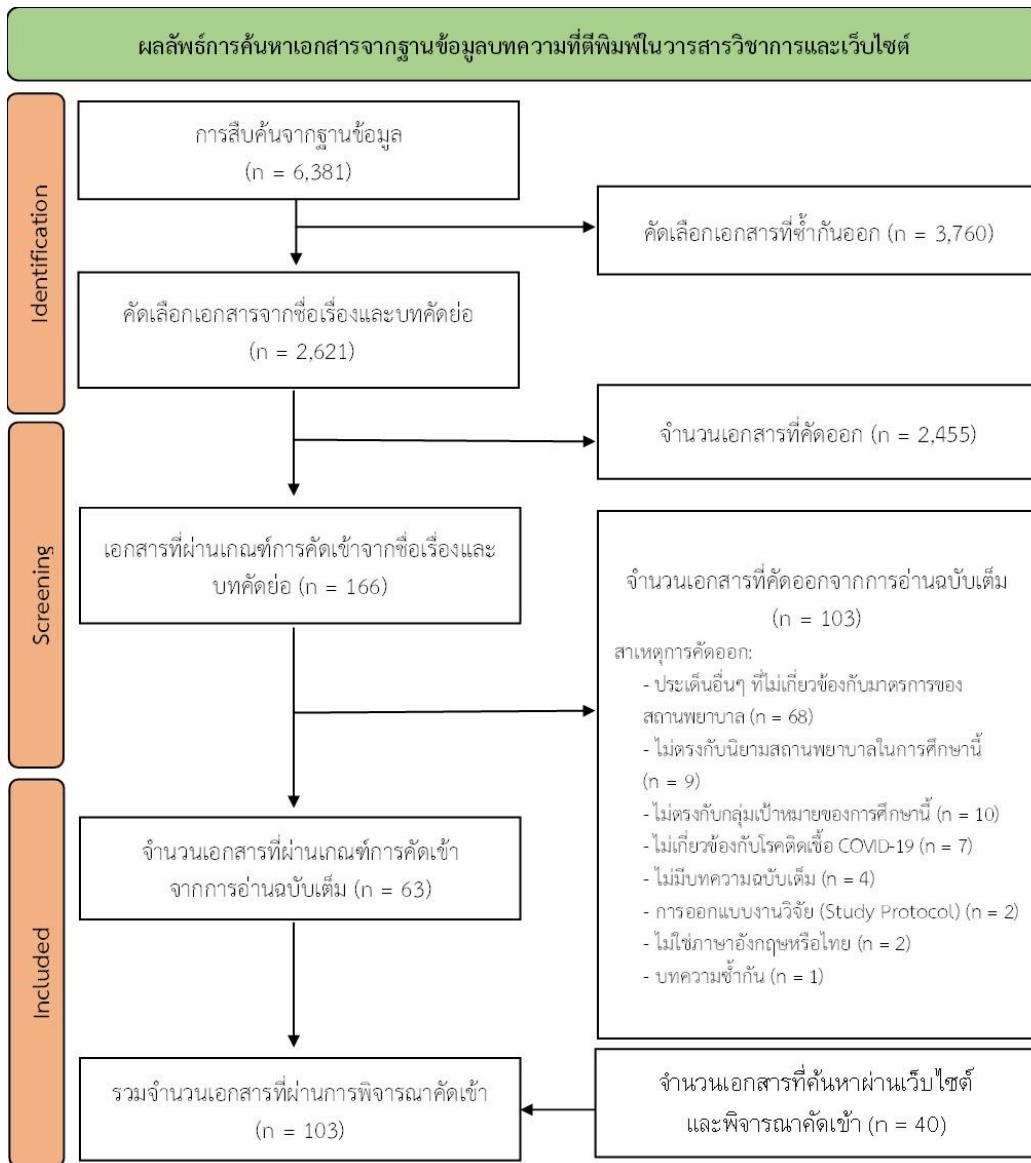
² <https://www.covidence.org/>

ตาราง 1 คำสำคัญที่ใช้ในการค้นหาเอกสารจากฐานข้อมูลบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

กลุ่ม/หมวดหมู่	คำสำคัญ
1. กลุ่มเป้าหมาย	hospital, "health care", "health worker", patient
2. การกำหนดมาตรการ	prepar*, readiness, intervent*, decision mak*, stakeholder, input
3. มาตรการเพื่อรับมือต่อการระบาด	"patient safety", "personnel safety", "occupational hazard*", "occupational safety", policy
4. การนำมาตรการไปปฏิบัติ	communicat*, evaluat*, monitor*, M&E, measures
5. ผลการปฏิบัติ	output, outcome, result
6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	input, factor, liability
7. โรคที่สนใจ	SARS-CoV-2, COVID-19, Coronavirus
8. คำคัดออก (NOT)	(vaccine OR treatment OR drug OR test OR immun* OR clinical OR patho*)

ตาราง 2 เกณฑ์การคัดเอกสารเข้าและคัดออก

เกณฑ์การคัดเข้า	เกณฑ์การคัดออก
<ul style="list-style-type: none"> - เป็นเอกสารที่เกี่ยวข้องกับมาตรการของสถานพยาบาลในระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป หรือเทียบเท่า เพื่อ เตรียมความพร้อม/รับมือกับโรคติดเชื้อ COVID-19 - เป็นมาตรการของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ป่วย หรือผู้เยี่ยมเยียน - เป็นเอกสารที่เผยแพร่ระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นเอกสารที่เกี่ยวข้องกับมาตรการในระดับประเทศ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่สถานพยาบาลในระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป เช่น สถานบริบาล ศูนย์พักพิง หรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ร้านยา คลินิก ศูนย์กายภาพบำบัด คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกการแพทย์แผนไทย เป็นต้น - ไม่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อ COVID-19 - เป็นเอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ป่วย หรือผู้เยี่ยมเยียน - ตีพิมพ์ในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ - เป็นสื่อนำเสนอ (PowerPoint) ไฟล์หรือคลิปวิดีโอ คลิปเสียงสัมภาษณ์ - ไม่สามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็มได้ - เอกสารที่ถูกเผยแพร่ก่อนหรือระยะเวลาที่กำหนด



รูป 4 ผลลัพธ์การค้นหาเอกสารจากฐานข้อมูลบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

2.1.2 การทบทวนเอกสารต่างประเทศที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ (grey literature)

ผู้ประเมินใช้การค้นหาข้อมูลแบบละเอียด (advanced search) ของ Google³ โดยใช้คำค้นหา "covid" "personnel safety" "patient safety" "occupational safety" เพื่อค้นหาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมหรือรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาลจากหน่วยงาน WHO headquarters และ Centers for Disease Control and Prevention (CDC)⁴ โดยผู้ประเมินได้ ค้นหาเอกสารที่เกี่ยวข้องจาก 10 หน้าแรกของหน้าแสดงผล

³ <https://www.google.com/>

⁴ <https://www.who.int/> และ <https://www.cdc.gov/>

ค้นหา (ตามวิธีการของ Godin และคณะ) ^[33] และใช้วิธีการค้นหาเอกสารที่เกี่ยวข้องของ Occupational Safety and Health Administration (OSHA) ผ่านการค้นหาจากหน้าเว็บไซต์ของหน่วยงานโดยตรง⁵ โดยใช้คำค้นหา "covid" "personnel safety" "patient safety" หลังจากการค้นหาเอกสารที่เกี่ยวข้องในเบื้องต้นแล้วเสร็จ ผู้ประเมินได้คัดเลือกเอกสารในเบื้องต้นด้วยชื่อเรื่อง และทำการคัดเอกสารที่ผ่านการคัดเลือกเบื้องต้นซ้ำตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก (ตามตาราง 2) และสามารถสรุปผลการคัดเลือกเอกสารต่างประเทศที่จัดเป็น grey literature ได้ตามตาราง 3

ตาราง 3 ผลการคัดเลือกเอกสารต่างประเทศที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ (grey literature)

หน่วยงาน	ผลการค้นหา (เรื่อง)	ผลการคัดเลือกเบื้องต้น (เรื่อง)	ผลการคัดเลือกครั้งที่ 2 (เรื่อง)
WHO	1,950	31	11
CDC	4,510	35	19
OSHA	1,616	16	10
รวม	8,076	82	40

2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม

ผู้ประเมินเลือกสถานพยาบาลเพื่อเชิญเข้าร่วมการประเมิน ด้วยวิธีเจาะจง (purposive selection) รวมทั้งสิ้น 20 แห่ง แบ่งเป็นสถานพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety อย่างละ 10 แห่ง (ตาราง 4) โดยมีขั้นตอนและเกณฑ์การคัดเลือกสถานพยาบาล ดังนี้

- 1) เลือกสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2563⁶ แบบคละระดับสถานพยาบาลและสังกัดของสถานพยาบาล จำนวน 1-2 แห่งในแต่ละภูมิภาค
- 2) เลือกสถานพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2563⁷ ที่มีคุณสมบัติเหมือน/ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety (ระดับโรงพยาบาล สังกัดโรงพยาบาล และจังหวัด/ภูมิภาคเดียวกัน) จำนวน 1-2 แห่งในแต่ละภูมิภาค

จากนั้น ผู้ประเมินเก็บข้อมูลจากบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลทั้ง 20 แห่ง ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 โดยผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้บริหาร

⁵ <https://www.osha.gov>

⁶ อ้างอิงจากฐานข้อมูลของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2563

⁷ อ้างอิงจากฐานข้อมูลของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2563

สถานพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน/แผนกในสถานพยาบาลที่รับผิดชอบงานด้านคุณภาพและความปลอดภัย (เช่น หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล) จำนวน 24 คน และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล จำนวน 77 คน รวมเป็นผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 101 คน ในการเก็บข้อมูล ผู้ประเมินมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (inclusion criteria)

- ผู้ให้ข้อมูลที่มีตำแหน่งหน้าที่ในสถานพยาบาลตามที่ผู้ประเมินกำหนด ได้แก่ ผู้บริหารสถานพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน/แผนกในสถานพยาบาลที่รับผิดชอบงานด้านคุณภาพและความปลอดภัย (เช่น หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล) และบุคลากรทั่วไป
- ผู้ให้ข้อมูลยินยอมและเต็มใจในการให้ข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565
- ผู้ให้ข้อมูลลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การแยกผู้ให้ข้อมูลออกจากโครงการ (exclusion criteria)

- ผู้ให้ข้อมูลไม่ยินยอมและเต็มใจในการให้ข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565
- ผู้ให้ข้อมูลขอลถอนการยินยอมเข้าร่วมโครงการระหว่างการสัมภาษณ์หรืออภิปรายกลุ่ม

ผู้ประเมินใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่มแบบเผชิญหน้า (face to face interview) และรูปแบบทางไกลผ่านระบบออนไลน์ ตามแนวคำถามสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม (ก า ค ผ น ว ก 1) ผู้ประเมินใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการอภิปรายกลุ่มในผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุคลากรทั่วไปในสถานพยาบาล (ยกเว้น ผู้บริหารหรือหัวหน้ากลุ่มงาน/แผนก) โดยจัดกลุ่มการอภิปรายขนาดเล็ก (ผู้เข้าร่วมการอภิปราย 3-5 คน) ตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลที่คล้ายคลึงกัน (homogenous group) เช่น เป็นบุคลากรจากสถานพยาบาลเดียวกัน อายุ ประสบการณ์ และตำแหน่งในการทำงานใกล้เคียงกัน เป็นต้น เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสะดวกใจในการเปิดเผยข้อมูล และทำให้ผู้ประเมินสามารถควบคุมการอภิปรายกลุ่มได้ง่าย ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้บริหารสถานพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน/แผนก และบุคลากรในสถานพยาบาลที่มีคุณสมบัติแตกต่างจากผู้ให้ข้อมูลรายอื่น ๆ ผู้ประเมินใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลแทนการอภิปรายกลุ่ม

ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ผู้ประเมินขอคำยินยอมในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรทุกครั้ง รวมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียงในแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังการเก็บข้อมูลแล้วเสร็จ ผู้ประเมินนำแฟ้มบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่มไปแปลงเป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ประเมินวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่ม โดยใช้วิธีวิเคราะห์ตามประเด็น (thematic analysis) โดยเริ่มจากการกำหนดประเด็นหลัก (main themes) ตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิด ต่อจากนั้นจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากแหล่งต่าง ๆ เป็นรายประเด็น และจัดทำรายงานผลการประเมิน

2.4 การประกันคุณภาพการประเมิน

ผู้ประเมินประกันคุณภาพของการประเมินโดยการสอบทานข้อมูลแต่ละประเด็นที่รวบรวมได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ (triangulation) โดยเริ่มการสอบทานตั้งแต่ออยู่ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หากพบความแตกต่างหรือไม่สอดคล้องซึ่งกันและกัน ผู้ประเมินจะหาสาเหตุหรือคำอธิบายความแตกต่างของข้อมูลในประเด็นนั้น ๆ และหาข้อยุติ หากไม่สามารถหาข้อยุติได้ ผู้ประเมินจะนำเสนอความแตกต่างที่พบในการอภิปรายผลการประเมินเพื่อประโยชน์ทั้งด้านนโยบายและด้านวิชาการต่อไป

2.5 จริยธรรมเกี่ยวกับการประเมิน

เนื่องจากโครงการประเมินการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาลโดยใช้กลไกและระบบสนับสนุนของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564 เป็นการวิจัยที่ไม่มีการกระทำต่อร่างกายของมนุษย์โดยตรง แต่มีการรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่อาจจะก้าวล่วงเข้าไปในเรื่องส่วนบุคคล เรื่องภายในหน่วยงาน ที่เป็นประเด็นอ่อนไหว (sensitive issues) หรือเป็นความลับที่หากนำออกเผยแพร่ อาจส่งผลเสียต่อผู้ให้ข้อมูลและหน่วยงานต้นสังกัด ดังนั้น ผู้ประเมินจึงได้เสนอโครงการฯ ไปยัง คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เพื่อรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการตามเอกสารลงวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 (ภาคผนวก 2)

ในการประเมินนี้ ผู้ประเมินมีข้อพึงปฏิบัติในการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่ม ดังนี้ ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูลผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการอธิบายถึงที่มา วัตถุประสงค์ และระเบียบวิธีวิจัยของโครงการโดยย่อ จากนั้นผู้ประเมินจะเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามเพิ่มเติมก่อนเซ็นเอกสารในการยินยอมให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิปฏิเสธการให้ข้อมูลในบางประเด็นหรือยกเลิกการให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อ การปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือยกเลิกการให้ข้อมูลจะไม่ส่งผลใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลในทุกกรณี นอกจากนี้ ผู้ประเมินจะไม่เปิดเผยชื่อหรือลักษณะของบุคคลที่ให้ข้อมูลในการรายงานผลการประเมินแต่จะใช้วิธีการ

ให้รหัสผู้ให้ข้อมูล (coding) เพื่อใช้สำหรับการอ้างอิง (ตาราง 4) และจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากการประเมิน อันได้แก่ ไฟล์เสียงการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม ไฟล์การแปลงเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่มเป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ และเอกสารยินยอมในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเป็นเวลา 5 ปี เพื่อนำมาใช้ตรวจสอบในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น

ตาราง 4 สถานพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์	ลำดับ	รหัสผู้ให้ข้อมูล	จังหวัด (เขตสุขภาพ)	สังกัด	ระดับ*
สถานพยาบาลที่เข้าร่วม 2P Safety	1	CL18	กทม. (13)	กรมการแพทย์	เทียบเท่า รพศ.
	2	OL17/ CL17	กทม. (13)	เอกชน	เทียบเท่า รพศ.
	3	OL04/ CL04	เชียงราย (1)	เอกชน	เทียบเท่า รพท.
	4	OL08/ CL08	ตรัง (12)	เอกชน	เทียบเท่า รพท.
	5	OL02/ CL02	ศรีสะเกษ (10)	สป.	รพศ.(A)
	6	OL07/ CL07	ราชบุรี (5)	สป.	รพท.(S)
	7	OL16/ CL16	นครศรีธรรมราช (11)	สป.	รพท.(M1)
	8	OL05/ CL05	นครศรีธรรมราช (11)	สป.	รพช.(M2)
	9	CL09	เพชรบุรี (5)	สป.	รพช.(F2)
	10	OL12/ CL12	เชียงราย (1)	สป.	รพช.(F2)
สถานพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม 2P Safety	11	OL06/ CL06	กทม. (13)	กรมการแพทย์	เทียบเท่า รพศ.
	12	CL14	กทม. (13)	เอกชน	เทียบเท่า รพท.
	13	OL11/ CL11	เชียงราย (1)	มหาวิทยาลัย	เทียบเท่า รพศ.
	14	OL20	สุราษฎร์ธานี (11)	สป.	รพศ.(A)
	15	OL19/ CL19	อุบลราชธานี (10)	สป.	รพท.(S)
	16	OL01/ CL01	ราชบุรี (5)	สป.	รพช.(F2)
	17	OL03/ CL03	เชียงราย (1)	สป.	รพช.(F2)
	18	OL13/ CL13	ร้อยเอ็ด (7)	สป.	รพช.(F2)
	19	OL15/ CL15	สุราษฎร์ธานี (11)	สป.	รพช.(F2)
	20	OL10/ CL10	นครปฐม (5)	สป.	รพช.(F1)

* หมายเหตุ ^[34]

รพช. (F2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางที่มีเตียง 30-90 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2-5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด ห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในแต่ละอำเภอ

รพช. (F1) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ที่มีเตียง 90-120 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์) 3-10 คน มีห้องผ่าตัดผู้ป่วยใน ห้องคลอด

รพช. (M2) หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงขึ้นไป แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3-5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์ สาขาละอย่างน้อย 2 คน มีผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก และห้องปฏิบัติการ มีแพทย์เฉพาะทางรังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทาง 6 สาขาหลัก รองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาล ชุมชนอื่นและลดการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไป

รพท. (M1) หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง (ระดับ M1)

รพท. (S) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา

รพศ. (A) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ มีเทคโนโลยี ขั้นสูง และราคาแพง มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น

เทียบเท่า หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดอื่นที่นอกเหนือจากสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมีขนาด/ศักยภาพเทียบเท่ากับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับนั้น

บทที่ 3 ผลการทบทวนมาตรการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาลในต่างประเทศ

ในการประเมินนี้ ผู้ประเมินทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการรับมือ/เตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาลในต่างประเทศ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 1.1-1.5 เพื่อศึกษากระบวนการกำหนดมาตรการ ปัจจัยนำเข้าในการกำหนดมาตรการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจกำหนดมาตรการ และการนำมาตรการไปสู่การปฏิบัติ (เป็นการทบทวนแบบ scoping review) เอกสารที่นำมาทบทวน มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 103 ฉบับ ส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 50) เป็นบทความวิจัย (research articles) ที่เหลือเป็นบทความปริทัศน์ (review articles) จำนวน 8 ฉบับ และบทความที่เป็น grey literature (เช่น ความเห็น รายงาน หนังสือ ข่าว คำแนะนำ คู่มือ) จำนวน 45 ฉบับ

3.1 การกำหนดมาตรการและการนำมาตรการไปสู่การปฏิบัติ

การทบทวนเอกสารแบบ scoping review พบว่า สถานพยาบาลในต่างประเทศมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยการสร้างทีม/คณะกรรมการของสถานพยาบาลเพื่อทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายภายในสถานพยาบาลและบริหารสถานการณ์ ซึ่งทีม/คณะกรรมการดังกล่าวมีชื่อเรียกและองค์ประกอบที่แตกต่างกันไปในแต่ละสถานพยาบาล โดยมักประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร บุคลากรฝ่ายทรัพยากรบุคคล (human resources) บุคลากรฝ่ายวิศวกรรมชีวการแพทย์ (biomedical engineering) บุคลากรฝ่ายบัญชีและการเงิน บุคลากรฝ่ายโภชนศาสตร์ บุคลากรฝ่ายงานซักฟอก และอื่น ๆ โดยทีม/คณะกรรมการดังกล่าวมีการประชุมเพื่อวางแผนในการรับมือและกำหนดนโยบายอย่างน้อยสัปดาห์ละหนึ่งครั้งหรือทุกวันขึ้นกับสถานการณ์ ^[35-38]

มาตรการของสถานพยาบาลเพื่อรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ถูกกำหนดขึ้น

จ ก

1) *นโยบายในระดับประเทศ* ตัวอย่างเช่น รัฐบาลเยอรมันประกาศนโยบายให้สถานพยาบาลเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยการเพิ่มจำนวนเตียงผู้ป่วยหนักในสถานพยาบาลเป็น 2 เท่าหรือมากที่สุดเท่าที่ทำได้ ส่งผลให้สถานพยาบาลต้องปรับพื้นที่ภายในสถานพยาบาลเพื่อปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว ^[39] หรือการที่ประธานาธิบดีทรัมป์ของสหรัฐอเมริกาประกาศให้สถานพยาบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับการรักษาโดยใช้การแพทย์ทางไกล (telemedicine) ประกอบกับ Department of Health and Human Services ของสหรัฐอเมริกาออกประกาศยกเว้นโทษให้กับแพทย์ที่ละเมิดรัฐบัญญัติคุ้มครองข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย (Health Insurance Portability and Accountability Act: HIPPA) เพื่อการรักษาโดยใช้

การแพทย์ทางไกล ส่งผลให้สถานพยาบาลในสหรัฐอเมริกาหันมาให้ความสำคัญกับการใช้การแพทย์ทางไกลและออกมาตรการทางเลือกลงมาให้กับผู้รับบริการ ^[40, 41] เป็นต้น 2) *ประสบการณ์ของสถานพยาบาลในการรับมือโรคระบาด/โรคอุบัติใหม่ในอดีต* เช่น สถานพยาบาลในประเทศสิงคโปร์ที่มีประสบการณ์ในการรับมือกับโรค SARS ใน ค.ศ. 2003 มีแผนการรับมือกับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอยู่ก่อนแล้ว รวมทั้งมีความพร้อมด้านสถานที่และมีบุคลากรที่มีศักยภาพพร้อมรับมือต่อการระบาด ทำให้สามารถออกมาตรการและรับมือต่อสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ได้อย่างรวดเร็ว ^[39] 3) *องค์ความรู้ของสถานพยาบาล* องค์ความรู้ในการรับมือต่อ COVID-19 อาจได้มาจากประสบการณ์ในข้อ 2) และ/หรือได้จากหน่วยงานด้านสุขภาพในระดับรัฐ (ท้องถิ่น) ระดับประเทศ หรือระดับนานาชาติ เช่น สถานพยาบาลในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกาได้นำเอาคู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อจัดการและดูแลผู้ป่วยต้องสงสัยและผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ออกโดยหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐแคลิฟอร์เนียมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดมาตรการต่าง ๆ ของสถานพยาบาล ^[42] เป็นต้น

ในการนำมาตรการที่กำหนดขึ้นไปสู่การปฏิบัติ ผู้บริหารสถานพยาบาลสื่อสารมาตรการไปยังบุคลากรในระดับปฏิบัติการผ่านทางข้อความ SMS หรืออีเมล หรือระบบสารสนเทศ (intranet) ของสถานพยาบาล หรือสื่อสารชี้แจงผ่านหัวหน้าแผนก/หัวหน้าหน่วยงาน ^[42-44] โดยภายหลังจากการประกาศมาตรการจะมีการกำกับติดตามการดำเนินงานผ่านการรายงานความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานทางแอปพลิเคชันต่าง ๆ เช่น WhatsApp ไปสู่ทีมบริหาร/ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ และติดตามผลการดำเนินงานผ่านการประชุมของทีม/คณะกรรมการผู้รับผิดชอบ ^[42, 45]

