



กรมควบคุมโรค  
Department of Disease Control

# รายงานการวิจัย Bubble and Seal จากนโยบายการป้องกันควบคุมโรค สู่บทเรียนเพื่อความมั่นคงสุขภาพ ของประเทศไทย

BUBBLE AND SEAL APPROACH :  
FROM DISEASE PREVENTION  
AND CONTROL POLICY TO LESSONS  
FOR THE HEALTH SECURITY OF THAILAND

โดย นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์

รายงานการวิจัย

Bubble and Seal จากนโยบายการป้องกันควบคุมโรค

สู่บทเรียนเพื่อความมั่นคงสุขภาพของประเทศไทย

Bubble and seal approach: from disease prevention

and control policy to lessons for the health

security of Thailand

โดย

เบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2564

## บทคัดย่อ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 มีการระบาดในสถานประกอบกิจการขึ้นเป็นวงกว้างกับสถานประกอบกิจการทุกประเภทที่ใช้แรงงานไทยและข้ามชาติ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการระบาดคือ มาตรฐานทั่วไปทางด้านความปลอดภัยไม่เป็นไปตามกฎระเบียบของกระทรวงอุตสาหกรรมและกระทรวงแรงงาน ตลอดจนการขาดความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันด้านอนามัยส่วนบุคคล ทำให้กระทรวงสาธารณสุข เสนอมาตรการ Bubble and Seal เพื่อลดภาระของระบบสาธารณสุข ด้วยการสนับสนุนความร่วมมือด้านการป้องกันและควบคุมโรคระหว่างภาคธุรกิจและภาครัฐ วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนามาตรการ Bubble and Seal และวิเคราะห์ประสบการณ์การนำมาตรการ Bubble and Seal ไปปฏิบัติผ่านมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเชิงนโยบาย ตลอดจนจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนามาตรการ Bubble and Seal ในอนาคต งานวิจัยได้เปรียบเทียบในสองพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดชายแดนตาก (ชายแดนไทย- เมียนมา) การวิจัยใช้เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลผ่านเอกสารจำนวน 6 ฉบับ และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 31 คน ผลการศึกษพบว่า การดำเนินการมาตรการ Bubble and Seal ทำให้สถานประกอบกิจการสามารถดำเนินการต่อไปได้ มาตรการดังกล่าวยังช่วยลดความเสี่ยงการติดเชื้อในโรงงาน แค้มป์แรงงานและลดการแพร่ระบาดของเชื้อสู่ชุมชน โดยแยกพนักงานออกเป็นกลุ่มย่อย เพื่อลดการรวมกลุ่ม ลดกิจกรรมการเคลื่อนย้ายและพื้นที่ในการเดินทาง ความสำเร็จของการนำมาตรการนี้ไปปฏิบัติขึ้นกับความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การประสานงานที่ดีระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เชิงนโยบาย ความพร้อมของเจ้าของกิจการโดยเฉพาะเงินสนับสนุน การสนับสนุนของชุมชนและความพร้อมที่จะปรับตัวต่อสถานการณ์การระบาดของโรคจากทุกภาคส่วน ความท้าทายในการนำมาตรการไปปฏิบัติในพื้นที่ชุมชน โดยเฉพาะพื้นที่เขตเมือง แหล่งชุมชนใหญ่ ในกรุงเทพมหานคร (กทม.) สามารถทำได้เฉพาะ Small Bubble ในแค้มป์แรงงานและดำเนินการได้ยากกว่าพื้นที่ชายแดน ซึ่งมีความท้าทายในการจัดหาสถานที่กักตัว ในขณะที่ในเขตชายแดนเผชิญกับปัญหาด้านการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้งจากชุมชนและปัญหาการร่วมมือระหว่างผู้นำในการนำมาตรการไปปฏิบัติ ตลอดจนปัญหาด้านการขาดทรัพยากรในการนำมาตรการไปปฏิบัติ บทเรียนที่ได้รับจากการวิจัย พบว่า 1) รัฐบาลจะต้องสร้างความเข้มแข็งด้านความร่วมมือจากทุกภาคส่วน 2) วางแผนสาธารณสุขฉุกเฉินเพื่อความพร้อมทั้งในด้านงบประมาณ สถานที่ แนวทางการสื่อสาร 3) การจัดทำข้อมูลแรงงานทั้งแรงงานไทย และแรงงานข้ามชาติ โดยไม่จำกัดสถานะทางกฎหมาย 4) วางมาตรการเสริมช่วยเหลือภาคธุรกิจ 5) ประกันการเข้าถึงระบบการรักษาและสวัสดิการสำหรับผู้ใช้แรงงาน และประการสุดท้าย 6) สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับทุกคนในสถานประกอบกิจการ เพื่อรองรับการระบาดในระลอกต่อไป

**คำสำคัญ:** บับเบิลแอนด์ซีล สถานประกอบกิจการ แค้มป์แรงงาน แรงงานข้ามชาติ ความมั่นคงด้านสุขภาพ  
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## Abstract

The situation of the Coronavirus Disease 2019 pandemic in Thailand has occurred since January 2020. A pandemic causes the outbreaks within all business sectors, where employed both Thai and migrant labors. The important factors causing the outbreak are the general safety standard of the industries that does not comply with the regulations of Ministry of Industry and Ministry of Labor as well as the lack of fundamental knowledge of personal health prevention practices. As a result, the Ministry of Public Health has purposed the Bubble and Seal measures in order to reduce the burden on the public health system by enhancing the collaboration in disease prevention and control among business and government sectors. This Bubble and Seal measure is a novel measure that invented and implemented during the COVID-19 pandemic. This research aims to study the development process of the Bubble and Seal measure and to analyze the experience of the Bubble and Seal measure implementation through the perspective of policy stakeholders, as well as to provide the policy recommendation for the Bubble and Seal measure development in the future. This research compared two areas, namely Bangkok and Tak (Thailand-Myanmar border). It adopts two qualitative methods which are documentary analysis from 6 documents and in-depth interviews with 31 stakeholders. The result reveals that the operation of Bubble and Seal measure enable business sectors to continue operating. This measure reduces the risk of epidemic in the factories, the labor camps and to mitigate the risk of COVID-19 spreading to the local community. This measure separates the labors into sub-groups in order to avoid group gathering, limit the movement activities and travelling. The success of implementing of this measure depends on the understanding of the stakeholders., the readiness of business owners especially in financial supports, a good collaboration among policy stakeholders, the supports from the local community and the adaptive capacities regarding the COVID-19 situation from all stakeholders. The study found that the urban area like Bangkok faced more challenges in implementing the measure compares to the border areas due to a lack of quarantine area. Whereas the border provinces faced a lack of understanding about the measure and leading to conflict with a local community, a lack of collaboration among the implementers and a lack of resources. The lessons from this study are 1) to strengthen the collaboration among relevant stakeholders, 2) to establish

the public health emergency plan that covers the financial support, location of quarantine area, communication plan 3) to collect data of all labors of Thai and migrant regardless legal status 4) to provide additional support measures for the business sectors 5) to ensure the accessibility to the health services and the labor welfare for all workers and the last 6) to enhance health literacy for all in the business sectors to prepare for future pandemics.

**Keywords :** Bubble and seal, business sector, factory, migrant labors, health security, COVID-19

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจาก ผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานภายในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ตัวแทนจากรัฐบาลไทย/ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาครัฐ และศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ อาทิ ฝ่ายปกครอง และฝ่ายควบคุมแรงงาน ตลอดจนภาคประชาสังคม ได้แก่ องค์กรประชาสังคม และผู้ประกอบการที่มีบทบาทในการใช้มาตรการดังกล่าว เพื่อป้องกันควบคุมโรคจากพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดตาก ได้ให้แนวความคิดและข้อเสนอแนะในการศึกษามาตรการ Bubble and Seal ทำยที่สุดคณะผู้วิจัยต้องขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ที่สนับสนุนแหล่งข้อมูล จนทำให้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

คณะผู้วิจัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ/แผนภูมิ	ซ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	3
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	3
1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	4
1.5 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	5
<b>บทที่ 2 เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	
2.1 สถานการณ์ และมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายในประเทศไทย และประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้+3 (อาเซียน+3)	6
2.2 การระบาดของโรคติดต่อ และความมั่นคงด้านสุขภาพ	37
2.3 มาตรการ Bubble and Seal เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานประกอบกิจการ	38
2.4 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)	43
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	48
2.6 กรอบทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย	57
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	
3.1 รูปแบบงานวิจัย	61
3.2 พื้นที่ และระยะเวลาการวิจัย	61
3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	62
3.4 เครื่องมือและอุปกรณ์ในการวิจัย	63
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (Documentary analysis)	63

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลสัมภาษณ์ (Interview Analysis)	64
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร และข้อมูลจากการสัมภาษณ์	64
3.8 การประเมินคุณภาพข้อมูล	65
<b>บทที่ 4 ผลการวิจัย</b>	
4.1 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนามาตรการ Bubble and Seal ของประเทศไทย	66
4.2 ผลการศึกษาประสิทธิภาพการนำมาตรการ Bubble and Seal ไปปฏิบัติผ่านมุมมองของผู้กำหนดนโยบาย และนำนโยบายไปปฏิบัติ	67
<b>บทที่ 5 บทสรุปและอภิปรายผล</b>	
5.1 สรุปผลการศึกษา	77
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	78
5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	80
5.4 ข้อเสนอแนะต่อภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง	81
5.5 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	82
<b>บรรณานุกรม</b>	83
<b>ภาคผนวก</b>	
ก แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก	88
ข สรุปความคิดเห็นอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยต่อมาตรการ Bubble and Seal	91



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1	34
สรุปลักษณะการณ์ และมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายในประเทศไทย และ ประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้+3 (อาเซียน+3)	
4.1	68
ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร	

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
2.1 การประเมินสถานการณ์ (Scenario) การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย	13
2.2 ภาพแสดงการเปรียบเทียบจำนวนการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ณ วันที่ 16 เมษายน พ.ศ.2563	17
2.3 กรอบทฤษฎีสำหรับการศึกษา	59

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดต่อ (communicable disease) ถูกกำหนดให้เป็นประเด็นด้านความมั่นคงร่วมสมัย เนื่องจากโรคเป็นภัยที่คุกคามสุขภาพและชีวิตรูปแบบหนึ่ง ซึ่งสามารถสร้างผลกระทบต่อสังคมในภาพรวม ทั้งในมิติคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและการเมือง (Harman S, 2018 และ Elbe, 2021) จากสถานการณ์ข้อมูลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2564 มีการแพร่ระบาดในประเทศไทยอย่างกว้างขวาง พบผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 1,883,161 ราย (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน, 2564) และช่วงต้นเดือนมกราคม พ.ศ.2564 เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานประกอบกิจการในแรงงานต่างด้าว จังหวัดสมุทรสาคร โดยพบผู้ติดเชื้อสะสมสูงสุดถึง 11,343 คน ผู้ติดเชื้อในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานสถานประกอบกิจการ 9 แห่ง จำนวน 9,458 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 ต่อมาการระบาดเริ่มทวีความรุนแรงขึ้น ในรอบที่ 2 เนื่องจากการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สายพันธุ์เดลต้า เกิดการระบาดในสถานประกอบกิจการทั่วประเทศถึง 881 แห่ง ใน 62 จังหวัด และพบว่ามีพนักงานติดเชื้อถึง 61,919 คน ข้อมูล ณ วันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ.2564 (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2564) กระจายไปยังจังหวัดต่าง ๆ ทำให้สถานประกอบกิจการขนาดใหญ่และขนาดกลางต้องปิดกิจการ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการระบาด คือ มาตรฐานทั่วไปด้านความปลอดภัยไม่เป็นไปตามกฎระเบียบของกระทรวงอุตสาหกรรมและกระทรวงแรงงาน ตลอดจนการขาดความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับแนวทางการป้องกัน ด้านอนามัยส่วนบุคคล ประเด็นดังกล่าวจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่รัฐบาลไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะแรงงานผิดกฎหมายที่ทำงานและอาศัยอยู่ในสถานประกอบกิจการ นอกจากนี้พื้นที่บริบทตลาดกลางกุ้ง แรงงานข้ามชาติยังทำงานและอาศัยในบริเวณจังหวัดที่เน้นอุตสาหกรรมการใช้แรงงานอย่างเข้มข้น อาทิ โรงงานเน้นการผลิตสินค้าเพื่อการส่งออกในจังหวัดชายแดน และกรุงเทพมหานครที่เน้นการใช้แรงงานเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน (ศิริดา เขมานิภูธาท, 2564)

ประเทศไทยมีแนวคิดที่จะลดระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรคระบาดทั่วโลก (Pandemic) มาเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic) เพื่อให้กลไกต่าง ๆ ของประเทศขับเคลื่อนต่อไปได้ ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยประชาชนได้กลับมาดำเนินชีวิตตามปกติเร็วที่สุด ทุกภาคส่วนจะต้องร่วมมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงานไปด้วยกัน สถานประกอบกิจการมีความสำคัญอย่างมากในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศและหากเกิดโรคสามารถแพร่กระจายเป็นวงกว้างได้อย่างรวดเร็ว ด้วยลักษณะการทำงานที่มีการรวมกลุ่มกันทำงานและการทำงานมีหลายแผนกที่มีโอกาสสัมผัสความเสี่ยงจากบุคคลภายนอก เช่น แผนกต้อนรับลูกค้า สำนักงาน การทำงาน

ในกระบวนการผลิตต่าง ๆ ที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อจากเพื่อนร่วมงานที่อาจ มีความหนาแน่น หรือสัมผัสสารคัดหลั่ง เช่น ละอองน้ำลาย เหงื่อ เป็นต้น ที่ติดตามพื้นผิววัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เป็นจุดสัมผัสร่วมกัน รวมทั้งการทำงานที่ต้องไปติดต่อกับงานนอกสถานที่ ดังนั้นถึงแม้หากมีการปรับระดับ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคประจำถิ่นแล้ว โอกาสการแพร่ระบาดยังสามารถเกิดขึ้นได้ สถานประกอบการกิจการจึงจำเป็นต้องดำเนินมาตรการในการป้องกันอย่างต่อเนื่อง แต่สามารถผ่อนคลายมาตรการได้ ตามความเหมาะสม เพื่อให้การทำงานมีความคล่องตัวไม่เกิดการระบาดของโรคฯ และไม่มีผลกระทบต่อ ผลิตภาพขององค์กร จึงได้เสนอแนวคิดการผ่อนคลายมาตรการ Bubble and Seal ภายใต้ “Living and working with COVID - 19” (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค, 2564)

Bubble and Seal เป็นการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ที่เฉพาะ โดยดำเนินการได้ทั้งก่อนการระบาดและเมื่อเกิดการระบาดในพื้นที่ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่เป็นกลุ่มหรือจัดการให้อยู่ในกลุ่มได้ในพื้นที่นั้น ๆ ได้แก่ เรือนจำ โรงงาน แคมป์แรงงาน เป็นต้น ทั้งนี้ยังคงสามารถทำกิจกรรมกลุ่มกิจกรรม หรือทำงานได้ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด สามารถเดินทางเคลื่อนย้ายระหว่างที่พักและที่ทำงานภายใต้การควบคุม กำกับ มีการบริหารจัดการในการแยกผู้ติดเชื้อ จัดกลุ่มผู้สัมผัส กลุ่มผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อ และกลุ่มเปราะบาง มาตรการ Bubble and Seal เพื่อการป้องกัน หมายถึง มาตรการที่ใช้ในการป้องกันการแพร่ระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานประกอบการ โดยเน้นการจัดกลุ่มย่อย (Small Bubble) เล็กที่สุด เท่าที่สามารถทำได้ของสถานประกอบการ มาตรการ Bubble and Seal เพื่อการควบคุมโรค หมายถึง มาตรการที่ใช้ในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานประกอบการ โดยเน้นกลุ่มเสี่ยงสูงสามารถปฏิบัติงานได้โดยไม่ต้องกักตัว ภายใต้กลุ่มย่อย (Small Bubble ) เดียวกันและไม่ข้ามกลุ่ม

Living and working with COVID – 19 หมายถึง มาตรการที่สามารถปรับให้ยืดหยุ่นตามบริบท ของสถานประกอบการที่ปฏิบัติได้จริง ภายใต้มาตรการผ่อนปรนที่กำหนด โดยสถานประกอบการสามารถดำเนินธุรกิจต่อไปได้รายได้ไม่สูญเสีย และลูกจ้างสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ กลุ่มเปราะบาง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หญิงตั้งครรภ์ ผู้มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง ที่อยู่ระหว่างรักษา โรคเบาหวานโรคอ้วน (น้ำหนักตัวเกิน 90 กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกาย  $\geq 30$  กิโลกรัม ต่อตารางเมตร)

ดังนั้นมาตรการ “Bubble and Seal” ถูกนำมาใช้ในช่วงที่มีการระบาดตามโรงงาน โดยใช้มาตรการ Seal กับสถานประกอบการ หรือโรงงาน ที่มีที่พักอาศัยให้กับแรงงานอยู่ภายในรั้วเดียวกัน เป็นการควบคุมไม่ให้คนงานออกไปนอกพื้นที่โรงงาน ส่วนการ Bubble จะใช้กับสถานประกอบการหรือโรงงาน ที่แรงงาน พักอาศัยอยู่ภายนอก เป็นการควบคุมการเดินทางระหว่างที่ทำงานกับที่พักอาศัย จะแวะกลางทางตรงจุดไหนไม่ได้และเมื่อถึงที่พักแล้วก็ต้องอยู่แต่ภายในเคหสถานเท่านั้น สถานประกอบการกิจการโรงงานขนาดใหญ่ กลางและเล็กที่เข้าร่วมดำเนินการตามมาตรการนี้ตามความสมัครใจ ได้แก่

โรงงานขนาดใหญ่ 54,240 แห่ง โรงงานขนาดกลาง 11,340 แห่ง และโรงงานขนาดเล็ก 3,193 แห่ง รวม 68,773 แห่ง (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2564) เนื่องจากมาตรการดังกล่าวเป็นเรื่องใหม่ นำมาใช้ในสถานประกอบการกิจการทั่วประเทศ และในแต่ละพื้นที่มีบริบทที่มีความแตกต่างกันเห็นได้ชัด ทั้งในเขตเมืองและเขตชายแดน ที่สำคัญการเข้าควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานประกอบการเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขไม่มีอำนาจหน้าที่โดยตรงทำให้เกิดการระบาดอย่างรวดเร็ว โดยศึกษาเปรียบเทียบในสองพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดตาก ชายแดนไทย-เมียนมา เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติทำงานเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลของกรมการจัดหางาน ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2564 มีจำนวนแรงงานข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร จำนวน 545,444 คน ที่ขึ้นทะเบียนทำงานในสถานประกอบการ ทั้ง 3 กลุ่ม และแรงงานข้ามชาติในจังหวัดตาก จำนวน 36,486 คน (กรมการจัดหางาน, 2564) ส่วนใหญ่ทำงานในสถานประกอบการขนาดกลาง ซึ่งปัญหาในการควบคุมโรคในสองพื้นที่ มีความท้าทายที่แตกต่างกัน และยังพบแรงงานข้ามชาติเข้าเมืองผิดกฎหมายในสองพื้นที่ ทำให้การตรวจจับและการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นไปด้วยยาก จึงเป็นเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาการนำมาตรการไปปฏิบัติผ่านมุมมองของผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และภาคประชาสังคม ที่มีบทบาทในการใช้มาตรการดังกล่าวเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## 1.2 วัตถุประสงค์

- 1.2.1 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนามาตรการ Bubble and Seal ของประเทศไทย
- 1.2.2 เพื่อศึกษาประสบการณ์การนำมาตรการ Bubble and Seal ไปปฏิบัติผ่านมุมมองของผู้กำหนดนโยบาย และนโยบายไปปฏิบัติ
- 1.2.3 เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนามาตรการ Bubble and Seal ในอนาคต

## 1.3 ขอบเขตของการวิจัย

### ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการทบทวนเอกสาร (Document review) องค์ความรู้และการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ มาตรการ Bubble and Seal นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของโรค ได้แก่ ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงาน ในการบริหารจัดการตามมาตรการ แนวทางการสนับสนุนโดยหน่วยงานรัฐที่มีต่อผู้นำมาตรการไปปฏิบัติ (Berry, Wharf-Higgins และ Naylor, 2007 Wald, 2008)

### ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 31 คน ประกอบด้วย

1. ผู้บริหารระดับนโยบาย โดยมีตำแหน่งประเภทบริหาร และวิชาการระดับทรงคุณวุฒิ รวมทั้งสิ้น 8 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากรัฐบาลไทย/ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากกระทรวงสาธารณสุข 5 คน กระทรวงมหาดไทย 2 คน กระทรวงแรงงาน 1 คน

2. ผู้นำนโยบายสู่การปฏิบัติ จากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กรุงเทพมหานครและจังหวัดตาก รวมทั้งสิ้น 23 คน โดยแบ่งเป็น

2.1 ตัวแทนจากกองวิชาการภายในกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาครัฐ และศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ อาทิ ฝ่ายปกครอง และฝ่ายควบคุมแรงงาน รวมทั้งสิ้น 15 คน

2.2 ตัวแทนจากภาคประชาชนและสถานประกอบกิจการ รวมทั้งสิ้น 8 คน

### ขอบเขตด้านระยะเวลา

โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2564

### 1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

**Bubble and Seal** หมายถึง การบริหารจัดการควบคุมโรคในกลุ่มพื้นที่ควบคุมเฉพาะ สามารถทำกิจกรรมหรือทำงานได้ สามารถเดินทางเคลื่อนย้ายระหว่างที่พักและสถานที่ทำงานได้ ภายใต้การควบคุม กำกับ รวมถึงมีการบริหารจัดการในการแยกผู้ป่วยติดเชื้อ บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข จัดสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งเครื่องอุปโภค บริโภค และมีการวางแผนการจำหน่ายออก (กรมควบคุมโรค,2564)

**สถานประกอบกิจการ** หมายถึง สถานที่ประกอบกิจการใดๆ ซึ่งมีการกำหนดขอบเขตที่ตั้งไว้ อย่างชัดเจน มีการดำเนินงานโดยเจ้าของที่เป็นบุคคล หรือนิติบุคคล ในทุกประเภทอุตสาหกรรม ยกเว้น เกษตรกรรม หน่วยงานรัฐบาล องค์การระหว่างประเทศ สถาบันศาสนา และแผงลอย/ขายเร่ที่ไม่แน่นอน (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน,2564)

**โรงงาน** หมายถึง อาคาร สถานที่ หรือยานพาหนะที่ใช้เครื่องจักรกำลังตั้งแต่ 5 แรงม้าขึ้นไป หรือเทียบเท่า หรือใช้คนงานตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป เพื่อดำเนินการผลิต ประกอบ บรรจุ ซ่อม ทดสอบ แปรสภาพ ลำเลียง เก็บรักษา หรือทำลายสิ่งใดๆ ตามลักษณะกิจการของโรงงาน (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน,2564)

**แรงงานข้ามชาติ** หมายถึง บุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย และกำหนดไว้ว่า คนต่างด้าวจะทำงานได้เมื่อได้รับอนุญาต จากอธิบดีกรมการจัดหางานหรือเจ้าพนักงานซึ่งอธิบดีมอบหมายเท่านั้น (สิริโฉม พรหมโฉม, 2558)

**ความมั่นคงด้านสุขภาพ** หมายถึง การมีสุขภาพดีปลอดจากโรคร้ายต่าง ๆ และความเจ็บไข้ได้ป่วยอื่น ๆ รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลทุก ๆ คน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2556)

**โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** หมายถึง โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่มโคโรนา ที่ทำให้มีไข้ และอาการระบบทางเดินหายใจ โดยส่วนใหญ่จะมีอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจหอบเหนื่อย และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ เชื้อสามารถติดต่อจากคนสู่คน ผ่านทางการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย และแพร่กระจายผ่านละอองเสมหะทางการไอจามของผู้ที่มีเชื้อ (กรมควบคุมโรค, 2563)

## 1.5 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1.5.1 สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้และปรับปรุงในการกำหนดนโยบาย การให้ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับมาตรการ Bubble and Seal ซึ่งอาจจะใช้เป็นแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต ในกลุ่มแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ

1.5.2 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปพัฒนาแผนงานด้านสาธารณสุข ควบคู่กับการรักษาความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ผ่านมาตรการ Bubble and Seal และการสร้างเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคในแรงงานข้ามชาติและแรงงานไทย

1.5.3 ผลการศึกษาก็จะให้ความรู้เกี่ยวกับการกำหนดนโยบายต่าง ๆ การให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปรับปรุงและประยุกต์ในการวางยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ในโรงงานแคมป์แรงงานทั้งในพื้นที่ชายแดนและพื้นที่เขตเมือง แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค หน่วยงานด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศและหน่วยงานด้านการสื่อสารสุขภาพต่อไปได้

## บทที่ 2

### เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวน เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอดังนี้

- 2.1 สถานการณ์ และมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายในประเทศไทยและประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้+3 (อาเซียน+3)
- 2.2 การระบาดใหญ่ของโรคติดต่อ และความมั่นคงด้านสุขภาพ
- 2.3 มาตรการ Bubble and Seal เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานประกอบกิจการ
- 2.4 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย

#### 2.1 สถานการณ์ และมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายในประเทศไทย และประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้+3 (อาเซียน+3)

สถานการณ์ และมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายในประเทศไทย

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นไวรัสอุบัติใหม่ที่พบว่า มีการระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยรายงานครั้งแรกที่มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เชื้อไวรัส COVID-19 สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทางไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย ของคน ผู้ติดเชื้อจะมีอาการหลายแบบตั้งแต่ติดเชื้อไม่มีอาการ อาการเล็กน้อยคล้ายเป็นไข้หวัดธรรมดา อาการปานกลางเป็นปอดอักเสบ และอาการรุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) ในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ.2563 และต่อมาได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) หลังมีการลุกลามไปยังหลายประเทศในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก เมื่อในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ.2563

สำหรับประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 3,810 ราย กำลังรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 128 ราย รักษาหายแล้ว 3,623 ราย และเสียชีวิต 59 ราย (กรมควบคุมโรค, 2563) โดยที่ผ่านมามีมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคตั้งแต่เริ่มพบการระบาดในประเทศจีน ซึ่งมีการตรวจพบผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้เดินทางจากประเทศจีนในวันที่ 8 มกราคม พ.ศ.2563 ได้รับการตรวจยืนยันผล และแถลงสถานการณ์ในวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยช่วงแรกเป็นผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง การขยายพื้นที่ระบาดในต่างประเทศเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้ติดเชื้อจากการเดินทางไปยังพื้นที่ระบาด



อาจมีอาการเล็กน้อยทำให้ไม่มีการตรวจหาการติดเชื้อ การพบผู้ป่วยกลุ่มถัดมาคือผู้ประกอบอาชีพสัมผัสกับนักท่องเที่ยว จากนั้นพบการติดเชื้อในกลุ่มนักท่องเที่ยวไทยที่นิยมไปกินดื่ม การระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนใหญ่คือ การระบาดในสนามมวยลุมพินี สนามมวยราชดำเนิน ซึ่งทำให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จนต้องมีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

สำหรับประเทศไทย นายกรัฐมนตรีได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และประกาศข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ออกมาทั้งจำนวน 14 ฉบับ และออกประกาศ เรื่อง การขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่

**1. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1)** ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 โดยได้ออกข้อกำหนดและข้อปฏิบัติแก่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติลงได้โดยเร็วและป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ร้ายแรงมากขึ้น ดังนี้

**ข้อ 1 การห้ามเข้าพื้นที่เสี่ยง** ห้ามประชาชนเข้าไปในพื้นที่หรือสถานที่ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดต่อเชื้อโรคโควิด 19 ตามที่กำหนดในมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2563 หรือตามที่ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อได้ประกาศหรือสั่งตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ไว้ก่อนวันที่ข้อกำหนดนี้ใช้บังคับและที่ทางราชการจะประกาศให้ทราบต่อไป ในกรณีที่ได้รับการพ้องผันให้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามที่ทางราชการกำหนดให้ถือว่าประกาศหรือคำสั่งของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามวรรคหนึ่ง เป็นคำสั่งตามข้อกำหนดนี้

**ข้อ 2 การปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรค** ให้ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัดออกคำสั่งโดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 35 (1) แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 พิจารณาสั่งปิดสถานที่ซึ่งมีคนจำนวนมากไปทำกิจกรรมร่วมกัน และเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโรคโควิด 19 เป็นการชั่วคราว แต่อย่างน้อยให้ปิดสถานที่ ดังต่อไปนี้

(1) สนามมวย สนามกีฬา สนามแข่งขัน สนามเด็กเล่น สนามม้า ในทุกจังหวัดทั่วราชอาณาจักร จนกว่าจะมีประกาศเป็นอย่างอื่น

(2) ผับ สถานบริการ สถานที่แสดงมหรสพ สถานที่มีการแสดงหรือการเล่นสาธารณะสถานประกอบการ อาบ อบ นวด และนวดโบราณ สปา สถานที่ออกกำลังกาย (ฟิตเนส) สถานบันเทิงตามพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี นครปฐม สมุทรปราการ และสมุทรสาคร ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนกว่าจะมีประกาศเป็นอย่างอื่น

(3) สถานที่อื่นนอกจากนี้ เช่น แหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติ พิพิธภัณฑ์สถาน หอสมุดสาธารณะ ศาสนสถาน สถานีขนส่งหรือโดยสาร ตลาด ห้างสรรพสินค้า ให้พิจารณาสั่งปิดเฉพาะส่วนหรือทั้งหมดและอาจจะกำหนดเงื่อนไขและเงื่อนไขเวลาตามความจำเป็นและเหมาะสมโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ทั้งนี้ให้คำนึงถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดต่อโรคความจำเป็นของประชาชนในการจัดหาสิ่งอุปโภคบริโภคและการเดินทาง โดยเฉพาะในระยะแรกซึ่งต้องมีการเตรียมตัวหรือปรับตัว ในกรณียังไม่ได้มีคำสั่งให้ปิดสถานที่ใด ให้เจ้าของหรือผู้ดูแลสถานที่นั้นจัดให้มีมาตรการคัดกรองและปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามที่ทางราชการกำหนด หรือระบบให้สอดคล้องกับมาตรการดังกล่าวให้มากที่สุด

**ข้อ 3 การปิดช่องทางเข้ามาในราชอาณาจักร** ในการใช้ยานพาหนะไม่ว่าจะเป็นอากาศยาน เรือรถยนต์ หรือพาหนะอื่นใด

**ข้อ 4 การห้ามกักตุนสินค้า** ห้ามผู้ใดกักตุนสินค้าซึ่งเป็นยา เวชภัณฑ์ อาหาร น้ำดื่ม หรือสินค้าอื่นที่จำเป็นต่อการอุปโภคบริโภคในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นสินค้าควบคุมตามพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. 2552 หรือไม่ก็ตาม

**ข้อ 5 การห้ามชุมนุม** ห้ามมิให้มีการชุมนุม การทำกิจกรรม หรือการมั่วสุมกัน ณ ที่ใด ๆ ในสถานที่แออัดหรือกระทำการดังกล่าวอันเป็นการยุยงให้เกิดความไม่สงบเรียบร้อย

**ข้อ 6 การเสนอข่าว** ห้ามการเสนอข่าวหรือทำให้แพร่หลายทางสื่อต่าง ๆ ซึ่งมีข้อความหรือข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันไม่เป็นความจริงและอาจทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัว หรือเจตนาบิดเบือนทำให้เกิดความเข้าใจผิด

### **ข้อ 7 มาตรการเตรียมรับสถานการณ์**

(1) ให้ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัดเป็นผู้กำกับการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินทุกมิติในเขตท้องที่ที่ตนรับผิดชอบ

(2) ให้หน่วยงานของรัฐทุกแห่งกำหนดและประชาสัมพันธ์มาตรการการช่วยเหลือหรือบรรเทาผลกระทบอันเกิดจากการบังคับใช้มาตรการของรัฐต่อประชาชน

(3) ให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยงานที่มีหน้าที่และอำนาจในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จัดหา ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือในการตรวจโรค เครื่องช่วยหายใจ และอุปกรณ์อื่นๆ ที่จำเป็นให้เพียงพอตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รวมถึงการเตรียมบุคลากรทางการแพทย์ และการเตรียมสถานที่กักกัน สถานที่คุมไว้สังเกตอาการ

(4) ในการกักกันตัวเองไว้สังเกตอาการ ให้เจ้าหน้าที่หรือหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อที่ผู้ว่าราชการจังหวัดจัดตั้งขึ้น หรืออาสาสมัครที่ปฏิบัติงานให้แก่ทางราชการสามารถเข้าตรวจสอบการเฝ้าระวังหรือความเข้มงวด จริงจังในการดำเนินการดังกล่าวได้

**ข้อ 8 มาตรการพึงปฏิบัติสำหรับบุคคลบางประเภท** กำหนดให้กลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 ดังต่อไปนี้ อยู่ในเคสสถานหรือบริเวณสถานที่พำนักของตนเอง เพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากสภาพแวดล้อมภายนอก

- (1) ผู้สูงอายุตั้งแต่เจ็ดสิบปีขึ้นไป
- (2) กลุ่มคนที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคในระบบทางเดินหายใจ โรคภูมิแพ้ ซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำตามธรรมชาติของโรค

- (3) กลุ่มเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่าห้าปีลงมา

**ข้อ 9 มาตรการเกี่ยวกับการออกนอกราชอาณาจักร** ให้กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานตำรวจแห่งชาติเข้มงวดในการตรวจลงตราหรือออกวีซ่าหรืออนุญาตให้ชาวต่างชาติยังคงอยู่ภายในประเทศ

**ข้อ 10 มาตรการดูแลความสงบเรียบร้อย** กำหนดให้มีการจัดเวรยาม ตั้งด่านตรวจ หรือจุดตรวจการเดินทางข้ามพื้นที่เพื่อเฝ้าระวังหรือสังเกตอาการผู้เดินทาง ทั้งนี้ให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายทหารเจ้าหน้าที่ กอ.รมน. หรืออาสาสมัครในพื้นที่ร่วมปฏิบัติภารกิจดังกล่าวได้

**ข้อ 11 มาตรการป้องกันโรค** ให้มีมาตรการป้องกันโรคตามที่กำหนดดังต่อไปนี้

- (1) ทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสก่อนการจัดกิจกรรม และกำจัดขยะมูลฝอยทุกวัน
- (2) ให้เจ้าหน้าที่ ผู้ประกอบการ ผู้ร่วมงาน ผู้ร่วมกิจกรรม ลูกจ้าง ผู้ใช้บริการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ล้างมือด้วยสบู่ แอลกอฮอล์ เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค และเว้นระยะนั่ง หรือยืนห่างกันอย่างน้อยหนึ่งเมตรเพื่อป้องกันการติดต่อ สัมผัส หรือแพร่เชื้อโรคทางฝอยละอองน้ำลาย
- (3) ให้ควบคุมจำนวนผู้ร่วมกิจกรรมมิให้แออัด หรือลดเวลาในการทำกิจกรรมให้สั้นลงเท่าที่จำเป็น

**ข้อ 12 นโยบายการยังคงให้เปิดสถานที่ทำการ** กำหนดให้สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่นๆ ของรัฐ ยังคงเปิดดำเนินการในวันและเวลาราชการ โดยการจัดให้เหลือเวลาการทำงาน และพักเที่ยง การทำงานนอกสถานที่ปกติ การจัดประชุมผ่านระบบสื่อสารทางไกล (Tele Conference)

**ข้อ 13 คำแนะนำเกี่ยวกับการเดินทางข้ามเขตพื้นที่จังหวัด** กำหนดให้ประชาชนงดหรือชะลอการเดินทางข้ามเขตพื้นที่จังหวัดโดยไม่จำเป็นและควรพักหรือทำงานอยู่ ณ ที่พักอาศัย กรณีที่มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรอง และกักกันสังเกตอาการ

**ข้อ 14 คำแนะนำในการจัดกิจกรรมอื่นๆ** การจัดกิจกรรมหรือพิธีกรรมทางสังคมตามประเพณีนิยม เช่น พิธีมงคลสมรส พิธีเซ่นไหว้บรรพบุรุษ พิธีบำเพ็ญกุศล พิธีศพ พิธีสงกรานต์ หรือกิจกรรมภายในครอบครัว ยังคงจัดได้ตามความเหมาะสม แต่ต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามที่กำหนด

2. **ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 2)** มีผลบังคับใช้วันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2563 โดยประกาศห้ามบุคคล

ภายในประเทศออกนอกเคหสถานระหว่างเวลา 22.00 น. ถึง 04.00 น. ของวันรุ่งขึ้น เว้นแต่มีความจำเป็นโดยต้องมีหนังสือหรือเอกสารรับรองความจำเป็นในการเดินทาง

**3. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 3)** มีผลบังคับใช้วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2563 เป็นการกำหนดข้อยกเว้นในกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องปฏิบัติงานในช่วงที่ข้อกำหนดฯ (ฉบับที่ 2) ประกาศกำหนด เช่น 1) การปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานตามที่ทางราชการมีคำสั่ง เจ้าหน้าที่ตำรวจ ทหาร 2) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องพบแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องปฏิบัติงาน 3) การขนส่งสินค้าเพื่อประโยชน์ของประชาชน 4) การเคลื่อนย้ายกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยง เพื่อไปยังสถานที่กักกันเพื่อสังเกตอาการ 5) การบริการหรือการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน และ 6) การประกอบอาชีพซึ่งจำเป็นต้องกระทำภายในช่วงเวลาพิเศษ เช่น ผู้เข้าเวรยาม ผู้ประกอบอาชีพประมง กริดยาง เป็นต้น

**4. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 4)** ได้ประกาศขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วประเทศ (คราวที่ 1) ออกไปอีก 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

**5. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 5)** ยังคงห้ามบุคคลออกนอกเคหสถานระหว่างเวลา 22.00 น. ถึง 04.00 น. และกำหนดห้ามจัดกิจกรรมต่างๆ เพิ่มเติม เช่น การใช้สถานศึกษาในการเรียนการสอน สอบ ปีกอบรม ห้ามจัดประชุม สัมมนา การแจกจ่ายอาหารหรือสิ่งของที่เกิดความแออัด ข้อกำหนดดังกล่าวให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

**6. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 6)** จากการรับฟังความเห็นจากฝ่ายเศรษฐกิจ ผู้ประกอบการ และประชาชน จึงเห็นสมควรในการประกาศผ่อนคลายการบังคับใช้บางมาตรการ (ผ่อนคลายระยะที่ 1) เช่น การจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มให้ดำเนินการได้โดยให้นำกลับไปบริโภคที่อื่น ห้างสรรพสินค้า หรือศูนย์การค้าให้เปิดได้เฉพาะซูเปอร์มาร์เกต ร้านขายยา ร้านเสริมสวย แต่งผมหรือตัดผมสำหรับบุรุษ หรือสตรีให้บริการได้เฉพาะการสระ ตัด ซอยผม แต่งผม และต้องไม่มีผู้นั่งรอในร้าน โดยให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

**7. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 7)** โดยให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 มีการประกาศข้อกำหนดผ่อนคลายมาตรการต่างๆ ที่สำคัญ (ผ่อนคลายระยะที่ 2) เช่น 1) ช่วงเวลาของการออกนอกเคหสถานระหว่างเวลา 23.00 น. – 04.00 น. ของวันรุ่งขึ้น 2) การเปิดสถานศึกษา การจัดกิจกรรมบางอย่างเพื่อดำเนินการป้องกันโรคโควิด 19 3) การจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่มสามารถให้นั่งรับประทานภายในร้านได้ แต่ยังคงห้ามบริโภคและจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 4) ห้างสรรพสินค้าให้เปิดเพิ่มในส่วนที่เป็นการจำหน่ายสินค้าอุปโภคบริโภค 5) การถ่ายทำรายการโทรทัศน์ ภาพยนตร์

โดยจำกัดจำนวนคนทุกแผนกไม่เกิน 50 คน และ 6) คลินิกเวชกรรมเสริมความงาม และสถานเสริมความงาม เป็นต้น

**8. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 8)** โดยที่มีการกำหนดให้มีการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดลำปาง เขตเลือกตั้งที่ 4 แทนตำแหน่งว่าง จึงจำเป็นต้องยกเว้นหรือผ่อนคลายมาตรการบางมาตรการในเขตพื้นที่เลือกตั้ง แต่ต้องมีมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ทั้งนี้ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป

**9. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 9)** การผ่อนคลายมาตรการบางมาตรการ (ผ่อนคลายระยะที่ 3) และขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วประเทศ (คราวที่ 2) ให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2563 โดยให้กิจการหรือกิจกรรมสามารถดำเนินการได้ เช่น 1) การออกนอกเคสสถานระหว่างเวลา 23.00 น. – 03.00 น. ของวันรุ่งขึ้น แต่ให้การขนส่งสินค้า หรือรถโดยสารสาธารณะสามารถเดินทางในช่วงเวลาดังกล่าวได้ 2) ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า รวมถึงศูนย์แสดงสินค้า ศูนย์ประชุม หรือการจัดนิทรรศการให้เปิดดำเนินการได้จนถึงเวลา 21.00 น. 3) สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ สปา นวดแผนไทย ยกเว้น อาบ อบ นวด 4) สถานที่ออกกำลังกาย สนามมวย สนามฟุตบอล 5) โรงภาพยนตร์ โรงละคร และ 6) การผ่อนคลายการเดินทางข้ามเขตพื้นที่จังหวัด เป็นต้น

**10. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 10)** การผ่อนคลายมาตรการบางมาตรการ (ผ่อนคลายระยะที่ 4) ให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ยังคงเน้นย้ำมาตรการสากลในเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การเว้นระยะห่างทางสังคม และเพิ่มเติมมาตรการระบบติดตามตัวผ่านแอปพลิเคชันทางโทรศัพท์ “ไทยชนะ” ในการเข้าไปในสถานที่ต่างๆ การยกเลิกการห้ามออกนอกเคสสถาน การใช้อาคารสถานที่ของโรงเรียนหรือสถานศึกษา การผ่อนคลายกิจกรรมด้านเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิต เช่น การจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านอาหาร ภัตตาคาร แต่ยังไม่อนุญาตในสถานบริการ ผับ บาร์ คาราโอเกะ เป็นต้น

**11. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 11)** การผ่อนคลายมาตรการบางมาตรการ (ผ่อนคลายระยะที่ 5) ขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วประเทศ (คราวที่ 3) ให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 เพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามแนวชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) การเปิดเรียนและรูปแบบการเรียนการสอนในโรงเรียน สถาบันการศึกษา หรือมหาวิทยาลัยต่างๆ การเปิดห้างสรรพสินค้าได้ตามปกติ แต่ไม่เกิน 22.00 น. สถานบริการ ผับ บาร์ คาราโอเกะ ให้เปิดกิจการได้แต่ไม่เกิน 24.00 น. แต่งตั้งการจัดกิจกรรมส่งเสริมการขาย สถานประกอบการกิจการอาบ อบ นวด โดยกิจการทั้งหมดนั้นต้องมีมาตรการเพื่อลดการสัมผัสและแพร่เชื้อ ดังนี้

- 11.1 การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย
- 11.2 ให้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า
- 11.3 การเว้นระยะห่าง
- 11.4 จัดให้มีที่ล้างมือด้วยสบู่ แอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค
- 11.5 จัดให้มีการเช็ดทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสก่อนและหลังกิจกรรม

**12. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 12)** ให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 โดยเป็นการกำหนดคุณสมบัติผู้ที่เดินทางเข้ามาภายในประเทศ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลที่ให้คนไทยที่อาศัยอยู่ต่างประเทศได้กลับมายังประเทศไทย และได้รับการดูแล คัดกรอง และเฝ้าระวังตามมาตรการต่อไป

**13. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 13)** ขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วประเทศ (คราวที่ 4) ให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2563 ได้เปิดให้มีกิจกรรมการรวมกลุ่มหรือใช้สิทธิของประชาชนเพื่อการชุมนุมใดๆ ภายใต้สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ

**14. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 14)** ขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วประเทศ (คราวที่ 5) ตั้งแต่วันที่ 1 – 30 กันยายน พ.ศ. 2563

**15. ประกาศ เรื่อง การขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร (คราวที่ 6)** ตั้งแต่วันที่ 1 – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2563

**16. ประกาศ เรื่อง การขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร (คราวที่ 7)** ตั้งแต่วันที่ 1 – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 (กรมการปกครอง, สืบค้นออนไลน์ เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563)

