

การจัดบริการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) ด้วยการประยุกต์หลักการความรู้ด้านสุขภาพของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

ศรินนา แสงอรุณ*, พจนกัญญาณ์ บัณฑิตวงศ์**

*นายแพทย์เชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

หลักการและเหตุผล

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบาดที่ 3 ในช่วงเดือนเมษายน 2564 เกิดจากการแพร่ระบาดในผับเขตทองหล่อ และกระจายไปทุกภาคทั่วประเทศ การแพร่ระบาดพบกลุ่มการระบาดใหม่ในสถานที่ทำงาน สถานประกอบการกิจการต่าง ๆ แพร่เชื้อสู่ชุมชน และครัวเรือนอย่างรวดเร็ว โดยส่วนใหญ่พบเป็นเชื้อไวรัสสายพันธุ์เดลตา ซึ่งแพร่กระจายง่ายกว่าสายพันธุ์อื่น ผ่นวกกับประชาชน และสถานประกอบการละเลยการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทำให้เกิดการระบาดในวงกว้างขึ้น โดยพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 18,027 คน ผู้ติดเชื้อสะสมเพิ่มขึ้นเป็น 615,314 คน และผู้เสียชีวิตสะสม 4,990 คน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ 1 สิงหาคม 2564) ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่รักษาหายกับจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เข้ามาได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละวันไม่สมดุลกัน จำนวนเตียงที่จะรองรับผู้ป่วยไม่เพียงพอ แม้ในบางจังหวัดจะมีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม และมีการส่งผู้ป่วยโควิด-19 กลับไปรักษาที่ภูมิลำเนา (Back Home) แต่จำนวนเตียงก็ยังไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังพบปัญหาการรับตัวผู้ติดเชื้อโควิด-19 เข้าระบบการรักษามีความล่าช้า บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ

เขตสุขภาพที่ 3 เริ่มมีการระบาดอย่างรวดเร็วในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2564 โดยพบผู้ติดเชื้อสะสมระลอก 1- 2 จำนวน 39 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ระลอก 3 จำนวน 532 คน ผู้ติดเชื้อสะสมระลอก 3 จำนวน 9,731 คน (สคร.3 ข้อมูล ณ 1 ส.ค.64) ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ จึงร่วมกับภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 3 จัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อยที่บ้าน (Home Isolation) ภายใต้การกำกับ ติดตามของทีมบุคลากรทางการแพทย์ โดยออกแบบบริการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและป้องกันโรคได้ ประยุกต์ตามหลักการของขั้นตอนการออกแบบกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาข้อมูลเชิงลึก การสร้างกรอบแนวคิดโดยผู้ใช้ทฤษฎีเป็นฐาน การออกแบบและวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผล ความรู้ด้านสุขภาพหรือการพัฒนาความสามารถบางด้าน เช่น การเข้าถึงข้อมูล ..ฯลฯ) (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2564) เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงระบบบริการการรักษาและดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือลดอัตราการตาย จากการที่ผู้ติดเชื้อไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษา ลดความแออัดของผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาล พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และเขตสุขภาพที่ 3 มีรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) ที่เป็นต้นแบบและสามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ต่างๆ ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) ด้วยหลักการความรู้ด้านสุขภาพของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
2. เพื่อสร้างเสริมความรู้ในการดูแลตนเองและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด -19 ของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวพื้นที่บริการของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

การดำเนินงาน

มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) ด้วยหลักการความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลเชิงลึก ขั้นตอนที่ 2 เลือกใช้หลักการความรู้ด้านสุขภาพ ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบและวางแผน ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินงานตามแผน และขั้นตอนที่ 5 ประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลเชิงลึก

1.1 ศึกษาบริบทของพื้นที่เขตอำเภอเมืองนครสวรรค์ สถานการณ์การแพร่ระบาด การจัดการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ที่จะเข้ารับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโควิด-19 รายใหม่ (New Case) หรือ (Stepdown) จาก รพ.สวรรค์ประชารักษ์ หรือ รพ.สนามที่แพทย์วินิจฉัยให้กลับมาดูแลตัวเองที่บ้านได้จนครบ 14 วัน ที่พักอาศัยเป็นสัดส่วนสามารถแยกห้องนอนห้องน้ำจากบุคคลในครอบครัวได้ ผ่านการจัดประชุมระดมสมอง

