

รูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านในมิติ กำลังคนด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 12 ของไทย

วรัญญา จิตบรรทัด*

ภัทริศา พองงาม*

ชัตติยา เสมอภพ†

ไมชาเร๊ะ ขุนรักษ์ همانกระเด็น‡

ฮัสสัน จิตบรรทัด§

ผู้รับผิดชอบบทความ: วรัญญา จิตบรรทัด

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ส่งผลให้อัตราการกักตัวด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ติดเชื้อ ก่อให้เกิดรูปแบบการดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้านขึ้น และมีกลุ่มจิตอาสาด้านสุขภาพช่วยดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลทางไกล การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์บทบาทและกระบวนการดำเนินงานของกำลังคนด้านสุขภาพ ตามรูปแบบดูแลทางไกลภายใต้ระบบแยกกักตัวที่บ้าน 2) วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้าน และ 3) สังเคราะห์รูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในมิติกำลังคนด้านสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 12 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างจำนวน 60 คน และการสนทนากลุ่ม จำนวน 20 คน (ครึ่งละ 10 คน) ในรูปแบบออนไลน์กับจิตอาสา จำนวน 30 คน และผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการดูแลทางไกลจำนวน 50 คน มีการตรวจสอบข้อมูลทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์ โดยการตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล ด้านผู้วิจัย และด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การตีความและการสร้างข้อสรุป

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดำเนินงานการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านดำเนินการโดย 1) สร้างกำลังคน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และประชาชนที่มีจิตอาสาที่ช่วยดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยจิตอาสาได้มาจากการอาสาของประชาชน การเชิญชวนของเจ้าหน้าที่ ผู้ที่เคยเป็นโควิด-19 และผู้ที่มีญาติเป็นโควิด-19 ในชุมชน 2) ทำความเข้าใจในเป้าหมายร่วมกัน โดยการประชุมกลุ่มเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการทำงานให้แก่จิตอาสาทุกคน 3) จัดอบรมให้ความรู้ในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยผ่านกระบวนการสร้างและพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน เริ่ม

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

† โรงพยาบาลสตูล

‡ นักวิชาการอิสระ

§ โรงเรียนวัดสามัคยาราม จังหวัดนครศรีธรรมราช

Received 2 September 2022; Revised 28 June 2023; Accepted 25 August 2023

Suggested citation: Jitbantad W, Fong-ngam P, Samerpop K, Manraden MK, Jitbantad H. Telehealth care model of home isolation in health region 12 Thailand: an extension of voluntary health workforce. *Journal of Health Systems Research* 2023;17(3):553-73. วรัญญา จิตบรรทัด, ภัทริศา พองงาม, ชัตติยา เสมอภพ, ไมชาเร๊ะ ขุนรักษ์, همانกระเด็น, ฮัสสัน จิตบรรทัด. รูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านในมิติกำลังคนด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 12 ของไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2566;17(3):553-73.

ตั้งแต่การปรับทัศนคติพร้อมที่จะเป็นผู้ให้ การใช้ภาษาในการสื่อสาร การให้ความรู้ในการป้องกัน การดูแลและการฟื้นฟู การประเมินอาการผู้ป่วยแบบทางไกล การใช้เทคโนโลยีและระบบฐานข้อมูลในการประเมินผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง 4) ให้คำปรึกษาในระหว่างดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นแรงเสริมของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยการประชุมแบบออนไลน์ ทีมดำเนินงานมี 4 ทีม คือ 1) ทีมกลาง ทำหน้าที่ออกแบบระบบฐานข้อมูล เพื่อจ่ายเคสและติดตามอาการโดยประสานกับ ทีมติดตามอาการผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง วิกฤติ ชุกเฉิน รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็น 2) ทีมติดตามอาการผู้ป่วย เมื่อได้รับเคสจากทีมกลางทำหน้าที่ในการโทรประเมินอาการ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ติดตามอาการ และลงบันทึกในระบบฐานข้อมูล ประสานแพทย์และเภสัชกรถ้าพบผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง 3) ทีมชุมชน ทำหน้าที่ประสานระหว่างทีมติดตามอาการและผู้ป่วยโควิด-19 เช่น การนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา อาหาร ไปให้ ผู้ป่วยในชุมชน และ 4) ทีมบริหารจัดการศพผู้เสียชีวิต ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ คือ ทัศนคติ ความคิด ความเชื่อที่มีต่อการ ทำงานจิตอาสาที่สื่อถึงความสบายใจ ความอึดอ้อม และการสร้างบุญ กระบวนการพัฒนาความรู้ความสามารถให้แก่ทีมจิตอาสา ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ได้แก่ การเข้าถึงระบบฐานข้อมูล การสื่อสารและเครื่องมือ และสัญญาณอินเทอร์เน็ต

คำสำคัญ: การดูแลทางไกล, ระบบแยกกักตัวที่บ้าน, กำลังคนด้านสุขภาพ

Telehealth Care Model of Home Isolation in Health Region 12 Thailand: An Extension of Voluntary Health Workforce