จากการศึกษาข้อกำหนดดังกล่าวข้างต้นทำให้เป็นมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ภายในประเทศในแต่ละระยะตามแต่ละช่วงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จนกระทั่งเข้าสู่ช่วงของมาตรการผ่อนปรนเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจภายในประเทศ ซึ่งหลังจากมีการประกาศข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2563 หลังจากมีการแพร่ระบาดในพื้นที่สำคัญ ประกอบกับสถานประกอบการเกือบทุกแห่งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมาณลดต้องหยุดกิจการชั่วคราว ส่งผลให้พนักงาน ลูกจ้างทั้งที่เป็นคนไทยซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนต่างจังหวัดเดินทางกลับภูมิลำเนา รวมทั้งกลุ่มแรงงานต่างด้าวมีการเดินทางกลับประเทศของตนเอง ส่งผลให้เกิดความกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดภายในประเทศ จนมีผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาบางท่านออกมาประเมินสถานการณ์ (Scenario) โดยแบ่งได้เป็น 3 แนวทาง ได้แก่



1. สถานการณ์ที่การควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพ (รุนแรงที่สุด) นั่นคือ หากปล่อยให้การระบาด เป็นไปโดยธรรมชาติของโรค มีความพยายามที่จะชะลอการระบาดบ้าง แต่ไม่มากนักหรือไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อ 1 คน จะสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น (RO) ได้อีก 2.2 คน การระบาด จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมาก หากมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวทุกสัปดาห์ตั้งแต่เดือนมีนาคมเป็นต้นไป จนทำให้ผู้ป่วยต่อสัปดาห์สูงสุดในเดือนสิงหาคม จะมีผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 16.7 ล้านคนใน 1 ปี

2. สถานการณ์ที่สามารถชะลอการระบาดได้พอสมควร หากมาตรการควบคุมโรค มีประสิทธิภาพ ประกอบกับการมีความร่วมมือที่ดีจากภาคประชาชน ทำให้ไทยสามารถชะลอการแพร่ระบาดของโรคได้ในระดับหนึ่ง จนทำให้ผู้ที่ติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น (RO) ได้เพียง 1.8 คน

3. สถานการณ์ที่สามารถควบคุมโรคได้ดี จนทำให้ผู้ที่ติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น (RO) ได้เพียง 1.6 คน เกิดการระบาดตามฤดูกาลในแต่ละปี และกลายเป็นโรคประจำถิ่นคล้ายกับไข้หวัดใหญ่ ซึ่งต้องมีมาตรการควบคุมโรคที่เข้มข้น และได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง รวมทั้ง ประชาชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างมาก (ไทยพีบีเอส. 2563) ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 การประเมินสถานการณ์ (Scenario) การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเฝ้าระวัง ควบคุม และ ป้องกันโรคโควิด 19 ดังนี้

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โดยกำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558

2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ. 2563

3. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563

4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2563 โดยมีความสำคัญคือการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ปกครอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล สารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง พ.ศ. 2563 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคได้กำหนดมาตรการพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในสถานที่ต่างๆ ในการป้องกันตนเอง โดยเน้นมาตรการหลักคือ “กินร้อน ช้อนส่วนตัว ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย/ผ้า รักษาระยะห่าง” และข้อมูลสำหรับการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 รวมทั้งการเตรียมความพร้อมระบบบริการทางการแพทย์เพื่อรองรับกับสถานการณ์ดังกล่าว (กรมควบคุมโรค : สืบค้นออนไลน์, เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ.2564)

จากการศึกษามาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ของประเทศไทยสรุปได้ว่า ประเทศไทยมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ได้รับข้อมูลการแพร่ระบาดของประเทศจีน ซึ่งขณะนั้นยังไม่พบผู้ติดเชื้อภายในประเทศ โดยมีมาตรการในการตรวจคัดกรองกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เดินทางจากประเทศกลุ่มเสี่ยง และต่อมาได้ใช้มาตรการทางกฎหมายได้แก่ การประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และต่อมาได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และประกาศข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ออกมาทั้งจำนวน 14 ฉบับ และออกประกาศ เรื่อง การขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร จำนวน 2 ฉบับ เป็นการลดการเคลื่อนไหวของประชาชน ลดการสัมผัส การติดต่อ และกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค และให้อำนาจกับผู้ว่าราชการจังหวัดในการบริหารจัดการสถานการณ์ของแต่ละจังหวัด และกำหนดบทบาทให้กับเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม หรือเครือข่ายอาสาสมัครต่างๆ ในพื้นที่ให้เข้ามามีส่วนสำคัญในการดำเนินการดังกล่าว รวมทั้งกำหนดมาตรการ DHMT : D : Social Distancing เว้นระยะห่าง M : Mask สวมหน้ากากผ้า/ หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน อยู่ในพื้นที่สาธารณะ H : Hand ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ และ T : Testing การตรวจเร็ว รักษาเร็ว ควบคุมโรคได้เร็ว ปฏิบัติให้ต่อเนื่องจะช่วยป้องกันโรคได้ อีกทั้งได้นำเทคโนโลยีเข้ามามีใช้ในการเตรียมความพร้อม และเฝ้าระวังในระหว่างมาตรการผ่อนปรน เช่น “ไทยชนะ” และกำหนดมาตรการในการเฝ้าระวังของสถานประกอบการ และ



พื้นที่สาธารณะที่อาจจะเป็นจุดเสี่ยง ทำให้ประเทศไทยสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้กล่าวถึงผลการดำเนินงานของ อสม. ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 73 รูปแบบ Video Conference อสม. ว่า “เรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องบังเอิญ เพราะตลอด 40 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยทุ่มเทให้การลงทุนสำหรับโครงสร้างขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข ทั้งยังนำกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations) มาปรับใช้อีกด้วย ซึ่งประเทศไทยมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. มากกว่า 1 ล้านคน ซึ่งทำหน้าที่เป็นหูเป็นตา คอยดูแลสอดส่องระบบสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญอย่างมากในการรับมือกับโรคโควิด 19 โดยที่ประเทศไทยเคยได้รับบทเรียนที่ผ่านมา จากอดีตรวมไปถึงประสบการณ์ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคซาร์ส (SAR : Severe Respiratory Syndrome) เมื่อปี ค.ศ. 2003”

### **สถานการณ์ และมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในต่างประเทศ**

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อแล้วจำนวนกว่า 48,419,721 ราย เสียชีวิต 1,230,753 ราย โดยประเทศที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา (United States of America : USA) มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวนกว่า 9,801,355 ราย รองลงมาคือ ประเทศอินเดีย (India) 8,363,412 ราย และประเทศบราซิล (Brazil) 5,590,941 ราย (กรมควบคุมโรค, สืบค้นออนไลน์ เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2564)

ผู้วิจัย ได้สรุปบทเรียนประสบการณ์ของต่างประเทศในการควบคุม และมาตรการคุมการระบาดของไวรัสโควิด 19 โดยนำเสนอ “5 ข้อสังเกต” และสรุป “4 บทเรียน” ของประเทศที่มีการระบาดในระดับสูง อะไรคือข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา ตามด้วยการพิจารณา “3 ความสำเร็จ” ของประเทศที่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ค่อนข้างดีและอาจเป็นตัวอย่างให้ประเทศอื่นดำเนินการตามได้ “2 จุดเปลี่ยน” แสดงประสบการณ์ที่แสดงว่าเราต้องไม่ประมาทและไม่ชะล่าใจในการควบคุมโรค และประการสุดท้าย “1 เปิดเมือง” คือการใช้เมืองอู่ฮั่น (Wuhan) และหนานจิง (Nanjing) ในจีนเป็นกรณีตัวอย่างของการใช้มาตรการที่เอื้อให้สามารถเปิดเมืองได้อย่างเหมาะสม

#### **1) 5 ข้อสังเกต**

**ประการแรก** คือ ความเร็วของการระบาดมีความแตกต่างกัน โดยประเทศในพื้นที่ยุโรปมีอัตราการติดเชื้อที่รวดเร็วกว่าประเทศกลุ่มเอเชีย ซึ่งสะท้อนผลของประเภทและความทันการของมาตรการรับมือในช่วงแรก

**ประการที่สอง** คือ กลุ่มประเทศยุโรปและอเมริกาเหนือ และกลุ่มประเทศในพื้นที่เอเชีย มีพื้นฐานทางวัฒนธรรมการใช้ชีวิตที่ค่อนข้างแตกต่าง เช่น ไม่ตกทหายด้วยการสัมผัสใกล้ชิดกันมากเท่า

ชาวตะวันตก ชาวญี่ปุ่นเองก็มิ่นิยรักความสะอาดและใส่หน้ากากในที่สาธารณะเป็นทุนเดิม ทำให้เห็นว่าทุนทางวัฒนธรรมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้

**ประการที่สาม** คือ อัตราการเสียชีวิตที่ต่างกัน เนื่องด้วยอัตราการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มประเทศในพื้นที่ยุโรป

**ประการที่สี่** คือ ความเข้มข้นของมาตรการเว้นระยะทางสังคม (Social Distancing) ที่ค่อนข้างรุนแรงจะอยู่ในกลุ่มประเทศแถบเอเชียเป็นส่วนใหญ่ โดยในประเทศแถบยุโรปมีแนวทางในการใช้มาตรการที่เข้มข้นน้อยกว่าภายใต้สถานการณ์การระบาดที่มีความรุนแรงที่ต่างกัน

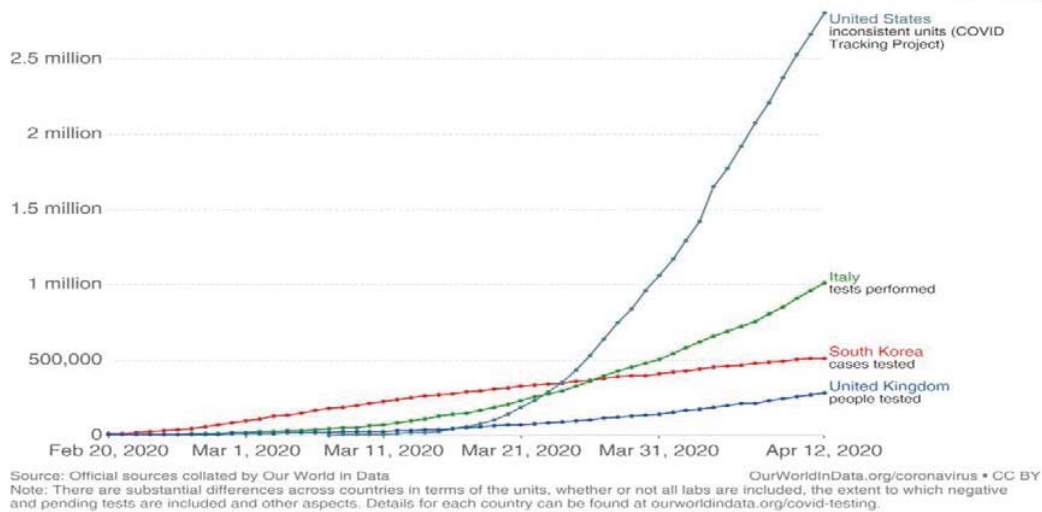
**ประการสุดท้าย** ประเทศไทยถือว่าประสบความสำเร็จทั้งในด้านการชะลอการระบาด โดยใช้เวลารั้ง 63 วันก่อนที่ยอดผู้ติดเชื้อสะสมจะขึ้นถึง 100 คน ในขณะที่อัตราการตายก็ค่อนข้างต่ำ

## 2) 4 บทเรียน

ปัจจุบัน ปัญหาการแพร่ระบาดในกลุ่มประเทศแถบยุโรปยังอยู่ในขั้นวิกฤต เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตนั้นเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่ในสิบประเทศแรกของโลกที่มีผู้ป่วยสะสมสูงที่สุดในโลก โดยเป็นที่น่าสังเกตว่าแม้ประเทศเหล่านี้จะดำเนินมาตรการเว้นระยะทางทางสังคมในลักษณะเดียวกันหรือกระทั่งเข้มข้นกว่ากลุ่มประเทศเอเชีย ทั้งการระงับการเดินทาง การห้ามการชุมนุม ตลอดจนคำสั่งห้ามออกจากที่พักอาศัย แต่ผลของการแพร่ระบาดยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อพิจารณาการดำเนินมาตรการของแต่ละพื้นที่โดยละเอียด จะพบ 4 บทเรียนที่สำคัญจากประเทศกลุ่มนี้ ดังนี้

**บทเรียนที่ 1** ความรวดเร็วและการให้ความร่วมมือของประชาชนในการใช้มาตรการเว้นระยะทางทางสังคมมีผลต่อแนวโน้มการระบาด เช่น การดำเนินมาตรการในอิตาลีนั้น ถึงแม้มีการกำหนดมาตรการออกมาเพื่อจัดการปัญหาตั้งแต่ช่วงแรกของการระบาดแต่มาตรการเหล่านั้นใช้เฉพาะจุดหรือพื้นที่ชายแดนเท่านั้น แต่ในส่วนอื่นของประเทศกลับไม่ได้มีการกำหนดมาตรการที่ชัดเจนสำหรับการป้องกัน ข้าราชการประชาชนก็ไม่ได้ตระหนักเกี่ยวกับความร้ายแรงของปัญหาเช่นกัน เช่นเดียวกันมาตรการตรวจเชื้อ ติดตาม และกักกันตัว (test, trace, and isolate) หากทำช้าก็ส่งผลให้การคุมการระบาดไม่ประสบความสำเร็จ ดังเช่นกรณีของอิตาลีที่แม้ปัจจุบันจะมียอดการตรวจเชื้อสูงกว่า หนึ่งล้านเคสหรือคิดเป็นประมาณ 20,000 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน แต่ในช่วงต้นเดือนมีนาคมได้มีการตรวจไปเพียงประมาณสองหมื่นเคสเท่านั้น ในขณะที่เกาหลีใต้ได้ตรวจเชื้อไปมากกว่า 100,000 เคส ในห้วงเวลาเดียวกัน และไม่เพียงอิตาลี ประเทศที่มียอดการติดเชื้อสูงล้วนมีการตรวจเช็มน้อยกว่าเกาหลีใต้ในช่วงต้นของการระบาด (ชาคร เลิศนิตน์ และคณะ, 2563) ดังแสดงในภาพที่ 2.2

Total tests for COVID-19



ภาพที่ 2.2 ภาพแสดงการเปรียบเทียบจำนวนการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ณ วันที่ 16 เมษายน พ.ศ.2563

**บทเรียนที่ 2** ในช่วงต้นของการแพร่ระบาด การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่ได้มาตรฐานเพียงพอในการตรวจหาเชื้อไวรัส เช่น กรณีสหรัฐอเมริกา และสเปน ทำให้ไม่สามารถตรวจหาผู้ติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง ส่งผลทำให้ปัญหาการแพร่ระบาดเข้าขั้นวิกฤตมากขึ้น และยังทำให้บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อจนซ้ำเติมปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์

**บทเรียนที่ 3** ปัญหาด้านการสื่อสารนโยบายหรือมาตรการที่บังคับใช้ ปัญหานี้เกิดขึ้นทั้งระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลท้องถิ่นและระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นผลให้มาตรการหรือนโยบายที่ประกาศใช้ประสบปัญหาในการปฏิบัติจนทำให้ประสิทธิภาพลดลงและไม่ได้รับความร่วมมือจากประชาชน โดยปัญหาที่กล่าวนี้เกิดในทั้งประเทศสหรัฐอเมริกา อิตาลี สเปนและฝรั่งเศส

**บทเรียนที่ 4** ขาดการป้องกันปฏิริยาของประชาชนต่อมาตรการควบคุม เช่น กรณีประเทศอิตาลี เมื่อรัฐบาลวางแผนเรื่องมาตรการเข้มข้นในการปิดเมืองทางตอนเหนือของประเทศ แต่แผนการดังกล่าวรั่วไหลก่อนที่จะประกาศจริงทำให้ประชาชนในพื้นที่แพร่ระบาดพากันอพยพออกมาและกระจายออกไปทั่วประเทศ จนเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปในพื้นที่ในช่วงเวลาต่อมา ประการนี้ประเทศไทยก็มีปัญหาเช่นกันในช่วงที่มีการประกาศปิดหรือลดระดับกิจกรรมในกิจการ 34 ประเภทในเขตกรุงเทพมหานคร โดยไม่มีมาตรการป้องกันการเดินทางออกจากเมืองหลวง

### 3) 3 ความสำเร็จ

ในทางตรงกันข้าม ความสำเร็จของการดำเนินมาตรการของบางประเทศในกลุ่มประเทศเอเชียอาทิตย ได้แก่ เกาหลีใต้ สิงคโปร์ ไต้หวัน ฮองกง ถือเป็นตัวอย่างที่ดีในการควบคุมการระบาดของโควิด 19 ความสำเร็จของสี่ประเทศนี้ไม่ได้จำกัดแคในแง่ของจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม แต่ยังครอบคลุมถึงการชะลอ

ของการแพร่ระบาดอย่างในฮ่องกง หรือ การหยุดยั้งอัตราการเร่งของจำนวนผู้ติดเชื้อ (flattening the curve) ดังตัวอย่างในเกาหลีใต้ที่สามารถลดจำนวนผู้ป่วยใหม่จากเดิมที่เคยพบอยู่สูงสุด 851 รายต่อวัน ให้เหลือเพียงไม่กี่สิบลายอย่างต่อเนื่อง และสุดท้ายในแง่ของการควบคุมอัตราเสียชีวิตของสิงคโปร์ ที่อยู่เพียงร้อยละ 0.2 เท่านั้น (ข้อมูล ณ เดือนเมษายน พ.ศ. 2563) เราอาจสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จได้ 3 ประการคือ

**ความสำเร็จที่ 1 การมีระบบควบคุมโรคติดต่อที่เข้มแข็ง** ข้อสังเกตหนึ่งที่น่าสนใจคือ ประเทศในกลุ่มเอเชียหลายประเทศเคยมีประสบการณ์ต่อสู้กับการแพร่ของไวรัสโคโรนา เช่น ไต้หวัน สิงคโปร์ และฮ่องกงต่อสู้กับ SARS ในปี ค.ศ. 2002, 2003 และ เกาหลีใต้ต่อสู้กับ MERS ในปี 2015 ทำให้รัฐบาลของทั้งสามตระหนักถึงความสำคัญในการเตรียมระบบรองรับการควบคุมโรคติดต่อ มีการลงทุนในเรื่องที่จำเป็น เช่น ห้องตรวจเชื้อ อุปกรณ์การตรวจเชื้อ เป็นต้น ประชาชนเองก็มีความตระหนักรู้ต่อความรุนแรงของปัญหาตั้งแต่ต้นและให้ความร่วมมือดี ทำให้สามารถออกมาตรการต่างๆ ได้ทันทั่วทั้งและมีประสิทธิภาพ

**ความสำเร็จที่ 2 การตรวจ ติดตาม และกักกัน อย่างรวดเร็ว ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ** มาตรการตรวจเชื้อ ติดตาม และกักกันตัว (test, trace, and isolate) ในช่วงต้นของการระบาดได้รับการพิสูจน์ว่ามีส่วนช่วยอย่างมาก ประเทศอย่างเกาหลีใต้ ฮ่องกงและสิงคโปร์ ล้วนตรวจเชื้อไปแล้วเกินกว่า 10,000 คน ต่อจำนวนประชากรหนึ่งล้านคน ตั้งแต่ในช่วงแรกของการระบาด เกาหลีใต้ยังได้เพิ่มการตรวจหาภูมิคุ้มกัน (antibody) ที่ให้ผลลัพธ์ได้ภายใน 10 นาที นอกเหนือจากการตรวจแบบหาเชื้อแบบมาตรฐาน (RT-PCR) และมีมาตรการรถตรวจโควิดเคลื่อนที่ซึ่งทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจอย่างแพร่หลาย การติดตามตัวนั้นต้องใช้เทคโนโลยีเข้าช่วยอย่างมาก ตัวอย่างเช่นเกาหลีใต้ใช้ข้อมูลการใช้ผ่านบัตรเครดิตในการติดตามประวัติการเดินทางภายในประเทศของผู้ติดเชื้อ การตรวจและติดตามเชิงรุกสามารถทำให้เกาหลีใต้แยกตัวผู้ป่วยออกจากสังคมได้ทันเวลา ส่วนไต้หวันเป็นตัวอย่างความสำเร็จที่แม้ไม่ได้มีการตรวจเชื้อมากนัก แต่ใช้การกักบริเวณผู้มีความเสี่ยงอย่างได้ผลจนสามารถควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดได้ดี โดยที่รัฐบาลจะมีการติดต่อสอบถามความเป็นอยู่ของผู้ถูกกักบริเวณอยู่เป็นรายวัน หรือแม้กระทั่งมีอำนาจในการติดตามบุคคลที่ถูกส่งกักบริเวณผ่านสัญญาณโทรศัพท์มือถือ ซึ่งหากพบว่าการออกนอกสถานที่หรือปิดเครื่องโทรศัพท์โดยไม่ได้รับอนุญาต ตำรวจในพื้นที่จะเข้ามาเยี่ยมพบภายใน 15 นาที พร้อมบทลงโทษปรับเงินสูงสุด 1 ล้านบาทสำหรับผู้ฝ่าฝืน เป็นผลให้ประชาชนให้ความร่วมมือในเรื่องนี้เป็นอย่างดี

**ความสำเร็จที่ 3 การสื่อสารที่โปร่งใสและชัดเจน** แม้มาตรการจะถูกออกแบบมารัดกุมแค่ไหนก็สามารถล้มเหลวได้ หากปราศจากการปฏิบัติตามของประชาชน ดังนั้นมาตรการที่สิงคโปร์ให้ความสำคัญเป็นอันดับต้นๆ คือ การสื่อสารของภาครัฐที่จะต้องโปร่งใส แม่นยำ และชัดเจน ทั้งในเรื่องวิธีดูแลสุขอนามัยที่ถูกต้องและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมที่รัฐบาลเตรียมจะประกาศใช้ เพื่อสร้างความตระหนักถึงสถานการณ์แต่ไม่ก่อให้เกิดความตระหนกแก่ประชาชนซึ่งนำไปสู่ร่วมมือระหว่าง

ภาครัฐและประชาชน ส่วนเกาหลีใต้ได้มีการส่งข้อความ SMS ผ่านทางโทรศัพท์มือถือแจ้งกรณีการติดเชื้อในแต่ละวัน และเส้นทางการเดินทางของผู้ป่วย เพื่อให้ประชาชนสามารถวินิจฉัยได้ว่าตนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงในการติดเชื้อหรือไม่

#### 4) 2 จุดเปลี่ยน

ในบางกรณีความสำเร็จในการควบคุมการระบาดอาจเป็น “ภาพลวงตา” ได้เพราะสถานการณ์อาจเปลี่ยนพลิกได้ทุกเมื่อ ตัวอย่างเช่น ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งในช่วงแรกถูกมองว่าสามารถควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดได้ดี เพราะมีการคุมเข้มคนเข้าเมืองในพื้นที่เสี่ยงตั้งแต่เนิ่นๆ ผนวกกับปัจจัยทางวัฒนธรรม เช่น การทักทายโดยไม่สัมผัสกัน หรือ การรักษาสุขอนามัยของคนญี่ปุ่นเป็นทุนเดิม ทว่ารัฐบาลญี่ปุ่นกลับชะล่าใจ ไม่เน้นการตรวจติดตามเชิงรุกเหมือนเกาหลีใต้ แถมยังไม่มีมาตรการบังคับใช้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมที่เข้มงวดมาทดแทน ส่งผลให้ญี่ปุ่นเริ่มมีผู้ติดเชื้อรายวันหลัก 100 ราย เป็นเวลาต่อเนื่องนับตั้งแต่วันที่ 2 เมษายน จนท้ายที่สุดรัฐบาลญี่ปุ่นต้องประกาศคำสั่งภาวะฉุกเฉินในโตเกียวและอีก 6 จังหวัดใหญ่ในวันที่ 7 เมษายน และขยายออกเป็นทั่วประเทศในวันที่ 16 เมษายน ทั้งที่เพิ่งประกาศก่อนหน้านี้ไม่ถึงสองสัปดาห์ว่าไม่จำเป็น อีกหนึ่งตัวอย่างคือ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศที่มีการคุมเข้มทั้งในเรื่องการตรวจติดตาม และ มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมที่สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาด ก็เริ่มพบการแพร่กระจายกลุ่มใหม่ในช่วงต้นเดือนเมษายน จนทำให้มียอดสะสมเกิน 3,000 ราย ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากการระบาดในชุมชนคนงานต่างชาติ โดยคนงานเหล่านี้อาศัยอยู่ในที่พักอย่างแออัด จนทำให้เกิดการระบาดรอบใหม่ในที่สุด และยังคงกลายเป็นประเด็นทางสังคมว่าด้วยความไม่เท่าเทียมกันของการปฏิบัติต่อคนสิงคโปร์และต่อแรงงานต่างชาติอีกด้วย จุดเปลี่ยนของทั้งสองประเทศจึงเป็นอุทาหรณ์ว่าทุกพื้นที่ทั่วโลกไม่อาจนิ่งนอนใจได้จนกว่าจะมีการคิดค้นวัคซีนและผลิตส่งให้นานาประเทศในจำนวนมากได้สำเร็จ ทุกประเทศจึงต้องพร้อมรับมือกับการกลับมาระบาดของใหม่ แม้จะดูเหมือนสามารถควบคุมหรือชะลอได้แล้วในบางขณะ

“1 เปิดเมือง” เนื่องจากมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมก่อให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐกิจมหาศาล หลายประเทศจึงเริ่มคิดถึงการ ‘เปิดเมืองใหม่’ หรือ re-opening ที่ต้องมีความสมดุลระหว่างการทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนสามารถดำเนินต่อไปได้ และการควบคุมการระบาดไม่ให้ขยายวงมากเกินไปหรือไม่ให้กลับมาระบาดของใหม่จนระบบสาธารณสุขรองรับไม่ไหว มีคนตายจำนวนมาก จนในที่สุดก็ต้องกลับมาปิดเมืองกันอีก ในที่นี้จะเสนอตัวอย่างของการเปิดเมืองอย่างระมัดระวังของจีน โดยใช้การเปิดเมืองอย่างค่อยเป็นค่อยไปของเมืองอู่ฮั่นและหนานจิงเป็นกรณีศึกษา ภายหลังการปิดเมืองเป็นเวลาเกือบ 3 เดือน นับตั้งแต่การเริ่มต้นแพร่ระบาดในเดือนช่วงกลางเดือนธันวาคมปีที่แล้ว สถานการณ์ของโรคระบาดภายในเมืองอู่ฮั่นดีขึ้นมาก โดยในรอบ 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบผู้ป่วยรายใหม่เพียง 3 รายและไม่มีผู้เสียชีวิตเลยนับแต่เดือนมกราคมเป็นต้นมา ดังนั้นทางการจีนจึงได้ประกาศเปิดเมืองอู่ฮั่นอย่างเป็นทางการอีกครั้ง ในวันที่ 8 เมษายน โดยได้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ระยะแรก คือ การออกมาตรการในช่วงก่อนการเปิดเมืองอย่างเป็นทางการ (ก่อนวันที่ 8 เมษายน) โดยในช่วงปลายเดือนมีนาคม

ทางการได้เริ่มผ่อนคลายมาตรการปิดเมืองมีการอนุญาตให้ประชาชนเดินทางเข้าออกเมืองอยู่ชั้นและมณฑลหุเป่ย์ เป็นรายกรณี พร้อมทั้งอนุญาตให้เปิดห้างสรรพสินค้า สถานบันเทิงและสวนสนุกแบบเปิดที่อากาศมีการถ่ายเทสะดวก ซึ่งเป็นผลให้ผู้คนสามารถออกมาใช้ชีวิตนอกบ้านได้ ระยะที่สอง คือ มาตรการสำหรับรองรับการเปิดเมืองอย่างเป็นทางการ (หลังวันที่ 8 เมษายน) โดยเน้นการนำเอาเทคโนโลยีมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค ผ่านการพัฒนาแอปพลิเคชัน อาลีเพย์ (Alipay) และ วีแชต (WeChat) ที่จะระบุที่อยู่ ประวัติการเดินทาง ประวัติทางการแพทย์ของเจ้าของโทรศัพท์และแสดงผลของบุคคลนั้นและจะสร้าง QR code สามสถานะได้แก่ สีเขียว หมายถึงสามารถเดินทางได้ตามปกติ สีเหลือง ต้องกักตัวเองอีก 7 วัน และสีแดงต้องกักตัวเอง 14 วัน โดยจะอนุญาตให้เฉพาะผู้มีผล QR Code เป็นสีเขียวเท่านั้นที่สามารถเดินทางระหว่างเมือง เดินทางในระบบขนส่งสาธารณะเข้าสถานที่ทำงาน หน่วยธุรกิจ หน่วยงานผลิตต่าง ๆ เช่น โรงงาน ห้างสรรพสินค้า และร้านอาหาร เป็นต้น ถึงแม้สถานการณ์จะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีมากขึ้นประกอบกับมาตรการที่ผ่อนคลาย แต่มาตรการบางอย่างยังคงมีการบังคับใช้อย่างเข้มงวด เช่น การตรวจวัดอุณหภูมิ การบังคับใส่หน้ากากอนามัย การบันทึกประวัติการเข้าออกสถานที่ การปิดสถานศึกษา การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ นอกจากนั้นประชาชนอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะยังคงไม่ได้รับอนุญาตในการเดินทางหรือโดยสารรถสาธารณะ ซึ่งกลุ่มมาตรการดังกล่าวสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงนโยบายให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้ระบบเศรษฐกิจและสังคมกลับมาขับเคลื่อนได้โดยเร็ว

ในกรณีเมืองหนานจิง แม้จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อน้อยกว่าอู่ฮั่นมาก คือไม่ถึง 100 คน แต่มีมาตรการจำนวนมากที่สามารถนำมาปรับใช้กับการเปิดเมืองอย่างระมัดระวังได้ เช่น การป้องกันการสัมผัสจุดเสี่ยง (มีทิชชูให้ใช้กดปุ่มลิฟต์ เน้นการชำระเงินอิเล็กทรอนิกส์ไม่ใช้เงินสด) การปฏิเสธหรือจำกัดการให้บริการกับลูกค้าที่ไม่ใส่หน้ากากหรือมี QR code ที่ระบุว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง นั่งทานอาหารต้องห่างกันและไม่หันหน้าหากัน แท็กซีมีพลาสติกกั้นระหว่างด้านหน้า (คนขับ) และด้านหลังรถ (ผู้โดยสาร) มีการฉีดพ่นฆ่าเชื้อในรถวันละ 3 ครั้ง มีแอปพลิเคชันที่บอกให้รู้ว่าบริเวณใดเป็นจุดเสี่ยง และกั้นบริเวณนั้นไม่ให้คนเข้าออกมากเกินควร การทำงานในที่ทำงานต้องระมัดระวังอย่างมาก เช่น ต้องมีหน้ากากถุงมือใช้ครั้งเดียว วัดอุณหภูมิพนักงานและบันทึกทุกวัน พนักงานต้องบอกว่า ไปกินข้าวที่ไหน พบใคร เดินทางมาอย่างไร หลายคนเอาข้าวกลางวันจากบ้านมาทาน เพราะเชื่อว่าไม่ปลอดภัยถ้าจะไปซื้อกิน และต้องเจอคนและสัมผัส การกักกันตัวก็ทำอย่างเข้มข้นโดยลดการสัมผัสระหว่างผู้ถูกกักกันและผู้ให้บริการเช่น จะวางข้าวไว้ให้หน้าประตูห้อง เป็นต้น ตลอดช่วงระยะเวลาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 มาตรการที่แตกต่าง หลากหลายถูกนำมาทดลองและปรับใช้ในหลายพื้นที่ทั่วโลก ซึ่งมีทั้งที่เป็นบทเรียนให้พื้นที่อื่นต้องเพิ่มความระมัดระวัง ไม่ประมาทในการแพร่ระบาด หลายพื้นที่เป็นตัวอย่างของความสำเร็จบางพื้นที่มีจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่สามารถเรียนรู้และป้องกัน และบางพื้นที่เป็นตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนมาตรการให้เหมาะสมเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี



ประเทศไทยควรเรียนรู้และประยุกต์ใช้บทเรียนความล้มเหลว มาตรการที่ประสบความสำเร็จที่หลากหลายภายใต้สถานการณ์การระบาดที่แตกต่างกัน โดยต้องคำนึงถึงความแตกต่างในบริบทของแต่ละประเทศที่กล่าวถึงข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นระบบการเมืองการปกครอง วัฒนธรรม เป็นต้น เพื่อให้สามารถเลือกใช้มาตรการ ‘เปิดเมือง’ ที่เหมาะสมกับบริบทของไทยได้ โดยอาจปรับใช้แยกตามพื้นที่ แยกตามประเภทกิจกรรม และแยกตามช่วงเวลา รวมทั้งมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมยิ่งขึ้นได้ตลอดเวลา (ชาคร เลิศนิทัศน์ และคณะ : สืบค้นออนไลน์ เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2564)

### 1) สถานการณ์ และมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศสิงคโปร์

สิงคโปร์มีการระบาดที่อาจแบ่งได้เป็น 5 ระลอก คือ

ระลอกแรก ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 พบกรณีต้องสงสัยเมื่อวันที่ 4 มกราคม และพบผู้ติดเชื้อยืนยันรายแรกเมื่อวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2563 จนถึงวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 สิงคโปร์มีผู้ติดเชื้อรวม 13 ราย ทั้งหมดเป็นชาวจีนที่เดินทางมาจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน และพบผู้ติดเชื้อที่เป็นชาวสิงคโปร์รายแรกเมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นผู้ที่เดินทางกลับจากเมืองอู่ฮั่นเช่นกัน

ระลอกที่ 2 ช่วงเดือนกุมภาพันธ์และมีนาคม พ.ศ. 2563 เป็นการระบาดในที่ชุมชนที่กลุ่มผู้ติดเชื้อในระลอกแรกเดินทางเข้าไป

ระลอกที่ 3 ช่วงเดือนมีนาคม เป็นการระบาดครั้งใหญ่จากกลุ่มชาวสิงคโปร์จำนวนมากที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ

ระลอกที่ 4 ช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม ที่มีการพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ต่อวันจำนวนมาก โดยเฉพาะจากกลุ่มแรงงานข้ามชาติในสิงคโปร์

ระลอกที่ 5 ช่วงปลายเดือนกรกฎาคมถึงต้นเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 ผู้ติดเชื้อที่เพิ่มสูงขึ้นส่วนมากได้รับเชื้อมาจากการอาศัยอยู่ชุมชนเดียวกับผู้ติดเชื้อในระลอกที่แล้ว ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อแบบกลุ่มก้อน โดยมีรายงานพบผู้ติดเชื้อประมาณ 300 – 500 รายต่อวัน ยกเว้นวันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2563 ที่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงถึง 908 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานข้ามชาติ

**นโยบาย/มาตรการด้านสาธารณสุขที่สำคัญ** คือ การประกาศนโยบายตัดวงจรการระบาด (Circuit Breaker) ทั่วประเทศ 7 เมษายน – 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 และขยายไปจนถึง 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563 โดยมีมาตรการด้านนี้ที่สำคัญ คือ

1. การจำกัดการเดินทางออกนอกบ้านได้เพียงครอบครัวละ 1 คน
2. มาตรการการดำเนินการของธุรกิจประเภทต่างๆ
3. การดูแลการศึกษา โดยมีขั้นตอนตั้งแต่การเริ่มจากการทดลองเรียนจากบ้าน ก่อนจะประกาศให้มีการเรียนจากบ้านโดยที่โรงเรียนจะสนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับเด็กที่ขาดแคลน รวมถึงโรงเรียนจะ

ยังเปิดทำการเรียนการสอนอยู่ให้กับเด็กกลุ่มเล็กที่ไม่สามารถเรียนหนังสือที่บ้านได้ เช่น เด็กเล็กที่ผู้ปกครองเป็นบุคลากรทางการแพทย์

หลังจากรัฐบาลประกาศเปิดเมือง วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป คณะกรรมการไตรภาคี คือ กระทรวงแรงงาน สหภาพแรงงานและสหภาพนายจ้าง ได้ประกาศมาตรการสำหรับที่ทำงานภายหลังเปิดเมือง โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. คงการทำงานที่บ้านให้มากที่สุด ให้เข้าที่ทำงานเมื่อไม่มีทางเลือกเท่านั้น
2. เลี่ยงการจัดงานที่ไม่จำเป็น และมีการจ่ายชดเชยให้แรงงานที่เสียหายจากกระบวนการปรับตัว

3. หากเลี่ยงการมาที่ทำงานไม่ได้ จะต้องคงมาตรการเว้นระยะห่าง เช่น การห้ามใช้พื้นที่ส่วนรวมอย่างหนาแน่น การแบ่งเวลาพัก

4. สวมหน้ากากตลอดเวลา
5. ควบคุมการเข้าออกสถานที่ทำงาน
6. เว้นระยะห่างระหว่างบุคคล 1 เมตรเสมอ
7. ลดและละอุปกรณ์ต่างๆ ที่ต้องมีการสัมผัสร่วมกัน
8. ทำความสะอาดสิ่งของและสถานที่อย่างสม่ำเสมอ
9. ให้ความร่วมมือทั้งกับนายจ้างและลูกจ้าง

นอกจากนี้ รัฐบาลยังบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดในการลงโทษบุคคลหรือสถานประกอบการที่ฝ่าฝืนมาตรการของรัฐบาล ทั้งปรับเงินและสั่งปิดทำการเป็นการชั่วคราว อีกหนึ่งมาตรการที่มีความโดดเด่น คือ การใช้เทคโนโลยีในการติดตามการติดต่อพบปะของผู้คน (Contract Tracing) ที่ออกแบบระบบให้มีการรายงานการพบปะกันของผู้คน โดยยังคงรักษาสีทิวทัศน์ส่วนบุคคลของประชาชน อีกทั้งในภายหลังที่พบการแพร่ระบาดในกลุ่มแรงงานต่างชาติ รัฐบาลก็ได้ปรับปรุงข้อกำหนดในการควบคุมการเดินทางของแรงงานข้ามชาติให้เข้มงวดมากขึ้น เพื่อให้สามารถแกะรอยและควบคุมการระบาดได้

ในส่วนของนโยบายด้านเศรษฐกิจและสังคม สิงคโปร์ออกมาตรการช่วยเหลือที่หลากหลายไปตามกลุ่มประชากรทั้งการให้เงินช่วยเหลือ การเลื่อนการจ่ายภาษี อีกทั้งยังมีความพยายามในการทำ Travel Bubble ร่วมกับต่างประเทศ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ธุรกิจต่างชาติและกระตุ้นเศรษฐกิจการท่องเที่ยว

ในขณะที่มาตรการด้านวัคซีน รัฐบาลสิงคโปร์ได้เริ่มฉีดวัคซีนยี่ห้อ Pfizer ให้แก่บุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อสูงในวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ.2563 และเริ่มฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชนในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 โดย ณ วันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2564 มีผู้ได้รับวัคซีนครบ 2 โดสแล้วกว่า 8.5 แสนราย คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรประเทศ โดยรัฐบาลได้เปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกยี่ห้อวัคซีนที่ต้องการจะฉีดได้ ซึ่งปัจจุบันมีอยู่ 2 ยี่ห้อ คือ Pfizer และ Moderna



(สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2563 (สิงคโปร์) : สืบค้นออนไลน์ เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2564)

## 2) สถานการณ์ และมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นเริ่มตรวจพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2563 ในช่วงแรก ตัวเลขผู้ติดเชื้อ ในประเทศญี่ปุ่นก็อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ รัฐบาลไม่ได้มีมาตรการตรวจ/ตามหาผู้ติดเชื้ออย่างเข้มข้น โดยรัฐบาลกำหนดขอบเขตการตรวจหาผู้ติดเชื้อไว้ในวงแคบ ๆ และเน้นการดูแลรักษาผู้ที่มีอาการรุนแรงเป็นหลัก

อย่างไรก็ตาม ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ก็มีกรณีเรือสำราญ Diamond Princess ที่เข้ามาเทียบท่าที่โยโกฮาม่า และญี่ปุ่นใช้มาตรการกักตัวผู้โดยสารไว้บนเรือ ต่อมาพบผู้ติดเชื้อบนเรือ 712 คน จากทั้งหมด 3,711 คน ซึ่งการติดเชื้อส่วนใหญ่น่าจะเกิดระหว่างการกักตัวบนเรือ ทำให้รัฐบาลญี่ปุ่นถูกวิจารณ์เป็นอย่างมาก

ในช่วงปลายเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 พบการระบาดเพิ่มขึ้นในเกาะฮอกไกโด ทำให้รัฐบาลประกาศ สถานการณ์ฉุกเฉินในจังหวัดฮอกไกโดเป็นแห่งแรกของประเทศ แต่ต่อมารัฐบาลเห็นว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 มีสัญญาณที่ดีขึ้น จึงประกาศยกเลิกสถานการณ์ฉุกเฉินในจังหวัดฮอกไกโด เมื่อวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2563

ในช่วงปลายเดือนมีนาคมถึงต้นเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 ยอดผู้ติดเชื้อในญี่ปุ่นเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ซึ่งรัฐบาลได้ประกาศใช้มาตรการที่เข้มงวดขึ้นเป็นลำดับ เริ่มจากการประกาศ “ล็อกดาวน์ ชันเบา” บริเวณกรุงโตเกียว ต่อมาก็ประกาศภาวะฉุกเฉินในอีกหลายเมือง ไปจนถึงการล็อกดาวน์ที่ครอบคลุมทั้งประเทศ พร้อมทั้งใช้มาตรการเชิงรุกในการตรวจเชื้อและติดตามผู้ติดเชื้อ หลังจากนั้น จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ก็มีแนวโน้มลดต่ำลงเล็กน้อยในช่วงกลางเดือนพฤษภาคม และตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลเริ่มผ่อนปรนมาตรการปิดเมืองใน 39 จังหวัดจากทั้งหมด 47 จังหวัด (ยกเว้นใน กรุงโตเกียว จังหวัดไซตามะ จังหวัดโอซากา จังหวัดเกียวโต จังหวัดคานางาวะ จังหวัดเฮียวโกะ จังหวัดฮอกไกโด และจังหวัดชิบะ)

ต่อมา วันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2563 กรุงโตเกียวมีรายงานพบผู้ป่วยโควิด-19 รายใหม่จำนวน 47 คน ซึ่งเกินวันละ 40 คนเป็นครั้งแรกนับจากวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อ 18 คนที่ได้รับเชื้อมาจากสถานบันเทิงยามค่ำคึกคักในย่านชินจูกุ วันก่อนหน้าที่มีรายงานพบผู้ป่วยใหม่ 24 คน ก็มีผู้ติดเชื้อ 4 คน ที่ได้รับเชื้อมาจากสถานบันเทิงย่านชินจูกุเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม แม้จะเกิดการระบาดดังกล่าว วันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2563 รัฐบาลกรุงโตเกียวก็ได้ผ่อนคลายมาตรการคุมเข้มสถานบันเทิงยามค่ำคึกคักลงตามแผน

จนกระทั่ง วันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 กรุงโตเกียวมีรายงานพบผู้ติดเชื้อเป็นจำนวน 107 ราย นับเป็นสถิติที่สูงที่สุดนับแต่ประกาศผ่อนคลายล็อกดาวน์ ซึ่งต้นตอของเชื้อก็ยังคงมาจากสถาน

บ้านเที่ยงยามค่ำคืน ด้วยเหตุนี้ ผู้ว่าการกรุงโตเกียวจึงออกมาเตือนไม่ให้ประชาชนไปเที่ยวเขตสถานบันเทิง ยามค่ำคืนในช่วงนี้ โดยเฉพาะคนวัยหนุ่มสาว หลังจากนั้นก็มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนอาจกล่าว ได้ว่าญี่ปุ่นเกิดการระบาดระลอกใหม่แล้ว ในขณะที่อีกด้านหนึ่ง ฐานทัพอเมริกันในจังหวัดโอกินาวาก็ก็นพบ ทหารอเมริกันติดเชื้อโควิด-19 ไม่ต่ำกว่า 130 นาย จนนำไปสู่การสั่งปิดฐานทัพ 2 แห่ง และต่อมา จังหวัดโอกินาวาก็ก็นำออกมามีมติใช้สถานการณ์ฉุกเฉินเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2563

หลังจากช่วงเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2563 สถานการณ์เริ่มทรงตัวได้ไม่นาน สถานการณ์การแพร่ระบาดในญี่ปุ่นก็กลับทวีความรุนแรงขึ้นอีกครั้งในช่วงปลายปีพ.ศ. 2563 จนเกิด เป็นการแพร่ระบาดระลอกใหม่ที่มีผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นจนทำลายสถิติการแพร่ระบาดในระลอกก่อนๆ ส่งผลให้จำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยเริ่มขาดแคลน โดยคาดว่าเป็นผลมาจากสภาพอากาศที่หนาวเย็นลง ทำให้ เชื้อโควิด-19 คงทนและแพร่กระจายได้ดีขึ้น เมื่อวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2564 ญี่ปุ่นจึงประกาศ สถานการณ์ฉุกเฉินใน 4 จังหวัด ประกอบด้วย กรุงโตเกียว จังหวัดไซตามะ จังหวัดชิบะ และจังหวัดคานางาวะ และวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2564 ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินเพิ่มในอีก 7 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดโอซากา จังหวัดเกียวโต จังหวัดเฮียวโงะ จังหวัดไอจิ จังหวัดกิฟุ จังหวัดโทชิกิ และ จังหวัดฟุกุโอกะ ซึ่งจะมีผลบังคับใช้จนถึงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 โดยขอความร่วมมือให้ ประชาชนอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดของตน งดการเดินทางที่ไม่จำเป็น ส่วนร้านอาหารและบาร์ในพื้นที่ จะต้องปิดก่อนเวลา 21.00 น. แต่หากร้านใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องปิดก่อนเวลา 20.00 น.

