การวิจัยประเมินผลรูปแบบการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน (HOME ISOLATION) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

อมรรัตน์ ลิ่มเฮง* ว.ท.ม. (พยาบาลศาสตร์)
รำภาภรณ์ หอมตีบ** ว.ท.ม. (การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข)
อรพรรณ จิรายุกูล** พ.ย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ภาเอื้ออันน์ สิรินทรโสภณ** พ.ย.บ. (พยาบาลศาสตร์)
กฤชมล วิทยธนกุล** พ.ย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

(รับ: 3 ธันวาคม 2566 แก้ไข: 3 มีนาคม 2567 ตอบรับ: 1 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

สถานการณ์ระบาดของเชื้อโควิด-19 อำเภอหาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเกินกว่าระบบปกติของโรงพยาบาล จะรองรับได้ จึงมีนโยบายจัดบริการแบบแยกกักตัวที่บ้าน ในผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้ดำเนินการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านด้วย H-A-T-Y-A-I HI model เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและหยุดการระบาด หลังผ่านพ้นภาวะวิกฤต คณะผู้วิจัยจึงศึกษาและประเมินผลตามรูปแบบซิปป์ เพื่อวิเคราะห์นำมาปรับปรุงใช้ในสถานการณ์ระบาดในอนาคต การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและประเมินผลรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในระบบการแยกกักตัวที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามพยาบาลที่ปฏิบัติงาน 60 ราย ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน 200 ราย ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และสนทนากลุ่ม มีผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 15 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และการตีความการสัมภาษณ์

ผลการวิจัย พบว่า การประเมินผลรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน ด้านการจัดบริการ พบว่าอยู่ในระดับดีมาก สามารถรองรับผู้ป่วยปริมาณมากในสถานการณ์ระบาดหนักได้อย่างปลอดภัย พยาบาลผู้ให้บริการเกือบทุกคนมีความเครียดเป็นบางครั้งถึงบ่อยครั้ง และเกิดภาวะหมดไฟบ่อยครั้งถึงเป็นประจำเพิ่มจากร้อยละ 6 เป็นร้อยละ 50 ผู้ป่วยรับรู้ การให้การพยาบาลได้ในระดับมาก มีการดูแลอาการหลงเหลือหลังการป่วยโรคโควิด-19 ในระดับดี

สรุปผล: รูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและ องค์กรเป็นต้นแบบสำหรับนำไปใช้ได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระบบแยกกักตัวที่บ้าน ประเมินผลรูปแบบซิปป์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหาดใหญ่ E-mail: amornrat.limheng@gmail.com
** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหาดใหญ่

Evaluate the model of nursing system for Home Isolation of patients with COVID-19, Hat Yai, Songkhla

Amornrat Limheng*	M.S. (Nursing Science; Ambulatory Care Nursing)
Rampaporn Homtiep**	M.S. (Health system research and development)
Oraphan Jirayukul**	M.N.S. (Adult Nursing)
Pa Euan Sirindharasophon**	B.N.S. (Nursing Science)
Kritchamon Witthayathanakul**	M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

(Received: December 13, 2023, Revised: March 3, 2024, Accepted: April 1, 2024)

Abstract

COVID-19 Outbreak at Hat Yai district in 2022, the patients were rapidly increasing beyond the hospital's normal system could support. Thus, there was a policy to provide home isolation services for the patients with mild symptoms. The Community Nursing Group, Hat Yai Hospital developed H-A-T-Y-A-I HI model, home isolation nursing services for the COVID-19 patients to keep them safe and stop the outbreak. After the crisis had passed, the research team studied and evaluated this nursing service model using the CIPP model to analyze and use in future outbreak situations. This evaluation research aimed to study and evaluate the nursing services model for home isolation COVID-19 patients. Data were collected using mixed method. Quantitative data were obtained from 60 nurses and 200 home isolation COVID-19 patients using a questionnaire. Qualitative data were obtained from 15 nurse-executives and nurse-practitioners using in-depth interviews and group discussions. Data were analyzed using descriptive statistics and interview interpretation.

Results: The evaluation of home isolation services for COVID-19 patients was found to be at a very good level and be able to safely handle large numbers of patients in a severe outbreak situation. Almost all of the nurses experienced stress from time to time. They also had frequent to regular episodes of burnout increasing from 6 percent to 50 percent. The patients perceived nursing care at a high level and caring for post-COVID-19 symptoms were at a good level

Conclusion: This model is effective and produces good results for the patients and the organization as well as could be a model for implementation.

Keywords: Nursing care for patients with COVID-19, Home isolation system, CIPP model

* Professional Nurse, Hatyai Hospital E-mail: amornrat.limheng@gmail.com

** Registered Nurse, Hatyai Hospital

บทนำ

โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562[1] ในมณฑลหูเป่ย (Hubei) เมืองอู่ฮั่น (Wuhan) สาธารณรัฐประชาชนจีน[1] เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจแพร่เชื้อโดย น้ำมูก น้ำลาย[2] มีอาการไอ เจ็บคอ มีไข้ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก ปวดศีรษะ หายใจลำบาก การได้กลิ่นลดลง[3] ในผู้มีโรคประจำตัวจะมีอาการรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ [4] ต่อมาเดือนมกราคม พ.ศ.2563 มีการระบาดใหญ่ และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าลุกลามไปทั่วโลก (pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 สถิติเมื่อวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2563 ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 1,982,939 คน และผู้เสียชีวิต 126,761 คน[5] ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ณ วันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2563 จำนวน 2,826 คน รักษาหาย 2,352 คน คิดเป็นร้อยละ 83.2 ผลการรักษาหายอยู่ในลำดับที่ 2 ของโลก รองจากสาธารณรัฐประชาชนจีน[6] ส่วนการระบาดรอบที่ 2 เริ่มเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 พบการติดเชื้อในประเทศเป็นหญิงไทย อายุ 67 ปี อาชีพค้าขายที่ตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร ติดเชื้อจากแรงงานชาวพม่า และกระจายไปหลายจังหวัด ทำให้ไม่สามารถควบคุมได้เหมือนรอบแรก[7] จนปลายปี พ.ศ. 2564 พบเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์โอไมคร่อน (Omicron) แพร่ระบาดเป็นระลอกที่ 3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง อยู่โรงพยาบาลเพียงระยะสั้นๆ เมื่ออาการดีขึ้นแต่ยังจำเป็นต้องแยกตัวเองจากผู้อื่น อย่างน้อย 10 วัน การระบาดระลอกที่ 4 มีการแพร่เชื้อที่รวดเร็วจนไม่สามารถควบคุมได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้นำแนวทางการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation :HI) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564[8] การดูแลแบบแยกกักตัวเองจากที่บ้าน ทำในผู้ป่วยกลุ่มที่ติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการหรือมีอาการเล็กน้อย เพื่อสังเกตอาการและควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค เป็นการแยกกักตัวที่บ้านอย่างน้อย 14 วัน

การระบาดของเชื้อโควิด-19 ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบการระบาดหนักและกระจายรวดเร็ว ในระลอกที่ 4 มียอดผู้ติดเชื้อสะสม 36,499 ราย และมียอดผู้เสียชีวิตสะสม 158 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2565)[9] ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จนโรงพยาบาลไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน มีความรับผิดชอบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สนับสนุนการดำเนินการตามนโยบาย ในสถานการณ์ฉุกเฉินนอกจากการรับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลเฉพาะกิจหรือโรงพยาบาลสนาม จัดเตรียมหน่วยบริการวัคซีนขนาดใหญ่ของอำเภอหาดใหญ่ ช่วยตรวจเชื้อจากคอ (Swab) คัดกรองกลุ่มเสี่ยงแล้ว ยังต้องบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ โดยเริ่มจากเดือนมิถุนายน 2564 กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหาดใหญ่ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกันออกแบบการจัดระบบพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน ผ่านแพลตฟอร์ม “Home Songkhla Care” (HSC) นำมาใช้ดูแลตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 จนถึง 20 มีนาคม 2566