Waranya Jitbantad^{*}, Pattaratida Fong-ngam^{*}, Khattiya Samerpop[†], Maisaroh Khunrak Manraden[‡], Hassan Jitbantad[§]

^{*} Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[†] Satun Hospital

[‡] Independent scholar

[§] Wat Samakyaram School Nakhon Si Thammarat Province

Corresponding author: Waranya Jitbantad, waranya@bcnnakhon.ac.th

Abstract

The COVID-19 pandemic situation has affected health workforce in the public health system, health personnel could not provide care to all infected people. The situations led to home isolation equipped with volunteer health workforce in a telehealth care model. The objectives of this qualitative research were: 1) to analyze the roles and operating procedures of health workforce; 2) to analyze success factors, problems and obstacles in the implementation of home isolation telehealth care model; and 3) to synthesize the home isolation telehealth care model in terms of health workforce in Health Region 12 of Thailand. Data were collected through semi-structured in-depth interviews and online group discussions with 30 volunteers and 50 home isolated patients. Data were triangulation verified at every step of data source check, investigator, and methodology. Content analysis was carried out till interpretation, and conclusions reached.

The results revealed that 1) the home isolation telehealth care model was staffed by the combined workforces of health workers and volunteers who helped take care of COVID-19 patients. The volunteers were recruited from lay people, people who had contracted COVID-19 and their relatives. 2) The combined workforces built up shared common goals through group meetings to clarify the objectives and goals of the voluntary work. 3) Training sessions began with forming volunteers' care attitude ready to be giver to others; followed by the use of language in good communication; knowledge on COVID-19 prevention, care and rehabilitation; tele-patient assessment using information technology and patient database systems to achieve continuity of care. And 4) online patient consultations were operated to reinforce confidence of the combined health workforce. The roles and operating procedures were con-

fined to 4 teams: 1) The central team designed patient database system to assign patients with COVID-19 to patient care team. The databases coordinated and kept track of patients' symptoms whether they faced severe symptoms, crises, or emergency conditions that required necessary medical equipment support. 2) Patient monitoring team took responsibilities of the assigned patients, making phone calls to assess symptom changes, providing advice, encouraging mental support. This team recorded patient progress in the database. If severe symptoms of COVID-19 were detected, the team needed to notify doctor or pharmacist for appropriate action. 3) The community team was responsible for delivering the actions of the monitoring team to COVID-19 patients, such as providing medical equipment, medicines and food to their homes. And 4) the funeral volunteer team provided necessary ritual ceremony if the patient died. The key factors for success of home isolation telehealth care model included attitude, mindset, and belief in volunteer work, which conveyed peace of mind, complacent feeling and fulfilling in merit making. Problems and obstacles included difficulties of access to the database, communication and tools and the Internet system.

Keywords: Internet, home isolation, health workforce

บทคัดย่อ

ตั้งแต่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ⁽¹⁾ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคที่แพร่กระจายไปทั่วโลก ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก

สำหรับประเทศไทย การระบาดระลอกแรกเกิดขึ้นในเดือนมีนาคมและเมษายน 2563 สายพันธุ์ที่ระบาดเป็นสายพันธุ์ S หรืออยู่ยั้งยืนยง กลางเดือนธันวาคม 2563 เกิดการระบาดระลอก 2 สายพันธุ์ที่ระบาดเป็นสายพันธุ์ G หรือ GH ในปลายเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 มีการระบาดระลอก 3 สายพันธุ์ที่แพร่ระบาดเป็นสายพันธุ์แอลฟา (อังกฤษ) ขณะที่การระบาดด้วยสายพันธุ์อังกฤษมีที่ท่าจะดีขึ้นคือเริ่มจะลดลง ก็เกิดการระบาดระลอก 4 ซ้อนขึ้นมา โดยสายพันธุ์ที่แพร่ระบาดเป็นสายพันธุ์เดลตา (อินเดีย) การระบาดครั้งนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในเดือนกรกฎาคมและสิงหาคม 2564 แล้วจึงค่อยๆ ลดจำนวนลงอย่างช้าๆ และเข้าสู่การระบาดระลอก 5 กระทรวงสาธารณสุขของไทยยืนยันการพบผู้ติดเชื้อโอไมครอนในไทยรายแรกเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2564 และอีกหนึ่งสัปดาห์ต่อมา พบรายงานผู้ติดเชื้อโอไมครอนเพิ่มเป็นหลักสิบ⁽²⁾ วิกฤติการแพร่ระบาดของโควิด-19