3.2 มาตรการของสถานพยาบาลในต่างประเทศ

สถานพยาบาลในต่างประเทศมีการกำหนดมาตรการที่หลากหลายเพื่อรับมือต่อโรคติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งสามารถแบ่งมาตรการออกได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

- การบริหารจัดการและบริการทั่วไปที่เกี่ยวกับผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและผู้เยี่ยมเยียน)
- การบริหารจัดการอาคารสถานที่
- ระบบการทำงานของบุคลากร และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในบุคลากร
- การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์
- การทำความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อ

1. การบริหารจัดการและบริการทั่วไปที่เกี่ยวกับผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและผู้เยี่ยมเยียน)

สถานพยาบาลจำนวนมากออกมาตรการที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มารับบริการ โดยเริ่มตั้งแต่มาตรการคัดกรองความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 ก่อนเข้าสู่สถานพยาบาล อันได้แก่ การวัดอุณหภูมิร่างกาย การคัดกรองความเสี่ยงในการติดเชื้อด้วยข้อคำถาม และการตรวจสอบประวัติการเดินทาง ผู้ที่ถูก

ตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ COVID-19 จะถูกส่งต่อไปยังจุดสำหรับตรวจคัดกรองผู้ต้องสงสัยติดเชื้อ COVID-19 ทันที [36, 37, 42-44, 46-54] และเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้รับบริการ สถานพยาบาลบางแห่งได้พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 ผ่านโทรศัพท์มือถือเพื่อให้สามารถประเมินตนเองในเบื้องต้นก่อนเข้ารับบริการที่สถานพยาบาล พร้อมทั้งระบุบริการที่ต้องการเพื่อนัดหมายวันเวลาที่แน่ชัด [35, 52]

ในขณะที่เข้ารับบริการภายในสถานพยาบาล สถานพยาบาลได้ออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19 โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น

1) *มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมและป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ* เช่น มาตรการตรวจสอบการสวมหน้ากากอนามัยในผู้รับบริการ มาตรการเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ขณะเข้ารับบริการ [35] การแจกหน้ากากอนามัยและเจลแอลกอฮอล์ให้แก่ผู้รับบริการ [46, 51, 55] การมีนโยบายทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ณ จุดตรวจคัดกรองก่อนเข้าสถานพยาบาล รณรงค์ให้ทำความสะอาดมือเป็นประจำขณะอยู่ในสถานพยาบาล [36, 44, 51] การจัดเตรียมเจลแอลกอฮอล์หรือจุดล้างมือบริเวณโดยรอบสถานพยาบาล เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าถึงของผู้รับบริการ [35, 38, 52] เป็นต้น

2) *มาตรการลดความแออัด* เช่น การยกเลิกหรือลดจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ไม่จำเป็น โดยพิจารณาจากความรุนแรงของโรค [36, 44, 50, 51, 56-58] การให้ผู้ป่วยมาตามนัดตรงตามเวลาที่กำหนด (ไม่ต้องรอคิว) [46] ลดจำนวนผู้ป่วยใน รับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และอาการไม่คงที่เท่านั้น [54] จำกัดการผ่าตัดให้เหลือเฉพาะการผ่าตัดฉุกเฉินหรือมีความจำเป็น [42, 48, 51, 53, 55, 59, 60] ระบายผู้ป่วยในที่มีอาการคงที่ให้ออกจากสถานพยาบาลเร็วขึ้น เพื่อเพิ่มจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยจำเป็น [42, 53] จำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยมและเวลาในการเข้าเยี่ยม [36, 42, 50, 53, 54, 61-63] นโยบายห้ามเยี่ยมทุกกรณี [43, 48] การใช้การแพทย์ทางไกล (telemedicine) [37, 39, 40, 44, 47, 52, 53, 58, 64-69] และการจ่ายยาที่ร้านยานอกสถานพยาบาล [67] เป็นต้น

3) *มาตรการคัดแยกผู้ติดเชื้อ COVID-19 ออกจากผู้รับบริการทั่วไป* เช่น การกำหนดให้มีการทำ nasopharyngeal swab test ในผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการผู้ป่วยในที่สถานพยาบาล [43, 53] การกำหนดให้มีผลการตรวจหาเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี PCR (polymerase chain reaction) ก่อนเข้ารับบริการไม่เกิน 24 ชั่วโมง [47] เป็นต้น และหากตรวจพบผู้รับบริการที่เป็นผู้ต้องสงสัยติดเชื้อ/ผู้ติดเชื้อ COVID-19 สถานพยาบาลมีมาตรการเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าวเพื่อลดโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้รับบริการทั่วไป อาทิ การจัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจและจัดทำป้าย/สัญลักษณ์ที่ชัดเจนเพื่อแยกพื้นที่และการให้บริการ

ออกจากผู้รับบริการทั่วไป^[35] ทำช่องทางพิเศษสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ/ผู้ต้องสงสัยติดเชื้อ COVID-19 ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบฉุกเฉิน^[52, 70] การสร้างจุดคัดกรองผู้ป่วยตามอาการ (triage area) เพื่อส่งต่อผู้ติดเชื้อให้เข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสมตามความรุนแรงของโรค^[38, 52, 71] หรือการใช้ระบบแจ้งเตือนอิเล็กทรอนิกส์ (electronic alert system) ในการแจ้งเตือนเมื่อเปิดเวชระเบียนของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19^[42]

2. การบริหารจัดการสถานที่

สถานพยาบาลในต่างประเทศมีการปรับปรุงด้านพื้นที่และระบบสนับสนุนต่าง ๆ ในการให้บริการเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ดังนี้

1) สร้างพื้นที่สำหรับการตรวจคัดกรองผู้รับบริการ โดยการเพิ่มจุดตรวจคัดกรองที่บริเวณทางเข้าของสถานพยาบาล^[35] หรือการสร้างจุดคัดกรองเฉพาะสำหรับหน่วยบริการ เช่น จุดคัดกรองเฉพาะของแผนกฉุกเฉิน เพื่อทำการคัดกรองผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินแยกจากผู้รับบริการรายอื่นก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปเข้ารับบริการที่เหมาะสมต่อไป^[48]

2) กำหนดพื้นที่และปรับปรุง/สร้างอาคารเพื่อให้บริการสำหรับผู้ต้องสงสัยติดเชื้อ/ผู้ติดเชื้อ COVID-19 เช่น การแบ่งพื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางโรกระบบทางเดินหายใจ หรือคลินิกไข้/ไข้หวัด (fever clinic/flu clinic) เพื่อใช้ในการเก็บตัวอย่างและตรวจหาเชื้อในกลุ่มผู้ต้องสงสัยติดเชื้อ COVID-19^[35-37] สร้างห้องความดันลบ (negative pressure room) ในแผนกฉุกเฉินเพื่อรองรับผู้ป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจที่มาใช้บริการด้วยโรคฉุกเฉิน^[48] สร้างห้องแยกโรคสำหรับผู้ติดเชื้อโรคที่แพร่ทางอากาศ (airborne infection isolation room)^[38] เป็นต้น

3) แบ่งพื้นที่ในสถานพยาบาลตามความเสี่ยง/โอกาสในการสัมผัสเชื้อ COVID-19 เพื่อให้สะดวกต่อการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อในสถานพยาบาลไปยังผู้ไม่ติดเชื้อ สถานพยาบาลนิยมแบ่งพื้นที่ในสถานพยาบาลออกเป็น พื้นที่ปนเปื้อน (contaminated zone) หรือพื้นที่ที่มีโอกาสพบเชื้อ COVID-19 มาก พื้นที่เสี่ยงปนเปื้อน (potentially contaminated zone) หรือพื้นที่ที่มีโอกาสพบเชื้อ COVID-19 ปานกลาง และพื้นที่สะอาด (clean zone) หรือพื้นที่ที่มีโอกาสพบเชื้อ COVID-19 น้อย^[36, 37, 49] บางสถานพยาบาลใช้สีหรือสัญลักษณ์ร่วมด้วยเพื่อช่วยในการแบ่งพื้นที่ที่ชัดเจน เช่น การใช้สติ๊กเกอร์หรือสีทางเดินสีเขียวเพื่อสื่อถึงบริเวณปลอดภัย ใช้สีส้มเพื่อสื่อถึงบริเวณที่เสี่ยงปนเปื้อน และใช้สีแดงเพื่อสื่อถึงบริเวณปนเปื้อนที่ห้ามบุคคลภายนอกเข้าในบริเวณดังกล่าวโดยเด็ดขาด เป็นต้น^[70, 72]

4) การปรับปรุงระบบโครงสร้างอาคารหรือระบบสนับสนุนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การปรับปรุงระบบการกรองอากาศให้เป็นชนิดกรองไวรัส (viral filter) หรือการใช้ portable HEPA filtration ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงในการแพร่กระจายของเชื้อสูง (ที่ไม่ใช่ห้องแรงดันลบ) เช่น ห้องพักผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ ห้องวางยาสลบ [52, 53] หรือการติดตั้งแผ่นพลาสติกหนาใสกั้นระหว่างเตียงของผู้ป่วยและพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อของพยาบาล และช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามอาการของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น [48, 72] เป็นต้น

3. ระบบการทำงานของบุคลากร และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในบุคลากร

ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 บุคลากรทางสาธารณสุขถือเป็นทรัพยากรสำคัญที่ช่วยรับมือและจัดการกับสถานะฉุกเฉินที่มีจำนวนผู้รับบริการทางสาธารณสุขมากกว่าปกติ ดังนั้นสถานพยาบาลจึงมีมาตรการจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการทำงานของบุคลากรในสถานพยาบาล และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในบุคลากร เพื่อคงจำนวนบุคลากรที่สามารถให้บริการได้ให้มากที่สุด มาตรการที่สถานพยาบาลกำหนดขึ้นที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่

1) ลดความแออัดของบุคลากรในสถานพยาบาลตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม และลดการสัมผัสระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย เพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อในบุคลากรและแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ในบางสถานพยาบาลมีนโยบายให้บุคลากรบางส่วนในบางแผนกของสถานพยาบาลสามารถทำงานที่บ้านได้ (กำหนดให้มีบุคลากรประจำแผนกอยู่ที่สถานพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 คน) เช่น แผนกจิตเวช แผนกโภชนาการ แผนกรังสีรักษา เป็นต้น [42, 47, 56] การปรับให้แพทย์ประจำบ้านลด/ระงับงานด้านการรักษา และให้เรียนรู้ผ่านช่องทางออนไลน์ [42] การปรับการประชุมของบุคลากรในสถานพยาบาลทั้งหมดให้เป็นรูปแบบออนไลน์ [55] การจำกัดจำนวนบุคลากรในห้องตรวจให้เหลือเฉพาะบุคลากรที่จำเป็น เพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อและลดการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (personal protective equipment, PPE) [46, 51, 73] ในบางสถานพยาบาลกำหนดให้มีบุคลากรในห้องเดียวกันและเวลาเดียวกันไม่เกิน 1-2 คน หรือการใช้นโยบาย “one doctor, one patient” โดยให้มีบุคลากร 1 คน และผู้ป่วย 1 คน ในห้องรักษาเท่านั้น [36, 43] นโยบาย “30 mins policy” ที่จำกัดระยะเวลาในการให้บริการของบุคลากรในห้องความดันลบรอบละไม่เกิน 30 นาที [52] การประเมินบาดแผล/อาการของผู้ป่วยด้วยรูปถ่าย หรือการใช้ช่องทางการสื่อสารทางไกลเพื่อขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ระหว่างแผนก/สถานพยาบาลแทนการเดินทางไปพบด้วยตนเอง [74] เป็นต้น

2) แก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ในช่วงที่มีผู้รับบริการจำนวนมากในสถานพยาบาล จนทำให้เกิดภาวะขาดแคลนบุคลากร สถานพยาบาลแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการสร้างทีมสห

วิชาชีพหรือการดึงบุคลากรจากแผนกอื่น ๆ มาช่วยดูแลผู้ป่วยในแผนกที่ขาดแคลนบุคลากร กำหนดคุณสมบัติ (criteria) ของผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการในช่วงเวลาดังกล่าว เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยลงให้ได้มากที่สุด การให้บุคลากรทางสาธารณสุขที่เกษียณอายุกลับเข้าทำงาน หรือ แบ่งกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการออกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อสลับผลัดเปลี่ยนในช่วงที่ต้องมีการกักตัวของบุคลากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ^[39, 58]

3) *พัฒนาศักยภาพของบุคลากรและระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย* ยกตัวอย่างเช่น การเร่งพัฒนาฝีมือหรือแนวทางในการให้บริการแก่บุคลากรสาธารณสุขเพื่อนำไปใช้ใน ช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ^[37, 75] การทำระบบคะแนนสำหรับจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยเพื่อให้ง่ายต่อการนัดหมายและตัดสินใจในการให้บริการ ^[55] การจัดการอบรมให้ความรู้หรือพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เพื่ออบรมความรู้/ทักษะที่จำเป็นต่อการให้บริการในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เช่น ข้อควรระวังในระหว่างการสัมผัส/รักษาผู้ติดเชื้อ COVID-19 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 การป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น ^[35, 36, 38, 52, 67, 69, 76] โดยบางสถานพยาบาลจัดให้มีการอบรมผ่านระบบสารสนเทศของสถานพยาบาล เช่น เว็บไซต์ภายในสถานพยาบาล ^[52, 55] มีระบบการให้คำปรึกษาทางไกลสำหรับบุคลากรโดยใช้โปรแกรม/ช่องทางออนไลน์ในการสื่อสาร เช่น แอปพลิเคชัน Zoom ^[47, 67] หรือ โทรศัพท์ ^[58]

4) *ป้องกันการติดเชื้อในบุคลากร* เช่น นโยบายให้บุคลากรทุกคนในสถานพยาบาลใส่หน้ากากอนามัยตั้งแต่ช่วงแรกที่มีการระบาด (ต้นปี พ.ศ. 2563) และปรับชนิดของ PPE ตามความรุนแรงของการระบาดและความเสี่ยงของบุคลากรในแต่ละตำแหน่ง ^[36, 49, 52, 53, 76, 77] กำหนดนโยบายให้บุคลากรที่เดินทางมาจากต่างประเทศต้องเข้ารับการกักตัวเป็นเวลา 14 วัน ก่อนกลับเข้าทำงาน กำหนดให้บุคลากรที่ต้องดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 อย่างใกล้ชิดต้องเป็นผู้ไม่มีความเสี่ยงสูง⁸ ที่จะอาการหนัก/เสียชีวิตหลังติดเชื้อ ^[44, 49] มีการตรวจคัดกรองในบุคลากรเป็นประจำทุกวันด้วย rapid test ^[43] และ/หรือแบบประเมินความเสี่ยง โดยบุคลากรที่ต้องสงสัยติดเชื้อ COVID-19 หรือมีอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจจะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าทำงานในวันนั้น และจะต้องทำการตรวจหาเชื้อด้วยเทคนิค PCR กักตัว และแจ้งหัวหน้าแผนก/ผู้รับผิดชอบโดยตรงทราบ ^[36, 43, 44, 47, 52] หากพบบุคลากรติดเชื้อ COVID-19 บุคลากรที่ติดเชื้อจะต้องได้รับการกักตัวแบบแยกเดี่ยวเป็นเวลา 10-14 วัน และสามารถกลับมาทำงานได้อีกครั้ง เมื่อผล

⁸ ผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี ตั้งครรภ์ ป่วยด้วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคเบาหวาน โรคปอดอักเสบเรื้อรัง โรคตับ โรคไต โรคเมเร็ง ติดเชื้อเอชไอวี และ/หรือผู้ที่กำลังเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสหรือยากดภูมิคุ้มกันอื่น ๆ

ตรวจหาเชื้อด้วยวิธี PCR เป็นลบและไม่แสดงอาการต่อเนื่องกันมากกว่า 72 ชั่วโมง และมากกว่า 7 วันหลังแสดงอาการครั้งแรก [42, 61]

5) พัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานของบุคลากร เช่น การจัดพื้นที่สำหรับพักผ่อน ทานอาหาร รวมถึงห้องสุขาและห้องอาบน้ำสำหรับบุคลากรที่แยกจากผู้รับบริการ [36] จัดทีมดูแลทางด้านจิตใจให้แก่บุคลากรที่ต้องตรวจหาเชื้อ กักตัว หรือมีความกังวลกับโรคติดเชื้อ COVID-19 [44]

4. การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์

อุปกรณ์สนับสนุนที่จำเป็นสำหรับใช้รับมือการระบาดของเชื้อ COVID-19 ประกอบด้วย ยา PPE วัสดุหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อการรักษาผู้ติดเชื้อ COVID-19 และสารทำความสะอาด/ฆ่าเชื้อ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์สนับสนุนที่จำเป็น สถานพยาบาลส่วนใหญ่มีการรับมือ/เตรียมความพร้อมด้วยการสำรวจและกักตุนอุปกรณ์ที่จำเป็นดังกล่าวให้มีสำรองใช้ไม่ต่ำกว่า 1 เดือน [35, 52] และในกรณีที่ประสบปัญหาขาดแคลนอุปกรณ์จำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่ง PPE สถานพยาบาลหลายแห่งได้มีมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหา เช่น การใช้เสื้อกันฝนแบบพลาสติกใช้แล้วทิ้งแทนการใช้ชุด PPE [7, 8] การกำหนดประเภทของ PPE ที่เหมาะสมในแต่ละตำแหน่งบุคลากรเพื่อลดการใช้ PPE โดยไม่จำเป็น [47] หรือการมีนโยบายใช้แสงอัลตราไวโอเล็ต (ultraviolet: UV) ในการฆ่าเชื้อหน้ากากอนามัยก่อนนำไปใช้ซ้ำ [37, 42, 52]

5. การทำความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อ

สถานพยาบาลมีนโยบายป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19 ในสิ่งแวดล้อมโดยการพัฒนาระบบการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ เช่น การมีใบเช็ครายการทำความสะอาดที่กำหนดระยะเวลา ขั้นตอนการทำความสะอาด และสารที่ใช้ทำความสะอาดที่ชัดเจน โดยเฉพาะสถานที่/วัสดุที่ต้องใช้ร่วมกันหลายคน (เช่น พื้นที่รับประทานอาหาร ห้องประชุม รถเข็น เพลนอน ลิฟต์ หรือบันไดเลื่อน) [36, 42, 46, 47, 52] กำหนดให้คลุมอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ขนาดใหญ่ด้วยพลาสติกเพื่อให้ง่ายต่อการทำความสะอาด [4, 6, 4, 9, 5, 3] การติดตั้งเครื่องกำจัดเชื้อโรคในอากาศ (air disinfectant) ในห้องแอร์ กำหนดให้พื้นที่ปิดในอาคารจะต้องมีการระบายอากาศโดยการเปิดหน้าต่างในช่วงเช้าและเย็น อย่างน้อยรอบละ 30 นาที กำหนดให้มีการปิด

ผืนกและระบุ “special pathogen” บนอุปกรณ์ใช้ซ้ำที่ปนเปื้อนก่อนส่งไปยังหน่วยฆ่าเชื้อ เพื่อคัดแยกอุปกรณ์ที่ปนเปื้อนเชื้อออกจากอุปกรณ์อื่นอย่างชัดเจน [36] เป็นต้น

3.3 ปัจจัยความสำเร็จหรือล้มเหลวของการประกาศใช้มาตรการ

จากการทบทวนเอกสารในต่างประเทศ ผู้ประเมินสามารถสรุปปัจจัยความสำเร็จหรือล้มเหลวของการประกาศใช้มาตรการต่าง ๆ ในสถานพยาบาลได้ ดังนี้

1) *ความพร้อมของเทคโนโลยี* ทั้งในฝั่งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อรองรับการให้บริการการแพทย์ทางไกล รวมถึงการประชุม การเรียนการสอนหรือการอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางออนไลน์ [40, 64, 73, 79]

2) *ความพร้อมของทรัพยากร* อันได้แก่ พื้นที่ของสถานพยาบาลเพื่อรองรับการให้บริการแบบวันระยะทางสังคม ยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น PPE ข้อมูลของโรคระบาดที่เป็นโรคอุบัติใหม่ งบประมาณ [35, 49, 66, 68, 78-81]

3) *ผู้นำและแผนการรับมือ* หากสถานพยาบาลมีผู้นำและแผนการรับมือที่มีประสิทธิภาพและทันท่วงที่จะส่งผลให้บุคลากรในสถานพยาบาลมีความเชื่อมั่นและมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน [78, 80]

4) *การสื่อสาร* ทั้งการสื่อสารจากบนลงล่าง (top down policy communication) และการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน หากการสื่อสารขาดความชัดเจนก็จะทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ [53, 73]

5) *ภาระงานของบุคลากร* ภาระงานที่มากเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานและอาจทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าในบุคลากรซึ่งนำไปสู่การลาออกหรือภาวะขาดแคลนบุคลากรในสถานพยาบาล [78, 81]

6) *สภาวะแวดล้อม* การมีสิ่งๆที่เอื้อให้เกิดการปฏิบัติตนตามแนวทางการดำเนินงาน/กฎระเบียบของสังคมทั้งสำหรับกลุ่มบุคลากรและบุคคลทั่วไป จะทำให้มาตรการมีโอกาสในการประสบความสำเร็จสูงกว่ามาตรการที่ถูกดำเนินงานในสภาวะแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติ เช่น การมีป้ายเตือนหรือสัญลักษณ์ที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้รับบริการ/บุคลากรสามารถปฏิบัติตามได้ เป็นต้น [79]

3.4 บทสรุป

การทบทวนเอกสาร เรื่อง มาตรการในการรับมือต่อโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาลในต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่าสถานพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยการสร้างทีม/คณะกรรมการของสถานพยาบาลเพื่อทำหน้าที่ในการบริหารสถานการณ์และกำหนดมาตรการภายในสถานพยาบาล โดยมาตรการถูกกำหนดขึ้นจากนโยบายในระดับประเทศ ประสบการณ์ของสถานพยาบาลในการรับมือโรคระบาด/โรคอุบัติใหม่ในอดีต และองค์ความรู้ของสถานพยาบาล สถานพยาบาลใช้วิธีสื่อสารมาตรการไปยังบุคลากรในระดับปฏิบัติการผ่านทางข้อความ SMS อีเมล ระบบสารสนเทศของสถานพยาบาล หรือสื่อสารชี้แจงผ่านหัวหน้าแผนก/หัวหน้าหน่วยงาน

มาตรการส่วนใหญ่ที่สถานพยาบาลกำหนดขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อความปลอดภัยของบุคลากรและผู้ที่มารับบริการในสถานพยาบาล ซึ่งครอบคลุม มาตรการบริหารจัดการและบริการทั่วไปเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากผู้ป่วย COVID-19 และผู้เยี่ยมเยียนที่ติดเชื้อสู่บุคลากรและผู้ป่วยรายอื่น มาตรการอีกส่วนหนึ่งเน้นที่การปรับกระบวนการ/วิธีการในการรักษาพยาบาล รวมทั้งปรับปรุงอาคารสถานที่ที่การป้องกันการแพร่เชื้อหรือสัมผัสเชื้อผ่านหัตถการและสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล ตลอดจนการลดผลกระทบในวงกว้างหากมีบุคลากรบางส่วนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ เนื่องจากต้องกักตัวจากการเป็นผู้มีความเสี่ยงสูงหรือได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ COVID-19 นอกจากนี้ยังมีมาตรการในการดูแลสุขภาพจิตเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกสิ้นหวังหรือหมดไฟ (burn out) ในบุคลากรที่ต้องดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 จำนวนมาก