ต่อมา วันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2564 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบร่างกฎหมายบทลงโทษแก่ผู้ที่ไม่ให้ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 โดยกรณีที่ ผู้กระทำผิดเป็นลูกจ้าง จะดำเนินการลงโทษผ่านนายจ้างด้วยการลดชั่วโมงการทำงานลง ส่วนกรณีที่ ผู้กระทำผิดเป็นนายจ้าง จะถูกปรับเป็นเงินราว 300,000 เยน (90,000 บาท) หากอยู่ภายใต้มาตรการ คุ่มเข้ม (intensive measures) และปรับเงินราว 500,000 เยน (150,000 บาท) หากอยู่ภายใต้ สถานการณ์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังมีปรับแก้กฎหมายเกี่ยวกับบทลงโทษแก่ผู้ที่ไม่เข้ารับรักษาหากติดเชื้อ โดยสั่งจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 1,000,000 เยน (300,000 บาท)

ในด้านนโยบายและมาตรการรับมือกับผลกระทบของ COVID-19 นั้น ญี่ปุ่นใช้นโยบายการคลัง ด้านการใช้จ่ายของรัฐบาลเป็นเครื่องมือหลักในการบรรเทาผลกระทบด้านเศรษฐกิจ โดยมีแผนฉุกเฉิน เพื่อรับมือกับ COVID-19 ออกมาแล้ว 3 แผน นอกจากนี้ยังมีแผนฟื้นฟูวิกฤตซับไพร์มที่ยังมีผลมาถึง ปัจจุบันอีก 1 แผน ซึ่งเมื่อรวมกันแล้ว ญี่ปุ่นมีแผนกระตุ้นเศรษฐกิจที่จะนำมาใช้ในปีงบประมาณค.ศ. 2020 รวมทั้งสิ้น 4 แผน รวมเป็นวงเงินงบประมาณที่อนุมัติไปแล้วรวม 117.1 ล้านล้านเยน (35 ล้าน ล้านบาท) ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

แผนฟื้นฟูเศรษฐกิจจากผลกระทบวิกฤตทางการเงินโลก (“วิกฤตซับไพรม์” ซึ่งเกิดขึ้นในช่วง พ.ศ. 2550–2552) อนุมัติงบประมาณฟื้นฟูในวงเงิน 29.6 ล้านล้านบาท (8.76 ล้านล้านบาท) (ธันวาคม พ.ศ. 2562)

แผน COVID-19 Emergency Response Package ครั้งที่หนึ่ง อนุมัติวงเงินงบประมาณ 5 แสนล้านบาท (1.48 แสนล้านบาท) เพื่อให้เงินสนับสนุนธุรกิจ SME และธุรกิจในการผลิตต่าง ๆ โดยเฉพาะภาคการท่องเที่ยว (13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563)

แผน COVID-19 Emergency Response Package ครั้งที่สอง อนุมัติวงเงินงบประมาณ 1.6 ล้านล้านบาท (4.7 แสนล้านบาท) เพื่อเสริมสภาพคล่องทางการเงินให้แก่เจ้าของธุรกิจ SME ทั่วประเทศที่กำลังเผชิญกับภาวะขาดคล่องตัว (10 มีนาคม พ.ศ. 2563)

แผน COVID-19 Emergency Response Package ครั้งที่สาม อนุมัติวงเงินงบประมาณ 86.4 ล้านล้านบาท (25.5 ล้านล้านบาท) รัฐบาลประกาศมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจเพิ่มเติม รวมทั้ง มาตรการช่วยเหลือธุรกิจขนาดย่อม และช่วยเหลือครัวเรือนที่รายได้ลดลงครัวเรือนละ 3 แสนบาท (90,000 บาท) (7 เม.ย. 2563) (มาตรการช่วยเหลือครัวเรือนถูกแก้ไขในวันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2563)

แผน COVID-19 Emergency Response Package ครั้งที่สาม (เพิ่มเติม) อนุมัติเพิ่มวงเงิน งบประมาณอีก 8 ล้านล้านบาท (2.6 ล้านล้านบาท) สาเหตุหลักของการเพิ่มวงเงินครั้งนี้เป็นผลจากการที่ รัฐบาลปรับเปลี่ยนมาตรการให้เงินช่วยเหลือประชาชน จากเดิมที่จะให้เงินครัวเรือนละ 3 แสนบาท (90,000 บาท) เปลี่ยนเป็นให้เงินประชาชนทุกคน (รวมคนต่างชาติ) คนละ 1 แสนบาท (30,000 บาท) (7 เมษายน พ.ศ. 2563)

แผน COVID-19 Emergency Response Package ครั้งที่สาม (เพิ่มเติม) อนุมัติเพิ่มวงเงิน งบประมาณ 8.8 ล้านล้านบาท (2.6 ล้านล้านบาท) สาเหตุหลักของการเพิ่มวงเงินครั้งนี้เป็นผลจากการ ที่รัฐบาลปรับมาตรการให้เงินช่วยเหลือประชาชน จากเดิมที่จะให้เงินครัวเรือนละ 3 แสนบาท (90,000 บาท) เปลี่ยนเป็นให้เงิน “พลเมือง” ทุกคน คนละ 1 แสนบาท (30,000 บาท) (20 เมษายน พ.ศ. 2563)

หลังจากมีการแพร่ระบาดระลอกใหม่ในช่วงปลายปี 2563 ถึงต้นปี 2564 รัฐบาลญี่ปุ่นประกาศ มาตรการช่วยเหลือเพิ่มเงินชดเชยสำหรับร้านอาหารและเครื่องดื่มที่ให้ความร่วมมือในการลดระยะเวลา เปิดให้บริการ จากเดิมร้านละ 40,000 เยนต่อวัน (12,000 บาทต่อวัน) เป็น 60,000 เยนต่อวัน (18,000 บาทต่อวัน) พร้อมทั้งมีมาตรการให้เงินช่วยเหลือโรงพยาบาลและผู้ที่ได้รับผลกระทบ ดังนี้

- 1) ให้เงินช่วยเหลือโรงพยาบาลที่เพิ่มเตียงสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เตียงละ 4.5 ล้านบาท (1.35 ล้านบาท) และสำหรับผู้ป่วยหนักเตียงละ 20 ล้านบาท (6 ล้านบาท)
- 2) ให้เงินอุดหนุนพนักงานที่ต้องหยุดงานทั้งพนักงานประจำและพาร์ทไทม์ จำนวน 15,000 เยนต่อวัน (4,500 บาทต่อวัน)

3) ให้เงินช่วยเหลือสำหรับธุรกิจที่ประสบปัญหาการหมุนเวียนเงินในธุรกิจ รายละเอียดไม่เกิน 1.4 ล้านบาท (4.2 แสนบาท)

4) ปลดปล่อยเงินกู้ปลอดดอกเบี้ยและสินเชื่อกับไม่มีหลักประกัน จำนวน 40 ล้านบาท (12 ล้านบาท)

ส่วนมาตรการด้านวัคซีน รัฐบาลญี่ปุ่นได้ผ่านร่างกฎหมายฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ให้ประชาชนทุกคนฟรี พร้อมชดเชยให้ผู้ผลิตวัคซีน หากวัคซีนเกิดผลข้างเคียงรุนแรง โดยวางแผนจะตราเป็นกฎหมายในวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2563 และเริ่มแจกจ่ายให้ประชาชนในช่วงครึ่งปีแรกของ พ.ศ. 2564 ทั้งนี้ รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณ 6.71 แสนล้านบาท (1.93 แสนล้านบาท) ไว้สำหรับจัดซื้อวัคซีนจากบริษัท AstraZeneca PLC ประเทศอังกฤษ จำนวน 120 ล้านโดส และบริษัท Pfizer Inc. ประเทศสหรัฐอเมริกา อีกจำนวน 120 ล้านโดส หากวัคซีนได้รับการพัฒนาจนสำเร็จ ต่อมา รัฐบาลญี่ปุ่นได้จัดหาวัคซีนป้องกันโควิด-19 จาก Pfizer เพิ่มเติมเพื่อรองรับประชากรเพิ่มอีก 12 ล้านคน ทำให้ขณะนี้ญี่ปุ่นจัดหาวัคซีนไปแล้วทั้งหมด 310 ล้านโดส เพียงพอกับประชากรจำนวน 72 ล้านคน (ร้อยละ 57 ของประชากรทั้งหมด) โดยตัววัคซีนจาก Pfizer มีแนวโน้มจะได้รับอนุมัติอย่างเป็นทางการ ภายในกลางเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

กระทั่งล่าสุด ทาโร โคโนะ รัฐมนตรีผู้ดูแลโครงการฉีดวัคซีน ชี้แจงแผนการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 จาก Pfizer โดยกลุ่มแรกที่จะได้รับวัคซีนคือ บุคลากรทางการแพทย์ ราว 40,000 คน จากสถานพยาบาล 100 แห่ง ซึ่งจะได้รับวัคซีนโดสแรกในวันพุธที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 และจะได้รับโดสที่ 2 ในวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2564 กลุ่มต่อไปคือ ผู้สูงอายุ ซึ่งจะได้รับการฉีดวัคซีนในช่วง 1 เมษายน พ.ศ. 2564 และประชาชนทั่วไปกลุ่มที่เหลือจะได้รับการฉีดวัคซีนเป็นทางการในลำดับต่อไป (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2563 (ญี่ปุ่น) : สืบค้นออนไลน์ เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2564)

### 3) สถานการณ์ และมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศเกาหลีใต้

เกาหลีใต้พบผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2563 และพบผู้แพร่เชื้อรายสำคัญคนแรก (1st Super Spreader) เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ผ่านการชุมนุมทำกิจกรรมทางศาสนา การควบคุมโรคโควิด-19 ในประเทศเกาหลีใต้เน้นการตรวจคัดกรองผู้ป่วยอย่างขนานใหญ่ (โดยเฉพาะการตรวจแบบ drive-thru) เช่นการติดตามผู้สัมผัสเชื้ออย่างรวดเร็ว รวมทั้งใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาด ไม่ว่าจะเป็นการติดตั้งแอปพลิเคชันติดตามตัวบนสมาร์ตโฟนทุกคนที่เดินทางมาจากต่างประเทศ และสั่งให้ทุกคนกักตัวเป็นระยะเวลา 14 วัน พร้อมรายงานอาการผ่านแอปพลิเคชันทุกวัน จนกว่าจะมีข้อความแจ้งเตือนให้ลบแอปพลิเคชันทิ้งได้ หากผู้ใดฝ่าฝืน จะต้องใส่สายรัดข้อมือติดตามตัว (Location-Tracking Bracelet) ที่จะส่งสัญญาณเตือนทันทีหากมีการรณรงค์หรือตัดทิ้งอย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุผลด้านสิทธิส่วนบุคคล ทำให้ในระยะหลังสายรัดข้อมือจะถูกใช้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมเท่านั้น

นอกจากนี้ เกาหลีใต้ซึ่งได้พัฒนาเมืองต่างๆ ให้เป็น “เมืองอัจฉริยะ (Smart City)” ที่มีความก้าวหน้าในด้านระบบข้อมูล และโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ในด้านการสื่อสารและอินเทอร์เน็ตได้ใช้เทคโนโลยีด้านการสื่อสารและเครือข่ายการติดตามตัว มาช่วยในการแกะรอยเส้นทางการระบาดของเชื้อโควิด-19 รวมทั้งติดตามผู้สัมผัสเชื้อ (Contact Tracing) อย่างเป็นระบบ เช่น การใช้เทปบันทึกภาพจากกล้องวงจรปิด (CCTV) การตรวจสอบประวัติการเดินทาง ประวัติการใช้บัตรเครดิตในสถานที่เดียวกันกับผู้ติดเชื้อ รวมทั้งการแจ้งเตือนสถานการณ์การติดเชื้อและสถานที่ที่ผู้ติดเชื้อได้เดินทางไปให้ประชาชนทุกคนทราบทางข้อความ (SMS) ในโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น ซึ่งทำให้เกาหลีใต้สามารถติดตามและควบคุมการติดเชื้อได้ค่อนข้างดีโดยไม่จำเป็นต้องปิดเมือง (lockdown) ในระดับเดียวกับประเทศส่วนใหญ่ที่มีมาตรการห้ามออกจากบ้าน (curfew) ด้วย

อย่างไรก็ตาม เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลกรุงโซลประกาศปิดให้บริการสถานบริการบันเทิง (ผับ บาร์) อีกครั้งหนึ่ง หลังพบการระบาดรอบใหม่ในย่านสถานบันเทิงอีแทวอน (Itaewon) เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 และในวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 หลังจากเริ่มเปิดโรงเรียนมัธยมเพียงไม่กี่ชั่วโมง โรงเรียนมัธยม 75 แห่งในเกาหลีใต้ต้องส่งนักเรียนกลับบ้านตั้งแต่วันแรกที่เปิดเรียน หลังพบนักเรียน 2 คนของโรงเรียนระดับมัธยมในเมืองอินซอน มีผลตรวจโควิด-19 ออกมาเป็นบวกในตอนเช้าของวันนั้น

หลังจากนั้นไม่นาน เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 เกาหลีใต้มีรายงานพบผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 79 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อในประเทศมากถึง 67 ราย โดยครั้งนี้มีศูนย์กลางการแพร่ระบาดอยู่ที่ศูนย์กระจายสินค้าของบริษัทอีคอมเมิร์ซ “คูแปง (Coupang)” เมืองพูซอน (Bucheon) รัฐบาลจึงใช้มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดในบริเวณพื้นที่มหานครอีกครั้ง โดยสั่งปิดทำการพิพิธภัณฑ์สวนสาธารณะ และหอศิลป์ จนถึงวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2563 พร้อมทั้งแนะนำให้ประชาชนเลื่อนเวลาทำงาน หลีกเลี่ยงการรวมตัวกันหรือไปสถานที่ที่แออัด นอกจากนี้ การแพร่ระบาดดังกล่าวยังส่งผลให้รัฐบาลจำเป็นต้องเลื่อนแผนการเปิดโรงเรียนออกไปก่อนด้วย

กระทั่งวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา ศูนย์กลางการแพร่ระบาดโควิด-19 แห่งใหม่ของเกาหลีใต้เกิดขึ้นที่วัดควังริก (Gwangreuk Temple) เมืองกวางจู (Gwangju) จังหวัดช็อลลาใต้ (South Jeolla) ส่งผลให้รัฐท้องถิ่นจำเป็นต้องยกระดับมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมจากระดับหนึ่งเป็นระดับสอง ตั้งแต่วันที่ 6 – 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 โดยมีมาตรการสำคัญ คือ ห้ามประชาชนรวมตัวกันเป็นจำนวนมาก บังคับให้ประชาชนทุกคนใส่หน้ากากอนามัยขณะใช้บริการขนส่งสาธารณะ ปิดทำการห้องสมุดสาธารณะและพิพิธภัณฑ์เป็นการชั่วคราว ลดขนาดห้องเรียน และห้ามธุรกิจที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดเปิดทำการโดยเด็ดขาด

ต่อมาในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 เกาหลีใต้ต้องประสบกับภาวะการระบาดระลอกใหม่ หลังมีรายงานผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเกินหลักร้อยรายมาตั้งแต่วันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2563 และมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นตลอดสัปดาห์ที่แล้วรวมกว่า 1,300 ราย โดยผู้ติดเชื้อกว่า 400 ราย มีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่

เดินทางไปโบสถ์ ชารางเชอิล กรุงโซล ทางรัฐบาลจึงขอความร่วมมือจากประชาชนในเมืองหลวงให้อยู่แต่ในบ้านในช่วง 2 สัปดาห์ข้างหน้า และแนะนำให้ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น พร้อมกันนั้น รัฐบาลยังได้สั่งห้ามไม่ให้มีการจัดกิจกรรมในพื้นที่ที่มีผู้เข้าร่วมมากกว่า 50 คน และในพื้นที่กลางแจ้งที่มีผู้เข้าร่วมมากกว่า 100 คน และสั่งปิดกิจการที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาด เช่น ไนท์คลับ ห้องคาราโอเกะ ร้านอาหารบุฟเฟต์ ร้านอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ตั้งแต่วันที่ 19 – 30 สิงหาคม พ.ศ. 2563 ในขณะเดียวกัน กระทรวงศึกษาธิการได้ประกาศปิดโรงเรียนทุกระดับชั้น จำนวน 689 แห่ง ในกรุงโซลและอีก 5 แห่งในภูมิภาคอื่น ตั้งแต่วันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา ทว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดยังไม่ดีขึ้น ทางกระทรวงฯ จึงประกาศปิดโรงเรียนเพิ่มเป็น 1,845 แห่ง ในทุกระดับชั้น ยกเว้นชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ต้องเตรียมสอบเข้ามหาวิทยาลัย พร้อมทั้งขยายเวลาปิดโรงเรียนและให้นักเรียนเรียนออนไลน์เต็มรูปแบบ ไปจนถึงวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2563

เนื่องจากสถิติจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีแนวโน้มลดลง รัฐบาลเกาหลีใต้จึงประกาศผ่อนปรนมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมจากระดับ 2.5 เป็นระดับ 2 ตั้งแต่วันที่ 14 – 27 กันยายน พ.ศ. 2563 โดยอนุญาตให้ร้านอาหารกลางคืนกลับมาเปิดได้ตามปกติ และอนุญาตให้ลูกค้าสามารถนั่งทานในร้านกาแฟได้ นอกจากนี้ กระทรวงการศึกษายังได้ประกาศให้นักเรียนตั้งแต่ชั้นอนุบาลถึงมัธยมศึกษาตอนปลายกลับไปเรียนที่โรงเรียนได้ตามปกติ ตั้งแต่วันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป อย่างไรก็ตาม ธุรกิจที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดสูง เช่น อินเทอร์เน็ตคาเฟ่ บาร์ คาราโอเกะ และร้านอาหารบุฟเฟต์ยังคงปิดให้บริการ ต่อมา รัฐบาลเกาหลีใต้ประกาศผ่อนปรนมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมจากระดับ 2 เป็นระดับ 1 ตั้งแต่วันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป เนื่องจากสถิติจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีแนวโน้มลดลง โดยยกเลิกกฎหมายห้ามรวมตัวกันใหม่ตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป และกฎหมายห้ามรวมตัวกันกลางแจ้งตั้งแต่ 100 คนขึ้นไป แต่ยังขอให้งดเว้นหากไม่มีความจำเป็น พร้อมทั้งยังอนุญาตให้ธุรกิจที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดสูง เช่น โรงยิม อินเทอร์เน็ตคาเฟ่ บาร์ คาราโอเกะ ร้านอาหารบุฟเฟต์ รวมถึงโรงเรียนกวดวิชาที่มีผู้สมัครเรียนตั้งแต่ 300 คนขึ้นไป กลับมาเปิดให้บริการอีกครั้ง ทั้งนี้ ทุกแห่งยังคงต้องปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคระบาดของส่วนกลาง นอกจากนี้ สถานสงเคราะห์และโรงเรียนอนุบาลก็จะกลับมาเปิดอีกครั้งด้วย

พร้อมกันนั้น หน่วยงานควบคุมและป้องกันโรคเกาหลีใต้ (Korea Disease Control and Prevention Agency: KDCA) ประกาศใช้มาตรการลงโทษผู้ที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยในพื้นที่สาธารณะ เช่น ขนส่งสาธารณะ ขบวนประท้วง รวมถึงสถานบริการทางการแพทย์ต่างๆ ด้วยการปรับเงินสูงสุดไม่เกิน 100,000 วอน (2,750 บาท) โดยมีระยะผ่อนผันคือ ช่วงวันที่ 13 ตุลาคม–13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 และจะเริ่มบังคับใช้จริงในวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ กฎดังกล่าวจะไม่บังคับใช้กับเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี และผู้ที่ไม่สามารถสวมหน้ากากอนามัยได้ด้วยเหตุผลทางการแพทย์ นอกจากนี้ รัฐบาลเกาหลีใต้ยังสั่งให้สถานบันเทิงในกรุงโซลย่านอิทวอน (Itaewon) ย่านฮงแด (Hongdae) และ



ย่านกังนัม (Gangnam) ปิดทำการชั่วคราว ในช่วงวันหยุดเทศกาลฮาโลวีน ตั้งแต่วันที่ 28 ตุลาคม – 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

หลังจากนั้น ในช่วงกลางเดือน พฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ. 2563 เกาหลีใต้ได้เผชิญกับการระบาดระลอกที่สาม โดยมีรายงานพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ทะลุหลักพันรายต่อวันเป็นครั้งแรกและพบผู้ติดเชื้อหลักพันยาวนานกว่าสองสัปดาห์ ทำให้รัฐบาลเกาหลีใต้ต้องเพิ่มความเข้มงวดของมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่กรุงโซลไว้ที่ระดับ 2.5 โดยมีมาตรการเพิ่มเติม คือ สั่งห้ามรวมตัวกันในผับประเภท “Hold'em Pubs” สั่งห้ามนั่งหรือดื่มกาแฟในคาเฟ่ประเภทบริการตนเอง (Self-service Café) แนะนำไม่ให้จัดงานสังสรรค์หรือกิจกรรมที่มีการรวมตัวของผู้คน เปลี่ยนรูปแบบการอบรมให้ความรู้เป็นการอบรมแบบไม่พบปะหน้ากัน (Non-face-to-face) ขอความร่วมมือให้บริษัทเอกชนลดความแออัดในที่ทำงาน และขอความร่วมมือให้ประชาชนทำพิธีกรรมหรือทำกิจกรรมทางศาสนาแบบไม่พบปะหน้ากัน

พร้อมกันนั้น กรมควบคุมและป้องกันโรคของเกาหลีใต้ (Korea Disease Control and Prevention Agency: KDCA) ได้ปรับแนวทางปฏิบัติการตรวจหาเชื้อโควิด-19 โดยอนุญาตให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีมาตรการคุมเข้มระดับ 2 ขึ้นไป สามารถเข้ารับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ได้ฟรี แม้ว่าจะไม่มีประวัติสัมผัสกับผู้ติดเชื้อและไม่แสดงอาการใดๆ เลยก็ตาม กระทั่งช่วงต้นปี พ.ศ. 2564 การระบาดดังกล่าวได้ทุเลาลงบ้างแล้ว แต่ยังมีรายงานพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 400 – 700 รายต่อวันจวบจนปัจจุบัน ทั้งนี้ ในช่วงดังกล่าว มีการพบเชื้อโควิด-19 แบบกลุ่มก้อนในบริเวณสถานที่ทำงานที่มีแรงงานต่างชาติดำเนินงาน ทางเกาหลีใต้จึงเน้นกวาดตรวจหาเชื้อในกลุ่มแรงงานต่างชาตินมากขึ้น โดยเฉพาะในจังหวัดใกล้เคียงกรุงโซล โดยออกเป็นกฎหมายบังคับให้แรงงานต่างชาติเข้ารับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ หากผู้ใดฝ่าฝืนจะต้องได้รับโทษตามกฎหมาย

ในด้านมาตรการด้านเศรษฐกิจนั้น รัฐบาลมีมาตรการเยียวยาประชาชนผู้ได้รับผลกระทบโดยการแจกเงินที่จำกัดให้ผู้รับเงินใช้เงินภายในท้องถิ่นของตนเองเท่านั้น และไม่อนุญาตให้ใช้จ่ายในสถาบันทางการเงินต่างๆ โดยรัฐบาลให้เงินในรูปแบบของบัตรของขวัญ (Gift Card) บัตรเติมเงิน (Prepaid Card) บัตรกำนัล (Voucher) และคะแนนบัตรเครดิตหรือบัตรเดบิต ที่สามารถจำกัดให้ใช้ได้ภายในท้องถิ่นได้ ส่วนด้านการเยียวยาธุรกิจ รัฐบาลให้ความสนใจทั้งผู้ค้ารายย่อย ธุรกิจขนาดเล็ก SME และธุรกิจขนาดใหญ่ โดยมีมาตรการที่หลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่การให้สินเชื่อ ลดหย่อนภาษี ลดค่าไฟ และให้บัตรกำนัลแก่ประชาชนเพื่อกระตุ้นการใช้จ่าย เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีมาตรการจากกระทรวงเศรษฐกิจและการคลัง (Ministry of Economy and Finance) ตามลำดับเหตุการณ์ดังนี้คือ

1. Covid-19 Support Package 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มูลค่า 20 ล้านล้านวอน (5.2 แสนล้านบาท)

2. 2020 Supplementary Budget 17 มีนาคม พ.ศ. 2563 มูลค่า 10.9 ล้านล้านวอน (2.8 แสนล้านบาท)

3. 1st Crisis Management Meeting 18 มีนาคม พ.ศ. 2563
4. Financial Support Package 19 มีนาคม พ.ศ. 2563 มูลค่า 50 ล้านล้านบาท (1.3 ล้านล้านบาท)
5. 2nd Crisis Management Meeting 25 มีนาคม พ.ศ. 2563
6. Government to Ease FX Market Stability Rules 26 มีนาคม พ.ศ. 2563
7. Emergency relief payment for the Disaster 30 มีนาคม พ.ศ. 2563
8. 2nd Supplementary Budget of 2020 30 เมษายน พ.ศ. 2563
9. 3rd Supplementary Budget of 2020 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2563
10. 4th Supplementary Budget of 2020 22 กันยายน พ.ศ. 2563
11. 2021 Supplementary Budget 25 มีนาคม พ.ศ. 2564

สำหรับมาตรการด้านวัคซีน หลังรัฐบาลเกาหลีใต้ได้รับจัดสรรวัคซีนป้องกันโควิด-19 จำนวน 10 ล้านโดส ผ่านโครงการ COVAX แล้ว ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2563 รัฐบาลเกาหลีใต้ยืนยันการนำเข้าวัคซีนป้องกันโควิด-19 จากบริษัท AstraZeneca ภายในเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 10 ล้านโดส และมีวัคซีนที่รอเซ็นสัญญานำเข้าอีก 24 ล้านโดส แบ่งเป็นวัคซีนจากบริษัท Pfizer และ Moderna บริษัทละ 10 ล้านโดส และจากบริษัท Moderna อีก 4 ล้านโดส

ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2564 รัฐบาลเกาหลีใต้ประกาศแนวทางเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ภายในปี 2564 โดยแบ่งออกเป็น 4 ไตรมาส ดังนี้

ไตรมาสที่ 1 – ฉีดให้กลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยง เช่น บ้านผู้ป่วยสูงอายุ สถานพยาบาล หน่วยปฏิบัติงานทางการแพทย์

ไตรมาสที่ 2 – ฉีดให้กลุ่มแรงงานที่ทำงานสนับสนุนด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาล และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป

ไตรมาสที่ 3 – ฉีดให้กลุ่มบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 19 – 64 ปี และกลุ่มผู้มีโรคประจำตัวและผู้พิการ

ไตรมาสที่ 4 – ฉีดให้กลุ่มคนที่จำเป็นต้องรับวัคซีนโดสที่ 2 และกลุ่มคนที่ตกหล่นไม่ได้รับการฉีดวัคซีน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2563 (เกาหลีใต้) : สืบค้นออนไลน์ เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2564)

#### 4) สถานการณ์ และมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศจีน

หลังจากตรวจพบเชื้อไวรัสโควิด-19 ครั้งแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่ประเทศจีน สถานการณ์การแพร่ระบาดก็ทวีความรุนแรงอย่างมากในช่วงเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศจีนมียอดผู้ติดเชื้อสูงสุดในโลก ซึ่งรัฐบาลได้ออกมาตรการรับมือกับวิกฤตโควิด-19 อย่างเข้มงวดและต่อเนื่อง ตั้งแต่การปิดตลาดฮัวหนาน เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ที่คาดว่าเป็นต้นตอของการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 การล็อกดาวน์เมืองที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาด การสร้างโรงพยาบาลรองรับผู้ติดเชื้อที่เมืองอู่ฮั่น การดัดแปลงสถานที่ในเมืองอู่ฮั่นที่ไม่ได้ใช้งานในช่วงโควิด-19



ให้กลายเป็นโรงพยาบาลเฉพาะกิจ (Makeshift Hospital) การตรวจหาและคัดกรองผู้ติดเชื้อในวงกว้าง การควบคุมและติดตามให้ประชาชนกักตัวและเว้นระยะห่างทางกายภาพ ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีติดตาม ป้องกัน และประเมินความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของไวรัส เช่น การใช้คิวอาร์โค้ดประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Health QR Code) ที่พัฒนาโดยเมืองหางโจว เป็นต้น

ในช่วงแรก อุ๋ฮั่นถูกวิจารณ์มากกว่าพยายามปกปิดข้อมูล ต่อมาในวันที่ 13-14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ได้ปรับการรายงานยอดสะสมของผู้ติดเชื้อ (รวมย้อนหลัง) ของวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 สองครั้ง หลังจากที่มีมณฑลหูเป่ย์ได้ปรับเปลี่ยนเกณฑ์การนับจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ให้รวมผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 จากผลเอกซเรย์ (โดยเฉพาะ CT Scan ปอด) ของผู้ที่ไม่มีหรือยังไม่มีผลการตรวจเชื้อส่งผลให้มียอดสะสมของผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นกว่า 14,109 ราย (หรือเกือบ 10 เท่าของวันก่อนหน้า) และมียอดสะสมผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 242 ราย และหลังจากนั้นไม่กี่ชั่วโมง รัฐบาลกลางได้สั่งปลดเลขาฯ พรรคมณฑลหูเป่ย์และนายกเทศมนตรีเมืองอุ๋ฮั่น พร้อมแต่งตั้งนายกเทศมนตรีนครเซี่ยงไฮ้มารับตำแหน่งแทน อย่างไรก็ตาม หลายฝ่ายยังเชื่อว่าจำนวนผู้ติดเชื้อที่จีนตรวจพบและรายงานในช่วงดังกล่าวก็ยังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก และรายงานของจีนก็ยังไม่รวมผู้ที่ตรวจพบเชื้อแต่ไม่แสดงอาการ

ในเดือนมีนาคม ยอดผู้ติดเชื้อลดลงอย่างเห็นได้ชัด เมืองแต่ละแห่งในมณฑลหูเป่ย์ก็เริ่มทยอยคลายล็อกดาวน์และเปิดเมืองอีกครั้งในวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 ยกเว้นเมืองอุ๋ฮั่นที่แบ่งระยะการเปิดเมืองออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่หนึ่ง (วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2563) ที่เปิดกิจการบางส่วน พร้อมกับอนุญาตให้คนที่ไม่ใช่ชาวอุ๋ฮั่นเดินทางและชาวอุ๋ฮั่นที่มีเหตุจำเป็นสามารถเดินทางออกจากเมือง และระยะที่สอง (วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2563) ที่เปิดกิจการเกือบทั้งหมด รวมถึงเปิดให้บริการขนส่งสาธารณะ แต่ทุกคนต้องสแกนคิวอาร์โค้ดทุกครั้งที่ใช้บริการขนส่งสาธารณะ ส่วนโรงเรียน มาเปิดการเรียนการสอนในวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยให้นักเรียนชั้น ม.3 และ ม.6 ไปโรงเรียนเป็นกลุ่มแรก ทั้งนี้ ในแต่ละเมืองทุกคนยังคงต้องสวมหน้ากากอนามัยและเว้นระยะห่างอยู่เช่นเดิม

ในเดือนเมษายน จีนพบผู้ติดเชื้อมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองสยเฟินเหอ เมืองชายแดนจีน-รัสเซีย และพบว่าผู้ติดเชื้อส่วนมากมีประวัติการเดินทางมาจากประเทศรัสเซีย จีนจึงออกมาตรการปิดจุดผ่านแดนจีน-รัสเซียและล็อกดาวน์เมืองสยเฟินเหอ แต่หลังจากที่สถานการณ์เริ่มกลับมาดีขึ้นในเดือนพฤษภาคม จีนจึงประกาศให้ทุกเมืองมีความเสี่ยงต่อวิกฤตโควิด-19 ในระดับต่ำตั้งแต่วันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 แต่ในวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ก็กลับมาพบผู้ติดเชื้อใหม่อีก 11 รายที่เมืองซุหลานในมณฑลจี๋หลิน ซึ่งมีพรมแดนติดกับรัสเซียและเกาหลีเหนือ ในวันถัดมาเมืองซุหลานประกาศใช้กฎอัยการศึกและมาตรการล็อกดาวน์ทันที โดยสถานที่สาธารณะทั้งหมดถูกสั่งปิดชั่วคราว

หลังจากนั้น ในวันที่ 10-11 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 มีรายงานพบผู้ติดเชื้อใหม่อีก 1 และ 5 คน ในชุมชนพักอาศัยแห่งหนึ่งในเมืองอุ๋ฮั่น ทำให้ตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม ถึง 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563 เมืองอุ๋ฮั่นได้ระดมตรวจเชื้อโควิด-19 จากประชาชนทุกคนในเมืองอุ๋ฮั่น รวม 9.89 ล้านคนโดยวิธี

PCR ผลการตรวจพบว่า มีผู้ที่ตรวจพบเชื้อแต่ไม่แสดงอาการจำนวน 300 คน หรือประมาณ 3 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน หลังจากนั้นไม่นาน อุ๋อันก็เปิดให้ประชาชนใช้ชีวิตตามปกติ

ในวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2563 กรุงปักกิ่งมีรายงานพบผู้ติดเชื้อใหม่ 2 ราย ซึ่งมีต้นตอมาจากตลาดซินฟาตี้ (Xinfadi) เขตเฟิงไถ่ (Fengtai) กรุงปักกิ่งจึงกวาดตรวจทุกคนในตลาดดังกล่าวจนพบผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น 45 ราย หลังจากนั้น กรุงปักกิ่งก็ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินภาวะสงคราม (Wartime Emergency) ในเขตเฟิงไถ่ทันที ต่อมา วันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ยอดผู้ติดเชื้อสะสมที่เกี่ยวข้องกับตลาดซินฟาตี้รวมเป็น 137 ราย ทำให้รัฐบาลประกาศยกระดับสถานการณ์ฉุกเฉินกรุงปักกิ่งจากระดับ 3 ขึ้นเป็นระดับ 2 เพื่อเพิ่มความเข้มงวดในการป้องกันการแพร่ระบาด เช่น ทุกคนต้องตรวจหาเชื้อโควิด-19 ก่อนเดินทางออกจากเมือง 7 วัน ยกเลิกเที่ยวบินทั้งขาเข้า-ขาออก ปิดทำการสถานที่ปิดให้คนเข้าพื้นที่สาธารณะได้เพียงร้อยละ 30 ของความจุที่รองรับได้และต้องทำการจองก่อน เป็นต้น

หลังจากนั้น จีนก็พบผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นระยะ แต่ก็ไม่รุนแรงมากเท่ากับการระบาดในระลอกแรก โดยพบจำนวนผู้ติดเชื้อมากที่สุดหลักไม่กี่ร้อยเท่านั้น เช่น เมืองอันซิน มณฑลหูเป่ย์ (29 มิถุนายน พ.ศ. 2563) เมืองชานเหว่ยและเมืองเซินเจิ้น มณฑลกว่างตุง (17 สิงหาคม พ.ศ. 2563) เมืองรู่ยี่ มณฑลยูนนาน (15 กันยายน พ.ศ. 2563) เมืองชิงเต่า มณฑลซานตง (15 ตุลาคม พ.ศ. 2563) เมืองคังช่า มณฑลซินเจียง (26 ตุลาคม พ.ศ. 2563) นครเทียนจิน (8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563) เมืองเฉิงตู มณฑลเสฉวน (10 ธันวาคม พ.ศ. 2563) เป็นต้น ซึ่งมาตรการที่ใช้โดยทั่วไปกับทุกเมืองคือ รัฐบาลจะประกาศล็อกดาวน์เมืองเสมือนเข้าสู่สภาวะสงคราม (Wartime Mode) โดยสั่งให้ธุรกิจปิดทำการชั่วคราว ยกเว้นร้านสะดวกซื้อ ร้านขายยา และตลาดขายอาหาร และให้ประชาชนอาศัยอยู่ในบ้านและออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น พร้อมทั้งห้ามมิให้ผู้ใดเดินทางเข้า-ออกเมืองอีกด้วย จากนั้น (ส่วนใหญ่ในวันรุ่งขึ้น) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Commission: NHC) จะเร่งส่งผู้เชี่ยวชาญลงพื้นที่ไปร่วมมือกับท้องถิ่นเร่งระดมตรวจหาเชื้อโควิด-19 จากประชาชนทั้งเมือง (หรืออย่างน้อยในเขตพื้นที่ที่มีรายงานการติดเชื้อ) อย่างรวดเร็ว

ในด้านมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจ รัฐบาลกรุงปักกิ่งและรัฐบาลนครเซี่ยงไฮ้ได้ประกาศมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจเพื่อสนับสนุนกิจกรรมทางเศรษฐกิจในด้านการผลิตสินค้าต่าง ๆ ในช่วงต้นเดือนกุมภาพันธ์ โดยให้ความช่วยเหลือธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อมเป็นหลัก เช่น กรุงปักกิ่ง ออกมาตรการลดค่าเช่าอสังหาริมทรัพย์ที่รัฐเป็นเจ้าของ ยกเว้นค่าธรรมเนียมการบริหารของรัฐ ให้เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายด้านการวิจัยและพัฒนาให้ธุรกิจด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นครเซี่ยงไฮ้ ออกมาตรการลดค่าเช่า ภาษี และค่าธรรมเนียมทางธุรกิจ ให้เงินช่วยเหลือธุรกิจที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตโควิด-19 เลื่อนกำหนดการชำระเบี้ยประกันสังคมและเบี้ยประกันสุขภาพ ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนาระบบนิเวศธุรกิจออนไลน์และการบริการทางการแพทย์ออนไลน์ ส่วนด้านรัฐบาลกลางได้เน้นไปที่ให้ความช่วยเหลือด้านภาษีแก่ธุรกิจที่ได้รับผลกระทบและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ยกเว้นการชำระค่าธรรมเนียมการประกันสังคมของธุรกิจ SME ให้เงินช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยและแรงงาน

ภาคชนบท ตลอดจนให้เงินช่วยเหลือธุรกิจการบินพลเรือน อีกทั้งยังได้พยายามชักชวนให้ผู้ประกอบการ และประชาชนบริจาคเงินและสินค้าช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบอย่างต่อเนื่อง

ในช่วงครึ่งหลังของปีพ.ศ. 2563 จีนหันไปมุ่งดำเนินนโยบายด้านการพัฒนาวัคซีนป้องกันโควิด-19 มากขึ้น โดยในวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2563 วัคซีน Sinopharm ที่พัฒนาโดยบริษัท China National Biotech Group (CNBG) ซึ่งเป็นบริษัทลูกในเครือ Sinopharm บริษัทเภสัชกรรมของรัฐบาลจีน ได้รับการทดลองทางคลินิก (Clinical Trial) ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ในประเทศจีน แล้วพบว่า วัคซีน มีประสิทธิภาพร้อยละ 79.34 พร้อมทั้งมีความปลอดภัยและไม่มีผลข้างเคียงรุนแรง และทำการทดลองระยะที่ 3 ในระดับสากล โดยบริษัท CNBG ได้ทำสัญญาร่วมกับประเทศอาหรับเอมิเรตส์ ทำให้ วัคซีนดังกล่าวเป็นวัคซีนสัญชาติจีนตัวแรกที่ได้รับการทดลองในระดับสากล และผลการทดลองที่ออกมา ในช่วง ธันวาคม พ.ศ. 2563 พบว่า วัคซีน Sinopharm มีประสิทธิภาพในการป้องกันโควิด-19 สูงถึง ร้อยละ 86

ในขณะที่วัคซีน CoronaVac ที่พัฒนาโดยบริษัท Sinovac Life Sciences บริษัทชีวเภสัชภัณฑ์ รายใหญ่ของจีน ก็ได้รับการทดลองระยะที่ 3 ตามมาในวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 โดยร่วมมือกับ สถาบันวิจัยชีวสารแห่งบราซิล (Instituto Butantan) เพื่อทำการทดลองในประเทศบราซิล ชิลี อินโดนีเซีย และตุรกี โดยผลการทดลองบางส่วน ซึ่งออกมาในช่วง ธันวาคม พ.ศ. 2563 – มกราคม พ.ศ. 2564 พบว่า บราซิลประกาศประสิทธิภาพของวัคซีนอยู่ที่ร้อยละ 50.38 ตุรกีประกาศประสิทธิภาพที่ ร้อยละ 91.25 และอินโดนีเซียประกาศประสิทธิภาพที่ร้อยละ 65.3

ต่อมา วันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2563 จีนได้ลงนามเข้าร่วมโครงการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ระดับ โลกหรือโคแวกซ์ (COVID-19 Vaccines Global Access Facility: COVAX) อย่างเป็นทางการ โครงการนี้เป็นโครงการที่ประเทศต่างๆ กว่า 170 ประเทศเข้าร่วมดำเนินการกับองค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อทำการพัฒนา ผลิต และจัดหาวัคซีนต้านไวรัสโควิด-19 อย่างเท่าเทียม

ในช่วงปลายปีพ.ศ. 2563 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจีน (NHC) รายงานว่า ปัจจุบันวัคซีน ป้องกันโควิด-19 ของจีนได้เข้าสู่ขั้นตอนสุดท้ายแล้วและกำลังเตรียมความพร้อมสำหรับการผลิตวัคซีน โรคโควิด-19 จำนวนมาก โดยมีวัคซีน 15 ตัวอยู่ในขั้นตอนการทดลองทางคลินิก ซึ่งในจำนวนนี้มีวัคซีน 2 บริษัทที่กำลังเป็นที่นิยมและอยู่ในการทดลองทางคลินิกระยะที่ 3 แล้ว คือ วัคซีนชนิดเชื้อตาย Sinopharm และวัคซีนชนิดเชื้อตาย CoronaVac ที่พัฒนาโดย Sinovac Biotech

จีนเริ่มฉีดวัคซีนขนานใหญ่ในเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 ณ ต้นเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 ฉีดไปแล้ว 270 ล้านโดส ซึ่งนับจำนวนโดสก็มากที่สุดในโลก แต่ก็ยังอยู่ระหว่างร้อยละ 10-19 ของ ประชากร 9.7 ซึ่งต่ำกว่าอิสราเอล สหรัฐฯ และอีกหลายประเทศมาก

ในเดือนเมษายน หัวหน้าศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคระบาดจีนกล่าวไว้ในที่ประชุมวิชาการว่า กำลังพิจารณาที่จะแก้ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพของวัคซีนที่ใช้อยู่ และยอมรับความสำเร็จของวัคซีนที่ใช้ mRNA และเจ้าหน้าที่จีนระบุว่าจีนได้ผลิตวัคซีนที่ใช้ mRNA และอยู่ระหว่างการทดลองทางคลินิก

(สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2563 (จีน) : สืบค้นออนไลน์ เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2564) . ดังตารางที่ 2.1

**ตารางที่ 2.1 สรุปสถานการณ์และมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายในประเทศไทย และประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้+3 (อาเซียน+3)**