ตั้งแต่ระลอก 4 ที่ผ่านมา ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขมีการปรับตัวเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น มีการเตรียมหอผู้ป่วยรวม (cohort ward) และห้องแยกโรค (isolation room) เพิ่มมากขึ้นในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมด้านอาคารสถานที่โดยไม่จำเป็นต้องลงทุนเพิ่ม เพียงแต่ปรับเปลี่ยนระบบการทำงานและควบคุมระบบการไหลเวียนของอากาศ อีกทั้งมีการเพิ่มโรงพยาบาลสนาม (field hospital) เป็นโรงพยาบาลชั่วคราว เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽³⁾ ส่งผลให้บุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะที่ทำงานด้านหน้าต้องทำงานอย่างหนักตามความต้องการของผู้รับบริการที่มีการติดเชื้อและป่วยหนักจำนวนมาก ในขณะที่มีทรัพยากรในการให้บริการและอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้ออย่างจำกัด ประกอบกับภาวะเสี่ยงที่บุคลากรสุขภาพและครอบครัวอาจติดเชื้อได้มาก การทำงานในสภาวะเช่นนี้อายาวนานต่อเนื่อง แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พบผู้ติดเชื้อที่ตกค้างไม่สามารถเข้าสู่ระบบการรักษาได้นับหมื่นคน⁽⁴⁾ โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ในภาวะวิกฤติก่อให้เกิดจิตอาสาหลากหลายกลุ่มในการช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด-19 ระบบปฏิบัติการไทยแคร์ (Thai.care) เป็นกลุ่มหนึ่งที่ระดมเครือข่ายจิตอาสาทั่ว

ประเทศ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด-19 ที่ตกค้างจากระบบบริการให้ได้รับการดูแลในรูปแบบการดูแลทางไกลผ่านการโทรศัพท์และวิดีโอคอล ให้ผู้ป่วยโควิด-19 เข้ามาลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูล เพื่อให้จิตอาสาได้ประเมินและติดตามอาการ จนผู้ป่วยได้เตียง หรือรักษาตัวเองแบบแยกกักตัวที่บ้านได้ครบ 14 วัน⁽⁴⁾

การระบาระลอก 5 ในภาคใต้ พบผู้ป่วยตกค้างและต้องรักษาตัวอยู่ที่บ้านเป็นจำนวนมาก จากการวิเคราะห์ในระบบปฏิบัติการไทยแคร์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจากจังหวัดสตูล ตรัง สงขลา ปัตตานี และนราธิวาส ซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 12 แต่ด้วยความแตกต่างของสภาพพื้นที่ วัฒนธรรม ภาษาและวิถีชีวิต ทำให้การเข้าถึงการดูแลน้อยกว่าที่ควร ก่อให้เกิดแนวคิดในการนำระบบปฏิบัติการไทยแคร์ มาปรับตามบริบทของเขตสุขภาพที่ 12 ที่ใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 การดูแลผู้ป่วยครั้งนี้จึงเป็นการใช้ระบบจิตอาสาโดยการพัฒนาเครือข่าย ผ่านระบบการดูแลทางไกล เนื่องจากผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ที่บ้าน การประเมินภาวะสุขภาพจึงต้องผ่านวิดีโอคอล ติดตามอาการผ่านโทรศัพท์และไลน์ รวมทั้งการจัดส่งอุปกรณ์ทางการแพทย์และยาทางไปรษณีย์ ผ่านเครือข่ายชุมชนจากการดำเนินงานของจิตอาสาพบว่า การพัฒนาจิตอาสาเข้าสู่ระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน ช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางสุขภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยโควิด-19 เข้าถึงการดูแลได้อย่างรวดเร็วขึ้น รวมทั้งลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องดูแลตัวเองด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้าน

จากความสำเร็จของการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านของเขตสุขภาพที่ 12 ผ่านกระบวนการพัฒนากำลังคนในรูปแบบจิตอาสา ทีมวิจัยเห็นว่า ถ้าได้นำบทเรียนการดูแลทางไกลโดยจิตอาสาจากระบบปฏิบัติการไทยแคร์ในเขตสุขภาพที่ 12 ในช่วงการระบาดในช่วงที่ผ่านมา มาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยการแยกกักตัวที่บ้าน และดึงพลังของจิตอาสาของกำลังคนทั้งในทีมสหวิชาชีพ และจิตอาสาจากภาคประชาชนมาใช้ การดูแล

ผู้ป่วยจะมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์บทบาทและกระบวนการดำเนินงานของกำลังคนด้านสุขภาพ ภายใต้การดูแลทางไกลในระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 12
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานภายใต้การดูแลทางไกลในระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 12
3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในมิติกำลังคนด้านสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 12

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology research) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 30 คน และเป็นผู้ป่วยโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 12 ที่ได้รับการดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้านและได้รับการดูแลทางไกลโดยจิตอาสาในเครือข่ายระบบปฏิบัติการไทยแคร์ จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ทางโทรศัพท์ และการประชุมในรูปแบบออนไลน์ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานกับผู้ดูแลระบบฐานข้อมูลโดยการประชุมออนไลน์ เพื่อชี้แจงกระบวนการวิจัย ขออนุญาตและขอใช้ข้อมูลในระบบปฏิบัติการไทยแคร์
2. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มาจากเขตสุขภาพที่ 12 มีชื่อในระบบฐานข้อมูล และจิตอาสาที่ดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยโทรศัพท์ชี้แจงกระบวนการวิจัย และส่งเอกสารการยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามและส่งกลับมาที่ผู้วิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เป็นกลุ่มประชากรที่ตอบกลับการ

ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. ศึกษาบริบทพื้นที่ทั้ง 7 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 12 โดยเก็บข้อมูลแบบ secondary data พื้นฐานของพื้นที่ โดยการสอบถามผู้ป่วยโควิด-19 และจิตอาสาในชุมชน เพื่อแสดงให้เห็นถึง input ที่อาจจะแตกต่าง แล้วมาส่งผลถึง outcome ที่อาจจะแตกต่างในผู้ป่วยแต่ละรายได้

4. เก็บข้อมูลโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology research) ในการถอดบทเรียน สะท้อนคิด สัมภาษณ์ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยโควิด-19 และจิตอาสา เก็บรวบรวมข้อมูลการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้าน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างผ่านโทรศัพท์/ไลน์ การสนทนากลุ่มแบบออนไลน์ และการศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบไทยแคร์ เพื่ออธิบายผลการดูแลในภาพรวม

5. สังเคราะห์รูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในมิติกำลังคนด้านสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 12 โดยการสังเคราะห์ข้อมูลทั้งจากผู้ป่วยโควิด-19 และจิตอาสา เพื่อเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความหลากหลายและอิมิตัวของข้อมูล ใช้การตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูลด้านผู้วิจัย และด้านวิธีรวบรวมข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) โดยจัดระเบียบข้อมูล และจัดสาระสำคัญเป็นกลุ่มๆ ตามหัวข้อ ตามประเด็นคำถาม และเชื่อมโยงประเด็นต่างๆ เข้าด้วยกัน กำหนดรหัสของข้อมูล (coding) วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยที่นำไปสู่ประเด็นหลักที่ต้องการ และตีความสร้างข้อสรุป (conclusion interpreting) ภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่ ตามมุมมองของคนในชุมชน

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราช-

ชนนี นครศรีธรรมราช โครงการวิจัยที่ E-01/2565 รับรองวันที่ 26 เมษายน 2565

ผลการศึกษา

เขตสุขภาพที่ 12 ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ สงขลา พัทลุง ตรัง สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีการนำระบบการดูแลทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาตัวอยู่ที่บ้าน โดยนำรูปแบบการดูแลของระบบปฏิบัติการไทยแคร์ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในช่วงวิกฤติของกรุงเทพฯ และปริมณฑลมาใช้ โดยแบ่งจิตอาสาออกเป็น 4 ทีมตามบทบาทหน้าที่ ได้แก่

1. ทีมกลาง เป็นทีมจิตอาสาจากส่วนกลาง หรือ กทม. ทำหน้าที่ออกแบบและดูแลระบบฐานข้อมูล เพื่อจ่ายเคสและติดตามอาการโดยประสานกับทีมติดตามอาการผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง วิกฤติฉุกเฉิน รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

2. ทีมติดตามอาการผู้ป่วย เป็นจิตอาสาที่ผ่านการอบรมในการประเมินดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทำหน้าที่ในการรับเคสจากทีมกลาง และโทรเพื่อประเมินอาการ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ติดตามอาการ และลงบันทึกในระบบฐานข้อมูล ประสานแพทย์และเภสัชกรถ้าพบผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง

3. ทีมชุมชน เป็นจิตอาสาในชุมชนที่สามารถไปหาผู้ป่วยโควิด-19 ที่พักรักษาอยู่ที่บ้านได้ ทำหน้าที่ประสานระหว่างทีมติดตามอาการและผู้ป่วยโควิด-19 ในการนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา อาหาร ไปให้ผู้ป่วยในชุมชน

4. ทีมอาสาจัดการศพผู้เสียชีวิต เป็นจิตอาสาในชุมชนมีทั้งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล มูลนิธิ ผู้นำทางศาสนา ทำหน้าที่ในการจัดการศพที่เสียชีวิตด้วยโควิด-19 ตามหลักการทางศาสนาและหลักระบาดวิทยา

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามี 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่ศึกษาทั้งหมด 50 คน ชาย 22 คน หญิง 28 คน อายุต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 74 ปี อายุเฉลี่ย 28.25 ปี เป็นกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว 22 คน สีเหลือง 25 คน และสีแดง 3 คน โรค

ประจำตัวที่พบคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ ไทรอยด์ ไตวายเรื้อรัง และลมชัก และกลุ่มจิตอาสา จำนวน 30 คน ชาย 5 คน หญิง 25 คน อายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 58 ปี อายุเฉลี่ย 35 ปี เป็นแพทย์ 2 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาล 10 คน จิตอาสาสาธารณสุข 4 คน และประชาชนทั่วไป 12 คน ซึ่งทำงานร่วมกับทีมส่วนกลางและทีมชุมชน โดยจิตอาสามาจากสตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ สงขลา