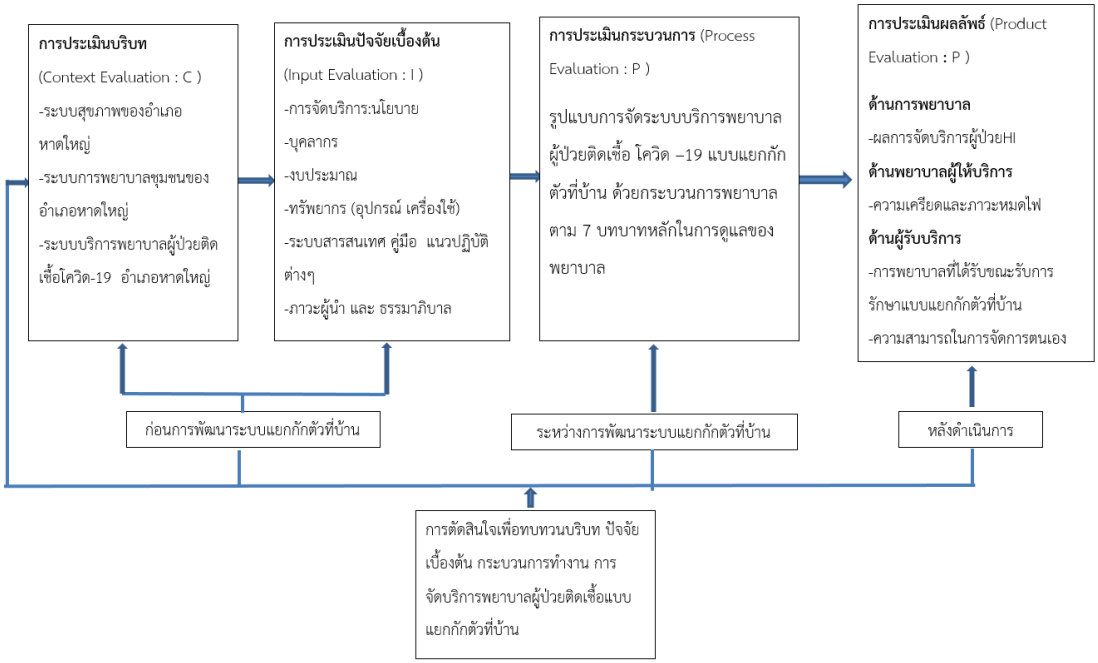
จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาและประเมินผลรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานการจัดระบบบริการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน และเป็นประโยชน์ต่อการจัดระบบบริการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ในอนาคตต่อไ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและประเมินผลรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในระบบการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการประเมินแบบซิปป์ (CIPP Model) ของ Daniel L. Stufflebeam[10] ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน และวิเคราะห์การดำเนินงานหรือโปรแกรมต่างๆ ที่เน้นการตัดสินใจควบคู่ไปกับการประเมิน ทุกขั้นตอน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ซึ่งช่วยให้การประเมินมีความครอบคลุมและเป็นระบบ มีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบท และสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันได้ดังกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในระบบการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation :HI) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ HYH EC 062-65-01 Full board review รับรองวันที่ 19 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 18 มกราคม 2567

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (evaluation research design) เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยเก็บข้อมูลแบบผสานวิธี (Mixed method) ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเป็น 3 ช่วง คือ 1) ก่อนการพัฒนาระบบแยกกักตัวที่บ้าน 2) ระหว่างการพัฒนาระบบแยกกักตัวที่บ้าน 3) หลังดำเนินการระบบแยกกักตัวที่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลชุมชนผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระบบแยกกักตัวที่บ้าน และ

ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่รับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ในช่วง 1 กุมภาพันธ์ - 20 มีนาคม พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษามี 2 กลุ่มได้แก่

1) กลุ่มผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1.1) พยาบาลชุมชนทั้งหมดที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน 60 ราย 1.2) แพทย์พยาบาลและสหวิชาชีพที่ร่วมปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 15 ราย

2) กลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่รับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน คำนวณหากลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane) ได้กลุ่มตัวอย่าง 199.032 ราย โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling)[11] 200 ราย เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปและได้รับการดูแลผ่านระบบแพลตฟอร์ม “Home Songkhla Care” เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงจนต้องเปลี่ยนจากระบบแยกกักตัวที่บ้านเป็นรับเข้ารักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) **เครื่องมือศึกษาด้านบริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการการพัฒนารูปแบบการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน** ประกอบด้วยเอกสารสำคัญต่างๆ ได้แก่ แนวปฏิบัติ คู่มือ คำแนะนำ นโยบายต่างๆ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ฐานข้อมูลอำเภอหาดใหญ่ และระบบการดูแลแบบ H-A-T-Y-A-I HI Model

2) **เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ** คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก 20 ข้อ

3) **เครื่องมือประเมินผลลัพธ์** มีดังนี้ **ชุดที่ 1 แบบสอบถามพยาบาล** มี 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามกระบวนการพยาบาลตาม 7 บทบาทหลักของการดูแล (7 Aspect of Care) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถาม 7 ด้าน 24 ข้อย่อย คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียด (ST5_ND2565)[12] ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ของกองการพยาบาล 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะหมดไฟ (Burn Out ND 2565)[12] ของกองการพยาบาล **ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ป่วย** มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการพยาบาลขณะรับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน 7 ด้าน 24 ข้อย่อย คำตอบเป็นแบบอัตราส่วน 5 ระดับ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีอาการหลงเหลือหลังหายป่วยโรคโควิด-19 (post COVID-19_ND 2565)[12] ของกองการพยาบาล 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามพยาบาล และ แบบสอบถามผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index : CVI)[13] เฉลี่ย 0.91 และ 0.83 ตามลำดับ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค[13] 0.96 และ 0.89 ตามลำดับ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index : CVI)[13] เฉลี่ยเท่ากับ 0.945

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตีความบทสัมภาษณ์เชิงลึก และ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงบรรยาย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการประเมินรูปแบบการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านโดยใช้รูปแบบซิปป์ (CIPP model) พบดังนี้