ลำดับ	ประเทศ	สถานการณ์	มาตรการในการควบคุม
1.	ไทย	มีการตรวจพบผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้เดินทางจากประเทศจีนในวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2563 ได้รับการตรวจยืนยันผล และแถลงสถานการณ์ในวันที่ 14 มกราคม 2563 ผู้ป่วยช่วงแรกเป็นผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง การขยายพื้นที่ระบาดในต่างประเทศเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้ติดเชื้อจากการเดินทางไปยังพื้นที่ระบาดอาจมีอาการเล็กน้อยทำให้ไม่มีการตรวจหาการติดเชื้อ การพบผู้ป่วยกลุ่มถัดมาคือผู้ประกอบอาชีพสัมผัสกับนักท่องเที่ยว จากนั้นพบการติดเชื้อในกลุ่มนักท่องเที่ยวไทยที่นิยมไปกินดื่ม การระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนใหญ่ คือ การระบาดในสนามมวยลุมพินี สนามมวยราชดำเนิน ซึ่งทำให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จนต้องมีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติ	<p>ข้อ 1 การห้ามเข้าพื้นที่เสี่ยง</p> <p>ข้อ 2 การปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรค</p> <p>ข้อ 3 การปิดช่องทางเข้ามาในราชอาณาจักรในการใช้ยานพาหนะไม่ว่าจะเป็นอากาศยาน เรือรถยนต์ หรือพาหนะอื่นใด</p> <p>ข้อ 4 การห้ามกักตุนสินค้า</p> <p>ข้อ 5 การห้ามชุมนุม</p> <p>ข้อ 6 การเสนอข่าว ห้ามการเสนอข่าวหรือทำให้แพร่หลายทางสื่อต่าง ๆ ซึ่งมีข้อความหรือข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันไม่เป็นความจริงและอาจทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัวหรือเจตนาบิดเบือนทำให้เกิดความเข้าใจผิด</p> <p>ข้อ 7 มาตรการเตรียมรับสถานการณ์</p> <p>ข้อ 8 มาตรการพึงปฏิบัติสำหรับบุคคลบางประเภท กำหนดให้กลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 ดังต่อไปนี้ อยู่ในเคหสถานหรือบริเวณสถานที่พำนักของตนเอง เพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากสภาพแวดล้อมภายนอก</p> <p>ข้อ 9 มาตรการเกี่ยวกับการออกนอกราชอาณาจักร</p> <p>ข้อ 10 มาตรการดูแลความสงบเรียบร้อย</p> <p>ข้อ 11 มาตรการป้องกันโรค</p> <p>ข้อ 12 นโยบายการยังคงให้เปิดสถานที่ทำการ</p>

ลำดับ	ประเทศ	สถานการณ์	มาตรการในการควบคุม
		โรคติดต่อก่อน พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563	ข้อ 13 คำแนะนำเกี่ยวกับการเดินทางข้ามเขตพื้นที่จังหวัด ข้อ 14 คำแนะนำในการจัดกิจกรรมอื่นๆ
2.	สิงคโปร์	ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 พบกรณีต้องสงสัยเมื่อวันที่ 4 มกราคม และพบผู้ติดเชื้อยืนยันรายแรกเมื่อวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2563 จนถึงวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 สิงคโปร์มีผู้ติดเชื้อรวม 13 ราย ทั้งหมดเป็นชาวจีนที่เดินทางมาจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน และพบผู้ติดเชื้อที่เป็นชาวสิงคโปร์รายแรกเมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นผู้ที่เดินทางกลับจากเมืองอู่ฮั่น	การประกาศนโยบายตัดวงจรการระบาด (Circuit Breaker) ทั่วประเทศ โดยมีมาตรการด้านนี้ที่สำคัญ คือ 1. การจำกัดการเดินทางออกนอกบ้านได้เพียงครอบครัวละ 1 คน 2. มาตรการการดำเนินการของธุรกิจประเภทต่างๆ 3. การดูแลการศึกษา โดยมีขั้นตอนตั้งแต่การเริ่มจากการทดลองเรียนจากบ้าน
3.	ญี่ปุ่น	ญี่ปุ่นเริ่มตรวจพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2563 ในช่วงแรก ตัวเลขผู้ติดเชื้อในประเทศญี่ปุ่นก็อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ รัฐบาลไม่ได้มีมาตรการตรวจ/ตามหาผู้ติดเชื้ออย่างแข็งขันนัก โดยรัฐบาลกำหนดขอบเขตการตรวจหาผู้ติดเชื้อไว้ในวงแคบๆ และเน้นการดูแลรักษาผู้ที่มีอาการรุนแรงเป็นหลัก	ใช้มาตรการที่เข้มงวดขึ้นเป็นลำดับ เริ่มจากการประกาศ “ล็อกดาวน์ขั้นเบา” บริเวณกรุงโตเกียว ต่อมาก็ประกาศภาวะฉุกเฉินในอีกหลายเมือง ไปจนถึงการล็อกดาวน์ที่ครอบคลุมทั้งประเทศ พร้อมทั้งใช้มาตรการเชิงรุกในการตรวจเชื้อและติดตามผู้ติดเชื้อ
4.	เกาหลีใต้	เกาหลีใต้พบผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2563 และพบผู้แพร่เชื้อรายสำคัญคนแรก (1st Super Spreader) เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563	พัฒนาเมืองต่างๆ ให้เป็น “เมืองอัจฉริยะ (Smart City)” ที่มีความก้าวหน้าในด้านระบบข้อมูล และโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ในด้านการสื่อสารและอินเทอร์เน็ต ได้ใช้เทคโนโลยีด้านการสื่อสารและเครือข่ายการ

ลำดับ	ประเทศ	สถานการณ์	มาตรการในการควบคุม
		ผ่านการชุมนุมทำกิจกรรมทางศาสนา การควบคุมโรคโควิด-19 ในประเทศเกาหลีใต้เน้นการตรวจคัดกรองผู้ป่วยอย่างขนานใหญ่ (โดยเฉพาะการตรวจแบบ drive-thru)	ติดตามตัว มาช่วยในการแกะรอยเส้นทางการระบาดของเชื้อโควิด-19 รวมทั้งติดตามผู้สัมผัสเชื้อ (Contact Tracing) อย่างเป็นระบบ เช่น การใช้แอปบันทึกภาพจากกล้องวงจรปิด (CCTV) การตรวจสอบประวัติการเดินทาง ประวัติการใช้บัตรเครดิตในสถานที่เดียวกันกับผู้ติดเชื้อ รวมทั้งการแจ้งเตือนสถานการณ์การติดเชื้อและสถานที่ที่ผู้ติดเชื้อได้เดินทางไปให้ประชาชนทุกคนทราบทางข้อความ (SMS) ในโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น ซึ่งทำให้เกาหลีใต้สามารถติดตามและควบคุมการติดเชื้อได้ค่อนข้างดีโดยไม่จำเป็นต้องปิดเมือง (lockdown)
5.	จีน	หลังจากตรวจพบเชื้อไวรัสโควิด-19 ครั้งแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่ประเทศจีน สถานการณ์การแพร่ระบาดก็ทวีความรุนแรงอย่างมากในช่วงเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศจีนมียอดผู้ติดเชื้อสูงสุดในโลก	ได้ออกมาตรการรับมือกับวิกฤตโควิด-19 อย่างเข้มงวดและต่อเนื่อง ตั้งแต่การปิดตลาดฮัวหนาน เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ที่คาดว่าเป็นต้นตอของการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 การล็อกดาวน์เมืองที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาด การสร้างโรงพยาบาลรองรับผู้ติดเชื้อที่เมืองอู่ฮั่น การดัดแปลงสถานที่ในเมืองอู่ฮั่นที่ไม่ได้ใช้งานในช่วงโควิด-19 ให้กลายเป็นโรงพยาบาลเฉพาะกิจ (Makeshift Hospital) การตรวจหาและคัดกรองผู้ติดเชื้อในวงกว้าง การควบคุมและติดตามให้ประชาชนกักตัว และเว้นระยะห่างทางกายภาพ ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีติดตาม ป้องกัน และประเมินความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของไวรัส เช่น การใช้คิวอาร์โค้ดประเมินความ

ลำดับ	ประเทศ	สถานการณ์	มาตรการในการควบคุม
			เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Health QR Code) ที่พัฒนาโดยเมืองหางโจว เป็นต้น

## 2.2 การระบาดของโรคติดต่อ และความมั่นคงด้านสุขภาพ

การระบาดของโรคติดต่อสร้างผลกระทบเชิงลบที่มีต่อคุณภาพชีวิตของมนุษย์ โรคระบาดจึงเป็นหนึ่งในประเด็นการศึกษาที่สำคัญของแนวคิดเรื่องความมั่นคงของชาติ ในอดีตมีโรคติดต่อหลากหลายประเภทที่คร่าชีวิตประชากรนับล้าน อาทิ การระบาดของโรคกาฬโรคในศตวรรษที่ 15 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 200 ล้านคน แม้ว่าในปัจจุบันระบบสาธารณสุขและสุขภาพในประเทศต่าง ๆ ได้รับการพัฒนาที่ดีขึ้นและรัฐได้มีนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ หากแต่ก็ยังพบการระบาดของโรค อาทิ โรคเกิดจากการพัฒนาในสัตว์และติดต่อสู่คน และมีคนซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเป็นพาหะนำโรคติดต่อสู่คน อาทิ โรคไข้หวัดนก H5N1 โรคเมอร์ส (MERS) โรคอีโบล่า (Ebola) และโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อยู่อย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะจะเป็นโรคที่จำกัดอยู่ในกลุ่มประเทศและภูมิภาคใกล้เคียงและไม่มีการกระจายไปในระดับโลก (Elbe, 2018) จะเห็นได้ว่าการระบาดของโรคได้สร้างความสูญเสียทางสังคม เศรษฐกิจ และยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะถดถอยทางการพัฒนาสังคม ด้วยเหตุนี้การระบาดของโรคติดต่อและโรคติดเชื้อ (The epidemic of communicable disease and infectious disease) ถูกกำหนดให้เป็นปัจจัยที่เป็นภัยต่อความมั่นคงระดับโลก (Global security issues) แนวคิดดังกล่าวได้สอดคล้องกับแนวคิดด้านภัยความมั่นคงข้ามแดน และบริบทของโลกาภิวัตน์ โดยโลกาภิวัตน์เป็นปรากฏการณ์ที่เชื่อมโยงกิจกรรมของคนในโลกผ่านเทคโนโลยี และการคมนาคมที่ทันสมัย นำไปสู่การเดินทางและอพยพของผู้คนซึ่งเป็นปัจจัยเร่งที่ทำให้เกิดความเสี่ยงของการกระจายตัวของโรคติดต่อ ประเด็นดังกล่าวถูกหยิบยกมาเป็นประเด็นนโยบายด้านความมั่นคงทางด้านสุขภาพ (Harman, 2014; Davies et al., 2015)

แนวคิดเรื่องการระบาดใหญ่ ได้ถูกพัฒนามาจากการเชื่อมโยงแนวคิดเรื่อง สุขภาพ ร่วมกับความมั่นคง โดยรัฐมีเป้าหมายสำคัญในการปกป้องประเทศจากการระบาดของโรค ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเริ่มพัฒนาในยุคอาณานิคม (Rushton, 2019) โดยมองว่าสุขภาพของประชากรเป็นเป้าหมายหลักของรัฐที่จะต้องปกป้องจากการระบาดของโรคติดต่อ ซึ่งจะเห็นได้จากรัฐต่าง ๆ เริ่มพัฒนานโยบายเครื่องมือ และข้อตกลงเพื่อที่ร่วมกันปกป้องสุขภาพของประชาชน ซึ่งเห็นได้จาก การประชุม International Sanitary Conference ระหว่างรัฐต่าง ๆ ในยุโรปในการออกมาตรการกักกันโรค และจากการประชุมดังกล่าวได้มีการพัฒนาข้อตกลงด้านความสะอาดและสุขภาพระดับนานาชาติ (International Sanitary Regulations) ซึ่งต่อมามองค์การอนามัยโลกได้นำมาพัฒนาเป็นกฎอนามัยระหว่างประเทศ ฉบับที่ 1 ในปี คศ. 1951 และฉบับปรับปรุงล่าสุดในปี คศ.2005 เพื่อที่จะสร้างความ



ร่วมมือด้านการป้องกันควบคุมโรคระหว่างประเทศ และแน่นอนว่าประเด็นด้านสุขภาพและการป้องกันโรคก็ได้กลายมาเป็นวาระเชิงนโยบายหลักของรัฐต่าง ๆ และของโลก (Suntayakorn, 2021) ดังนั้น การศึกษากฎเกณฑ์ของรัฐในการป้องกันควบคุมโรคจึงมีความสำคัญ เพราะแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในปัจจุบันนั้นไม่ได้เป็นเพียงแค่ความเจ็บป่วยของประชากร แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเมืองและสังคมในระยะยาว ข้อถกเถียงสำคัญในประเด็นด้านการป้องกันควบคุมโรคนั้นก็คือ รัฐต่าง ๆ จะมีวิธีการสร้างสมดุลอย่างไรในการป้องกันควบคุมโรค กับการสร้างสมดุลทางเศรษฐกิจในสภาวะการระบาดของโรค งานวิจัยนี้จึงได้หยิบยกแนวคิดดังกล่าวมาทำการศึกษามาตรการ Bubble and Seal ซึ่งเป็นมาตรการที่มุ่งเน้นทั้งการป้องกันควบคุมโรค และการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในสภาวะของการระบาด การถอดบทเรียนจากมาตรการดังกล่าวจะช่วยเติมเต็มข้อค้นพบ ตลอดจนทิศทางการป้องกันควบคุมโรคระบาดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

### 2.3 มาตรการ Bubble and Seal เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานประกอบการ (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2564)

มีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อหรือการแพร่ระบาดในวงกว้าง โดยการจำกัดกลุ่มย่อย (Small Bubble) ตามลักษณะการทำงานหรือตามความเสี่ยงภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน และไม่มี การข้ามกลุ่ม โดยมีแนวคิดหลักของมาตรการนี้ คือ จัดกลุ่ม ให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานหรือทำกิจกรรม ภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน แนะนำการจัดกลุ่มย่อย (Small Bubble) ให้เล็กที่สุด ตามบริบทของ สถานประกอบการ ทั้งนี้ควรคำนึงถึงลักษณะงาน กิจกรรม พฤติกรรมเสี่ยง ความเสี่ยงต่างๆร่วมด้วย โดยแต่ละกลุ่มต้องทำงานและทำกิจกรรมร่วมกันภายในกลุ่ม ไม่มีการข้ามกลุ่ม คุมไว กรณีพบ ผู้ปฏิบัติงานติดเชื้อในกลุ่มย่อยนั้น เมื่อแยกผู้ติดเชื้อออกไปรักษา ในการจัดกลุ่มย่อยนี้จะทำให้ทราบ กลุ่มเสี่ยงสัมผัสผู้ติดเชื้อได้เร็วคือผู้ที่อยู่ในกลุ่มย่อยเดียวกัน ลดระยะเวลาการประเมินและติดตาม ผู้สัมผัสกลุ่มเสี่ยง ทำให้สามารถจัดการกักกันหรือควบคุมได้เร็ว คือเข้าสู่มาตรการต่างๆ ได้รวดเร็ว ลดการแพร่กระจาย เนื่องจากการจัดกลุ่มย่อย ไม่ข้ามกลุ่ม เป็นการออกแบบและจัดระบบไว้ไม่ให้ปะปน กันตั้งแต่ต้น รายได้ไม่สูญเสีย ถึงแม้จะพบผู้ติดเชื้อ ผู้ปฏิบัติงานที่เหลือในกลุ่มที่มีความเสี่ยง ผู้ปฏิบัติงาน ในกลุ่มย่อยอื่นยังคงสามารถทำงานหรือทำกิจกรรมได้ภายใต้เงื่อนไข ซึ่งเป็นผลดีต่อสถานประกอบการ การทำให้ไม่ต้องหยุดดำเนินกิจการ ผู้ปฏิบัติงานและสถานประกอบการมีรายได้

ข้อดีของการทำ Bubble and Seal เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถจัด กลุ่มย่อย (Small Bubble) ให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานและทำกิจกรรมด้วยกัน โดยไม่ข้ามกลุ่ม จะช่วยป้องกันการติดเชื้อระหว่างกลุ่ม สามารถช่วยให้ค้นหากลุ่มเสี่ยงได้ไว ควบคุมการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว และ ลดการติดเชื้อระหว่างกลุ่มในสถานประกอบการได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ กรณีพบผู้ติดเชื้อ ผู้ปฏิบัติงานที่เหลือในกลุ่มย่อยนั้นเป็นกลุ่มเสี่ยงให้เฝ้าระวังอาการและดำเนินการภายใต้มาตรการได้ทันที ลดระยะเวลาการดำเนินการติดตามผู้สัมผัสหรือ timeline กรณีไม่ข้ามกลุ่ม แต่ถ้าข้ามกลุ่ม ยังคงต้อง

ติดตามกลุ่มย่อยอื่นและผู้สัมผัสกับผู้ติดเชื้อนั้น กลุ่มเสี่ยงจากการทำงานในกลุ่มย่อยที่มีผู้ติดเชื้อยังสามารถทำงานได้ภายใต้ bubble ของตนเอง และภายใต้กิจกรรมเงื่อนไขที่กำหนด ถ้าผู้ปฏิบัติงานมีอาการให้แยกไปตรวจหาเชื้อ ด้วยวิธี ATK / RT-PCR ซึ่งทำให้ไม่ขาดแรงงานและรายได้ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มย่อยอื่น ๆ ยังสามารถทำงานได้ตามปกติ โดยไม่มีการข้ามกลุ่ม ใช้หลักการบริหารจัดการ และการควบคุม กำกับ ที่ชัดเจน ดำเนินการได้ทันที สามารถปรับประยุกต์และมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ใช้ได้กับกิจการทุกประเภท

ในส่วนของการดำเนินการดำเนินงานมาตรการ Bubble and Seal เพื่อการป้องกันโรค แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นเตรียมการ โดยสถานประกอบการกำหนดนโยบาย และทีมคณะทำงานในสถานประกอบการ จัดทำแผนการดำเนินงาน ขั้นตอน และรายละเอียดการดำเนินงานตามมาตรการ รวมถึงระบบการกำกับติดตาม ประเมินผล เตรียมความพร้อมการสื่อสารมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และที่เกี่ยวข้อง ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกคน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง สถานประกอบการมีการเตรียมความพร้อมการฉีดวัคซีนให้ผู้ปฏิบัติงาน ตามบริบทของสถานประกอบการ และขึ้นดำเนินการ โดยจัดทำทะเบียนผู้ปฏิบัติงานกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หญิงตั้งครรภ์ ผู้มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมเรียมที่อยู่ระหว่างรักษา โรคเบาหวาน โรคอ้วน (น้ำหนักตัวเกิน 90 กิโลกรัม หรือ ดัชนีมวลกาย  $\geq 30$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร) จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ปฏิบัติงานแยกเป็นกลุ่มย่อย (Small Bubble) ตามลักษณะ การทำงานหรือการทำกิจกรรม หรือ อาจมีการกำหนดสัญลักษณ์ประจำกลุ่มย่อย เช่น การทำป้ายคล้องคอ ป้ายสี หรือ ผ้าพันคอ ตามบริบทของสถานประกอบการ สื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละกลุ่มเข้าใจถึงมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเน้นย้ำให้ทำกิจกรรมร่วมกันภายใต้เงื่อนไขเดียวกันกับสมาชิกภายในกลุ่มเท่านั้น จัดกลุ่มย่อย (Small Bubble) ให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน กรณีมีที่พักในสถานประกอบการ สามารถทำ bubble ตั้งแต่ที่พัก การเดินทาง การทำงาน และทำกิจกรรม โดยกำหนดให้แต่ละกลุ่มย่อยทำงานและทำกิจกรรมในกลุ่มของตนเอง ไม่มีการข้ามกลุ่ม กรณีมีที่พักในชุมชน ควรเน้นย้ำให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามมาตรการ DMHT อย่างเคร่งครัด และก่อนเข้า bubble ในสถานประกอบการ ควรต้องมีการประเมินความเสี่ยงทุกราย อีกทั้ง การจัดที่พักให้ผู้ปฏิบัติงาน สามารถดำเนินการได้ตามบริบทของสถานประกอบการ โดยมีรายละเอียดดังนี้ กรณี จัดที่พัก ในสถานประกอบการ จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้เข้าพัก พร้อมทั้งควบคุม กำกับ ดูแล ให้ผู้เข้าพักปฏิบัติตามกฎระเบียบ โดยมีผู้ควบคุมกำกับ โดยจัดผู้เข้าพักตามกลุ่ม bubble ย่อยการทำงานควรมีการกำกับเวลา เข้า-ออก จากที่พัก โดยต้องเข้าออกที่พักตามกลุ่มของตนเอง หลีกเลี่ยงการสังสรรค์หรือการรวมกลุ่มกับบุคคลอื่น ๆ ไม่ข้ามกลุ่ม กรณี จัดที่พักในชุมชน มีหัวหน้าหรือผู้ควบคุม จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้เข้าพัก พร้อมทั้งควบคุม กำกับ ดูแล ให้ผู้เข้าพักปฏิบัติตามกฎระเบียบ โดยจัดผู้เข้าพักตามกลุ่ม bubble ย่อยการทำงาน ควรมีการกำกับเวลา เข้า-ออก จากที่พัก โดยต้องเข้าออกที่พักตามกลุ่มของตนเอง หลีกเลี่ยงการสังสรรค์หรือการรวมกลุ่มกับบุคคลอื่น ๆ กรณี พักที่บ้าน จัดสภาพแวดล้อมที่พักสะอาด และปลอดภัย

กำชับมาตรการ DMH กับผู้ปฏิบัติงาน หลีกเลี่ยงการสังสรรค์หรือการรวมกลุ่มกับบุคคลอื่น ๆ และการเข้าไปในชุมชน และการเดินทางมาทำงานมีหลายกรณี ควรมีการประเมินความเสี่ยงทุกวันก่อนเข้าทำงาน อาจจัดระบบการเดินทางและการควบคุมการเดินทางตามบริบทของสถานประกอบการกิจการ โดยมีรายละเอียดดังนี้ กรณีที่พักในโรงงาน การเดินทางมาทำงาน ตามเส้นทางที่กำหนด สวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา การเดินทาง กรณีมีรถรับ-ส่ง ควรกำหนดจุดรับส่งที่ชัดเจน สวมหน้ากากอนามัยตลอดการเดินทาง จัดที่นั่งเว้นระยะห่าง ไม่อนุญาตให้รับประทานอาหารระหว่างการเดินทาง และมีการทำความสะอาดหลังจากที่รับส่งผู้ปฏิบัติงาน กรณีเดินทางด้วยพาหนะส่วนตัว พยายามหลีกเลี่ยงการแวะ หรือเข้าชุมชน กรณีเดินทางโดยรถโดยสารประจำทางหรือสาธารณะ เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร ปฏิบัติตามมาตรการ DMH มีจุดคัดกรองก่อนเข้าสถานประกอบการ เช่น การตรวจวัดอุณหภูมิ และการประเมินอาการ หรือใช้ แอปพลิเคชันไทยเซฟไทย การเว้นระยะห่างให้เหมาะสม ให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนปฏิบัติตามมาตรการ D M H T T A อย่างเคร่งครัด ได้แก่ ให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนปฏิบัติตามมาตรการ D M H T T A อย่างเคร่งครัด ได้แก่

D: Distancing การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล อย่างน้อย 1 - 2 เมตร หรือจัดให้มีฉากกั้นขณะปฏิบัติงาน

M: Mask wearing จัดหาหน้ากากอนามัยให้เพียงพอ และให้ผู้ปฏิบัติงานสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาปฏิบัติงาน

H: Hand washing มีจุดล้างมือที่เพียงพอ และผู้ปฏิบัติงานล้างมือบ่อย ๆ อย่างถูกวิธี

T: Temperature กำหนดให้มีการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าทำงาน โดยผู้ปฏิบัติงานต้องมีอุณหภูมิไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส

T: Testing มีการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีมีผู้ปฏิบัติงานที่มีอาการป่วย มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ หรือ เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง

A: Application ติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” และ “ไทยเซฟไทย” ก่อนเข้า - ออกสถานที่ทุกครั้ง เพื่อติดตามประวัติการเดินทางและความเสี่ยง ของผู้ปฏิบัติงาน

นอกจากนั้น จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ปฏิบัติงานแต่ละกลุ่ม ทำการสุ่มตรวจผู้ปฏิบัติงานด้วยชุดตรวจ ATK ทุก 1 - 2 เดือน เพื่อเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยง ทั้งนี้จำนวนการสุ่มอาจขึ้นอยู่กับนโยบายของสถานประกอบการ และระยะการสุ่มอาจปรับได้ตามสถานการณ์และความชุกการติดเชื้อ และให้สถานประกอบการดำเนินมาตรการ Bubble and Seal เพื่อการควบคุม และแนวทางการปฏิบัติจากการสุ่มตรวจ ATK กรณีผลตรวจ ATK เป็นบวก เรียกว่า ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย (Probable Case) แยกออกจากกลุ่ม bubble ทันที แยกกักเข้าระบบการรักษา Home Isolation หรือ Community Isolation หรือส่งโรงพยาบาล ขึ้นกับอาการ แนวปฏิบัติและบริบทพื้นที่ ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มย่อยนั้นถือเป็นกลุ่มผู้สัมผัสที่ดำเนินการกักกันใน Small Bubble ย่อยนั้น กรณีทำงานให้ทำงานได้ในกลุ่มย่อย (Small Bubble) ของตนเอง และไม่มีการข้ามกลุ่ม พร้อมกับให้ปฏิบัติตามมาตรการ D M H T T A อย่างเคร่งครัด ให้ทำความสะอาดแผนกที่ผู้ปฏิบัติงานของกลุ่มย่อยนั้นเพื่อฆ่าเชื้อโรค รายงานต่อหัวหน้า

งานหรือหัวหน้าแผนกทราบ เพื่อแจ้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อโดยเร็ว ให้สถานประกอบกิจการเตรียมปรับแผนการเข้าสู่มาตรการ Bubble and Seal เพื่อการควบคุม และสถานประกอบกิจการเตรียมจัดหาวัคซีนให้ผู้ปฏิบัติงานให้ครอบคลุม อย่างน้อย 70 % และกรณีมีผู้ปฏิบัติงานเข้ามาใหม่ ให้ทำการตรวจหาเชื้อด้วยวิธี ATK / RT-PCR และให้กักตัวอย่างน้อย 14 วัน ก่อนเข้าทำงาน

แนวคิดหลักของมาตรการนี้ คือ การบริหารจัดการควบคุมโรคในพื้นที่ของสถานประกอบกิจการ เมื่อพบผู้ปฏิบัติงานติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งแบ่งระดับการติดเชื้อของสถานประกอบกิจการออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับ น้อย กรณีที่พบอัตราผู้ติดเชื้อ < 10 % ของผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด
2. ระดับ ปานกลาง กรณีที่พบอัตราผู้ติดเชื้อ > 10 % ของผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด
3. ระดับ มาก กรณีที่พบผู้ติดเชื้อตามเกณฑ์ 2 ใน 3 ข้อดังนี้
  - 3.1) อัตราผู้ติดเชื้อมากกว่า ร้อยละ 10 ของผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด
  - 3.2) จำนวนผู้ติดเชื้อมากกว่า 100 คนขึ้นไป
  - 3.3) พบการติดเชื้อในผู้ปฏิบัติงานต่อเนื่องนานกว่า 14 วัน ใน 28 วัน

ทั้งนี้เป้าหมายหลักของมาตรการ Bubble and Seal เพื่อการควบคุมโรคคือ การช่วย สถานประกอบกิจการที่พบผู้ติดเชื้อให้ยังคงดำเนินกิจการได้โดยไม่ต้องปิดกิจการ สามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคทั้งในสถานประกอบกิจการและชุมชนได้ โดยการจัดกลุ่มย่อย (Small Bubble) ทำงานหรือทำกิจกรรมภายในกลุ่มเท่านั้น ไม่ข้ามกลุ่ม กรณีพบการติดเชื้อ ให้แยกผู้ติดเชื้อไปรักษาทันที สำหรับผู้ปฏิบัติงานที่เหลือในกลุ่มให้กักกัน แต่ยังสามารถมาทำงานได้ โดยไม่ข้ามกลุ่ม ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มย่อยอื่นยังคงสามารถทำงานได้ตามปกติ ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด ดังนั้นสถานประกอบกิจการจึงสามารถดำเนินกิจการต่อไปได้โดยไม่ต้องปิดกิจการ

ในส่วนขั้นตอนการดำเนินงานมาตรการ Bubble and Seal เพื่อการควบคุมโรค แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนเตรียมการ โดยสถานประกอบกิจการกำหนดนโยบาย และทีมคณะทำงานในสถานประกอบกิจการ จัดทำแผนการดำเนินงาน ขั้นตอน และรายละเอียดการดำเนินงานตามมาตรการ Bubble and Seal เพื่อการควบคุมโรค รวมถึงระบบการกำกับติดตาม ประเมินผล เตรียมความพร้อมการสื่อสารมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และที่เกี่ยวข้อง ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกคน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง เตรียมความพร้อมสถานที่ในสถานประกอบกิจการหรือในชุมชน เพื่อเป็นโรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลคู่อุปบัติการเพื่อรองรับมาตรการควบคุมแบบเข้มงวด อีกทั้ง เตรียมพร้อมจัดหาที่พักสำหรับ - ส่ง รวมทั้งการจัดหาอาหารและสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และขึ้นดำเนินการ โดยจัดทำรายชื่อ แบ่งกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเป็นกลุ่มย่อย (Small Bubble) ตามลักษณะการทำงาน หรือกิจกรรม ตามบริบทของสถานประกอบกิจการ และกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานภายใต้ เงื่อนไขเดียวกัน และไม่มีการข้ามกลุ่มกัน โดยการควบคุมของหัวหน้าหรือผู้รับผิดชอบ จัดหาที่พักให้ผู้ปฏิบัติงาน โดยมีการจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้เข้าพักและมีผู้กำกับ

อย่างชัดเจน ตามบริบทของสถานประกอบกิจการ ควบคุมกำกับการเดินทางมาทำงาน จะต้องไม่ออกนอกเส้นทางหรือแวะระหว่างทาง สามารถดำเนินการได้ตามบริบทของสถานประกอบกิจการ จัดเตรียมอาหารให้ครบ 3 มื้อ โดยมีการจัดหาลือเวลารับประทานอาหาร และสนับสนุน สิ่งอำนวยความสะดวก รวมทั้งของใช้ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานประกอบกิจการ ทั้งที่พัก พื้นที่ส่วนกลาง โดยให้มีการทำ ความสะอาดจุดสัมผัสร่วมบ่อยๆ หรือ ตามนโยบายที่สถานประกอบกิจการ กำหนดไว้ให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการตามมาตรการ D M H T T A อย่างเคร่งครัด และงดการรวมกลุ่มสังสรรค์ สุ่มตรวจหาเชื้อด้วยวิธี ATK ในแต่ละกลุ่ม กรณีผลเป็นบวก ให้ตรวจซ้ำด้วยวิธี RT-PCR หาก พบผลเป็นผู้ป่วยยืนยัน (ผลบวก) ให้ดำเนินการรักษาตามแนวทางของกรมการแพทย์ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มที่พบผู้ติดเชื้อ และกลุ่มอื่น ๆ สามารถทำงานหรือทำกิจกรรม ใน กลุ่ม (bubble) ได้ตามปกติ โดยไม่มีการข้ามกลุ่ม นอกจากนั้น กลุ่มเปราะบาง เช่น หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค ให้ทำการตรวจ ATK ทุกคน กรณีผลเป็นบวก ให้เข้ารับการรักษา หากไม่พบการติดเชื้อ และยังไม่ได้รับวัคซีน ให้รับดำเนินการให้วัคซีนแก่กลุ่มดังกล่าว โดยเน้นการฉีดวัคซีนให้ผู้ปฏิบัติงานอย่างครอบคลุม อย่างน้อย 70 % สำหรับกรณีผู้ปฏิบัติงานเข้ามาใหม่ ให้ทำการตรวจหาเชื้อด้วยวิธี ATK / RT-PCR และให้กัก ตัวอย่างน้อย 14 วัน ก่อนเข้าทำงาน และให้สถานประกอบกิจการประเมินระดับการติดเชื้อจากการสุ่มตรวจด้วยชุดตรวจ ATK โดย แบ่งระดับการติดเชื้อเป็น 3 ระดับ และให้ดำเนินการมาตรการตามระดับการติดเชื้อ ดังนี้

- **ระดับน้อย** พบผู้ติดเชื้อ < 10% แยกกัก รักษาผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือ Home Isolation Community Isolation ตามบริบทพื้นที่ ค้นหาผู้ติดเชื้อในกลุ่มเปราะบางทุกคน ด้วยวิธีการตรวจ ATK / RT-PCR แยกผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในกลุ่ม bubble ย่อย เพื่อกักกัน ซึ่งสามารถทำงานได้ภายใต้ bubble เดียวกัน (ห้าม ข้ามกลุ่ม) และภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน และพิจารณาการใช้พื้นที่ส่วนรวมและการจัดหาลือเวลาตามกลุ่มย่อย เช่น โรงอาหาร ห้องพัก เน้นย้ำการ ควบคุมกำกับ สถานที่ เส้นทางเฉพาะกลุ่ม ไม่ข้ามกลุ่มย่อย

- **ระดับปานกลาง** พบผู้ติดเชื้อ > 10% แยกกัก รักษาผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือ Home Isolation Community Isolation ตามบริบทพื้นที่ ค้นหาผู้ติดเชื้อในกลุ่มเปราะบางทุกคน ด้วยวิธี ATK / RT-PCR เน้นการจัดกลุ่มย่อย (Small Bubble) โดยให้ทำกิจกรรมในกลุ่มย่อยร่วมกัน ไม่ข้ามกลุ่มกัน พิจารณาการใช้พื้นที่ส่วนรวมและการจัดหาลือเวลาตามกลุ่มย่อย เช่น โรงอาหาร ห้องพัก เน้นย้ำการ ควบคุม กำกับ สถานที่ หรือเส้นทางเฉพาะกลุ่ม ไม่ข้ามกลุ่มย่อย และจัดเตรียมสิ่งสนับสนุน ที่พัก ที่กักพาหนะและระบบความปลอดภัย

- **ระดับมาก** การติดเชื้อตามเกณฑ์ 2 ใน 3 ข้อ ดังนี้ 1) อัตราผู้ติดเชื้อมากกว่า ร้อยละ 10 ของผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด 2) จำนวนผู้ติดเชื้อมากกว่า 100 คนขึ้นไป 3) พบการติดเชื้อในผู้ปฏิบัติงานต่อเนื่องนานกว่า 14 วัน ใน 28 วัน รวมทั้งจัดหาที่พักให้ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ติดเชื้อ (Factory Isolation) จัดหาโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลคู่ ปฏิบัติการ การควบคุมยานพาหนะ การเดินทาง เพื่อไม่ให้แพร่ระบาด

สู่ชุมชน (seal route) และมีการควบคุมกำกับการดำเนินการ Bubble and Seal อย่างเข้มงวด อาจเพิ่มหรือยกระดับการกำกับโดย สถานประกอบกิจการเอง หรือ ขอความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น เช่น หน่วยงานความมั่นคง (ทหาร ตำรวจ) อสม. เพื่อการควบคุม กำกับ ติดตามเข้มงวด

อีกทั้ง มีแนวทางการจำหน่าย (Exit Plan) ตามมาตรการ Bubble and Seal เมื่อสถาน ประกอบกิจการ ดำเนินการ Bubble and Seal จนเห็นว่าการแพร่เชื้อใน bubble อยู่ในระดับต่ำ หรือ การแพร่ ระบาดในชุมชนหรือจังหวัดอยู่ในระดับต่ำหรือลดลง มีแนวทางการตัดสินใจผ่อนมาตรการ Bubble and Seal เพื่อการควบคุมโรค ดังนี้ มีสัดส่วนของผู้ติดเชื้อยืนยัน ผู้ตรวจพบว่ามีภูมิคุ้มกัน และผู้ได้รับวัคซีน ในสถาน ประกอบกิจการ รวมกันมากกว่า 85 % ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในสถาน ประกอบกิจการ และเมื่อตรวจภูมิคุ้มกัน (Ab) ในวันที่ 14-21 ของการควบคุมโรคตามมาตรการ Bubble and Seal กรณีระบาด หากพบว่า ผู้ที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน และผลการตรวจ PCR/ATK มีความชุก ต่ำกว่าชุมชนนั้น ภายในอำเภอหรือจังหวัด พิจารณาผ่อนมาตรการเป็น Bubble and Seal เพื่อการ ป้องกันโรค

## 2.4 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพ Nelson (1992 : 4) ได้ให้ความหมายของการวิจัย เชิงคุณภาพไว้ว่า เป็นการวิจัยร่วมสาขา (Interdisciplinary) ข้ามวิชา (Transdisciplinary) และบางครั้ง ต่างสาขา (Counter disciplinary) เป็นการวิจัยที่ตัดข้ามหมวดวิชา (Crosscuts) ระหว่างมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศาสตร์กายภาพ การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลายสิ่งหลายอย่างในเวลาเดียวกัน มีจุด สนใจที่หลากหลาย กระบวนทัศน์และผู้ที่ทำการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างแท้จริงต้องมีความว่องไว ต่อคุณค่าของแนวทาง ที่หลากหลายวิธี

Creswell (1998 : 15) ได้ให้ความหมายการวิจัยเชิงคุณภาพว่าเป็นกระบวนการค้นคว้าวิจัย เพื่อหาความเข้าใจพื้นฐานของระเบียบวิธีอันมีลักษณะเฉพาะที่มุ่งการค้นหาประเด็น ปัญหาทางสังคม หรือปัญหาของมนุษย์ ในกระบวนการนี้นักวิจัย สร้างภาพหรือข้อมูลที่ซับซ้อน เป็นองค์รวม วิเคราะห์ ข้อความ รายงานทัศนะของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียดและดำเนินการศึกษาในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ

Denzin and Lincoln (2000a : 3) ได้ให้ความหมายการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ว่า เป็นสาขา ของการศึกษาค้นคว้าในตัวของมันเอง ตัดไข่วิชาและแขนงสาขาต่างๆและเนื้อหาสาระ การวิจัย เชิงคุณภาพแวดล้อมไปด้วยหมู่วลศัพท์ (family of terms) แนวคิดและข้อสมมติฐานต่างๆ สิ่งเหล่านี้ ยังรวมถึงประเพณีนิยมและความหลากหลายของทัศนคติ

Flick (2007 : 3) ได้สรุปความหมายที่สำคัญ ๆ ของการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 4 ประการ ดังนี้ 1) เป็นงานวิจัยที่มีความหลากหลายวิธีของการทำวิจัย ซึ่งมีประเด็นการทำวิจัยที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็น การวิจัยที่มีวิธีการเฉพาะเจาะจง หรือใช้ทฤษฎีมาอธิบายการทำวิจัย 2) สามารถทราบความแตกต่าง ของประเทศต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ หรือเยอรมนี เช่น ทราบความแตกต่าง



ของประเพณีประจำชาติ 3) ทำให้ค้นพบระเบียบวิธีการวิจัยที่มีความหลากหลายไม่ว่าจะเป็นวิธีทางศาสตร์ กายภาพที่เจาะจงกับสภาพปัญหาของบุคคลนั้นๆ เช่น ความร่วมมือของคนในสังคมกับผู้ทำวิจัย และ 4) สามารถเห็นความหลากหลายที่มีความก้าวหน้าของพื้นที่ที่มีการสนทนาเฉพาะ ที่ได้จากการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น นำวิธีการจัดการและประเมินผลทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นต้น

สุภางค์ จันทวานิช (2551 : 13) ได้กล่าวถึงความหมายการวิจัยเชิงคุณภาพ ว่าเป็นการ แสวงหาความรู้ โดยพิจารณาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น วิธีการนี้จะสนใจข้อมูลด้านความรู้สึนึกคิด ความหมาย ค่านิยมหรืออุดมการณ์ของบุคคล นอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเน้นการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย

จากความหมายที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการแสวงหาความรู้ที่มุ่งค้นหาประเด็นปัญหาทางสังคม หรือปัญหาของมนุษย์ เป็นการวิจัยหลายๆสาขา หลายๆวิธีมารวบรวมเป็นข้อมูลไว้เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ โดยการตีความและสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยและยังทำให้ทราบความแตกต่างของระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และยังทราบถึงความแตกต่างด้านประเพณีของแต่ละประเทศอีกด้วย

**การเตรียมตัวภาคสนาม** ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ คำว่า “สนาม” หมายถึง ที่ปรากฏการณ์สังคมที่เราจะศึกษานั้นเกิดขึ้น ดังนั้นสนามจึงเป็นสถานที่นักวิจัยเข้าไปทำการวิจัย ซึ่งขั้นตอนสำคัญของการเข้าสนาม มี 4 ขั้นตอน คือ

**ขั้นเลือกสนามในการเข้าสนาม** นักวิจัยจะต้องดูก่อนว่าสนามนั้นเหมาะสมหรือไม่ ขั้นที่ 1 สนามนั้นต้องมีปัญหาที่เราต้องการศึกษา ขั้นที่ 2 ต้องดูถึงความเป็นไปได้ในแง่ขนาดสนามที่จะเข้าไปศึกษา คือต้องไม่ใหญ่เกินไป ขั้นที่ 3 ดูในแง่ความซับซ้อนของปรากฏการณ์ในชุมชนนั้นๆ และขั้นที่ 4 ดูถึงความสะดวกในแง่ของที่ตั้งและสิ่งแวดล้อมรอบสนาม เช่น ระยะทางการ ติดต่อสื่อสาร โรงพยาบาล สถานีตำรวจใกล้เคียง เป็นต้น

**ขั้นแนะนำตัว** ในขั้นตอนของการแนะนำตัว นักวิจัยควรปฏิบัติดังนี้

- บอกกับคนในสนามว่าเรามาทำอะไร
  - บอกกับคนในสนามที่เราจะศึกษาว่า เราจะทำให้เขาเสียเวลาหรือไม่เสียเวลาเท่าใด
- ต้องให้สิทธิในการตัดสินใจที่จะอนุญาตให้ทำวิจัยหรือไม่
- บอกว่าจะเอาข้อค้นพบไปทำอะไร
  - บอกถึงสาเหตุที่ต้องเลือกเอาสนามนี้
  - บอกถึงผลที่เขาจะได้จากเรา



การแนะนำตัวเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะเราเป็นคนแปลกปลอมที่เข้าไปแนะนำตัวเรา อาจต้องมีจดหมายแนะนำตัว ต้องมีบัตรที่แสดงว่าเราเป็นใคร มีหนังสือขอความร่วมมือ หรือใช้การแนะนำตัว โดยใช้คนที่ เป็นสื่อกลางในชุมชนช่วยแนะนำให้

**ขั้นสร้างสัมพันธ (Rapport)** เมื่อนักวิจัยเข้าไปในสนามแล้ว ต้องเริ่มแนะนำตัวเอง ตามสถานภาพและบทบาทที่กำหนดไว้ ควรรักษาสถานภาพและบทบาทดังกล่าวไว้ตลอดระยะเวลาที่ปฏิบัติงานภาคสนาม

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** วิธีการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย (นิศา ชูโต, 2551 : 136)

1. การสังเกต (Observation) การสังเกต หมายถึง การเฝ้าดูหรือศึกษาเหตุการณ์หรือเรื่องราว โดยละเอียด ดังนั้น เมื่อกล่าวถึงการสังเกตเพื่อรวบรวมข้อมูล ย่อมจะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ ว่าใคร เป็นผู้สังเกต สังเกต อะไร ภายใต้สภาพการณ์ใด เพราะความหมายของการสังเกตจะแปรเปลี่ยนไปตามบริบท การสังเกตแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) บางครั้งเรียกว่า การสังเกตภาคสนาม (field note) หรือการสังเกตเชิงคุณภาพ (qualitative observation) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม คือ การสังเกตชนิดที่ผู้สังเกตเข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับกลุ่มคนที่ถูกศึกษา มีการร่วมกระทำ กิจกรรมด้วยกัน และพยายามให้คนในชุมชนนั้นยอมรับว่า ผู้สังเกตมีสถานภาพเช่นเดียวกับตน การ สังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยมากจะใช้ในการศึกษาสังคมเล็กๆ หรือชุมชน ในแง่ของระเบียบวิธี การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ต้องประกอบด้วยกระบวนการสามส่วน คือ การสังเกต การซักถามและการจดบันทึก ซึ่งนักวิจัยจะซักถามบางสิ่งบางอย่างที่ไม่อาจเข้าใจได้จากการสังเกตเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูล ที่เกี่ยวกับความหมายหรือสัญลักษณ์ ต้องใช้การซักถามเพิ่มเติม ซึ่งการซักถามนี้ คือ การสัมภาษณ์ อย่างไม่เป็นทางการนั่นเอง หลังจากนั้นนักวิจัยจึงทำการจดบันทึกข้อมูล

1.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) หรือการสังเกตโดยตรง เป็นการสังเกตที่ผู้วิจัยจะเฝ้าสังเกตอยู่วนนอก กระทำกันเป็นบุคคลภายนอก โดยไม่เข้าไปร่วมในกิจกรรมที่ทำอยู่ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมบางครั้งเรียกว่า “un-obtrusive method” (Denzin, 1978)