1. รูปแบบในการดำเนินงาน มีดังนี้

1) สร้างกำลังคนในรูปแบบจิตอาสา ที่จะช่วยดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน เริ่มด้วยทีมกลาง เป็นทีมที่มีประสบการณ์ในการเป็นจิตอาสา ในปฏิบัติการไทยแอ่งช่วยดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบทางไกลในช่วงวิกฤติการระบาดในกรุงเทพฯ และปริมณฑล จนสถานการณ์คลี่คลายให้เห็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทางไกลที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในภาคใต้ที่มีการแพร่ระบาดจนทำให้โรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนามไม่สามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นได้ รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่อยากให้การกักตัวที่บ้าน ประกอบกับทีมกลางเห็นว่าสามารถนำระบบมาใช้ในภาคใต้ได้ จึงได้มีการเชิญชวนคนที่รู้จักมาเป็นจิตอาสา โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านเฟซบุ๊ก กลุ่มไลน์ จนได้จิตอาสาที่ติดตามอาการผู้ป่วยในภาคใต้ มีการจัดอบรมในรูปแบบออนไลน์เพื่อให้สามารถประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาตัวอยู่ที่บ้านได้ ทีมชุมชนได้มาจากการมีมาตรการกักตัวผู้ป่วยโควิด-19 โดยเฉพาะในช่วงการระบาดที่รุนแรง ในแต่ละชุมชนจะมีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ทางทีมติดตามอาการจึงได้ประสานเพื่อขอความร่วมมือเป็นทีมชุมชน ในการนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาไปให้ผู้ป่วยที่กักตัวอยู่ที่บ้าน ในส่วนของทีมอาสาจัดการศพผู้เสียชีวิตนั้น เกิดมาจากการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติ ทั้งนี้ในเขตสุขภาพที่ 12 นั้นประชากรส่วนใหญ่นับถือ

ศาสนาอิสลาม ซึ่งมีพิธีกรรมในการจัดศพตั้งแต่เสียชีวิตและฝังศพใน 24 ชั่วโมง ทั้งนี้ต้องปรับให้สอดคล้องกับการป้องกันการแพร่เชื้อ ก่อให้เกิดจิตอาสากลุ่มนี้มาเพื่อช่วยเยียวยาจิตใจและให้ญาติมั่นใจได้ว่าการจัดการศพผู้เสียชีวิตเป็นไปตามบัญญัติของศาสนาอิสลาม

“อยากทำงานอาสาช่วยเหลือคนในชุมชน และช่วยดูแลชุมชน อยากได้ระบบที่มีการดำเนินการบนพื้นฐานของความรู้ รู้จักประสานคนในชุมชน เป็นคนคิดบวก และมีความสามารถในการคลี่คลายสถานการณ์ที่มีปัญหาให้เป็นในแง่บวก สามารถสร้างความเข้าใจของคนในชุมชนได้”

(จิตอาสาหญิง อายุ 35 ปี)

“จิตอาสาดูแลคนไข้ตรงนี้คือบันทึกข้อมูลหรือว่ากรอกข้อมูลผู้ป่วยในระบบคะ ต่อมาเมื่อได้รับข้อมูลจากพี่หญิง ดิฉันจะโทรหาหรือติดต่อไปยังผู้ป่วยแต่ละเคสคะ เพื่อสอบถามอาการเป็นอย่างไรคะ ได้รับยาหรือยัง กักตัวกี่วันแล้วคะ ประมาณนี้คะ และติดตามอาการของผู้ป่วยจนกว่าจะหายปกติคะ ส่วนใหญ่จะคอยให้กำลังใจให้กับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ อย่างน้อย ๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกได้ว่าตัวเองถูกทอดทิ้งคะ และผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจตรงนี้คะ”

(จิตอาสาหญิง อายุ 25 ปี)

“เหตุการณ์น่าจะเริ่มจากมีเคสเสียชีวิตเคสแรกในจังหวัดสตูล ซึ่งเป็นมุสลิม ทางโรงพยาบาลจึงได้ปรึกษากับชมรมมุสลิมโรงพยาบาลสตูลในการจัดการมัยิต์ เคสแรกได้จิตอาสาเป็นอาจารย์..... ซึ่งเป็นที่ปรึกษาชมรมมุสลิมที่เข้าไปทำการตะยัมมัม (แทนการอาบน้ำด้วยน้ำ) ให้คนไข้ที่เสียชีวิต เพราะอาจารย์มีความรู้ พร้อมทั้งสอนเจ้าหน้าที่ไปด้วย ส่วนเจ้าหน้าที่ เช่น พยาบาล มีส่วนร่วมในการเข้าไปช่วย และสอนอาจารย์...ใส่ชุด PPE ส่วนญาติรอรับคนไข้เพื่อนำมายัดลงหลุม โดยเจ้าหน้าที่จะสอนญาติใส่ชุด PPE เช่นกัน”

(จิตอาสาหญิง อายุ 37 ปี)

2) ทำความเข้าใจในเป้าหมายร่วมกัน โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการทำงาน ผ่านการประชุม