ภายหลังการประกาศใช้มาตรการ สถานพยาบาลกำหนดให้มีการกำกับติดตามการดำเนินงาน และมีปัจจัยความสำเร็จของการประกาศใช้มาตรการ ประกอบด้วย ความพร้อมของเทคโนโลยี ความพร้อมของทรัพยากร ผู้นำและแผนการรับมือ การสื่อสาร ภาระงานของบุคลากร และสภาวะแวดล้อม

บทที่ 4 ผลการประเมินการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาลในประเทศไทย

4.1 มาตรการที่สถานพยาบาลกำหนดขึ้นเพื่อรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

การสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจากสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมิน จำนวน 20 แห่ง พบว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่ มีการกำหนดมาตรการเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ตั้งแต่มีรายงานการระบาดที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยการแต่งตั้งบุคคล/ทีมเฉพาะกิจที่ทำหน้าที่ในการติดตามข่าวการระบาดและวางแผนการรับมือสำหรับสถานพยาบาล

ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 มีการพบนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เป็นผู้ติดเชื้อ COVID-19 รายแรกในประเทศไทย และมีรายงานพบผู้ติดเชื้อชาวไทยรายแรกในเวลาใกล้เคียงกัน สถานพยาบาลหลายแห่งได้เริ่มมีการปรับตัวและออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อรับมือการระบาดระลอกที่ 1 ในประเทศ (เดือนมกราคมถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2563) ได้แก่ การจำกัดทางเข้า-ออกของสถานพยาบาลและหน่วยรับบริการในสถานพยาบาล การตรวจคัดกรองผู้รับบริการในสถานพยาบาลด้วยการตรวจวัดอุณหภูมิและสอบถามประวัติการเดินทาง รวมทั้งประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 การเว้นระยะห่างทางสังคมขณะเข้ารับบริการ การเตรียมความพร้อมด้านกำลังคนและเร่งพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้เกิดความพร้อมในการรับมือ (เช่น การจัดอบรมเรื่องการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากร การซ้อมแผนการรับมือเสมือนจริง เป็นต้น) การปรับปรุงอาคารสถานที่เพื่อรองรับผู้ต้องสงสัยติดเชื้อและผู้ติดเชื้อ COVID-19 (เช่น การปรับปรุงระบบระบายอากาศของอาคาร การสร้างห้องแยกโรค การสร้างหอผู้ป่วยรวม เป็นต้น) การสำรวจและจัดสรรทรัพยากรจำเป็น เช่น PPE และยา ให้เพียงพอต่อการใช้งาน หรือการสำรองยาและเวชภัณฑ์สำหรับใช้งานอย่างน้อย 1-6 เดือน

ในช่วงการระบาดระลอกที่ 2 (ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2564) จากการระบาดในกลุ่มแรงงานต่างด้าวในจังหวัดสมุทรสาคร สถานพยาบาลในพื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อ COVID-19 จำนวนมากขึ้น ได้ออกมาตรการที่มีความเข้มข้นขึ้นจากเดิม โดยเน้นที่การลดความแออัดของผู้รับบริการในสถานพยาบาล และรับมือต่อปริมาณผู้ป่วย COVID-19 ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น การเลื่อน/ยกเลิกการให้บริการที่ไม่เร่งด่วนอย่างการตรวจสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่อาการคงที่ การให้บริการนวดแผนไทย บริการทันตกรรม ผู้ป่วยนอก หรือคลินิกนอกเวลา งดการให้บริการผ่าตัด ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน เพิ่มทางเลือกในการให้บริการทางการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วย การส่งยาไปที่บ้านหรือรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านแทนการมาสถานพยาบาล การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องไปรับบริการที่สถานพยาบาลในเครือข่ายที่มีขนาดเล็กกว่า (เช่น ส่งต่อจาก รพศ./รพท. ไปที่ รพช. และ รพ.สต.) การจำกัดจำนวนผู้

เยี่ยมเยียน หรือประกาศห้ามการเยี่ยมและเฝ้าไข้ทุกกรณี เป็นต้น นอกจากมาตรการเพื่อลดความแออัดของห้องผู้ป่วยรับบริการ สถานพยาบาล ที่มีผู้ติดเชื้อ COVID-19 เข้ารับการรักษายังมีนโยบายในเรื่องอื่น ๆ เพื่อรองรับความต้องการในการใช้บริการที่เพิ่มจำนวนขึ้น ได้แก่ การขยายพื้นที่/สร้างคลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (acute respiratory infection clinic, ARI clinic) คลินิกสำหรับผู้ต้องสงสัยติดเชื้อ (patient under investigation, PUI clinic) ห้องความดันลบ (negative pressure room) หอผู้ป่วยรวม (cohort ward) ห้องแยกโรค (isolation room) และห้องปฏิบัติการทางอณูชีววิทยาสำหรับตรวจวินิจฉัยเชื้อ COVID-19 การร่วมมือกับภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน หรือชุมชนเพื่อจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม และ/หรือสถานพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกิจ (hospital) การบริหารจัดการบุคลากรในกรณีที่บุคลากรมีการติดเชื้อหรือต้องได้รับการกักตัว รวมทั้งการเตรียมระบบสนับสนุนการทำงานและการกักตัวในบุคลากร เช่น การเตรียมสถานที่สำหรับกักตัวบุคลากรหรือการสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19

ในส่วนของสถานพยาบาลที่ไม่มีผู้ติดเชื้อ COVID-19 เข้ารับบริการในระยะเวลาดังกล่าว ก็ยังคงใช้มาตรการเดิมที่กำหนดขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ระลอกแรก รวมทั้งมีการเพิ่มมาตรการบางส่วน เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดการแพร่กระจายของเชื้อให้มากที่สุด เช่น การเลื่อน/ยกเลิกการให้บริการที่ไม่เร่งด่วน ซึ่งรวมทั้งการตรวจรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่อาการคงที่ การให้บริการนัดหมายไทย บริการทันตกรรม หรือคลินิกนอกเวลา งดการให้บริการผ่าตัด ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน การให้บริการทางการแพทย์ทางไกล การส่งยาไปที่บ้านหรือรับยาที่ร้านยา การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องไปรับบริการที่สถานพยาบาลในเครือข่ายที่มีขนาดเล็กกว่า (เช่น ส่งต่อจากรพศ./รพท. ไปที่ รพช. และ รพ.สต.) การจำกัดจำนวนผู้เยี่ยมเยียน การซ้อมแผนการรับมือกรณีพบผู้ติดเชื้อ/ผู้ต้องสงสัยติดเชื้อ COVID-19 ปรับปรุงและพัฒนาพื้นที่เพื่อเตรียมรองรับผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในอนาคต รวมถึงการเร่งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์ในการรับมือต่อโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจมาก่อน

การระบาดระลอกที่ 3 (เมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2564) เกิดการระบาดจากกลุ่มนักท่องเที่ยวและผู้ให้บริการในสถานบันเทิง ประกอบกับการหยุดยาวในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ส่งผลให้ยอดผู้ติดเชื้อพุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและกระจายเป็นวงกว้างทั่วประเทศ ในการระบาดระลอกนี้ สถานพยาบาลจำนวนมากได้รับผลกระทบจากการมีผู้ติดเชื้อและผู้ต้องสงสัยติดเชื้อ COVID-19 เข้ารับบริการ ทำให้มีการยกระดับมาตรการป้องกันการแพร่เชื้อในสถานพยาบาลให้เข้มงวดขึ้น เช่น การตรวจหาเชื้อ COVID-19 ในผู้ป่วยในและผู้เฝ้าไข้ หรือต้องเข้ารับการผ่าตัด ระวังการให้บริการในหลายแผนกเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายของเชื้อและดึงบุคลากรจากแผนกที่ปิดการให้บริการไปช่วยยังแผนก/งานบริการอื่น ๆ ที่

ขาดแคลนบุคลากร เร่งระบายนผู้ป่วยที่สามารถกลับไปรักษาตัวที่บ้านได้ รวมถึงการมีนโยบายแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation) ในผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่อาการไม่รุนแรง การวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีนโยบายขยายพื้นที่การให้บริการสำหรับผู้ต้องสงสัยติดเชื้อและผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในสถานพยาบาล โดยการร่วมมือกับชุมชนเพื่อสร้างโรงพยาบาลสนาม และการจัดการกำลังคนในสถานพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาการขาดแคลนบุคลากรจากการติดเชื้อและภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงาน เช่น การกำหนดทีมสำหรับบุคลากรที่ต้องให้บริการใกล้ชิดกลุ่มผู้ต้องสงสัยหรือผู้ติดเชื้อ COVID-19 ให้มีการสับเปลี่ยนวงรอบการทำงานและรอบการพักตามระยะเวลาที่สถานพยาบาลกำหนด หรือการมีมาตรการทำงานที่บ้านสำหรับบุคลากรที่ต้องกักตัว โดยไม่นับวันในการกักตัวเป็นวันลา เป็นต้น

ช่วงหลังการระบาดระลอกที่สาม (พฤษภาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2564) ที่ยังคงมีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ภายในประเทศ แต่จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในแต่ละวันมีจำนวนลดลง ส่งผลให้สถานพยาบาลส่วนใหญ่กลับมาเปิดให้บริการในส่วนที่เคยระงับการให้บริการไป แต่ยังคงมาตรการที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจคัดกรองผู้รับบริการด้วยการวัดอุณหภูมิและการทำแบบประเมินความเสี่ยง การเว้นระยะห่างทางกายภาพ การส่งยาไปที่บ้านหรือร้านยาใกล้บ้าน การใช้การแพทย์ทางไกล และการจำกัดจำนวนผู้เยี่ยมชม

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลทั้ง 20 แห่ง พบว่า มาตรการที่สถานพยาบาลกำหนดในช่วงมกราคม พ.ศ. 2563 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2564 ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน แม้ว่าสถานพยาบาลจะมีระดับศักยภาพหรือสังกัดที่แตกต่างกัน นอกจากนี้หากเปรียบเทียบมาตรการหรือนโยบายที่กำหนดโดยสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety และสถานพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ก็พบว่า เป็นมาตรการหรือนโยบายที่คล้ายคลึงกัน เช่นเดียวกัน (ภาคผนวก 3)

4.2 กระบวนการกำหนดมาตรการ

สถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมินทั้ง 20 แห่ง มีการแต่งตั้งทีมเฉพาะกิจที่มีหน้าที่วางแผนรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และบริหารสถานการณ์ภายในสถานพยาบาล ตั้งแต่ก่อนที่จะมีผู้ป่วยรายแรก ผู้ติดเชื้อ COVID-19 เข้ารับการรักษา โดยสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ทุกสถานพยาบาล และสถานพยาบาลภาคเอกชนบางแห่ง แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือคณะกรรมการ emergency operations center (EOC) ประจำสถานพยาบาล โดยมีผู้อำนวยการสถานพยาบาลเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ (incident commander) ซึ่งมีหน้าที่ติดตามสถานการณ์ อำนวยการ สั่งการ ควบคุม กำกับ และติดตามการดำเนินงานของกลุ่มภารกิจ บริหารจัดการทรัพยากร ประสานงานในระดับนโยบายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากร นอกจากนี้ มีการแต่งตั้งคณะทำงานด้านต่าง ๆ ที่ขึ้นตรงต่อผู้บัญชาการเหตุการณ์ อาทิ คณะทำงานด้านการปฏิบัติการ (operations) ที่มีหน้าที่วางแผนและควบคุมสถานการณ์ วางแผน และเตรียมพร้อมทีมปฏิบัติการเผชิญเหตุและทีมสนับสนุน ประเมินความต้องการของทีมปฏิบัติการทางคลินิก และรายงานผลการปฏิบัติงานต่อผู้บัญชาการเหตุการณ์ คณะทำงานการสำรองและกระจายเวชภัณฑ์ (stockpiling and logistic) ทำหน้าที่จัดทำแผนสำรองเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ กระจาย ดูแล กำกับและจัดส่งเวชภัณฑ์ตามแผนการสนับสนุน ประเมินความเสียหาย และวิเคราะห์ความเพียงพอของทรัพยากร คณะทำงานด้านการเงินและงบประมาณ (finance) ทำหน้าที่วางแผนงบประมาณและสนับสนุนภารกิจแก่ทีมปฏิบัติการ เป็นต้น โดยคณะกรรมการ EOC ของสถานพยาบาลจะทำการประชุมเพื่อวางแผนหรือและกำกับติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างน้อยสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง และบ่อยสุดคือมีการประชุมทุกวัน ขึ้นกับสถานการณ์ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่รับผิดชอบในขณะนั้น

สถานพยาบาลภาคเอกชนบางแห่งในกลุ่มตัวอย่างไม่มีคณะกรรมการ EOC แต่จะมีทีมหรือคณะกรรมการเพื่อรับมือโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่ใช้ชื่ออื่น ๆ โดยมีแผนกควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (infection control) ของสถานพยาบาลเป็นหัวหน้าทีมหรือประธานคณะกรรมการ ทีมหรือคณะกรรมการรับมือโรคติดเชื้อ COVID-19 ในสถานพยาบาลเอกชนมีหน้าที่หลักด้านการวางแผนเพื่อควบคุมสถานการณ์และเตรียมความพร้อมให้แก่ทีมปฏิบัติการเผชิญเหตุและทีมสนับสนุน หลังจากการวางแผน ทีมหรือคณะกรรมการดังกล่าว จะต้องนำเสนอแผนการดำเนินงาน/มาตรการต่อผู้อำนวยการฝ่ายและ/หรือคณะกรรมการบริหารของสถานพยาบาลในการประชุมช่วงเช้าของทุกวัน (morning brief) เพื่อให้ผู้อำนวยการฝ่ายและ/หรือคณะกรรมการบริหารของสถานพยาบาล ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจในการกำหนดมาตรการหรือออกนโยบายต่างๆ ได้พิจารณา และประกาศใช้แผน/มาตรการอย่างเป็นทางการ

จากข้อมูลที่ได้ในการประเมินนี้ ผู้ประเมินพบว่ากระบวนการกำหนดมาตรการและวางแผนของสถานพยาบาลทั้ง 20 แห่ง มีรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน ไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลภาครัฐ ภาคเอกชน และสถานพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety กล่าวคือ มีการกำหนดทีม/คณะกรรมการผู้รับผิดชอบ เมื่อยกร่างมาตรการและแผนดำเนินงานแล้ว จึงนำไปเสนอผู้บริหารของสถานพยาบาลเพื่อพิจารณาตัดสินใจ และในการกำหนดมาตรการของสถานพยาบาลเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรจากหลายแผนกในสถานพยาบาล ทั้งบุคลากร

ผู้ปฏิบัติงานด้านการรักษาและดูแลผู้ป่วย และผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ (clinical and non-clinical staff)

4.3 ปัจจัยนำเข้า (inputs) ในการกำหนดมาตรการ

ผู้บริหารสถานพยาบาลมักอ้างอิงคำสั่ง แนวทาง (guidelines) และคำแนะนำ (recommendations) จากหน่วยงานด้านสาธารณสุขในส่วนกลาง และสถาบันการศึกษา ในการกำหนดนโยบาย/มาตรการรับมือโรคติดเชื้อ COVID-19 สถานพยาบาลส่วนใหญ่ได้นำคำสั่ง แนวทาง และคำแนะนำเหล่านั้นมาพิจารณาร่วมกับบริบทในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์/ความรุนแรงของการระบาดของ COVID-19 ในจังหวัดและในชุมชนโดยรอบ รวมทั้งนโยบายเปิดรับผู้ที่ไปทำงานในจังหวัดอื่น กลับมารักษาในภูมิลำเนาเดิม นอกจากนี้ ความพร้อมของสถานพยาบาลแต่ละแห่งก็เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดมาตรการ

การประเมินนี้พบว่าปัจจัยนำเข้าในการกำหนดมาตรการของสถานพยาบาลทั้ง 20 แห่ง ประกอบด้วย

- 1) ข้อมูล คำแนะนำ และหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศ ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ สถาบันบำราศนราดูร สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสถานพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โดยสถานพยาบาลจะอ้างอิงข้อมูลที่ได้จากหน่วยงานดังกล่าวโดยตรง หรือใช้ประกอบการกำหนดมาตรการรับมือต่อโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาล
- 2) นโยบายของภาครัฐหรือหน่วยงานต้นสังกัด เช่น คำสั่งของคณะกรรมการโรคติดต่อประจำจังหวัด ที่สั่งให้สถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่จัดตั้งโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับผู้ติดเชื้อ COVID-19 หรือนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ที่สนับสนุนให้สถานพยาบาลในสังกัดจัดทำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในสถานพยาบาล (business continuity plan for emerging infection disease in healthcare facilities, BCP for EID in Healthcare Facilities) ^[82] ส่งผลให้สถานพยาบาลในสังกัดต้องจัดทำแผนดังกล่าว และออกมาตรการที่สนับสนุนการดำเนินการให้เป็นไปตามแผน หรือประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องสถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ณ ที่พำนักของผู้ป่วยเป็นการชั่วคราว ^[83]

ส่งผลให้บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้ป่วย โรงแรม และสถานที่อื่นในชุมชน เช่น วัดหรือโรงเรียน ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของสถานพยาบาลสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19

- 3) ประสบการณ์ในการรับมือ/เตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อโรคอื่น ๆ สถานพยาบาลหลายแห่งมีประสบการณ์ในการรับมือ/เตรียมความพร้อมเพื่อรับมือโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ก่อนหน้าที่จะมีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เช่น โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (severe acute respiratory syndrome: SARS) โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East respiratory syndrome coronavirus: MERS-CoV) โรคอีโบล่าไวรัส โรคไขหวัดใหญ่สายพันธุ์ A/H1N1/2009 เป็นต้น ทำให้สถานพยาบาลมีความพร้อมทางด้านสถานที่ บุคลากร และมีแผนรับมือที่สามารถนำมาปรับใช้ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างรวดเร็ว
- 4) แนวทางปฏิบัติ/ความรู้เดิม/ประสบการณ์เกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพของสถานพยาบาล (ด้านความปลอดภัยของบริการ/การควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในสถานพยาบาล) ซึ่งมีมาก่อนที่จะมีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เช่น มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (hospital accreditation: HA) และเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
- 5) ความคิดเห็นหรือคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ สถานพยาบาลบางแห่งในกลุ่มตัวอย่างมีที่ปรึกษาของสถานพยาบาลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญประจำสถานพยาบาลขนาดใหญ่/โรงพยาบาลแม่ข่าย

"...เรามีอาจารย์ศิริราชที่เป็นคนให้คำแนะนำเราด้วย เราก็ตัดสินใจได้ง่ายขึ้น...อาจารย์หมอบเป็นผู้ประมวล (ข้อมูล-ผู้ประเมิน) ค่ะ แล้วก็ออก flow ปฏิบัติตรงนี้ออกมา" (รหัสผู้ให้ข้อมูล CL17)

- 6) ปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าและผลกระทบจากมาตรการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหา เช่น เมื่อเกิดการติดเชื้อในกลุ่มบุคลากรของสถานพยาบาล ทำให้มีมาตรการแบ่งทีมปฏิบัติงานเป็นกลุ่มย่อยเพื่อลดความเสี่ยงของการระบาดในกลุ่มบุคลากร หรือการปิดบริการในบางแผนกไปจนถึงการปิดบริการทั้งสถานพยาบาล

4.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจกำหนดมาตรการ

ปัจจัยภายในหน่วยงาน ประกอบด้วย

- 1) ประเภทของสถานพยาบาล (ภาครัฐหรือเอกชน) เช่น การเป็นสถานพยาบาลเอกชนทำให้ต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านงบประมาณ จึงต้องวางแผนด้านการเงินอย่างรัดกุมเพื่อไม่ให้ขาดทุน ซึ่งส่งผลต่อการกำหนดมาตรการด้านกำลังคน การจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การดัดแปลงสถานที่ รวมถึงการรักษาผู้ติดเชื้อ COVID-19 หรือส่งต่อไปยังสถานพยาบาลในภาครัฐ

2) ชีตความสามารถของสถานพยาบาลในการรองรับผู้ป่วย สถานพยาบาลขนาดเล็กอาจมีข้อจำกัดในด้านการบริหารจัดการและการให้บริการในช่วงต้นของการระบาด เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง/ผู้มีความรู้ในด้านการป้องกันโรคติดเชื้อ รวมถึงความพร้อมของทรัพยากรอื่น ๆ อันได้แก่งบประมาณ ยาและเวชภัณฑ์ ทำให้มีข้อจำกัดในการออกมาตรการได้อย่างทันที่ เช่น การปรับ/สร้างพื้นที่สำหรับรองรับผู้ติดเชื้อ COVID-19 หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อที่ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง เป็นต้น

3) เครื่องมือที่สถานพยาบาลหรือบุคคลในสถานพยาบาลมีอยู่ เช่น การเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญจากต่างสถานพยาบาลเพื่อขอคำแนะนำ ขอความช่วยเหลือ ซึ่งในการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างมากนักของเครื่องมือสำหรับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety

4) ภาวะผู้นำของผู้บริหารในสถานพยาบาล ที่สามารถวางแผน ตัดสินใจ สื่อสารและนำทีมบุคลากรไปสู่การปฏิบัติจริง รวมทั้งการคาดการณ์ขนาดของปัญหาและความซับซ้อนของปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้นโยบายที่กำหนดขึ้นมีความเหมาะสมสำหรับแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยภายนอกหน่วยงาน ประกอบด้วย

1) สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ หากในพื้นที่รับผิดชอบของสถานพยาบาลหรือชุมชนบริเวณใกล้เคียงมีการพบผู้ติดเชื้อจำนวนมากย่อมส่งผลให้จำนวนผู้รับบริการในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อข้อกำหนดมาตรการของสถานพยาบาลเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว

"มาตรการเนี่ยเราเพิ่มตามปัญหาที่เราเจอนะครับ เช่น รอบแรกเนี่ยเรายังไม่มีผู้ป่วย เราแค่เป็นการเฝ้าระวัง แล้วก็มีแค่เคส PUI นะครับ" (รหัสผู้ให้ข้อมูล CL09)

2) สภาวะแวดล้อมของสถานพยาบาล อาทิ ที่ตั้ง ลักษณะของสังคม ชุมชน หรือประชากรโดยรอบสถานพยาบาล ส่งผลต่อการกำหนดมาตรการของสถานพยาบาล เช่น สถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในชุมชนที่มีประชากรหลากหลายชาติพันธุ์ การกำหนดมาตรการจำเป็นต้องคำนึงถึงความเหมาะสมด้านสังคมวัฒนธรรม รวมทั้งมีวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิผล สามารถสร้างความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งที่เป็นผู้ป่วย ผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป เป็นต้น

"...คนใช้นี้เป็นชาวต่างชาติค่อนข้างเยอะ แล้วก็คุยภาษาไทยกับใครไม่ค่อยรู้เรื่อง ก็ชื่อจุดตามผลไม้ที่เขาปลูกคะ ไม่ว่าจะเป็นสับปะรด ไปจุดสับปะรด ไปจุดข้าวโพด แล้วก็จุดทุเรียนแบบนี้คะ ..." (รหัสผู้ให้ข้อมูล CL01)

