

การพัฒนาารูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแควดำ
Development of Care and Nursing Models for COVID-19 Patients in Home Quarantine
at Kae Dam District

สุมิตร ชินภักดี¹
Sumit Chinpukdee¹
¹โรงพยาบาลแควดำ
¹Kaedam Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแควดำ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหา 2) วางแผนการพัฒนาแก้ไขปัญหา 3) นำกระบวนการแก้ไขปัญหาสู่การปฏิบัติ 4) ประเมินผลการพัฒนา กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม 1) กลุ่มตัวอย่างในการทดลอง คือ ผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้าน จำนวน 485 คน 2) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล 3) กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็น จำนวน 15 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามการปฏิบัติตัวผู้ป่วย COVID-19 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบบันทึกประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า

1.สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านอำเภอแควดำ พบว่า(1) ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย COVID-19 เช่น ขาดการดูแลสุขภาพตนเอง ขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การจัดสถานที่และสภาพแวดล้อมบ้านในการกักตัวไม่เหมาะสม มีภาวะความเครียด วิตกกังวล (2) ปัญหาของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า มีภาวะความเครียด วิตกกังวล พักผ่อนไม่เพียงพอ และขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานได้ (3) ปัญหาการบริหารจัดการ พบว่า ขาดการประสานงานในระดับหน่วยงาน รวมถึงขาดการวางแผนเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากร และทรัพยากร ขาดความต่อเนื่องการเตรียมบ้านและสถานที่กักตัวของผู้ป่วย

2.การพัฒนาารูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแควดำ ประกอบด้วย การจัดระบบบริหารจัดการและการพยาบาล การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางสุขภาพ การจัดระบบบริการการดูแล การจัดทำแนวทางการปฏิบัติงาน และการจัดระบบติดตามประเมินผู้ป่วย

3. ผลการพัฒนาารูปแบบ พบว่า ผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้าน ได้รับการดูแลและการพยาบาล มีความพึงพอใจระดับมาก ($\bar{x} = 4.08, SD = 0.33$) การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้าน สามารถปฏิบัติตัวอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.80, SD = 0.30$) และจากการสังเกตพฤติกรรมทำให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า สามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้ถูกต้อง การจัดที่พักอาศัยของผู้ป่วยการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการประเมินอาการ ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด อีกทั้งมีการประสานงานและให้การดูแลแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว

คำสำคัญ : การดูแล, การพยาบาลผู้ป่วย COVID-19, กักตัวที่บ้าน

Abstract

This research aims to develop a care and nursing model for COVID-19 patients in home quarantine at Kae Dam District. This action research consisted of 1) studying the problem 2) developing a plan to solve problems 3) bringing the problem-solving process into practice 4) evaluating the development. The study target group consisted of 3 groups: 1) COVID-19 patients in home quarantine 485 persons 2) the informant group 3) the brainstorming group 15 persons. Research tools included a medical record review form, a satisfaction questionnaire, a COVID-19 patients' practice questionnaire, an in-depth interview form, a focus group discussion form, a workshop record form, and an observation form. The analysis of quantitative data used descriptive statistics. The study of qualitative data used content analysis.

The results of this study were:

1. Situations and problems in the care and nursing of COVID-19 patients in home quarantine at Kae Dam district found that 1) Problems with the practice of COVID-19 patients were lack of self-care, lack of knowledge about the use of antiviral drugs and use of medical equipment, arrangement of the place and the home environment for quarantine was inappropriate, stress, and anxiety. 2) Problems of medical personnel were stress, anxiety, insufficient rest, and lack of clear guidelines for patient care. These impacted on risk of infection from the operation. 3) Management problems found that lack of coordination at the departmental level, lack of planning on medical equipment, personnel, and resources, and lack of continuity in preparing the homes and places of quarantine patients.

2. Development of care and nursing models for COVID-19 patients in home quarantine at Kae Dam District consisted of management and nursing systems, health personnel arrangement, organization of care services, preparation of operational guidelines, and organizing a patient follow-up assessment system.

3. The results of the model development found that COVID-19 patients in home quarantine received care and nursing at a high level of satisfaction ($\bar{x} = 4.08$, $SD = 0.33$), practice of COVID-19 patients in home quarantine at the highest level ($\bar{x} = 4.80$, $SD = 0.30$) and the service behavior of medical personnel found that the signs and symptoms of the patients were able to be assessed correctly, the accommodation of the patient and the preparation of equipment for the assessment were correct according to the criteria. In addition, there is coordination and care for the patients accurately and quickly.

Keywords: care, nursing for COVID-19 patients, home quarantine

บทนำ

โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ พบครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน โดยมีรายงานครั้งแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 เชื้อโคโรนาไวรัสเป็นเชื้อไวรัสขนาดใหญ่ที่ก่อโรคทั้งในมนุษย์และสัตว์ โคโรนาไวรัสหลายสายพันธุ์ก่อให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจในมนุษย์ ตั้งแต่โรคหัดธรรมดาจนถึงโรคที่มีความรุนแรงสูง เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle east respiratory syndrome: MERS) ซึ่งเกิดจากเชื้อ MERS CoV โรกระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe acute respiratory syndrome: SARS) ซึ่งเกิดจากเชื้อ CoV-1 เชื้อก่อโรคโคโรนาไวรัส มีชื่อชั่วคราวที่ใช้ในตอนแรกคือ 2019-nCoV ชื่อทางการในปัจจุบันคือ SARS-CoV-2 ส่วนชื่อของโรคติดเชื้อชนิดนี้เรียกว่า COVID-19 (อมร ลีลารัตน์มี, 2563) การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 หรือ โควิด-19 (Covid-19) ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 และลุกลามไปทั่วโลก สร้างความหวาดกลัวและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชากร และเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 มีการระบาดใหญ่ (pandemic) ซึ่งเป็นการติดเชื้อทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563ก) จากสถิติเมื่อวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2563 ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 1,982,939 คน และตาย 126,761 คน โดย 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด ประเทศสหรัฐอเมริกา (609,516 คน) เป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วยสเปน (174,060 คน) อิตาลี (162,488 คน) เยอรมัน (132,362 คน) และฝรั่งเศส (131,362 คน) และเมื่อพิจารณา 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ สหรัฐอเมริกา (26,057 คน) อิตาลี (21,067 คน) สเปน (18,255 คน) ฝรั่งเศส (15,750 คน) และสหราชอาณาจักร (12,129 คน) ตามลำดับ (Dong, 2020)

สำหรับการระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 รอบแรกในประเทศไทย พบผู้ป่วยต้องสงสัยรายแรกเมื่อวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีนอายุ 74 ปี ซึ่งเดินทางมาถึงกรุงเทพมหานครโดยเที่ยวบินจากนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน จากสถิติเมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีการระบาดและมีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2,826 คน จำนวนผู้รักษาหาย 2,352 คน คิดเป็นร้อยละ 83.2 ร้อยละของการรักษาหายอยู่ในลำดับที่ 2 ของโลกรองจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ส่วนการระบาดรอบที่ 2 ในประเทศไทยนั้น เริ่มช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยพบหญิงไทย อายุ 67 ปี อาชีพค้าขายที่ตลาดกลางกุ้ง ตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ติดเชื้อโดยไม่มีประวัติการเดินทางออกนอกประเทศ ซึ่งคาดว่าเป็นการติดเชื้อจากแรงงานชาวจีนในตลิ่งกุ้ง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานชาวจีนมาอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครได้ลงพื้นที่เพื่อทำการตรวจเชิงรุก (active case finding) และพบว่ามีการติดเชื้อรายใหม่ที่ไม่มีการแจ้งในกลุ่มแรงงานชาวจีนมาเป็นจำนวนมาก โดยการระบาดรอบที่ 2 นี้ มีความต่างจากการระบาดระลอกแรกในหลายด้าน เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากกว่า มีการกระจายไปหลายจังหวัด ทำให้คาดว่า การระบาดรอบที่ 2 คงไม่หมดไปอย่างรวดเร็วเหมือนรอบแรก (สุรัชย์ โชคครรชิตไชย, 2563)

แม้ระบบควบคุมโรคของประเทศไทย มีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการติดตามผู้ที่สัมผัสเชื้อทุกราย และมีการตรวจเชื้อจากผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็ว แต่การระบาดในประเทศไทยก็ยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชน เนื่องจาก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และการใช้เทคโนโลยี เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อตัวบุคคลทั้งสิ้น เช่น ตกงาน หรือถูกเลิกจ้าง สมาชิกครอบครัวต้องอยู่ห่างกัน และมีการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนลดลง ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป เกิดปัญหาการขาดรายได้ และชีวิตประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยนไป (บัญชา เกิดมณี และคณะ, 2563) ในประเทศไทยได้มีการจัดตั้ง

คณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) (ศบค.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 แห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน (stay at home) ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home: WFH) รักษาระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) รักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือบ่อยๆ(8) ซึ่งการประกาศภาวะฉุกเฉินส่งผลให้ประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งหมด

สำหรับสถานการณ์การระบาดและการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ในจังหวัดมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ได้มีมาตรการในการเฝ้าระวังติดตามผู้ที่เดินทางกลับมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 โดยความร่วมมือทั้งจากฝ่ายปกครอง สาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เฝ้าระวังในพื้นที่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง และเมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2563 จังหวัดมหาสารคาม ได้ออกแถลงการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อไวรัส COVID-19 ในพื้นที่ โดยระบุว่าได้รับรายงานการสอบสวนโรคระบาดวิทยา จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัส COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม 1 คน ซึ่งเป็นรายแรก เมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2563 โดยผู้ป่วยรายนี้ อาชีพนักดนตรี เดินทางกลับจากกรุงเทพมหานคร และมีอาการป่วยระบบทางเดินหายใจซึ่งต่อมาตรวจพบว่าติดเชื้อไวรัส COVID-19 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2563) และเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2563 จังหวัดมหาสารคาม ได้ประกาศว่า มีผู้ติดเชื้อไวรัส COVID-19 รายที่ 2 ในพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เดินทางกลับจากจังหวัดสมุทรสาคร(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2564) ดังนั้นจังหวัดมหาสารคาม จึงประกาศมาตรการให้พื้นที่อำเภอบรบือเป็นพื้นที่เฝ้าระวังสูง เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มจะแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นอีก เพื่อให้การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามเป็นไปตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้พื้นที่ เป็นพื้นที่เสี่ยงที่จำเป็นต้องยกระดับมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่เข้มข้นขึ้น โดยจังหวัดมหาสารคามมีมติให้กำหนดมาตรการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท สถานที่จำหน่ายอาหาร และเครื่องดื่มทุกชนิด รวมถึงร้านค้า แผงลอย รถเข็น แผงผลไม้ หรือสถานประกอบการอื่นในลักษณะเดียวกัน ห้ามจัดให้มีสถานที่นั่งรับประทานโดยเด็ดขาด ยกเว้น การจำหน่ายเพื่อนำกลับไปรับประทานในที่พักเท่านั้น ให้ปิดตลาดนัดและสถานที่ที่มีลักษณะเดียวกันทุกแห่ง ห้ามการจัดเลี้ยงในงานบวช งานมงคลสมรส งานพิธีการศพ งานบุญทางศาสนา การไหว้บรรพบุรุษ และงานประเพณีทุกชนิด สำหรับการปฏิบัติในการจัดงานดังกล่าวให้ถือปฏิบัติตามประกาศกระทรวงวัฒนธรรม เรื่อง แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับเทศกาล ประเพณี พิธีทางศาสนาและพิธีการต่างๆ โดยเคร่งครัด และขอความร่วมมือ งดเว้นการเดินทางออกนอกพื้นที่โดยไม่จำเป็น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2564) ซึ่งการประกาศพื้นที่เสี่ยงและยกระดับมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID -19 ที่เข้มข้นขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่

ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2564 พบการระบาดของ COVID-19 สายพันธุ์ Omicron แพร่ระบาดในวงกว้างพบว่าอาการของผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง อาจไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลเพียงระยะสั้น ๆ แล้วไปพักฟื้นที่บ้านหรือสถานที่รัฐจัดให้ เพื่อให้การดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 โดยการแยกกักตัวที่บ้าน แบบ Home Isolation เป็นไปอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ โดยนำบทเรียน จากการระบาดในช่วงที่ผ่านมา เป็นแนวทางในการปรับปรุง ทั้งนี้ ผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการน้อยส่วนใหญ่จะค่อย ๆ ดีขึ้นจนหาย อย่างไรก็ตามในช่วงปลายสัปดาห์แรกผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการมากขึ้นได้ ผู้ป่วยจึงควรสังเกตอาการตนเอง เมื่อไม่แน่ใจสามารถโทรศัพท์ปรึกษา

หรือเข้าไปรับการตรวจที่โรงพยาบาล โดยติดต่อไปยังโรงพยาบาลก่อนเพื่อรับการดูแลรักษา ที่เหมาะสมต่อไป ผู้ป่วยโควิด-19 จะเริ่มแพร่เชื้อก่อนมีอาการประมาณ 2 - 3 วัน ไปจนถึงสิ้นสุดสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วยนับจากวันที่เริ่มมีอาการ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการน้อยหรืออาการดีขึ้นแล้ว อาจจะมีเชื้อไวรัสที่ยังแพร่ ไปสู่ผู้อื่นอยู่ในน้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยเป็นระยะเวลาประมาณ 10 วัน หลังจากเริ่มป่วย

ดังนั้น ผู้ป่วย COVID-19 ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องแยกตัวเองจากผู้อื่น ขณะอยู่ที่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน นับตั้งแต่วันที่เริ่มป่วย หรือ ตรวจพบเชื้อ หากครบ 10 วัน แล้วยังมีอาการควรแยกตัวจนกว่าอาการจะหายไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง เพื่อลดการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น ทั้งนี้สามารถปรึกษาแพทย์ได้หากไม่มั่นใจระยะเวลาที่เหมาะสมในการหยุดแยกตัว หลังจากนั้น แนะนำให้สวมหน้ากากอนามัย และระมัดระวังสุขอนามัยส่วนบุคคลต่อไปตามมาตรฐานวิถีใหม่ (new normal) แต่ถ้าเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ หรือมีอาการหนักในช่วงแรก อาจแพร่เชื้อได้นานถึง 20 วัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่ออาการดีขึ้นจนกลับบ้านได้แล้วมักจะพ้นระยะแพร่เชื้อแล้วจึงไม่ต้องแยกตัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกดดำ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกดดำ
3. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามการพัฒนารูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกดดำ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ผู้วิจัยจึงกำหนดขอบเขตการศึกษาไว้ดังนี้

1. ขอบเขตพื้นที่ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอแกดดำ
2. ขอบเขตผู้ร่วมวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม
 - 2.1 กลุ่มตัวอย่างในการทดลอง คือ ผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้านในพื้นที่อำเภอแกดดำ ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ.2565 ถึง เมษายน พ.ศ. 2565 จำนวน 485 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง
 - 2.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกดดำ สาธารณสุขอำเภอแกดดำ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลแกดดำ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน จำนวน 8 คนโดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง
 - 2.3 กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็น ประกอบด้วย นายอำเภอ แพทย์ พยาบาล เกษีกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ผู้นำชุมชน จำนวน 15 คนโดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง
3. ขอบเขตเชิงเนื้อหาและระยะเวลาของการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกดดำ โดยดำเนินการศึกษา ช่วง เดือน มกราคม พ.ศ.2565 ถึง เมษายน พ.ศ. 2565
3. ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) มีการดำเนินการ ดังนี้

3.1 ระยะเวลาวางแผน (Plan) โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกดำ สาธารณสุขอำเภอแกดำ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลแกดำ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอทราบแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้าน และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของชุมชน

2) สันทนาการกลุ่ม ตัวแทนผู้นำชุมชน เพื่อขอทราบแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับ สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้าน และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของชุมชน จำนวน 8 คน

3) แบบสำรวจการเตรียมความพร้อมการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 พัฒนาขึ้นโดยศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และการสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center: PHEOC) กระทรวงสาธารณสุข นำมาปรับปรุงใช้ประเมินการเตรียมความพร้อม การบริหารการพยาบาลในระยะก่อนเกิดการระบาด ระยะเกิดการระบาด และระยะหลังเกิดการระบาด ของโรค COVID-19

4) วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์

3.2 ระยะดำเนินการพัฒนา (Action) ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกดำ ดังนี้

1) สร้างทีมการพัฒนารูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกดำ มีการพัฒนาการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้าน

2) ค้นข้อมูลสภาพปัญหาที่ค้นพบ และระดมความคิดเห็น ประกอบด้วย นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกดำ สาธารณสุขอำเภอแกดำ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลแกดำ แพทย์พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. จำนวน 20 คน เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกดำ

3) ดำเนินการใช้รูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกดำ มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บข้อมูล การดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 485 คน ซึ่งนำไปทดลองใช้แนวทางปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น

3.3 ระยะสังเกตการณ์ (Observe) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกดำ ดังนี้

1) ประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้านของอำเภอแกดำ โดยใช้แบบประเมินผลความพึงพอใจในการให้บริการ และแบบประเมินการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย COVID-19

2) สัมภาษณ์แบบเชิงลึก นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกดำ สาธารณสุขอำเภอแกดำ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลแกดำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้าน จำนวน 8 คน เกี่ยวกับการดำเนินการใช้รูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกดำ

3.4 ระยะเวลาสะท้อนผล (Reflection) ผลการสะท้อนผลการพัฒนาทั้งด้าน แนวทางกระบวนการ และผลลัพธ์จากการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยที่ปรับปรุงมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และงานวิจัยที่ผ่านมา ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย COVID-19 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการรักษา
2. แบบสำรวจการเตรียมความพร้อมการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาด COVID-19 พัฒนาขึ้นโดยศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และการสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center: PHEOC) กระทรวงสาธารณสุข
3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้านของอำเภอแกลง มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับมาก (4 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (3 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อย (2 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมากค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด
4. แบบสอบถามการปฏิบัติผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้าน มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ โดยข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลและการพยาบาล ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับมิติการดูแลด้านสุขภาพ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติมากที่สุด (5 คะแนน) ปฏิบัติมาก (4 คะแนน) ปฏิบัติปานกลาง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อย (2 คะแนน) ปฏิบัติน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมากค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด
5. การสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถามกำหนดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเน้นให้ผู้สนทนากลุ่มแสดงและความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้าน จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย สภาพและปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิด วิธีการหรือแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น
6. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการบริการการดูแลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้าน และแนวความคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้าน
7. แบบบันทึกประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยเป็นแบบบันทึกที่เกี่ยวกับรายละเอียดของการประชุมวางแผน และขั้นตอนในการดำเนินงาน
8. แบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นการสังเกตการณ์ โดยผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติงานและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาล

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้าน แบบสอบถามการปฏิบัติผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้าน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.6 -1 และนำไปปรับแก้ตามข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ไปทดลอง

กับกลุ่มประชาชน ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้าน และแบบสอบถามการปฏิบัติผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้าน หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84, 0.81 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูล โดยหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา มีการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้อง โดยตรวจแบบสอบถามแล้ว ซึ่งใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งตอบผลการวิจัยเป็น 4 ระยะ และตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 3 ข้อ ดังนี้

1. ระยะวางแผน (Plan) โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านอำเภอแควดำ พบว่า ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2564 พบการระบาดของโควิด-19 สายพันธุ์ Omicron แพร่ระบาดในวงกว้าง พบว่า อาการของผู้ป่วย COVID-19 ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง อาจไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลเพียงระยะสั้น ๆ แล้วไปพักฟื้นที่บ้าน โดยการแยกกักตัวที่บ้านที่พบปัญหาในแต่ละด้าน คือ

1) ด้านของผู้ป่วย COVID-19 พบปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง การรับประทานยา และผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การประเมินความรุนแรงของโรคจากค่าที่วัดได้จากอุปกรณ์ทางการแพทย์ การจัดสถานที่บ้านให้เหมาะสม การกำจัดขยะติดเชื้อ ระยะเวลาของการกักตัว มีภาวะความเครียด วิตกกังวล จากการประเมินความเครียด (ST-5) ผู้ป่วย COVID-19 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความเครียดระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 92.78 ความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.22

2) ด้านการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า มีภาวะความเครียด วิตกกังวล การจัดระบบเวรในการดูแลกระชั้นชิด ระยะเวลาพักรักษาทำให้บุคลากรทางการแพทย์ พักผ่อนไม่เพียงพอ และขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานได้

3) ด้านการบริหารจัดการ และการบริการทั่วไป พบว่า การประสานงานเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันในการทบทวนแนวทางปฏิบัติของบุคลากรในแต่ละส่วนงานไม่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่องการเตรียมบ้านและสถานที่ของผู้ป่วย การจัดการเรื่องยาต้านไวรัส การจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ การประสานร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลกับผู้ป่วย และการประสานงานในระดับหน่วยงานรวมถึงขาดการวางแผนเตรียมการในระยะยาว ทั้งเรื่องระบบงานบุคลากร และทรัพยากร

2. ผลระยะดำเนินการพัฒนา (Action) ระยะนี้ได้นำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ดังต่อไปนี้

1) สร้างทีมการพัฒนาารูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกดำ มีการพัฒนาการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้าน

2) คืบข้อมูลสภาพปัญหาที่ค้นพบ และระดมความคิดเห็นในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นประกอบด้วย นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกดำ สาธารณสุขอำเภอแกดำ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลแกดำ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกดำ ได้แก่

2.1) แนวปฏิบัติสำหรับบ้านพักอาศัยที่เหมาะสม ของผู้ป่วย COVID-19 ในช่วงที่ต้องแยกตัว ควรจะต้องมีลักษณะ ดังนี้

- (1) ต้องอาศัยในสถานที่พักอาศัยตลอดระยะเวลาที่กักตัว ไม่ให้ออกจากที่พัก
- (2) มีห้องนอนส่วนตัว ถ้าไม่มีควรมีพื้นที่กว้างพอที่จะนอนห่างจากผู้อื่นกรณีมีผู้อยู่ร่วมบ้าน และต้องเปิดประตูหน้าต่างให้ระบายอากาศได้ดี
- (3) มีผู้จัดหาอาหารและของใช้จำเป็นให้ได้ ไม่ต้องออกไปจัดหานอกบ้านด้วยตนเอง
- (4) ผู้ที่อยู่อาศัยร่วมบ้านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องสุขอนามัย และการแยกจากผู้ป่วยได้

(5) สามารถติดต่อกับโรงพยาบาลและเดินทางมาโรงพยาบาลได้สะดวก

หากบ้านหรือที่พักไม่เหมาะสม อาจต้องหาสถานที่แห่งอื่นในการแยกตัว

2.2) แนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรค COVID-19 ในระหว่างแยกกักตัว มีดังนี้

(1) ไม่ให้บุคคลอื่นมาเยี่ยมที่บ้านระหว่างแยกตัวและงดการออกจากบ้านในระหว่างแยกตัว

(2) อยู่ในห้องส่วนตัวตลอดเวลา หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่นในที่พักอาศัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ หากยังมีอาการไอจามต้องสวมหน้ากากอนามัยแม้ขณะที่อยู่ในห้องส่วนตัว โดยแนะนำให้สวมหน้ากากอนามัย ไม่ให้ใช้หน้ากากผ้า

(3) หากจำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่นต้องสวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร หรือประมาณหนึ่งช่วงแขน หากไอจามไม่ควรเข้าใกล้ผู้อื่นหรืออยู่ห่างอย่างน้อย 2 เมตร และให้หันหน้าไปยังทิศทาง ตรงข้ามกับตำแหน่งที่มีผู้อื่นอยู่ด้วย

(4) หากไอจามขณะที่สวมหน้ากากอนามัย ไม่ต้องเอามือมาปิดปากและไม่ต้องถอดหน้ากากอนามัยออก เนื่องจากมืออาจเปราะเปื้อน หากไอจามขณะที่ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยให้ใช้ต้นแขนด้านในปิดปาก และจมูก