ออนไลน์ทาง Zoom meeting จากทีมส่วนกลางในปฏิบัติการไทยแคร้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน มองภาพไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งวัตถุประสงค์หลักคือ การเป็นจิตอาสาที่ช่วยดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาตัวอยู่ที่บ้านผ่านโทรศัพท์มือถือ จนผู้ป่วยหาย หรือเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล

“ประทับใจมากในการที่เขาโทรมาเยี่ยม เพราะมันเหนือความคาดหมายของเรา เรานึกว่าเราจะโดนรักษาอยู่เฉพาะกลุ่ม แต่เราก็ได้รับการดูแลที่ประทับใจมากจากใครก็ไม่รู้ที่เขาเป็นจิตอาสาแล้วมาโทรหาเราด้วยน้ำเสียงห่วงใย อีกทั้งยังส่งพวกราชการอุปการณที่จะวัดไข้ วัดความดัน วัดออกซิเจนมาให้เราอีก”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 50 ปี)

“ระบบที่เขาโทรเยี่ยมก็เหมือนมาเติมเต็มการดูแลที่ทำให้เรารู้สึกว่าเราก็ได้รับการดูแลแล้วเขาก็จะรู้ว่าเราจะโทรเยี่ยมเราก็วัน พอหายปั๊บเขาก็โทรมาว่าเราออกจากบ้านได้แล้ว แนะนำให้เราปฏิบัติตัว ซึ่งดูแลตั้งแต่เราเริ่มเป็นจนเราหาย รู้สึกดีมาก ประทับใจมาก เพราะเขาพูดจาดี ให้กำลังใจ ให้ความรู้จนเรารู้สึกว่าเหมือนมีหมอส่วนตัวมาดูแลเรา”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 32 ปี)

3) จัดอบรมให้ความรู้ในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ได้แก่

3.1) ความรู้เรื่องโควิด-19 ทั้งการประเมินอาการ การแยกกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว สีเหลือง สีแดง การให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการใช้ยา สมุนไพร การดูแลเบื้องต้น คำแนะนำในการประเมินและสังเกตอาการตนเองของผู้ป่วย โดยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลในทีม รวมทั้งความรู้ในการสื่อสารกับผู้ป่วย เทคนิคการสื่อสาร กระบวนการสร้างความไว้วางใจ การเลือกใช้คำพูด และการใช้ใจสื่อให้เห็นถึงการดูแลด้วยความห่วงใย

3.2) การใช้เทคโนโลยีในการส่งต่อข้อมูล แพลตฟอร์มไทยแคร้ ทั้งในส่วนของการลงทะเบียน การส่งต่อผู้ป่วย และการเปลี่ยนสีตามอาการที่เป็นปัจจุบัน

3.3) การขอคำปรึกษาจากแพทย์ผ่านระบบ Line

Official ในกรณีที่ไม่มั่นใจ หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยน ซึ่งจะมีทีมแพทย์คอยรับคำปรึกษาและติดตามอาการ

3.4) การกรอกข้อมูลในระบบเพื่อเบิกยา โดยทีมส่วนกลางที่เบิกและจัดส่งยาให้กับผู้ป่วย ซึ่งยาที่ใช้มียา พาราเซตามอล และเดกซาเมทาโซน

“ด้วยความที่โควิดเป็นโรคใหม่ เรายังไม่มีความรู้ แต่ด้วยบทบาทของการเป็น อสม. เราก็มีหน้าที่ในการดูแลคนในชุมชน ทั้งนี้ ทาง รพ.สต.[โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล] หรือองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องก็ไม่ได้มาให้ความรู้อบรม แม้กระทั่งอุปกรณ์ เครื่องมือที่จะเซฟตัวเองจากการทำงานก็ไม่มี เราก็หาความรู้เอามาจากอินเทอร์เน็ตบ้าง จากเฟซบุ๊กบ้าง จากข่าวในทีวีบ้าง ว่าโควิดมันเป็นแบบนี้ ดูแลแบบนี้ ถ้าบ้านไหนเสี่ยงเราก็ไม่เข้าไป เพราะว่าเราไม่มีอุปกรณ์ป้องกันตัวใดๆ เลย จนเข้ามาเจอกับไทยแคร้ที่มีเพื่อนชวนเข้ามาทำ การที่ได้เข้ามาในไทยแคร้ทำให้ได้มีโอกาสเข้าประชุมกับทีม ซึ่งจะเป็นทีมคุณหมอ ทีมพยาบาล และทีมจิตอาสาที่มาช่วยกันให้ความรู้ทุกอาทิตย์ การที่ให้การให้ความรู้แบบนี้ทำให้เรารู้ว่าเราจะดูแลผู้ป่วยหรือคนที่เสี่ยงจะเป็นโควิดอย่างไร ทำให้เรามีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และเอาความรู้ที่ได้เนี่ยไปบอก อสม.คนอื่น บอกทีมแล้วก็ได้ดูแลคนเป็นโควิดได้อย่างถูกต้องและป้องกันตัวเองได้”

