การพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ของโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อจัดการความรุนแรงของโรคภายในจังหวัดมหาสารคามและเครือข่าย

DEVELOPMENT OF TRIAGE SYSTEM IN HOSPITAL FOR THE MANAGEMENT OF SEVERE COVID-19 IN MAHASARAKHAM PROVINCE AND NETWORK

Received: January 04, 2023
Revised: April 04, 2023
Accepted: April 24, 2023

จิราพร พิลัยกุล[1*]
Jiraporn Pilaikul[1*]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 และเพื่อจัดการความรุนแรงของโรคภายในจังหวัดมหาสารคามและเครือข่าย กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา 1) กลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ จำนวน 40 คน 2) กลุ่มเป้าหมายในการทดลองปฏิบัติการ จำนวน 768 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน แบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วย COVID-19 แบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ป่วย COVID-19 ในจังหวัดมหาสารคาม มีจำนวน 39,997 คน เสียชีวิต 180 คน อำเภอเมืองมีผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 18.45 คน โดยมีอายุระหว่าง 45-60 ปี ร้อยละ 23.72 ปัญหาที่พบ คือ มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น มีจำนวนเจ้าหน้าที่คัดกรองไม่เพียงพอ และขาดแคลนอุปกรณ์

2. การพัฒนารูปแบบ ดำเนินการ 2 วงรอบ คือ ด้านนโยบาย ด้านอัตรากำลังคน ด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้านงบประมาณ ด้านภาคีเครือข่าย

3. ผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า มีระบบคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ มีการประสานงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม สามารถจัดสถานที่รองรับผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ มีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยวิกฤต และลดการสัมผัสการแพร่กระจายเชื้อได้ จากกระบวนการที่พัฒนา 2 วงรอบ ได้รูปแบบ JIRAPORN Model ในการขับเคลื่อนการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19, จัดการความรุนแรงของโรค

[1] โรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital
*Corresponding author E-mail: pjira.pim@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๑ เดือนมกราคม - เมษายน ๒๕๖๖
Research and Development Health System Journal
Vol.๑๖ No.๑ Jan - Apr ๒๐๒๓

Abstract

The purpose of this research is to develop at triage model at the first point for receiving COVID-19 patients and to manage the severity of the disease in MahaSarakham Province. The target groups divided into 2 groups: 1) the model developer group of 40 people and 2) the experimental target group of 768 people. The instruments included a medical record review form, group discussion form, in-depth interview, the COVID-19 patients' triage record form, and observation form. The quantitative data analyzed by descriptive statistics. The qualitative data analyzed by content analysis. The results of the research were as follows:

1. Problem situation of COVID-19 patients in Mahasarakham Province had a continuous outbreak of disease with a total of 39,997 patients with 180 deaths. The problem in triage patients, the number of patients receiving services has increased. The symptoms of the disease are diverse. The number of staff was insufficient for triage and lack of availability of triage sites and inadequate equipment

2. The development of a total of 2 cycles, which was a policy operation, workforce, health service system management, health information system, access to medicines and medical technology, budget and resources together with linking with affiliate networks in the province, integration resources.

3. The results of the model development showed that there was an effective triage and referral system. In addition, adequate facilities for severe patients. JIRAPORN Model formed to drive the triage system in hospital for the management of severe COVID-19.

Keywords: Development of system, Triage for COVID-19 patients, Management of severe COVID-19

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 : COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[1] โดยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 234,662,473 คน เสียชีวิต 4,799,731 คน ในประเทศไทย เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2564 พบ ผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น 11,754 ราย [2] โดยสถานการณ์การแพร่ระบาดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค รัฐบาลได้ใช้มาตรการค้อนเหล็ก เน้นการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ปิดการเดินทางเข้าออกประเทศ และบางจังหวัด ปิดสถานประกอบการ และปิดกิจกรรมรวมคนทุกประเภท ร่วมกับมาตรการของประชาชนภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน โดยให้มีส่วนร่วมของประชาชน อาสาสมัคร องค์กรชุมชน เครือข่ายประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานรัฐในพื้นที่ ทุกตำบล ชุมชน หมู่บ้าน[3]