1. **ผลการประเมินด้านบริบท** จากการค้นคว้าจากแหล่งข้อมูล เอกสาร website ต่างๆ และการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มี 3 ประเด็นหลัก คือ 1) **ระบบสุขภาพอำเภอหาดใหญ่** อำเภอหาดใหญ่ มี 99,202 หลังคาเรือน ข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 404,004 คน มีทั้งประชากรพื้นถิ่นดั้งเดิม ประชากรแฝง และแรงงานต่างด้าวที่เคลื่อนไหวเข้าออกตลอดเวลา เป็นอำเภอที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ผสมผสานทั้งชุมชนเมืองและชนบท มีโรงพยาบาลภาครัฐ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลค่ายเสนาณรงค์ โรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง มีหน่วยบริการปฐมภูมิ 26 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 16 แห่ง และคลินิกเอกชน 213 คลินิก โรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 900 เตียง ที่มีศูนย์ความเป็นเลิศ ครบ 19 สาขาตาม service plan ระบบบริการมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของศูนย์แพทย์ชุมชนทั้ง 4 มุมเมืองรอบนอก และศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง 4 มุมเมืองชั้นใน ทั้งทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด ทั้งนี้ศูนย์แพทย์ชุมชนยังได้ทำงานประสานกันระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลของแต่ละพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง ปัญหาของระบบสุขภาพอำเภอหาดใหญ่ คือ ยังขาดระบบสนับสนุน เช่น ระบบอินเตอร์เน็ตความเร็วสูง เครื่องคอมพิวเตอร์ ข้อมูลบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลและคลินิกเอกชนในพื้นที่ ยังไม่มีความเชื่อมโยงกับศูนย์ข้อมูลสุขภาพอำเภอ สามารถเชื่อมข้อมูลสุขภาพของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ทำให้ไม่เห็นข้อมูลภาพรวมอำเภอทั้งหมด ส่วนด้านบุคลากร พบว่า ผู้ปฏิบัติงานยังไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร และภาระการเป็นศูนย์รับส่งต่อขั้นสูงสุดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของเขตสุขภาพที่ 12 จึงยังขาดแคลนบุคลากรอีกเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบกับภาระงาน และความเชี่ยวชาญที่เพิ่มมากขึ้น 2) **ระบบการพยาบาลชุมชนของอำเภอหาดใหญ่** พบว่า มีพยาบาลทั้งหมด 2,853 คน เป็นพยาบาลภาครัฐ 2,309 คน ในจำนวนนี้ เป็นพยาบาลชุมชน 160 คน ซึ่งอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่านั้น เมื่อจัดการตามยุทธศาสตร์ลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ให้มีพยาบาลชุมชนปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บริการที่ครอบคลุมในแต่ละพื้นที่ ทำให้ประชาชนได้รับการบริการที่เข้าถึงได้ง่าย มีพยาบาลชุมชนออกเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน (Home Ventilator) หรือ ผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนในการให้บริการคัดกรองเชิงรุก แม้คัดกรองได้จำนวนมาก แต่พบว่าผลงานที่ได้ส่วนหนึ่งไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายที่ตรงตามตัวชี้วัดของนโยบายแต่ละปี เนื่องจากมีประชากรแฝงและประชากรย้ายถิ่นอยู่ในส่วนนี้จำนวนมาก ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ของชุมชนเมือง ภาระงานของพยาบาลชุมชนที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งการให้บริการในเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น และให้บริการต่างๆ ในศูนย์แพทย์ชุมชน ได้ครอบคลุมในหลายๆมิติของสุขภาพ การให้บริการแบบองค์รวม ตั้งแต่ก่อนป่วย เช่น ฉีดวัคซีน ฝากครรภ์ คัดกรองภาวะซึมเศร้า ให้บริการการเลิกบุหรี่ เลิกเหล้า คัดกรองมะเร็ง คัดกรองโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวนพยาบาล

ชุมชนมีจำกัด คงที่ และบางช่วงมีจำนวนลดลง ในระหว่างที่รอทดแทนพยาบาลที่ลาออก และเกษียณอายุราชการ 3) **ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19** จากการสัมภาษณ์ ถอดบทเรียน และรวบรวมข้อมูลบริการของโรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่า ในระยะแรกของการระบาดของเชื้อโควิด-19 ยังไม่มีการเตรียมความพร้อมของทั้งระบบและผู้ปฏิบัติงาน ประชาชนยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน การเสนอข่าวผู้ป่วยในระยะแรกๆ มีอาการรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตสูง ประชาชนกลัวโรคติดเชื้อนี้มาก มาตรการช่วงนั้น คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) การสอบสวนโรคในผู้ที่มีอาการ และกักตัวผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโควิด-19 คนส่วนใหญ่ยอมอยู่บ้าน กลัวการสัมผัสเชื้อจากผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มหนึ่งไม่กล้าไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จึงได้ปรับเป็นระบบการบริการแบบทางไกล (telemedicine) ผ่าน Line official ของศูนย์แพทย์ชุมชน เปลี่ยนระบบการจ่ายยาเป็นการส่งทางไปรษณีย์ พยาบาลชุมชนส่วนหนึ่งต้องออกไปร่วมคัดกรองโรคโควิด-19 สอบสวนโรคและควบคุมโรค ในขณะนั้นโรคโควิด-19 มีความรุนแรงสูง ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาในห้องควบคุมความดันลบ เพื่อแยกออกจากผู้ป่วยปกติ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลและในชุมชน เมื่อจำนวนเตียงในโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ จึงมีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง และสามารถดูแลตนเองได้ และพยาบาลชุมชนบางส่วนทำหน้าที่ในหน่วยฉีดวัคซีนโควิด-19 ต่อมาเชื้อได้แพร่กระจายอย่างรวดเร็ว จำนวนคนไข้เพิ่มอย่างทวีคูณ ทำให้เตียงรองรับผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลสนามไม่เพียงพอ จึงได้จัดตั้ง โรงพยาบาลเฉพาะกิจ (hospitel) และศูนย์แยกกักตัวชุมชน (community isolation) เพื่อรองรับคนไข้กลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง แม้มีการขยายหน่วยรับดูแลออกไปถึง 15 แห่งทั่วอำเภอหาดใหญ่ ก็ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างทวีคูณได้ จึงต้องเพิ่มการบริการเป็นแบบแยกกักตัวที่บ้าน สำหรับผู้ที่อาการไม่รุนแรง และเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้ดูแลหลัก คือ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โดยพัฒนาร่วมกับเครือข่ายต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและลดการแพร่กระจายเชื้อ