3) คำสั่ง/นโยบายจากหน่วยงานส่วนกลาง เช่น คำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) คำสั่งนายกรัฐมนตรี คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข คำสั่งระดับกรม และ คำสั่งระดับจังหวัด

4) ความคาดหวังและแรงกดดันของคนในสังคมรวมทั้งสื่อมวลชนที่ให้ความสำคัญกับการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 มากอย่างที่ไม่เคยมีมาก่อน ทั้งนี้ ความคาดหวังต่อบทบาทของสถานพยาบาลมีความแตกต่างกันไปตามระยะเวลาและสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค เช่น ในช่วงแรกสังคมมีความคาดหวังให้สถานพยาบาลให้บริการตรวจคัดกรองและรักษาผู้ป่วยรวมทั้งเป็นสถานที่กักกันโรคเพื่อลดโอกาสการแพร่กระจายของโรค จึงมีแรงกดดันต่อสถานพยาบาลในการเพิ่มขีดความสามารถในการรองรับจำนวนผู้เข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วยทุกคน โดยไม่มีค่าใช้จ่ายและต้องป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยที่ยังไม่ปลอดโรคนี้ออกจากสถานพยาบาลกลับไปสู่ชุมชน เป็นต้น

4.5 การนำมาตรการไปสู่การปฏิบัติ

หลังจากผู้บริหารกำหนดนโยบาย/มาตรการรับมือโรคติดเชื้อ COVID-19 สถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมินนี้สื่อสารนโยบาย/มาตรการดังกล่าวไปยังบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้วยวิธี 1) การแจ้งข้อมูลผ่านหัวหน้าแผนก/กลุ่มงาน เพื่อให้หัวหน้าเป็นผู้ถ่ายทอดข้อมูลไปยังบุคลากรในสังกัดของตน 2) การแจ้งผ่านทางสื่อสารในรูปแบบออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ อีเมล หรือระบบสารสนเทศของสถานพยาบาล (intranet) 3) การแจ้งข้อมูลผ่านการประชุม/สัมมนา/การอบรม และ 4) การประกาศแจ้งผ่านจดหมายเวียน ไปยังหน่วยงานหรือแผนกต่าง ๆ ภายในสถานพยาบาล หากเป็นการสื่อสารเผยแพร่เพื่อแจ้งข้อมูล โดยเฉพาะมาตรการเกี่ยวกับการเข้ารับบริการสำหรับบุคคลภายนอก ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้เยี่ยมเยียน และผู้ที่มาติดต่อราชการ สถานพยาบาลใช้ช่องทางออนไลน์ อันได้แก่ เว็บไซต์ของสถานพยาบาล เพจเฟซบุ๊ก และแอปพลิเคชันไลน์

การกำกับติดตามและการประเมินผลการดำเนินงาน สถานพยาบาลมีวิธีกำกับติดตามผลการดำเนินงาน ดังนี้ 1) มอบหมายผู้รับผิดชอบในระดับปฏิบัติการ เช่น มอบหมายให้พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อประจำแผนก และหัวหน้าแผนกเป็นผู้กำกับติดตามการปฏิบัติงานของบุคลากรภายในแผนก การนิเทศโดยบุคลากรจากฝ่ายป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของสถานพยาบาล การใช้ระบบคู่หู (buddy system) เพื่อช่วยดูแลการใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันตนเองอย่างถูกวิธี เป็นต้น หากพบการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องหรือฝ่าฝืนมาตรการของสถานพยาบาล เหตุการณ์ดังกล่าวจะถูกรายงานต่อหัวหน้าแผนกหรือผู้รับผิดชอบในการรับมือโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาล เพื่อหาสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามและนำไปแก้ไขเชิงระบบต่อไป 2) มอบหมายผู้รับผิดชอบในระดับนโยบาย เช่น การมอบหมายรองผู้อำนวยการให้มีหน้าที่ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน การกำหนดวาระติดตามผลการดำเนินงาน

ในการประชุมของคณะกรรมการ EOC ของสถานพยาบาล เป็นต้น 3) การประเมินโดยผู้รับบริการ บางสถานพยาบาลมีนโยบายให้ผู้รับบริการประเมินบุคลากรผู้ให้บริการผ่านแบบประเมิน ที่มีข้อความเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ขณะให้บริการ 4) การกำหนดตัวชี้วัดในระดับแผนกหรือระดับสถานพยาบาลเพื่อกำกับการดำเนินการด้านความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 เช่น การติดตามจำนวนบุคลากรผู้ให้บริการที่ติดเชื้อ COVID-19 จากการปฏิบัติงาน อัตราผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับการรักษาจนหาย เป็นต้น

สถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมินได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานตามมาตรการของสถานพยาบาลบางแห่งไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร โดยปัญหา/อุปสรรคที่สถานพยาบาลประสบ ได้แก่ 1) บุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานมาก ส่งผลให้เกิดการละเลยมาตรการด้านความปลอดภัย และเกิดความผิดพลาดขณะปฏิบัติงาน 2) นโยบายที่ไม่ชัดเจน ทั้งนโยบายในระดับประเทศและนโยบายในระดับสถานพยาบาล ซึ่งอาจเกิดจากการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนและไม่สามารถปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนดได้อย่างถูกต้อง 3) การขาดแคลนบุคลากร ส่งผลให้บุคลากรที่เหลือต้องเผชิญกับภาระงานที่มากขึ้น และอาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าและหมดไฟในการทำงาน รวมทั้งการขาดแคลนบุคลากรยังส่งผลต่อการให้บริการที่ไม่ทันต่อความต้องการ 4) ข้อจำกัดด้านทรัพยากร ได้แก่ โครงสร้างอาคารของสถานพยาบาลที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ การขาดแคลน PPE ในบางช่วง และความไม่เพียงพอของข้อมูล (อาทิ ข้อมูลทั่วไปของโรคติดเชื้อ COVID-19 การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ แนวทางการให้บริการในสถานพยาบาล) โดยเฉพาะในช่วงแรกที่มีการระบาด 5) การไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้รับบริการ

"...ความไม่แน่นอนของคำสั่ง (จากกระทรวงหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง- ผู้ประเมิน) ค่ะ คำสั่งเดียวเปลี่ยนวัคซีน เดียวจะให้คนใช้รักษาที่โรงพยาบาล 21 วัน เดียว 14 วัน เดียว 10 วันอะไรแบบนี้ค่ะ อันนี้เป็นปัจจัยลบที่ทำให้เราจะต้องเปลี่ยนกระบวนการบ่อยมาก..." (รหัสผู้ให้ข้อมูล CL01)

ผู้ให้ข้อมูลในระดับปฏิบัติการกล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินการของสถานพยาบาลเพื่อรับมือต่อโรคติดเชื้อ COVID-19 ดังนี้ 1) ผู้บริหารของสถานพยาบาล/ผู้นำ ที่ตระหนักถึงความสำคัญของสถานการณ์การระบาด และช่วยสนับสนุนให้เกิดการเตรียมพร้อมหรือวางแผนเพื่อรับมือได้อย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งสนับสนุน เข้าใจ และให้กำลังใจแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน 2) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ ทั้งในการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมและรับมือต่อการระบาด การสื่อสาร ไปจนถึงการปฏิบัติตามมาตรการที่สถานพยาบาลกำหนดขึ้นอย่างเต็มที่ 3) ความร่วมมือจากบุคคลภายนอกสถานพยาบาล ได้แก่ ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานพยาบาลในจังหวัดเดียวกัน หรือหน่วยงาน

ภายนอก ที่ร่วมมือกันทำงานอย่างเป็นระบบและช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกัน 4) ความพร้อมของ
สถานพยาบาล ทั้งในแง่ของบุคลากร งบประมาณ และสิ่งของ

“...ความฉับไวในการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ leader ต้องนำก่อนทีมมันก็ต้อง
มา เพราะถ้า leader นำไปไม่ถูกทิศ ทีมก็จะกระจัดกระจายออกไป แล้วก็
ความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์...” (รหัสผู้ให้ข้อมูล CL14)

“...น่าจะเป็นเกี่ยวกับสปีริตของเจ้าหน้าที่เราด้วย เพราะว่าหลาย ๆ ที่ จะทำงานกันไม่
เข้าหากัน อย่างของเราก็คือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ สสอ. จะทำงานประสานงาน
กันด้วยดีเหมือนเป็นหน่วยงานเดียวกัน...” (รหัสผู้ให้ข้อมูล CL03)

“ ...ก็คือความร่วมมือของชุมชนและกึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะในการทำ CI
(community isolation- ผู้ประเมิน) HI (home isolation- ผู้ประเมิน) ผมเห็นว่า
จะต้องใช้ทรัพยากรแล้วก็ความร่วมมือบูรณาการจากของทั่วทั้งอำเภอ โรงพยาบาล
ไม่สามารถที่จะดำเนินการด้วยตัวเองได้ครับผม ” (รหัสผู้ให้ข้อมูล OL01)

จากการประเมินการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ
COVID-19 ในครั้งนี้ไม่สามารถประเมินผลการปฏิบัติงานตามมาตรการของสถานพยาบาลได้ เนื่องจาก
สถานพยาบาลส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมการประเมิน ไม่มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ
กล่าวคือ ไม่มีการกำหนดตัวชี้วัด หรือประเมินถึงผลลัพธ์และผลกระทบจากการปฏิบัติงานที่สามารถ
นำไปใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการปรับปรุง/พัฒนามาตรการที่สถานพยาบาลกำหนดขึ้น มีเพียงการกำกับ
ติดตามด้วยการรายงานจากหัวหน้าแผนกหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ในการกำกับติดตามเท่านั้น
อีกทั้งการประเมินนี้มุ่งเน้นที่การศึกษามาตรการเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรของ
สถานพยาบาลที่ถูกกำหนดขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาท
ของ การ เช ้า ร วม โ ค ร ัง ก า ร
2P Safety ทำให้ระเบียบวิธีวิจัยที่โครงการประเมินนำมาใช้ไม่เหมาะสมต่อการประเมินผลลัพธ์ของ
มาตรการและการปฏิบัติงานของสถานพยาบาล

“...เราจะมีการประชุม war room ทุกวันเพื่อสอบถามว่ามีอะไรเป็นปัญหาติดขัด มี
อะไรเกิดขึ้นใหม่ เพื่อมีการแก้ไขปัญหา หรือว่าติดขัดตรงไหน ต้องการให้ใคร
ช่วยเหลือเพิ่มเติมก็จะมีประมาณนี้ครับ...คือผมไม่ได้ต้องออกมาเป็นตัวชี้วัด...” (รหัส
ผู้ให้ข้อมูล OL01)

“(ผู้สัมภาษณ์: แล้วในส่วนของการกำกับติดตามผลหลังจากที่เราประกาศใช้นโยบาย
ไปแล้ว โรงพยาบาลมีการตั้งตัวชี้วัดหรือมีการวัดผลการปฏิบัติตามมาตรการที่เกี่ยวข้อง

กับโควิดใหม่คะ?) ก็อาจจะไม่ได้มีตัวชี้วัดที่ชัดเจน แต่ว่าทุกครั้งที่มีประเด็นปัญหา ที่มีโอกาสเอามาทบทวนแก้ไข หรือพัฒนาแก้ไข เราก็จะทบทวนกันในเชิงระบบ...จริง ๆ ไม่ได้มีตัวเลขหรือตัวชี้วัดออกมาชัด ๆ แต่ว่าทุกครั้งที่มีปัญหา เราพยายามทบทวน และแก้ไข แล้วก็หาทางป้องกันค่ะ” (รหัสผู้ให้ข้อมูล OL02)

4.6 การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัย ที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทย คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข อันมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ได้มีการประชุม เมื่อวันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2563 และมีมติให้ประกาศเจตนารมณ์ เรื่อง ความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งมีใจความสำคัญ ดังนี้ สถานพยาบาลทุกแห่งให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข มีแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของบุคลากร จัดสรรหน้ากากอนามัยและอุปกรณ์ป้องกันอื่น ๆ ให้มีสำรองใช้อย่างเหมาะสม บุคลากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือต้องสงสัยติดเชื้อ COVID-19 จะต้องได้รับการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวัง และดำเนินการรักษาทันทีหากพบว่ามีอาการติดเชื้อ ให้สถานพยาบาลมีหลักประกันคุ้มครองดูแลและเยียวยาบุคลากรผู้ติดเชื้อ รวมทั้งมีช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ความรู้และสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากร ^[84]

นอกจากการประกาศเจตนารมณ์ของคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขแล้ว สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ซึ่งเป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการฯ และเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ได้ทบทวนและเพิ่มเติมแนวปฏิบัติสำหรับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient goals) และเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข (personnel goals) โดยใช้ชื่อว่า Patient and Personnel Safety for Emerging Infectious Disease 2021 ซึ่งถูกตีพิมพ์ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 แนวปฏิบัติดังกล่าวได้รับการทบทวนและปรับปรุงให้มีความสอดคล้องและทันต่อสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยการเพิ่มแนวปฏิบัติในทุกหมวดตาม S-I-M-P-L-E (ดูตัวอย่าง ในตาราง 5) ^[85] จากการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในระดับปฏิบัติการของสถานพยาบาลทั้ง 20 แห่ง (ทั้งสถานพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety) ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 พบว่ามีสถานพยาบาลส่วนน้อยที่รับทราบเรื่องการปรับปรุงเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข และมีเพียงบางสถานพยาบาลที่ได้รับเอกสารฉบับปรับปรุงดังกล่าว

ตาราง 5 ตัวอย่าง Patient and Personnel Safety for Emerging Infectious Disease 2021 (เดือนมกราคม พ.ศ. 2564) ^[85]

เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย	SIMPLE	เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข
safe surgery มีการเพิ่มแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย บุคลากร ในการเตรียมความพร้อมในการระงับความรู้สึกกับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และให้โรงพยาบาลกำหนดนโยบายและวิธีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้ออุบัติใหม่ที่มีการติดต่อทางระบบทางเดินหายใจที่ได้จัดทำโดยองค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข	S	security and privacy of information and social media เน้นความเป็นส่วนตัว (privacy) ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สถานการณ์โรคอุบัติใหม่
infection prevention and control เพิ่มแนวปฏิบัติ/ป้องกันเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาล	I	infection and exposure เพิ่มแนวทางการบริหารจัดการเพื่อป้องกันบุคลากรติดเชื้อหรือเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ COVID-19 จากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรสาธารณสุขในสถานพยาบาล
medication & blood safety เพิ่มแนวทางการปฏิบัติ เรื่อง การส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์หรือระบบขนส่งอื่น	M	mental health and mediation ป้องกันความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน รวมทั้งปัญหาการกระทบกระทั่งกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ
patient care processes เน้นการวินิจฉัยที่ถูกต้องและทันเวลา	P	process of work ตั้งเป้าหมายว่าต้องไม่มีบุคลากรผู้ติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ทางเดินหายใจ
line, tube and catheter & laboratory เพิ่มแนวปฏิบัติในการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และการจัดการเพื่อลดความแออัดและระยะเวลารอคอยในการรับบริการ	L	lane (ambulance) and legal issues เพิ่มแนวทางการปฏิบัติการดูแลและรักษาผู้ป่วยที่สงสัยหรือวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ติดต่อผ่านทางเดินหายใจบนรถพยาบาล
emergency response เพิ่มการดูแลและรักษาผู้ป่วยที่สงสัยหรือวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ติดทางเดินหายใจภายในห้องฉุกเฉิน และแนวทางการปฏิบัติการกู้ชีพขั้นสูง การใส่ท่อช่วยหายใจ และกิจกรรมที่ก่อให้เกิดละอองฝอยขนาดเล็ก	E	environment and working conditions ปกป้องบุคลากรและผู้ป่วยให้ปลอดภัย มีความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย และทำงานภายใต้สภาพการทำงานที่มั่นคง ปลอดภัย

นอกจากการปรับปรุงเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขแล้ว สรพ. ได้จัดการอบรม/สัมมนาหลายครั้งในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรับมือต่อโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาล โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรเป็นสำคัญ ตัวอย่างเช่น การอบรม/สัมมนาหัวข้อ How to think for COVID-19 (11 มีนาคม พ.ศ. 2563) การเตรียมความพร้อม รพ. เพื่อรับสถานการณ์ COVID-19 (13 มีนาคม พ.ศ. 2563) บทบาท ICN ในสถานการณ์ COVID-19 (15 เมษายน พ.ศ. 2563) HA LIVE หัวข้อประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย COVID-19 และการบริหารจัดการในระดับ รพช. (1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563) HA LIVE หัวข้อการบริหารจัดการ COVID-19 ในบริบทจังหวัดปัตตานี (5 มิถุนายน พ.ศ. 2563) โรงพยาบาลสนาม บทเรียนและความสำเร็จ (23 มิถุนายน พ.ศ. 2564) การประชุมเชิงปฏิบัติการผ่านระบบสื่อสารทางไกล virtual conference เรียนรู้การวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล 2P Safety เพื่อพัฒนาและออกแบบระบบงาน (30 มิถุนายน-2 กรกฎาคม พ.ศ. 2564) การประชุมเชิงปฏิบัติการผ่านระบบสื่อสารทางไกล virtual conference เรียนรู้การวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล 2P Safety เพื่อพัฒนาและออกแบบระบบงาน (29-31 กรกฎาคม พ.ศ. 2563) การเสวนาผลงานของโรงพยาบาลในสถานการณ์ COVID-19 ในเรื่องการตั้งโรงพยาบาลสนาม ระบบบริการวัคซีน และการจัดตั้งศูนย์พักคอย (20 สิงหาคม พ.ศ. 2564) และการเสวนาโรงพยาบาล HA โรงพยาบาลคุณภาพในสถานการณ์โควิด 19 (25 สิงหาคม พ.ศ. 2564) โดยการอบรม/สัมมนาจัดขึ้นในช่องทางออนไลน์ที่เข้าถึงได้ง่ายและไม่มีการจำกัดสิทธิ์การเข้าร่วมรับฟังและแสดงความคิดเห็น (เข้าร่วมได้ทั้งสถานพยาบาลที่เข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety) ^[86]

การประเมินนี้พบว่า สถานพยาบาลส่วนใหญ่ทราบข่าวการจัดอบรม/สัมมนาผ่านทางจดหมายแจ้งจาก สรพ. หรือผ่านการติดตามหน้าเว็บไซต์หรือช่องทางออนไลน์อื่น ๆ ของ สรพ. แต่ก็ยังมีบางสถานพยาบาลหรือบุคลากรบางส่วนที่ไม่ทราบเรื่องการจัดอบรม/สัมมนาของ สรพ. ดังจะเห็นได้จากการสัมภาษณ์บุคลากรในระดับปฏิบัติการท่านหนึ่งเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งชี้ว่าผู้ให้ข้อมูลไม่ทราบว่า สรพ. เคยจัดการอบรม/สัมมนาเกี่ยวกับการรับมือต่อโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาลมาก่อน

“ส่วนนี่คือเรื่องพัฒนาองค์ความรู้ ช่วงนี้คงต้องเน้นเรื่องเกี่ยวกับโควิดเป็นพิเศษขึ้นมา อาจจะเป็น onsite หรือ online ช่วงนี้น่าจะเริ่มทำได้แล้ว (ผู้สัมภาษณ์: ที่ผ่านมา สรพ. ได้มีการเอาเรื่องของ 2P กับโควิดมารวมกัน แล้วมีการจัดอบรมเกี่ยวกับพวกนี้บ้างไหมคะ?) ยังเลยคะ ไม่มีคะ” (รหัสผู้ให้ข้อมูล CL12)

ข้อค้นพบจากการประเมินนี้ แสดงให้เห็นว่า สถานพยาบาลทั้ง 20 แห่ง ไม่ว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ เข้าร่วมโครงการ 2P Safety รู้จักและคุ้นเคยกับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขเป็นอย่างดี และได้นำเป้าหมายความปลอดภัยดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของสถานพยาบาลของตนเองตั้งแต่ก่อนที่จะมีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 นี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การที่ประเทศไทยมีเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขช่วยให้สถานพยาบาลสามารถวางแผนและปรับตัวเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดต่อนี้ได้ดีขึ้น

"ใช้ (2P Safety - ผู้ประเมิน) เยอะเลยล่ะ ...เราต้องใช้ patient identification ดี ๆ ไม่งั้นเดี๋ยวเขาจะหลุดไปหน่วยบริการ แล้วเราก็จะต้องเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างมากเลยล่ะ..." (รหัสผู้ให้ข้อมูล CL01)

นอกจากการนำเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขมาใช้ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 แล้ว สถานพยาบาลยังนำหลักการเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์นี้ได้ โดยส่งเสริมให้บุคลากรรายงานหากพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์จากการให้บริการในสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อ COVID-19 เช่น การพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในแผนกผู้ป่วยนอก หรือการนำเอาหลักการการบริหารงานคุณภาพ (plan-do-check-act: PDCA) ซึ่งเป็นกระบวนการคิดและทำงานด้านความปลอดภัยมาใช้ในการวางแผนรับมือกับโรคติดเชื้อ COVID-19

"2P Safety ทำให้เรามี basic ในการจัดการโรคอย่างเป็นระบบ" (รหัสผู้ให้ข้อมูล OL17)

"จริง ๆ ก็โควิดกับ 2P Safety ก็เกี่ยวข้องกัน อย่างที่ได้เรียนไปว่าจริง ๆ 2P Safety อยู่รอบตัวเราทุกอย่าง เกือบทุกเหตุการณ์เชื่อมโยงกับ 2P Safety ได้หมดเลย ก็ยิ่งโดยเฉพาะเรื่องโรคติดเชื้อ COVID-19 ความปลอดภัยเรื่อง infection ทั้งในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ หรือว่าผู้ป่วย หรือญาติ เราก็ได้พยายามทำแนวทางต่าง ๆ ให้เกิดความปลอดภัยมากที่สุด คิดว่า 2P Safety มีส่วนช่วยมาก ๆ คือพอมีหลักการนี้ขึ้นมาบู๊มันเหมือนเป็นแนวทางที่ให้เห็นภาพชัดเจนมากขึ้น ว่าเราทำสิ่งนี้เพื่ออะไร ..." (รหัสผู้ให้ข้อมูล CL02)

4.7 ข้อเสนอแนะจากสถานพยาบาลต่อการขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

สถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมินให้ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 รวมทั้งการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ดังนี้

1) ปรับปรุงเครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เช่น เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข และหัวข้อการรายงานความเสี่ยงเข้าสู่ระบบ NRLS ให้สอดคล้องกับสถานการณ์

“...S-I-M-P-L-E เราเนี่ย ก่อนโควิดกับหลังโควิดเหมือนเดิมเนี่ย มันแปลว่า เครื่องมือนี้คือยารักษาทุกโรคใช้หรือเปล่า...” (รหัสผู้ให้ข้อมูล CL06)

2) แผนวาทหลักการ 2P Safety เข้ากับหลักการอื่น ๆ ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้โดยสถานพยาบาลในการรับมือการระบาดของโรคอุบัติใหม่ เช่น หลักการ 3S (structure-staff-system) เป็นต้น

“... 2P Safety เนี่ยจะต้องผนวกกับ 3S (structure-staff-system) กระบวนการพวกนี้มันถึงจะทำให้การทำงานได้ครบรอบ คือคิดให้มันเป็นองค์ประกอบครบทุกด้าน เพราะถ้าเราคิดด้านหนึ่งมันก็จะหลุดอีกด้านนึงถูกไหมครับ คิดด้าน structure ไม่คิดด้าน system เดียวมันก็ติดเชื่อกันไปหมดเลยมันต้องคิดให้ครบองค์ประกอบแล้วแก้ปัญหาในภาพรวมให้ได้ครับ” (รหัสผู้ให้ข้อมูล OL06)