(จิตอาสาชาย อายุ 45 ปี)

4) ติดตามการดำเนินงานของจิตอาสา โดยการประชุมผ่าน Zoom meeting สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่ออัปเดตข้อมูลข่าวสาร ทั้งความรู้ ปัญหา อุปสรรคในการเยี่ยมผู้ป่วย รวมทั้งการปรับระบบแพลตฟอร์มให้สะดวกต่อการดำเนินงานของจิตอาสา และการสร้างกำลังใจของทีมจิตอาสา

“ตอนที่เราเป็นจิตอาสา โควิดเป็นโรคใหม่ จะว่าไปเราไม่รู้เรื่องโควิดเลย ก็พยายามศึกษาเองด้วยการอ่านจาก summary งานวิจัย หรือคุณหมอ หรือนักวิชาการ โพสต์ในเฟซ แล้วเราก็อ่านสะสมความรู้มา และพอมารวมเป็นจิตอาสาในไทยแคร้ก็จะมีกรอบเพิ่มเติมความรู้ให้

กับจิตอาสา โดยมีหัวหน้าทีมคือพี่... จะมีการประชุมกลุ่มจิตอาสาผ่านทาง Meet หรือ Zoom ทุกสัปดาห์ ทุกวันอาทิตย์ และจะเชิญหมอเข้ามาเพื่ออัปเดตข้อมูลความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย การมี interact กันของยา การใช้ยา และการแยกสีผู้ป่วยที่ชัดเจน เพื่อจะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที”

(จิตอาสาหญิง อายุ 43 ปี)

2. บทบาทของทีมจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19

ตามรูปแบบการดูแลทางไกล ด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 12 แบ่งเป็น 4 ทีมหลักได้แก่ ทีมกลาง ทีมจิตอาสา ทีมชุมชน และทีมอาสาจัดการศพผู้เสียชีวิตจากโควิด-19

1) ทีมกลางคือ ทีมปฏิบัติการไทยแคร์จากส่วนกลาง ที่ดูแลระบบจิตอาสา ระบบฐานข้อมูล และจัดการข้อมูลทั้งของจิตอาสาและของผู้ป่วยดังนี้

1.1) ระเบียบและข้อตกลงของจิตอาสา จิตอาสาลงทะเบียนใน Google form โดยมีรายละเอียดตามที่กำหนด หรือส่งเป็น Excel กรณีสมัครเป็นทีม และให้ระบุข้อความการรักษาความลับของผู้ป่วย และป้องกันการฟ้องร้องการทำงาน เนื่องจากไม่ใช่ลักษณะการจ้างงาน เขาได้รับสิทธิในฐานะจิตอาสาและมีสิทธิ์ลาออกได้ทุกเมื่อ

1.2) การระบุตัวตนของจิตอาสา จิตอาสาจะได้รับการกำหนดหมายเลขประจำตัวเป็น ตัวอักษร (ประเภทจิตอาสา) ตามด้วยหมายเลขทีม 2 หลัก และหมายเลขลำดับ 3 หลัก เช่น A (หัวหน้าทีม)-01 (ทีมที่เท่าไร)-001 (ลูกทีม)

1.3) ในแพลตฟอร์ม Thai.care จะมีช่องสำหรับใส่หมายเลขของอาสาดูแลผู้ป่วย (case worker) สำหรับผู้แจ้งขอความช่วยเหลือแต่ละคน แต่เป็นส่วนที่จะเห็นได้เฉพาะคณะทำงาน โดยหัวหน้าทีม (case manager) จะเป็นผู้กำหนด ทั้งนี้ในระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยมีการระบุชื่อ-นามสกุล จังหวัด เบอร์ติดต่อ เพื่อให้จิตอาสาสามารถโทรติดต่อผู้ป่วยได้

“ในบทบาทของการเป็นจิตอาสาได้ทำหน้าที่ประสานงาน โดย 1. เป็นผู้ประสานงานกับทีมอาสา

พยาบาล และทีมอาสาดูแล 2. เป็นผู้จ่ายเคสผู้ป่วยที่ลงทะเบียนโดยการประเมินเบื้องต้นว่าผู้ป่วยเคสนี้เป็นสีเขียว เหลือง แดง แล้วเราจะส่งต่อให้ทีมไหนดูแล เป็นเหมือนเป็น case manager”

(จิตอาสาหญิง อายุ 42 ปี)