ซึ่งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ยังไม่เคยพบว่าเคยเกิดขึ้นในมนุษย์มาก่อน ทำให้เกิดอาการป่วยในระบบทางเดินหายใจ มีอาการได้แก่ ไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจลำบาก จมูกไม่ได้กลิ่น เป็นต้น บางรายอาจมีปอดอักเสบรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ เชื้อสามารถติดต่อจากคนสู่คน แพร่โรคเมื่อมีอาการ และอาการแสดงแล้ว ผ่านทางการละอองเสมหะทางการไอ จาม ของผู้ที่มีเชื้อ และสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย โดยมีระยะฟักตัว 2-14 วัน[1] การแพร่ระบาดของโรคก่อให้เกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตของประชาชนจำนวนมาก ส่งผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการจัดการด้านสาธารณสุขของประเทศ ทั้งด้านสถานที่รองรับผู้ป่วยจำนวนเตียง อุปกรณ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อต่างๆ มีไม่เพียงพอในการรองรับจำนวนผู้ป่วย การไม่มียา และการรักษาที่จำเพาะ รวมทั้งจำนวนบุคลากรสุขภาพที่มีจำกัด ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ จึงเป็นหน้าที่ที่สำคัญและเร่งด่วนของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่โดยตรงในการดูแลป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพประชาชน[4] แม้ระบบควบคุมโรคของประเทศไทย มีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการติดตามผู้ที่สัมผัสเชื้อทุกราย และมีการตรวจเชื้อจากผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็ว แต่การระบาดในประเทศไทยก็ยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชน[5]

จังหวัดมหาสารคามเป็นพื้นที่ ที่มีการระบาดของ COVID-19 มีการเกิดการระบาดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 มีผู้ป่วย 11,648 คน เสียชีวิต 45 คน ระลอกเดือนมกราคม 2565 มีผู้ป่วย 28,327 คน เสียชีวิต 133 คน โดยจังหวัดมหาสารคามได้ยกระดับมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่เข้มข้นขึ้น ให้เป็นไปตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข[6] จากการที่มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ประสบปัญหาในด้านการคัดกรอง

และคัดแยกผู้ป่วย มีผลกระทบต่อการจัดให้บริการทางด้านสุขภาพของโรงพยาบาล ตั้งแต่ขาดอัตรากำลังในการคัดกรอง การดูแลรักษา และขาดอุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ในการจัดให้บริการ จากปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ของโรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ต้องมีกระบวนการพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ของโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อจัดการความรุนแรงของโรคภายในจังหวัดมหาสารคาม ผลจากการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและแก้ไขปัญหาอันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ของโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อจัดการความรุนแรงของโรค ภายในจังหวัดมหาสารคามและเครือข่าย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ของจังหวัดมหาสารคาม จากการทบทวนนโยบาย สถิติการบริการ ข้อมูลความเสี่ยง ผลลัพธ์ด้านคลินิก แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย COVID-19 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาสาคาม ในช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2563 จำนวน 22 ฉบับ

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย โดยดำเนินการพัฒนา 2 วงรอบ ดังนี้

1. การพัฒนาวงรอบที่ 1 ดังนี้ 1.1) ขั้นวางแผน (Plan) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อสร้างรูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค หลังจากนั้นดำเนินการตามกิจกรรมที่วางไว้ ประกอบด้วย (1) ศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 (2) วิเคราะห์สถานการณ์ (3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 (4) จัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องนำเสนอร่างรูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค และแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการร่วมคิดของทีมผู้ร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยนำเสนอปรับปรุงแก้ไขก่อนนำสู่การปฏิบัติจริง 1.2) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติตามแผน ประกอบด้วย (1) ผู้วิจัยประกาศใช้รูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค โดยใช้การประชุมสื่อสารและหนังสือชี้แจงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำสู่การ

ปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 เดือน (2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 และพัฒนาระบบการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในการจัดการความรุนแรงของโรค ของโรงพยาบาลมหาสารคาม 1.3) ขั้นสังเกตผล (Observation) ประกอบด้วย (1) นิเทศติดตามการดำเนินงาน (2) การประเมินผลการดำเนินงาน 1. 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค และร่วมกันกำหนดแผนเพิ่มเติมปรับปรุงรูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค ตามข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมประชุมในวงรอบที่ 2