3) สนับสนุนการจัดการความรู้ โดยจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสถานพยาบาลมากขึ้น

“... สรพ. มีองค์ความรู้ ประสบการณ์ที่หลากหลายของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในส่วนของตัวอื่น ๆ สรพ. คงไม่สามารถสนับสนุนได้เท่าไร เพราะอย่างองค์ความรู้เราก็ได้ตรง ๆ เรื่อย ๆ อยู่ตลอด รัฐบาลเขาก็ถ่ายทอดให้เราได้ดีแล้ว อยากได้ประสบการณ์ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ KM อะไรพวกนี้มากกว่า...” (รหัสผู้ให้ข้อมูล CL14)

บทที่ 5 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.1 อภิปรายผลการประเมิน

การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากทำให้ผู้ป่วย COVID-19 ที่ต้องการการรักษามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ยังมีความต้องการบริการควบคุมป้องกันโรคเฉพาะกลุ่มประชากร ได้แก่ กลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ กลุ่มผู้ต้องสงสัยว่าจะติดเชื้อ กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการป่วยรุนแรงหากติดเชื้อ และประชาชนทั่วไป ในขณะที่เดียวกันทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการ ทั้งบุคลากร งบประมาณ รวมถึงยาและเวชภัณฑ์มีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลให้สถานพยาบาลในประเทศไทยและต่างประเทศต้องวางแผนเตรียมการรับมือการระบาด โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ การประเมินนี้พบว่า สถานพยาบาลทั้ง 20 แห่ง และสถานพยาบาลในต่างประเทศมีการกำหนดมาตรการเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่คล้ายคลึงกัน โดยมาตรการส่วนใหญ่ที่สถานพยาบาลกำหนดขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อความปลอดภัยของบุคลากรและผู้ที่มีมารับบริการในสถานพยาบาล ซึ่งครอบคลุมมาตรการบริหารจัดการและบริการทั่วไปเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากผู้ป่วย COVID-19 และผู้เยี่ยมชมที่ติดเชื้อสู่บุคลากรและผู้ป่วยรายอื่น มาตรการการปรับกระบวนการ/วิธีการในการรักษาพยาบาล การปรับปรุงอาคารสถานที่ การป้องกันการแพร่เชื้อหรือสัมผัสเชื้อผ่านหัตถการและสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล ตลอดจนการลดผลกระทบในวงกว้างหากมีบุคลากรบางส่วนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ เนื่องจากต้องกักตัวหรือได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ COVID-19

สถานพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety มีมาตรการ วิธีการกำหนดมาตรการ และการนำมาตรการไปสู่การปฏิบัติที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจากสถานพยาบาลทั้ง 20 แห่ง รู้จักและได้นำเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข หรือนโยบาย 2P Safety ไปประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของสถานพยาบาลตั้งแต่ก่อนที่จะมีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 สถานพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (hospital accreditation: HA) ทำให้มีความคุ้นเคยกับหลักการการบริหารงานคุณภาพและการตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรเป็นทุนเดิม ซึ่งอาจทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของมาตรการรับมือโรคติดเชื้อ COVID-19 ระหว่างสถานพยาบาลทั้ง 2 กลุ่มได้

การประกาศเจตนารมณ์เรื่องความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2563 เป็นนโยบายใน

ระดับประเทศที่สอดคล้องกับนโยบายปีแห่งบุคลากรสาธารณสุข (year of health and care workers)⁹ ในระดับสากลที่ถูกประกาศโดยองค์การอนามัยโลกใน ค.ศ. 2021 ^[87] แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศและระดับสากล รวมถึงการมีกลไกและเครื่องมือที่ช่วยขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัยที่ประเทศไทยดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2561 ส่งผลให้ผู้บริหารสถานพยาบาลตระหนักและให้ความสำคัญกับประเด็นด้านความปลอดภัยของบุคลากร และมีการนำเอากลไกและเครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ มาปรับใช้ในการบริหารสถานการณ์ช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ดังจะเห็นได้จากการนำเอาเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุข หลักแนวคิดเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยและการรายงานความเสี่ยง และหลักการบริหารงานคุณภาพ (PDCA) มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนและปรับตัวเพื่อรับมือต่อการระบาด

อย่างไรก็ตาม ผู้ประเมินพบว่า ถึงแม้จะมีการนำเอาเครื่องมือและกลไกภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ มาปรับใช้ แต่สถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมินส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงการทบทวนและเพิ่มเติมแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรับมือกับสถานการณ์โรคติดเชื้อ COVID-19 (จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มแล้วเสร็จในเดือนมกราคม พ.ศ. 2564) รวมถึงการที่สถานพยาบาลบางส่วนไม่ทราบถึงการจัดอบรม/สัมมนาที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของ สรพ. ตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ของการระบาด (ประมาณเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563) ต่อเนื่องมาจนถึงในช่วงของการเก็บข้อมูล ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการเลือกใช้สื่อหรือช่องทางในการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมกับผู้รับสาร เช่น การเผยแพร่เอกสาร Patient and Personnel Safety for Emerging Infectious Disease 2021 ในรูปแบบเล่ม (hard copy) เท่านั้น ทำให้บุคลากรที่เข้าถึงเอกสารมีจำนวนไม่มากนัก อนึ่ง การเผยแพร่เอกสารในรูปแบบเล่มยังทำให้การส่งต่อความรู้ระหว่างบุคลากรในสถานพยาบาลเป็นไปได้ยากกว่าการเผยแพร่เอกสารในรูปแบบออนไลน์ ที่ทุกคนสามารถเข้าถึงเอกสารได้พร้อมกัน นอกจากนี้ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ปัญหาสภาพจิตใจ และปัญหาด้านอื่น ๆ ของบุคลากร ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลให้การอบรม/สัมมนาที่จัดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าวไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากรเท่าที่ควร ดังนั้น ผู้บริหารสถานพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสถานพยาบาลอื่น ๆ และ สรพ. ในฐานะผู้ส่งสารจึงควรต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจกับพฤติกรรมและความต้องการที่เปลี่ยนไปของผู้รับสาร พัฒนาสารที่มีความ

⁹ นโยบายปีแห่งบุคลากรสาธารณสุข (year of health and care workers) เป็นนโยบายที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกพัฒนานโยบายด้านความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อป้องกันบุคลากรจากอันตรายและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในสถานพยาบาล พัฒนาความสำคัญของสุขภาพจิตและสวัสดิการ และทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและนโยบายความปลอดภัยของบุคลากรในระดับประเทศ

น่าสนใจและดึงดูดมากขึ้น ปรับปรุงช่องทางการสื่อสารให้เหมาะสมกับผู้รับสาร รวมถึงกำกับติดตามและประเมินประสิทธิภาพในการสื่อสารของหน่วยงานส่วนกลางอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ ข้ออภิปรายดังกล่าวเป็นเพียงข้อสันนิษฐานจากผู้ประเมินเท่านั้น เนื่องจากการประเมินนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากหน่วยงานในระดับปฏิบัติการ (สถานพยาบาล) เพียงอย่างเดียว ไม่มีการเก็บข้อมูลในระดับหน่วยงานส่วนกลาง (สรพ. และกระทรวงสาธารณสุข) ข้ออภิปรายดังกล่าวจึงเป็นข้อมูลที่ยังไม่ได้รับการยืนยันและหาข้อยุติ และจำเป็นต้องได้รับการประเมินในอนาคตต่อไป

สถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมินนี้กำหนดมาตรการโดยมอบหมายคณะกรรมการ คณะทำงาน หรือกลุ่มคนที่แต่งตั้งขึ้นให้รับผิดชอบการบริหารสถานการณ์ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากแผนกต่าง ๆ ในสถานพยาบาล แต่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ป่วย (patient groups) และองค์กรภาคประชาชนในการกำหนดมาตรการที่อาจมีผลกระทบหรือเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการภายในสถานพยาบาล (ยกเว้น มาตรการการสร้างโรงพยาบาลสนาม และสถานที่แยกกักกันผู้ติดเชื้อที่มีอาการไม่รุนแรง รวมทั้ง สถานพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกิจ (hospital) ที่มีการร่วมมือกับประชาชนในชุมชน ภาคเอกชน และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง) ซึ่งไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2 (การสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภาคประชาสังคม ผู้ป่วย และองค์กรต่าง ๆ ในระบบบริการทางสาธารณสุข) ของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อคุณภาพความปลอดภัย ประกอบกับเรื่องโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นเรื่องใหม่ที่ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์มีอยู่อย่างจำกัด การตัดสินใจใช้มาตรการต่าง ๆ ล้วนอยู่บนความไม่แน่นอน มีความเสี่ยง การสื่อสารและให้โอกาสมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของภาคประชาชนจะทำให้เกิดความเข้าใจ ไว้วางใจ และเป็นการแบ่งปันความรับผิดชอบต่อมาตรการและผลกระทบที่เกิดขึ้น ดังนั้น สถานพยาบาลจึงควรสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนหน่วยงานส่วนกลาง อาทิ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ควรสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในรูปแบบบูรณาการ (พร้อมกันทุกยุทธศาสตร์) เพื่อให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าประสงค์

ผู้บริหารสถานพยาบาลสื่อสารมาตรการที่กำหนดขึ้นไปยังบุคลากรในระดับปฏิบัติการผ่านระบบโครงสร้างการบังคับบัญชา (เช่น การสื่อสารผ่านหัวหน้าแผนกหรือการส่งจดหมายเวียนในสถานพยาบาล) นอกจากนี้ยังใช้ช่องทางสื่อสารในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งกระบวนการสื่อสารของสถานพยาบาลในประเทศไทย คล้ายคลึงกับวิธีการสื่อสารมาตรการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาลในต่างประเทศ ทั้งนี้ การสื่อสารภายในสถานพยาบาลระหว่างผู้กำหนดมาตรการและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในช่วงที่มีการระบาดของโรคนั้นย่อมมีความแตกต่างจากการสื่อสารในสถานการณ์ปกติ เนื่องจากบุคลากรที่ให้บริการมีภาระงานเพิ่มขึ้นกว่าปกติ มีความเสี่ยงสัมผัสโรคสูง และผู้ป่วยในความดูแลซึ่งรวมทั้งเพื่อนร่วมงาน มีอาการหนักหรือเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ทำให้บุคลากรมักจะอยู่ในภาวะเครียด ตื่น

กลัว และเหนื่อยล้า ดังนั้น ผู้บริหารสถานพยาบาลควรสื่อสารในรูปแบบที่มี “ความโปร่งใส ให้กำลังใจ และสื่อสารให้บ่อยครั้ง” เพื่อให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานสามารถรับรู้สถานการณ์ของสถานพยาบาลตนเอง และสามารถประเมินหรือคาดหวังถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจะช่วยลดความตื่นตระหนกและความเครียดของบุคลากรลงได้ [88, 89] นอกจากนี้ The Hospital and Healthsystem Association of Pennsylvania [90] เสนอยุทธศาสตร์ในการสื่อสารระหว่างผู้บริหารกับเจ้าหน้าที่ในองค์กร ซึ่งสรุปได้ดังรูป

5



รูป 5 ประเด็นสำคัญในการสื่อสารเพื่อให้เกิดพลังในการรับมือกับวิกฤต [90]

การประเมินนี้พบว่า สถานพยาบาลส่วนใหญ่กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินมาตรการผ่านการรายงานจากหัวหน้าแผนกหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ในการกำกับติดตาม มีสถานพยาบาลเพียงบางส่วนที่กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานอย่างชัดเจน (เช่น จำนวนบุคลากรที่ได้รับการคัดกรองอย่างสม่ำเสมอและจำนวนบุคลากรติดเชื้อ COVID-19 จากการปฏิบัติงาน สัดส่วนของเจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีน COVID-19 ครบถ้วน) และมีการประเมินผลการดำเนินงานในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 จากผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม สถานพยาบาลยังขาดการประเมินผลของมาตรการที่มีต่อผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ใช่ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 อาทิ ผู้รับบริการผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ผู้ป่วยรับยาทางไปรษณีย์/ที่ร้านยาใกล้บ้าน ผู้ที่ถูกเลื่อน/ยกเลิกการผ่าตัด ซึ่งมาตรการเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการของโรคที่รุนแรงขึ้นหรืออาจถึงขั้นเสียชีวิต ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Fournier และคณะ [91] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อ

COVID-19 ได้รับความเสี่ยงจากการเกิดโรคระบาด ความเสี่ยงจากการปรับระบบการให้บริการทางสาธารณสุข และความเสี่ยงจากสาเหตุอื่น ๆ ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 (พิจารณาภาคผนวก 4 ที่แสดงให้เห็นผลกระทบด้านต่าง ๆ จากโรคระบาดที่อาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงและคุณภาพของบริการสุขภาพ เพื่อใช้เป็นกรอบในการประเมินผลของมาตรการของสถานพยาบาลและการประเมินผลในระดับประเทศ) ความเสี่ยงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและคุณภาพของการให้บริการทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้กำหนดนโยบายทั้งในระดับประเทศและสถานพยาบาลควรตระหนัก และจัดให้มีการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดยการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อวัดผลการดำเนินงานมาตรการอย่างชัดเจน และนำผลที่ได้จากการประเมินไปใช้ในการปรับแก้มาตรการ/ระบบการให้บริการสุขภาพต่อไป

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของมาตรการที่ประกาศใช้ในสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมินนี้ได้แก่ ผู้นำ/ผู้บริหารของสถานพยาบาล ความพร้อมของสถานพยาบาล และความร่วมมือทั้งจากบุคลากรในสถานพยาบาลและบุคคลภายนอกสถานพยาบาล ซึ่งปัจจัยเรื่องผู้นำและความพร้อมของสถานพยาบาลเป็นปัจจัยที่สอดคล้องกับปัจจัยความสำเร็จในต่างประเทศที่ได้จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องในการศึกษานี้ [35, 40, 49, 64, 66, 68, 73, 78-81] อันจะเห็นได้ว่า หากสถานพยาบาลมีผู้นำที่มีศักยภาพ มีความน่าเชื่อถือ และตระหนักถึงความสำคัญของการรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ก็จะสามารถวางแผนรับมืออย่างทันที่ ทำให้บุคลากรในสถานพยาบาลมีความเชื่อมั่นและมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน ส่วนความพร้อมของสถานพยาบาลในแง่ของทรัพยากร (อันได้แก่ บุคลากร งบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี) จะช่วยให้สถานพยาบาลสามารถปรับตัวเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างรวดเร็ว และทำให้มาตรการมีโอกาสในการประสบความสำเร็จสูงกว่ามาตรการที่ถูกดำเนินในสถานพยาบาลที่ 'ไม่' มีความพร้อม ในส่วนของความร่วมมือของบุคลากรและบุคคลภายนอกสถานพยาบาล ผู้ประเมินพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Winkleman และคณะ [92] ที่ระบุว่า การมีเครือข่ายและความสัมพันธ์ที่ดีภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงาน ทั้งในระดับชุมชน ระดับประเทศ และระหว่างประเทศจะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึงสถานพยาบาลสามารถรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้ดี

ผู้ประเมินไม่พบปัญหาที่เด่นชัดในเรื่องงบประมาณสำหรับดำเนินมาตรการของสถานพยาบาลซึ่งอาจสะท้อนว่าระบบบริการทางสาธารณสุขของประเทศไทยได้รับการอุดหนุนงบประมาณอย่างเพียงพอจากทั้งภาครัฐและประชาชน เห็นได้จากการใช้จ่ายตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยี่ยวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 และพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา

เศรษฐกิจและสังคม จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564 ^[93, 94] ที่ให้เงินอุดหนุนแก่กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มหาวิทยาลัยและสถานพยาบาลโดยตรง ไม่ต่ำกว่า 150,000 ล้านบาทในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา นอกเหนือจากระบบงบประมาณปกติและการบริจาคของภาคเอกชนและประชาชน นับเป็นจุดแข็งหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขไทย

ผู้ประเมินไม่สามารถประเมินผลการปฏิบัติงานตามมาตรการของสถานพยาบาลได้ เนื่องจากการประเมินนี้มุ่งเน้นที่การศึกษามาตรการเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรของสถานพยาบาลที่ถูกกำหนดขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของการเข้าร่วมโครงการ 2P Safety ซึ่งทำให้ระเบียบวิธีวิจัยที่โครงการประเมินนำมาใช้ไม่เหมาะสมสำหรับการประเมินผลลัพธ์ของมาตรการและการปฏิบัติงานของสถานพยาบาล ดังนั้น ผู้ประเมินจึงเสนอให้การประเมินมาตรการและกระบวนการในการรับมือต่อโรคระบาดของสถานพยาบาลในอนาคต ควรใช้ระเบียบวิธีในการประเมินในลักษณะผสม (mixed methods) ที่ครอบคลุมทั้งการศึกษาในเชิงคุณภาพและปริมาณเพื่อศึกษากระบวนการในการกำหนดมาตรการ มาตรการสถานพยาบาลและหน่วยงานต่าง ๆ กำหนดขึ้น ปัจจัยนำเข้าและปัจจัยแวดล้อม การนำมาตราการไปสู่การปฏิบัติ ตลอดจนการประเมินผลลัพธ์/ผลกระทบและความสำเร็จจากการดำเนินมาตรการ

จากการประเมินในครั้งนี้ ผู้ประเมินพบว่ามาตรการที่สถานพยาบาลกำหนดขึ้น วิธีการกำหนดมาตรการ การนำมาตราการไปสู่การปฏิบัติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับมือต่อโรคติดเชื้อ COVID-19 ระหว่างสถานพยาบาลในแต่ละระดับ รวมทั้งมาตรการของสถานพยาบาลในประเทศไทยและต่างประเทศมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งความคล้ายคลึงของมาตรการเหล่านี้อาจเกิดจาก 1) โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้สถานพยาบาลขาดข้อมูลเกี่ยวกับโรค และมาตรการรับมือที่เหมาะสม โดยเฉพาะในช่วงต้นที่มีการระบาด สถานพยาบาลส่วนใหญ่จึงพิจารณาข้อมูลคำแนะนำจากหน่วยงานทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยในการตัดสินใจกำหนดมาตรการในสถานพยาบาลของตนเอง และนำไปสู่การมีมาตรการที่คล้ายคลึงกัน และ 2) ข้อมูลที่ได้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มผู้บริหารและบุคลากรผู้ให้บริการในสถานพยาบาลระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นช่วงหลังจากการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ระลอกที่หนึ่งถึงสามในประเทศไทย จึงอาจทำให้เกิดอคติของการวิจัยที่เกิดจากการลืม (recall bias) ส่งผลให้ข้อมูลบางส่วนอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในเรื่องของช่วงเวลาดำเนินการและใช้มาตรการ และขาดรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงแรกของการระบาด จึงไม่พบความแตกต่างของมาตรการที่สถานพยาบาลนำมาใช้รับมือโรคติดเชื้อ COVID-19 ในระลอกแรก ๆ อย่างชัดเจน

นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลในบางสถานพยาบาล ผู้ประเมินไม่อาจแยกเก็บข้อมูลจากผู้บริหารสถานพยาบาล/หัวหน้ากลุ่มงาน และบุคลากรทั่วไปในสถานพยาบาลบางแห่งได้ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกในการให้ข้อมูลแบบแยกกลุ่ม อีกทั้ง ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ผู้ประเมินแจ้งผู้ให้ข้อมูลทราบถึงรายละเอียดของโครงการประเมินโดยย่อ รวมถึงที่มาของโครงการและการสนับสนุนงบประมาณในการประเมินจาก สรพ. ที่เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ และเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบและรับรองมาตรฐานในการให้บริการของสถานพยาบาล ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบทุกครั้งก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเกรงใจและไม่กล้า แสดงความคิดเห็นที่สะท้อนความเป็นจริงเท่าที่ควร

5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ต่อกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

- 1) ควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 และผู้ป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ที่ไ้ ม ไ้ ใน ช้ ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับผลกระทบจากการปรับระบบการให้บริการทางสาธารณสุขในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยการออกคำแนะนำหรือให้การสนับสนุนแก่สถานพยาบาลในการสร้างระบบการกำกับติดตามและประเมินผลกระทบจากมาตรการอย่างเป็นระบบ
- 2) ควรใช้ประเด็นเรื่องโรคอุบัติใหม่ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เช่น การสนับสนุนให้เกิดระบบ/วิธีการสร้างบุคลากรสาธารณสุขในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้มีศักยภาพและมีความตระหนักด้านความปลอดภัย หรือการใช้ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเพื่อสะท้อนเรื่องความปลอดภัยในการให้บริการทางสาธารณสุขในช่วงสถานการณ์ COVID-19 เป็นต้น
- 3) ควรปรับปรุงเครื่องมือและกลไกภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ให้มีความทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์ กฎหมาย หรือประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องซึ่งได้ทยอยออกมาเป็นระยะ ให้สถานพยาบาลสามารถนำเครื่องมือและกลไกที่มีอยู่ไปปรับใช้ และสนับสนุนบุคลากรในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับนโยบายใหม่ ๆ
- 4) ควรมีการกำกับติดตามและประเมินผลการใช้เครื่องมือและกลไกภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ อย่างสม่ำเสมอ
- 5) ควรปรับวิธีในการสื่อสารนโยบาย/ข้อมูลไปยังสถานพยาบาลให้มีกลยุทธ์ที่เหมาะสม มีความโปร่งใส ชัดเจน รวดเร็ว และเข้าถึงง่าย เช่น การสื่อสารผ่านฐานข้อมูลออนไลน์ที่เผยแพร่สู่

สาธารณะ และควรมีการกำกับติดตามและประเมินประสิทธิภาพในการสื่อสารของหน่วยงาน ส่วนกลางอย่างสม่ำเสมอ

ต่อสถานพยาบาล

- 1) ควรสร้างกลยุทธ์และเพิ่มช่องทางในการสื่อสารให้เกิดการสื่อสารแบบสองทาง (two way communication) ทั้งภายในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล (ระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงประชาชนในพื้นที่) เกี่ยวกับสถานการณ์และมาตรการที่นำมาใช้ในการรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาล
- 2) ควรสร้างระบบการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินมาตรการอย่างเป็นระบบ โดยการกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการปรับระบบการให้บริการทางสาธารณสุขในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทั้งผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อ COVID-19
- 3) ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือผู้ป่วยในการกำหนดมาตรการของสถานพยาบาล เช่น การตัดสินใจผ่านคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาลที่มีบุคคลในชุมชนรวมอยู่ด้วย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet] Geneva: WHO; 2022 [cited 2022 Jan 19]. Available from: <https://covid19.who.int/>.
2. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [วันที่อ้างถึง 19 มกราคม 2565]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>.
3. Centers for Disease Control and Prevention (US). Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings [Internet]. Atlanta (GA); 2020 [updated 2020 November 4; cited 2020 April 5]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>.
4. Public Health England. Guidance on COVID-19: infection prevention and control (IPC) Northern Ireland: UK Government; 2020 [cited 2020 Apr 5]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-infection-prevention-and-control>.
5. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Maintaining Essential Health Services and Systems 2020 [cited 2020 Apr 5]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems>.
6. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Infection prevention and control / WASH: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 5]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/infection-prevention-and-control>.
7. คณะทำงานวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลรองรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Checklist for Health facilities on COVID-19 response). นนทบุรี; 2563.
8. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personnel Safety (2P Safety) ระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2561-2564). นนทบุรี; 2560.
9. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ. 2561 (Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018). นนทบุรี; 2561.

10. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือการใช้งานระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย National Reporting and Learning System: NRLS (Thailand) version 4.0 (Beta 20/11/2562). นนทบุรี; 2562.
11. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). สื่อจากทัศนในการประชุมเชิงปฏิบัติการผ่านระบบสื่อสารทางไกล Virtual conference เรียนรู้การวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล 2P Safety เพื่อพัฒนาและออกแบบระบบงาน; นนทบุรี; 2563.
12. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ, ชาญณรงค์ วงศ์วิชัย, วัชรกร นาคทองกุล. ประสบการณ์ผู้ป่วย: เสี่ยงสะท้อนระบบคุณภาพบริการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]: Hfocus; 2559 [Available from: https://www.hfocus.org/sites/default/files/files_upload/fullpaperesiyngsathnrabbkhunphaaphbrikaarsaathaarnsukh.pdf].
13. กระทรวงสาธารณสุข. พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ.2561 ฉบับ 100 ปี การสาธารณสุขไทย. นนทบุรี; 2561.
14. สายสมร เฉลยกิตติ, พรนภา คำพราว, พรหมเดช ส. ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล (Patient Safety and Quality of Nursing Service). วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15 (2):66-70.
15. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก: ฉบับสหวิชาชีพ (ฉบับภาษาไทย). นนทบุรี; 2558.
16. Anurak K. สรพ.เปิดรับสมัครโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมเป็น 2P Safety Hospital ปี 63 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2562 [วันที่ปรับปรุง 18 กันยายน 2562; วันที่อ้างอิงถึง 3 กันยายน 2564]. Available from: <https://ha.or.th/TH/News/%E0%B8%82%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%98%E0%B9%8C%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B9%84%E0%B8%9B/Detail/1364>.
17. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. Tropical Medicine & International Health. 2020;25(3):278.
18. World Health Organization. Tracking SARS-CoV-2 variants [Internet]; 2021 [cited 2021 June 23]. Available from: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>.
19. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [วันที่อ้างอิงถึง 19 มกราคม 2565]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>.

20. Rebmann T. Assessing hospital emergency management plans: A guide for infection preventionists. *American Journal of Infection Control*. 2009;37(9):708-14. e4.
21. Anesi GL, Lynch Y, Evans L. A Conceptual and Adaptable Approach to Hospital Preparedness for Acute Surge Events Due to Emerging Infectious Diseases. *Critical Care Explorations*. 2020;2(4):1.
22. Center for Disease Control and Prevention. Comprehensive Hospital Preparedness Checklist for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). In: Services HaH, editor. United States. 2020.
23. European Centre for Disease Prevention and Control. Checklist for hospitals preparing for the reception and care of coronavirus 2019 (COVID-19) patients. Stockholm: ECDC; 2020.
24. Chang YT, Lin CY, Tsai MJ, Hung CT, Hsu CW, Lu PL, et al. Infection control measures of a Taiwanese hospital to confront the COVID-19 pandemic. *Kaohsiung J M Sci*. 2020;36(5):296-304.
25. Kim M, Lee JY, Park JS, Kim HA, Hyun M, Suh YS, et al. Lessons from a COVID-19 hospital, Republic of Korea. *Bull World Health Organ*. 2020;98:842-8.
26. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นพพล วิทย์วรพงศ์, อีระ วรธนารัตน์, สุธีรัตน์ งามเกียรติไพศาล, วรากร วิมุตติไชย, พุทธิญา โอซารส, และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยการตอบสนองและเตรียมการของระบบบริการสุขภาพไทยต่อวิกฤติการระบาดของ COVID-19: การดำเนินการของโรงพยาบาล และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมภายในขอบเขตของระบบสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
27. Yang CJ, Chen TC, Chen YH. The preventive strategies of community hospital in the battle of fighting pandemic COVID-19 in Taiwan. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. 2020;53(3):381-3.
28. Cheng VC, Wong SC, To KK, Ho P, Yuen KY. Preparedness and proactive infection control measures against the emerging novel coronavirus in China. 2020;104(3):254-5.
29. Lee I, Wang C, Lin M, Kung C, Lan K, Lee C. Effective strategies to prevent coronavirus disease-2019 (COVID-19) outbreak in hospital. *Journal of Hospital Infection*. 2020;105(1):102-3.
30. Singh S, Govindagoudar MB, Chaudhry D, Singh PK, Vashist A, Vashist MGJJoFM, et al. Assessment of pandemic (COVID-19) preparedness in a teaching hospital in northern India using available (CDC-Atlanta) checklist. 2021;10(7):2619.

31. Tsay SF, Kao CC, Wang HH, Lin CC. Nursing's response to COVID-19: Lessons learned from SARS in Taiwan. *International journal of nursing studies*. 2020;108:103587.
32. Thapa BB. Hospital Preparedness and Response Framework during Infection Pandemic [Internet]: medRxiv; 2021 [[cited 2022 January 29]].
33. Godin K, Stapleton J, Kirkpatrick SI, Hanning RM, Leatherdale ST. Applying systematic review search methods to the grey literature: a case study examining guidelines for school-based breakfast programs in Canada. *Systematic Reviews*. 2015;4(1):138.
34. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์□การจัดตั้งและการปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ. *สมุทรศาสตร์: บร่อนทูปี พับลิชซิ่ง จำกัด*; 2561.
35. Ayele FY, Zerga AA, Tadese F. Health Centers' Preparedness for Coronavirus (COVID-19) Pandemic in South Wollo Zone, Ethiopia, 2020. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:887-93.
36. Kong Q, Yan L. Prevention and Control Strategies for Coronavirus Disease-2019 in a Tertiary Hospital in the Middle East of China. *Risk Manag Healthc Policy*. 2020;13:1563-9.
37. Coumare VN, Pawar SJ, Manoharan PS, Pajanivel R, Shanmugam L, Kumar H, et al. COVID-19 Pandemic-Frontline Experiences and Lessons Learned From a Tertiary Care Teaching Hospital at a Suburban Location of Southeastern India. *Frontiers in public health*. 2021;9:673536.
38. Shrestha GS, Paneru HR, Acharya SP, Shrestha SK, Sigdel MR, Tiwari S, et al. Preparedness for Coronavirus Disease in Hospitals of Nepal: A Nationwide Survey. *JNMA; journal of the Nepal Medical Association*. 2020;58(224):248-51.
39. Zhang Y, Shi L, Chen H, Wang X, Sun G. Policy disparities in response to the first wave of COVID-19 between China and Germany. *International Journal for Equity in Health*. 2021;20.
40. Vazquez J, Islam T, Gursky J, Beller J, Correa DJ. Access to Care Matters: Remote Health Care Needs During COVID-19. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*. 2021;27(4):468-71.
41. Trump Administration Makes Sweeping Regulatory Changes to Help U.S. Healthcare System Address COVID-19 Patient Surge [press release]. Baltimore, USA: National Healthcare Safety Network. 2020. 2020 Mar 30.

42. Shin H, Abdelhalim A, Chau S, Shah S, Desai B, Gholamrezanezhad A. Responding to coronavirus disease 2019: LA County hospital experience. *Emergency radiology*. 2020;27(6):785-90.
43. Botti S, Serra N, Castagnetti F, Chiaretti S, Mordini N, Gargiulo G, et al. Hematology Patient Protection During the COVID-19 Pandemic in Italy: A Nationwide Nursing Survey. *Mediterranean journal of hematology and infectious diseases*. 2021;13(1):e2021011.
44. Hussain ZB, Shoman H, Yau PWP, Thevendran G, Randelli F, Zhang M, et al. Protecting healthcare workers from COVID-19: learning from variation in practice and policy identified through a global cross-sectional survey. *Bone & joint open*. 2020;1(5):144-51.
45. Sureka B, Tak V, Nag VL, Rani R, Garg MK, Misra S. Suraksha Chakra: A new scoring system to protect the healthcare workers from COVID. *Journal of family medicine and primary care*. 2021;10(4):1512-4.
46. Nathwani S, Rahman N. The 3 P's model enhancing patient safety during the COVID-19 pandemic. *Oral Surg*. 2021;10.1111/ors.12607.
47. Lahat A, Benjamin A. Changes in Policy and Endoscopic Procedures during the 2019 Coronavirus Disease Outbreak: A Single Center Experience. *Clinical endoscopy*. 2021;54(1):48-54.
48. Schreyer KE, del Portal DA, King LJJ, Blome A, DeAngelis M, Stauffer K, et al. EMERGENCY DEPARTMENT MANAGEMENT OF THE COVID-19 PANDEMIC. *JOURNAL OF EMERGENCY MEDICINE*. 2020;59(6):946-51.
49. Giwangkencana G, Rahmi A, Indriasari, Hidayat NN. Managing surgical patients with a COVID-19 infection in the operating room: An experience from Indonesia. *Perioperative care and operating room management*. 2021;24:100198.
50. Sudai M. Not Dying Alone: the Need to Democratize Hospital Visitation Policies During Covid-19. *Medical law review*. 2021;29(4):613-38.
51. Ashour D, Awad-Allah MSMA, Yosef M, Saleh M. Ophthalmic practice during the coronavirus disease 2019 pandemic: recommendations versus real life. 2021;114(2):46-52.
52. Pan SC, Hsu MC, Chang HH, Wang JT, Lai YL, Chen PC, et al. Prospective health surveillance for COVID-19 among health care workers at a university medical center in

Taiwan, January to June 2020. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*. 2021.

53. Kumaraswami S, Pradhan TS, Vrabie-Wolf S, Lodhi S, Rajendran GP, Tedjarati SS, et al. Response of an Obstetric Unit during the Coronavirus Disease of 2019 (COVID-19) Pandemic: Experiences from a Tertiary Care Center. *AJP reports*. 2020;10(3):e281-e7.

54. Hsu YC, Liu YA, Lin MH, Lee HW, Chen TJ, Chou LF, et al. Visiting Policies of Hospice Wards during the COVID-19 Pandemic: An Environmental Scan in Taiwan. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(8).

55. Glover T, Alwan S, Wessely K, Hillier J, Botelho B, Davies C, et al. Radiology department preparedness for COVID-19 - experience of a central-London hospital. *Future healthcare journal*. 2020;7(2):174-6.

56. Rehani B, Rodriguez JA, Nguyen JK, Patel MM, Ammanuel SG, Winford E, et al. COVID-19 Radiology Preparedness, Challenges & Opportunities: Responses From 18 Countries. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2021:S0363-188(21)00070-0.

57. Laffet K, Haboubi F, Elkadri N, Georges Nohra R, Rothan-Tondeur M. The Early Stage of the COVID-19 Outbreak in Tunisia, France, and Germany: A Systematic Mapping Review of the Different National Strategies. 2021;18(16):8622.

58. Kennelly B, O'Callaghan M, Coughlan D, Cullinan J, Doherty E, Glynn L, et al. The COVID-19 pandemic in Ireland: An overview of the health service and economic policy response. *Health policy and technology*. 2020;9(4):419-29.

59. Best MJ, McFarland EG, Anderson GF, Srikumaran U. The likely economic impact of fewer elective surgical procedures on US hospitals during the COVID-19 pandemic. *Surgery*. 2020;168(5):962-7.

60. Berger-Richardson D, Ko G, Hong NJL. Preparing for the renaissance: treating breast cancer during the COVID-19 pandemic and planning for a safe re-emergence to routine surgical care within a universal health care system. *Current Oncology*. 2020;27(3):163-8.

61. Kerr GM, Crowley M, O'Reilly EJ, Cunningham C. Justifying quarantine in preventing the spread of COVID-19 in healthcare. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2021;71(6-7):250-4.

62. Bolton KC, Lawler M, Hauptman J, Madden M, DeVoe SG, Kennedy AG, et al. Patient Experience on a Hospital Oncology Service Before and After Implementation of a No-Visitor Policy During COVID-19. *J Patient Exp*. 2021;8:23743735211034620-.

63. Andrist E, Clarke RG, Harding M. Paved With Good Intentions: Hospital Visitation Restrictions in the Age of Coronavirus Disease 2019. *Pediatr Crit Care Med*. 2020;21(10):e924-e6.
64. Atherly A, Van Den Broek-Altenburg E, Hart V, Gleason K, Carney J. Consumer Reported Care Deferrals Due to the COVID-19 Pandemic, and the Role and Potential of Telemedicine: Cross-Sectional Analysis. *JMIR public health and surveillance*. 2020;6(3):e21607.
65. Tiirinki H, Tynkkynen L-K, Sovala M, Atkins S, Koivusalo M, Rautiainen P, et al. COVID-19 pandemic in Finland – Preliminary analysis on health system response and economic consequences. *Health policy and technology*. 2020;9(4):649-62.
66. Marshall VK, Chavez M, Mason TM, Martinez-Tyson D. Emergency preparedness during the COVID-19 pandemic: Perceptions of oncology professionals and implications for nursing management from a qualitative study. *Journal of Nursing Management*.
67. Prado N, Rossi TRA, Chaves SCL, Barros SG, Magno L, Santos H, et al. The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. *Cadernos de saude publica*. 2020;36(12):e00183820.
68. Uscher-Pines L, Sousa J, Mehrotra A, Schwamm LH, Zachrisson KS. Rising to the challenges of the pandemic: Telehealth innovations in U.S. emergency departments. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2021;28(9):1910-8.
69. Penwill NY, Roessler De Angulo N, Pathak PR, Ja C, Elster MJ, Hochreiter D, et al. Changes in pediatric hospital care during the COVID-19 pandemic: a national qualitative study. *BMC health services research*. 2021;21(1):953.
70. Schmidt AR, Pham PK, Liu DR, Goldberg BS. Surge activation by the emergency department for COVID-19. *Am J Emerg Med*. 2020;38(10):2130-3.
71. Chang MC, Baek JH, Park D. Lessons from South Korea Regarding the Early Stage of the COVID-19 Outbreak. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2020;8(3).
72. Kim T. Improving Preparedness for and Response to Coronavirus Disease 19 (COVID-19) in Long-Term Care Hospitals in Korea. *Infection & chemotherapy*. 2020;52(2):133-41.
73. Hayirli TC, Stark N, Bhanja A, Hardy J, Peabody CR, Kerrissey MJ. Masked and distanced: a qualitative study of how personal protective equipment and distancing affect teamwork in emergency care. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2021;33(2).

74. Polancich S, Hall AG, Miltner R, Poe T, Enogela EM, Montgomery AP, et al. Learning During Crisis: The Impact of COVID-19 on Hospital-Acquired Pressure Injury Incidence. *Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality*. 2021;43(3):137-44.
75. Szabo RA, Wilson AN, Homer C, Vasilevski V, Sweet L, Wynter K, et al. Covid-19 changes to maternity care: Experiences of Australian doctors. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*. 2021;61(3):408-15.
76. Quigley AL, Stone H, Nguyen PY, Chughtai AA, MacIntyre CR. Estimating the burden of COVID-19 on the Australian healthcare workers and health system during the first six months of the pandemic. *International journal of nursing studies*. 2021;114:103811.
77. Friese CR, Veenema TG, Johnson JS, Jayaraman S, Chang JC, Clever LH. Respiratory Protection Considerations for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *HEALTH SECURITY*. 2020;18(3):237-40.
78. Fernandez R, Lord H, Halcomb E, Moxham L, Middleton R, Alananzeh I, et al. Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International journal of nursing studies*. 2020;111:103637-.
79. Keller SC, Pau S, Salinas AB, Oladapo-Shittu O, Cosgrove SE, Lewis-Cherry R, et al. Barriers to physical distancing among healthcare workers on an academic hospital unit during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Infection control and hospital epidemiology*. 2021:1-7.
80. Shahil Feroz A, Pradhan NA, Hussain Ahmed Z, Shah MM, Asad N, Saleem S, et al. Perceptions and experiences of healthcare providers during COVID-19 pandemic in Karachi, Pakistan: an exploratory qualitative study. *BMJ open*. 2021;11(8):e048984.
81. Mhango M, Dzobo M, Chitungo I, Dzinamarira T. COVID-19 Risk Factors Among Health Workers: A Rapid Review. *Safety and Health at Work*. 2020;11(3):262-5.
82. กรมการแพทย์. คู่มือประกอบการจัดทำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับสถานพยาบาลกรณีโรคติดเชื้ออุบัติใหม่. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
83. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-

- 19)) ณ ที่พำนักของผู้ป่วยเป็นการชั่วคราว. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 198 ง. (วันที่ 27 สิงหาคม 2564). นนทบุรี.
84. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข เรื่อง ความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ลงวันที่ 17 เมษายน 2563. นนทบุรี.
85. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (SIMPLE)² Patient and Personnel Safety for Emerging Infectious Diseases 2021. นนทบุรี; 2564.
86. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). FACEBOOK: HA Thailand 2565 [วันที่อ้างอิงถึง 18 มกราคม 2565]. Available from:
https://www.facebook.com/HATHAILANDfanpage/live_videos/?ref=page_internal.
87. World Health Organization. Year of Health and Care Workers 2021 [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2020 [2022 Jan 19]. Available from:
<https://www.who.int/campaigns/annual-theme/year-of-health-and-care-workers-2021>.
88. Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. JAMA. 2020;323(15):1439-40.
89. Wu AW, Buckle P, Haut ER, Bellandi T, Koizumi S, Mair A, et al. Supporting the Emotional Well-being of Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. SAGE. 2020;25(3):93-6.
90. The Hospital and Healthsystem Association of Pennsylvania. Supporting Pennsylvania's health care workforce: Resources for a resilient workforce. Pennsylvania, United States; 2021.
91. Fournier JP, Amélineau JB, Hild S, Nguyen-Soenen J, Daviot A, Simonneau B, et al. Patient-safety incidents during COVID-19 health crisis in France: An exploratory sequential multi-method study in primary care. The European journal of general practice. 2021;27(1):142-51.
92. Winkelmann J, Webb E, Williams GA, Hernández-Quevedo C, Maier CB, Panteli D. European countries' responses in ensuring sufficient physical infrastructure and workforce capacity during the first COVID-19 wave. Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2021.
93. World Health Organization. Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care [Internet]; 2016 [cited 2022 January 29]. Available from:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf>.

94. Cadel L, Marcinow M, Sandercock J, Dowedoff P, Guilcher SJT, Maybee A, et al. A Scoping Review of Patient Engagement Activities during COVID-19: More consultation, less partnership. PLOS ONE. 2021;16(9):e0257880.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 แนวคำถามสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม

แนวคำถามสัมภาษณ์ที่ 1: ระดับปฏิบัติ (ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานด้านความปลอดภัยของ รพ. ที่เข้าร่วม 2P Safety)

1. โรงพยาบาลของท่านมีวิธีการกำหนดมาตรการเพื่อรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 อย่างไร? และระหว่างการระบาดทั้ง 3 ระลอก¹⁰ โรงพยาบาลของท่านมีการปรับเปลี่ยนมาตรการดังกล่าวหรือไม่ เพราะอะไร?
2. โรงพยาบาลของท่านมีมาตรการรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 อย่างไร? และระหว่างการระบาดทั้ง 3 รอบ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร?
 - ด้านการบริหารจัดการเพื่อรับมือต่อจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่อาจเพิ่มขึ้น
 - การบริหารจัดการแผนก/คลินิกเฉพาะทาง
 - การจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (cohort ward)
 - การบริหารจัดการกำลังคน/บุคลากรภายในโรงพยาบาล
 - การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ที่จำเป็น
 - การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งในผู้ป่วยและบุคลากรภายในโรงพยาบาล
3. โรงพยาบาลของท่านได้ใช้เครื่องมือต่างๆ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ.2561-2564 ในการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในช่วงที่ผ่านมาหรือไม่ อย่างไร?
 - เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขและเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - ระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของประเทศไทย
 - แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (Hospital Safety Culture survey)
 - ระบบการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ (Patient Experience Program)
4. ท่านคิดว่าเครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ฯ มีส่วนช่วยในการกำหนดมาตรการของโรงพยาบาลในการรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 หรือไม่ อย่างไร? และท่านคิดว่าควรมีการปรับปรุง/เพิ่มเติม เครื่องมือใดอีกหรือไม่? เพื่อรองรับการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นได้ในอนาคต
 - ท่านคิดว่าปัจจัยใดบ้างที่ช่วยสนับสนุนการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในการระบาดทั้ง 3 รอบ อย่างไร?

¹⁰ การระบาดทั้ง 3 ระลอก หมายถึง การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในช่วงต่างๆ ได้แก่ การระบาดระลอกแรก (มกราคม-พฤศจิกายน 2563) การระบาดระลอกสอง (ธันวาคม 2563-มีนาคม 2564) และการระบาดระลอกสาม (เมษายน-พฤษภาคม 2564)

แนวคำถามสัมภาษณ์ที่ 2: ระดับปฏิบัติ (ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานด้านการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของรพ. ที่ไม่เข้าร่วม 2P Safety)

1. ก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลของท่านมีแผนรับมือและเตรียมความพร้อมด้านการจัดบริการรักษาพยาบาล ในกรณีเกิดการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (เช่น ไข้หวัดใหญ่ 2009 ไข้หวัดนก โรคติดเชื้อซิกาไวรัส โรคซาร์) หรือไม่ อย่างไร?
2. โรงพยาบาลของท่านมีวิธีการกำหนดมาตรการเพื่อรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 อย่างไร? และระหว่างการระบาดทั้ง 3 ระลอก¹¹ โรงพยาบาลของท่านมีการปรับเปลี่ยนมาตรการดังกล่าวหรือไม่ เพราะอะไร?
3. โรงพยาบาลของท่านมีมาตรการรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 อย่างไร? และระหว่างการระบาดทั้ง 3 รอบ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร?
 - ด้านการบริหารจัดการเพื่อรับมือต่อจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่อาจเพิ่มขึ้น
 - การบริหารจัดการแผนก/คลินิกเฉพาะทาง
 - การจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (cohort ward)
 - การบริหารจัดการกำลังคน/บุคลากรภายในโรงพยาบาล
 - การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ที่จำเป็น
 - การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งในผู้ป่วยและบุคลากรภายในโรงพยาบาล
4. โรงพยาบาลของท่านได้เข้าร่วมการประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation; HA) หรือไม่ (กรณีโรงพยาบาลที่เข้ากระบวนการรับรอง HA) การผ่านการรับรอง/เตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรอง HA มีส่วนสนับสนุนการเตรียมความพร้อมในการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 หรือไม่ อย่างไร?
5. ท่านคิดว่าปัจจัยใดบ้างที่ช่วยสนับสนุนการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในการระบาดทั้ง 3 รอบ อย่างไร?