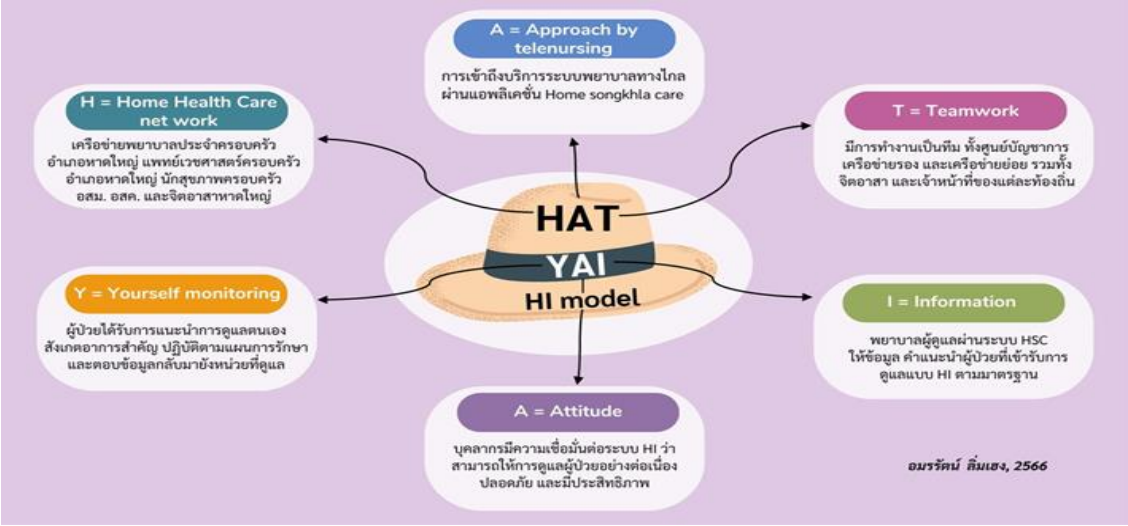
2. **ผลการประเมินด้านปัจจัยเบื้องต้น**

2.1) **ด้านการจัดบริการ: นโยบาย** กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ออกแบบการจัดบริการตามบทบาทหน้าที่ตามวิชาชีพ มีการเตรียมพัฒนาระบบแยกกักตัวที่บ้าน มีการสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องผ่านการประชุมทั้งระบบ online และ onsite มีการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โดยในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ร่วมมือกับศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่ ส่วนนอกเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ทำงานร่วมกันระหว่างศูนย์แพทย์ชุมชน กับ 16 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละพื้นที่ ขณะนั้นผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น ระบบที่จัดไว้ คือ โรงพยาบาลเฉพาะกิจ (hospitel) และโรงพยาบาลสนาม เพื่อรองรับผู้ป่วย **ด้านนโยบาย** ศูนย์ปฏิบัติการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน ได้รับนโยบายจากผู้บริหารโรงพยาบาลหาดใหญ่ ให้ดำเนินการตามแนวทางและมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการคัดกรอง ว่าไม่ใช่กลุ่ม 608 (กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป และ 8 กลุ่มโรคเรื้อรัง) และไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย เข้าสู่ระบบการดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้าน อย่างเร่งด่วน ระยะนั้นนโยบายต่างๆ หรือการประชาสัมพันธ์ ยังไม่ชัดเจน

บทบาทในการให้ข้อมูลต่างๆ จึงเป็นบทบาทหลักของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ยังไม่มีระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ไม่มีแนวทางในการรับผู้ป่วยที่ชัดเจน แนวทางปรับเปลี่ยนกะทันหันในแต่ละวัน พยาบาลทำหน้าที่จัดการเอกสารเพื่อการเรียกเก็บเงินต่างๆ 2.2) **ด้านบุคลากร** เนื่องจากระบบแยกกักตัวที่บ้าน เป็นระบบบริการ ที่จัดตั้งขึ้นใหม่ ยังไม่มีผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบงานนี้ ต้องปรับพยาบาลกลุ่มงานการพยาบาลชุมชนให้พร้อมรับกับการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกัน (share resources) ผู้ปฏิบัติสะท้อนว่าฝ่ายบริหารไม่ให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติงานเท่าที่ควร ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกเหนื่อยล้า 2.3) **ด้านงบประมาณ** โรงพยาบาลหาดใหญ่ดำเนินการโดยใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาล และได้รับบริจาคจากภาคเอกชน ผ่านมูลนิธิโรงพยาบาลหาดใหญ่ การรับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบแยกกักตัวที่บ้าน ต้องเก็บรายละเอียดของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรม PMK ของโรงพยาบาล แบบ real time เพื่อเป็นหลักฐานในการเรียกเก็บค่ารักษาทุกขั้นตอนทำโดยพยาบาล ซึ่งนอกจากภาระงานหลักในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังต้องเรียนรู้การจัดการในส่วนของการลงข้อมูลเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลอีกด้วย โดยไม่สามารถขอสนับสนุนบุคลากรในส่วนของเจ้าหน้าที่ธุรการ หรือการเงินในขณะนั้นได้ ในส่วนค่าตอบแทนบุคลากรก็ค่อนข้างล่าช้า 2.4) **ด้านทรัพยากร** อุปกรณ์การแพทย์ ดำเนินงานผ่านระบบพัสดุของฝ่ายบริหารโรงพยาบาลหาดใหญ่ สนับสนุนชุด PPE ชุดตรวจ ATK สนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน เมื่อมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้อุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ขาดแคลน มีการประชาสัมพันธ์ขอรับบริจาคจากหน่วยงานต่างๆ ภาคเอกชน และประชาชน มีการบริจาคที่มูลนิธิโรงพยาบาลหาดใหญ่ และทางมูลนิธิดำเนินการจัดสรรไปยังหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาล ด้านอุปกรณ์สำหรับให้ผู้ป่วยใช้ในการดูแลตนเองช่วงแยกกักตัวที่บ้าน เช่น เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย เครื่องวัดออกซิเจน ระยะแรกไม่อยู่ในแผนการจัดซื้อ ต้องประสานกับภาคเอกชนมาช่วยบริจาค 2.5) **ระบบสารสนเทศ คู่มือ และแนวปฏิบัติต่างๆ** ใช้คำแนะนำคู่มือและแนวปฏิบัติต่างๆ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะรับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ของกระทรวงสาธารณสุข และบทความของต่างประเทศ ยังไม่มีระบบสารสนเทศที่สำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 2.6) **ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล** จากภาวะวิกฤตทำให้ประชาชนในหาดใหญ่ร่วมมือกัน เกิดผู้นำตามธรรมชาติและผู้นำตามตำแหน่งหน้าที่ออกมาร่วมสนับสนุนการแก้ปัญหา ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม

3. **ผลการประเมินกระบวนการ** จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ **ขั้นตอนที่** 1 เริ่มจากการระดมสมองในการศึกษาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ศึกษาบริบท และปัจจัยเบื้องต้นของอำเภอหาดใหญ่ **ขั้นตอนที่** 2 การพัฒนาและสร้างระบบการพยาบาลในแพลตฟอร์ม “Home Songkhla Care” (โปรแกรม HSC) โดยกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหาดใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และทีมสารสนเทศคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นผู้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน **ขั้นตอนที่** 3 การนำโปรแกรม HSC มาทดลองใช้ในโรงพยาบาลเฉพาะกิจ “มานอนตะ หาดใหญ่” ที่เปิดสำหรับรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมให้สามารถใช้งานได้สอดคล้องกับบริบทจริง เกิดเป็นระบบบริการรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

ขั้นตอนที่ 4 นำระบบที่ผ่านการปรับปรุงแล้วมาถอดบทเรียนสรุปได้เป็น H-A-T-Y-A-I HI Model ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 H-A-T-Y-A-I HI Model (หาดใหญ่ HI โมเดล)

สามารถอธิบาย H-A-T-Y-A-I HI Model ได้ดังนี้ H: Home health care network พยาบาลในงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน เป็นแกนหลักในการพัฒนาระบบ โดยใช้ทุนระบบเครือข่ายเดิมของ COC (Continuing Of Care Center) ทำงาน ประสานกับทีมพยาบาลประจำครอบครัว ทีม 3 หมอ และเครือข่ายในพื้นที่ประกอบด้วย ศูนย์แพทย์ชุมชน 4 มุมเมือง คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่ 4 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา A: Approach by telenursing สร้างช่องทางการดูแลผู้ป่วยและเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลระหว่างทีมพยาบาลและผู้ป่วยผ่านระบบทางไกล (telenursing) ด้วยโปรแกรม HSC ผู้ป่วยสามารถติดต่อกับพยาบาลเจ้าของไข้ได้ทันทีเมื่อมีข้อซักถามหรือมีอาการผิดปกติขณะต้องแยกกักตัวที่บ้านผ่านระบบทางไกล ทำให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยได้จำนวนมากขึ้น หากพบอาการเปลี่ยนแปลง สามารถส่งปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณารักษาเพิ่มเติมหรือส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในได้ทันท่วงที T: Teamwork การทำงานเป็นทีมในทุกภาคส่วน ได้แก่ พยาบาลชุมชนประจำศูนย์ประสานการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้าน พยาบาลชุมชนที่ทำหน้าที่พยาบาลประจำครอบครัว แพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องบัตร สหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล พนักงานขับรถของโรงพยาบาล มูลนิธิต่างๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมพนักงานเทศบาล สื่อสารมวลชน Y: Yourself monitoring การใช้อุปกรณ์และแนะนำการวัดสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจน วิธีสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ด้วยตนเอง ลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HSC ผ่านโทรศัพท์ เพื่อให้พยาบาลตรวจเยี่ยมผ่านทาง โปรแกรม HSC ระบบแจ้งเตือนหากมีอาการเปลี่ยนแปลง และติดต่อผู้ป่วยโดยตรงเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