1.2 จัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับทีมผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโควิด - 19 ในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 ประยุกต์หลักการความรู้ด้านสุขภาพ

พัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยการประยุกต์แนวความคิดการออกแบบแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีและข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐานของ Bartholomew และคณะ (2001) โรคโควิด -19 เป็นโรคอุบัติใหม่ของระบบทางเดินหายใจซึ่งเป็นธรรมชาติของการเกิดโรคระบาดที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ทุก 10-15 ปี การคัดกรอง การจัดการทรัพยากร จัดการข้อมูล แนวทางการดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการค้นคว้าและรวบรวมจัดทำเป็นแนวทางในการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ซึ่งคณะผู้ศึกษาได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาเรียบเรียง และกำหนดเป็นทักษะที่จำเป็นของบุคลากร ได้แก่ การตรวจคัดกรองผู้ป่วยด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย การใส่ชุดป้องกันตนเอง การทำความสะอาดวัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น ทักษะที่จำเป็นของผู้ป่วย ได้แก่ การตรวจวัดอุณหภูมิด้วยตนเอง การประเมินสมรรถนะปอดเบื้องต้น การสังเกตอาการเบื้องต้นของตนเอง เป็นต้น โดยมีเป้าหมายให้บุคลากรและผู้ป่วยมีความรอบรู้และสามารถดูแลตนเองและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้

ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบและวางแผน

3.1 สร้างทีมดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพ ประกอบด้วย

1) ทีมคัดกรองผู้ป่วยแรกรับ (Call Team) กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการประสานข้อมูลระหว่างผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์/โรงพยาบาลสนามและหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อประเมินความพร้อมของชุมชนและสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัย รายงานความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม หากรับผู้ป่วยไว้รักษาส่งต่อข้อมูลให้ทีมดูแลรักษา กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ประชุมชี้แจงโรคโควิด-19 บทบาทหน้าที่ของทีม ขั้นตอนการบริการ การคัดกรองผู้ป่วยแรกรับ การประเมินผู้ป่วย การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การแสดงผลและรวบรวมข้อมูล สาธิตขั้นตอนการบริการ และหลังจากการสาธิตขั้นตอนบริการได้จัดกิจกรรมผู้ให้บริการทบทวนแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากขั้นตอนบริการจากนั้นสรุปจัดทำขั้นตอนการให้บริการเป็นลายลักษณ์อักษร

2) ทีมดูแลรักษา (Care Team) กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการประเมินติดตามอาการผู้ป่วยผ่านระบบวิดีโอทางไกลวันละ 2 ครั้ง รายงานความเสี่ยงด้านสุขภาพแก่ทีมแพทย์ แจ้งจำนวนผู้ป่วยและพิกัดที่พักอาศัยแก่ทีมรับ-ส่งผู้ป่วย กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ประชุมชี้แจงบทบาทหน้าที่ตั้งแต่ ขั้นตอนการบริการ โรคโควิด-19 อาการแสดง การรักษาพยาบาล การฟื้นฟู การรายงานผล การส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการ สาธิตขั้นตอนการบริการ และหลังจากการสาธิตขั้นตอนบริการได้จัดกิจกรรมผู้ให้บริการทบทวนแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากขั้นตอนบริการ และสรุปจัดทำขั้นตอนการให้บริการเป็นลายลักษณ์อักษร (ชี้แจงบทบาท จำลองสถานการณ์ ทบทวน)

3) ทีมรับและส่งต่อผู้ป่วย (Carry, Lab, X-ray Team) กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการรับ-ส่ง ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์/โรงพยาบาลสนามมาที่พักอาศัย จัดส่ง ยา เวชภัณฑ์และอาหาร และรับส่งผู้ป่วยมาเอ็กซเรย์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตอ.3 และรายงานความเสี่ยงด้านอาหารและการขนส่งแก่ฝ่ายโภชนาการและยานพาหนะ กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ประชุมชี้แจงโรคโควิด-19 การควบคุมป้องกันโรค การคัดกรองผู้ป่วยด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย การฝึกการใส่ชุดป้องกันตนเอง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การรับส่งผู้ป่วย สาธิตขั้นตอนการบริการ และหลังจากการสาธิตขั้นตอนบริการได้จัดกิจกรรมผู้ให้บริการทบทวนแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากขั้นตอนบริการ และสรุปจัดทำขั้นตอนการให้บริการเป็นลายลักษณ์อักษร