2. การสัมภาษณ์ ลักษณะการสัมภาษณ์ของการทำวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ต้องมีความยืดหยุ่น ผู้สัมภาษณ์มีโอกาสอธิบายขยายความหรือซักถามคำถามเพิ่มเติมติดต่อกัน เพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจ จุดประสงค์ของผู้สัมภาษณ์ ทั้งยังสามารถเปลี่ยนสถานการณ์หรือหาทางวกกลับเมื่อผู้พูดตอบไม่ตรง คำถามลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ในขณะที่สัมภาษณ์สามารถสังเกตพฤติกรรมต่างๆของ ผู้ตอบได้ ผู้สัมภาษณ์มีโอกาสสังเกตสีหน้าท่าทาง ความรู้สึก ปฏิภาณที่ซ่อนเร้นได้ การสัมภาษณ์ เพื่อการวิจัยนี้อาจแบ่งออกเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้

2.1 การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง หรือการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ (Structured interview or formal interview) การสัมภาษณ์แบบนี้มีลักษณะคล้ายกับการใช้แบบสอบถาม และ

เป็นวิธีที่ใช้ได้ค่อนข้างง่ายสำหรับการสัมภาษณ์ เพราะคำถามต่างๆได้ถูกกำหนดเป็นแบบสัมภาษณ์ขึ้น ใช้ประกอบการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้า ลักษณะของการสัมภาษณ์จึงเป็นการ สัมภาษณ์ที่มีคำถามและข้อกำหนดแน่นอนตายตัว จะได้ผลเต็มที่ก็ต่อเมื่อผู้สัมภาษณ์เตรียมการล่วงหน้าไว้อย่างดี เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยปกตินักวิจัยเชิง คุณภาพมักไม่ใช้วิธีการสัมภาษณ์ชนิดนี้เป็นวิธีการหลัก เพราะไม่ช่วยให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและครอบคลุมเพียงพอ โดยเฉพาะในแง่วัฒนธรรม ความหมายและความรู้สึกนึกคิด

2.2 การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non - structured interview) การสัมภาษณ์แบบนี้ เป็นวิธีการที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพและในทางมานุษยวิทยา เป็นแบบที่มักจะควบคู่ไปกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบนี้อาจแบ่งออกเป็น 4 แบบย่อย ๆ ดังนี้

2.2.1 การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (informal interview) เป็นการสัมภาษณ์แบบเปิดกว้างไม่จำกัดคำตอบ วัตถุประสงค์ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีอิสระที่จะอธิบาย แนวความคิดของตนเองไปเรื่อยๆ ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มองเห็นสภาพและความยุ่งยากของปัญหาในความเป็นจริงได้ การสัมภาษณ์แบบนี้จึงเหมาะที่จะใช้กับเรื่องที่ผู้วิจัยไม่ต้องการกำหนดกรอบแนวคิดเฉพาะเจาะจง สำหรับข้อมูลที่ได้รับ หากแต่มีแนวความคิดทางด้านทฤษฎีในเรื่องนั้นๆอยู่บ้างแล้ว ในการ สัมภาษณ์ในลักษณะนี้ ผู้วิจัยต้องวางแนวข้อคำถามไว้คร่าวๆ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้ออกมาเหล่านั้น

2.2.2 การสัมภาษณ์แบบมีจุดความสนใจเฉพาะ (Focus Interview) หรือการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) การสัมภาษณ์ลักษณะนี้ หมายถึง การสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์มีจุดสนใจอยู่แล้ว จึงพยายามใช้ความสนใจของผู้ถูกสัมภาษณ์ให้เข้าสู่จุดที่สนใจ การทำเช่นนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความชำนาญของผู้สัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่ เพราะจะต้องรื้อฟื้นหรือตัดบทโดยไม่ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เกิดความรู้สึกไม่สบายใจและไม่อยากจะให้ความร่วมมือ

2.2.3 การตะล่อมกล่อมเกล้า (Probe) หมายถึง การซักถามที่ล้วงเอาส่วน ลึกของความคิดออกมา คือการสัมภาษณ์อย่างชนิดที่จะต้องล้วงเอาความจริงจากผู้ถูกสัมภาษณ์ให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ผู้วิจัยต้องใช้วาทศิลป์ เพื่อให้ผู้ตอบเล่าเรื่องออกมาทั้งหมด การสัมภาษณ์ ในลักษณะนี้เจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือทนายความมักใช้กัน

2.2.4 การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key important interview) หมายถึง การสัมภาษณ์โดยกำหนดผู้ตอบบางคนเป็นการเฉพาะเจาะจง เพราะผู้ตอบนั้นมีข้อมูลที่ ดี ลึกซึ้ง ขว้างขวางเป็นพิเศษ เหมาะสมกับความต้องการของผู้วิจัย เรียกบุคคลประเภทนี้ว่า “ผู้ให้ข้อมูล สำคัญ”

3. การรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการอื่นๆ นอกเหนือไปจากการสังเกตและสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพแล้ว นักวิจัยอาจใช้วิธีการอื่นๆตามความเหมาะสมของสภาพการณ์และการตอบปัญหาของการวิจัย ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีอยู่ตามปกติในสังคมทั่วไป แบ่งได้ 3 ประเภท คือ ข้อมูลเกี่ยวกับร่องรอยตามปกติธรรมดา ข้อมูลสถิติและบันทึกต่างๆ และข้อมูลที่สามารถสังเกตเห็น ได้โดยง่าย (สุรางค์ จันทวานิช, 2551 : 44-104)

4. การตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากทีมนักวิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ขั้นตอนที่สำคัญที่จะต้องปฏิบัติต่อไป คือ การตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การตรวจสอบข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลที่ใช้กันมากในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การตรวจสอบข้อมูล แบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งมีวิธีการดังนี้

4.1.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) คือ การพิจารณาว่า ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ วิธีการตรวจสอบ คือ การสอบแหล่งข้อมูล แหล่งที่มาที่จะ พิจารณา ในการตรวจสอบได้แก่ เวลา สถานที่ และบุคคล

4.1.2 การตรวจสอบด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) คือ การตรวจสอบว่า ผู้วิจัยแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันอย่างไรมาก โดยเปลี่ยนตัวผู้สังเกตแทนที่จะใช้ผู้วิจัยคนเดียวกัน สังเกตโดย ตลอดในกรณีที่ไม่แน่ใจในคุณภาพของผู้รวบรวมข้อมูลสนาม ควรเปลี่ยนตัวผู้วิจัยให้มี หลายคน

4.1.3 การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory triangulation) คือ การตรวจสอบ ว่า ถ้าผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิม จะทำให้การตีความข้อมูลแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด อาจทำได้ง่ายกว่าในระดับสมมติฐานชั่วคราว (Working hypothesis) และแนวคิดขณะที่ลงมือตีความ ข้อสรุปเหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์ ปกตินักวิจัยจะตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎีได้ยากกว่า ตรวจสอบ ด้านอื่น

4.1.4. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ กัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน เช่น ใช้ วิธีการ สังเกตควบคู่กับการซักถามพร้อมกันนั้นก็ศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูล วิธีการหลักที่ใช้ในการวิเคราะห์ เป็นวิธีการสร้างข้อสรุปจากการศึกษารูปแบบหรือข้อมูลจำนวนหนึ่ง มักไม่ใช้สถิติช่วยในการวิเคราะห์ หรือถ้าใช้สถิติก็ไม่ได้ถือว่า วิธีการทาง สถิติเป็นวิธีวิเคราะห์หลัก แต่จะถือเป็นข้อมูลเสริม การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป แบ่งเป็น 3 ประเภทด้วยกัน คือ

4.2.1 การวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic interaction) คือวิธีการตีความสร้าง ข้อสรุปข้อมูลจากรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น เช่น พิธีกรรม การทำมาหากิน ความเป็นอยู่ ในสังคม ฯลฯ เมื่อนักวิจัยได้เห็นรูปธรรมหรือเหตุการณ์หลายๆเหตุการณ์แล้วก็ลงมือสร้างข้อสรุป ถ้าข้อสรุปนั้นยังไม่ได้รับการตรวจสอบยืนยัน ก็ถือว่าเป็นสมมติฐานชั่วคราว ถ้าหากได้รับการยืนยัน แล้วถือว่าเป็นข้อสรุป

4.2.2 การวิเคราะห์โดยการจำแนกข้อมูล (Typological Analysis) คือการจำแนก ข้อมูลเป็นชนิดๆ (typologies) คำว่า typologies ที่ใช้นี้หมายถึงขั้นตอนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การจำแนกแบ่งวิธีการได้เป็น 2 ประเภท คือประเภทที่ใช้แนวคิดทฤษฎี และไม่ใช้ทฤษฎี

4.2.3 การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) คือการใช้ วิธีการเปรียบเทียบ โดยการนำเอาข้อมูลมาเปรียบเทียบเป็นปรากฏการณ์ ตัวอย่างเช่น ผู้วิจัยที่ได้

สังเกตเหตุการณ์หลายๆเหตุการณ์เมื่อได้จำแนกชนิดของข้อมูลในเหตุการณ์เหล่านั้นแล้ว นำมาเปรียบเทียบกัน โดยอาจทำเป็นตารางหาความสัมพันธ์ เพื่อให้มองหาข้อสรุปได้ง่าย (สุภางค์ จันทวานิช, 2551 : 128-137)

จากข้อความที่กล่าวมาทั้งหมดกับการวิจัยเชิงคุณภาพ **สรุปได้ว่า** การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาปัจจัยที่เน้นการเข้าใจปรากฏการณ์ การตีความหมายของโลกหรือสิ่งที่นักวิจัยต้องการศึกษาด้วยวิธีการศึกษาและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย โดยมีเครื่องมือที่สำคัญคือ ผู้วิจัย การวิจัยนี้มีการออกแบบที่ยืดหยุ่น การวิเคราะห์ข้อมูลและการเก็บข้อมูลเป็นกระบวนการที่สามารถดำเนินไปพร้อมกันในภาคสนาม การวิเคราะห์เริ่มจากการพิจารณาข้อมูลเชิงประจักษ์จนมองเห็น มโนทัศน์หรือแนวคิดที่มีความหมายจากข้อมูลและเห็นความเชื่อมโยงของข้อมูล จนสามารถสรุป เป็นคำอธิบาย แนวคิด หรือทฤษฎี เพื่อทำความเข้าใจความหมายปรากฏการณ์ในทัศนะของผู้ที่ถูกรศึกษา โดยมีจุดยืนอยู่บนบริบทของปรากฏการณ์หรือของผู้ที่ถูกรศึกษาเหล่านั้น

## 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการวิธีการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สืบค้นอย่างเป็นระบบ (systematic search) โดยเป็นการสืบค้นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive search) เริ่มต้นการสืบค้นผ่านระบบประมวลค้นหาข้อมูล (search engines) ผ่านฐานข้อมูล ได้แก่ ThaiJo และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สวรส. สืบค้นผ่าน หัวข้อวิจัย และผ่านบทคัดย่อ จำกัดช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2562 - 2 สิงหาคม พ.ศ.2565 สืบค้นบทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกจัดทำเป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เนื่องจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จัดทำในประเทศไทยมีจำนวนมาก แต่บทความที่เน้นการศึกษาการป้องกันควบคุมโดยใช้การใช้มาตรการ Bubble and Seal มีค่อนข้างจำกัด ดังนั้นในการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้จะศึกษารูปแบบ (pattern) ของวรรณกรรมวิชาการด้านการป้องกันควบคุมโรค ในประเทศไทยในภาพกว้าง พบว่างานวิจัยและบทความวิชาการที่พบนั้น ครอบคลุมตั้งแต่การนำเสนอ แบบจำลองบูรณาการแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อการสนับสนุนเชิงนโยบาย ดังนี้

**ธีรพัฒน์ อังศุवाल และ ชัชฎา กำลังแพทย์ (2563)** ศึกษาผลกระทบของนโยบายในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบว่า การแพร่ระบาดของโรคติดต่อโควิด-19 ถือเป็นวิกฤติทางสุขภาพครั้งยิ่งใหญ่ ที่ท้าทายศักยภาพในการอภิบาลของรัฐ โดยทั่วไป การรับมือวิกฤตินี้มีลักษณะของ การใช้คำสั่งและอำนาจทางปกครองเป็นส่วนมากซึ่งสะท้อนลักษณะของรัฐราชการที่กำกับกลไกการอภิบาลของในมิติสาธารณสุข การวิจัยชิ้นนี้ มุ่งศึกษากลไกการอภิบาลเพื่อควบคุมโรคของระบบสาธารณสุขและค้นพบว่าระบบนี้มีกลไกที่ได้รับ การออกแบบมาเพื่อตอบสนองต่อวิกฤติ

สุขภาพที่สำคัญ 3 ประเภท ได้แก่ กลไก ในการตัดสินใจ กลไกทางด้านการสื่อสาร และกลไกในการปฏิบัติการ กลไกเหล่านี้ ในทางปฏิบัติถือว่าเป็นกลไกสาธารณสุขของรัฐที่มีประสิทธิภาพและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานราชการ

**วลัยพร รัตนเศรษฐ และ สมศักดิ์ วาณิชยาภรณ์ (2564)** ศึกษาบทบาทของรัฐบาลในการจัดการการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการอธิบายแนวคิดในการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการภาครัฐในช่วงก่อนสถานการณ์ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการบริหารจัดการภาครัฐในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้ง ศึกษาวิเคราะห์บริบทโลกและบริบทไทยหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยพบว่า การระบาดเป็นภัยคุกคามต่อโลกและประเทศไทยซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของรัฐบาล เหตุการณ์ครั้งนี้ถือว่าเป็นบทเรียนของสังคมไทยในการคิดออกแบบระบบใหม่ในการบริหารจัดการภาครัฐ โดยเฉพาะการออกแบบนโยบายระบบสวัสดิการพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพที่เกิดประโยชน์ ถ้วนหน้า รวมทั้งการจัดวางระบบ กลไก เครื่องมือในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน เพื่อให้ประเทศไทยมีภูมิคุ้มกันต่อโรคภัยหรือภัยคุกคามต่างๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

**จิรยุทธ์ คงนันท (2564)** ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดพิจิตร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในจังหวัดพิจิตร และศึกษาปัจจัยพยากรณ์โรคในสถานการณ์นี้ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง 954 VHVs ในจังหวัดพิจิตร ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2564 และวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในระดับสูง (ร้อยละ 52.4) ในแต่ละส่วน ได้แก่ การวางแผน การตัดสินใจ การดำเนินการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล พบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากทุกส่วน (ร้อยละ 51.4 43.0 48.8 48.8 และ 46.2 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 จากการวิเคราะห์แบบไม่แปรผัน ได้แก่ ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในชุมชน การฝึกอบรม และกลุ่มอายุ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในจังหวัดพิจิตรจากการวิเคราะห์หลายตัวแปร ได้แก่ ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมชุมชนที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ทัศนคติต่อโรคโควิด-19

**พงษ์พิพัฒน์ ชุ่มสีดา และวินัย ทองภูบาล (2564)** ศึกษากลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะ ผู้ให้ข้อมูลคือผู้เชี่ยวชาญจำนวน 25 คน และกลุ่มตัวอย่างคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 186 คน กำหนดขนาดโดย

ใช้ตารางของเครซีและมอร์แกน ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลพื้นฐานประกอบการสร้างกลยุทธ์ มี 5 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยภายนอกจำนวน 4 องค์ประกอบ (PEST) ปัจจัยภายใน จำนวน 4 องค์ประกอบ (4M) การจัดระบบและกลไกเพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรค จำนวน 5 องค์ประกอบ แนวทางการป้องกันโรคติดต่อ จำนวน 6 องค์ประกอบ และ แนวทางการควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 3 องค์ประกอบ กลยุทธ์ที่ได้ชื่อว่า 19-DIVOC STOP COVID-19 ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ จำนวน 4 ข้อ เป้าประสงค์ จำนวน 11 ข้อ กลยุทธ์ จำนวน 5 ข้อ มาตรการ จำนวน 19 ข้อ และตัวชี้วัดความสำเร็จ จำนวน 19 ข้อ ผลการประเมินกลยุทธ์ พบว่า มีระดับมากทั้งภาพรวมและรายข้อ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ( $\bar{x} \geq 3.50$ )

**ชลภา อนุกุล และคณะ (2564)** ศึกษาการพัฒนานโยบายสุขภาพแรงงานข้ามชาติเพื่อตอบรับวิกฤติโรคระบาด: กรณีศึกษาไวรัสโควิด-19 มีวัตถุประสงค์เพื่อหามาตรการทางนโยบายที่ยกระดับประสิทธิภาพการรับมือภัยทางสุขภาพในอนาคต ระเบียบวิธีวิจัยเป็นแบบผสมเชิงปริมาณและคุณภาพ ประกอบด้วยการสำรวจเก็บข้อมูลแบบพบหน้าจากกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติในเขตเมือง จำนวน 415 คน ช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2563 ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกนักวิชาการ เอ็นจีโอ ตัวแทนภาครัฐและเอกชน จำนวน 9 คน ประกอบกับการวิจัยเชิงเอกสารเปรียบเทียบนโยบายบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติของประเทศสิงคโปร์ เกาหลีใต้ เยอรมนี องค์กรแรงงานระหว่างประเทศและธนาคารโลก ข้อค้นพบจากงานวิจัย คือ ช่วงการระบาดใหญ่กลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติในเขตเมืองเป็นกลุ่มเปราะบางและมีความเสี่ยงทางสุขภาพจากสภาพแวดล้อมในการทำงานและที่อยู่อาศัย กลุ่มสำรวจประเมินว่าตนเองมีสุขภาพค่อนข้างแข็งแรง แต่มีความต้องการทางสุขภาพชัดเจนว่าด้วยความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงาน รวมทั้งการวางแผนครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญเห็นร่วมกันว่า ในช่วงเผชิญหน้ากับการระบาดมาตรการเชิงรุกมีความสำคัญและระบบบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติแบบองค์รวมช่วยบรรเทาผลกระทบจากวิกฤตได้ สอดคล้องกับผลการเปรียบเทียบนโยบายในต่างประเทศซึ่งพบว่าประเทศที่พัฒนาระบบคุ้มครองทางสังคมที่พร้อมรับมือวิกฤต (Shock Responsive Social Protection System) มีศักยภาพในการรับมือไวรัสโควิด-19 ได้ดีกว่า ข้อเสนอเชิงนโยบายเน้นมาตรการเชิงรุกมากขึ้นในการส่งต่อข้อมูลข่าวสารสุขภาพและความช่วยเหลือไปถึงชุมชนแรงงานข้ามชาติ การคุ้มครองสิทธิแรงงานที่เข้มข้นขึ้นในภาวะวิกฤติ ระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพที่ต้องเป็นตาข่ายคุ้มครองทางสังคมและสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งระบบบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ ที่มุ่งเน้นความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพไปพร้อมกัน

**หทัยรัตน์ โกษิยาภรณ์ และ คณะ (2564)** ศึกษาปัจจัยและกลไกในการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยต่อมาตรการในการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคและมาตรการ



ด้านสาธารณสุขและสังคม กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการศึกษาเป็นแบบผสมวิธีคู่ขนาน (parallel mixed method design) ประกอบด้วยการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สถานที่ศึกษาวิจัยในการศึกษานี้ คือ 6 ชุมชนแรงงานข้ามชาติในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ระนอง และภูเก็ต โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2564 ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์ เชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงภาพรวมในระดับประเทศและพื้นที่ จำนวน 36 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) และแบบลูกโซ่ (snowball sampling) วิเคราะห์ผลแบบแก่นสาระนิรนัย (deductive thematic analysis) ส่วนการวิจัยเชิงปริมาณ สํารวจแบบสอบถามเรื่องการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 56 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงในระดับพื้นที่ใน 3 ชุมชน จังหวัดระนองและสมุทรสาคร วิเคราะห์ผลแบบแผนภูมิเครือข่ายสังคมและคำนวณค่าความเป็นศูนย์กลางของข้อมูลในชุมชน (betweenness-and closeness-centrality) และค่าระยะห่างระหว่างแหล่งข้อมูล (mean distance) และสํารวจแบบภาคตัดขวางเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล การรับรู้ข้อมูลความเสี่ยงสุขภาพ ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุข ในแรงงานข้ามชาติที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มสองชั้น (cluster sampling) วิเคราะห์ผลเชิงพรรณนา (descriptive analysis) และเชิงอนุมาน (inferential analysis) พบว่าการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคระบาด นอกจากการสื่อสารเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ยังต้องครอบคลุมถึงการสื่อสารนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสามารถตัดสินใจในการปกป้องตนเองและครอบครัวได้ แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างของการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพ ทั้งปัจจัยระดับสังคม คือ โครงสร้างการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพ ปัจจัยระดับชุมชน คือ กิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพภายในชุมชนและปัจจัยระดับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย

**สุริยะ หาญพิชัย และทชวงษ์ จุลสวัสดิ์ (2564)** ศึกษาผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีต่อประชาชน การวิจัยเป็นการวิจัยผสมผสานมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลกระทบของประชาชนในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดลพบุรี 2) ศึกษาการปรับตัวสู่ชุมชนวิถีใหม่ของประชาชนใน พื้นที่จังหวัดลพบุรีกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนในพื้นที่จังหวัดลพบุรี จำนวน 397 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และการ สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากตัวแทนในพื้นที่ จำนวน 11 คน ผลการวิจัยพบว่า ผลกระทบของสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อประชาชนในจังหวัด ลพบุรี พบว่า 1) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ประชาชนมีรายได้ลดน้อยลง 2) ผลกระทบด้านสุขภาพกายและ สุขภาพจิต มีผลกระทบต่อความรู้สึกและสุขภาพจิตเนื่องจากความวิตกกังวล 3) ผลกระทบด้านสังคมและ สิ่งแวดล้อม มีการรวมกลุ่มกันน้อยลง สิ่งแวดล้อมได้รับการรบกวนจาก



มนุษย์น้อยลง 4) ผลกระทบด้านการ รับรู้ข่าวสารและการใช้เทคโนโลยี ประชาชนให้ความสนใจข่าวสาร และเกิดการเรียนรู้ในการใช้เทคโนโลยีการ สื่อสารมากขึ้น 5) ผลกระทบด้านการศึกษา ส่วนใหญ่ปรับ เป็นการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์ ผู้ปกครอง มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ในส่วนของการปรับตัวสู่ ชุมชนวิถีใหม่ของประชาชนในพื้นที่จังหวัดลพบุรี พบว่า 1) ด้านเศรษฐกิจ ประชาชนปรับตัวโดยการหา รายได้เสริม และลดรายจ่าย 2) ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ประชาชนส่วนใหญ่ปฏิบัติตาม กฎระเบียบของทางราชการ ระมัดระวังในการอยู่ร่วมกันมากขึ้น 3) ด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม การรวมกลุ่มกันลดน้อยลง อยู่บ้านพักอาศัยมากขึ้น หันมาใช้จ่ายระบบออนไลน์มากขึ้น 4) ด้านเทคโนโลยี ส่วนใหญ่ปรับตัวมาใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันกันมากขึ้น 5) ด้าน การศึกษา มีการปรับมาใช้ระบบออนไลน์

Aminah et al., (2021) ศึกษาบทบาทของรัฐบาลประเทศอินโดนีเซียในการจัดการ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายและวิเคราะห์การนำ นโยบายไปปฏิบัติจัดการกับโควิด-19 และอุปสรรค การทบทวนใช้วิธีการเชิงคุณภาพกับเทคนิคการ รวบรวมข้อมูล จากการศึกษาวรรณกรรมในวารสาร สื่อออนไลน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ รายงานจากหน่วยงาน ผลการสำรวจ และข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญในการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าการดำเนินนโยบายยังทำ ได้ไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากการตอบสนองช้าของรัฐบาลในช่วงเริ่มต้นของการระบาด ทำให้นโยบาย จัดการกับโควิด-19 ล่าช้า, นโยบายที่ไม่แน่นอนในการจำกัดกิจกรรมระหว่างประเทศ และขั้นตอนต่าง ๆ ทำให้รัฐบาลท้องถิ่นดำเนินการได้ยากตามข้อจำกัดทางสังคมที่มีขนาดใหญ่ในพื้นที่ของตน อุปสรรคใน การดำเนินนโยบาย ได้แก่ ระบบราชการ, ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง, ประสิทธิภาพองค์กรที่ไม่เหมาะสมของ หน่วยเฉพาะกิจโควิด-19 ในภูมิภาค; การประสานงานที่ไม่เต็มที่ระหว่างรัฐบาลส่วนกลางและส่วน ภูมิภาค กฎระเบียบที่ไม่ตรงกันระหว่างกระทรวง ประการที่สองอุปสรรคในการสื่อสารต่อสาธารณะ ได้แก่ แฉลงการณ์ที่ไม่ตรงกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐ การเข้าสังคมของคนที่ยังป่วย และความ พยายามที่ไม่เต็มที่ในการจัดการกับข้อมูลที่ผิดและข่าวปลอมจากโควิด-19 ข้อจำกัดด้านทรัพยากร บุคลากรทางการแพทย์มีจำกัด อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล หน้ากากอนามัย ค่าตรวจหาเชื้อโควิด-19 ที่แพง และความพร้อมของห้องปฏิบัติการที่ไม่เท่ากัน นอกจากนี้ ไม่ใช่รัฐบาลท้องถิ่นทุกแห่งจะเชื่อ ฟังนโยบายการจัดการโควิด-19 และพลเมืองจะปฏิบัติตามข้อกำหนด ประการสุดท้ายเจ้าหน้าที่ของรัฐ ไม่ได้ใช้รูปแบบการเป็นผู้นำในภาวะวิกฤต เพื่อการตัดสินใจและการดำเนินการที่รวดเร็วและเด็ดขาด ข้อเสนอแนะที่เสนอเป็นการเพิ่มบทบาทของกระทรวงมหาดไทยในการปรับปรุงการประสานงาน ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ประสานกฎระเบียบระหว่างกระทรวงต่าง ๆ ตลอดจนแก้ไขกฎระเบียบ เกี่ยวกับการจัดตั้งหน่วยเฉพาะกิจโควิด-19 การเตรียมกำลังเจ้าหน้าที่ และความครบถ้วนของอุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคล เช่นเดียวกับการมีหน้าากทางทางการแพทย์ และรับประกันราคาค่าตรวจโควิด-19 ที่สามารถจ่ายได้สำหรับผู้อยู่อาศัย การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการแพร่กระจายข่าวปลอมและการไม่ ปฏิบัติตามกฎหมายของพลเมือง โดยการกำหนดข้อบังคับที่มีบทลงโทษ

**จินตนา อาจสันเทียะ และคณะ (2565)** ศึกษาบทบาทพยาบาลชุมชนไทยต่อการป้องกัน และควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง พบว่า พยาบาลชุมชนต้องเร่งสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและวิธีการป้องกันโรคให้กับประชาชน ในชุมชน และมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการบริหารจัดการควบคุมการระบาดของโรค คือการสอบสวนโรคและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน การเยี่ยมบ้านวิถีใหม่ของ พยาบาลชุมชน ต้องกำหนดวัตถุประสงค์และวางแผนการเยี่ยมบ้านอย่างมีประสิทธิภาพ ประสานงาน กับทีมสุขภาพให้มีความพร้อม ก่อนออกเยี่ยมบ้านอย่างเคร่งครัด อีกทั้งต้องมีความรู้และทักษะในการ ควบคุมโรคติดเชื้อและการประเมินความเสี่ยงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การใช้การเยี่ยมบ้านทางไกล เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ทางระบาดวิทยาและทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ในด้านการพูดและเขียนของพยาบาลชุมชน สามารถส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ในการจัดการกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นกำลังสำคัญในการยุติการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กำลังทวีความรุนแรง เพิ่มมากขึ้นทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศสืบไป

**เกศรา แสณศิริวิสิฐ (2565)** ศึกษาแนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเมือง เปรียบเทียบกับชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10 โดยมี วัตถุประสงค์ 1) ศึกษาสถานการณ์การระบาดเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) ของโรคโควิด-19 ในชุมชนเมือง และชุมชนชนบท 2) เปรียบเทียบแนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) ของโรคโควิด-19 ในชุมชนเมือง กับชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10 3) เพื่อสร้างข้อเสนอแนะ แนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ในกรณีการระบาดในชุมชนเมือง และชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10 ศึกษาระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 กลุ่มเป้าหมาย เป็นเหตุการณ์ระบาดกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ที่มีผู้ติดเชื้อมากกว่า 20 รายขึ้นไป จากสถานการณ์การระบาดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ที่มีผู้ติดเชื้อ มากกว่า 20 ราย จำนวน 4 เหตุการณ์ (Cluster) เป็นการระบาดในชุมชนเมือง 1 เหตุการณ์ และ ในชุมชนชนบท 3 เหตุการณ์ ปัจจัยการระบาดในชุมชนเมืองเกิดจากการไปเที่ยวสถานบันเทิง ส่วนใน ชุมชนชนบทเป็นการระบาดในวงครอบครัวที่ผู้ติดเชื้อเดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงเป็นส่วนใหญ่ อีกทั้ง ยังพบว่ามีกรไปรวมกลุ่มทำกิจกรรมที่ผิดกฎหมาย (วงพนัน) การไปซื้อของในร้านค้าที่มีผู้ติดเชื้อ การพบปะสังสรรค์และการรับประทานอาหารร่วมกันในหมู่ญาติ เป็นต้น ด้านการบริหารจัดการ เพื่อควบคุมการระบาดในชุมชนเมืองเมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนชนบท พบว่า การบริหารจัดการในชุมชน เมืองมีรูปแบบที่เป็นทางการมีการประสานงานหลายภาคส่วน การเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงอาจเป็นไปได้ยากกว่า ในชุมชนชนบท ความพร้อมด้านกำลังคน วัสดุอุปกรณ์และระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในเขตชุมชน เมืองมีความพร้อมมากกว่าในชุมชนชนบท ในขณะที่ชุมชนชนบทมีจุดเด่นในเรื่องของการทำงานที่มี รูปแบบที่ไม่เป็นทางการ สามารถดำเนินการได้โดยอาศัยสัมพันธ์ภาพในชุมชน ทำให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยง

ได้ง่ายและได้รับความร่วมมือมากกว่าชุมชนเมือง ดังนั้นเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพทั้งในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ควรเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในทุกกระดับ ให้สามารถสับเปลี่ยนหมุนเวียนอัตรากำลังได้ในภาวะฉุกเฉิน มีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีการพัฒนา EOC ในระดับอำเภอให้มีความพร้อม ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด มีการพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนบริหารทรัพยากรอย่างเพียงพอ และการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเชิงรุก การสื่อสารความเสี่ยง และการสร้างความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อให้การควบคุมโรคเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดต่อไป

**ธีระ วรธนารัตน์ และคณะ (2565)** ศึกษาการบริหารจัดการภาวะวิกฤตในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ระลอกแรก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอกลไกและกระบวนการบริหารจัดการของรัฐที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์สำคัญระหว่างสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทยระลอกแรกในช่วงปี พ.ศ. 2563 ระเบียบวิธีศึกษา ดำเนินการทบทวนเอกสารย้อนหลังเกี่ยวกับการบริหารจัดการของรัฐในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยสืบค้นจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ สรุปประสบการณ์ตรงของคณะวิจัยที่ทำงานวิชาการและยุทธศาสตร์ให้กับคณะทำงานของศูนย์ปฏิบัติการศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศปก.ศบค.) และสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากภาครัฐ เอกชนและประชาสังคม ผลการศึกษาพบว่า การบริหารจัดการภาวะวิกฤตในแต่ละระยะนั้นมีความแตกต่างกัน ระยะเตรียมการจนถึงระยะตอบสนองการระบาดเต็มรูปแบบนั้นมีลักษณะสำคัญคือนโยบายและมาตรการได้รับการสั่งการถ่ายทอดไปสู่ระดับพื้นที่ในทิศทางเดียวและรูปแบบเดียว ในขณะที่ระยะต่อเนื่องได้มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจไปยังระดับจังหวัดและเขตเพื่อให้พิจารณาแผนปฏิบัติการตามแต่บริบทของตนเอง โดยมุ่งที่จะหาจุดสมดุลระหว่างผลลัพธ์ทางสุขภาพและผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

**วรรณฤติ อิศรานุวัฒน์ชัย และคณะ (2565)** ศึกษาประเด็นท้าทายเพื่อพัฒนารอบการติดตามและการประเมินผลของนโยบายวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อสร้างกรอบการประเมินที่มีตัวชี้วัดมาตรฐาน อันสามารถใช้ในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานที่มีความเกี่ยวข้องกับนโยบายวัคซีนโควิด-19 ในบริบทของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้ 1) เพื่อเข้าใจประเด็นท้าทายของการใช้วัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและกลุ่มประเด็นท้าทายอื่น ๆ 2) เพื่อรวบรวมและเรียนรู้ตัวชี้วัดในการประเมินผลสำเร็จของนโยบายการให้วัคซีนโควิด-19 จากประสบการณ์ของประเทศในกลุ่ม ASEAN ในการสนับสนุนการพัฒนารอบการประเมินผลสำเร็จของนโยบายการให้วัคซีนโควิด-19 สำหรับประเทศไทยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว 3) เพื่อประมาณการงบประมาณที่จำเป็นสำหรับการติดตามและประเมินผลของนโยบายการให้วัคซีนโควิด-19 สำหรับประเทศไทย และ 4) เพื่อการจัดทำกรอบและตัวชี้วัด โดยรวบรวมข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นความท้าทายและสิ่งที่คาดหวังได้จากนโยบายการให้วัคซีน

โควิด-19 สำหรับประเทศไทย การศึกษานี้มีการใช้ระเบียบวิธีวิจัยหลายวิธีเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ข้างต้น โดยมีการสำรวจผ่านทางช่องทางออนไลน์ เพื่อทำความเข้าใจประเด็นด้านความลังเลในการรับวัคซีนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แรงงานต่างด้าวและประชาชนทั่วไป มีการลงพื้นที่เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความลังเลในการรับวัคซีนของแรงงานต่างด้าวในระบบ และมีการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตเกี่ยวกับกรอบการติดตามและประเมินผลของวัคซีนโรคอื่น ๆ ที่มีการใช้อยู่แล้ว รวมถึงการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเทศไทยและในประเทศอาเซียน เพื่อศึกษาเกี่ยวกับตัวชี้วัดและทรัพยากรที่ต้องใช้ในการดำเนินการติดตามและประเมินผล ทั้งนี้ ใช้แบบจำลองถดถอยแบบหลายตัวแปร (multivariable regression analysis) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ ผลการศึกษาแสดงว่าประชากรที่ศึกษาทุกกลุ่มมีความลังเลในการรับวัคซีนอยู่บางระดับ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ความลังเลลดลงเมื่อวัคซีนมาถึงประเทศไทย แรงงานต่างด้าวมีความลังเลน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป การประชุมโต๊ะกลมในประเทศอาเซียน เน้นย้ำบทเรียนที่ได้เกี่ยวกับแนวทางการบริหารการให้วัคซีนโควิด-19 ของแต่ละประเทศ รวมทั้งแนวทางสนับสนุนการดำเนินการเพื่อการบริหารการให้วัคซีนโควิด-19 และกรอบแนวทางในการประเมินความสำเร็จของนโยบายการให้วัคซีนโควิด-19 นอกจากนี้ จากผลการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตและการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้มีการสรุปรายการตัวชี้วัดในกรอบการติดตามและประเมินผลออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ความครอบคลุมของวัคซีน การดำเนินงานและการปฏิบัติการทางคลินิกและองค์ประกอบด้านอื่นๆ การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนผู้กำหนดนโยบายในการวางแผนในช่วงหลังจากมีการฉีดวัคซีน ในเรื่องความลังเลในการรับวัคซีนและตัวชี้วัดเพื่อสนับสนุนการติดตามและประเมินผลการใช้วัคซีนโควิด-19 โครงการวิจัยนี้ใช้วัคซีนป้องกันโควิด-19 เป็นกรณีตัวอย่าง โดยมุ่งหวังว่าผลการวิจัยอาจสนับสนุนการทำงานในโรคอื่นๆ และบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ต่อไปในอนาคต

**สุทัศน์ โชตนะพันธ์ และคณะ (2565)** ศึกษาการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเชิงบูรณาการเพื่อบริหารจัดการและการจัดทำนโยบายด้านบริการสุขภาพและสถานะสุขภาพแรงงานข้ามชาติ โดยประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศภูมิศาสตร์ กรณีศึกษา: สถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 เพื่อนำข้อมูลมาบริหารจัดการด้านบริการสุขภาพและสถานะสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ โดยใช้ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม จากคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในการพัฒนาระบบแสดงครั้งนี้ ได้นำเสนอข้อมูลผ่านแดชบอร์ด (Dashboard) และแสดงในรูปแบบแผนที่ ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ผ่านโปรแกรมเว็บเบราว์เซอร์ (<http://www.r6-health.info>) โดยการแสดงผลประกอบด้วย 5 หมวดหลัก ได้แก่ ข้อมูลสถิติ สถานพยาบาลและระยะเวลาในการเข้าถึงข้อมูลประชากรแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ ข้อมูลโรคเชิงพื้นที่ ข้อมูลโรคโควิด-19 และตารางข้อมูลโรค และเป็นฐานข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการบริหารจัดการข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว ซึ่งตัวอย่างกรณีศึกษา: สถานการณ์โรคโควิด-19 พบว่ามาตรการที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขสามารถควบคุมการระบาดได้ดีในระลอกการระบาดที่ 1

และ 2 นอกจากนี้ฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้แสดงตำแหน่งของสถานพยาบาล ระยะการเข้าถึงสถานพยาบาลและสามารถใช้เพื่อการวางแผนการให้บริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานข้ามชาติในเขตสุขภาพที่ 6 ต่อไป โดยสามารถเพิ่มเติมในเรื่องของการกระจายของทรัพยากร การกระจายของการบริการทางสาธารณสุข รวมถึงความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนโควิด-19 แต่ยังคงมีปัญหาเรื่องการนำเข้าของข้อมูล ควรกระตุ้นให้หน่วยงานต้นทางเร่งการนำเข้าข้อมูลมากกว่าการให้เพิ่มระบบการรายงานด้วยวิธีอื่นๆ

สำหรับงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับมาตรการ Bubble and Seal นั้น พบว่ามีงานวิจัยทั้งหมด 2 เรื่อง ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

**นิติรัตน์ พูลสวัสดิ์ และคณะ (2565)** ศึกษาการประยุกต์มาตรการ Bubble and Seal ในการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานประกอบการอุตสาหกรรมในพื้นที่กรุงเทพฯ ซึ่งได้ศึกษาแนวทางการประยุกต์ใช้มาตรการ Bubble and Seal เพื่อลดการระบาดในพื้นที่โรงงาน และเพื่อเป็นการวิเคราะห์เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยผลการศึกษาได้เสนอว่าควรมีการอบรมและพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ปฏิบัติงานต่าง ๆ อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว มีการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ตลอดจนจัดทำระบบข้อมูลสุขภาพของแรงงานต่างด้าวและแนวทางการสรรหาและบริหารด้านวัคซีน งานวิจัยดังกล่าวมีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่เฉพาะ และจากการศึกษาพบว่ามาตรการ Bubble and Seal นั้นมีประสิทธิภาพและช่วยให้จำนวนผู้ติดเชื้อลดลง

**วัชรวิทย์ ทองอ่อน เพชรภรณ์ มีทอง และสุกัญญา ศรีบุชัย (2565)** ศึกษาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทาง Factory Sandbox ในจังหวัดชลบุรี โดยมีการทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคผ่านการประยุกต์ใช้มาตรการ Bubble and Seal ด้วยการจำแนกผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางให้อยู่ใน bubble เพื่อป้องกันควบคุมโรค หากแต่งานวิจัยดังกล่าวได้พบความท้าทายในการประยุกต์ใช้มาตรการ Bubble and Seal เนื่องจากปัญหาความไม่ชัดเจนด้านการสนับสนุนทรัพยากรด้านการตรวจคัดกรองให้กับสถานประกอบการ และแรงงานทำให้เกิดการแบกรับค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรอง งานวิจัยจึงได้ทำข้อเสนอแนะทางในการสนับสนุนหรือจัดหาช่องทางในการเข้าถึงอุปกรณ์การตรวจคัดกรองในราคาที่ควบคุมสำหรับทั้งสถานประกอบการ และต่อแรงงาน โดยงานวิจัยได้มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ จะเห็นได้ว่างานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับมาตรการ Bubble and Seal ที่มีอยู่นั้นยังเน้นการศึกษาเชิงลึกแบบหนึ่งกรณีศึกษา (single-case studies) ดังนั้นการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบซึ่งเป็นเป้าหมายของงานวิจัยนี้ช่วยถอดบทเรียน และประสบการณ์การนำมาตรการไปปฏิบัติที่แตกต่าง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการ และพัฒนามาตรการให้มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

**กล่าวโดยสรุป** งานวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นครอบคลุมตั้งแต่การศึกษานโยบายและมาตรการในระดับมหภาค เช่น การศึกษาการจัดการนโยบายของรัฐบาลและกลุ่มการเมือง จนถึงการศึกษาเชิงระบบบริหารสาธารณสุขในการนำมาตรการ

และนโยบายการป้องกันควบคุมโรคไปใช้ในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาระบบในลักษณะการทำงานระหว่างกลุ่มภาคีเครือข่าย อาทิ การจัดการสาธารณสุขข้ามแดนระหว่างประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ความเข้าใจตลอดจนความขัดแย้งที่ทุกภาคส่วนต้องเผชิญหรือได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับการศึกษาด้านพัฒนากำลังคนทักษะ และการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มอาสาสมัครด้านสาธารณสุขนั้นถือว่าเป็นรูปแบบการศึกษาที่ได้รับความนิยมในการศึกษามากที่สุด

## 2.6 กรอบทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์กรอบการวิเคราะห์ที่ได้แก่ ทฤษฎีการวิเคราะห์นโยบาย ด้าน Narrative Policy Framework (Shanahan et al., 2018) และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบริหารสาธารณสุขในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในสถานที่ทำงานโดย WHO (2021) ดังต่อไปนี้

**Narrative Policy Analysis** เป็นทฤษฎีที่สำคัญในการศึกษาประสิทธิภาพของนำมาตรการหรือนโยบายไปใช้ในสถานะฉุกเฉิน ซึ่งมีผู้ใช้ทฤษฎีดังกล่าวในการศึกษาการนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของโรค ได้แก่ Berry, Wharf-Higgins และ Naylor (2007) Wald (2008) และ ศึกษาเกี่ยวกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Aminah et al., 2021) โดยเป้าหมายสำคัญ 2 ประการของทฤษฎี Narrative Policy Analysis (Shanahan et al., 2018) ดังกล่าวได้แก่

**ประการแรก** การอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น และส่งผลกระทบต่อความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตนของผู้เกี่ยวข้องกับนโยบายหรือมาตรการ ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพของการพัฒนา และการนำนโยบายหรือมาตรการไปปฏิบัติ โดยการศึกษากระบวนการพัฒนา และกระบวนการนโยบาย นำไปใช้นั้นจะต้องมีการพิจารณาบริบทมาตรการที่ได้ไปบังคับใช้

**ประการที่สอง** คือ ทฤษฎีดังกล่าวยังการศึกษาว่าผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหรือมาตรการมีการตีความ หรือเข้าใจมาตรการได้อย่างถูกต้อง และสามารถปฏิบัติและสนับสนุนตามมาตรการ ดังนั้นการใช้ทฤษฎีดังกล่าวจะช่วยให้นักวิจัยสามารถศึกษาประสบการณ์ การตัดสินใจเชิงนโยบาย และผลที่เกิดจากการนำนโยบายไปปฏิบัติจากเอกสาร และมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น ผู้วิจัยได้ตั้งคำถามสำหรับการวิเคราะห์จากบทพื้นฐานทฤษฎี Narrative Policy Analysis ในการอธิบายปรากฏการณ์การพัฒนา หากแต่ Narrative Policy Analysis นั้นเน้นการศึกษาปรากฏการณ์ และจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์บริบทที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นเพื่อเป็นการศึกษาและถอดบทเรียนได้อย่างมีขอบเขต คณะผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดด้านการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในที่ทำงาน โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจุดปฏิบัติการเชิงนโยบายของรัฐบาลในทุกระดับ (Policy action points: government level policies) 3 หัวข้อ ได้แก่