A: Attitude สร้างความมั่นใจในทีมบุคลากรและผู้ป่วยว่าระบบแยกกักตัวที่บ้าน ผ่านโปรแกรม HSC สามารถให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 สื่อสารได้ทั้งรูปและเสียงตลอด 24 ชั่วโมง เป็นไปตามมาตรฐานเหมือนการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะกิจ ผู้ป่วยปลอดภัย และลดการแพร่กระจายเชื้อได้ I: Information ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย มีอยู่ในโปรแกรม HSC ให้ผู้ป่วยดูได้ง่าย เมื่อรับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้าน ผู้ป่วยได้รับการแนะนำการติดตั้งและวิธีใช้ โดยเพิ่มข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็น และเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในระบบแยกกักตัวที่บ้านอย่างเป็นปัจจุบัน และสามารถติดต่อทีมบุคลากรได้ทันทีผ่านปุ่มกด telenursing ในโปรแกรม HSC ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้อินเตอร์เน็ตได้ มีการติดตามทางโทรศัพท์ และผ่านญาติที่สามารถร่วมดูแลกับพยาบาลได้

3.1) **ผลการประเมินด้านกระบวนการจัดบริการ** (Service delivery) ใช้กระบวนการพยาบาล ตาม 7 บทบาทหลักของพยาบาล ตามขั้นตอนการดำเนินงานในระบบแยกกักตัวที่บ้าน ดังนี้ **การประเมิน** เมื่อผู้ป่วยแสดงผลการตรวจ ATK เป็นบวก เข้ามาในระบบ พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ดูแลจัดระบบการพยาบาลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้าน ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเข้าเกณฑ์รับแอดมิตลงข้อมูลในโปรแกรม HSC และโปรแกรม PMK ของโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยสแกน QR code Line official ศูนย์ดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ เพื่อเข้าถึงโปรแกรม HSC ระบบแยกกักตัวที่บ้าน ให้กรอกข้อมูลเพื่อคัดกรอง ถ้าพบว่าผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง ดำเนินการ **วางแผนการพยาบาล** ประเมินความพร้อมของบ้าน แนะนำการใช้ โปรแกรม HSC ในการติดต่อผู้ดูแลและรายงานอาการตนเอง แนะนำวิธีการดูแลตนเองที่บ้าน การใช้อุปกรณ์วัดระดับออกซิเจนปลายนิ้ว การลงข้อมูล พยาบาลประจำครอบครัวและแพทย์เวรประเมินผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ติดตามอาการผู้ป่วย ลงข้อมูลในระบบ สั่งยาเภสัชกรเตรียมยา จ่ายยาตามแผนการรักษา ยาชุดที่ 1 คือ ยาลดไข้ ยาลดน้ำมูก ยาแก้ไอ ยาชุดที่ 2 เพิ่มยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร ในกลุ่มที่มีอาการเจ็บคอมาก และ ยาชุดที่ 3 เพิ่มยาต้านไวรัส เป็นกลุ่มที่มีอาการค่อนข้างชัดเจนมากขึ้น นัดญาติผู้ป่วยมารับยาและอุปกรณ์ หรือส่งให้จิตอาสาไปส่งยาให้ที่บ้าน **ขั้นปฏิบัติการพยาบาล** ศูนย์การดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้านรับแอดมิตและส่งต่อผู้ป่วยให้พยาบาลประจำครอบครัวให้การพยาบาลติดตามอาการ อุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ ระดับออกซิเจนต่อเนื่อง 10 วัน **ประเมินผล** โดยพยาบาลทุกเวร (เช้า บ่าย และดึก) รายงานแพทย์เวรศูนย์ฯ เพื่อพิจารณาให้การรักษาถ้าผู้ป่วย มีอาการเปลี่ยนแปลง ถ้ารุนแรงมากขึ้น ให้มารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล เนื่องจากภาระงานมากแต่พยาบาลมีจำนวนจำกัด จึงเปิดศูนย์ Hot line คัดกรองผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วน เพื่อให้พยาบาลจัดลำดับความสำคัญและรีบดำเนินการในรายที่จำเป็นเร่งด่วน ตอบคำถามการเข้าถึงบริการ สื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในปัญหาที่พบบ่อยด้วยชุดข้อมูลที่ผู้วิจัยและคณะสร้างขึ้น หากประเมินแล้วผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการประสานกับหอผู้ป่วยแยกโรคติดเชื้อของโรงพยาบาล เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และหากผู้ป่วยต้องการปรึกษากับทีมผู้ดูแลก็สามารถเข้าถึงได้ตลอด 24 ชั่วโมง และมีระบบสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชั่น “One chat” โดยผู้ป่วยสามารถเลือกสั่งอาหารในร้านค้าที่เข้าร่วมและเป็นเมนูสุขภาพที่ผ่านการพิจารณาให้เข้าร่วมฟรีในวงเงินที่กำหนด และในโปรแกรม HSC มีปุ่มกดเพื่อรับฟังคำแนะนำในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยกักตัวครบกำหนด และไม่มีอาการผิดปกติ สามารถออกใบรับรองแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ให้ผู้ป่วยผ่านโปรแกรม