4) ทีมสื่อสารชุมชน (Community & Communication Team) กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการสร้างความรอบรู้ และการยอมรับจากชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโควิด-19 เรื่องการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงการพัฒนาข้อมูลข่าวสารการดูแลป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 สำหรับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ประชุมชี้แจงโรคโควิด-19 เครือข่ายภาคที่เกี่ยวข้อง การควบคุมป้องกันโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การคัดแยกขยะ การสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้การควบคุมป้องกันโรค การจัดทำสื่อส่งเสริมความรอบรู้ สาธิตขั้นตอนการบริการ และหลังจากการสาธิตขั้นตอนบริการได้จัดกิจกรรมผู้ให้บริการทบทวนแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากขั้นตอนบริการ และสรุปจัดทำขั้นตอนการให้ดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษร รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บทบาทของทีมงานดำเนินงานผู้ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่บ้าน (Home Isolation)

ทีมดำเนินการ	บุคลากร	บทบาทหน้าที่
ทีมคัดกรองผู้ป่วยแรกรับ	พยาบาลวิชาชีพ	-ซักประวัติ ประเมินอาการ/สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง -ประสาน รพ.สต./อปท.ในพื้นที่ -ลงทะเบียน Admit สอนการปฏิบัติตัว
ทีมรับและส่งต่อผู้ป่วย	พนักงานขับรถ นักรังสีการแพทย์	-รับผู้ป่วยเข้า Admit ที่บ้าน/ส่งมอบกล่องแรกรับ -ส่งอาหารและยาเวชภัณฑ์ -รับผู้ป่วยเอ็กซเรย์ในบางกรณี
ทีมดูแลรักษา	แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ	-ประเมินอาการผู้ป่วยทุกวัน -แนะนำการปฏิบัติตัวและติดตามผลการรักษา
ทีมสื่อสารชุมชน	นักวิชาการสาธารณสุข นักประชาสัมพันธ์ นักวิชาการโสตทัศนูปกรณ์	-ประเมินชุมชนและสร้างความเข้าใจ -สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในและนอก ระบบสาธารณสุขในพื้นที่ -ผลิตสื่อส่งเสริมความรอบรู้

3.2 ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโควิด-19 ครอบครัว และชุมชน

โดยการทบทวนวรรณกรรม โรคโควิด-19 การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การดูแลตนเองของผู้ป่วยโควิด-19 และการป้องกันการติดเชื้อ จากนั้นประชุมเพื่อรับทราบปัญหาและความต้องการของชุมชนกับผู้นำท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และร่วมวางแผนระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ของครอบครัวและชุมชน จากนั้นนำเสนอข้อมูลกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้วยการประชุมแบบทางการและไม่เป็นทางการ