1) หัวข้อนโยบายระดับชาติและมาตรการสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในที่ทำงาน (National policies and programs for prevention and mitigation of COVID-19 in workplaces) โดยจะทำการศึกษาริบทที่เกี่ยวกับ การทำงานร่วมกันของนายจ้างและแรงงาน การบริหารจัดการในสถานที่ทำงานของนายจ้างในการป้องกันควบคุมโรค และสิทธิของแรงงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและกฎหมายการคุ้มครอง

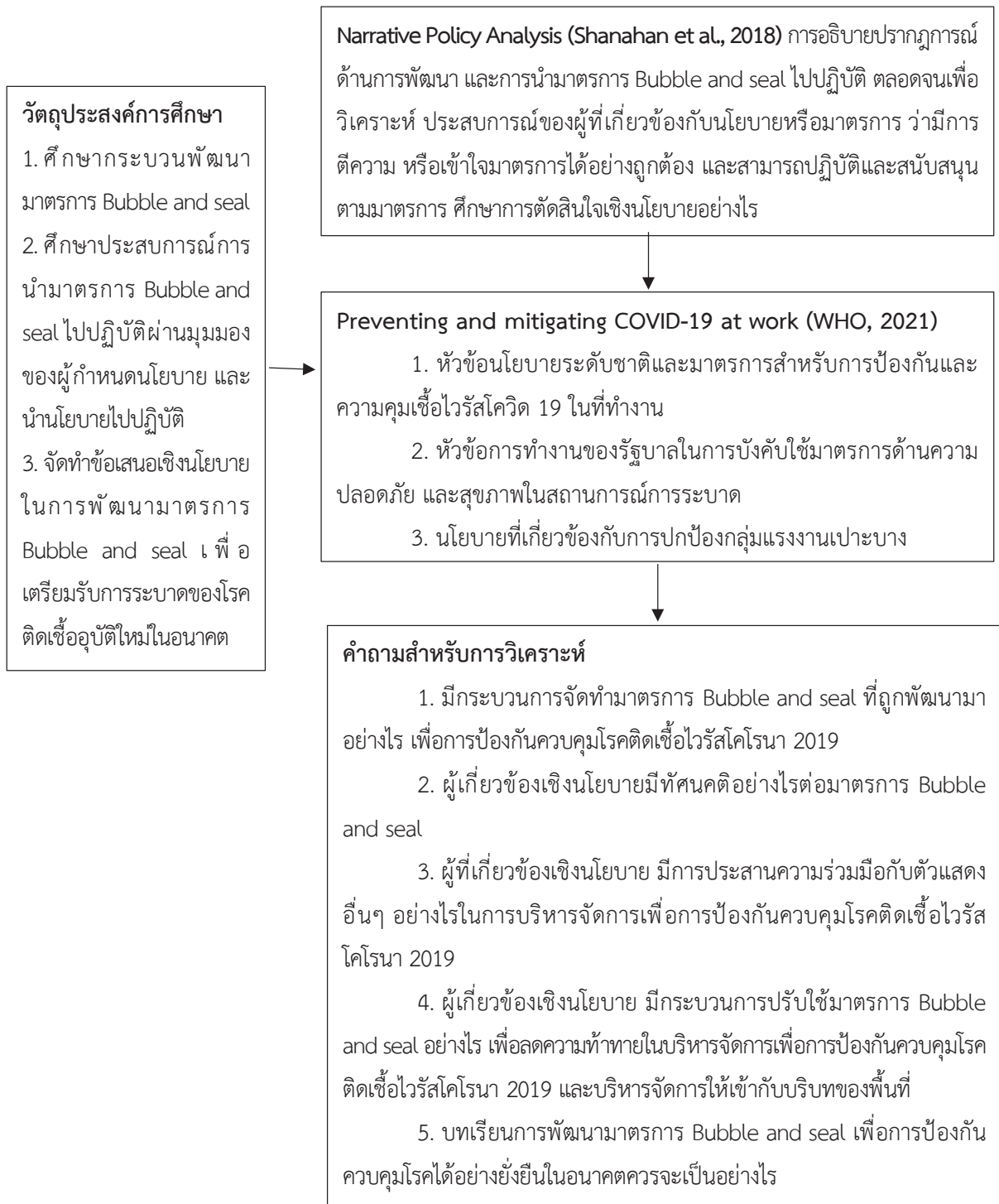
2) หัวข้อการทำงานของรัฐบาลในการบังคับใช้มาตรการด้านความปลอดภัย และสุขภาพในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Government oversight and enforcement of safety and health measures during the COVID-19 pandemic) โดยจะศึกษา ร่วมมือของหน่วยงานรัฐ เจ้าของกิจการและแรงงานในการปฏิบัติตามมาตรการ การให้ความช่วยเหลือของรัฐบาลที่มีต่อแรงงานและชุมชนที่มีต่อการเปิดกิจการ และบทบาทของรัฐบาลในการสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มเจ้าของกิจการในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนของโรค และความรับผิดชอบในการสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยให้กับแรงงาน

3) นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องกลุ่มแรงงานเปราะบาง (Policies directed at protecting vulnerable workers) ได้แก่ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ แรงงานนอกระบบ และกลุ่มคนใช้แรงงานที่เป็นชนกลุ่มน้อย โดยจะมีการวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการทำงาน การเข้าถึงบริการ ภาษาและการสื่อสาร ตลอดจนอิทธิพลด้านวัฒนธรรม ความเชื่อที่แตกต่าง ตลอดจนปัจจัยด้านเศรษฐกิจ โดยจะทำการศึกษามาตรการที่ได้นำไปบังคับใช้ได้สะท้อนปัญหาจากบริบทข้างต้นหรือไม่ ผู้ที่เกี่ยวข้องเชิงนโยบายมีกระบวนการดูแลแรงงานอย่างไรภายใต้บริบทการควบคุมโรค โดยคณะผู้วิจัยจะศึกษาคครอบคลุมส่วนการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข การให้บริการที่เข้าใจความแตกต่างด้านภาษาและวัฒนธรรม สถานที่พักอาศัย สถานะการอยู่ในระบบสาธารณสุข ตลอดจนแนวทางเตรียมพร้อมเจ้าหน้าที่สอบสวนโรคในกลุ่มแรงงานเปราะบาง

โดยทั้งสามหัวข้อตามข้อเสนอแนะของ WHO (2021) มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการศึกษามาตรการ Bubble and Seal ซึ่งเป็นมาตรการป้องกันควบคุมโรคในสถานประกอบการที่มีแรงงานจำนวนมาก ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้สร้างคำถามในการวิเคราะห์ ตามกรอบทฤษฎีดังกล่าว เพื่อวิเคราะห์มาตรการ Bubble and Seal จากนั้น ผู้วิจัยได้นำกรอบการวิเคราะห์ของ WHO (2021) กรอบการวิเคราะห์ Narrative Policy Analysis (Shanahan et al. 2018) มาสังเคราะห์ร่วมกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ตลอดจนการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้สร้างกรอบสังเคราะห์ และคำถามสำหรับการวิเคราะห์ตัวบทเอกสาร และบทสัมภาษณ์ ซึ่งคำถามสำหรับการวิเคราะห์เป็นหัวข้อคำถามสัมภาษณ์หลักของงานวิจัย ตามภาพที่ 2.3 กรอบทฤษฎีสำหรับการศึกษา



ภาพที่ 2.3 กรอบทฤษฎีสำหรับการศึกษา



**กล่าวโดยสรุป** ผู้วิจัยจึงได้กำหนดแนวทางวิเคราะห์ โดยใช้คำถามวิเคราะห์เป็นประเด็นหลัก ในการตรวจสอบข้อมูล และเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการและความท้าทาย ในการนำมาตรการ Bubble and Seal ไปปฏิบัติ ตลอดจนการปรับใช้ให้เข้ากับบริบทได้อย่างเหมาะสม

โดยคำถามการวิเคราะห์แรก มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาแนวทางการจัดทำและการพัฒนา มาตรการ Bubble and Seal ว่ามีที่มาอย่างไร กระบวนการดังกล่าวนี้ได้นำการวิเคราะห์เอกสารเป็น หลัก เพื่อศึกษาพัฒนาการของมาตรการ ตลอดจนแนวทางที่ถูกนำมาใช้ในปัจจุบัน

สำหรับคำถามการวิเคราะห์ที่ 2 ถึง 4 นั้นจะได้อะไรจากการสัมภาษณ์กลุ่มอาสาสมัครที่ได้นำ มาตรการไปใช้ หรือได้รับผลกระทบจากมาตรการ โดยเน้นศึกษา ประสบการณ์ ทักษะที่มีต่อมาตรการ Bubble and Seal ตลอดจนกระบวนการทำงาน ความร่วมมือในการนำมาตรการ Bubble and Seal ไป ปฏิบัติในพื้นที่จริง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่า การแก้ไขปัญหาสถานการณ์การระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นเต็มไปด้วยความท้าทาย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้อง ปรับเปลี่ยนมาตรการ และแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับการทำงานในพื้นที่ ดังนั้นคำถามที่ 4 สำหรับการ วิเคราะห์ข้อมูล เน้นการศึกษาการปรับใช้มาตรการ Bubble and Seal เพื่อลดความเสียหายในบริหาร จัดการ เพื่อการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และบริหารจัดการให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ และคำถามสุดท้ายนั้นเป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเอกสาร และการสัมภาษณ์ เพื่อเป็นการถอดบทเรียน ในการพัฒนา มาตรการ Bubble and Seal เพื่อการป้องกันควบคุมโรคได้อย่าง ยั่งยืนในอนาคต

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

##### 3.1 รูปแบบงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) อยู่บนฐานคิดแบบเชิงตีความ หรือ Interpretivist Approach ที่ศึกษาประสบการณ์ การตีความ ตลอดจนการศึกษามุมมองของ อาสาสมัครวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับมาตรการ Bubble and Seal นอกจากนี้งานวิจัยยังได้ศึกษา เอกสารเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับมาตรการ Bubble and Seal ตลอดจนแนวทาง ยุทธศาสตร์การนำ มาตรการไปปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนกรกฎาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2564

ดังนั้นงานวิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูล 2 ประเภท ได้แก่ ศึกษาข้อมูลจากการวิเคราะห์ทางเอกสาร (Documentary Analysis) ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ นโยบายการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ มาตรการ Bubble and Seal ผ่านเว็บไซต์ ของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ เว็บไซต์หน่วยงานของผู้เข้าร่วมวิจัย สำหรับเอกสารที่ไม่ได้ถูกเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ ผู้วิจัยจะทำการ ส่งจดหมายการขอเข้าถึงเอกสาร โดยจะมีเกณฑ์การคัดเลือกตัวบท หรือเอกสาร โดยเป้าหมายของการ วิเคราะห์เอกสาร เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนามาตรการ Bubble and Seal ที่บังคับใช้ในประเทศไทย และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลทาง เอกสารก่อน การสัมภาษณ์เพื่อให้บทวิเคราะห์เอกสารได้เป็นพื้นฐานในการสร้างคำถามสัมภาษณ์ และ เพื่อเป็นการตรวจเช็คความถูกต้องของข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นเวลา 40-45 นาที ทั้งนี้การวิจัย คุณภาพนั้นมีรูปแบบที่สลับไหล ผู้วิจัยจะใช้ snowball sampling ร่วมกับ การสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยจะเป็นการสอบถามผู้สัมภาษณ์ เพื่อหาผู้ที่เกี่ยวข้องต่อนโยบายเพิ่มเติม โดยมีเป้าหมายเพื่อศึกษาประสบการณ์จัดทำมาตรการ และนำมาตรการ Bubble and Seal ไปใช้ ดังนั้น การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลจะแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร 2) การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และ 3) การนำผลวิเคราะห์จากขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาอภิปราย ร่วมกัน

##### 3.2 พื้นที่ และระยะเวลาการวิจัย

**พื้นที่วิจัย** กรุงเทพมหานครและอำเภอชายแดน จังหวัดตากชายแดนไทย-เมียนมาร์ ซึ่งเป็นเขต พัฒนาเศรษฐกิจพิเศษชายแดน เป็นศูนย์เปลี่ยนถ่ายสินค้าระหว่างประเทศไทยและสหภาพเมียนมา โดยพื้นที่ทั้งสองเป็นที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรมที่ใช้แรงงานเข้มข้น

**ระยะเวลาการวิจัย** ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2564

### 3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประกอบด้วยผู้กำหนดนโยบาย (Policy Maker) และผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementators) ได้แก่ ตัวแทนจากรัฐบาลไทย/ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน ซึ่งเป็นหน่วยงานอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดนนทบุรี สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาครัฐ และศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ อาทิ ฝ่ายปกครอง และฝ่ายควบคุมแรงงาน ตลอดจนภาคประชาสังคม ได้แก่ องค์กรประชาสังคม และผู้ประกอบการที่มีบทบาทในการใช้มาตรการดังกล่าวเพื่อป้องกันควบคุมโรคจากพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดตาก โดยประชากรกลุ่มดังกล่าว ได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการตอบโต้สาธารณสุขฉุกเฉินของนโยบายป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 31 คน โดยสามารถค้นคว้าการได้มาของประชากรจากเว็บไซต์ทางการของหน่วยงานที่ประชากรได้ปฏิบัติหน้าที่อยู่รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูล ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยอาสาสมัครส่วนใหญ่มาจากหน่วยงาน ด้านสาธารณสุข และมีอาสาสมัครบางส่วนจากหน่วยงานด้านมหาดไทย ด้านการบริหารจัดการแรงงาน และภาคประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการนำมาตรการ Bubble and Seal ไปใช้ โดยพื้นที่วิจัยได้แก่พื้นที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดตาก ซึ่งเป็นจังหวัดชายแดนประเทศไทยและสหภาพเมียนมาร์

#### เกณฑ์การคัดเลือกประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

เป็นเจ้าหน้าที่ที่มีตำแหน่ง และหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับแผนปฏิบัติการตอบโต้สาธารณสุขฉุกเฉินของนโยบายป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแรงงานไทย และเมียนมาร์ มีอายุ 20-59 ปี และได้รับมอบหมายเป็นผู้กำหนดนโยบาย และมาตรการการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแรงงานไทย เมียนมาร์ หรือนำนโยบายไปปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการนโยบายการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาวะสาธารณสุขฉุกเฉิน หรือนโยบายป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคติดต่ออุบัติใหม่ รูปแบบการสัมภาษณ์อาจมีการปรับเปลี่ยนเนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นการสัมภาษณ์ผ่านโทรศัพท์ (Telephone Interview) คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการติดต่อเจ้าหน้าที่ Gatekeeper และหน่วยงานของอาสาสมัครเพื่อเป็นการแจ้งอาสาสมัครในเบื้องต้น และขอเบอร์โทรศัพท์ จากนั้นได้ทำการติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครพร้อมนัดวัน และเวลาสัมภาษณ์ตามความประสงค์ของอาสาสมัคร และขออนุญาตอัดเสียง โดยมีการอธิบายแนวทางการจัดการข้อมูลว่าจะใช้รหัสเพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเทปเสียงจะถูกทำลายเมื่องานวิจัยสิ้นสุดลง โดยจะเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์สื่อรหัสเพื่อรักษาความปลอดภัย (Hesse-Biber, 2017, Drabble et al., 2016, Green and Thorogood, 2018)

### 3.4 เครื่องมือและอุปกรณ์ในการวิจัย

3.4.1 เทปบันทึกเสียงที่สามารถถอดรหัสได้ (Encrypted Device)

3.4.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่คณะวิจัยได้สร้างขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย คำถามที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามวิจัยปลายเปิด และคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งครอบคลุมคำถามประเภทความรู้และประสบการณ์การด้านการจัดทำ และนำมาตรการ Bubble and Seal ไปปฏิบัติ ตลอดจนความคิดเห็นที่มีต่อมาตรการ

3.4.3 บันทึกการวิจัยสำหรับผู้วิจัย

3.4.4 โทรศัพท์มือถือ

3.4.5 โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสัมภาษณ์แบบสำเร็จรูป NVivo Pro 12

### 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (Documentary analysis)

วิเคราะห์เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับตัวบทมาตรการ Bubble and Seal โดยจะมีเกณฑ์การคัดเลือกเอกสาร ที่จัดทำขึ้นโดยรัฐบาลไทย ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การระหว่างประเทศ และเอกสารที่จัดทำโดยภาคประชาสังคม (NGOs) ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับมาตรการ Bubble and Seal และการป้องกันควบคุมโรค Covid-19 ในโรงงาน เอกสาร หรือ ตัวบทเอกสารในการศึกษา ได้แก่ เอกสารเชิงนโยบาย รายงานการประชุม เอกสารเชิงยุทธศาสตร์ รายงานประจำวัน แผ่นพับ คำแนะนำ รายงานประจำเดือน เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ และเอกสารที่นำเสนอในที่ประชุม และเอกสารเผยแพร่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับมาตรการ Bubble and Seal โดยจะคัดเลือกเอกสารที่จัดทำเป็นทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ โดยการคัดเลือกเอกสารจะทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเอกสารดังต่อไปนี้

#### เกณฑ์คัดเข้า

1. เอกสารเกี่ยวข้องกับมาตรการ Bubble and Seal และยังมีการบังคับใช้อยู่
2. เอกสารมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบมาตรการ Bubble and Seal เพื่อการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแรงงานไทย และแรงงานข้ามชาติ ตลอดจนแนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแรงงาน โรงงานอุตสาหกรรมและแคมป์แรงงาน
3. เอกสารมีนโยบายเกี่ยวข้องกับการป้องกันการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมาตรการ Bubble and Seal ในคนไทยและกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เป็นเป้าหมายของการศึกษาวิจัยนี้

### เกณฑ์คัดออก

1. เอกสารมีแหล่งที่มาไม่แน่ชัด หรือไม่สามารถตรวจสอบได้
2. เอกสารมีความซ้ำซ้อนกับเอกสารอื่น
3. เอกสารที่จัดทำเป็นภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
4. เอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้มาตรการ Bubble and Seal ในพื้นที่นอกเหนือการวิจัย
5. เอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคในโรงงาน แคมป์แรงงาน
6. เอกสารเป็นนโยบายการสื่อสารเพื่อการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มคนข้ามชาติอื่นๆ เช่น ผู้ลี้ภัย

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลสัมภาษณ์ (Interview Analysis)

การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นเวลา 35 - 40 นาที โดยเป็นการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยอาสาสมัคร คือ ผู้กำหนดนโยบาย (Policy Maker) และผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementators) ได้แก่ ตัวแทนจาก รัฐบาลไทย/ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงแรงงาน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ ศบค. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานราชการมหาดไทย และหน่วยงานราชการด้านแรงงานระดับจังหวัดและท้องที่ ตลอดจนตัวแทนภาคประชาสังคม (NGOs) ที่ได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการตอบโต้สาธารณสุขฉุกเฉินของนโยบายป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกี่ยวข้องกับการมาตรการ Bubble and Seal ทั้งนี้การวิจัยคุณภาพนั้นมีรูปแบบที่สลับไหล ดังนั้นจะใช้กระบวนการสุ่มหาอาสาสมัคร 2 รูปแบบได้แก่ การสุ่มแบบสะดวง (Snowball Sampling) ร่วมกับการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยจะเป็นการสอบถามผู้สัมภาษณ์ เพื่อหาผู้ที่เกี่ยวข้องต่อนโยบายเพิ่มเติม

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร และข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้ขั้นตอน Thematic Analysis โดยการcode ข้อมูล แบบ Deductive Coding ผ่านกรอบทฤษฎีที่คณะผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ในการวิเคราะห์ทั้งข้อมูลเอกสาร และข้อมูลสัมภาษณ์ โดยขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.7.1 การเตรียมข้อมูล หลังจากการสัมภาษณ์และการถอดเทปบันทึกเสียง ผู้วิจัยจะอ่านข้อมูล และฟังเทปบันทึกเสียงเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์เอกสารคณะผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกและอ่านข้อมูลซ้ำๆ เพื่อสร้างความเข้าใจ ตลอดจนความคุ้นเคยข้อมูล

3.7.2 การอ่านและการบันทึก ขั้นตอนนี้จะขั้นตอนการอ่านข้อมูลหลายครั้งทั้งบทสัมภาษณ์ และเอกสารเพื่อทำความเข้าใจข้อมูล ทำการบันทึกข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์

แยกทีม และกลุ่มของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคำถามวิจัย และคำถามวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งเกิดขึ้นจากการอ่าน บทถอดเทป และเอกสารที่คัดเลือกมาซ้ำหลายครั้ง

3.7.3 การจัดกลุ่มข้อมูล และจัดทำรหัสกลุ่มข้อมูล หลังจากกลุ่มของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจะกำหนดชื่อ รหัสให้กับกลุ่มข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคำถามวิจัย และบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ คำอธิบายเกี่ยวกับ ขอบเขตในการจัดทีมและแบ่งกลุ่มของ Code นั้นๆ โดยขั้นตอนนี้จะมีการประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็น ระหว่างคณะผู้วิจัย จากนั้นนำกลุ่มข้อมูลทั้งหมดเข้าโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ NVivo12 Pro เพื่อแยกหมวดหมู่

3.7.4 การหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มข้อมูล ขั้นตอนนี้จะขั้นตอนในการจัดกลุ่ม และ สังเคราะห์ กลุ่มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคำถามวิจัย จากขั้นตอนที่ 3 เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์และประเด็น หลักๆในการวิเคราะห์ข้อมูล และหาความสัมพันธ์ระหว่างทีมและชุดข้อมูลหลัก

3.7.5 การตีความและการนำเสนอข้อมูล หลังจากขั้นตอนที่ 4 ผลที่ได้จะได้ทีมและชุดข้อมูล หลัก พร้อมกับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มข้อมูล และ คำถามวิจัย นำมาสู่การตีความข้อมูลผ่าน กรอบทฤษฎีและการนำเสนอข้อมูลจะจัดทำ โดยการอภิปรายการตีความระหว่างกรอบการวิเคราะห์ คำถามวิจัยและวัตถุประสงค์งานวิจัย

3.7.6 การนำผลวิเคราะห์จากขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาทำการวิเคราะห์ร่วมกัน และการเขียน เพื่อนำเสนอข้อมูล คณะผู้วิจัยจะทำการประชุมเพื่อหารือ และทบทวนผลการวิจัยจากขั้นตอนที่หนึ่งและ ขั้นตอนที่สอง โดยจะมีการประชุมหารือในหัวข้อดังต่อไปนี้

- 1) การศึกษาหาความสัมพันธ์ของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2
- 2) ตีความ และเรียบเรียงข้อมูลโดยอ้างอิงทฤษฎี
- 3) ศึกษาหาประเด็นใหม่ ที่น่าสนใจจากผลวิจัยทั้งสองขั้นตอนและนำมาอภิปราย
- 4) แนวทางการเขียนเพื่อนำเสนอข้อมูล

### 3.8 การประเมินคุณภาพข้อมูล

งานวิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ด้วยการเก็บข้อมูลวิจัยจาก อาสาสมัคร และเอกสารที่จัดทำขึ้นที่เกี่ยวข้องกับมาตรการ Bubble and Seal จากหลากหลาย หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยงานด้านสาธารณสุข มหาตไทย แรงงาน ตลอดจนภาคประชาสังคมเพื่อเป็นการ ตรวจสอบชุดข้อมูลผ่านมุมมองที่หลากหลาย และความถูกต้องของข้อมูล นอกจากนี้ยังมีการจัดประชุม วิเคราะห์ และตีความข้อมูลระหว่างนักวิจัยเพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง และมีการเขียนบันทึก กระบวนการวิจัยหลังจากการประชุม ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวเรียกว่า Audit Trail และได้มีการดำเนินการ ตลอดจนการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการเขียนนำเสนอข้อมูลสิ้นสุดลง (Bryman, 2016)

ข้อพิจารณาจริยธรรม การวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร COA No. 307/2021 IRB No. P2-0146/2564 วันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2564



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง Bubble and Seal จากนโยบายการป้องกันควบคุมโรค สู่บทเรียนเพื่อความมั่นคงสุขภาพของประเทศไทย ผู้วิจัย นำเสนอผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ ดังนี้

#### 4.1 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนามาตรการ Bubble and Seal ของประเทศไทย โดยศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า

ประเทศไทยเผชิญสภาวะของการระบาดแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระลอกใหม่หรือระลอก 2 ที่เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วจากพื้นที่ที่มีลักษณะการรวมตัวกันของคนจำนวนมาก เช่น ตลาด ชุมชนแออัด โรงงาน เป็นต้น ทั้งนี้ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครั้งนี้ เป็นแรงงานข้ามชาติเมียนมาที่ถูกระบุว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงนำโรคเข้ามา โดยเฉพาะแรงงานที่เข้ามาอย่างผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นกลุ่มที่ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ โดยการระบาดในระลอก 2 ซึ่งมีจุดเริ่มต้นจากพื้นที่ตลาดกลางกุ้งในอำเภอมหาชัย จังหวัดสมุทรสาครในช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ต่อเนื่องถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 เริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ.2563 ซึ่งเป็นวันที่พบหญิงไทยวัย 67 ปี อาชีพค้าขายที่ตลาดกลางกุ้ง ใน ต.มหาชัย อ.เมืองสมุทรสาคร ติดเชื้อโดยไม่มีประวัติการเดินทางออกนอกประเทศ ซึ่งหมายความว่าผู้ติดเชื้อรายนี้ไม่ได้เป็น “ต้นเชื้อ” ทางกรมควบคุมโรคจึงได้พยายามค้นหาต้นเชื้อหรือสาเหตุการติดเชื้อของหญิงรายนี้ ซึ่งคาดว่าเป็นการติดเชื้อจากแรงงานชาวเมียนมา ในตลาดกลางกุ้ง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานเมียนมาร์ อยู่อย่างหนาแน่น เมื่อลงไปตรวจก็พบว่าผู้ติดเชื้อจำนวนมากโดย 90% เป็นแรงงานเมียนมาร์ ที่เหลือเป็นคนไทย และร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อพบว่า ไม่มีอาการ ซึ่งทำให้เกิดการแพร่ระบาดสู่ผู้อื่นได้ง่าย อีกทั้งแรงงานเมียนมาพักอยู่รวมกันอย่างแออัด จึงเกิดการติดเชื้อจำนวนมาก จังหวัดสมุทรสาครต้องออกประกาศจังหวัด “ล็อกดาวน์ - เคอร์ฟิว” สมุทรสาคร หลังตรวจพบผู้ติดเชื้อเพิ่ม ส่งผลให้มียอดสะสม 548 โดยมากกว่า 90 % เป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ ส่วนใหญ่เป็นแรงงานข้ามชาติ

โดยในการจัดการเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระลอก 2 ได้มีการผนึกกำลังจากหลายภาคส่วนเพื่อร่วมกันหาแนวทางจัดการที่เหมาะสม จนกระทั่งกระทรวงสาธารณสุขออกแบบมาตรการการจัดการ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงงานอย่างมีส่วนร่วม (Bubble and Seal) ทั้งนี้ได้นำหลักการ แนวคิดของท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยแบ่งมาตรการเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 มาตรการ Bubble and Seal เพื่อการป้องกันโรค กรณีที่ยังไม่พบผู้ติดเชื้อในสถานประกอบการ โดยมาตรการนี้เน้นการจัดกลุ่มย่อย (Small Bubble) และให้ผู้ปฏิบัติงานทำกิจกรรมภายใต้เงื่อนไขเดียวกันและไม่ข้ามกลุ่ม ในส่วนที่ 2 มาตรการ Bubble and Seal เพื่อการควบคุมโรค มีการแบ่งระดับการควบคุมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก

โดยระดับมากจะใช้การควบคุมโรคแบบเข้มงวด สำหรับสถานประกอบการที่พบผู้ติดเชื้อตามเกณฑ์ 2 ใน 3 ข้อ ดังนี้ 1) อัตรา ผู้ติดเชื้อมากกว่า ร้อยละ 10 ของผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด 2) จำนวนผู้ติดเชื้อมากกว่า 100 คนขึ้นไป 3) พบการติดเชื้อในผู้ปฏิบัติงานต่อเนื่องนานกว่า 14 วัน ใน 28 วัน

จากเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้ ศบค. ได้ยกระดับมาตรการควบคุมโรคในตลาดหลายร้อยแห่งทั่วกรุงเทพฯ หลังเกิดการระบาดระลอกใหม่ และในหลายจังหวัด โดยเฉพาะสั่งปิดสถานประกอบการ 28 ประเภท และห้ามเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติเข้า-ออกในพื้นที่ และเข้มงวดในจังหวัดที่มีด่านเข้าติดต่อกับชายแดนที่มีแรงงานข้ามชาติเข้าออกหรือลักลอบเข้ามา การขับเคลื่อนมาตรการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ หรือ Bubble and Seal ผู้รับผิดชอบหลักคือ กระทรวงอุตสาหกรรม โดยมี กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค เป็นทีมที่ปรึกษาด้านวิชาการ ซึ่งมีการประสานงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เพื่อให้การดูแลแรงงานในสถานประกอบการโดยต้องได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในสถานประกอบการหรือโรงงาน นอกจากนี้กระทรวงแรงงาน มีบทบาทดำเนินการในด้านแรงงานนอกระบบ แรงงานข้ามชาติ

จากข้อมูลการดำเนินงาน Bubble and Seal ของกรุงเทพมหานคร พบว่ามีสถานประกอบการ จำนวน 50 แห่งร่วมดำเนินงานกับสำนักอนามัยและสำนักสุขภาพภิบาลสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กรมการจัดหางาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน และสำนักการโยธา ร่วมดำเนินการ ในขณะที่สถานประกอบการในจังหวัดตาก มีการดำเนินการมาตรการนี้จำนวน 105 แห่งจาก 424 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นสถานประกอบการระดับกลาง และระดับใหญ่ มีแรงงาน 50 คนขึ้นไป โดยการขับเคลื่อนของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดเป็นหน่วยงานหลัก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 กรมควบคุมโรคเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการ ซึ่งการดำเนินงานของกรมควบคุมโรคมีบทบาทสำคัญในการนำข้อมูลสถานการณ์การระบาดไปสู่การ Early Control ของสถานประกอบการ เพื่อให้สามารถควบคุมการระบาดได้เร็ว และไม่เกิดการระบาดในวงกว้าง

#### 4.2 ผลการศึกษาประสบการณ์การนำมาตรการ Bubble and Seal ไปปฏิบัติผ่านมุมมองของผู้กำหนดนโยบายและนำนโยบายไปปฏิบัติ

ได้ศึกษาในอาสาสมัคร จำนวน 31 คน โดยอาสาสมัครดังกล่าวเข้ามามีส่วนร่วมในการนำมาตรการ Bubble and Seal ไปใช้ โดยพื้นที่วิจัยได้แก่พื้นที่กรุงเทพมหานครและอำเภอชายแดน จังหวัดตากชายแดนไทย-เมียนมาร์ รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร

1) ผู้บริหารระดับนโยบาย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนอาสาสมัคร กรุงเทพมหานคร-นนทบุรี	จำนวนอาสาสมัคร จังหวัดตาก	รวม (คน)
<b>1.1 กระทรวงสาธารณสุข</b>			<b>5</b>
<b>ผู้บริหารระดับนโยบาย</b>			
-ประเภทบริหาร	3	-	
-ประเภทวิชาการ (ผู้ทรงคุณวุฒิ)	2	-	
<b>1.2 มหาดไทย</b>			<b>2</b>
-ประเภทบริหาร	2	-	
<b>1.3 กระทรวงแรงงาน</b>			<b>1</b>
-ประเภทบริหาร	1	-	
รวม			8

2.1) ผู้นำนโยบายสู่การปฏิบัติ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนอาสาสมัคร กรุงเทพมหานคร-นนทบุรี	จำนวนอาสาสมัคร จังหวัดตาก	รวม (คน)
<b>2.1.1 กระทรวงสาธารณสุข</b>			<b>6</b>
-ประเภทอำนวยการ	4	1	
-ประเภททั่วไป	-	1	
<b>2.1.2 กระทรวงมหาดไทย</b>			<b>4</b>
-ประเภทอำนวยการ	1	1	
-ประเภททั่วไป	-	2	
<b>2.1.3 กระทรวงแรงงาน</b>			<b>5</b>
-ประเภทอำนวยการ	1	1	
-ประเภทวิชาการ	-	1	
-ประเภททั่วไป	-	2	
รวม			15

2.2) องค์การภาคประชาชน และสถานประกอบกิจการที่เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกัน  
ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนอาสาสมัคร กรุงเทพมหานคร-นนทบุรี	จำนวนอาสาสมัคร จังหวัดตาก	รวม (คน)
1.อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.)	2	2	4
2.ผู้ประกอบการ/เจ้าของกิจการ/ หน่วยงานภาคเอกชน	2	2	4
รวม			8
รวมทั้งสิ้น			31

จากตารางที่ 4.1 พบว่า อาสาสมัคร 31 คน แบ่งเป็นตัวแทนผู้บริหารระดับนโยบาย และผู้นำ  
นโยบายสู่การปฏิบัติ ดังนี้

1. ผู้บริหารระดับนโยบาย โดยมีตำแหน่งประเภทบริหาร และวิชาการระดับทรงคุณวุฒิ  
รวมทั้งสิ้น 8 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากรัฐบาลไทย/ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค  
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากกระทรวงสาธารณสุข 5 คน กระทรวงมหาดไทย 2 คน กระทรวงแรงงาน  
1 คน

2. ผู้นำนโยบายสู่การปฏิบัติ จากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน  
กรุงเทพมหานครและจังหวัดตาก รวมทั้งสิ้น 23 คน โดยแบ่งเป็น

2.1 ตัวแทนจากกองวิชาการภายในกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาครัฐ และศูนย์บริหาร  
สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ อาทิ ฝ่ายปกครอง และฝ่ายควบคุม  
แรงงาน รวมทั้งสิ้น 15 คน

2.2 ตัวแทนจากภาคประชาชนและสถานประกอบกิจการ รวมทั้งสิ้น 8 คน

ผู้วิจัยได้สรุปผลการศึกษาประสบการณ์การนำมาตรการ Bubble and Seal ไปปฏิบัติ  
ผ่านมุมมองของผู้กำหนดนโยบายและผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อวิเคราะห์  
ประสบการณ์การนำมาตรการ Bubble and Seal ไปปฏิบัติ ดังนี้

1. มุมมองของผู้กำหนดนโยบายและผู้นำนโยบายไปปฏิบัติที่มีต่อมาตรการและการบริหาร  
มาตรการ Bubble and Seal ในภาพรวมพบว่า ผู้กำหนดนโยบายจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข  
ทั้งจากหน่วยงานระดับกระทรวง และระดับจังหวัด ตลอดจนภาคประชาสังคมได้แก่ อาสาสมัคร  
ด้านสาธารณสุข (อสม.) และอาสาสมัครต่างชาติ (อสต.) ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและ จังหวัดตาก  
เห็นตรงกันว่ามาตรการ Bubble and Seal มีความสำคัญต่อการป้องกันควบคุมโรค เนื่องจากเป็นการ

หยุดการเคลื่อนที่ของแรงงาน และเป็นการบริหารจัดการเพื่อลดภาระของสถานพยาบาล ด้วยการแปลงพื้นที่อื่น ให้กลายเป็นสถานกักตัวผู้ป่วยที่มีอาการน้อย ซึ่งเป็นแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการป้องกันควบคุมโรคที่ดี นอกจากนี้ได้ให้ภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วม และบูรณาการบทบาทหน้าที่เพื่อการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มแรงงานภายใต้ความรับผิดชอบของสถานประกอบกิจการ ซึ่งทัศนคติดังกล่าวนั้นตรงกับเจ้าหน้าที่รัฐจากที่มีบทบาทด้านแรงงานและมหาดไทยจากหน่วยงานราชการส่วนกลาง และผู้เชี่ยวชาญ ได้กล่าวเพิ่มเติมจุดแข็งของมาตรการ คือ เป็นการสร้างสมดุลในการปกป้องความมั่นคงทางสุขภาพที่เกิดจากการระบาดของโรค และการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจภาคอุตสาหกรรม ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งได้กล่าวว่า

*“การสร้างสมดุลระหว่างเศรษฐกิจและสาธารณสุข เราเน้นทำในโรงงานขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นแนวคิดที่น่าจะมาจาก Travel bubble ซิล คือ ปิดไม่ออกเลย การสร้างความร่วมมือด้านความปลอดภัย สุขภาวะสิ่งแวดล้อม ซึ่งช่วยลดภาระให้กับโรงพยาบาล และบูรณาการความช่วยเหลือจากภาคเอกชน (ผู้เชี่ยวชาญ ด้านนโยบายสาธารณสุข มีประสบการณ์ด้านความมั่นคงสุขภาพ)”*

หากแต่เจ้าของโรงงาน กลุ่มองค์กรภาคประชาชน (กลุ่ม NGOs) และอสม. จากทั้งพื้นที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดตาก เจ้าหน้าที่รัฐจากฝ่ายแรงงานและปกครองที่มีบทบาทความรับผิดชอบในพื้นที่หน้าด่าน (frontlines) ได้กล่าวว่าแม้ มาตรการ Bubble and Seal นั้นมีจุดแข็งคือลดภาระของโรงพยาบาล ช่วยส่งเสริมการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจ และลดการบริหารจัดการเพื่อการควบคุมโรคระบาดในชุมชน แต่ก็ยังพบความท้าทายในการจัดมาตรการในพื้นที่ชุมชน ซึ่งจะทำการวิเคราะห์ในส่วนถัดไป

**2. ความท้าทายในการนำมาตรการ Bubble and Seals ไปปฏิบัติ** จากการศึกษาช่วงแรกของการนำมาตรการไปบังคับใช้ พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานราชการอื่น โดยเฉพาะส่วนของพื้นที่มีความสับสนเกี่ยวกับมาตรการ ซึ่งประเด็นดังกล่าวได้ถูกกล่าวถึงจากเจ้าหน้าที่ระดับสูงจากของกระทรวงสาธารณสุข มหาดไทย และแรงงาน ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่าในแต่ละพื้นที่ประสบความท้าทายที่แตกต่างกันดังผลการวิจัยต่อไปนี้

**2.1 ศักยภาพเชิงการจัดสรรพื้นที่มาตรการ Bubble and Seal สำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานคร** เจ้าหน้าที่จากหน่วยราชการส่วนกลางทุกฝ่าย และเขตพื้นที่พบว่า บางโรงงานนั้นไม่มีพื้นที่ในการสถานที่พัก ในการกักตัวสำหรับแรงงาน และแรงงานที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งความท้าทายดังกล่าว ทำให้บริบทการทำงานของแรงงานในกรุงเทพ มีลักษณะบริเวณที่ทำงาน และที่พักอยู่คนละที่กัน สร้างความท้าทายในการจัดหาสถานที่สำหรับกักตัวแรงงาน และเกิดความเสี่ยงในการตรวจสอบควบคุมการโยกย้ายแรงงานที่ทำงานอยู่ในส่วนของ Bubble ซึ่งกรณีดังกล่าวได้ถูกตั้งข้อสังเกตในเจ้าหน้าที่หน้าด่านที่มีบทบาทด้านสาธารณสุข และมหาดไทย ในกรุงเทพมหานคร เจ้าหน้าที่จากฝ่ายปกครองและแรงงานในกรุงเทพมหานคร ยังได้กล่าวถึงความท้าทาย ในการเฝ้าระวังแรงงานที่แอบลักลอบหนี ซึ่งทำให้ตรวจจับได้ยาก เพราะเจ้าหน้าที่กำลังไม่พอในการตรวจสอบการ

โยกย้ายของแรงงานและการประสานงานระหว่างหน่วยในการติดตามแรงงานเป็นไปได้ยาก และยังมีกระบวนการลักลอบขนแรงงานข้ามชาติแบบผิดกฎหมาย ซึ่งพบนายจ้างบางคนได้มีการทิ้งแรงงานข้ามชาติที่ป่วยไว้ตามสถานที่ต่างๆ เจ้าหน้าที่ฝ่ายแรงงาน และสาธารณสุขที่เคยทำงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และย้ายมาทำงานที่ตาก ได้เปรียบเทียบความท้าทายที่แตกต่างระหว่างการจัดการมาตรการ Bubble ในสองพื้นที่ โดยแนวคิดดังกล่าวก็มีความคล้ายกับผู้เชี่ยวชาญ จากสถาบันควบคุมโรคเขตเมือง ตลอดจน อสม. ที่ทำงานอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังคำสัมภาษณ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสูงท่านหนึ่งได้กล่าวว่า

“กทม. เป็นลักษณะ complex มีแคมป์แรงงานอยู่แยกจาก เขตก่อสร้าง ต้องแยกแรงงานไทย และแรงงานต่างชาติ ควบคุมยากจะต้องมีระบบ monitor ที่ดี และสร้างความร่วมมือกับหน่วยงาน เพราะโครงสร้างการปกครองของกทม. และกระทรวงซับซ้อน การประสานงาน จึงบดบัง ๆ ทำได้ยาก ตลอดจนการออกคำสั่งในการปฏิบัติสร้างความสับสนในช่วงต้น ลงพื้นที่ค่อนข้างยาก เพราะเป็นเมืองใหญ่ ชุมชนแออัดมาก ยากที่จะ social distancing และยังต้องระวังพวกแรงงานไปกลับ แรงงานกลัวโดนเนรเทศ การลักลอบแรงงานยังมีมาก ดังนั้นมาตรการจะใช้ไม่ได้ แรงงานที่ไม่เข้าใจกลัวตักงานก็จะออกนอกพื้นที่ โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย (ผู้บริหารระดับสูงด้านสาธารณสุข)”

**ความท้าทายสำคัญ** คือ แรงงานบางส่วนตัดสินใจหนีออกจากสถานที่กักกันโดยเฉพาะในส่วนของมาตรการ Bubble นอกจากนี้ สะท้อนความท้าทายด้านการบริหารจัดการแรงงาน การติดตามแรงงานผิดกฎหมายในพื้นที่ ซึ่งประเด็นดังกล่าวนี้พบความท้าทายในลักษณะดังกล่าวเพียงเล็กน้อยในจังหวัดตาก เมื่อเทียบกับพื้นที่แคมป์แรงงานในกรุงเทพมหานคร กล่าวคือ สถานประกอบกิจการส่วนใหญ่ในจังหวัดตาก มีพื้นที่ในการจัดทำมาตรการ seal การควบคุมแรงงานในโรงงานขนาดใหญ่ เป้าหมายของการใช้มาตรการจึงมีประสิทธิภาพมากกว่า หากแต่ก็ยังเผชิญความท้าทายในรูปแบบอื่นๆ อาทิ การสื่อสาร และการควบคุมแรงงานในโรงงานขนาดกลาง และขนาดเล็ก

**2.2 การสื่อสาร และความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการ** ความท้าทายในการสื่อสาร และขอความร่วมมือจากแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติซึ่งเป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ทั้งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดชายแดนตาก ถือว่าเป็นประเด็นที่มีการกล่าวถึงอย่างมากเป็นอันดับสองในการวิจัยครั้งนี้ ความท้าทายสามประการ ที่ค้นพบทั้งในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดตาก โดยจตุรวัฒน์ดังกล่าวได้มาจากข้อมูลสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน้าด่านสาธารณสุข ปกครอง และแรงงาน ตลอดจนกลุ่ม NGOs และอสม. อสม. จากทั้งสองพื้นที่ ดังต่อไปนี้

**ประการที่ 1** แรงงานบางส่วน โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติมีความกังวลว่ามาตรการ Bubble and Seal จะนำไปสู่การลดเงินเดือน และถูกเลิกจ้างงานเนื่องจากโรงงานมีผู้ติดเชื้อ ทำให้ช่วงแรกก็การเริ่มมาตรการ มีแรงงานข้ามชาติบางส่วนลักลอบหนีออกจากโรงงาน หรือแคมป์แรงงาน ตลอดจนฝ่าฝืนมาตรการป้องกันควบคุมโรค ประเด็นดังกล่าวได้ถูกอภิปรายมากในเจ้าหน้าที่ที่มีบทบาทด้านแรงงาน นายจ้าง และกลุ่มอสม. อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับเขต และระดับจังหวัด

**ประการที่ 2** เป็นความท้าทายที่ถูกกล่าวถึงในกลุ่มเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายในพื้นที่ชายแดน จังหวัดตาก และเฉพาะเจ้าหน้าที่ผู้ทำงานในระดับปฏิบัติการด้านสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร และเจ้าของกิจการจากทั้งสองพื้นที่ นั่นก็คือ ความท้าทายด้านพฤติกรรมการส่งต่อข้าวลื้อ และข้าวเท้จที่ เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อภายในโรงงาน สุ่มชนรอบๆบริเวณโรงงาน ซึ่งผู้ส่งข้าวเท้จมักเป็นแรงงานไทยที่มี ต่อแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้ง และการตีตรา จากสังคมภายในพื้นที่ อาทิ ชุมชนรอบ ๆ โรงงาน และแคมป์แรงงาน