2. การพัฒนาวงรอบที่ 2 ดังนี้ 2.1) ขั้นวางแผน (Re-plan) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นสะท้อนผลในวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยสนับสนุนผู้ร่วมวิจัยทุกคนร่วมกันระดมความคิดสะท้อนผล ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค และจัดทำแผนการปรับปรุงรูปแบบ แผนพัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพ 2.2) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยจัดประชุมสื่อสารแผนพัฒนาวงรอบที่ 2 และประกาศใช้รูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรคที่ปรับปรุงจากวงรอบที่ 1 นำสู่การปฏิบัติ 2.3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ผู้วิจัยใช้วิธีสังเกตการณ์การปฏิบัติตามแบบประเมินการปฏิบัติการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วยโควิด แบบสังเกตการณ์ และประชุมกลุ่มย่อยเพื่อเป็นการติดตามการดำเนินงานในแต่ละหน่วยงานในขณะที่การวิจัยดำเนินการอยู่ เมื่อพบปัญหาอุปสรรคผู้วิจัยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือตามแผนพัฒนา 2.4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลการดำเนินงานพัฒนา และวิเคราะห์ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแล เพื่อสรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล โดยประเมินผลการพัฒนารูปแบบ จากสหสาขาวิชาชีพ และทีมพัฒนารูปแบบ ร่วมสรุปอภิปรายผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างวางแผนพัฒนารูปแบบ คือ

1.1 กลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ และรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน

1.2 กลุ่มสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักรังสีเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข เทคนิคการแพทย์ จำนวน 30 คน

1.3 กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็น เพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค ประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ

รองหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย สาธารณสุขอำเภอเมือง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักรังสีเทคนิค จำนวน 40 คน

2. กลุ่มตัวอย่างในการทดลองปฏิบัติการ คือ

2.1 กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักรังสีเทคนิค จำนวน 30 คน

2.2 กลุ่มผู้ป่วย COVID-19 ที่ได้รับความยินยอมในการศึกษา จำนวน 738 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากกการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ทำได้โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.6 -1 และนำไปปรับแก้ตามข้อเสนอผู้เชี่ยวชาญ มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย COVID-19 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาสาคาม เป็นแบบบันทึกที่สร้างขึ้นเอง เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้าน ประกอบด้วย เพศ อายุ อาการและอาการแสดง การรักษา ผลการรักษา

2. การสนทนากลุ่ม เป็นแบบสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ เน้นให้ผู้สนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็น ประกอบด้วย สถานการณ์และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ผลกระทบที่เกิดขึ้น แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

3. แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกที่สร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบเปิด เกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 และแนวความคิดเกี่ยวกับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

4. แบบบันทึกระบบการคัดแยกในสถานการณ์วิกฤต คัดกรองตามสถานการณ์และจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นของโรคตามช่วงการระบาดของโรค COVID-19

5. แบบสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง เป็นการสังเกตการณ์โดยผู้วิจัยสังเกตและร่วมปฏิบัติงานในการให้บริการแก่ผู้ป่วย COVID-19 โดยตั้งแต่ขั้นตอนแรกถึงขั้นตอนสุดท้าย

6. แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย COVID-19

การวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูล ที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ของโรงพยาบาลมหาสารคาม วันที่ 26 ธันวาคม 2564 รหัสโครงการ 64-01-052 เลขที่จริยธรรมวิจัย 64/051 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้หากไม่สะดวก

ผลการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ มุ่งตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 3 ข้อ ดังนี้

1. ด้านสถานการณ์ และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

1.1 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การระบาดของ COVID-19 ระลอกที่ 1 มีผู้ป่วย 1 คน เสียชีวิต 1 คน ระลอกที่ 2 มีผู้ป่วย 21 คน เสียชีวิต 1 คน ระลอกเดือนเมษายน 2564 มีผู้ป่วย 11,648 คน เสียชีวิต 45 คน ระลอกเดือนมกราคม 2565 มีผู้ป่วย 28,327 คน เสียชีวิต 133 คน โดยพื้นที่มีการระบาดมากที่สุด คือ อำเภอเมือง จำนวน 7,380 คน ร้อยละ 18.45 คน รองลงมา อำเภอบรบือ จำนวน 5,267 คน ร้อยละ 13.17 ซึ่งช่วงอายุที่ป่วยมากที่สุด คือ 45–60 ปี จำนวน 9,487 คน ร้อยละ 23.72 รองลงมาช่วงอายุ 25–34 ปี จำนวน 6,538 คน ร้อยละ 16.35

1.2 จากการสนทนากลุ่ม พบปัญหาในการคัดกรอง คือ ปริมาณผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่จะติดเป็นกลุ่ม เช่น ภายในครอบครัวติด COVID-19 ทั้งหมด บางครอบครัวติดเป็นบางคน จึงยากที่จะคัดแยกออกจากกันได้ ในส่วนความรุนแรงของโรคมีความหลากหลาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเด็ก เป็นต้น และมีข้อจำกัดในการตรวจร่างกายผู้ป่วย เพราะต้องป้องกันการแพร่กระจายโรคจากผู้ป่วยสู่แพทย์ผู้ตรวจผู้ป่วย