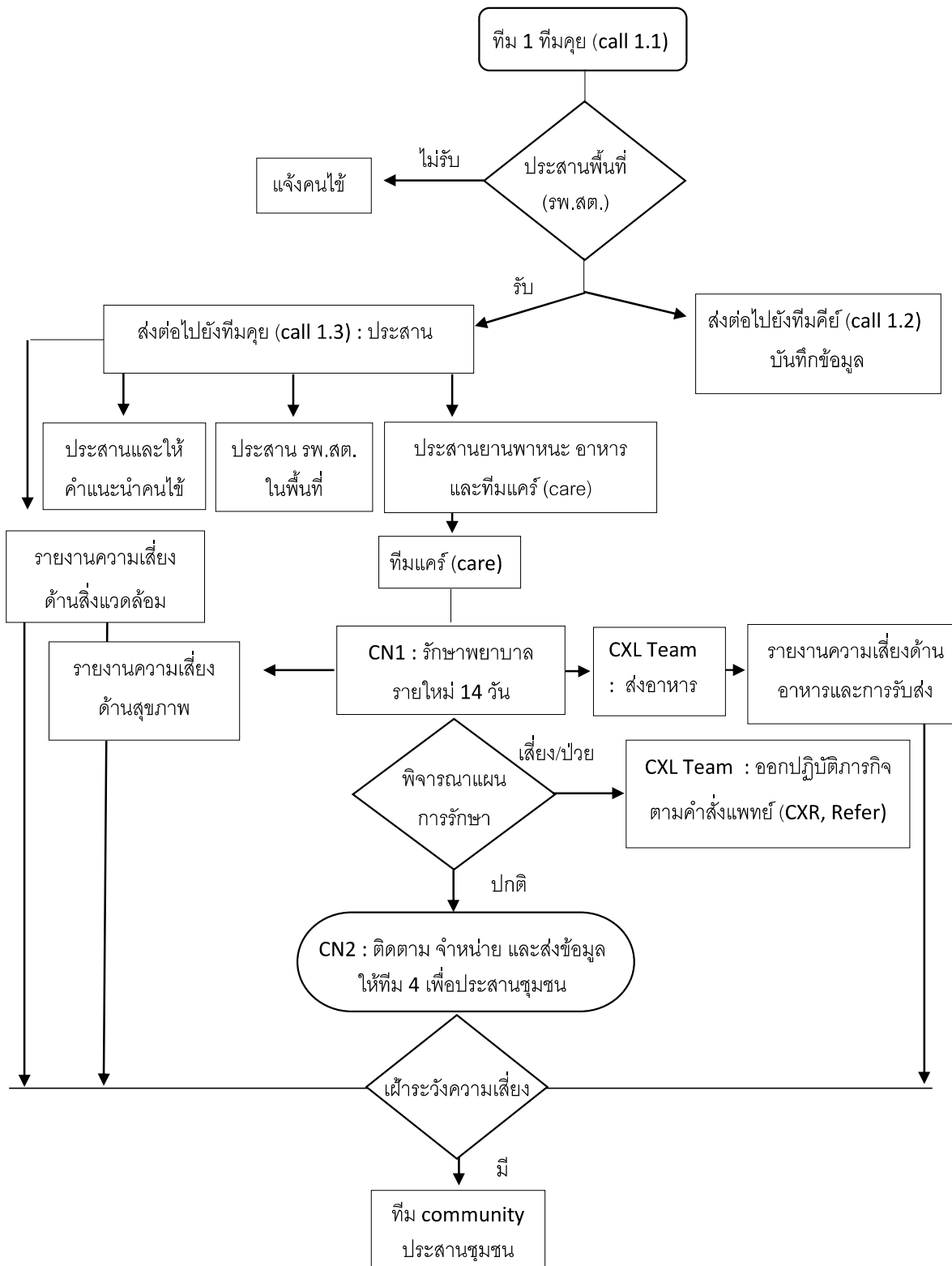
3.3 พัฒนาระบบการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation)

(เขียนอธิบายขั้นตอนบริการโดยย่อ และระบุขั้นตอนที่ปรับปรุง/เพิ่มเติมตามหลักการ)

1. รับผู้ป่วยโควิด-19 จากโรงพยาบาลสนาม (โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่มีอาการดีขึ้นซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าสามารถกลับมาดูแลรักษาต่อ จนครบ 14 วันที่บ้านได้/รับผู้ป่วยโควิด-19 ที่โทรศัพท์มายังหน่วยบริการ ทีมคัดกรอง ซักประวัติอาการเจ็บป่วย ที่พักอาศัยและความสามารถในการใช้แพลตฟอร์มจากโทรศัพท์และให้ข้อมูลพร้อมแจ้งผลการเข้ารับบริการ กรณีรับเข้าบริการแนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์ในกล่องแรกรับ (กล่องอาสา พารอด)

2. กรณีที่เข้ารับบริการลงทะเบียนผู้ป่วย Home Isolation Dietz และแจ้งข้อมูลไปยังท้องถิ่นที่ผู้ป่วยพักอาศัย เมื่อดำเนินการรับผู้ป่วยเข้าชุมชนในระยะประมาณ 1 เดือน พบว่ามีชุมชนที่ผู้ป่วยโควิด-19 รักษาตัวที่บ้าน ต่อต้านไม่ยอมรับผู้ป่วยเนื่องจากเกรงกลัวเกิดการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 จึงจัดตั้งทีมเสริมสร้างความรอบรู้ให้แก่ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ครอบครัว ชุมชนยอมรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ลดการตีตราผู้ป่วยและครอบครัว และป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรค โดยการให้ข้อมูลตั้งแต่โรคโควิด อาการ การดูแลรักษา การจัดเก็บและคัดแยกขยะ เพิ่มบริการจัดเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อจากบ้านผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการได้ แนะนำหน่วยบริการที่สามารถรับบริการ