HSC เพื่อนำไปใช้ในการลางาน ใช้ประกอบการรับเงินประกันโควิดจากบริษัทประกันได้

3.2) **กำลังคนด้านสุขภาพ** (Health work force) บทบาทหน้าที่ของบุคลากรต่างๆ ในระบบการดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้าน มีดังนี้ **เวรเช้า** (08.00-16.00 น.) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 2 คน พยาบาลศูนย์ Hot line 1 คน พยาบาลประจำงานจ่ายอุปกรณ์ ยา และอาหาร 1 คน ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2-3 คน รับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบตรวจสอบสิทธิ์ ลงข้อมูลในระบบ และพยาบาลประจำครอบครัวตามหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้ป่วย **เวรบ่ายดึก** (16.00-24.00 และ 24.00-08.00 น.) พยาบาล 1 คน ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน อยู่ประจำศูนย์ ให้การดูแลผู้ป่วยแยกกักตัวที่บ้าน ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพในช่วงที่กักตัว ติดตามอาการต่อเนื่องกรณีที่มีปัญหาเร่งด่วน หรืออาการเปลี่ยนแปลง ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ช่วยแพทย์ออกใบรับรองแพทย์ บันทึกสถิติผู้ป่วย บริหารจัดการข้อมูล จัดระบบบริการ บริหารจัดการทรัพยากร ดูแลความพร้อมของทีม คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ ประสานงานเบื้องต้นกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแล ประสานงานกับทีมพื้นที่ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน **แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว** มีหน้าที่รับผู้ป่วยใหม่ ให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์แยกกักตัวที่บ้าน และมีปัญหาสุขภาพอื่นร่วม หรือมีอาการรุนแรงมาก ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยที่รักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ผ่านโปรแกรม HSC **เจ้าหน้าที่ห้องบัตร** มีหน้าที่ลงทะเบียนผู้ป่วยในระบบ PMK ของโรงพยาบาล ตรวจสอบสิทธิ์ **เภสัชกร** มีหน้าที่จัดเตรียมยาให้เพียงพอ ประเมินการให้ยา แนะนำการใช้ยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล มีหน้าที่รับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาแยกแต่ละพื้นที่ ลงทะเบียน ตรวจสอบสิทธิ์ ส่งต่อยา ติดตามอาการ ปรึกษาแพทย์และพยาบาลศูนย์แยกกักตัวที่บ้าน **พนักงานขับรถของโรงพยาบาล มูลนิธิ จิตอาสา** มีหน้าที่รับส่งผู้ป่วย **อาสาสมัครสาธารณสุข** ช่วยส่งอุปกรณ์ ยาให้ผู้ป่วย ส่งอาหารในบางครอบครัว **ทีมเทศบาล** เก็บขยะติดเชื้อที่บ้านผู้ป่วย **สื่อสารมวลชน** ช่วยประชาสัมพันธ์ข้อมูลต่างๆ มี**การเตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติหน้าที่**ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านก่อนปฏิบัติงานโดยผู้วิจัยและคณะจัดทำแนวทางการปฏิบัติ (Guidelines) ฝึกปฏิบัติ (Training) ให้ผู้ร่วมปฏิบัติงาน ศึกษาวิธีการใช้อุปกรณ์และชุดเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ศึกษาระบบข้อมูลในโปรแกรม HSC ทำความเข้าใจกับโรคติดเชื้อโควิด-19 การแพร่กระจายเชื้อ อาการต่างๆ คำแนะนำการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง ยาที่ใช้ในการรักษา อาการข้างเคียงของยา เพื่อสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในระบบการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านได้ โดยในช่วงที่ผู้ป่วยมีจำนวนมาก อัตรากำลังไม่เพียงพอ ต้องขอการสนับสนุนจากภาคชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จิตอาสา กลุ่มเส้นด้าย ในการช่วยกิจกรรมอื่นๆ เช่น ขนส่งยาและอาหารให้แก่ผู้ป่วย และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองที่บ้าน ประสานเครือข่ายต่างๆ ช่วยรับโทรศัพท์ศูนย์ Hot line ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการในเบื้องต้น

รูปแบบการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน H-A-T-Y-A-I HI Model มี**จุดเด่น** คือ เป็นระบบที่สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีปริมาณมากได้ ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด โดยเน้นการประสานงานในเครือข่ายสุขภาพและชุมชน เน้นการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่สำหรับการสื่อสารระบบทางไกลในการติดตามอาการผู้ป่วย ช่วยแก้ปัญหาเตียงในโรงพยาบาลไม่เพียงพอได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถลดการแพร่กระจายเชื้อได้ ส่วน **จุดด้อย**

ของระบบนี้ คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีสมาร์ทโฟน อาจไม่สะดวกสำหรับระบบนี้ ทั้งการสแกน QR Code เข้าสู่โปรแกรม HSC การติดต่อสื่อสารกับทีมบุคลากรสุขภาพ แก้ไขโดยใช้โทรศัพท์และติดต่อผ่านบุคคลใกล้ชิดที่มีสมาร์ทโฟนแทน สำหรับทีมบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน มีข้อจำกัดในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจำนวนมาก ระบบไม่เสถียรหรือขัดข้องในบางช่วง ทำให้มีความล่าช้า ในส่วนการเข้าถึงระบบ พบว่าการประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง โดยผู้ป่วยหรือญาติบางราย ไม่ทราบขั้นตอนการเข้ารับบริการ สถานที่รับยา หรือการขอใบรับรองแพทย์ นอกจากนั้นระบบสนับสนุน ได้แก่ ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน และรถที่ใช้ ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาล มีจำนวนจำกัด แก้ไขโดยการใช้การบริหารจัดการ

3.3) **ระบบสนับสนุนงบประมาณ** งบประมาณกลาง ในการจัดซื้อยาต้านไวรัสมีจำกัดและยาขาดแคลน ทำให้จ่ายยาต้านไวรัสในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้เท่านั้น อุปกรณ์ต่างๆที่ใช้สำหรับการแยกกักตัวที่บ้านสำหรับผู้ป่วย ชุดป้องกันการติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ บางครั้งเจ้าหน้าที่ต้องซื้ออุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เช่น หน้ากากอนามัย หมวกคลุมผม ด้วยตนเอง ระยะหลัง มีหน่วยงานและภาคเอกชนบริจาคเงิน อุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ อาหาร เพื่อสนับสนุนและให้กำลังใจบุคลากร ทำให้สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนในส่วนนี้ไปได้

3.4) **การเข้าถึงอุปกรณ์**การแพทย์ ยา เวชภัณฑ์ ต่างๆ การจัดอุปกรณ์การแพทย์และชุดยาสำหรับผู้ป่วย ให้ 1 ชุดต่อคน โดยให้ญาติมารับที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง หรือนำส่งโดยจิตอาสา

3.5) **ระบบสารสนเทศ**ที่ใช้ในระบบแยกกักตัวที่บ้าน แนวปฏิบัติ คู่มือ สื่อต่างๆ ที่ใช้ในระบบ HI คู่มือที่ผู้วิจัยและคณะพัฒนาในช่วงแรก โดยนำแนวทาง มาจากหลายแหล่ง การใช้งานค่อนข้างยากและสับสน เนื่องจากความเข้าใจไม่ตรงกัน ต่อมามีการพัฒนา และปรับปรุงคู่มือเป็นระยะ รูปแบบล่าสุดใช้ตามมติ EOC ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ทำให้ชัดเจน และมีแนวทางเดียวกัน โปรแกรม HSC เป็นระบบที่ใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน สะดวกทั้งทีมบุคลากรและผู้ป่วย แต่มีปัญหาในเรื่องการดึงข้อมูลเพื่อยื่นเบิกจ่ายงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ไม่สามารถดึงข้อมูลจากโปรแกรม HSC แก้ไขโดยการลงข้อมูลซ้ำในระบบ PMK ของโรงพยาบาล จึงสามารถเบิกค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยคืนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้

3.6) **ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล** ของผู้บริหารและทีมนำทางการพยาบาล ด้วยวิกฤตโรคระบาดในครั้งนี้ เป็นวิกฤตที่ใหญ่และไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน การวางแผนสนับสนุนกำลังคน งบประมาณ การสั่งการต่างๆ ยังสับสนอยู่ แต่ผู้บริหารมีธรรมาภิบาลที่ดีมาก สำหรับพยาบาลมีการนิเทศ ติดตามการทำงานของพยาบาล ผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ในระบบรักษา แบบแยกกักตัวที่บ้าน สามารถเข้าถึงการดูแลที่เหมาะสม มีการเข้าถึงยาและอาหารได้อย่างดี แม้ในช่วงแรกมีปัญหาอุปสรรคอยู่บ้าง ส่วนการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ พยาบาลมีการติดตามผู้ป่วยทุกราย

4. ผลการประเมินด้านผลลัพธ์การดำเนินการตามรูปแบบการจัดระบบการพยาบาลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้าน

4.1) **ด้านการพยาบาล** สร้างผังการร่วมดูแล โดยแบ่งทีมหลักออกเป็น 9 ทีม มีผู้วิจัยและกลุ่มพยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลหาดใหญ่ปฏิบัติงานเป็นผู้ประสานระหว่างศูนย์การดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้าน กับพยาบาลประจำครอบครัว ให้การพยาบาลจัดการอาการรบกวน ได้แก่ ลดอาการ ไข้ (ร้อยละ 73.57) ไอ (ร้อยละ 71.86) เจ็บคอ (ร้อยละ