1.3 จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบปัญหาเกี่ยวกับปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น จากการแพร่ระบาดของโรค อีกทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่ ที่ให้การคัดกรองมีไม่เพียงพอ ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาด และขาดความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือที่ไม่เพียงพอ

2. ดำเนินการวิจัย โดยดำเนินการพัฒนา 2 วงรอบ ดังนี้

การพัฒนาวงรอบที่ 1

1. ขั้นวางแผน (Plan) โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้ SWOT analysis ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ จุดแข็ง (strengths: S) จุดอ่อน (weakness: W) และปัจจัยภายนอก ได้แก่ โอกาส (opportunities: O)

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๑ เดือนมกราคม - เมษายน ๒๕๖๖
Research and Development Health System Journal
Vol.๑๖ No.๑ Jan - Apr ๒๐๒๓

และภาวะคุกคาม (threats: T) เพื่อนำมาเชื่อมโยงในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อการแก้ปัญหาในขั้นตอนต่อไป ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19

SWOT analysis	ปัญหา
ด้านนโยบาย	- มีคณะกรรมการดำเนินงานในแต่ละส่วน มีแนวทางปฏิบัติ แต่องค์ความรู้ในการดูแลยังขาดความชัดเจน เนื่องจากเป็นโรคอุบัติการณ์ใหม่ และต้องปรับเปลี่ยนตลอดตามสถานการณ์
ระบบบริการสุขภาพ	- การจัดสถานที่คัดกรองยังไม่เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วย -แนวปฏิบัติในการคัดกรองยังไม่ชัดเจน ครอบคลุม
ด้านกำลังคนและอัตรากำลัง	- อัตรากำลังไม่เพียงพอ ต้องปรับอัตรากำลังในหน่วยบริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มาบริหารจัดอัตรากำลังใหม่ - ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ และทักษะการปฏิบัติ เพราะเป็นโรคอุบัติใหม่
ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	- ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล ในระบบสุขภาพ - การจัดเก็บข้อมูล และการรายงานข้อมูลยังไม่เป็นระบบ
ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์	- ขาดแคลนวัสดุ อุปกรณ์ ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ เช่น ชุด PPE
ด้านงบประมาณและทรัพยากร	- มีความจำกัดในการบริหารงบประมาณ เพื่อจัดซื้อ Mask N95 และอุปกรณ์การป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต

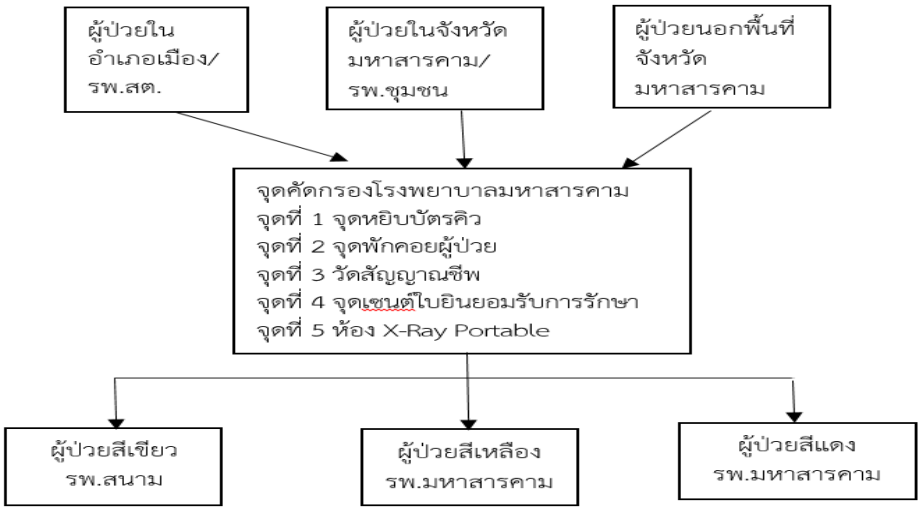
2. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติตามแผน ประกอบด้วย

2.1 สร้างทีมพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค ประกอบด้วย อายุแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล เภสัชกร นักรังสีเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข เทคนิคการแพทย์ ของพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

2.2 ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 โดยนำข้อมูลจากการทำ SWOT analysis มาวางแผนพัฒนา ซึ่งนำสู่กระบวนการพัฒนางาน โดยได้กระบวนการในแต่ละกิจกรรมดังนี้