3. ผู้ป่วยเข้ารับบริการดูแล จนครบ 14 วันอาการดีขึ้นจำหน่ายผู้ป่วย กรณีอาการไม่ดีขึ้น ทีมรับและส่งต่อประเมินอาการผู้ป่วยที่บ้านหากมีอาการแยกลง ส่งต่อไปยังสถานบริการเครือข่าย



แผนภูมิที่ 1 การจัดการบริการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมกันสังเกตการณ์ระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) และเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงาน โดยเปรียบเทียบผลของการให้บริการจาก กิจกรรมบริการดูแล ฯ ประเด็นการสังเกต ประกอบด้วย กระบวนการปฏิบัติการ (The action process) ผลการปฏิบัติการ (The effects of action) ซึ่งอาจเกิดโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ สภาพแวดล้อมและข้อจำกัดของการปฏิบัติการ (The circumstances and constraints) พร้อมบันทึกและรายงานผลต่อหัวหน้าทีมดำเนินการต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผล

ดำเนินงานตามระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) ผ่านการประเมินผลโครงการ/กิจกรรม ดังนี้

5.1 ดำเนินการถอดบทเรียนระบบบริการฯ ผ่านการประชุมแบบไม่เป็นทางการ การระดมสมอง การสนทนากลุ่มกับภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

5.2 รวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ในทีมดำเนินงานและระหว่างทีม โดยประชุมทุกๆ สัปดาห์และรายงานผลนำเสนอเพื่อพัฒนากระบวนการต่อไป

ผลการดำเนินงาน

1. ผลของการจัดบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) ด้วยการประยุกต์หลักการความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการดำเนินงานระหว่างวันที่ 12 สิงหาคม 2564 – 28 กุมภาพันธ์ 2565 พบว่า

1) ผู้ป่วยโควิด-19 เข้ารับบริการดูแลรักษาที่บ้าน (Home Isolation) จำนวน 429 คน ประกอบด้วย New Case ชาย 96 คน อายุเฉลี่ย 24.2 ปี หญิง 121 คน อายุเฉลี่ย 28.4 ปี Step down ชาย 99 คน อายุเฉลี่ย 32.9 ปี หญิง 113 คน อายุเฉลี่ย 35.1 ปี โดย ผู้ป่วยโควิด ที่เข้ารับบริการ Home Isolation เมื่อมีอาการไม่ดี ทีมรักษาดูแลประเมินอาการที่บ้าน โดยพบว่าผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องได้รับการส่งต่อและส่งต่อ จำนวน 6 ราย

2) การจัดการขยะติดเชื้อ บรรจุถุงแดงสำหรับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 2 ขนาด ถุงแดงขนาดเล็กจำนวน 14 ถุง สำหรับขยะประจำวันและถุงแดงขนาดใหญ่ จำนวน 3 ถุง สำหรับรวบรวมเป็นรายสัปดาห์ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยทิ้งขยะลงในถุงสีแดงขนาดเล็กฉีดพ่นด้วยแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อรอบปากถุง ผูกด้วยเชือกให้แน่นและรวบรวมในถุงแดงขนาดใหญ่เพื่อรอการกำจัด โดยเจ้าหน้าที่ดำเนินการจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อทุกวันอาทิตย์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยศูนย์อนามัยที่ 3 ร่วมกับบริษัทเอกชน ซึ่งเป็นบริษัทกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐานถูกต้องตามกฎหมายและประชุมชี้แจง เกี่ยวกับข้อมูลการให้บริการ การจัดการขยะ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิดสู่ชุมชนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

3) จัดทำชุดความรู้และการรวบรวมชุดความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโควิดและสำหรับประชาชน ตั้งแต่ การประเมินอาการตนเอง การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร ยา การใช้เวชภัณฑ์ การจัดการที่พังกาอาศัย การจัดการขยะ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด

2. การสร้างเสริมความรู้ในการดูแลตนเองและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด -19 ของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวพื้นที่บริการของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยและเพื่อนบ้านในชุมชน จำนวน 272 คน ปฏิบัติตนตามข้อแนะนำในการป้องกันโรคโควิด - 19 ทุกครั้ง ร้อยละ 76.8 และมีการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านในชุมชนร้อยละ 15.4 ส่วนการจัดการขยะติดเชื้อ ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับความรู้การคัดแยกขยะเปียกขุดหลุมฝังหรือกำจัดโดยการทิ้งลงในชักโครก ทำให้ปริมาณขยะติดเชื้อลดลง จากเดิมคนละ 0.8 – 1 ก.ก./วัน เป็นคนละ 0.5 ก.ก./วัน สำหรับการคัดแยกขยะผู้ป่วยโควิดมีความรู้และสามารถคัดแยกขยะได้ถูกต้อง ได้แก่ ขยะมูลฝอยติดเชื้อ หมายถึงขยะที่มีการปนเปื้อนสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย ผ้าอนามัย รวมถึงกระดาษทิชชู และภาชนะใส่กล่องอาหารชนิดรับประทานครั้งเดียว อีกทั้งชุดตรวจ ATK (Antigen Test Kit) ซึ่งถือว่าเป็นขยะที่มีความเสี่ยงสูงผู้ป่วยได้จัดเก็บและส่งมอบให้ทีมกำจัดขยะของ Home Isolation สำหรับเศษอาหารและขวดน้ำดื่มผู้ป่วยได้มีการจัดการที่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมของ เช่น ขยะเปียกเศษอาหารบางประเภท สามารถกำจัดโดยการขุดหลุมฝังหรือกำจัดโดยการทิ้งลงในชักโครก ลดการใช้ภาชนะสำหรับบรรจุอาหาร เช่น งดใช้โฟม งดใช้ถุงพลาสติกบรรจุอาหาร เป็นต้น สำหรับขวดน้ำดื่มทำลายเชื้อให้ถูกต้องตามหลักควบคุมการติดเชื้อเพื่อลดการแพร่ระบาด สามารถนำเป็นขยะรีไซเคิลเพื่อสร้างรายได้ให้กับตัวเองต่อไป

3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโควิด - 19 พบว่า

- 1) ผู้ป่วยโควิด -19 จำนวน 429 คน ร้อยละ 100 สามารถประเมินอาการตนเองเบื้องต้น วัดอุณหภูมิ ประเมินสมรรถภาพปอดเบื้องต้นของตนเองได้ และรายงานข้อมูลตนเองให้กับทีมดูแลรักษาตามเวลาที่กำหนดร่วมกันได้
- 2) ผู้ป่วยโควิดทุกรายที่เข้ารับบริการมีทักษะการล้างมือ 7 ขั้นตอน และการออกกำลังกายฟื้นฟูปอด
- 3) ผู้ป่วยโควิดทุกรายสามารถจัดการขยะติดเชื้อตามคำแนะนำของทีมสื่อสารชุมชน โดยการคัดแยกขยะจัดการขยะ
- 4) จากการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ พบว่าไม่มีผู้ป่วยใหม่ที่เกิดจากให้บริการการดูแลรักษาแบบ Home Isolation






หน่วยบริการดูแลรักษาแบบ Home Isolation
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ (สว.แม่และเด็ก)

ขั้นตอนการรับบริการ

1. เพิ่มเพื่อน โดยใช้ QR Code หรือ ID Line : @983xthen
2. เมื่อเข้าสู่ระบบแล้วจะปรากฏหน้าจอนี้ จากนั้นลงทะเบียนในปุ่ม HOME CARE และกดไปที่ปุ่มเพิ่มเพื่อน (ไว้พูดคุยกับแพทย์)
3. คลิกปุ่ม DIETZ COVID TRACKER เพื่อบันทึกผลสุขภาพรายวันวันละ 2 รอบ เวลา 08.00 น. และ 14.00 น.
4. ทำการตรวจเช็คสุขภาพจิต โดยสแกน QR Code

อย่าลืมทำตาม 4 ขั้นตอนนี้

หากมีอาการผิดปกติ โทรสายด่วน 056 255234 ตลอด 24 ชม.