(5) ถูมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หรือล้างมือด้วยสบู่และน้ำเป็นประจำ และก่อนสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้อื่นในบ้านใช้ร่วมกัน เช่น ลูกบิดประตู ราวบันได มือจับตู้เย็น ฯลฯ

(6) กรณีที่เป็นมารดาให้นมบุตร ยังสามารถให้นมบุตรได้ แต่มารดาควรสวมหน้ากากอนามัยและล้างมืออย่างเคร่งครัดทุกครั้งก่อนสัมผัสหรือให้นมบุตร

(7) ใช้ห้องน้ำแยกจากผู้อื่น หากจำเป็นต้องใช้ห้องน้ำร่วมกัน ให้ใช้เป็นคนสุดท้าย ให้ปิดฝาชักโครกก่อนกดน้ำ

(8) การทำความสะอาดห้องน้ำและพื้นผิว ควรทำความสะอาดโถสุขภัณฑ์หรือพื้นที่ที่อาจปนเปื้อนเสมหะ น้ำมูก อุจจาระ ปัสสาวะหรือสารคัดหลั่งด้วยน้ำและน้ำยาฟอกผ้าขาว 5% โซเดียมไฮโปคลอไรด์

ไรท์ (เช่น ไฮเตอร์, คลอโรกซ์) โดยใช้ 5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์ น้ำยาฟอกขาว 1 ส่วนต่อน้ำ 99 ส่วน หรือ 0.5% (น้ำยาฟอกขาว 1 ส่วน ต่อน้ำ 9 ส่วน)

(9) แยกสิ่งของส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น จาน ช้อนส้อม แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์

(10) ไม่รวมรับประทานอาหารกับผู้อื่น ควรให้ผู้อื่นจัดหาอาหารมาให้ แล้วแยกรับประทานคนเดียว ถ้าเป็นอาหารที่สั่งมา และต้องเป็นผู้รับอาหารนั้น ควรให้ผู้ส่งอาหารวางอาหารไว้ ณ จุดที่สะดวก แล้วไปนำอาหารเข้าบ้าน ไม่รับอาหารโดยตรงจากผู้ส่งอาหาร

(11) ซักเสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ผ้าขนหนู ฯลฯ ด้วยน้ำและสบู่หรือผงซักฟอกตามปกติ หากใช้เครื่องซักผ้าให้ใช้ผงซักฟอก และ น้ำยาปรับผ้านุ่มได้

(12) การทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วและขยะที่เป็นอันตรายคัดหลังให้ใส่ถุงพลาสติก และปิดปากถุงให้สนิทก่อนทิ้งขยะที่ฝาปิดมิดชิด และทำความสะอาดมือ ด้วยแอลกอฮอล์ หรือ น้ำ และสบู่ ทันที

2.3 แนวทางการดำเนินการของโรงพยาบาล ในการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้าน

(1) ดำเนินการติดต่อกลับผู้ป่วยให้เร็วที่สุดภายใน 6 ชั่วโมง หลังจากได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อ จากงานควบคุมโรค หรือหลังผู้ป่วยโทรแจ้ง 1330

(2) ประเมินความเหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อตามดุลยพินิจของแพทย์ และพยาบาล

(3) ลงทะเบียนผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์แยกกักตัวที่บ้าน

(4) จัดระบบรับ ส่ง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (กลุ่ม 608) เข้ารับการ เอกซเรย์ปอด

(5) แนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านให้กับผู้ติดเชื้อ

(6) ติดตามและประเมินอาการผู้ติดเชื้ออย่างน้อยวันละครั้ง หรือ ตามดุลยพินิจของแพทย์ โดยให้ผู้ติดเชื้อ วัดอุณหภูมิ และวัดระดับออกซิเจนในเลือดทุกวัน ผ่านระบบการสื่อสาร

(7) เมื่อผู้ติดเชื้อมีอาการมากขึ้นให้มีระบบนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

(8) ทั้งนี้ระหว่างติดตามอาการของผู้ป่วย แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาตามความเหมาะสม ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีระบบการจัดส่งยา การแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับ การรับประทานยา การสังเกตผลข้างเคียงที่เหมาะสม ตามบริบทของโรงพยาบาล และรับผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล

2.4) แนวทางการเตรียมทีมบุคลากรทางสุขภาพ ในการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้าน

(1) จัดตั้งทีมดูแลเฉพาะกิจ Home Care Center ประกอบด้วย แพทย์เป็น Project manager 1 คน พยาบาล (Case manager) 1 คน(หัวหน้าทีม) ทีมประเมินผู้ป่วย และทีมพยาบาลดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ ทีมเภสัชกร จัดระบบยาและการจัดส่งยา การให้คำแนะนำการใช้ยา และการให้คำปรึกษาการใช้ยา และ IT admin จัดระบบลงทะเบียนการรักษาผู้ป่วย และจัดทีม on call ทั้งแพทย์และพยาบาล สำหรับกรณีฉุกเฉิน ศูนย์ประสานสุขภาพจัดทีมในการจัดทำเอกสารระบบการเบิกจ่าย และเอกสารสำหรับผู้ป่วย

(2) เตรียมแบบฟอร์มเอกสารในการประเมินผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยรายวัน การประเมินความเครียด แบบฟอร์มสัญญาณชีพ และแบบฟอร์มสรุปการรักษา (Discharge summary)

(3) เตรียมระบบสื่อสาร กับผู้ป่วย เช่น การใช้ระบบ Telemedicine ในการประเมินอาการ และรายงานผลการวัดไข้ และระดับค่าออกซิเจนปลายนิ้ว

(4) เตรียมระบบ Logistic ในการจัดส่งอุปกรณ์การแพทย์ (ปรอทวัดไข้ และเครื่องวัดค่า

ออกซิเจนปลายนิ้ว) โดยจัดส่งภายใน 24 ชั่วโมง ระบบจัดส่งยา และระบบจัดส่งอาหาร 3 มื้อให้กับผู้ป่วย