“เราเจอการขอรื้อพื้นที่จากชาวบ้าน และแรงงานเราโดนการตีตราจากสังคม เพราะ พวกข้าวปลอมและข้าวลื้อที่ถูกปล่อยจากคนใน (แรงงานในโรงงาน) และคนภายนอกเอาไปลื้อแล้ว ก่อให้เกิดการต่อต้าน การคว่ำบาตรว่าคนนี้ทำงานที่โรงงานนี้ติดโควิด คนเลยแบนสมาชิกในครอบครัว เค้าทั้งบ้าน (เจ้าหน้าที่หน้าด่านด้านปกครอง จังหวัดตาก) ข้าวลื้อถูกขายได้ง่ายมาก บางทีเราต้องไปเช่า หอพัก เพราะในเขตมีพื้นที่จำกัด และไซด์งานก่อสร้างก็อันตราย บางทีจู่ ๆ ชาวบ้านรอบ ๆ หอพักไม่ ยอม และกลัวแรงงานเราเอาโควิดไปติด ตรงนี้ไม่มีใครช่วยเราอธิบายเลย แม้แต่เจ้าหน้าที่ก็ไม่อยากจะ ยุ่ง (ฝ่ายบุคลากรบริษัทเอกชน กรุงเทพมหานคร)”

**ประการสุดท้าย** คือ การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค และ พฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการด้านการป้องกันควบคุมโรคภายในโรงงานเนื่องจากความ เชื่อและพฤติกรรมดั้งเดิม ตลอดจนการรับสื่อที่สร้างความเข้าใจผิด ประเด็นดังกล่าวได้ถูกอภิปรายใน เจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย โดยเฉพาะจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง โรงพยาบาล และ อสม. ตลอดจนเจ้าของกิจการ ในจังหวัดชายแดนตาก และผู้ควบคุมแคมป์แรงงานในกรุงเทพมหานคร

สำหรับความท้าทายด้านการสื่อสารที่แตกต่างระหว่างสองพื้นที่ ในพื้นที่จังหวัด ชายแดนจังหวัดตาก คือ ความเข้าใจที่จำกัดของแรงงานข้ามชาติ คือสิทธิการคุ้มครองแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย ทั้งนายจ้างบางส่วน ตลอดจนหน่วยงานสาธารณสุขยังต้อง เผชิญกับเอกสารปลอมแปลงในการขึ้นทะเบียนแรงงาน การปกปิดประวัติของแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อ ที่มีความพยายามลักลอบเข้ามาทำงานในโรงงานที่ได้ทำมาตรการ Bubble and Seal นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่บางส่วนยังมีความสับสนเกี่ยวกับมาตรการว่ายังจำเป็นหรือไม่ที่ต้องมีการพิสูจน์สัญชาติ และ ต่ออายุบัตรทำงาน กรณีพบแรงงานในโรงงาน แต่เป็นแรงงานประจำวันที่บัตรหมดอายุไปแล้ว เพื่อให้ แรงงานยังสามารถทำงานในโรงงานที่ทำมาตรการ Bubble and Seal ประเด็นดังกล่าวได้มีการ ถกเถียงอย่างมาก ระหว่างเจ้าหน้าที่ปกครองจังหวัดและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลจังหวัด และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ทำงานในฝ่ายให้บริการ นอกจากนี้ยังมีอสม. อสต. นายจ้าง และกลุ่ม NGOs ได้กล่าวว่ามาตรการ Bubble and Seal เป็นมาตรการเพื่อป้องกันควบคุมโรค ไม่ควรนำประเด็นเรื่องการพิสูจน์สัญชาติ หรือการต่ออายุบัตรการทำงานมาไล่แรงงานออกจากโรงงานที่ ดำเนินมาตรการดังกล่าวอยู่ กลุ่ม NGOs และเจ้าหน้าที่หน้าด่านทั้งใน กรุงเทพฯ และจังหวัดตาก ได้เสริม ประเด็นความท้าทายที่พบว่า การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการ และการไม่มีปัจจัยสนับสนุนด้าน



ทรัพยากร ในการทำมาตรการ Bubble and Seal ทำให้นายจ้างที่ค้นพบว่าแรงงานเป็นแรงงานผิดกฎหมาย หรือมีอาการป่วย และไม่ต้องการรับผิดชอบได้ส่งแรงงาน และทิ้งไว้ตามสถานที่ต่างๆ ซึ่งสะท้อนประเด็นการขาดข้อมูลในการบริหารจัดการแรงงาน และปัญหาสิทธิมนุษยชน ซึ่งรัฐควรจะเข้ามาพิจารณามาตรการเสริมเพื่อสนับสนุนการทำมาตรการ Bubble and Seal

**2.3 มาตรการในการสนับสนุนมาตรการ Bubble and Seal** ประเด็นนี้ได้รับการถกเถียงระหว่างผู้นำมาตรการไปปฏิบัติในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร และจังหวัดตาก โดยสองมาตรการเสริมที่รัฐบาลควรจำไปพิจารณาประกอบเป็นมาตรการเสริมสนับสนุนสถานประกอบกิจการทั้งในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร และจังหวัดชายแดนที่มีการใช้แรงงานอย่างเข้มข้น เช่น จังหวัดตาก อาทิ ประเด็นการจัดสรรวัคซีนและการซื้อวัคซีนสำหรับแรงงานข้ามชาติ ถูกกล่าวมากในกลุ่มผู้ประกอบการที่เข้าร่วมมาตรการ Bubble and Seal ตลอดจนเจ้าหน้าที่จากเครือข่ายประชาชนในพื้นที่ ร่วมกับ อสม. เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ประกอบการในการลงทะเบียนซื้อวัคซีนทั้งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดตาก ตลอดจนเจ้าหน้าที่หน้าด่านสาธารณสุข และปกครอง ได้กล่าวว่า แม้รัฐบาลจะมีมาตรการให้มีการจัดสรรวัคซีนสำหรับสถานประกอบกิจการสำหรับแรงงานข้ามชาติ แต่การส่งจองวัคซีนนั้นเป็นไปด้วยความยากลำบาก และบางโรงงานที่มีความต้องการซื้อวัคซีนฉีดให้กับแรงงานข้ามชาติก็มีข้อจำกัดที่จะทำการลงทะเบียนจองผ่านระบบออนไลน์ นอกจากนี้ยังมีกลุ่ม NGOs ทั้งในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร และจังหวัดตาก ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฝ่ายให้บริการจาก ในพื้นที่เขต กรุงเทพมหานคร รพช. รพสต. และกลุ่ม NGOs ได้กล่าวเสริมถึงความท้าทายการติดตามแรงงานข้ามชาติให้เข้ารับวัคซีนให้ครบทุกเข็ม เมื่อรอบของมาตรการ Bubble and Seal สิ้นสุดลง นอกจากนี้วิจัยยังพบว่า มีเจ้าหน้าที่หน้าด่านด้านสาธารณสุข และเจ้าของกิจการทั้งในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดตาก สะท้อนปัญหาของการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินกิจกรรมตามมาตรการ Bubble and Seal ประเภทสินค้าจำเป็นสำหรับการทำมาตรการหน้ากากอนามัย เจลล้างมือ และชุดตรวจโควิด ATK ในช่วงแรกนั้นมีราคาค่อนข้างสูง เมื่อต้องลงทุนซื้อเป็นจำนวนมาก จึงอยากให้รัฐเข้ามาช่วยเหลือในการจัดการราคาพิเศษสำหรับสถานประกอบกิจการและแคมป์แรงงาน ด้วยการสร้างช่องทางในการซื้อสินค้าให้มีความสะดวกมากขึ้น ในประเด็นดังกล่าวผู้เชี่ยวชาญ และผู้บริหารด้านสาธารณสุขระดับกระทรวงกล่าวถึงความท้าทายของประเทศไทย เรื่องมาตรการควบคุมสินค้าและการจัดสรรทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจ และช่วยเหลือภาคอุตสาหกรรมในการปฏิบัติตามมาตรการ Bubble and Seal ได้ตรงตามมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ

สำหรับมาตรการลดหย่อนเพื่อสนับสนุนสถานประกอบกิจการในการจัดทำ Bubble and Seal ได้มีการพูดถึงในกลุ่มของผู้ประกอบการทั้งในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดชายแดนตาก มีเพียงแค่เจ้าหน้าที่ฝ่ายแรงงาน และกลุ่มภาคประชาสังคมในจังหวัดตาก ได้อภิปรายถึงความสำคัญต่อมาตรการดังกล่าว ซึ่งได้อธิบายว่าการลงทุนทำมาตรการ Bubble and Seal นั้นเป็นความท้าทายหลักของสถานประกอบกิจการระดับกลาง และสถานประกอบกิจการย่อย เนื่องจากการกักตัวแรงงานใน

พื้นที่โรงงาน ของมาตรการ seal และการเข้าสถานที่ของชุมชน หอพักให้กับแรงงานนั้นมีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ทำให้สถานประกอบการบางส่วนประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่าย และมีความประสงค์ที่อยากเลิกสั่งมาตรการ พร้อมส่งแรงงานไปกักตัว ในศูนย์กักกันโรคของชุมชน ซึ่งประเด็นดังกล่าวได้ถูกพูดถึงด้วยความกังวลของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่ทำงานเป็นหน้าด่านทั้งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดชายแดนตาก

*“ลดค่าน้ำค่าไฟ การจัดทำสภาพแวดล้อม หากหออเข้านี้ยากมาก ต่อต้านจากชุมชน กว่าจะเข้าใจกันนาน ตอนนี้ปิดมานานพนักงานโอต้อด บางคนไม่ค่อยให้ความร่วมมือ การคืนภาษีสรรพากร การกู้ต้องง่ายขึ้น การจัดชุดตรวจ ATK ที่ถูกลง (เจ้าของสถานประกอบการ กรุงเทพมหานคร)”*

นอกจากนี้ยังมีผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแรงงานที่อยู่ในฝ่ายให้บริการ และกำกับดูแลมาตรการ Bubble and Seal ได้แสดงความเห็นถึงมาตรการเยียวยาเสริมว่า หากไม่มีมาตรการดังกล่าวแรงจูงใจสำหรับผู้ประกอบการขนาดกลาง และขนาดย่อมปิดตัวลง อาจเกิดผลที่ไม่ได้คาดคิด คือ แรงงานมีการเคลื่อนย้าย ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน ซึ่งรัฐมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความชัดเจนกับสถานประกอบการ แรงงาน ตลอดจนต้องมีระบบการเยียวยา เช่น การคืนภาษี ลดหย่อนให้รวดเร็วและเชิงรุก

**3. มุมมองของผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบาย และการประยุกต์มาตรการให้เข้ากับบริบท** ประเด็นดังกล่าวได้ถูกกล่าวถึงในกลุ่มเจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุข แรงงาน และปกครอง ตลอดจนกลุ่ม NGOs อสม. และ อสต. ที่ทำหน้าที่ในระดับปฏิบัติการทั้งในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดตาก กิจกรรมในการป้องกันควบคุมโรคตามมาตรการ Bubble and Seal นั้นได้มีการแบ่งกลุ่มแรงงานเพื่อนการป้องกันควบคุมโรค หากแต่สถานประกอบการต่างๆ ได้มีการประยุกต์กิจกรรม ให้มีความสะดวก ในการบริหารจัดการแรงงานที่แตกต่างกัน ขึ้นกับความพร้อมด้านการลงทุนด้านเทคโนโลยีและทรัพยากรด้านการป้องกันควบคุมโรค งานวิจัยค้นพบว่าทุกภาคส่วนในพื้นที่ชายแดน และกรุงเทพมหานคร ได้มีการจัดประชุมออนไลน์และกลวิธีสื่อสารอื่นๆ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการ Bubble and Seal ตลอดจนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคให้กับแรงงานได้เข้าใจ งานวิจัยยังค้นพบว่า ศักยภาพและความพร้อมที่จะประยุกต์ใช้ของสถานประกอบการเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคเป็นไปอย่างราบรื่น งานวิจัยพบว่าสถานประกอบการที่มีความพร้อมที่จะลงทุนทางด้านเทคโนโลยีได้ประยุกต์ใช้วิธีการสื่อสารกับกลุ่มแรงงานทั้งไทยและแรงงานข้ามชาติ การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ สถานประกอบการและแรงงานมีความแตกต่างกันไปตามศักยภาพและความพร้อมด้านการสื่อสารของแรงงาน และพบว่าสถานประกอบการขนาดใหญ่ได้ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยเหลือในการจัดกิจกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรคตามมาตรการ Bubble and Seal ใช้ระบบการเก็บข้อมูลสุขภาพของแรงงาน และการระบุตัวตนผ่านระบบดิจิทัล โดยการจัดทำ Personal barcode ในการเพื่อเก็บข้อมูลพนักงาน และมีบัตรอิเล็กทรอนิกส์ในการสแกนข้อมูลก่อนเข้าทำงาน ในการเคลื่อนไหวในบริเวณโรงงาน และสถานที่พักในโรงงาน (seal) และจัดรถรับส่งแรงงานที่อาศัย

อยู่ใน Bubble ต่างจากสถานประกอบการที่ไม่ได้มีความพร้อมในการลงทุนด้านเทคโนโลยี พบความท้าทายในการสื่อสารกับแรงงานและควบคุมความประพฤติของแรงงานผู้ที่อยู่ในมาตรการ อาทิ การเว้นระยะห่าง ความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน และความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อ ซึ่งความท้าทายดังกล่าว ค้นพบในสถานประกอบการประเภทแคมป์แรงงานในกรุงเทพมหานคร และโรงงานในจังหวัดตาก พบว่าวิธีการประยุกต์ของสถานประกอบการดังกล่าวได้ใช้กลวิธีตั้งกลุ่มในการดูแลระหว่างแรงงานในโรงงานขนาดกลาง สถานประกอบการขนาดเล็ก โดยเรียกแนวทางนี้ว่า Peer to Peer ระบบเสียงตามสาย สำหรับสถานประกอบการเป็นสองภาษา คือ ไทย และเมียนมา ตรงนี้ได้ขยายทำงานร่วมกับเสียงตามสายในชุมชน หอกระจายข่าว และเสียงตามสายในวัด นอกจากนี้มีการอบรมหัวหน้าแรงงานไทย และแรงงานข้ามชาติ

*“เรามีเสียงตามสาย morning talk ทุกวัน เล่าสถานการณ์ในประเทศไทย ประเทศเพื่อนบ้าน อาการ โควิด ความสำคัญของการกินน้ำแข็ง พฤติกรรมการกินอาหารต้องแยก และการรักษาตัว เรามีการแบ่งกลุ่ม ทำสื่อ เน้นการทำงานแบบเข้มข้น ขั้นตอนจัดระเบียบแบบ peer to peer แม้ในช่วงแรกจะมีความยากคือ พนักงานบางคนมีอาการหลบใน ไม่เข้าใจและหวาดกลัว แต่เรามีห้องทีมงานพูดรอกหูวันละสามเวลา ทุกอย่างเลยราบรื่น (หน่วยมนุษยสัมพันธ์ สถานประกอบการจังหวัดตาก)”*

สำหรับกรณีโรงงานและแคมป์คนงานที่ไม่มีพื้นที่ภายในโรงงานส่วนใหญ่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้มีการจัดรถรับส่งระหว่างพื้นที่ และสร้างความเข้าใจกับชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามาขายสินค้าให้กับแรงงานได้ ภายใต้มาตรการป้องกันควบคุมโรคที่เข้มงวด พร้อมทั้งมีการประสานฝ่ายปกครองในพื้นที่ ในการสร้างความเข้าใจกับชุมชน และสร้างความเชื่อมั่นและขอความร่วมมือจากชุมชนที่เกี่ยวข้องกับมาตรการ Bubble and Seal

กล่าวโดยสรุป งานวิจัยค้นพบว่ามาตรการ Bubble and Seal เป็นมาตรการหนึ่งที่น่ามาใช้สำหรับป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในสถานประกอบการที่มีประโยชน์ในการบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ และอภิบาลระบบสาธารณสุขของโรงพยาบาลในสภาวะวิกฤต ตลอดจนยังช่วยสร้างเครือข่ายของเจ้าหน้าที่รัฐ ภาคเอกชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคระบาด งานวิจัยค้นพบว่าแนวทางประสบการณ์ และรูปแบบการทำมาตรการ Bubble and Seal อาจแตกต่างกันบ้างขึ้นอยู่กับบริบท ทั้งนี้ความท้าทายสำคัญคือข้อจำกัดด้านงบประมาณ การจัดการแรงงานข้ามชาติ ความพร้อมตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในการดำเนินมาตรการของสถานประกอบการ ทั้งนี้ความสำเร็จของการดำเนินมาตรการนี้ขึ้นกับ ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการ การประสานงานที่ดีระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเชิงนโยบาย ความพร้อมของเจ้าของกิจการ การสนับสนุนของชุมชน และความพร้อมที่จะปรับตัวต่อสถานการณ์การระบาดของโรคจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเชิงนโยบายทุกภาคส่วน ตลอดจนแนวทางสนับสนุนมาตรการทางสังคมและเศรษฐกิจให้กับผู้ประกอบการในการดำเนินมาตรการให้ลุล่วง สำหรับบทเรียนที่ได้รับจากการวิจัย พบว่ารัฐบาลจะต้องสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ตลอดจนสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น มีการจัดสรรให้

อย่างพอเพียง นอกจากนี้การวางแผนสาธารณสุขฉุกเฉินเพื่อความพร้อมทั้งในด้านงบประมาณ สถานที่ แนวทางการสื่อสาร การจัดทำข้อมูลแรงงาน ตลอดจนวางมาตรการเสริมช่วยเหลือผู้ประกอบการ ในการนำมาตรการเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินมาตรการให้สำเร็จ พร้อมทั้งจะต้องส่งเสริมและ สนับสนุนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคระบาด สิทธิ หน้าที่ และมาตรการต่าง ๆ ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความขัดแย้งและการสื่อสารที่คลาดเคลื่อนซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาและความยั่งยืนในการดำเนิน มาตรการ Bubble and Seal

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษากระบวนการพัฒนามาตรการ Bubble and Seal ของประเทศไทย และศึกษาประสิทธิภาพการนำมาตราการ Bubble and Seal ไปปฏิบัติผ่านมุมมองของผู้กำหนดนโยบาย และนำนโยบายไปปฏิบัติ ตลอดจนจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนามาตรการ Bubble and Seal เพื่อเตรียมรับการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในอนาคต โดยสรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### 5.1 สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า Bubble and Seal ได้นำแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เป็นมาตรการหนึ่งที่น่ามาใช้สำหรับป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในสถานประกอบกิจการ เพื่อให้การผลิตยังสามารถดำเนินการต่อไปได้ และลดความเสี่ยง ในการติดเชื้อของพนักงานจากภายนอกและการนำเชื้อแพร่สู่ชุมชน โดยมีการแยกพนักงานออกเป็น กลุ่มย่อย และไม่ให้ทำงานข้ามกลุ่มกัน รวมถึงจำกัดพื้นที่ หรือการเดินทาง รูปแบบการทำมาตรการ Bubble and Seal อาจแตกต่างกันบ้างขึ้นอยู่กับบริบท อาทิข้อจำกัดด้านงบประมาณ ประเภทแรงงาน และพื้นที่ของสถานประกอบกิจการ ความสำเร็จของมาตรการนี้ขึ้นกับ ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการ การประสานงานที่ดีระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเชิงนโยบาย ความพร้อมของเจ้าของกิจการ การสนับสนุน ของชุมชน และความพร้อมที่จะปรับตัวต่อสถานการณ์การระบาดของโรคจากทุกภาคส่วน ความท้าทาย ในการนำมาตราการ ไปปฏิบัติในพื้นที่ชุมชน โดยเฉพาะพื้นที่เขตเมือง แหล่งชุมชนใหญ่ ในกรุงเทพมหานคร (กทม.) สามารถทำได้ยากกว่าพื้นที่ชายแดน มีความท้าทายในการจัดหาสถานที่ กักตัว ในขณะที่ในเขตชายแดน จะประสบปัญหาที่ต่างออกไป ส่วนใหญ่เป็นการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับ มาตรการซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้งจากชุมชนและปัญหาการร่วมมือ ตลอดจนปัญหาด้านการขาดทรัพยากร ในนำมาตราการไปปฏิบัติ จึงเป็นบทเรียนที่ได้รับจากการวิจัย พบว่ารัฐบาลจะต้องสร้างความร่วมมือจาก ทุกภาคส่วน วางแผนสาธารณสุขฉุกเฉินเพื่อความพร้อมทั้งในด้านงบประมาณ สถานที่ แนวทางการ สื่อสาร การจัดทำข้อมูลแรงงาน ตลอดจนวางมาตรการเสริมช่วยเหลือผู้ประกอบการในการนำ มาตราการ และประการสุดท้ายจะต้องสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับทุกคน เพื่อรองรับการระบาด ในระลอกต่อไป

## 5.2 อภิปรายผลการวิจัย

### 5.2.1 กระบวนพัฒนามาตรการ Bubble and Seal ของประเทศไทย

มาตรการ Bubble and Seal ได้ถูกพิสูจน์แล้วว่าสามารถช่วยป้องกันปัญหาการแพร่ระบาดในสถานประกอบกิจการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งใช้หลักการและแนวคิดที่ประมวลหลายมิติ ทั้งมิติด้านสุขภาพ (การควบคุมโรค) มิติด้านเศรษฐกิจ (การให้โรงงานดำเนินกิจการได้ ไม่ขาดแรงงาน ไม่สูญเสียรายได้) มิติด้านสังคม (ครอบครัว ชุมชน ความร่วมมือ แรงงานต่างด้าว และอื่นๆ) และมุมมองที่กว้างขึ้นที่ไม่ใช่มุมมองของ Provider แต่เป็นมุมมองของ Customer จะเห็นว่าการระบาดเป็นภัยคุกคามต่อโลกและประเทศไทยซึ่งเป็นสิ่งที่ยอยู่นอกเหนือการควบคุมของรัฐบาล เหตุการณ์ครั้งนี้ถือว่าเป็นบทเรียนของสังคมไทยในการคิดออกแบบระบบใหม่ในการบริหารจัดการภาครัฐ โดยเฉพาะการออกแบบนโยบายระบบสวัสดิการพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพที่เกิดประโยชน์ถ้วนหน้า รวมทั้งการจัดวางระบบ กลไก เครื่องมือในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน เพื่อให้ประเทศไทยมีภูมิคุ้มกันต่อโรคภัยหรือภัยคุกคามต่างๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สอดคล้องกับ วลัยพร รัตนเศรษฐ และ สมศักดิ์ วานิชยาภรณ์ (2564) นอกจากนี้ประเทศไทยสามารถควบคุมป้องกันการระบาดระลอกแรกได้ดีเกือบตลอดปี พ.ศ. 2563 เพราะมีระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็ง ฉับไว จากการพัฒนาระบบต่างๆ มาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ประเทศเปิด เศรษฐกิจพึ่งพาภาคบริการมาถึง ร้อยละ 52.4 มีแรงงานอพยพกว่า 5 ล้านคน ที่กว่าครึ่งเป็นแรงงานผิดกฎหมาย อยู่กันอย่างแออัด ประชาชนยากจนยังมีไม่น้อย จึงมีจุดที่เปราะบางต่อการแพร่ระบาดของโรคอยู่มาก ทั้งชุมชนแออัด เรือนจำ สถานบันเทิง บ่อนการพนันผิดกฎหมาย เป็นต้น ประกอบกับการบังคับใช้กฎหมายไม่เข้มแข็ง ทำให้เกิดการระบาดระลอก 2 ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2563 และเกิดการระบาดใหญ่ระลอก 3 ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 สอดคล้องกับ ชีระ วรธนารัตน์ ภัทรวิทย์ วรธนารัตน์ และ อาริยา จิรณานุกัณ (2565) พบว่า การบริหารจัดการภาวะวิกฤตในแต่ละระลอกนั้นมีความแตกต่างกัน ระยะเตรียมการจนถึงระยะตอบสนองการระบาดเต็มรูปแบบนั้นมีลักษณะสำคัญคือ นโยบายและมาตรการได้รับการสั่งการถ่ายทอดไปสู่ระดับพื้นที่ในทิศทางเดียวและรูปแบบเดียว ในขณะที่ระยะต่อเนื่องได้มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจไปยังระดับจังหวัดและเขตเพื่อให้พิจารณาแผนปฏิบัติการตามแต่บริบทของตนเอง โดยมุ่งที่จะหาจุดสมดุลระหว่างผลลัพธ์ทางสุขภาพและผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

ดังนั้นการศึกษากลไกของรัฐในการป้องกันควบคุมโรคจึงมีความสำคัญ เพราะแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในปัจจุบันนั้นไม่ได้เป็นเพียงแค่ความเจ็บป่วยของประชากร แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเมืองและสังคมในระยะยาว ข้อถกเถียงสำคัญในประเด็นด้านการป้องกันควบคุมโรคนี้ก็คือ รัฐต่าง ๆ จะมีวิธีการสร้างสมดุลอย่างไรในการป้องกันควบคุมโรค กับการสร้างสมดุลทางเศรษฐกิจ ในสภาวะการระบาดของโรค งานวิจัยนี้จึงได้หยิบยกแนวคิดดังกล่าวมาทำการศึกษามาตรการ Bubble and Seal ซึ่งเป็นมาตรการที่มุ่งเน้นทั้งการป้องกันควบคุมโรค และการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในสภาวะ

ของการระบาด การถอดบทเรียนจากมาตรการดังกล่าวจะช่วยเติมเต็มข้อค้นพบ ตลอดจนทิศทางการใหม่ ในการป้องกันควบคุมโรคระบาดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศ

### 5.2.2 ประสบการณ์การนำมาตรการ Bubble and Seal ไปปฏิบัติผ่านมุมมองของผู้กำหนดนโยบาย และน่านโยบายไปปฏิบัติ

จากการศึกษาพบว่าสถานประกอบการทั้งสองพื้นที่เข้าร่วมมาตรการนี้ด้วยความสมัครใจ เพราะมั่นใจในการป้องกันควบคุมโรคของหน่วยงานภาครัฐ ความสำเร็จของมาตรการนี้ทั้งสองพื้นที่ได้รับความร่วมมือของสถานประกอบการ ที่ตระหนักเห็นความสำคัญและปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด ความท้าทายในการนำมาตรการ ไปปฏิบัติในพื้นที่ชุมชน โดยเฉพาะพื้นที่เขตเมือง แหล่งชุมชนใหญ่ ในกรุงเทพมหานคร (กทม.) สามารถทำได้ยากกว่าพื้นที่ชายแดน ซึ่งสอดคล้องกับเกศรา แสนศิริวิสุข (2565) พบว่า การบริหารจัดการในชุมชนเมืองมีรูปแบบที่เป็นทางการมีการประสานงานหลายภาคส่วน การเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงอาจเป็นไปได้ยากกว่าในชุมชนชนบท ความพร้อมด้านกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ และระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในเขตชุมชนเมืองมีความพร้อมมากกว่าในชุมชนชนบท ในขณะที่ชุมชนชนบทมีจุดเด่นในเรื่องของการทำงานที่มีรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ สามารถดำเนินการได้โดยอาศัยสัมพันธ์ภาพในชุมชน ทำให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงได้ง่ายและได้รับความร่วมมือมากกว่าชุมชนเมือง

ข้อค้นพบที่สำคัญของมาตรการนี้ คือ ความไม่เข้าใจในมาตรการ ทำให้เกิดความล่าช้าของการควบคุมการแพร่ระบาด และอาจจะคุมโรคไม่ทัน นอกจากนี้พบว่ารูปแบบที่ใช้การจัดการเป็นการระบาดใหญ่ทำให้ต้องมีการใช้ทรัพยากรในการจัดการมาก ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ส่งผลให้อาจทำได้เพียงในระยะสั้นเพราะต้นทุนที่สูงอาจทำให้ภาคเอกชนไม่สามารถทำได้ในระยะยาว เช่น สถานที่กักกัน สถานที่แยกกักผู้ป่วย ซึ่งทางโรงงานจัดหาเองรวมถึงจัดหายานพาหนะ และอาจไม่เหมาะกับการที่โรงงานนำมาตรการไปใช้ทุกขนาด ทุกประเภทและมีความแตกต่างกันในแต่ละบริบทของโรงงาน สอดคล้องกับวัชรวิทย์ ทองอ่อน เพชรภรณ์ มีทอง และสุกัญญา ศรีบุญย์ (2565) พบว่ามาตรการ Bubble and Seal มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง เนื่องจากปัญหาความไม่ชัดเจนด้านการสนับสนุนทรัพยากรด้านการตรวจคัดกรองให้กับสถานประกอบการและแรงงานทำให้เกิดการแบกรับค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองส่งผลให้อาจทำได้เพียงในระยะสั้นเท่านั้น

ดังนั้นมาตรการ Bubble and Seal ควรเน้นมาตรการเชิงรุกมากขึ้นในการส่งต่อข้อมูลข่าวสารสุขภาพและความช่วยเหลือไปถึงชุมชนแรงงานข้ามชาติ การคุ้มครองสิทธิแรงงานที่เข้มข้นขึ้นในภาวะวิกฤติ ระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพที่ต้องเป็นตาข่ายคุ้มครองทางสังคมและสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งระบบบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ ที่มุ่งเน้นความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพไปพร้อมกัน นอกจากนี้การสื่อสารเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ยังต้องครอบคลุมถึงการสื่อสารนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสามารถตัดสินใจในการปกป้องตนเองและครอบครัวได้ สอดคล้องกับหทัยรัตน์ โกษียาภรณ์ และ คณะ (2564) พบว่า ยังมีช่องว่างของการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพ ทั้งปัจจัยระดับสังคม คือ



โครงสร้างการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพ ปัจจัยระดับชุมชน คือ กิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพ ภายในชุมชนและปัจจัยระดับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย จากบทเรียนงานวิจัย ครั้งนี้เน้นว่าจะต้องสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยง รอบสถานประกอบกิจการ แรงงานข้ามชาติ สอดคล้องกับนิติรัตน์ พูลสวัสดิ์ และคณะ (2565) ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการอบรมและพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ปฏิบัติงานต่าง ๆ อาทิ อาสาสมัคร สาธารณสุขต่างด้าว มีการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ตลอดจนจัดทำระบบข้อมูลสุขภาพของแรงงาน ต่างด้าวและ แนวทางการสรรหาและบริหารด้านวัคซีน ดังนั้นมาตรการ Bubble and Seal จึงจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยร่วมต่างๆที่กล่าวข้างต้น เพื่อให้ปัญหาถูกแก้ไขได้อย่างสำเร็จและยั่งยืนต่อไป

### 5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษาในวัตถุประสงค์ข้อ 1 และ 2 ได้สังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการ พัฒนามาตรการ Bubble and Seal ในอนาคต ตามกรอบแนวคิดด้านการป้องกันและควบคุมการ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในที่ทำงาน โดยองค์การอนามัยโลก ดังนี้

**5.3.1 การจัดทำมาตรการ Bubble and Seal ในพื้นที่ชุมชน** โดยเฉพาะพื้นที่เขตเมือง แหล่งชุมชนใหญ่ ในกรุงเทพมหานคร (กทม.) สามารถทำได้ยากกว่าพื้นที่ชายแดน มีความท้าทายในการ จัดหาสถานที่กักตัว เนื่องจากการจัดการพื้นที่หาสถานที่ไม่เพียงพอ แรงงานอยู่กันอย่างแออัดในแคมป์ แรงงาน โครงสร้างการปกครองของ กทม.ซับซ้อนในการประสานงาน ดังนั้นสิ่งที่สำคัญจะต้องมีการ ควบคุมและสร้างระบบติดตาม (Monitor) ที่ดี กระทรวงสาธารณสุขควรจัดตั้งหน่วยงานกลาง เป็นผู้ประสานงานกับกทม. โดยตรง และสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆใน กทม. ให้เป็นไป ในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้สถานประกอบกิจการใน กทม.โดยส่วนใหญ่ยังขาดแกนนำหรืออาสาสมัคร จึงส่งผลให้การควบคุมโรคไม่ทันทั่วถึง เนื่องด้วย ความไม่เข้าใจในการสื่อสาร ดังนั้นควรจัดทำหลักสูตร ให้ความรู้กับตัวแทนของพนักงาน เช่น ผู้จัดการด้านบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานข้ามชาติ เพื่อ เป็นตัวแทนหรือแกนนำในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค

สำหรับมาตรการ Bubble and Seal ในพื้นที่ชุมชนในเขตชายแดน จะประสบปัญหา ที่ต่างออกไป ส่วนใหญ่เป็นปัญหาของประชาชนในพื้นที่ ความขัดแย้งจากชุมชนโดยรอบ ขาดความ เข้าใจเกี่ยวกับมาตรการนี้ และแรงงานไม่เข้าใจกลัวการตกงาน ดังนั้นเรื่องของการสื่อสารเป็นหัวใจของ แรงงานสัมพันธ์ต้องสร้างความเชื่อมั่น (Trust) ทำความเข้าใจกับชุมชน จึงเป็นเรื่องที่คณะกรรมการ โรคติดต่อจังหวัด ต้องร่วมมือกันทุกฝ่ายสร้างความรู้ความตระหนักให้ประชาชนในพื้นที่ในทุกช่องทาง ของการสื่อสารให้ประชาชนมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญเข้ามาร่วมกันดำเนินการร่วมกับผู้นำ ท้องถิ่น อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครต่างด้าว (อสต.) ในโรงงาน อีกทั้งต้องมีมาตรการทาง กฎหมายที่เข้มข้นจริงจังของฝ่ายปกครอง โดยเฉพาะกับแรงงานข้ามชาติ

### 5.3.2 การทำงานของรัฐบาลในการบังคับใช้มาตรการด้านความปลอดภัย และสุขภาพ

ในสถานการณ์การระบาด สิ่งที่สำคัญที่สุด ควรอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานรัฐ เจ้าของกิจการและแรงงานในการปฏิบัติตามมาตรการที่โรงงานกำหนด สำหรับความร่วมมือระหว่างเจ้าของสถานประกอบกิจการรายใหญ่และรายย่อยต้องอาศัยความสามารถในการบริหารจัดการของรายใหญ่ที่ดีกว่ามาเป็นตัวกลางช่วยเหลือรายย่อยในธุรกิจที่เกี่ยวข้อง ยกตัวอย่าง การใช้พื้นที่ร่วมกัน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการจัดเตรียมพื้นที่ กักตัวและสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยให้กับแรงงาน ตลอดจนมีมาตรการลดหย่อนภาษี ลดค่าหอพัก ลดค่าสาธารณูปโภค สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน เช่น ชุดตรวจ ATK โดยอาศัยความร่วมมือจัดงบประมาณ (Emergency Budget) จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนเงินอุดหนุนในทุกโรงงานที่ทำ Bubble and Seal และคนงานต้องได้รับวัคซีนครบ นอกจากนี้ควรมีการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการติดตามแรงงานต่างๆ ที่เข้าร่วมมาตรการเพื่อป้องกันการหลบหนี หรือกรณีการได้รับวัคซีนไม่ครบ

### 5.3.3 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องกลุ่มแรงงานเปราะบาง เช่น แรงงานข้ามชาติ

แรงงานนอกระบบ และกลุ่มคนใช้แรงงานที่เป็นชนกลุ่มน้อย ซึ่งเป็นต้นเหตุของปัญหาที่สำคัญของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานประกอบกิจการ สิ่งที่รัฐบาลดำเนินการในปัจจุบันยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เพราะประเทศไทยยังต้องการแรงงานข้ามชาติอีกมาก จึงมีการลักลอบเข้ามาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จึงเป็นความท้าทายสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งกระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ควรจัดทำมาตรการแบบ win – win ได้ประโยชน์ร่วมกัน รัฐบาลต้องกำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกัน (MOU) อย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้แรงงานข้ามชาติเขตชายแดนเข้าประเทศอย่างถูกกฎหมาย เหมือนแรงงานจากประเทศอื่นๆ โดยจะต้องมีการทบทวนนโยบายการป้องกันควบคุมโรคระหว่างประเทศ และนโยบายด้านการจัดการแรงงานข้ามชาติระหว่างประเทศ พร้อมทั้งสร้างกลไกในการแก้ไขปัญหาในระดับรัฐต่อรัฐ จะมีส่วนช่วยในการส่งการใช้แรงงานอย่างถูกกฎหมาย และส่งเสริมนโยบายด้านความมั่นคงสุขภาพบริเวณชายแดนได้อย่างยั่งยืน

## 5.4 ข้อเสนอแนะต่อภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง

คณะผู้วิจัยขอเสนอแนะต่อภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานประกอบกิจการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

5.4.1 ควรอาศัยความร่วมมือ (Collaboration) ระหว่างเอกชนรายใหญ่และรายย่อย โดยใช้ความสามารถในการบริหารจัดการของสถานประกอบกิจการรายใหญ่ที่ดีกว่ามาเป็นตัวกลางช่วยเหลือรายย่อยในธุรกิจที่เกี่ยวข้อง

5.4.2 ควรใช้ศักยภาพของท้องถิ่น ที่มีความพร้อมทั้งด้านงบประมาณและการบริหารจัดการ ไปช่วยสนับสนุน ค่ายา อุปกรณ์ทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน และค่าชุดตรวจ ATK

5.4.3 ควรสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ (Health Literacy) ในการดูแลสุขภาพให้ห่างไกลจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับแรงงานในสถานประกอบกิจการ และประชาชนในพื้นที่ โดยอาศัยความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครต่างด้าว (อสต.) ช่วยประชาสัมพันธ์ในทุกช่องทางการสื่อสาร

## 5.5 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.5.1 ควรศึกษาผลกระทบในการทำมาตรการ Bubble and Seal ในสถานประกอบกิจการ แต่ละขนาด เพื่อเปรียบเทียบความคุ้มค่า ต้นทุนทั้งทางตรง ทางอ้อม ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย เพื่อได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการเลือกใช้มาตรการนี้ต่อไปในอนาคต

5.5.2 ควรศึกษาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการนำมาตรการ Bubble and Seal ไปดำเนินการในสถานประกอบกิจการในท้องถิ่น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการระบาดของโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

กรมการปกครอง. 2563. รวมประกาศจากราชกิจจานุเบกษา. ประกาศ เรื่อง การขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร (คราวที่ 7) แหล่งที่มา:

<http://report.dopa.go.th/covid19/ratchakitja.html>, 5 พฤศจิกายน 2563.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2563. ข้อมูลผู้ติดเชื้อสะสมในประเทศ, แหล่งที่มา:

<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>, 14 กรกฎาคม 2564.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2563. แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข

เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในสถานที่ต่าง ๆ, แหล่งที่มา:

<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/introduction.php>, 14 กรกฎาคม 2564.

กรมควบคุมโรค. 2563. สถานการณ์ และมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในต่างประเทศ, แหล่งที่มา: <https://ddc.moph.go.th>,

14 กรกฎาคม 2564.

กรมควบคุมโรค. 2564 คู่มือมาตรการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal) สำหรับ

สถานประกอบกิจการ, แหล่งที่มา:

<ddc.moph.go.th/uploads/publish/1183620211001030623.pdf>, 20 สิงหาคม 2564

กรมการจัดหางาน. 2564 สถิติจำนวนแรงงานต่างด้าวที่เป็นอนุญาตให้ทำงานได้ทั่วราชอาณาจักร

ธันวาคม 2564 แหล่งที่มาจาก: [www.doe.go.th/prd/alien/statistic/param/site/152/cat/82/sub/0/pull/category/view/list-label](http://www.doe.go.th/prd/alien/statistic/param/site/152/cat/82/sub/0/pull/category/view/list-label), 28 ธันวาคม 2564.

กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม . มาตรการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ

(บับเบิล แอนด์ ซีล) สำหรับสถานประกอบการ ระบบที่ปรึกษาเพื่อเฝ้าระวัง (Coaching

System), สิงหาคม 2564.

กระทรวงสาธารณสุข. 2563. ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease

2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558.

26 กุมภาพันธ์ 2563.

เกศรา แสนศิริทวีสุข. 2564. แนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 (โควิด-19) ในชุมชนเมือง เปรียบเทียบกับชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10.

วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. แหล่งที่มา: <https://so08.tci-thaijo.org/index.php/JMSSNRU/article/view/138>, 22 กรกฎาคม 2564.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- จินตนา อาจสันเทียะ , แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และ สายสมร เฉลยกิตติ. 2565. **ศึกษาบทบาทพยาบาลชุมชนไทยต่อการป้องกัน และควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง**. รายงานวิจัย, มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.
- จิรยุทธ์ คงนันท์. 2564. **ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดพิจิตร**. รายงานวิจัย, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี.
- ชลนภา อนุกุล, ศยามล เจริญรัตน์, ศิววงศ์ สุขทวี, รัศมี เอกศิริ และธัญชนก วรากรพัฒนกุล. 2564. **Development of Migrant Worker Health Policy in Response to the COVID-19 Crisis**. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) แหล่งที่มา: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle>, 22 กรกฎาคม 2564.
- ชาคร เลิศนัทธน์, พุทธิพันธุ์ หิรัญยตระกูล, สถาพร น้อยจีน และ สมชัย จิตสุชน. 2563. **ประสบการณ์ต่างประเทศของการระบาด และมาตรการคุมการระบาดไวรัสโควิด-19: 5 ข้อสังเกต 4 บทเรียน 3 ความสำเร็จ 2 จุดเปลี่ยน 1 เปิดเมือง**, แหล่งที่มา: <https://tdri.or.th/2020/04/how-countries-worldwide-are-fighting-covid-19/>, 14 กรกฎาคม 2564.
- ไทยพีบีเอส. 2563. **คาดการณ์ระบาด COVID-19 ไทย 3 โมเดล คาดการณ์ 2 ปีเลวร้ายสุด ไทยอาจป่วยถึง 16.7 ล้านคน**. แหล่งที่มา: <https://news.thaipbs.or.th/content/289799>, 14 กรกฎาคม 2564.
- ธีระ วรรณรัตน์, ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์ และอารียา จิรณานูวัฒน์. 2565. **Crisis Management during the First Wave of COVID-19 Pandemic Situation**. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) แหล่งที่มา: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle>, 22 กรกฎาคม 2564.
- ธีรพัฒน์ อังศุขवाल และ ชัชฎา กำลังแพทย์. 2563. **ศึกษากลไกอภิบาลสาธารณสุขของไทยในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**. รายงานวิจัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นิติรัตน์ พูลสวัสดิ์ และคณะ. 2565. **ศึกษาการประยุกต์มาตรการ Bubble and Seal ในการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานประกอบการอุตสาหกรรมในพื้นที่กรุงเทพฯ**. รายงานวิจัย, คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ.
- นิตา ชูโต. 2551. **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร : แมทส์ปอยท์.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- พงษ์พิพัฒน์ ชุ่มสีกา และวินัย ทองภูบาล. 2564. **ศึกษากลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะ. รายงานวิจัย, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.**
- สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. เล่มที่ 22 เรื่องที่ 6 อาชีวอนามัย นิยามคำศัพท์, แหล่งที่มา: [www.saranukromthai.or.th/sub/book/book.php?book=22&chap=6&page=t22-6-infodetail01.html](http://www.saranukromthai.or.th/sub/book/book.php?book=22&chap=6&page=t22-6-infodetail01.html), 18 กรกฎาคม 2564.
- สิริโณม พรหมโณม. 2558. **การทำงานของคนต่างด้าวหรือแรงงานข้ามชาติ, แหล่งที่มา: k120 jun\_12\_1.pdf (senate.go.th), 18 กรกฎาคม 2564.**
- วลัยพร รัตนเศรษฐ และ สมศักดิ์ วาณิชยาภรณ์. 2564. **ศึกษาบทบาทของรัฐบาลในการจัดการการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. รายงานวิจัย, มหาวิทยาลัยเกริก.**
- วัชรวิทย์ ทองอ่อน เพชรภรณ์ มีทอง และสุกัญญา ศรีบุษย์. 2565. **ศึกษาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทาง Factory Sandbox ในจังหวัดชลบุรี. รายงานวิจัย, คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ.**
- วรรณฤติ อิศรานุกุลชัย และคณะ. 2565. **ศึกษาประเด็นท้าทายเพื่อพัฒนารอบการติดตามและการประเมินผลของนโยบายวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย. รายงานวิจัย, โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.**
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2563. **สรุปภาพรวมการระบาดและนโยบายของสิงคโปร์. แหล่งที่มา: <https://www.covidpolicywatch.com/singapore/>, 20 กรกฎาคม 2564**
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2563. **สรุปภาพรวมการระบาดและนโยบายของญี่ปุ่น. แหล่งที่มา: <https://www.covidpolicywatch.com/japan/>, 20 กรกฎาคม 2564**
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2563. **สรุปภาพรวมการระบาดและนโยบายของเกาหลีใต้. แหล่งที่มา: <https://www.covidpolicywatch.com/southkorea/>, 20 กรกฎาคม 2564**
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2563. **สรุปภาพรวมการระบาดและนโยบายของจีน. แหล่งที่มา: <https://www.covidpolicywatch.com/china/>, 20 กรกฎาคม 2564**
- สุทัศน์ โชตนะพันธ์ และคณะ. 2565. **ศึกษาการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเชิงบูรณาการเพื่อบริหารจัดการและการจัดทำนโยบายด้านบริการสุขภาพและสถานะสุขภาพแรงงานข้ามชาติโดยประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศภูมิศาสตร์ กรณีศึกษา: สถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6. รายงานวิจัย, คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ.**
- สุภางค์ จันทวานิช. 2551. **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุริยะ หาญพิชัย และทชวงษ์ จุลสวัสดิ์. 2564. **ศึกษาผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีต่อประชาชน**. รายงานวิจัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ศูนย์สันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. (2556).
- แผนยุทธศาสตร์ความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2556-2566**. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- หทัยรัตน์ โกษียาภรณ์ และ คณะ. 2564. **ศึกษาปัจจัยและกลไกในการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยต่อมาตรการในการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคและมาตรการด้านสาธารณสุขและสังคม กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**. รายงานวิจัย, คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ.
- ศิริดา เขมานิภูธนา. สถานการณ์แรงงานข้ามชาติและการผ่านแดนระหว่างกากระบาดใหญ่ของ **โควิด 19**. แหล่งที่มา: <https://mwgthailand.org/en/press/1643810841>, 31 ตุลาคม 2564.
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค . รายงานสถานการณ์โรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แหล่งที่มา: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no667-311064.pdf>, 31 ตุลาคม 2564.