2.2.1 ด้านนโยบาย ได้ดำเนินการ ดังนี้ (1) การกำหนดเป็นนโยบายระดับจังหวัด และให้โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้การคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 (2) การแต่งตั้งคณะทำงานรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่

2.2.2 ระบบบริการสุขภาพ ได้ดำเนินการ ดังนี้ (1) การจัดสถานที่คัดกรองผู้ป่วย COVID-19 ของโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยปรับปรุงพื้นที่บริเวณชั้น 1 ตึงสงฆ์อาพาธ เป็นพื้นที่ให้บริการแรกรับผู้ป่วยยืนยันผล COVID-19 แต่ละส่วน ประกอบด้วย จุดที่ 1 จุดหยิบบัตรคิว จุดที่ 2 จุดพักคอยผู้ป่วยรับฟังข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จุดที่ 3 จุดชั่งน้ำหนักและวัดสัญญาณชีพต่างๆ ด้วยตนเอง จุดที่ 4 จุดเซ็นใบยินยอมรับการรักษา และเจาะเลือด จุดที่ 5 ห้อง X-Ray Portable และจุดประสานงาน ซักประวัติรวบรวมข้อมูล จัดทำชุด Admit และประสานงานให้ผู้ป่วยเข้าระบบบริการรักษา (2) จัดตั้งศูนย์คัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง เพื่อกระจายผู้ป่วยในการดูแล โดยได้มีการแบ่งประเภทผู้ป่วยสีเขียว คือ ไม่มีอาการ หรือ มีอาการเล็กน้อย ผู้ป่วยสีเหลือง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยสีแดง คือ โรครุนแรง (3) การจัดบริการรับผู้ป่วย COVID-19 ในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม และปรับระบบการดูแลร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน ดังแสดงในภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 แสดงแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 ของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

2.2.3 ด้านกำลังคนและอัตรากำลัง ให้มีความเหมาะสม โดยพัฒนาทีมดูแลผู้ป่วย COVID-19 ภายในโรงพยาบาลมหาสารคามเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วย COVID-19 และ Non-COVID-19 โดยมีการแบ่งเป็นทีมการรักษาโดยแพทย์ และทีมการดูแลบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ อีกทั้งจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเอง การป้องกันการแพร่ระบาด และการติดเชื้อ COVID-19

2.2.4 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ โดยพัฒนาระบบข้อมูลรายงาน การแพร่ระบาด อัตราการติดเชื้อ อัตราตาย บน Dashboard จังหวัด และ Update ทุกวัน และการคืนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อใช้ประโยชน์จากข้อมูลร่วมกันในทีม

2.2.5 ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยการจัดหา วัสดุ อุปกรณ์ ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ เช่น ชุด PPE เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมกับอาการผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่าย

2.2.6 ด้านงบประมาณและทรัพยากร โดยการบริหารงบดำเนินงานเพื่อขยายสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยแยกส่วนในระยะการแพร่ระบาด เช่น เงินงบประมาณ เงินงบบำรุง เงินบริจาค ที่จำเพาะในการซื้ออุปกรณ์เพื่อการรักษา

หลังจากนั้น ผู้วิจัยประกาศใช้รูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค โดยใช้การประชุมสื่อสาร และหนังสือชี้แจงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำสู่การปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 เดือน และผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทบทวนประเมินผลการดำเนินงานวงจรที่ 1 พบปัญหา คือ

- ปัญหาที่ 1 การให้บริการเชื่อมโยงกับเครือข่ายในชุมชน ไม่มีแผนงานระหว่างสาธารณสุขและชุมชนที่ชัดเจน และขาดการใช้อุปกรณ์และทรัพยากรร่วมกัน
- ปัญหาที่ 2 ขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ที่สงสัยติดเชื้อ หรือมีประวัติสัมผัสผู้ป่วย COVID-19
- ปัญหาที่ 3 การติดตามกำกับ และการรายงานสถานการณ์ของโรคที่ไม่ต่อเนื่องชัดเจน

การพัฒนาวงรอบที่ 2

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยประชุมระดมสมอง เพื่อวิเคราะห์ทบทวน ปัจจัยที่ทำให้การคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค ประสบผลสำเร็จ มีขั้นตอนการพัฒนาและรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การดำเนินการในปี 2563–2565 การคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19