(5) เตรียมทีมสรุปเวชระเบียน Coding และทีมเรียกเก็บ

(6) ประสานศูนย์คอมพิวเตอร์ ในการจัดระบบ และออกรหัสการเรียกเก็บตามที่

กองทุน สปสช.กำหนด

(7) การจัดเตรียมข้อมูลการดูแลตนเองของผู้ป่วย และวิธีการใช้อุปกรณ์การแพทย์

2.5) แนวทางการรับผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้าน

(1) งานควบคุมโรค ระดับอำเภอ แจ้งรายชื่อ ผู้ป่วย ผ่าน ระบบ EOC อำเภอ

(2) เจ้าหน้าที่ระบบพื้นที่ รพสต. และกลุ่มงานเวชปฏิบัติ ประเมินความพร้อมของบ้านที่

จะกักตัว

(3) แพทย์ และ/หรือพยาบาล Case manager ประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์ กรมการ

แพทย์

(4) ลงทะเบียนผู้ป่วยเป็นผู้ป่วย ของโรงพยาบาล

(5) ประเมินและติดตามอาการ และสัญญาณชีพผู้ป่วย ผ่านระบบ Telemedicine

หรือ ระบบสื่อสารอื่น ๆ อย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง

(6) จัดส่งอุปกรณ์การแพทย์ ยาที่จำเป็น และอาหารให้กับผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมง

(7) เมื่อครบกำหนด 10 วัน จำหน่ายจากระบบ สรุปเวชระเบียน Coding และเรียกเก็บ

ตามระบบ

3) นำแนวทางที่ได้ไปสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วย COVID-19 ในการกักตัวที่บ้าน โดยกำหนดบทบาทให้ ผู้ดูแลผู้รับผิดชอบแต่ละคนดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดไว้

3.ผลระยะสังเกตการณ์ (Observe) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกลง

1) ข้อมูลทั่วไปจำนวนผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้านในพื้นที่อำเภอแกลง ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ.2565 ถึง เมษายน พ.ศ. 2565 จำนวน 485 คน เป็นเพศชายร้อยละ 40.82 เพศหญิง ร้อยละ 59.18 ส่วนใหญ่ผู้กักตัวที่บ้านมีอายุตั้งแต่ 61-70 ปี ร้อยละ 38.55 รองลงมา อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 24.74 ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.95 ระดับการศึกษา มากที่สุด คือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 74.85 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 9.27 สำหรับอาชีพที่กักตัวที่บ้าน มากที่สุด คือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.08

2) ความพึงพอใจของผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้านของอำเภอแกลง ในการได้รับการดูแลและการพยาบาลโดยรวม พบว่า มีความพึงพอใจระดับมาก ($\bar{x} = 4.08, SD = 0.33$) เมื่อแบ่งเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีความพึงพอใจ ระดับมากที่สุด คือ ได้รับการที่เป็นประโยชน์ ($\bar{x} = 4.52, SD = 0.26$) รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ หรือตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี ($\bar{x} = 4.13, SD = 0.37$) ส่วนข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ เครื่องมือ อุปกรณ์ ทันสมัยและทำให้เกิดความสะดวกมากขึ้น ($\bar{x} = 3.70, SD = 0.27$) ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลความพึงพอใจของผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้านของอำเภอแกลง ในการได้รับการดูแล และการพยาบาล

ความพึงพอใจ	\bar{x}	SD	แปลผล
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ			
1.เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพ เป็นมิตร	4.11	0.32	มาก
2.เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว	4.08	0.28	มาก
3.เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ กระตือรือร้น เต็มใจให้บริการ	4.05	0.23	มาก
4.เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ หรือตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี	4.13	0.37	มาก
5.เจ้าหน้าที่ได้ให้บริการด้านอาหารที่สะดวก	4.02	0.16	มาก
ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ			
6.การให้บริการเป็นระบบและมีขั้นตอนที่เหมาะสม	4.09	0.28	มาก
7.การให้ข้อมูล / รายละเอียดชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.03	0.18	มาก
8.มีการให้บริการเป็นไปตามลำดับก่อน - หลัง อย่างเสมอภาค	4.06	0.31	มาก
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก			
9.เครื่องมือ อุปกรณ์ ทันสมัยและทำให้เกิดความสะอาดมากขึ้น	3.70	0.27	มาก
10.ช่องทางในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ (โทรศัพท์,ผ่านแอปฯไลน์)	4.08	0.28	มาก
ด้านผลจากการให้บริการ			
11.ได้รับการบริการที่ตรงกับความต้องการ	4.07	0.33	มาก
12.ได้รับบริการที่เป็นประโยชน์	4.52	0.26	มากที่สุด
รวม	4.08	0.33	มาก

3) การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้านของอำเภอแกลง ในการได้รับการดูแลและการพยาบาลโดยรวม พบว่า มีการปฏิบัติตัวในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.80, SD = 0.30$) เมื่อแบ่งเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีการปฏิบัติตัว ระดับมากที่สุด คือ งดออกจากบ้านไปยังชุมชนทุกกรณี ($\bar{x} = 4.98, SD = 0.09$) รองลงมา คือ หลีกเลี่ยงใกล้ชิดกับบุคคลอื่นในที่พัก โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($\bar{x} = 4.97, SD = 0.11$), หากมีความจำเป็นต้องเข้าใกล้ชิดกับบุคคลอื่นต้องสวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร ($\bar{x} = 4.97, SD = 0.12$) แยกสิ่งของส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น ($\bar{x} = 4.97, SD = 0.13$) ส่วนข้อที่มีการปฏิบัติตัว ได้น้อยที่สุด คือ ภูมิด้วยเจลแอลกอฮอล์ หรือล้างมือด้วยสบู่และน้ำประจํา ก่อนสัมผัสจุดเสี่ยงในบ้าน เช่น ลูกบิด ราวบันได ($\bar{x} = 3.88, SD = 1.27$) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้านของอำเภอแกดำ