### ภาษาอังกฤษ

- Aminah et al 2021. 2021. **The Barriers of Policy Implementation of Handling Covid-19 Pandemic in Indonesia**. European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 2021, Volume 8, Issue 1, Pages 1222-1241.  
[https://ejmcm.com/article\\_6798.html](https://ejmcm.com/article_6798.html)
- Berry, T. R., Wharf-Higgins, J., & Naylor, P. J. (2007). **SARS wars: an examination of the quantity and construction of health information in the news media**. Health communication, 21(1), 35–44. <https://doi.org/10.1080/10410230701283322>
- Bryman, A. (2016). **Social Research Methods (6th ed.)**. Oxford University Press Inc.
- Creswell, J.W. 1998. **Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches**. California: Sage.
- Davies, S., Kamaradt-Scott, A., & Rushton, S. 2015. **Disease Diplomacy: International Norms and Global Health Security**. John Hopkins University Press.



### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Denzin, N.K. and Lincoln, Y. S. 2000a. **Introduction: the discipline and practice of qualitative research**, The Sage Handbook of Qualitative Research 3rd ed. California : Sage.
- Elbe, S. 2018. **Pandemics, Pilss, and Politics: Governing Global Health Security**. Johns Hopkins University Press.
- Elbe S. Bioinformational diplomacy: **Global health emergencies, data sharing and sequential life**. Eur J Int Relat. 2021;27(3):657-81.
- Flick, U. 2007. **Designing Qualitative Research**. London: Sage.
- Green, J., & Thorogood, N. (2018). **Qualitative methods for health research**. SAGE Publications Ltd.
- Harman, S. 2014. Global Health Governance. In T. Weiss & R. Wilkinson (Eds.), **International Organization and Global Governance**. Routledge.
- Harman S. Global Health Governance. In: Weiss T, Wilkinson R, editors. **International Organization and Global Governance**. London: Routledge; 2018.
- Hesse-Biber S. **The practice of qualitative research**. London: SAGE Publications Ltd; 2017.
- Nelson, C.L, & Triechler, P.A. 1992. **Cultural Studies**. New York: Routledge.
- Rushton, S. 2019. **Security and Public Health**. Polity Press.
- Shanahan EA, Jones MD, McBeth MK. **How to conduct a Narrative Policy Framework study**. Soc Sci J. 2018;55(3):332-45.
- Suntayakorn, C. 2021. **Problematising the contemporary migrant health insurance issue: a post-structuralist analysis of the 2013 Migrant Health Insurance Card Scheme policy in Thailand**. (Ph.D. thesis). School for Policy Studies, University of Bristol.
- Wald, P. (2008). **Contagious: Culture, Carriers, and the Oubreak Narrative**. Durham. Duke University Press.
- World Health Organization. **Preventing and mitigating COVID-19 at work: policy brief**, 19 May 2021. Geneva: World Health Organization; 2021.

ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

### แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึกผู้กำหนดนโยบาย/ผู้นำนโยบายสู่การปฏิบัติ

#### คำชี้แจง

1. คณะผู้วิจัย มีความประสงค์จะขอทราบแนวคิดและมุมมองของท่านที่เป็นบุคคลสำคัญ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดทำข้อเสนอในการศึกษา Bubble and Seal จากนโยบายการป้องกันควบคุมโรค สู่บทเรียนเพื่อความมั่นคงสุขภาพของประเทศไทย จึงขอโอกาสในการเข้าพบท่านเพื่อขอสัมภาษณ์และพูดคุยเชิงวิชาการ โดยเป็นการทำงานตามหลักการทางวิชาการที่เน้นการปกป้องสิทธิของท่านในการเสนอข้อมูลและการใช้หลักการคุ้มครองแหล่งข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยและหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

2. จะใช้เวลา 40 - 45 นาที โดยขออนุญาตบันทึกการสนทนาด้วยระบบการอัดเสียง เพื่อเป็นการบันทึกรายละเอียดอย่างละเอียดและรอบคอบ

#### แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

##### หมวดคำถามทั่วไป

กรุณาบอกบทบาท และหน้าที่ของท่านที่เกี่ยวข้องกับการกิจด้าน Bubble and Seal model (BB&S) เพื่อการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ในคนไทย หรือคนข้ามชาติ (เมียนมาร์ และลาว)

##### หมวดคำถามด้านปฏิบัติการ Bubble and Seal

1. แนวคิดการบริหารแบบ BB&S มีต้นกำเนิดมาอย่างไร
2. กรุณาเล่าแนวทางการดำเนินงาน ยุทธศาสตร์ BB&S ที่สำคัญ
3. ปัจจัยความสำเร็จ และความท้าทาย
  - 3.1 ปัจจัยใดที่ส่งเสริมให้ BB&S นั้นประสบความสำเร็จ จงยกตัวอย่าง
  - 3.2 มีความท้าทายใดบ้างในการนำ BB&S ไปปฏิบัติ (อาทิ การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่/การประสานงาน/ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด)
4. มาตรการมีการปรับเปลี่ยนอย่างไรบ้างเพื่อให้เข้ากับบริบท BB&S ในแต่ละพื้นที่
5. การสื่อสารเพื่อการประสานงาน BB&S
  - 5.1 กรุณาเล่ามาตรการการบริหารด้านสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องถูกกักตัวอยู่ใน B&S
  - 5.2 มาตรการ BB&S มีหน่วยงานใดที่เกี่ยวข้อง หรือให้ความร่วมมือบ้าง และการสื่อสารเพื่อความร่วมมือเป็นไปอย่างราบรื่นหรือไม่
6. ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 มากขึ้นอัตราการป่วยที่เพิ่มมากขึ้น อัตราการครองเตียงของผู้ป่วยวิกฤตที่สูงขึ้น และอัตราเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ท่านคิดว่าอะไรคือจุดเปลี่ยนที่สำคัญ และท่านคิดว่ามีควรแก้ปัญหาอย่างไร

7. หากสามารถพัฒนาการบริหารจัดการ BB&S เพื่อการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ในอนาคต  
ท่านคิดว่าจะพัฒนาการไปในทิศทางใด

## ภาคผนวก ข

จากการสอบถามอาสาสมัคร จำนวน 31 คน สามารถสรุปความคิดเห็นอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยต่อมาตรการ Bubble and Seal ดังนี้

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น
1. แนวคิดการบริหารแบบ B&S	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความต้องการแยกพนักงานที่ติดเชื้อแล้วออกจากพนักงานที่ยังไม่ติดเชื้อ</li> <li>- เกิดจากการเดือดร้อนของพนักงานในครอบครัวเกิดการติดเชื้อ และต้องการแยกตัวเองออกจากครอบครัวสำหรับคนที่ยังไม่ติดเชื้อ</li> <li>- พบพนักงานมีการติดเชื้อ แต่ขาดสถานที่ในการแยกการกักตัว</li> <li>- การต้องช่วยเหลือพนักงานสำหรับการแยกตัวในการรักษา และกักตัว</li> <li>- พบการแพร่เชื้อของครอบครัวมายังพนักงาน และเข้าสู่โรงงาน</li> <li>- พบพนักงานติดเชื้อหลายคน และแพร่เชื้ออย่างรวดเร็ว</li> <li>- จากช่วงโควิดระบาดในสายพันธุ์ Delta เนื่องจากวัคซีนยังไม่ทั่วถึง และมีพนักงานติดเชื้อหลายคน ซึ่งบางคนรับเชื้อจากครอบครัวสู่ในสถานที่ทำงาน และจุดเริ่มต้นมาจากแรงงานพม่า ที่พักอาศัยร่วมกันและมาทำงาน</li> <li>- พบพนักงานติดเชื้อจากครอบครัวมาสู่ที่ทำงาน</li> <li>- ต้องการช่วยเหลือพนักงานในการแยกการรักษา และกักตัว เพื่อลดการแพร่ระบาด</li> <li>- เป็นนโยบายรัฐต้านป้องกันควบคุมโรคให้โรงงานสามารถดำเนินการไปได้พร้อม ๆ กัน balance ระหว่างเศรษฐกิจ และการป้องกันโรคไม่ให้เข้าสู่พื้นที่ชุมชน</li> <li>- น่าจะมาจากเพราะประเทศเรานับอุตสาหกรรมใช้แรงงาน พอเจอโควิดมันไปต่อไม่ได้ กลัวเศรษฐกิจพัง อีกอย่างเค้ากลัวแรงงานย้ายไปที่ต่าง ๆ แล้วเกิดการระบาดของโรคในหลาย ๆ พื้นที่ เค้าเลยหาทางคุมแรงงานคนจำนวนมันมากไว้ในที่เดียว แต่อย่างว่าได้พัฒนาเศรษฐกิจไปด้วย</li> <li>- ความพยายามของประเทศไทยในการควบคุมแรงงานที่ทำงานในโรงงานด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ และความพยายามของประเทศที่จะการป้องกันควบคุมโรคให้สามารถดำเนินการไปได้พร้อม ๆ กัน</li> <li>- การนำเสนอแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาการส่งออกในภาคอุตสาหกรรมการใช้แรงงานแบบเข้มข้น ความพยายามส่งเสริมการพัฒนาสินค้าการส่งออกเพื่อแก้ไขปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ การปิดตัวโรงงานในสภาวะวิกฤตโรคระบาด</li> </ul>

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความพยายามของประเทศไทยในการนำเศรษฐกิจ และการป้องกันควบคุมโรค ให้สามารถดำเนินการไปได้พร้อม ๆ กัน</li> <li>- การนำเสนอแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาการปิดตัวของกิจการ ในสภาวะ วิกฤตโรคระบาด ประเทศไทยเลยคิดวิธีนี้มา</li> </ul>
<p>2. แนวทางการดำเนินงาน ยุทธศาสตร์ BB&amp;S ที่สำคัญ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจทุกสัปดาห์ ตรวจพบ ส่งพบแพทย์ คัดแยกทันที รวมทั้ง Monitor กลุ่มเสี่ยงสูง</li> <li>- คัดแยกผู้ติดเชื้อ 100% ทุกสัปดาห์ และกลุ่มเสี่ยงสูง</li> <li>- Monitor, สอบสวนโรค และคัดแยก</li> <li>- การ Monitor พนักงานทุกสัปดาห์ รวมทั้งพนักงานเข้าใหม่ทุกคน</li> <li>- Monitor 100% และหลังจากนั้น 10% ของทุกสัปดาห์ สำหรับ New Comer 100%</li> <li>- คัดแยกพนักงานที่ติดเชื้อออกจากสถานที่ทำงาน โดยขอความร่วมมือให้ ทีมสาธารณสุขอำเภอเข้ามาร่วมตรวจ ATK ในเชิงรุก เนื่องจากพบว่า พนักงานมีการติดเชื้อหลายคน</li> <li>- Monitoring ทุกสัปดาห์โดยเริ่มจาก 100% ของพนักงาน และสัปดาห์ ถัดไปคือ 20% (แต่ถ้าพนักงานมีการแจ้ง หรือมีอาการก็จะตรวจ ATK ทันที)</li> <li>- จัดทำ Investigation + Timeline เพื่อจัดหากกลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มเสี่ยงต่ำ</li> <li>- จัดให้กลุ่มเสี่ยงสูง Monitor ทุก 5 วัน 7 วัน และ 10 วัน</li> <li>- จัดแยกที่พักของผู้ติดเชื้อ และกลุ่มเสี่ยงสูง</li> <li>- จัดเตรียมอาหาร ของใช้จำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อ และกลุ่มเสี่ยงสูง</li> <li>- การควบคุมแรงงานให้ปฏิบัติตาม สามารถนำมาตรวจการใช้ได้อย่างมี มาตรฐาน และสามารถทำได้ตลอดจนครบเวลาตามมาตรการกำหนด มีการ นำเทคโนโลยีดิจิทัล จัดการแรงงานเพื่อการสื่อสาร ให้ความรู้ ความเข้าใจถึง ความจำเป็นต้องทำ Bubble and Seal</li> <li>- มีการเสริมกำลังคนด้านการดำเนินงานและบูรณาการทุกภาคส่วนในการ คุมแรงงาน และตรวจสอบการเข้าออกของแรงงาน ด้วยการขออาสาสมัคร จากกลุ่มที่เป็น รักษาติดแค้น และคนต่างด้าวมาเป็นล่ามในการทำให้คนงาน เข้าใจมาตรการ Bubble and Seal</li> <li>- ต้องทำให้คนที่เป็เจ้าของกิจการ และชาวบ้านในพื้นที่ยอมรับมาตรฐาน การ รวมถึงเจ้าของกิจการจะต้องช่วยนำแรงงานผิดกฎหมายขึ้นทะเบียน</li> </ul>

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น
	<p>และสามารถนำมามาตรการไปใช้ได้อย่างมีมาตรฐาน ถูกต้องและสามารถทำได้ตลอดจนครบทุกขั้นตอน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความมั่นใจต่อมาตรการว่าจะไม่เกิดการแพร่ระบาดของโรคสู่ชุมชน เพราะส่วนใหญ่ปัญหาเกิดมาจากความขัดแย้งเรื่องการยอมรับ</li> <li>- การควบคุมแรงงานให้ปฏิบัติตาม รวมถึงสนับสนุน เจ้าของกิจการให้สามารถดำเนินการได้อย่างคล่อง และสามารถนำมามาตรการไปใช้ได้อย่างมีมาตรฐาน และสามารถทำได้ตลอดจนครบ loop และควรจะมีแนวทางพูดคุยกับพี่น้องประชาชนรอบๆ Bubble</li> </ul>
<p>3.1 ปัจจัยใดที่ส่งเสริมให้ B&amp;S นั้นประสบความสำเร็จ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยเหลือ และดูแลกันเป็นอย่างดี</li> <li>- การ Monitor 100% ทุกสัปดาห์ รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูง และคัดแยกออกเพื่อการรักษา และกักตัว</li> <li>- ความร่วมมือ ของทุกๆ ฝ่าย</li> <li>- การดูแลกันอย่างดี</li> <li>- ความร่วมมือของพนักงาน และความดูแลของผู้บริหาร</li> <li>- การร่วมกันดูแล และสังเกตอาการร่วมกัน ซึ่งหากเข้าข่ายสามารถขอตรวจ ATK ได้ตลอด</li> <li>- ความร่วมมือในการไม่ปกปิดข้อมูล เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด แต่การที่จะทำให้พนักงานมั่นใจ และเชื่อใจบริษัทฯ มาจากการดูแลที่ดี และใส่ใจในยามที่พนักงานป่วย</li> <li>- การไม่ปกปิดข้อมูลของทุกคน</li> <li>- การดูแล และใส่ใจ</li> <li>- เราสื่อสารทุกช่องทาง มีการรายงานข่าว ประกาศ และใช้กฎหมายบังคับ แรงงานที่ดีๆ มีการขอความร่วมมือให้ตำรวจ ทหาร และฝ่ายปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการบังคับแรงงาน ในกรณีที่มีการต่อต้าน</li> <li>- สื่อสารทำความเข้าใจ และความเข้าใจมาตรการ ตลอดจนวิธีการอย่างถูกต้อง มีการตรวจสอบการขนย้ายแรงงาน ด้วยการบูรณาการฝ่ายตำรวจ ทหาร และฝ่ายปกครอง ตลอดจนในชุมชนและคนในท้องถิ่นที่ช่วยการสำรวจ ตรวจสอบให้ชัดเจนว่าใครเข้าออกโรงงาน หรือในส่วนของ Bubble การประสานหาพื้นที่ให้กับแรงงานกลุ่มต่าง ๆ ในพักในช่วงเวลากักตัว</li> </ul>



ข้อคำถาม	ความคิดเห็น
	<p>- ในช่วงแรกทำหายมากกับชาวบ้าน และจนท เพราะไม่มีใครเข้าใจเลยว่าทำอะไร แต่พอเข้าใจแล้วปัญหาตามมาก็คือ โรงงานเค้าไม่มีทุนที่จะทำต่อ เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ แถมยังมีค่าวัคซีนอีก ทำให้เกิดการหย่อนยาน และไม่มีใครอยากทำ เพราะไม่อยากแบกรับค่าใช้จ่าย</p>
<p>3.2 ความท้าทายในการนำ BB&amp;S ไปปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลพนักงานที่มีโรคประจำตัว และต้องรับประทานยาประจำตัว จำเป็นต้องไปรับยาแทนที่ รพ. ที่พนักงานรักษา</li> <li>- การลางานของพนักงานที่ไม่นำมาคิดในสถิติการหยุดงานของพนักงาน เพื่อต้องการจ่ายค่าจ้างในวันหยุดรักษาตัว และแยกกักตัวของพนักงาน</li> <li>- การใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า</li> <li>- การใช้งบประมาณอย่างจำกัด เพราะไม่ทราบว่า COVID-19 จะอยู่อีกนานหรือไม่</li> <li>- การเตรียม และควบคุมงบประมาณทั้งหมด เนื่องจากต้องใช้อย่างคุ้มค่าให้มากที่สุด</li> <li>- เจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแล แต่การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ก็ต้องใช้อย่างคุ้มค่า เพราะการดูแลพนักงานต้องมีอุปกรณ์การตรวจวัดทางการแพทย์ มีอาหาร 3 มื้อ น้ำดื่มที่เพียงพอ</li> <li>- มี Application Group Line ในการติดตามอาการของทีมแพทย์ และพยาบาลของโรงพยาบาลรวมทั้งรพ.สต.ในพื้นที่ของบริษัทฯ</li> <li>- การที่เป็น Office จะต้องรับ-ส่งเอกสารของทุกโรงงาน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อ จึงเปลี่ยนเป็นการ Scan ส่งเมลแทนการสัมผัสเอกสาร</li> <li>- การยกเลิกการตรวจ RT-PCR แต่ให้ยาตามอาการและแยกกักตัวหากพนักงานนั้นเป็นพนักงานในสถานประกอบการ แต่ถ้าอาชีพอิสระก็รับยาและรักษาตามอาการรวมทั้งกลับบ้าน เพราะไม่มีสถานที่กักตัว และเตียงผู้ป่วยต้องรองรับผู้ป่วยอาการหนัก ซึ่งไม่มีทางเลือกก็ต้องระงับการแพร่เชื้อ และสุดท้ายอัตราการแพร่เชื้อสูงก็ส่งผลมาถึงบุคคลในครอบครัวที่ทำงานในสถานประกอบการ</li> <li>- การสื่อสารของรัฐในช่วงแรกมีปัญหามาก โดยเฉพาะแรงงานกักตัวกงาน ไม่ยอมกินยา มีการรวมตัว ไม่เข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัว</li> <li>- การทำความเข้าใจกับชุมชน ถึงมาตรการความปลอดภัย ช่วงแรกชุมชนจับผิดมากๆ ว่า ทำไมโรงงานไม่ปิด ทั้ง ๆ ที่มีคนติดโควิด ตอนนั้นเป็นเรื่อง</li> </ul>

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น
	<p>เป็นราวใหญ่โต มีการประท้วง จนต้องอาศัยกำลังเจ้าหน้าที่เข้ามาช่วย และให้ผู้ใหญ่ลงพื้นที่ทำความเข้าใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อสม ชอบปล่อยข่าวลือ ผ่าน social media ทำให้เรามีปัญหา ชาวบ้านก็เสพข่าวผิดๆ และโทษโรงงานตลอด มันทำให้เกิดความขัดแย้งเพราะคนมันไม่เข้าใจ และมีอคติมาก</li> <li>- ทรัพยากรพวกตรวจหาโรค ATK หาวัคซีนเราก็ต้องออก ต้องจ่าย ทำไมรัฐบาลไม่ช่วยควบคุมหน่วยในราคาที่ย่อมเยาว่า หลายครั้งมันเปลืองมากเลย ทำ Bubble and Seal รัฐเอาแต่สั่ง แต่ไม่ support วัคซีนก็จ้องยากมาก ต้องมาลงทะเบียนซื้อกับเอกชน เป็นมาตรการที่เหมือนจะดี แต่ในทางปฏิบัติหลายโรงงานเค้าไม่ไหว ก็เลิกทำกันไป</li> <li>- การสื่อสารของรัฐในช่วงแรกมีปัญหามาก โดยเฉพาะการทำความเข้าใจเรื่อง Bubble ว่าสรุปเราสามารถขยาย Bubble ไปได้มากน้อยแค่ไหน</li> <li>- ความท้าทายเรื่องการต่อต้านของชุมชนโดยรอบเลย เพราะเค้ากลัวโรคหรือคนงานแอบหนีออกมา</li> <li>- ความขัดแย้งระหว่างชุมชน โรงงาน และเจ้าหน้าที่ ในกรณีควบคุมแรงงานข้ามชาติ ส่วนใหญ่จะ discriminate มาก กลัวต่างด้าวเอาโรคมาติด</li> <li>- ทรัพยากร โดยเฉพาะ พวก ATK ตอนแรกแพงมาก ไม่มีใครอยากลงทุนเลยมีบางโรงงานตัดสินใจเลิกทำ สาธารณสุขก็มารับไป</li> <li>- การสื่อสาร และการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ช่วงแรกเรื่องการจัดการเคลื่อนย้ายแรงงานใน Bubble นี่ยากมาก โดยเฉพาะใน กทม. แคมป์แรงงานมันติดๆ กัน หาที่อยู่ให้แรงงานในการกักตัวไม่ได้ ไม่มีใครอยากรับ</li> </ul>
<p>4. มาตรการปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบท BB&amp;S ในแต่ละพื้นที่</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การไม่เดินทางข้ามจังหวัด และการไม่ตรวจ RT-PCR</li> <li>- การลดวันกักตัว</li> <li>- จำนวนวันในการกักตัว และการดูแลพนักงานที่มีโรคประจำตัว</li> <li>- ตรวจพบ หรือเสี่ยงสูงแยกกักตัว 10 วัน ทันที</li> <li>- การทำฉากพลาสติกกันแต่ละโต๊ะการทำงานของพนักงาน การตั้ง Gel Alcohol บริเวณพื้นที่การทำงานแต่ละจุด รวมทั้งจุดที่มีการสัมผัส เช่น บริเวณ Scan นิ้วมือ</li> <li>- Monitor 100% ทุกสัปดาห์ เพื่อเฝ้าระวัง</li> <li>- การลดจำนวนวันกักตัว และการออกสู่ภายนอก</li> </ul>

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เราต้องหมุนเงิน และส่งบางคนให้ไปอยู่ CI เพราะเราแบกรับค่าใช้จ่ายไม่ไหวจริงๆ</li> <li>- การขอความร่วมมือกับ NGO ในการช่วยหาแหล่งบริจาคเงิน</li> <li>- ขอความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ปกครองเข้ามาคุยกับชาวบ้านที่ต่อต้านโรงงาน</li> <li>- เราใช้เงินจำนวนมาก เราเป็นโรงงานขนาดใหญ่เราทำได้ แต่โรงงานเครือข่ายเราไปหมดแล้วนะคะ เจ็บหมดเลย ทำต่อไม่ไหวจริงๆ ค่ะ ทุกอย่างมาตรการนี้ค่าใช้จ่ายมันสูงมากจริงๆ โดยเฉพาะสภาวะวิกฤติแบบนี้</li> <li>- เรามีปัญหาหนักคือ หลายประเทศเค้าปิดประเทศกัน ยอดซื้อสินค้ามันลดลง เราก็ไม่เข้าใจเหมือนกันว่าจะ Bubble and Seal ไปทำไม เพราะปิดโรงงานปล่อยแรงงานกลับบ้าน หรือกลับประเทศเค้าจะดีกับเรามากกว่าค่ะ เพราะทำไปไม่ค่อยจะคุ้มค่าเลย เหมาะกับพวกโรงงานใหญ่ๆ มากกว่า มาตรการไม่ได้มีให้ปรับ แต่น่าจะยกเลิกไปเลย ตอนแรกมีการบอกว่า ให้เฉพาะโรงงานขนาดใหญ่ทำ แต่ในพื้นที่บอกว่า Bubble and Seal นี้ ขนาดกลางก็ทำได้ เห็นหรือไม่ สาธารณสุขบอกให้เราปรับ แต่เค้าไม่เคยที่จะปรับการสื่อสารให้เราเข้าใจเลยว่าอะไรถูก หรือผิด เราเลยปรับมาตรการ ทำเท่าที่ทำได้โดย ทอยปล่อยแรงงานกลุ่มสีเขียวกลับบ้านไปเลย แบบปลอดภัยจริงๆ ส่วนที่มีอยู่พอดีขึ้นก็ให้ทำงานต่อ ทำแบบนี้จะหมด เราปิดโรงงานเลย</li> <li>- Social media ในการสื่อสารถึงชาวบ้านที่เค้าต่อต้าน ทำความเข้าใจกับแรงงาน เจ้าของกิจการให้เข้าใจ มีการติดตาม ตรวจสอบการเคลื่อนย้ายของแรงงาน รวมถึงให้ความรู้ทั้งฝ่ายเจ้าของและแรงงาน อาทิ การทำความเข้าใจถึงการปฏิบัติตัว ความจำเป็นที่จะต้องติดตามการเคลื่อนย้ายแรงงาน และความรู้ด้านการรักษาสุขภาพ ส่วนนี้เราทำร่วมกับสาธารณสุข</li> <li>- พยายามปรับแนวทางการทำงานร่วมกับชุมชนให้ช่วยติดตามแรงงาน หรือ สอดส่องคนแปลกหน้าที่อาจจะเป็นแรงงานจากพื้นที่อื่น ๆ เข้ามาในชุมชน ตลอดจนประสานกับตำรวจ อส. ชาวแดนในการสอดส่องแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมาย</li> <li>- ไม่ได้ใช้วิธีการแบบตรงไปตรงมาเท่าใดนัก ในการหาสถานที่พักให้กับแรงงาน มีการเจรจากับเจ้าของหอพัก และอื่น ๆ โดยใช้ ความสัมพันธ์ส่วน</li> </ul>

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น
	<p>บุคคล เอาจริงๆ ทำแบบนี้ไม่ได้ยั่งยืนหรอก แต่มันเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า</p> <p>- ใช้ Facebook กับ Line ในการสื่อสารถึงชาวบ้านที่เค้านัดกัน และไม่พอใจเลย มีการลงพื้นที่เพื่อสร้างความเข้าใจ ทั้งหมดนี้ไม่เคยเขียนในมาตรการ แต่พวกเราต้องใช้มาตรการสังคมในการแก้ไขปัญหาพวกนี้</p> <p>นอกจากนี้เรายังเสนอจัดเขต พื้นที่ปลอดภัยให้ชุมชนมาขายอาหาร ขายสินค้าให้กับคนกักตัวในโรงงาน ตรงนี้ช่วยนิดนึงนะ ทำให้ชุมชนค้าขายอมรับ</p>
<p>5.1 มาตรการการบริหารด้านสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องถูกกักตัวอยู่ใน BB&amp;S</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลพนักงานที่ติดเชื้อแต่มีโรคประจำตัวที่เป็น 608 เช่น โรคเบาหวาน ต้องเตรียมอาหารให้เหมาะสมที่พนักงานรับประทานได้ รวมทั้งเครื่องดื่ม หากพนักงานมีความต้องการน้ำตาล</li> <li>- การขอข้อมูล Investigation และ Timeline รวมทั้งการที่มาของการติดเชื้อ เช่น สถานที่อยู่อาศัยของพนักงานได้มีการแพร่ระบาด COVID-19 หรือไม่</li> <li>- การตั้ง Line กลุ่มเพื่อติดตามอาการตลอดเวลา 10-14 วัน และอธิบายผลการตรวจวัดเครื่องมือทางการแพทย์</li> <li>- การตั้งกลุ่ม Line และติดตามอาการ และความต้องการของพนักงาน</li> <li>- ตรวจติดตามวัดเครื่องมือทางการแพทย์ทุกวันรอบเช้า-เย็น และแจ้งผลอาการในไลน์กลุ่มที่ตั้งขึ้นมา</li> <li>- สื่อสารโดยกิจกรรม Toolbox Talk ในการแจ้งยอดผู้ติดเชื้อ และผู้เสียชีวิต ทุกเช้า</li> <li>- ทุกเช้ามีกิจกรรม Toolbox Talk รวมพนักงานทุกคน ซึ่งจะ Update ยอดผู้ติดเชื้อทั้งหมด และของจังหวัด รวมทั้งผู้เสียชีวิต เพื่อให้พนักงานรับทราบ และตระหนักถึงความรุนแรง</li> <li>- ตั้ง Line Group ในการติดตามอาการทุกวัน รวมทั้งการส่งอาหาร 3 มื้อ และยาตามอาการ เช่น ยาแก้ไอ ยาอม น้ำผึ้งผสมมะนาว น้ำขิง น้ำกระชายขาว เป็นต้น</li> <li>- การ Monitor ทุกสัปดาห์ และสื่อสารกับผู้ติดเชื้อเป็น Line กลุ่ม เพื่อง่ายต่อการติดตามอาการ รวมทั้งการให้การดูแลทั้งหมด</li> </ul>

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดตั้งหัวหน้ากลุ่มแรงงานมีสายบังคับบัญชาที่ชัดเจน ให้มีการรายงานโรคผ่าน Line หรือผ่านจอมอนิเตอร์ ประชาสัมพันธ์ 3 เวลาต่อวันเพื่อให้คนงานเข้าใจ ติดกั๊วๆ ด้วยเค้าจะได้ทำตาม</li> <li>- หาเครือข่ายหอพัก ในกรณี กทม. นะ เพราะว่าแคมป์มันไม่ค่อยมีที่พักเมื่อเทียบกับต่างจังหวัด ขอให้หน่วยงานรัฐช่วย เค้าช่วยหา แต่ไม่ได้ช่วยจ่ยเราแบกรับเยอะมาก พอหมด Bubble and Seal รอบแรก รอบสองเราไม่เอาละ คุยกับแรงงานปล่อยกลับบ้านหมดเลย ไปต่อไม่ไหว</li> <li>- การสื่อสารของรัฐบาลในช่วงแรกมีปัญหามาก สื่อสารและความรู้เกี่ยวกับมาตรการไม่ค่อยมี เราเลยสับสน โดยเฉพาะของ Bubble แรงงานมักออกนอกพื้นที่ และไม่ยอมรายงานตัว ทำให้ไม่สามารถติดต่อ และติดตามได้ บางคนหนีออกนอกพื้นที่เลย</li> <li>- ทรัพยากร กำลังคนเราไม่พอในการติดตาม และควบคุมแรงงานทั้งหมด โดยเฉพาะการเคลื่อนย้ายใน Bubble ทำให้ช่วงแรกเรื่องการ manage จัดการเคลื่อนย้ายแรงงานใน bubble นี้นายมาก โดยเฉพาะ แคมป์แรงงาน และสถานประกอบการย่อย ๆ ใน กทม. หาที่อยู่ให้แรงงานในการกักตัวไม่ได้ ไม่มีใครอยากรับเพราะชุมชนโดยรอบต่อต้านไม่อยากให้เข้ามาใช้พื้นที่</li> <li>- สื่อสารทำได้ดี แต่พอมาปฏิบัติ ทำไม่ได้ คนบางที่ไม่ได้มีความรู้ด้านสุขภาพมาก มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่างกัน โดยเฉพาะพม่านี้ยังใช้มือกินข้าว ไม่ยอมเว้นระยะห่าง เราเลยต้องจ้างคนมาบังคับให้ตำรวจมาดู ปกครองมาดู เราจ้างเอง แต่เราก็ไม่ได้ทำบ่อยเพราะคนอื่นเค้าก็ยุ่ง</li> <li>- ให้คนหรือญาติมา video call คุยกับแรงงานไม่ให้เครียด มีการสื่อสารผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ส่วนใหญ่เพื่อลดการสัมผัส ประกาศผ่านเครื่องขยายเสียง</li> <li>- จัดตั้งหัวหน้ากลุ่มแรงงานมีสายบังคับบัญชาที่ชัดเจน ให้มีการรายงานโรคผ่าน Line หรือผ่านจอมอนิเตอร์</li> </ul>
<p>5.2 มาตรการ BB&amp;S มีหน่วยงานใดที่เกี่ยวข้อง หรือให้ความร่วมมือ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บริษัท และรพ.สต.ในพื้นที่</li> <li>- สาธารณสุขจังหวัดเข้ามา Survey พื้นที่ และตรวจติดตามการควบคุมดูแล</li> <li>- บริษัท และ Owner</li> <li>- ทางบริษัทฯ เป็นผู้ดำเนินการร่วมกับทาง Owner</li> </ul>

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทางบริษัทจัดทำเนื่องจากสาธารณสุขของจังหวัด และเพื่อการป้องกันไม่ให้ COVID-19 แพร่กระจายสู่เพื่อนพนักงานมากขึ้น</li> <li>- สาธารณสุขอำเภอได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี</li> <li>- หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด รพ.สต. และรพ.นิคมพัฒนาเข้ามาเป็นพี่เลี้ยงในการดูแล</li> <li>- จัดทำกันในบริษัทฯ และดูแลซึ่งกันและกัน</li> <li>- ทางบริษัทฯ เป็นผู้ดูแลพนักงาน และไม่นับเป็นวันลาป่วยของพนักงาน</li> <li>- คกก. ควบคุมโรคจังหวัด หน่วยปกครอง แรงงาน อสม NGO กลุ่มอาสา การสื่อสารราบรื่นดีนะ เราพยายามช่วยกันทำงาน แต่อย่างว่า คน เงิน ของ ไม่มา ต่อให้สื่อดีแค่ไหน รัฐไม่ช่วย อุปสรรคเยอะ มันก็ไม่สำเร็จได้ง่ายๆ</li> <li>- คกก ควบคุมโรคจังหวัดตรงนี้รวมถึง ศบค. หน่วยปกครอง สาธารณสุข จังหวัด หน่วยงานอาสาสมัครภาคประชาชน NGO เราพยายามบูรณาการ กำลังในการสอดส่องแรงงาน รวมถึงขอกำลังเจ้าหน้าที่ตำรวจมาช่วยอีกแรง</li> <li>- ขอรถทหารมาขนย้ายแรงงาน ช่วงแรกเรา ยอมรับว่า ทุกคน งง กับ มาตรการ Bubble มาก sealed มันชัดเจนว่าต้องทำยังไง เราไม่แน่ใจเรื่อง ขอบเขตการจัดการ Bubble มากนัก และในหลาย ๆ ครั้งนอกจาก มาตรการ Bubble and Seal แล้ว</li> <li>- คำศัพท์ที่ใช้ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะ ภาษาอังกฤษนั้น ไม่ค่อยเหมาะสำหรับการสื่อสารในประชาชน แรงงาน แม้กระทั่งเจ้าหน้าที่เค้าใจ DMHTT อะไรแบบนี้ ชาวบ้าน งง พวกผมเองก็ งง เหมือนกัน</li> <li>- คกก ควบคุมโรคจังหวัด หน่วยปกครอง แรงงาน การสื่อสารราบรื่นดี เราพยายามช่วยกันทำงาน ส่วนใหญ่สนิทสนมกันอยู่แล้ว เลยผ่านพ้นไปได้ดี</li> </ul>
<p>6. จุดเปลี่ยนที่สำคัญ และการแก้ปัญหาจากการระบาดของโรค COVID-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนผู้ติดเชื้อที่จริง เพราะปัจจุบันยังพบผู้ติดเชื้อในรพ.จำนวนหนึ่งที่ยู่ในช่วงเข้ารับการรักษา</li> <li>- ควรแก้ปัญหาเรื่องวัคซีนเข็มกระตุ้นอย่างชัดเจน</li> <li>- การให้ข้อเท็จจริงในการแพร่ระบาด และติดเชื้อ</li> <li>- การกังวลใจในการแพ้วัดขึ้น</li> <li>- การให้ข้อมูลข่าวสารเรื่อง COVID-19 ให้มากขึ้น เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อ และสายพันธุ์ปัจจุบันรวมทั้งความรุนแรงของโรค</li> </ul>

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเข้าไม่ถึงวัคซีน และการขาดความมั่นใจกับการแพ้วัคซีน เนื่องจากไม่ได้มีใครมาดูแลสำหรับบุคคลที่แพ้วัคซีน</li> <li>- การเข้าไม่ถึงวัคซีน และการขาดความเชื่อมั่น ในวัคซีน เพราะบางคนแพ้มาก ถึงขั้นไม่สามารถทำงานได้ แต่ขาดการดูแล</li> <li>- ควรแก้ปัญหาเรื่องการดูแลสำหรับผู้แพ้วัคซีน เพราะทำให้พนักงานขาดการดูแล และเกิดการหยุดงาน สูญเสียรายได้</li> <li>- มันไม่มีจุดเปลี่ยนอะไรหรอก มันแย่ตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุข คิดสื่อสารกับรัฐบาลไม่ไปเป็นทางเดียวกัน คนมันไม่นับถือ มาตรการหละหลวมมาก เมฆาคนกลับบ้านอีก</li> <li>- จัดตั้งหัวหน้ากลุ่มแรงงานมีสายบังคับบัญชาที่ชัดเจน ให้มีการรายงานสถานะของแรงงาน Line มีการตั้งหน่วยสื่อสารเฉพาะกิจร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ เช่นสาธารณสุข ตลอดจนทำ one stop service เพิ่มเติมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การเคลื่อนย้าย และสิทธิการทำงานของแรงงานในสภาวะการระบาดโควิด19</li> <li>- เมฆาชน สงกรานต์ คือจุดเปลี่ยนทำให้คนกลับบ้านมากขึ้น การเคลื่อนย้ายแรงงาน</li> <li>- คิดว่าน่าจะเป็นมาตรการการผ่อนปรน และแก้ปัญหาแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมาย</li> </ul>
<p>7. การพัฒนาการบริหารจัดการ BB&amp;S เพื่อการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ในอนาคต</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาการของวัคซีน</li> <li>- พัฒนาเรื่องวัคซีนป้องกันโรค</li> <li>- ควรพัฒนาเรื่องของชนิดวัคซีน และ Timeline ที่ต้องได้รับการกระตุ้น</li> <li>- การพัฒนาการด้านวัคซีนในการสร้างภูมิคุ้มกัน</li> <li>- พัฒนาเรื่อง Timeline ในการรับวัคซีน เช่น เข็มกระตุ้น 3-4 เดือนขึ้นไป</li> <li>- พัฒนาวัคซีนให้มีประสิทธิภาพ และสามารถรองรับได้ในทุกสายพันธุ์</li> <li>- ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพราะในโลกความจริงโควิดยังคงอยู่ แต่เพราะหลายๆอาชีพไม่สามารถทำงานได้ รวมทั้งเศรษฐกิจก็แย่ลง ดังนั้นการที่จะอยู่กับโควิดให้ได้แบบบูรณาการควรให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เช่น สายพันธุ์ใหม่ และวัคซีนควรมีคุณภาพที่ดีตามสายพันธุ์ที่ใหม่</li> </ul>



ข้อคำถาม	ความคิดเห็น
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาเรื่องคุณภาพวัคซีนให้มากขึ้น เพื่อลดเรื่องการเจ็บป่วยหนัก</li> <li>- พัฒนาเรื่องวัคซีนที่จะได้รับต่อไป</li> <li>- จะต้องมีการมาตรการเสริมควบคู่กับการทำ Bubble and Seal</li> <li>- รัฐบาล สนับสนุนมาตรการเสริม คน เงิน ของ วัคซีน ราคาเยือกเยียว ค่าน้ำค่าไฟ และการดูแลสวัสดิการของเหล่าผู้ประกอบการด้วย ไม่ใช่สิ่งอย่างเดียวของช่วย ลดค่าเช่า ค่าไฟไม่มาไม่ทำอะไรเลย</li> <li>- การสื่อสารกระทรวงสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ที่มีปัญหามาก โทรมไปไม่เคยให้คำตอบอะไรได้เลย สายไม่เคยว่าง อย่างเราจะถามเรื่องวัคซีน ให้ต่อเบอร์ 1 2 3 4 5 คือ ผมก็รีบ เค้าก็ให้คำตอบอะไรไม่เคยจะได้เลย ลำบาก</li> <li>- อยากให้ช่วยพัฒนาความรู้ของเจ้าหน้าที่ในโรงงาน โดยเฉพาะการป้องกันโรคระบาด การสื่อสาร และการนำนวัตกรรมมาใช้ในการป้องกันโรค โดยเฉพาะด้านการจัดการ</li> <li>- อยากให้มีมาสอนเรื่องจิตวิทยาการสื่อสารโรคในโรงงาน และชุมชน เพราะตอนแรกปัญหาเรื่องความเข้าใจเยอะมาก ปวดหัวมาก ทะเลาะกันทุกฝ่าย สาธารณสุขต้องปรับแนวทางการสื่อสารนโยบายหน่อย</li> <li>- ในอนาคตพัฒนาการที่ Bubble and Seal ควรจะเป็นคือต้องมีมาตรการเสริม และแนวทางอื่น ๆ ปฏิบัติร่วม เช่น <ol style="list-style-type: none"> <li>1.จัดการแรงงานเถื่อน ค้ามนุษย์และเครือข่าย</li> <li>2.มีแนวทางสนับสนุนและจูงใจเจ้าของกิจการในการทำ Bubble and Seal</li> <li>3.ใช้ภาษาง่ายๆ คุยกับชาวบ้าน</li> <li>4.สร้างความรู้ให้กับประชาชนได้เข้าใจเรื่องโรคระบาด การรักษาสุขภาพ เพื่อลดความกลัวและความขัดแย้ง ซึ่งเราเห็นได้ชัด ตอน Bubble and Seal ทำใหม่ๆ ทะเลาะกับชุมชนเยอะ ต่อกันมากเลยช่วงแรก เพราะกลัวและไม่เข้าใจกัน</li> </ol> </li> <li>- ระบบการสื่อสารเชิงนโยบายต้องมีความชัดเจนว่าใครมีบทบาทอะไร</li> <li>- ขาดงบประมาณในการสนับสนุนมาตรการเสริมเช่นค่าน้ำค่าไฟ และการดูแลสวัสดิการของเหล่าผู้ประกอบการทำให้ขาดแรงจูงใจในการทำงาน</li> <li>- กำลังคนก็ขาด ทำให้การดำเนินงานหน้างานมีปัญหา</li> <li>- คนขาดความรู้ มีแต่ความกลัว ทำให้การควบคุมข่าวลือ โดยเฉพาะใน Bubble ทำไปได้ยากมาก และก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่าง โรงงาน</li> </ul>

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น
	<p>เจ้าหน้าที่ และชุมชนรอบโรงงาน หรือสถานประกอบการนี้ ตรงนี้ต้องหาวิธีให้ความรู้</p> <p>- ควรมีหน่วยวิชาการ สายบังคับให้ชัดเจน ตอนนี้เรารับคำสั่งจากหลายหน่วยงาน ข้อปฏิบัติบางอย่างไม่เหมือนกัน เช่น สาธารณสุข มี Bubble and Seal และแรงงานมี factory sandbox คือนโยบายมันเหมือนกัน คล้ายๆ ทำไมจะต้องมีอะไรที่ซ้ำซ้อน</p>