¹¹ การระบาดทั้ง 3 ระลอก หมายถึง การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในช่วงต่างๆ ได้แก่ การระบาดระลอกแรก (มกราคม-พฤศจิกายน 2563) การระบาดระลอกสอง (ธันวาคม 2563-มีนาคม 2564) และการระบาดระลอกสาม (เมษายน-พฤษภาคม 2564)

แนวคำถามสัมภาษณ์ที่ 3: ระดับปฏิบัติ (บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลที่เข้าร่วม 2P Safety)

1. ก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลของท่านมีแผนรับมือและเตรียมความพร้อมด้านการจัดบริการรักษาพยาบาล ในกรณีเกิดการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (เช่น ไข้หวัดใหญ่ 2009 ไข้หวัดนก โรคติดเชื้อซิกาไวรัส โรคซาร์) หรือไม่ อย่างไร?
2. โรงพยาบาลของท่านมีมาตรการรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 อย่างไร? และระหว่างการระบาดทั้ง 3 ระลอก¹² มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร?
 - ด้านการบริหารจัดการเพื่อรับมือต่อจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่อาจเพิ่มขึ้น
 - การบริหารจัดการแผนก/คลินิกเฉพาะทาง
 - การจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (cohort ward)
 - การบริหารจัดการกำลังคน/บุคลากรภายในโรงพยาบาล
 - การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ที่จำเป็น
 - การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งในผู้ป่วยและบุคลากรภายในโรงพยาบาล
3. ท่านคิดว่า 2P Safety มีความเกี่ยวข้องกับการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 หรือไม่ อย่างไร?
4. โรงพยาบาลของท่านได้ใช้เครื่องมือต่างๆ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ.2561-2564 ในการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในช่วงที่ผ่านมาหรือไม่ อย่างไร?
 - เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขและเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - ระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของประเทศไทย
 - แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (Hospital Safety Culture survey)
 - ระบบการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ (Patient Experience Program)
5. ท่านคิดว่าเครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ฯ (ข้อ 4) มีส่วนช่วยในการมาตรการของโรงพยาบาลในการรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 หรือไม่ อย่างไร? และท่านคิดว่าควรมีการปรับปรุง/เพิ่มเติม เครื่องมือใดอีกหรือไม่? เพื่อรองรับการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต
6. ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ช่วยสนับสนุนการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19?

¹² การระบาดทั้ง 3 ระลอก หมายถึง การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในช่วงต่างๆ ได้แก่ การระบาดระลอกแรก (มกราคม-พฤศจิกายน 2563) การระบาดระลอกสอง (ธันวาคม 2563-มีนาคม 2564) และการระบาดระลอกสาม (เมษายน-พฤษภาคม 2564)

แนวคำถามสัมภาษณ์ที่ 4: ระดับปฏิบัติ (บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม 2P Safety)

1. ก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลของท่านมีแผนรับมือและเตรียมความพร้อมด้านการจัดบริการรักษาพยาบาล ในกรณีเกิดการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (เช่น ไข้หวัดใหญ่ 2009 ไข้หวัดนก โรคติดเชื้อซิกาไวรัส โรคซาร์) หรือไม่ อย่างไร?
2. โรงพยาบาลของท่านมีวิธีการกำหนดมาตรการเพื่อรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 อย่างไร? และระหว่างการระบาดทั้ง 3 ระลอก¹³ โรงพยาบาลของท่านมีการปรับเปลี่ยนมาตรการดังกล่าวหรือไม่ เพราะอะไร?
3. โรงพยาบาลของท่านมีมาตรการรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 อย่างไร? และระหว่างการระบาดทั้ง 3 รอบ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร?
 - ด้านการบริหารจัดการเพื่อรับมือต่อจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่อาจเพิ่มขึ้น
 - การบริหารจัดการแผนก/คลินิกเฉพาะทาง
 - การจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (cohort ward)
 - การบริหารจัดการกำลังคน/บุคลากรภายในโรงพยาบาล
 - การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ที่จำเป็น
 - การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งในผู้ป่วยและบุคลากรภายในโรงพยาบาล
4. โรงพยาบาลของท่านได้เข้าร่วมการประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation; HA) หรือไม่ (กรณีโรงพยาบาลที่เข้ากระบวนการรับรอง HA) การผ่านการรับรอง/เตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรอง HA มีส่วนสนับสนุนการเตรียมความพร้อมในการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 หรือไม่ อย่างไร?
5. ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ช่วยสนับสนุนการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19?

¹³ การระบาดทั้ง 3 ระลอก หมายถึง การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในช่วงต่างๆ ได้แก่ การระบาดระลอกแรก (มกราคม-พฤศจิกายน 2563) การระบาดระลอกสอง (ธันวาคม 2563-มีนาคม 2564) และการระบาดระลอกสาม (เมษายน-พฤษภาคม 2564)

ภาคผนวก 2 เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COA No. IHRP2021058

IHRP No. 042-2564



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

อาคาร 8 ชั้น 7 ห้อง 702 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนพญาไท 11000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัย: การประเมินการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาลโดยใช้กลไกและระบบสนับสนุนของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564

ผู้วิจัยหลัก: ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารรับรอง:

1. สรุปย่อโครงการวิจัย: Version 2.0 Date 26.04.2564
2. โครงการวิจัย: Version 2.0 Date 26.04.2564
3. เอกสารแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย: Version 2.0 Date 26.04.2564
4. ใบยินยอมจากความเข้าใจต่อแก่: Version 2.0 Date 26.04.2564
5. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์: Version 2.0 Date 26.04.2564
6. แบบแสดงรายการ/ประมาณค่าใช้จ่ายในการวิจัย: Version 2.0 Date 26.04.2564
7. ประวัติผู้วิจัยทุกคน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว โดยได้คำนึงถึงประเด็นทางด้านวิชาการ ICH-GCP และด้านจริยธรรม และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย ตามโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว อนึ่ง ขอให้ผู้วิจัยปฏิบัติตามจรรยาบรรณนักวิจัยสภาวิจัยแห่งชาติด้วย

(ลงนาม).....

(นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

(ลงนาม).....

(นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

วันที่ประชุมครั้งแรก: 17 มีนาคม พ.ศ.2564

รับรองตั้งแต่วันที่: 3 พฤษภาคม พ.ศ.2564

ภาคผนวก 3 สรุปมาตรการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมิน

รหัส	ระลอกที่ 1	ระลอกที่ 2	ระลอกที่ 3	ระลอกที่ 4
OL06/ CL06	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>ประสานแท็กซี่เข้ามารับส่งคนไข้ฉุกเฉิน, เลื่อนนัด/การผ่าตัดที่ไม่ฉุกเฉิน, ใช้การแพทย์ทางไกล, ผู้ป่วยในที่ต้องนอนโรงพยาบาลต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันว่าไม่ติด COVID-19, มาตรการ fast track swab, ส่งยาทางไปรษณีย์/รับยาที่ร้านยา, เจาะเลือดที่บ้าน (ทำงานร่วมกับห้องปฏิบัติการภาคเอกชน)</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>สร้าง ICU ใหม่เพื่อรองรับเฉพาะคนไข้ที่เป็นโรคติดเชื้อ COVID-19, มีการบริหารจัดการสถานที่โดยยึดกระบวนการ Contactless, จัดระบบสภาพแวดล้อม (การระบายอากาศ และระบบทางเข้า-ออก) ที่เหมาะสม, เปิด Cohort ward, ขยายห้อง ICU, สร้าง Negative Pressure room</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรและการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในบุคลากร</u></p> <p>มาตรการ work from home สำหรับบุคลากรที่เป็น non-clinical staff, ให้ความรู้กับบุคลากร, จัดทีมพี่เลี้ยงเพื่อช่วยในการพัฒนาศักยภาพ, จัดการทำงานของบุคลากรแบบเป็นทีม (ทีม 1 ทีม 2) เพื่อสลับทีมในการทำงาน, กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน, ให้บุคลากรในแผนกที่ปิดบริการมาทดแทนบุคลากรในส่วนที่ขาดแคลน, ทำประกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้แก่บุคลากร, ให้ค่าตอบแทนพิเศษแก่บุคลากรที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19, เตรียมที่พักให้สำหรับบุคลากรที่ต้องกักตัว</p> <p><u>การดูแลผู้ป่วยและเวชภัณฑ์</u></p> <p>สำรวจทรัพยากรที่มี, วางแผนสำรองอุปกรณ์ที่จำเป็น, ปรับระบบการจ่ายยาพาราเซตาโมล ให้หมดที่ ARI คลินิกสามารถส่งจ่ายได้เลย เพื่อลดกระบวนการการรอพิจารณา</p> <p><u>อื่นๆ</u></p> <p>เตรียมแผน BCP</p>			
OL11/ CL11	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>คัดกรองผู้รับบริการ</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>เตรียมสถานที่สำหรับ Cohort ward</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>งดการให้บริการที่ไม่เร่งด่วน/จำเป็น เช่น คลินิกนอกเวลา, งดการผ่าตัดที่ไม่ฉุกเฉิน</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>ให้ญาติมารักษาแทน, social distancing</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากร</u></p>	<p><u>ระบบการทำงานของบุคลากร</u></p> <p>หาพยาบาลพี่เลี้ยงแก่พยาบาลที่เข้าใหม่</p>

รหัส	ระลอกที่ 1	ระลอกที่ 2	ระลอกที่ 3	ระลอกที่ 4
	<p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u> พัฒนาแนวทางปฏิบัติให้บุคลากร, มีบุคลากรจาก รพ.ประจำจังหวัดเข้ามาช่วยอบรมบุคลากรใน รพ., เตรียมบุคลากรสำหรับดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19, เตรียมเส้นทางการลำเลียงคนไข้, ทำประกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้บุคลากรทุกคน</p> <p><u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u> รับบริจาค PPE, สำรองยาและเวชภัณฑ์</p>	<p>เปิด Cohort ward</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u> จัดหาอาหารและที่พักให้แก่บุคลากรที่ทำงานใน Cohort ward</p>	<p>สร้างทีมย่อยของบุคลากรสำหรับผลัดเปลี่ยนให้บริการทุก 15 วัน, ตรวจสอบเชื้อในบุคลากรที่ทำงานครบ 15 วัน (ก่อนพัก)</p>	
CL18	<p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u> เตรียมวอร์ดสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 (สำหรับคนไข้สีเขียว), cohort ward (สำหรับคนไข้สีแดง), สร้าง AIIR</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u> ซ้อมแผนการรับมือเสมือนจริง, พัฒนาบุคลากร, เตรียมทีมพยาบาลที่สามารถใส่ PPE อย่างถูกวิธี และทีมแพทย์ระบบทางเดินหายใจ, เตรียมสถานที่ให้</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> เลื่อน/ยกเลิกการผ่าตัดหรือนัดที่ไม่ฉุกเฉิน, การแพทย์ทางไกล, ส่งยาไปที่บ้าน</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u> ขยายวอร์ดผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19ตามจำนวนคนไข้, สร้าง Hospitel</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u> วางแผนการรับมือหากบุคลากรขาด (โดยการให้หัวหน้าแผนกบริหารจัดการ หากไม่ได้ให้แจ้งฝ่ายบริหารเพื่อหาบุคลากรภายนอกเข้าช่วย หากไม่ได้ก็ให้ปิดบาง</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> home isolation</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u> สร้าง รพ. สนาม</p>	

รหัส	ระลอกที่ 1	ระลอกที่ 2	ระลอกที่ 3	ระลอกที่ 4
	<p>บุคลากรกักตัว, ทำประกันโรคติดเชื้อ COVID-19ให้พนักงานทุกคน</p> <p><u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u></p> <p>สำรวจและจัดสรรทรัพยากรจำเป็น เช่น PPE และยา ให้เพียงพอต่อการใช้งาน, รับผิดชอบต่อ, ประดิษฐ์อุปกรณ์/เวชภัณฑ์ที่ขาดแคลน</p>	<p>แผนกและดึงบุคลากรมาช่วย), มีการประเมินความเครียดและ burn out ของบุคลากรเป็นระยะ (หากพบจะแจ้งมายังหัวหน้าหน่วย/ เปลี่ยนเวรให้)</p>		
OL17/ CL17	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>คัดกรองผู้รับบริการ (วัดอุณหภูมิและซักประวัติ), Social distancing</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>จำกัดทางเข้า-ออก, สร้าง ARI Clinic และ PUI Clinic</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p> <p>พัฒนา workflow, พัฒนาศักยภาพบุคลากร, ซ้อมแผนการรับมือ, ทำประกันโรคติดเชื้อ COVID-19ให้พนักงานทุกคน</p> <p><u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u></p> <p>สำรวจและจัดสรรทรัพยากรจำเป็น เช่น PPE และยา ให้เพียงพอต่อการใช้งาน,</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>ให้ผู้รับบริการจองเวลาสำหรับตรวจ/รักษา, ห้ามทานอาหาร/น้ำขณะรอตรวจ, สนับสนุนการใช้การแพทย์ทางไกล, จำกัดจำนวนญาติ/ผู้ติดตาม, ให้เยี่ยมผ่านวิดีโอคอล, ยกเลิกการให้บริการห้องพักรักษาผู้ป่วยแบบคู่</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>ขยาย ARI Clinic และ PUI Clinic, สร้าง negative pressure room ใน ICU, ทำวอร์ดเฉพาะสำหรับโรคติดเชื้อ COVID-19 (ปรับระบบระบายอากาศ), สร้างห้องปฏิบัติการ PCR, สร้าง Hospitel</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>ลดการผ่าตัด/รักษาที่ไม่จำเป็น, ตรวจโรคติดเชื้อ COVID-19ก่อนเข้ารับการรักษา, ทำ home isolation, ส่งยาทางไปรษณีย์</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>สร้าง semi-ARI Clinic, สร้าง รพ.สนาม</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p> <p>ปิดบางแผนกเพื่อดึงบุคลากรมาช่วยในแผนกที่ขาด</p>	

รหัส	ระลอกที่ 1	ระลอกที่ 2	ระลอกที่ 3	ระลอกที่ 4
	<p>สำรองยาสำหรับใช้ 6 เดือน, ใช้หน้ากากอนามัยซ้ำ</p> <p><u>การทำความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อ</u></p> <p>วางแผนซ่อมการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ</p>	<p>พัฒนา work process (ใคร ทำอะไร ส่งต่อไปไหน), ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลรัฐ, พัฒนาคู่มือการใส่ PPE สำหรับบุคลากรแต่ละตำแหน่ง, เตรียมสถานที่สำหรับให้บุคลากรกักตัว, ไม่นับวันกักตัวเป็นวันลา</p>		
OL20	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>คัดกรองผู้รับบริการ (วัดอุณหภูมิและซักประวัติ)</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>จำกัดทางเข้า-ออก</p> <p><u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u></p> <p>สำรวจและจัดสรรทรัพยากรจำเป็น เช่น PPE และยา ให้เพียงพอต่อการใช้งาน, รับบริจาคอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ที่ขาดแคลน</p> <p><u>Business Continuity Plan (BCP)</u></p> <p>โดยทีมผู้วางแผนประกอบด้วยทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ประกาศแผนเป็น 4 แผน ครอบคลุมเรื่องยาและเวชภัณฑ์ การตรวจรักษาและจำนวนเตียง อัตรากำลังคน โดยการบริหาร</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>ปรับตาม BCP, สร้างระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นภายในจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ, การส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านทางไปรษณีย์, การเลื่อนนัดและการผ่าตัดเฉพาะที่จำเป็น</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>แยก ARI Clinic ออกจาก OPD, สร้าง negative pressure room ใน ICU และ ER, ทำวอร์ดเฉพาะสำหรับโรคติดเชื้อ COVID-19</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p> <p>ปิดบางแผนก เวียนบุคลากรจากแผนกที่ปิดมาเสริมในแผนกที่เปิด, แบ่งบุคลากรไว้เป็น 3 กลุ่ม หากมีติดเชื้อสามารถหมุนเวียนบุคลากรได้</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>ปรับตาม BCP</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>ปรับตาม BCP</p>

รหัส	ระลอกที่ 1	ระลอกที่ 2	ระลอกที่ 3	ระลอกที่ 4
	จัดการต่างๆ จะเลือกใช้แผนงาน สถานการณ์ในช่วงเวลานั้นๆ			
OL04/ CL04	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> เพิ่มจุดล้างมือและเครื่องจ่ายแอลกอฮอล์ , Social distancing <u>การบริหารจัดการสถานที่</u> จำกัดทางเข้า-ออก รพ., สร้าง ARI Clinic <u>ระบบการทำงานของบุคลากร</u> พัฒนา workflow, พัฒนาศักยภาพ บุคลากร, ซ้อมแผนการรับมือ, ทำ ประกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้แก่ บุคลากร <u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u> สำรวจและจัดสรรทรัพยากรจำเป็น เช่น PPE และยา ให้เพียงพอต่อการใช้งาน, แจ้ง สสจ. ในช่วงที่ขาดแคลนยาและ เวชภัณฑ์, รับผิดชอบต่อ, ประดิษฐ์อุปกรณ์/ เวชภัณฑ์ที่ขาดแคลน</p>	<p><u>ระบบการทำงานของบุคลากร</u> ซ้อมแผนการรับมือ</p>		

รหัส	ระลอกที่ 1	ระลอกที่ 2	ระลอกที่ 3	ระลอกที่ 4
OL08/ CL08	<p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u> จัดเตรียมคลินิก OPD สำหรับโรคติดเชื้อ COVID-19 (ขนาดเล็ก) <u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u> ซ้อมแผนการรับมือเสมือนจริง, ทำประกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้พนักงานทุกคน</p> <p><u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u> สำรวจและจัดสรรทรัพยากรจำเป็น เช่น PPE และยา ให้เพียงพอต่อการใช้งาน, รับผิดชอบและประดิษฐ์อุปกรณ์/เวชภัณฑ์ที่ขาดแคลน</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ยกเลิกการผ่าตัดที่ไม่ฉุกเฉิน, เลื่อนนัดที่ไม่จำเป็น, การแพทย์ทางไกล, ส่งยาไปที่บ้าน</p>		
CL14	<p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u> สร้าง ICU negative pressure <u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u> พัฒนาศักยภาพบุคลากร, วางอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย, มี LINE group แสดงสถานะความพร้อมของบุคลากร อาคารสถานที่ในการรองรับผู้ป่วย</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> มีการส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อระหว่างโรงพยาบาลในเครือ (กรณีเตียงไม่พอ) <u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u> แชร์ทรัพยากรระหว่างเครือโรงพยาบาล, ร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาการขาดแคลนเวชภัณฑ์</p>		

รหัส	ระลอกที่ 1	ระลอกที่ 2	ระลอกที่ 3	ระลอกที่ 4
OL02/ CL02	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ตรวจคัดกรองผู้รับบริการ, มาตรการลดความแออัดภายในโรงพยาบาล, จัดตั้งศูนย์ประสานงานโรคติดเชื้อ COVID-19</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u> ปรับพื้นที่และสร้าง ARI Clinic, isolation room, cohort ward, ห้องสำหรับรักษา PUI cases, negative pressure room</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากร</u> ตั้งตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการใส่/ถอดชุด PPE อย่างถูกต้อง, ทำประกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้พนักงานทุกคน</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ปิดบริการที่ไม่จำเป็น, ส่งต่อผู้ป่วยให้โรงพยาบาลใกล้เคียง</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากร</u> จัดเตรียมสถานที่ให้สำหรับบุคลากรกักตัว</p> <p><u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u> จัดหาอุปกรณ์กักตัวเพิ่มเติม</p>	<p><u>ระบบการทำงานของบุคลากร</u> สนับสนุนให้บุคลากรได้รับวัคซีน</p>	
OL20	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> คัดกรองผู้รับบริการ (วัดอุณหภูมิและซักประวัติ)</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u> จำกัดทางเข้า-ออก</p> <p><u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u></p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ปฏิบัติตาม BCP, สร้างระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นภายในจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ, การส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านทางไปรษณีย์, การเลื่อนนัดและการผ่าตัดเฉพาะที่จำเป็น</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ปฏิบัติตาม BCP</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ปฏิบัติตาม BCP</p>

รหัส	ระลอกที่ 1	ระลอกที่ 2	ระลอกที่ 3	ระลอกที่ 4
	<p>สำรวจและจัดสรรทรัพยากรจำเป็น เช่น PPE และยา ให้เพียงพอต่อการใช้งาน, รับบริจาคอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ที่ขาดแคลน</p> <p><u>Business Continuity Plan (BCP)</u></p> <p>โดยทีมผู้วางแผนประกอบด้วยทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ประกาศแผนเป็น 4 แผน ครอบคลุมเรื่องยาและเวชภัณฑ์ การตรวจรักษาและจำนวนเตียง อัตรากำลังคน โดยการบริหารจัดการต่างๆ จะเลือกใช้แผนงานสถานการณ์ในช่วงเวลานั้นๆ</p>	<p>แยก ARI Clinic ออกจาก OPD, สร้าง negative pressure room ใน ICU และ ER, ทำวอร์ดเฉพาะสำหรับโรคติดเชื้อ COVID-19</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p> <p>ปิดบางแผนก เวียนบุคลากรจากแผนกที่ปิดมาเสริมในแผนกที่เปิด, แบ่งบุคลากรไว้เป็น 3 กลุ่ม หากมีติดเชื้อสามารถหมุนเวียนบุคลากรได้</p>		
OL07/ CL07	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>ปฏิบัติตาม DMHTT อย่างเคร่งครัด, มีการตรวจคัดกรองผู้รับบริการ, ส่งยาทางไปรษณีย์, ปิดบริการบางหน่วยงาน (เช่น ห้องทันตกรรม ห้องผ่าตัด), การแพทย์ทางไกล, ลดการผ่าตัดที่ไม่จำเป็น</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>จำกัดทางเข้า-ออก รพ., จัดทำห้อง Negative Pressure, จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม 2 แห่ง</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p> <p>จัดอัตรากำลังสำหรับการตรวจหาเชื้อและโรงพยาบาลสนาม, พัฒนาแนวทางการดำเนินงาน เช่น การคัดแยกผู้ป่วย การใส่ PPE ที่เหมาะสม แผนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างมีระบบ (สร้าง workflow การส่งต่อที่ชัดเจน), ทำประกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้พนักงานทุกคน, จ่ายค่าเสี่ยงภัยให้แก่บุคลากร, เตรียมสถานที่สำหรับกักตัวบุคลากร, ประเมิน Mental Health ของบุคลากร</p> <p><u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u></p>			

รหัส	ระลอกที่ 1	ระลอกที่ 2	ระลอกที่ 3	ระลอกที่ 4
	สำรวจและจัดสรรทรัพยากรจำเป็น เช่น PPE และยา ให้เพียงพอต่อการใช้งาน, สำรองยาสำหรับใช้ 3 เดือน			
OL16/ CL16	<u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> คัดกรองผู้ป่วยเข้ารับบริการ <u>การบริหารจัดการสถานที่</u> ทำห้อง AIIR, กำหนดพื้นที่รองรับผู้ป่วย โรคติดเชื้อ COVID-19 <u>ระบบการทำงานของบุคลากร</u> มีคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อ ประจำหน่วยงาน, ให้ความรู้และพัฒนา ศักยภาพบุคลากร, ซ้อมแผนตอบโต้ภัย พิบัติฉุกเฉิน, ทำประกันโรคติดเชื้อ COVID-19ให้พนักงานทุกคน <u>การดูแลลึกลงและเวชภัณฑ์</u> สำรองอุปกรณ์และเวชภัณฑ์จำเป็น, ทำ face shield ใ้เอง	<u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ปิดบริการบางหน่วยงาน (ห้องทันตกรรม ห้องผ่าตัด), ยกเลิกการผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน, เลื่อนนัดที่ไม่จำเป็น, การแพทย์ทางไกล <u>ระบบการทำงานของบุคลากร</u> เตรียมสถานที่สำหรับกักตัวบุคลากร, มีค่า เสี่ยงภัยให้แก่บุคลากร, ให้ถือว่าวันกักตัว ของบุคลากรเป็น work from home <u>การบริหารจัดการสถานที่</u> สร้างห้องปฏิบัติการ PCR, จัดเตรียม cohort ward	<u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> จำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยม <u>ระบบการทำงานของบุคลากร</u> จัดทีมบุคลากรเพื่อหมุนเวียน, เน้นการ ปฏิบัติการเชิงรุก (ลงพื้นที่), ขอการ สนับสนุนบุคลากรจาก สสจ. <u>การดูแลลึกลงและเวชภัณฑ์</u> แบ่งปันอุปกรณ์และเวชภัณฑ์กับรพ. เครือข่าย	<u>การบริหารจัดการสถานที่</u> จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม
OL19/ CL19	<u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ตรวจคัดกรองผู้รับบริการ, งดเยี่ยม, จำกัดจำนวนผู้เฝ้าไข้ 1 คน <u>ระบบการทำงานของบุคลากร</u> พัฒนาศักยภาพบุคลากร	<u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> จ่ายยาที่บ้าน, กระจายผู้ป่วยให้เข้ารับ บริการที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน, งดให้บริการที่ไม่ จำเป็น <u>การบริหารจัดการสถานที่</u>	<u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ตรวจ ATK ในผู้ป่วยและผู้เฝ้าไข้, ผู้มา ติดต่อราชการที่มาจากพื้นที่สีแดงต้อง ตรวจ PCR ก่อนเข้าพื้นที่โรงพยาบาล <u>การบริหารจัดการสถานที่</u>	