การปฏิบัติตัว	\bar{x}	SD	แปลผล
1.งดออกจากบ้านไปยังชุมชนทุกกรณี	4.98	0.09	มากที่สุด
2.ไม่ให้บุคคลอื่นมาเยี่ยม	4.93	0.22	มากที่สุด
3.ให้แยกห้องนอนออกจากผู้อื่น	4.96	0.14	มากที่สุด
4.หลีกเลี่ยงใกล้ชิดกับบุคคลอื่นในที่พัก โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	4.97	0.11	มากที่สุด
5.หากมีความจำเป็นต้องเข้าใกล้ชิดกับบุคคลอื่นต้องสวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร	4.97	0.12	มากที่สุด
6.ไม่รับประทานอาหารร่วมวงกับผู้อื่น	4.97	0.11	มากที่สุด
7.แยกสิ่งของส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น	4.97	0.13	มากที่สุด
8.ถูมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หรือล้างมือด้วยสบู่และน้ำประจํา ก่อนสัมผัส จุดเสี่ยงในบ้าน เช่น ลูกบิด ราวบันได	3.88	1.27	มาก
9.ใช้ห้องน้ำแยกจากผู้อื่น หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ให้ใช้เป็นคนสุดท้าย	4.55	0.71	มากที่สุด
รวม	4.80	0.30	มากที่สุด

4) ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับการดำเนินการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกดำ พบว่า สามารถให้การดูแลครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ในอำเภอแกดำ โดยมีผู้ป่วยทั้งสิ้นที่กักตัวที่บ้านอยู่ในช่วงเวลาเดือน มกราคม พ.ศ.2565 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ.2565 จำนวน 485 คน มีผู้ป่วยที่ต้องส่งตัวเข้าทำการรักษาที่โรงพยาบาลจำนวน 3 คน ในส่วนผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้านจะได้รับยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการ และได้ดำเนินการตามแนวทางตามที่กำหนดไว้เป็นอย่างดี อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการเข้าสู่ กระบวนการกักตัวที่บ้านตั้งแต่ให้ข้อมูลการดำเนินการของสถานบริการทางการแพทย์ การให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัวทางสุขภาพขณะกักตัว การติดตามอาการผิดปกติของผู้ติดเชื้อ และให้ข้อมูลการจำหน่าย จากการกักตัว การให้คำแนะนำที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนและเกิดความปลอดภัย แก่ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ขณะกักตัว

5) ประเมินผลจากสังเกตพฤติกรรมการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า สามารถประเมินอาการผู้ติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง และที่พึงอาศัยตามเกณฑ์ได้ อีกทั้งมีการประสานงานและให้การดูแลแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง สำหรับผู้ติดเชื้อได้แก่ ปรอทวัดไข้และเครื่องวัดค่าออกซิเจนในเลือด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วย และติดตามประเมินอาการระหว่างการแยกตัวที่บ้าน โดยให้ผู้ติดเชื้อวัดอุณหภูมิ และค่าออกซิเจนในเลือดทุกวัน แนะนำวิธีการส่งผลการประเมินอาการของผู้ติดเชื้อผ่านทางระบบออนไลน์จนครบกักตัว 10 วัน

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) การประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงานจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงาน พบว่า รูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกดำ ที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงรูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของอำเภอแกดำ

ด้าน	รูปแบบ
คำสั่ง	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการแต่งตั้งคณะทำงานชัดเจน เป็นรูปธรรม 2. มีการประชุมอย่างต่อเนื่อง
นโยบาย	- กำหนดนโยบาย ชัดเจนตามแนวทางจังหวัดและแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข
กระบวนการดูแลผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดตั้งทีมที่เป็นผู้รับผิดชอบงาน 2. มีทีมสหวิชาชีพ 3. มีแนวทางการปฏิบัติในหน่วยงาน ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 แนวปฏิบัติสำหรับบ้านพักอาศัยที่เหมาะสม ของผู้ป่วยโควิด-19 3.2 แนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรค COVID-19 ในระหว่างแยกกักตัว 3.3 แนวทางการดำเนินการของโรงพยาบาล ในการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้าน 3.4 แนวทางการเตรียมทีมบุคลากรทางสุขภาพ ในการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้าน 3.5 แนวทางการรับผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านมีรูปแบบการทำกลุ่มคือ 1ค+2อ+1ส+1ย 4. มีการจัดเก็บข้อมูล โดยใช้โปรแกรม
เครือข่ายและชุมชน	มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย เครือข่าย อสม. ดูแลผู้ป่วย COVID-19

อภิปรายผล

1. จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น และมีการแพร่กระจายตัวอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ การกักตัวที่บ้าน (Home isolation) จึงถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่อาการไม่รุนแรง ในอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ป่วย COVID-19 ขาดการดูแลสุขภาพตนเอง ขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การจัดสถานที่และสภาพแวดล้อมบ้านในการกักตัวไม่เหมาะสม มีภาวะความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและบุคลากรทางการแพทย์ มีภาวะความเครียด วิตกกังวล พักผ่อนไม่เพียงพอจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น และขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานได้ นอกจากนี้พบว่าการบริหารจัดการ ยังขาดการประสานงานในหน่วยงาน การวางแผนเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากร และทรัพยากร ขาดความต่อเนื่องการเตรียมบ้านและสถานที่กักตัวของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของรวีพร โรจนอาษาและคณะ (รวีพร โรจนอาษา กิตติพร เนาว์สุวรรณและนภษา สิงห์วีระธรรม, 2565) พบว่า ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์ ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงของการกักตัว อุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกัน เช่น ชุด PPE ไม่เพียงพอ และยังขาดการประสานงานของทีมทำงานและการใช้ข้อมูลร่วมกัน นอกจากนี้ยังพบปัญหาในเรื่องการจัดการขยะเพื่อรองรับขยะติดเชื้อจากผู้ป่วย และจากการศึกษาของกายสิทธิ์ แก้วยาศรีและ บุญมา สุนทรวิรัตน์ (2563) พบว่า ขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ความกังวลในองค์ความรู้ ความกังวล ความกลัว รายได้ลดลง ไม่สามารถ

ประกอบอาชีพได้และกังวลต่อมาตรการที่อาจไม่ครอบคลุมแนวทางการดำเนินงานในการป้องกันโรค และจากการดูแลผู้ป่วยที่กักตัวที่บ้านของ (Home Isolation) ของโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า อัตรากำลังไม่เพียงพอกับปริมาณที่ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น อัตรากำลังไม่สม่ำเสมอ ไม่สามารถดูแลงานให้เสร็จสิ้นภายในเวลา ผู้ป่วยขาดความรู้ ไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยี Telemedicine หรือ Line application ได้ (ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์, 2565) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรอ่อนล้าและภาระงานเพิ่มขึ้น ขาดการประชาสัมพันธ์ในแนวทางเดียวกันและการส่งต่อผู้ป่วยมีขีดจำกัด (กฤตยาพร พลาเศรษฐ และคณะ, 2565) จะเห็นได้ว่าปัญหาในการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่มีความคล้ายคลึงกัน