71.76) จมูกไม่ได้กลิ่น (ร้อยละ 59.76) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 64.66) หายใจถี่/หายใจลำบาก (ร้อยละ 56.89) ปวดข้อ (ร้อยละ 57.27) อาเจียน (ร้อยละ 52.47) และท้องเสีย (ร้อยละ 52.25)

4.2) **ด้านพยาบาล** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 98.33) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.33) มี อายุ 50 ปีขึ้นไป มีสถานภาพ สมรสคู่ (ร้อยละ 75.00) ระดับการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่าร้อยละ 46.67 รายได้ในช่วงวิกฤตการณ์ระบาดของโควิด-19 เพียงพอ ร้อยละ 53.33 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 81.67 บ้านพักมีพื้นที่สำหรับแยกสังเกตอาการเมื่อกลับจากการปฏิบัติงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 70.00 ในบ้านมีกลุ่มเปราะบางที่ต้องดูแล ร้อยละ 58.33

ผลการวิเคราะห์ความเครียดของพยาบาล ที่ปฏิบัติงาน HI ด้วยแบบประเมินความเครียดในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (ST5_ND2565) ของกองการพยาบาล ผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน HI ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (n=60)

ความเครียด	เป็นบางครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	เป็นประจำ จำนวน(ร้อยละ)
1. มีปัญหาการนอน/นอนไม่หลับหรือนอนมาก	21 (35.00)	22 (36.67)	17 (28.33)
2. มีสมาธิน้อยลง	32 (53.33)	27 (45.00)	1 (1.67)
3. หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ	35 (58.33)	25 (41.67)	0 (0)
4. รู้สึกเบื่อ เซ็ง	29 (48.33)	28 (46.67)	3 (5)
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	23 (38.33)	37 (61.67)	0 (0)

จากข้อมูลในตารางที่ 1 พบว่า พยาบาลประสบปัญหาการนอนเป็นประจำมากที่สุด และ ส่วนใหญ่มีความเครียดทั้ง 5 ด้านในระดับบางครั้ง ถึงบ่อยครั้ง

ตารางที่ 2 ภาวะหมดไฟหรือเบื่อหน่ายการทำงาน (n=60)

ภาวะหมดไฟ	แทบไม่มี (ร้อยละ)	เป็นบางครั้ง (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง (ร้อยละ)	เป็นประจำ (ร้อยละ)
1.ก่อนเกิดวิกฤติโรคติดเชื้อโควิด-19	31 (51.701)	23 (38.30)	3 (5.00)	3 (5.00)
2.ขณะดูแลผู้ป่วยในระบบแยกกักตัวที่บ้าน	6 (10.00)	24 (40.00)	19 (31.70)	11 (18.30)
3.ช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา	27 (45.00)	27 (45.00)	3 (5.00)	3 (5.00)

จากตารางที่ 2 พบว่า พยาบาลก่อนและหลังปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เกิดภาวะหมดไฟบ่อยครั้งถึงเป็นประจำรวมกัน คิดเป็นร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับขณะปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในระบบแยกกักตัวที่บ้าน เกิดภาวะหมดไฟบ่อยครั้งถึงเป็นประจำรวมกันเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50

4.3) **ด้านผู้รับบริการ** ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67 อายุเฉลี่ย 40 ปี สถานภาพสมรสคู่

ร้อยละ 55.50 ระดับการศึกษาปริญญาตรี/เทียบเท่า ร้อยละ 40.50 รายได้อยู่ในระดับพอใช้จ่าย ร้อยละ 55 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 73.50 กรรมสิทธิ์บ้านที่พักเป็นของตนเอง ร้อยละ 63.50 ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเดี่ยว ร้อยละ 64.50 บ้านมีที่พักสำหรับแยกกักตัวได้ ร้อยละ 81.50 ในบ้านไม่มีผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางที่ต้องดูแล ร้อยละ 74 ในภาพรวมพบว่า ผู้ป่วยรับรู้การให้การพยาบาลในหัวข้อต่างๆ ต่ำกว่าคะแนนการให้การพยาบาล ยกเว้น 2 เรื่อง ซึ่งทั้งพยาบาลและผู้ป่วยรับรู้ใกล้เคียงกัน คือ เรื่อการประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการรักษา และ การประเมินปัญหาสุขภาพจิตและความเครียดในผู้ป่วยโควิด-19 ขณะอยู่ในช่วงการรักษา และพบว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีอาการหลงเหลือ หลังการหายป่วยโรคโควิด-19 สามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค เช่น ใส่หน้ากากอนามัย เว้นระยะห่างทางสังคม หมั่นล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ 70% ลดการสัมผัสและไม่ไปในแหล่งชุมชนแออัดได้ดีที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.93) รองลงมา คือ สามารถประเมินผลการปฏิบัติการจัดการสุขภาพตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ (ค่าเฉลี่ย 3.77) และสามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการสุขภาพตนเองในอาการที่หลงเหลือหลังหายป่วยโรคโควิด-19 ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ได้น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.28)

อภิปรายผล

ในช่วงเกิดวิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด -19 บริบทของอำเภอหาดใหญ่ ได้ดำเนินการตามนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 โดยในแต่ละพื้นที่จัดสรรอัตรากำลัง อุปกรณ์ อาคาร สถานที่ ให้สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ[14] มีการเตรียมความพร้อมในการป้องกัน ควบคุม แก้ไขการระบาดของโรคในแต่ละระดับความรุนแรงของโรค [15] **ด้านปัจจัยเบื้องต้น** ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ และอุปกรณ์ต่างๆ ในการดำเนินการ จากเงินบำรุงโรงพยาบาลหาดใหญ่ และจากภาคประชาสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพวงนรินทร์ คำปุ และประกายศรี ศรีรุ่งเรือง[16] ผู้ปฏิบัติงาน เป็นพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนในกลุ่มภารกิจปฐมภูมิที่ผ่านการให้ความรู้ในการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองจากพยาบาลและหน่วยป้องกันควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลหาดใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ แย้มละมัย และสุณี หงส์วิเศษ[17] ระบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านของอำเภอหาดใหญ่ สำเร็จขึ้นเป็นรูปร่าง เนื่องจากการทำงานประสานกันของเครือข่ายสุขภาพอำเภอหาดใหญ่ในหลายๆ หน่วยงาน รวมทั้งจิตอาสาที่เข้ามาช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของพิษณุรักษ์ กันทวี และคณะ[18] พบว่า การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการทำงานจะนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติทางการพยาบาล **ด้านกระบวนการ** นำโปรแกรม HSC เข้ามาใช้เป็นระบบหลักในการบันทึกและสื่อสารการดูแลผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้าน มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม มีการทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายและมีการประสานงานกันในทีม ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง **ด้านผลลัพธ์ ด้านการพยาบาล** ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไข้ ไอ เจ็บคอ และดูแลด้านจิตใจ **ด้านพยาบาล** พบว่า ช่วงที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในระบบแยกกักตัวที่บ้าน มีภาวะหมดไฟ (Burnout) หรือเบื่อหน่ายการทำงานของพยาบาลเกิดบ่อยครั้งถึงประจำ (ร้อยละ 50) สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพรและเจษฎา[19] ที่ศึกษาภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานระหว่างการระบาดของโรค