รายการ	การดำเนินการในปี 2563–2565
1. Service Delivery	- จัดทำแผนการพัฒนาระบบการดูแล การคัดกรอง ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ - มอบหมายหน้าที่ให้เจ้าหน้าที่อย่างชัดเจน ในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 - รับผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่ และปรับระบบการดูแลร่วมกันกับ รพช. - จัดตั้ง รพ.สนาม เพื่อรองรับผู้ป่วย COVID -19 - จัดตั้งศูนย์คัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง เพื่อกระจายผู้ป่วยในการดูแล - ดูแลร่วมกันในเครือข่ายพื้นที่ - ปรับปรุงห้อง Negative pressure และขยาย MICU ให้มีห้อง Negative Pressure
2. Health Workforce	- พัฒนาทีมการคัดกรอง และทีมผู้ดูแลผู้ป่วย COVID-19 ภายใน รพ.มหาสารคาม - อบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ที่ต้องดูแลผู้ป่วย

รายการ	การดำเนินการในปี 2563–2565
3. Information	- พัฒนาระบบข้อมูลรายงาน การแพร่ระบาด อัตราการติดเชื้อ และ Update ทุกวัน - คืนข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อนำข้อมูลสู่การพัฒนา
4. Medical product, Vaccine and Technology	- จัดหา วัสดุ อุปกรณ์ ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ เช่น ชุด PPE ชุดใหญ่ PPE ชุดเล็ก เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมกับอาการผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่าย - การใช้ยา ให้ตาม CPG อย่างสมเหตุสมผลในการใช้เฉพาะราย
5. Financing	- บริหารงบดำเนินงานเพื่อขยายสถานที่ในการดูแลผู้ป่วย ในระยะการแพร่ระบาด
6. Leading / Governance	- EOC ระดับจังหวัด ดำเนินงาน กำกับ ติดตามความก้าวหน้า มุ่งเน้น การป้องกัน ควบคุม และสั่งการ บริหารจัดการ การแพร่ระบาด - EOC รพ.มหาสารคาม ติดตาม การดูแลรักษา และเป็นพี่เลี้ยงให้ โรงพยาบาลชุมชน
7. Participation	- จัดบริการเชื่อมโยง ภาคีเครือข่ายในชุมชน มีการบูรณาการทรัพยากร แผนงาน - มีการคัดกรอง COVID -19 บุคคลนอกพื้นที่จากจังหวัดอื่น และส่งต่อข้อมูล

3. ขั้นสังเกตผล (observation) หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบ ได้ดำเนินการประเมินผล และคืนข้อมูลของโครงการ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่าการพัฒนาในครั้งนี้ทำให้มีระบบการส่งต่อเข้ารับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีการประสานงานที่ชัดเจน อีกทั้งสามารถจัดสถานที่รองรับผู้ป่วยวิกฤตรุนแรงได้อย่างเพียงพอ ในส่วนของผู้ป่วยมีภาวะรุนแรงมีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยวิกฤต ลดการสัมผัส การแพร่กระจายเชื้อสู่บุคลากร และผู้ดูแล

3.2 การสังเกตการณ์ การคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 มีขั้นตอนปฏิบัติ ดังนี้

(1)ให้ผู้ป่วยล้างมือ ที่จุดล้างมือครั้งที่ 1 แล้วหยิบบัตรคิวบริเวณ (2)นั่งรอบริเวณจุดนั่งพักคอยเว้นระยะ พยาบาลชี้แจงขั้นตอนบริการ (3) จุดล้างมือครั้งที่ 2 ให้ล้างมืออย่างถูกวิธี (4) จุดวัดสัญญาณชีพ (5) ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ และเซ็นใบยินยอมการรักษา (6) เอกซเรย์ปอด (ปฏิบัติตามวิธีการเตรียมตัวบริเวณหน้าจุดเอกเรย์ปอด) (7) หลังจากเอกซเรย์ปอด นั่งรอจุดพักคอยเว้นระยะ (8) วัดระดับออกซิเจนและรายงานให้เจ้าหน้าที่ได้ทราบ (9) รอผลการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์

ซึ่งทุกขั้นตอนของการคัดกรองผู้ป่วยจะต้องประกอบไปด้วย ทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพให้บริการ และมีการใช้แนวปฏิบัติในการคัดกรอง ดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 ร่วมด้วย

4. ขั้นสะท้อนผล (reflection) เพื่อให้การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นบรรลุผลสำเร็จ ซึ่งจากการถอดบทเรียนร่วมกันกับสหวิชีพ และเครือข่าย พบว่า การขับเคลื่อนการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย

COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค ต้องประกอบไปด้วย J = Join คือ ร่วมมือกัน/ภาคีเครือข่าย I = Information คือ การใช้ข้อมูลร่วมกัน R = Reliance คือ มีการพึ่งพาอาศัยกัน และความไว้วางใจ A = Assess คือ การประเมินผู้ป่วย และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง P = Plan คือ มีการวางแผนดำเนินงานทุกครั้ง O = Observer คือ การประเมินผลการดำเนินงาน R = X-ray คือ ผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรอง และX-ray ปอด N = Note คือ มีระบบการบันทึกข้อมูล และการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ โดย JIRAPORN Model เป็นกระบวนการที่ขับเคลื่อน ที่ทำให้บรรลุผลสำเร็จ และจะเกิดคุณค่าทั้งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งจะเกิดการพัฒนาระบบสุขภาพได้อย่างยั่งยืนเป็นรูปธรรม

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ยังมีการคัดกรองที่ล่าช้า ขาดความเข้าใจในการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัย COVID-19 ยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ COVID-19 เข้ารับการรักษาตัวกับผู้ป่วยรายอื่น ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ รวิพร โรจนอาชา และคณะ[7] ที่ได้ศึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Hospitel ในบริบทชายแดนไทย-มาเลเซีย ภายใต้การบริหารจัดการของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา พบว่ามีปัญหาในการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติที่พบบ่อยมาก การร่วมการทำงานกับหน่วยอื่น มีการแยกกันทำงานอย่างชัดเจน แต่ขาดการประสานงานของทีมทำงาน และการใช้ข้อมูลร่วมกัน ต้องปรับตัวเข้าหากันทั้งวิธีการทำงาน แนวปฏิบัติ และกรอบการทำงาน และจากการศึกษาวราภรณ์ สมดี[8] พบว่าของหน่วยงานต้องมีแผนในการจัดการป้องกันและควบคุมโรค ควรมีดำเนินการโดยการสำรวจและเตรียมความพร้อมและวางแผนในด้านอาคาร สถานที่ การจัดตั้งจุดคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 จัดทำห้องตรวจแยกโรค ปรับปรุงหอผู้ป่วยใน เพื่อเป็นที่รองรับผู้ป่วย แบ่งโซนของบุคลากรและผู้ป่วย ติดตั้งพัดลมดูดอากาศ และจัดเตรียมอุปกรณ์เวชภัณฑ์ให้มีความเพียงพอ เป็นต้น

2. รูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ของโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อจัดการความรุนแรงของโรคภายในจังหวัดมหาสารคาม มีจุดเด่นของการดำเนินงานที่เน้นการวางแผนงานร่วมกัน มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมทุกขั้นตอนของการทำงาน และมีการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ จนเกิดเป็น JIRAPORN Model ประกอบด้วย 1) J: Join การร่วมมือกันกับภาคีเครือข่าย 2) I: Information การใช้ข้อมูลร่วมกัน 3) R: Reliance การพึ่งพาอาศัยกัน และความไว้วางใจ 4) A: Assess การประเมินผู้ป่วย และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 5) P: Plan มีการวางแผนดำเนินงานทุกครั้ง 6) O: Observer การประเมินผลการดำเนินงาน 7) R: X-ray ผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรอง และ X-ray ปอด 8) N: Note มีระบบการบันทึกข้อมูล และการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ ซึ่งเน้นผู้ป่วย COVID-19 เป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 ของกรมการแพทย์