เอกสารอ้างอิง

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ชั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยรณญาณ กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. กรุงเทพฯ: ไอดี ออล ดิจิตอล พริ้นท์.

Barthlomew, L.k.; Parcel, G.S.; Kok, G., & Gottlieb, N.H. (2001). Intervention Mapping. Designing Theory and Evidence-Based Health Promotion Programs. Mayfield Publishing Company.

ย้อนรอย “คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลฝาง”

ประมวล ตริยกุล

กลุ่มงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลฝาง

ความเป็นมา

เรื่องราวการทำงานเลิกบุหรี่ มีมาเนิ่นนานในโรงพยาบาลฝาง เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานมาโดยตลอด เช่น ฝ่ายเภสัชกรรม งานแพทย์แผนไทย งานกายภาพบำบัด ฯลฯ ยังไม่ได้มีการตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ที่เป็นรูปธรรม จนกระทั่งงานสุขภาพจิตและสารเสพติดได้มาดำเนินงานส่วนที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ทีมงานในหน่วยงานทุกคนร่วมมือในการทำงานโดยผ่านการพัฒนาบุคลากรด้านเทคนิคการเลิกบุหรี่ จากสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ทำให้เกิดรูปแบบแนวทางในการดำเนินงาน ทางสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่จึงขอความร่วมมือให้โรงพยาบาลฝางและอำเภอฝางได้ “พัฒนาเครือข่ายบริการเลิกยาสูบอำเภอฝางอย่างเข้มแข็งและเป็นรูปธรรม” และตั้งเป้าหมายที่จะพัฒนาโรงพยาบาลฝางให้เป็นสถานพยาบาลปลอดบุหรี่ในปี 2565

ในกระบวนการทำงาน ผู้บริหารระดับจังหวัดได้ให้ความสำคัญส่งผ่านมายังผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง ทำให้ได้รับการสนับสนุนในการดำเนินงานอย่างดียิ่ง จึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะดำเนินงาน/คณะทำงาน โรงพยาบาลฝางปลอดบุหรี่ และมีการประกาศนโยบาย “โรงพยาบาลฝางปลอดสารเสพติด บุหรี่ สุรา” บุคลากรโรงพยาบาลฝางรับทราบมีการอบรมให้ความรู้โทษ พิษภัยบุหรี่ การบำบัดรักษา การส่งต่อ จัดทำแนวปฏิบัติในการคัดกรอง ดูแล ส่งต่อ ผู้รับบริการภายในหน่วยงานโรงพยาบาล และการดูแลส่งต่อติดตามในชุมชน และ รพ.สต. โดยความร่วมมือจาก อสม./อบต. เพื่อมุ่งหวังให้ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดการเกิดนักสูบบุหรี่ใหม่ในชุมชน บ้าน วัด โรงเรียนโดยอาศัยกระบวนการทำงานจากทีมสหสาขา แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพ แพทย์แผนไทย นักเทคนิคการแพทย์ ทีม PCT และคณะกรรมการ ENV ดูแลสถานที่สิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามมาตรฐาน โดยมีการทบทวนการทำงานตามวงล้อ PDCA และมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ภายในโรงพยาบาลมีบุคลากรเป็นบุคคลต้นแบบในการเลิกบุหรี่ ผู้รับบริการได้รับการคัดกรองเพิ่มมากขึ้น โดยอาศัยความร่วมมือและประชาสัมพันธ์จากคณะกรรมการระดับอำเภอ/คณะกรรมการระดับตำบล จึงเกิดโครงการความรู้ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ลด เลิกบุหรี่ เพื่อลดปัญหาโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ในระดับตำบลทุกตำบล และมีการให้ความรู้โทษพิษภัยบุหรี่ การติดตามสำหรับ รพ.สต./อสม. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อเกิดเครือข่ายการดูแลระดับตำบล และมีการทบทวน กระบวนการทำงาน เพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งโรงพยาบาลฝาง ได้รับการประเมินสถานพยาบาลปลอดบุหรี่ 22 ธันวาคม 2565 ภายในระยะเวลาการทำงาน 1 ปี