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยการกักตัวที่บ้านของ

อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 1) การจัดระบบบริหารจัดการและการพยาบาล กำหนดแนวทางการรับผู้ป่วย COVID-19 และแนวปฏิบัติสำหรับบ้านพักที่กักตัว 2) การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางสุขภาพ โดยมีการจัดตั้งทีมดูแลเฉพาะกิจ Home care center 3) การจัดระบบบริการการดูแล ใช้ระบบ Logistic ในการจัดส่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบบจัดส่งยาภายใน 24 ชั่วโมงและระบบจัดส่งอาหาร 3 มื้อ 4) การจัดทำแนวทางการปฏิบัติงาน มีการแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา การสังเกตผลข้างเคียง และแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย COVID-19 ในระหว่างแยกกักตัวและ 5) การจัดระบบติดตามประเมินผู้ป่วย ใช้ระบบสื่อสาร Telemedicine ในการประเมินและติดตามอาการผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของธัญพร จรุงจิตร์ (2565) พบว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบ Home Isolation โรงพยาบาลวังเจ้า ใช้รูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โดยทีมดูแลเฉพาะกิจ “Home care center” และระบบการรักษาพยาบาลที่เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระบบ Logistic ในการจัดส่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบบจัดส่งยาและวัสดุการแพทย์ให้ผู้ป่วย แนะนำในการปฏิบัติตัวที่บ้าน และมีการดูแลและติดตามอาการผู้ป่วยแบบ telehealth ทาง Line Telemedicine ซึ่งเป็นสื่อสารการแพทย์และการพยาบาลออนไลน์ จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตัวเองที่บ้าน และจากการศึกษาของ อรรถกร สมเกียรติกุล (อรรถกร สมเกียรติกุล, 2565) พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของการกักตัวอยู่บ้านในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วยรายละเอียด 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การลงทะเบียนติดตามกลุ่มเสี่ยงผ่านแอปพลิเคชัน Save Surat และ Surat Smart Healthcare ในการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพพร้อมทั้งการปรึกษาปัญหาสุขภาพที่พบ 2) การประเมินความเหมาะสมของสถานที่พัก 3) การเตรียมความพร้อมด้านสถานที่พักและอุปกรณ์เครื่องใช้ และ 4) การสื่อสารและการสร้างความเข้าใจกับผู้ที่เข้าเกณฑ์ต้องกักตัว 14 วัน เน้นการมีส่วนร่วมและสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ สถานที่ อาหารและความปลอดภัย และมีการติดตามโดยผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน อสม.ทุกวันและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าเยี่ยมอย่างน้อย 3 ครั้งใน 14 วัน จะเห็นได้ว่า การระบอบที่รุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ไม่สามารถเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบกักตัวที่บ้าน เน้นการดูแลรักษาพยาบาลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ การเตรียมเวชภัณฑ์ การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลความปลอดภัย ระบบการเชื่อมโยงและระบบสื่อสาร การป้องกันควบคุมการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ การสุขาภิบาล การสุขาภิบาลตลอดจนการเป็นมิตรกับชุมชน (ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์, 2565) ดังนั้นการออกแบบแนวทางการบริการและการพยาบาลผู้ป่วยที่ดี จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพดีขึ้น ลดความแออัดในโรงพยาบาล สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี ลดภาวะแทรกซ้อนและสามารถควบคุมการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับประชาชน*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กฤติยาพร พลาเศรษฐ, นิชนันท์ สุวรรณภูมิ, ภูษณิศมา มาเขตร และสุวภัทร นักรู้ก้าพัฒนา. (2565). การจัดการของชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3): 908-923.
- กายสิทธิ์ แก้วยาศรีและบุญมา สุนทรวิรัตน์. (2563). แนวทางการดำเนินงานและผลกระทบจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด-19) จังหวัดเลย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(1): 16-34.
- ธัญพร จรุงจิต. (2565, 31 ตุลาคม) *ประสิทธิผลของการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบ Home Isolation โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก*. <http://www.tako.moph.go.th>.
- บัญชา เกติมณี, สุรัชย์ ธรรมทวีธิกุล, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์, บดินทร์ชาติ สุขบพ, และสมบัติ พิษทรัพย์. (2563). แนวคิดและทิศทางการแก้ปัญหาโควิด-19. *วารสารก้าวหน้าทันตวิทยาศาสตร์*, 20(1), 1-12.
- ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์, นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศและอรุณสิทธิ์ ศรีสุบัติ (บรรณาธิการ) (2565). การจัดการบริการ HOME ISOLATION กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (31 ตุลาคม 2565]. <https://covid19.dms.go.th>.
- รวีพร โรจนอาษา กิตติพร เนาว์สุวรรณและนภษา สิงห์วีระธรรม. (2565). การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Hospitel ในบริบทชายแดนไทย-มาเลเซีย ภายใต้การบริหารจัดการของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชชนครินทร์*, 14(1), 134- 156.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2563). <http://mkho.moph.go.th/mko/frontend/web/index.php/caregiver/5264>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2564). <http://mkho.moph.go.th/mko/frontend/web/index.php/caregiver/5471>
- สุรัชย์ โชคครรชิตไชย. (2563). โควิด-19: การระบาดระลอกใหม่ในประเทศไทยปลายปี 2563. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 10(3), 1-2.
- อมร ลีลารัสมิ. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อCOVID-19 จากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2. (10 กรกฎาคม 2563). <https://tmc.or.th/covid19/index.php>.
- อรรถกร สมเกียรติกุล. (2565). ผลกระทบของรูปแบบการมีส่วนร่วมของการกักตัวอยู่บ้านในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต*. 11, 36(1): 79-97.
- Dong, E., Du, H., & Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 533–534. [http://doi:10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](http://doi:10.1016/S1473-3099(20)30120-1).
- Kemmis S, & McTaggart R. (1988). *The actionresearch planner*. Deakini University Press.