ซึ่งรูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค ได้มีการประชุมสื่อสารและหนังสือชี้แจงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สู่ผู้ปฏิบัติอย่างทั่วถึง การดูแล และให้คำแนะนำในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติงาน มีการจัดระบบประสานงานและการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับการศึกษาของสุธารัตน์ แลพวง[9] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการภายใต้มาตรการคัดกรอง เพื่อรับมือสถานการณ์โรคไวรัส COVID-19 ของโรงพยาบาลปทุมธานี ผลการวิจัย พบว่า ในกระบวนการจัดการด้านการคัดกรอง COVID-19 ของโรงพยาบาล มีการจัดการสถานพยาบาล มีการแบ่งบริเวณให้ชัดเจน ILI (Influenza like illness) และ NON-ILI แบ่งการปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นชุด ณ จุดที่มีความเสี่ยงสูง ไม่ปะปนบุคลากรระหว่างภารกิจที่มีความเสี่ยงสูงกับภารกิจที่ทั่วไป ให้การบริการในรูปแบบ One Stop Service เพื่อคัดกรองวินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจ หรือ Fever with ARI clinic แบ่งกลุ่มตามความเสี่ยง ได้แก่ สีขาว ไม่มีความเสี่ยง สีเทา มีอาการเข้าเกณฑ์ PUI อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ และ สีดำ มีอาการเข้าเกณฑ์ PUI อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง และมีการสร้างเครือข่ายระหว่างสถานพยาบาลในพื้นที่เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล กำหนดแนวทางการใช้ทรัพยากรร่วมกัน รองรับการส่งต่อผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสมหรือส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต แต่เมื่อพิจารณารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับ COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา คือ ผู้ป่วยที่เข้าระบบการคัดกรองแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในโรงพยาบาลมหาสารคาม จะได้รับการคัดกรอง และX-ray ปอด ทุกรายที่มีอาการเข้าข่ายหรือสงสัยว่าจะเป็น COVID-19 เพื่อช่วยในการคัดแยกผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะปอดอักเสบจาก COVID-19 ได้ตามระดับความรุนแรง ส่งผลให้การบริหารการจัดการผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมทันท่วงที สอดคล้องกับเกณฑ์การคัดแยกระดับความผิดปกติจากภาพรังสีทรวงอกเพื่อใช้สำหรับการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วย COVID-19 หรือ RAMA CO-RADS[10] จะเห็นได้ว่าการป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในวงกว้าง และการดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 ที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการติดเชื้อโดยการพัฒนาระบบการควบคุม และการป้องกันการติดเชื้อ มีการประสานการดำเนินงาน เพื่อการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ วางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน จัดการและมีการประเมินผลลัพธ์การบริการผู้ป่วย[11] ซึ่งการพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ของโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อจัดการความรุนแรงของโรคภายในจังหวัดมหาสารคามและเครือข่าย พบว่า การบริหารประสบความสำเร็จ มีขั้นตอนการคัดกรองโรค COVID-19 ที่มีแบบแผน ส่งผลต่อการประเมินอาการการวินิจฉัย การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น เน้นการทำงานเป็นทีมและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในองค์กร จึงจะทำให้ระบบคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 ในจุดแรกรับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. coronavirus disease 2019 (COVID-19). [Internet].[Cited 2021 November 1]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/
3. พระครูธรรมคุต (สุทธิพจน์ สุทฺธิวจโน), พระมหาอรุณ ปญฺญารุโณ, และกัญจิรา วิจิตรวัชรารักษ์. สังคมเมืองในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย 2563; ปีที่ 8 ฉบับที่ 1: 263-276.
4. พัทสิมา ภัทรธีรานนท์, นิภาวรรณ ศรีโยหะ, พัชรกรพจน์ ศรีประสาร, และรุ่งทิวา เสาวนีย์. บทบาทของพยาบาลชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน 8 ชุมชน พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี.วารสารสุขศึกษา 2564; ปีที่ 44 ฉบับที่ 1: 1-11.
5. บัญชา เกิดมณี และคณะ. แนวคิดและทิศทางการแก้ปัญหาโควิด-19. วารสารก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์ 2563; ปีที่ 20 ฉบับที่1: 1-12.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดมหาสารคาม. [อินเตอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2565] เข้าถึงได้จาก http://mkho.moph.go.th
7. รวิพร โรจนอาชา กิตติพร เนาว์สุวรรณ และนภชา สิงห์วีรธรรม. การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Hospitel ในบริบทชายแดนไทย-มาเลเซีย ภายใต้การบริหารจัดการของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาชราชนครินทร์ 2565; ปีที่14 ฉบับที่1: 134-156.
8. วราภรณ์ สมดี. การพัฒนาแนวทางการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2564; ปีที่ 19 ฉบับที่ 10: 68-79.
9. สุธารัตน์ แลพวง. การบริหารจัดการภายใต้มาตรการคัดกรองเพื่อรับมือสถานการณ์โรคโควิด COVID-19 ของโรงพยาบาลปทุมธานี[อินเตอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2565] เข้าถึงได้จาก http://www3.ru.ac.th.
10. ฐิรพร อัศววิศรุต เยาวลักษณ์ เมณฑกานุวงษ์ กลอยใจ แสนวงษ์ และนิภาพร ละครวงศ์. การพัฒนา รูปแบบการบริหารทางการพยาบาลต่อสถานการณ์ระบาดโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร. ยโสธรเวชสาร 2565; ปีที่ 24 ฉบับที่ 1: 35-44.
11. สาคร อินโท่โล.การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อแพร่ระบาดของโรคโควิด 19: บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. วารสารสภาการพยาบาล 2564; ปีที่ 36 ฉบับที่ 3: 5-15.