รหัส	ระลอกที่ 1	ระลอกที่ 2	ระลอกที่ 3	ระลอกที่ 4
	<p><u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u> ใช้หน้ากากอนามัยซ้ำ</p>	<p>เปิด cohort ward, เปิด hospital <u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u> ดึงบุคลากรจากแผนกที่งดให้บริการมาช่วย ในแผนกที่ขาดแคลน, ให้ค่าตอบแทนเพิ่ม, ทำประกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้แก่บุคลากร, จัดเตรียมสถานที่กักตัวให้ บุคลากร</p>	<p>ทำ HI-CI <u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u> สนับสนุนการฉีดวัคซีนในบุคลากร</p>	
OL01/ CL01	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ตรวจคัดกรองผู้รับบริการ <u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u> กักตุนแอลกอฮอล์, ขอรับการสนับสนุน เวชภัณฑ์จาก สสจ.</p>	<p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u> เปิด cohort ward <u>การทำความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อ</u> พัฒนาแนวทางการจำกัดขยะติดเชื้อของ โรงพยาบาล</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> งดการให้บริการที่ไม่จำเป็น เช่น หน่วย ทันตกรรม กายภาพบำบัด แพทย์แผน ไทย <u>การบริหารจัดการสถานที่</u> ขยาย cohort ward, เนื่องจากคนไข้ เป็นชาวต่างชาติเยอะจึงกำหนดจุด ตรวจต่างๆในโรงพยาบาลโดยใช้ชื่อ ผลไม้ที่ปลูกในท้องถิ่น <u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u> หมุนเวียนบุคลากรแผนกที่ปิดมา ช่วยงาน cohort ward</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการ</u> <u>ทั่วไป</u> ส่งยาไปยัง รพ.สต. ใกล้บ้าน <u>การบริหารจัดการสถานที่</u> ขยาย cohort ward, จัดตั้ง ศูนย์ HICI</p>

รหัส	ระลอกที่ 1	ระลอกที่ 2	ระลอกที่ 3	ระลอกที่ 4
OL03/ CL03	<p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p> <p>จัดทีม IC อบรมให้ความรู้บุคลากรใน การสวม/ถอดชุด PPE</p> <p><u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u></p> <p>รับบริจาค PPE, ขอสนับสนุนเวชภัณฑ์ที่ขาดแคลนจากทางจังหวัด, ใช้หน้ากากอนามัยซ้ำ, ตั้งลำดับความสำคัญของแผนก/บุคลากรที่ต้องได้รับ PPE ก่อน</p>		<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>การแพทย์ทางไกล, ส่งยาไปที่บ้าน, ส่งต่อเคสผู้ติดเชื้อ COVID-19 (อาการรุนแรง) ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย, ประสานหอพักเพื่อจัดสถานที่กักตัว, ให้ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อยู่ในโรงพยาบาล 5 วัน หากไม่มีอาการให้ส่งตัวไปดูแลอาการที่หอพักจนครบ 14 วัน</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>สร้าง ARI clinic และห้องเก็บตัวอย่างแบบความดันลบ</p>	<p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>เปิด cohort ward, มี Community Isolation และ Home Isolation</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p> <p>จับคู่บัดดี้ในการเข้า Cohort ward เพื่อช่วยดูแลกันและกัน</p>
OL05/ CL05	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>จัดพื้นที่สำหรับคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วย</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>ทำห้อง Negative pressure, จัดเตรียมสถานที่สำหรับเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจหาเชื้อ COVID-19</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p> <p>ซ้อมแผนการรับมือ, พัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากร</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>จัดทำมาตรการ HI-CI</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p> <p>จัดเตรียมสถานที่ให้สำหรับบุคลากรกักตัว</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม</p> <p><u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u></p> <p>สำรวจและจัดสรรทรัพยากรจำเป็น เช่น PPE และยา ให้เพียงพอต่อการใช้งาน</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>ปิดบริการที่ไม่จำเป็น</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p> <p>ดึงบุคลากรจากแผนกที่ปิดการให้บริการไปช่วยในแผนกที่ขาดแคลนบุคลากร, สนับสนุนให้บุคลากรได้รับวัคซีน</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>จำกัดจำนวนผู้เยี่ยม 1 คน, ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทุกคนต้องตรวจหาเชื้อก่อนนอนโรงพยาบาล</p>

รหัส	ระลอกที่ 1	ระลอกที่ 2	ระลอกที่ 3	ระลอกที่ 4
CL09	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ตรวจคัดกรองด้วยการวัดอุณหภูมิ <u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u> พัฒนา workflow, พัฒนาศักยภาพ บุคลากร, ไม่นับวันกักตัวเป็นวันลา, มี เจ้าหน้าที่สุขภาพจิตให้คำปรึกษาผู้ป่วย และบุคลากรที่กักตัวทุกวัน <u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u> สำรวจและจัดสรรทรัพยากรจำเป็น เช่น PPE และยา ให้เพียงพอต่อการใช้งาน, ใช้หน้ากากอนามัยซ้ำ</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ปฏิบัติตาม DMHTT อย่างเคร่งครัด <u>การบริหารจัดการสถานที่</u> สร้างโรงพยาบาลสนาม, จัดโซนนิ่ง ผู้รับบริการให้เดินตามช่องทางที่กำหนด, จำกัดทางเข้าออก รพ., ปรับพื้นที่และสร้าง ARI Clinic, isolation room, cohort ward, ห้องสำหรับรักษา PUI cases <u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u> พัฒนาแนวทาง เช่น การคัดแยกผู้ป่วย, การ ใส่ PPE ที่เหมาะสม, แผนการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยอย่างมีระบบ (สร้าง workflow การ ส่งต่อที่ชัดเจน) <u>การทำความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อ</u> พัฒนาแนวทางต่างๆ เช่น การทำความ สะอาด การส่งตรวจอุปกรณ์ที่ปนเปื้อนเชื้อ COVID-19 เป็นต้น</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ปิดบริการที่ไม่จำเป็น, จ่ายยาผู้ป่วยโรค NCD ที่บ้าน, ตรวจ ATK คนไข้และ ญาติก่อนเข้ารับบริการผู้ป่วยใน, จำกัด จำนวนผู้เยี่ยมไม่เกิน 1 คน <u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u> ให้เจ้าหน้าที่ที่ต้องกักตัวปฏิบัติงานที่ cohort ward และตรวจเชื้อวันที่ 7 และ 14 <u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u> ขอการสนับสนุนจาก สสจ. ในช่วงที่ ขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการ</u> <u>ทั่วไป</u> ตรวจคัดกรองด้วยการวัด อุณหภูมิ <u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u> พัฒนา workflow, พัฒนา ศักยภาพบุคลากร <u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u> สำรวจและจัดสรรทรัพยากร จำเป็น เช่น PPE และยา ให้ เพียงพอต่อการใช้งาน, ใช้ หน้ากากอนามัยซ้ำ</p>
OL12/ CL12	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> คัดกรองผู้รับบริการ <u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p>	<p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u> เตรียมสถานที่สำหรับให้บุคลากรกักตัว, ไม่นับวันกักตัวเป็นวันลา <u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ปิดบริการที่ไม่จำเป็น (แผนไทย, กายภาพ) <u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการ</u> <u>ทั่วไป</u></p>

รหัส	ระลอกที่ 1	ระลอกที่ 2	ระลอกที่ 3	ระลอกที่ 4
	<p>ซ้อมแผนการรับมือ, ดึงเครือข่าย ได้แก่ รพ.แม่ข่าย อปท. เข้าร่วมการดำเนินงาน, นโยบาย PPE 100% ในบุคลากร, ทำประกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้พนักงานทุกคน</p> <p><u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u></p> <p>สำรวจและจัดสรรทรัพยากรจำเป็น เช่น PPE และยา ให้เพียงพอต่อการใช้งาน, รับผิดชอบอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ที่ขาดแคลน, ใช้น้ำกากอนามัยซ้ำ, กำหนดชนิด PPE ที่เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละตำแหน่ง</p>	<p>แยกคลินิกสำหรับโรคทางเดินหายใจ</p>	<p>ปิดบริการที่ไม่จำเป็นเพื่อดึงบุคลากรไปช่วยในส่วนที่ขาด, สนับสนุนให้บุคลากรได้รับวัคซีน, วางแผนการส่งต่อเคสไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง (กรณีที่เตียงไม่พอ)</p>	<p>วางแผนจะทำ Covid free area สำหรับให้บริการผู้ป่วยโรคอื่นๆ</p>
OL13/ CL13	<p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p> <p>สอนการใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และมีการนิเทศหน้างาน, รพ.มีการกำหนดงานตามความเสี่ยง และให้บุคลากรใส่ชุดป้องกันตามความเสี่ยงของงานนั้นๆ</p> <p><u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u></p> <p>รับผิดชอบอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ที่ขาดแคลน</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>ตรวจคัดกรองผู้รับบริการ, ส่งต่อผู้ติดเชื้อ ไปยังโรงพยาบาลจังหวัด, ส่งยาไปที่บ้าน, งดเยี่ยมผู้ป่วยทุกกรณี</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>สร้าง ARI Clinic</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p> <p>ให้บุคลากรแยกกักตัวเมื่อสัมผัสผู้ป่วยต้องสงสัยเป็นโรคติดเชื้อ COVID-19</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>งดการให้บริการที่ไม่จำเป็นและปิดแผนกการให้บริการบางส่วน เช่น งานทันตกรรม</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>สร้าง รพ.สนาม, เปิด cohort ward</p>	

รหัส	ระลอกที่ 1	ระลอกที่ 2	ระลอกที่ 3	ระลอกที่ 4
		<p><u>การทำความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อ</u></p> <p>มีการกำจัดขยะติดเชื้อตามแนวทางของกระทรวง และสถาบันบำราศนราดูร</p>		
OL15/ CL15	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>ตรวจคัดกรองผู้รับบริการ, Social distancing</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>สร้าง isolation room และ ARI clinic</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p> <p>อบรมบุคลากรในการใส่ชุด PPE และ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ, ไปดูงานโรงพยาบาลที่มีเคสโรคติดเชื้อ COVID-19 แล้วนำมาพัฒนาแผนของรพ.</p> <p><u>การดูแลคลังยาและเวชภัณฑ์</u></p> <p>กำหนดให้มีการรายงานยาและเวชภัณฑ์คงเหลือต่อ EOC ของโรงพยาบาลตลอด , รับบริจาคและประดิษฐ์อุปกรณ์/เวชภัณฑ์ที่ขาดแคลน</p> <p><u>การทำความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อ</u></p> <p>จ้างบริษัทเอกชนในการกำจัดขยะติดเชื้อ</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>จำกัดจำนวนญาติ/ผู้ติดตาม, ให้เยี่ยมผ่านวิดีโอคอล</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>เปิด cohort ward, สร้างห้อง negative pressure</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u></p> <p>มีการ round ward หากพบการปฏิบัติตัวที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ จะกักตัวบุคลากรทันที</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u></p> <p>ลดการผ่าตัด/รักษาที่ไม่จำเป็น, ตรวจโควิดก่อนเข้ารับการรักษา, ทำ home isolation, ส่งยาทางไปรษณีย์</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>ขยาย cohort ward</p>	<p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u></p> <p>ขยาย cohort ward</p>

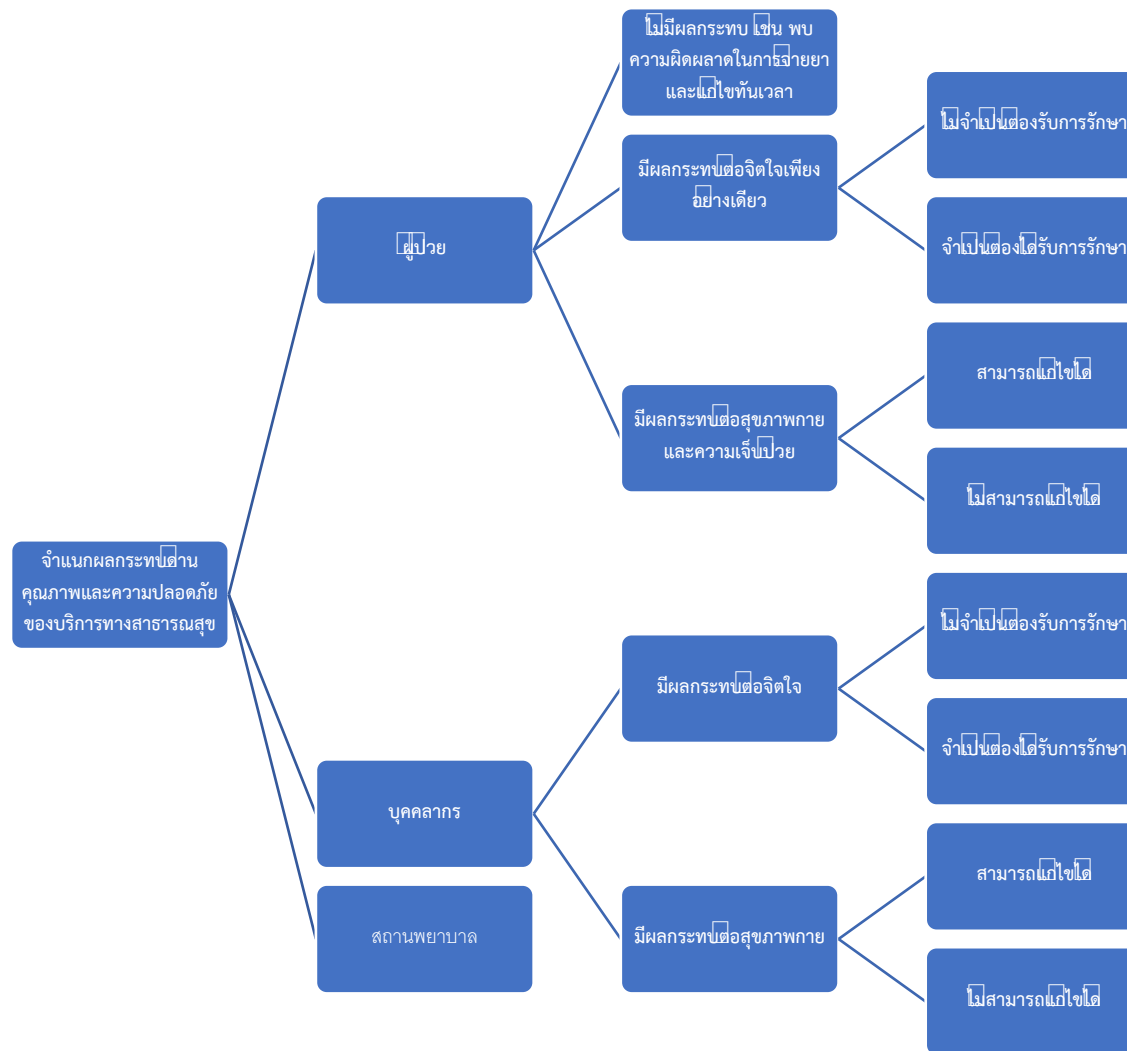
รหัส	ระลอกที่ 1	ระลอกที่ 2	ระลอกที่ 3	ระลอกที่ 4
OL10/ CL10	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ตรวจคัดกรองผู้รับบริการ, Social distancing, Telemed, ส่งยาไปที่บ้าน</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u> สร้างอาคารเพื่อรองรับผู้ป่วย</p> <p><u>การดูแลคลั่งยาและเวชภัณฑ์</u> เวชภัณฑ์ขาดแคลน เช่น แอลกอฮอล์ ฟ้าทะลายโจร</p> <p><u>การทำความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อ</u> จ้างบริษัทเอกชนในการกำจัดขยะติดเชื้อ</p>	<p><u>การบริหารจัดการและบริการทั่วไป</u> ตรวจคัดกรองผู้รับบริการ, แยกโซนบริการ ชัดเจน คลินิกที่ให้บริการด้านติดเชื้อ ให้แยก ไปอยู่ภายนอกอาคาร</p> <p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u> ปิดอาคารผู้ป่วยทั่วไป แล้วเปิดcohort ward แทน</p> <p><u>ระบบการทำงานของบุคลากรฯ</u> - บุคลากรไม่เพียงพอสู่การรับมือ จึงต้อง ประสานหน่วยงานภายนอกเข้ามาสนับสนุน</p> <p>- Mix staff - Rotate Staff - เพิ่มเงินค่าตอบแทนให้พิเศษ</p>	<p><u>การดูแลคลั่งยาและเวชภัณฑ์</u> ยาขาดแคลน แก้ปัญหาด้วยเปลี่ยนยี่ห้อ ปรับขนาดโดส และยืมยาจาก โรงพยาบาลอื่น</p>	<p><u>การบริหารจัดการสถานที่</u> - แบ่งทีมเป็นเชิงรับกับเชิงรุก ยึดหลัก early detect early treatment</p>

ภาคผนวก 4 ความเสี่ยงของผู้ป่วยจากการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

ภาคผนวก 4 ความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบจากโรคระบาดต่อการเข้าถึงและคุณภาพของบริการสุขภาพ ^[91]

	1. ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากโรคระบาด	2. ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากการปรับเปลี่ยนระบบบริการทางสาธารณสุขเพื่อรับมือกับโรคระบาด	3. ความเสี่ยงที่เกิดจากสาเหตุอื่นนอกสถานพยาบาล
การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย	<p>1.1 ความกังวลและกลัวการติดเชื้อจากผู้อื่นของผู้รับบริการ</p> <p>1.2 การกำหนดเงื่อนไขในการเข้ารับบริการ เช่น ต้องฉีดวัคซีนครบ</p> <p>1.3 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดความแออัดและมีระยะเวลาในการรอรับบริการนาน</p>	<p>2.1 จำนวนผู้ให้บริการไม่เพียงพอ เช่น การแบ่งทีมของบุคลากรเพื่อทำงานวันเว้นวันในทุกแผนกเพื่อลดความเสี่ยงหรือการที่บุคลากรต้องกักตัวพร้อมๆ กันหากพบว่ามีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ</p> <p>2.2 การปรับเปลี่ยนเวลาและสถานที่ในการให้บริการ เช่น ยกเลิกการให้บริการเยี่ยมบ้าน ยกเลิกการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยคลินิกนอกเวลา</p> <p>2.3 การเข้าถึงหรือความไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีที่นำมาใช้ทดแทนวิธีการให้บริการแบบเดิม เช่น ผู้ป่วยไม่สะดวกในการใช้ระบบแอปพลิเคชันในการนัดหมายแพทย์ หรือไม่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ระบบดิจิทัล (smart phone) เพื่อการตรวจวินิจฉัยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล</p>	<p>3.1 สูญเสียสวัสดิการรักษายาบาล เช่น แรงงานต่างชาติที่ตักงาน</p> <p>3.2 ความยากลำบากในการเดินทาง เช่น การหยุดเดินรถโดยสารประจำทาง</p> <p>3.3 การปิดโรงเรียน ทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถหาเวลาในการมาโรงพยาบาลได้เมื่อตนเองเจ็บป่วย</p>
คุณภาพและความปลอดภัยของบริการ	<p>1.4 การใช้วิธีวินิจฉัยและรักษาที่ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ เช่น การนำยาต้านมาลาเรียมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโควิด</p>	<p>2.4 การเลื่อนการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยหลายกลุ่มในช่วงการระบาดโควิด เช่น เลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยที่นัดหมายล่วงหน้า</p>	<p>3.4 การกักตุนสินค้าและการสะดุดชะงักของของระบบขนส่ง ทำให้เกิดการ</p>

	1. ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากโรคระบาด	2. ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากการปรับเปลี่ยนระบบบริการทางสาธารณสุขเพื่อรับมือกับโรคระบาด	3. ความเสี่ยงที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ นอกสถานพยาบาล
	<p>1.5 ความไม่รู้ เช่น ความเสี่ยงของยาหรือวัคซีนป้องกันโควิดบางชนิดต่อผลข้างเคียงร้ายแรงสำหรับประชากรบางกลุ่ม</p> <p>1.6 โครงสร้างของสถานพยาบาลไม่รองรับการทำงานในช่วงการระบาดของโรคโควิด เช่น ขาดห้องความดันลบ การใช้ระบบระบายอากาศร่วมกันระหว่างห้องผู้ป่วยและห้องทำงานของเจ้าหน้าที่</p> <p>1.7 การขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันสำหรับผู้ใช้บริการและผู้รับบริการ เช่น ขาดแคลนชุด PPE สำหรับแพทย์ผ่าตัดทำให้ต้องใช้ชุดเดิมสำหรับผ่าตัดผู้ป่วยหลายราย</p> <p>1.8 การเปลี่ยนสถานที่ให้บริการที่เครื่องอำนวยความสะดวกไม่พร้อม เช่น การให้บริการในโรงพยาบาลสนาม หรือศูนย์พักคอยในชุมชน</p>	<p>2.5 การเพิ่มขึ้นตอนในการให้บริการ เช่น การตรวจวินิจฉัยด้วยการแพทย์ทางไกลและจัดส่งยาที่บ้าน อาจทำให้ส่งยาให้ผู้ป่วยผิดคน</p> <p>2.6 ลดจำนวนบริการเพื่อเป็นไปตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม เช่น การลดจำนวนผู้ป่วยในห้องล้างไตเพื่อลดความแออัด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถล้างไตได้ครบตามความต้องการต่อสัปดาห์</p> <p>2.7 ความไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีที่นำมาใช้ทดแทนวิธีการให้บริการแบบเดิมของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การตรวจผู้ป่วยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล</p> <p>2.8 ความเครียดและภาวะหมดไฟของผู้ให้บริการอันเนื่องมาจากหลายสาเหตุ เช่น การทำงานหนักห่างไกลจากครอบครัวเพราะมาตรการกักตัว การป่วยหรือเสียชีวิตของผู้ร่วมงานและคนรู้จัก การทำงานในหน้าที่ใหม่ที่ไม่น่าถนัด</p>	<p>ขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และเวชภัณฑ์</p> <p>3.5 การแพร่กระจายของข่าวปลอม ข่าวเท็จจนทำให้เกิดความเข้าใจผิดของผู้ป่วยทำให้ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์</p> <p>3.6 การดึงตัวบุคลากรทางการแพทย์ในบางกลุ่มสถานพยาบาล ทำให้เกิดการลาออกและขาดแคลนบุคลากร และเพิ่มภาระงานของบุคลากรที่ยังทำงานอยู่</p>



ภาคผนวก 4 ผลกระทบด้านคุณภาพและความปลอดภัยของบริการทางสาธารณสุข [91]