โควิด-19 พบว่าภาวะหมดไฟจากความเหนื่อยล้าจากผู้รับบริการและสถานการณ์การระบาดมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ปัจจัยที่มีผลกระทบ ได้แก่ ชั่วโมงการนอนหลับเฉลี่ยต่อวัน เพศหญิง และชั่วโมงการทำงานต่อวัน อธิบายได้ว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการทำงาน ของบุคลากรทางการแพทย์ และส่งผลต่อการนอนหลับอันเกี่ยวเนื่องจากชั่วโมงการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวการณ์ระบาดที่ยังไม่คงที่ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญกับความกังวล ความเครียดสะสม[19] กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 98.33) เพศหญิงมีแนวโน้มต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าเพศชาย[20] จากความแข็งแรงทางร่างกาย และการมองสถานการณ์ที่ต่างกับเพศชาย ประกอบกับบทบาทหน้าที่ที่นอกเหนือจากการทำงาน คือ บทบาทอื่น เช่น การเป็นแม่และภรรยา ความรับผิดชอบหน้าที่ในงานและครอบครัวยังเป็นไปตามปกติ แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์การระบาด[21] นอกจากนั้นพยาบาล มีกลุ่มเปราะบางในความดูแลที่บ้านอีกด้วย (ร้อยละ 58.33) หน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวจึงมากขึ้น ส่งผลต่อภาวะหมดไฟขณะปฏิบัติหน้าที่ตามไปด้วย **ด้านผู้ป่วย** พบว่า สามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับ อาการหลงเหลือภายหลังติดเชื้อวิด-19 (Post Covid-19) ได้ดี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านของอำเภอหาดใหญ่ สำเร็จขึ้นมาได้นั้น มาจากการทำงานเป็นทีม ทั้งทีมผู้บริหาร ทีมผู้ปฏิบัติงาน จิตอาสา ทีมชุมชน รวมไปถึงทีมสนับสนุนจากเครือข่ายต่างๆ ทั้งนี้ บุคลากรทุกคนปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถ เสียสละ และอดทนต่อความเหนื่อยยากในการดูแลผู้ป่วย มีการให้กำลังใจกันในทีม รวมถึงการสนับสนุนจากประชาชน ภาคเอกชนทุกภาคส่วนที่สนับสนุนทั้งงบประมาณ อุปกรณ์ต่างๆ อาหาร รวมถึงกำลังใจที่ส่งมายังทีมบุคลากรทางการแพทย์ “นักรบชุดขาว” อำเภอหาดใหญ่จึงผ่านพ้นภาวะวิกฤตนี้กันมาได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

HATYAI HI Model มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย สามารถนำไปใช้รองรับผู้ป่วยปริมาณมากในสถานการณ์ระบาดหนักได้อย่างปลอดภัย

Reference

1. Amorn Leelarasamee. To know about COVID-19 infection from SARS-CoV-2 virus. [Internet] 2020. [cited 10 July 2022]. Available from: https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/tmc-covid19-19.pdf. Thai
2. Yüce M, Filiztekin E, Özkaya KG. COVID-19 diagnosis -A review of current methods. Biosens Bioelectron. 2021 Jan 15;172:112752. doi: 10.1016/j.bios.2020.112752. Epub 2020 Oct 24. PMID: 33126180; PMCID: PMC7584564.
3. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020;395(10223):497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20) 30183-5.

4. Du P, Li D, Wang A, Shen S, Ma Z, Li X. A Systematic Review and Meta-Analysis of Risk Factors Associated with Severity and Death in COVID-19 Patients. Can J Infect Dis Med Microbiol 2021; 2021: 6660930. doi: 10.1155/2021/6660930.
5. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation reports [Internet]. 2020 [cited 7 Mar 2020). Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/situation-reports
6. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report Corona Virus 2019 (COVID-19). Nontaburi: Agricultural cooperative printing demonstrations of Thai co., Ltd; 2020. Thai.
7. Surachai Chokkhanchidchai. Covid-19: A new wave of outbreaks in Thailand at the end of the year 2020. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 2020; 10(3), 1-2. Thai
8. Department of Medicine, Ministry of Public Health. Home Isolation [Internet]. 2022 [cited 9 March 2023]. Available form: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650105180407PM_80%E0%B8%9B%E0%B8%B5HomeIso.pdf. Thai
9. Songkhla Provincial Health Office. COVID-19 situation in Songkhla province, Thailand [Internet]. Songkhla: Songkhla Provincial Health Office; 2022 [cited 2022 Sep 5]. Available from: https://www.skho.moph.go.th/web/news.php?id=565. Thai
10. Stufflebeam, DL. Shinkfield, AJ. Evaluation Theory, Models and Applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2007.
11. Ungsinun Intarakamhang, Tussana Thongpakdee, Worason Netthip, Suchada Nurak. Project Management and Evaluation for Health Behavior Modification of the Non-governmental Organizations in Bangkok Metropolis [Internet]. 2553 [cited 19 January 2023]. Available from: http://bsris.swu.ac.th/upload/130.pdf. Thai
12. Nursing Division, Permanent Secretary of Ministry of Public Health. Guidelines for storing indicators Improving the quality of nursing services fiscal year 2022 [Internet]. Nontaburi; 2022 [cited 15 September 2023]. Available from: http://49.231.188.70/Nursekhukhan/file/ebp/img_61f7c8f840f77.pdf. Thai
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9th edition. Lippincott; 2012.
14. Supakit Sirilak. Thailand's experience in the COVID-19 response [internet]. 2020 [cited 2021 Mar 15]. Available from: https://greatermekong.org/thailand%E2%80%99s-experience-covid-19-response

15. Suttiporn Teruya, Karuna Limjaroen, Nichapa Yonchoho. The evaluation project for developing of model nursing management in coronavirus disease-19 (COVID-19) at Nursing Division, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Journal of Nursing Division 2021; 48(1): 39-53. Thai
16. Puangnarin Kapu and Prakasri Srirungruang. Stakeholders' opinion toward setting-up Hua-ngom subdistrict senior citizen school, Phan district, Chiang Rai province. National and International conference Interdisciplinary Research for Local development Sustainable ability. 2015; 15: 139-150. Thai
17. Natthawan Yaemlamai and Sunee Hongwiset. Evaluation of a health promotion program for the elderly, Takhiantia sub-district municipality, Bang-lamung district, Chonburi province. Nakhon Phanom University Journal 2018; 8(3): 17-25. Thai
18. Phitsanuruk Kanthawee, Hathaichanok Siriwattanakul, Chatubhong Singharachai, Pin Sridurongkatham, Supaporn Trongsakul, Panipha Dokmaingam et. al. An evaluation of awareness and preparedness on infectious and emerging diseases at the cross-border areas; Thailand - Myanmar - Cambodia – Lao PDR project in the fiscal year 2015-2017. Journal of Health Systems Research. 2020; 14(1): 51-61. Thai
19. Pataraporn Yubonpunt and Jadsada Kunno. Perceived Stress, Coping Stress Strategies, and Burnout among Healthcare Workers of The Hospital under The Jurisdiction of Bangkok during COVID-19 Outbreak [Thesis]. Bangkok: Huachiew Chalermprakiet University; 2022. Thai
20. Matsuo T, Kobayashi D, Taki F, Sakamoto F, Uehara Y, Mori N, Fukui T. Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. JAMA network open 2020. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.17271.
21. Jalili M, Niroomand M, Hadavand F, Zeinali K, Fotouhi A. Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. Int Arch Occup Environ Health; 2021. doi:10.1007/s00420-021-01695-x.