2) ทีมจิตอาสา ในเขตสุขภาพที่ 12 จิตอาสาจากการระดมจิตอาสา 3 ส่วน จากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข จิตอาสาสาธารณสุข และบุคคลทั่วไปจำนวน 44 คน ซึ่งทำงานร่วมกับทีมกลาง และทีมชุมชน เมื่อมีผู้ป่วยโควิด-19 ลงทะเบียนผ่านเว็บไซต์ จิตอาสาที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบขอความช่วยเหลือ เป็นข้อมูลที่จำเป็นในการติดต่อกลับ จิตอาสาทำหน้าที่ในการรับผู้ป่วยประเมินอาการ ชัก ประวัติ อาการและอาการแสดง การรักษาเบื้องต้น ความต้องการในการช่วยเหลือ แนะนำการดูแลขณะกักตัว การดูแลตนเองเบื้องต้น การแยกจากบุคคลในครัวเรือน การใช้ห้องน้ำแยกเด็ดขาดจากสมาชิกในครัวเรือน ค้นหาความต้องการการช่วยเหลือ พร้อมให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ รวมถึงให้คำแนะนำในการใช้ยาให้เหมาะสมกับอาการ อาการแทรกซ้อน และอาการที่ต้องเฝ้าระวังแก่ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ติดตามอาการของผู้ป่วยจนกว่าจะหายปกติ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้รู้สึกตัวเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง และเสมือนเป็นเพื่อนช่วยเยี่ยมเพื่อลดความเหงาและวิตกกังวล ช่วยประสานงานขอความช่วยเหลือ และสิ่งที่ขาดแคลนระหว่างผู้ป่วยกับอาสาฝ่ายสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของระบบไทยแคร์ เพื่อส่งต่อความช่วยเหลือ สิ่งของที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย นำข้อมูลผู้ป่วยลงระบบบันทึกอาการประจำวัน เพื่อใช้สื่อสารการทำงานในทีม

“พอเข้าไปเป็นจิตอาสาเรามีบทบาทก็คือ เป็นพยาบาลที่ได้รับมอบหมายเป็นเคสๆ ได้รับ assign มาจากหัวหน้าทีมก็คือดา เราก็ดูเคสไป ชักประวัติ ขอข้อมูลคนไข้ว่าเขามีปัญหาอะไร พอเราได้ข้อมูลเราก็มารูปข้อมูลอีกครั้งว่าเป็นเคสอะไร เพื่อที่จะได้ตัดสินใจให้การดูแลได้ จะมีแบ่งเป็นแดง เหลือง เขียว ถ้าสีแดงก็จะต้องรีบส่ง

ปรึกษาคุณหมอ เพื่อจะให้ได้รับการดูแลที่ทันทั่วทั้งที่ โดยอาจจะมีการส่งยาให้ ส่งอุปกรณ์ให้ หรืออุปกรณ์อย่างอื่นที่สามารถช่วยได้ เช่น ถังออกซิเจน หน้าที่เราคือ ช่วยในการคัดกรอง ประเมินอาการ และประสานกับทีมหมอ ถ้ากรณีที่เป็นสิมากกว่าเหลือง โดยประสานทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์, ไลน์แอด โดยในทีมจะมีลีดเดอร์ ซึ่งเราอาจจะไม่สามารถปรึกษาได้ตลอดเวลา ขอความช่วยเหลือได้ตลอดเวลาในไลน์กลุ่ม และจะมีการตอบกลับมา คนไข้ได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม”

(จิตอาสาหญิง อายุ 43 ปี)

“เขาจะโทรมาสอบถามทุกวันว่าวันนี้อาการเป็นยังไง เขาจะให้พี่วัดความดัน วัดไข้ วัดออกซิเจนค่ะ สอบถามอาการทุกวันค่ะ ดินะคะ คือว่าเราไม่ได้ไปหาหมอ ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล แต่ว่าเขายังสนใจเรา เราสามารถบอกเขาได้หมดค่ะ เครียด กลัว กังวล ปรึกษาเขาได้”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 32 ปี)

“เขาเป็นจิตอาสา เขาจะโทรมาถามทุกวัน ถามในเรื่องของการกินยาสิไหม หรือว่ากินยาอะไรอยู่ด้วยหรือป่าว เพิ่งรู้ว่ากินพาวกับฟ้าทะลายโจรรวมกันไม่ได้ ดีที่เขาบอก ทำให้เรากินยาได้ถูก ไม่เป็นอันตรายกับตับ เรื่องการถูกประเมินอาการ พอเราไม่มีอุปกรณ์ เราก็บอกเขาไป สักวันสองวันก็จะมีอุปกรณ์มาให้เรา ให้เราได้ประเมินอาการตัวเอง”

(ผู้ป่วยโควิด-19 ชาย อายุ 35 ปี)

“ทีมที่โทรมาเยี่ยมเราไม่รู้จกกับเขามาก่อนเลยว่าเขาเป็นใคร แต่เขาบอกว่าจิตอาสาที่โทรมาถามอาการของทุกคนที่อยู่บ้าน เขาก็ถามว่าในบ้านมีใครบ้าง ตอนนั้นเราก้อยู่กัน 4 คน ก็มีทั้งผู้สูงอายุ 1 คน คือโตะ[ยาย] และมีพวกเราที่บ้านใกล้ๆ กันก็มาอยู่ด้วยกัน เพราะเราต้องแยกตัวจากที่บ้านด้วย โดยทีมที่โทรมานี้เขาจะโทรมาทุกวัน โทรมาสอบถามอาการ โทรมาย้ำเรื่องการกินยา ในการโทรมา 1 ครั้งก็จะเยี่ยมหมดทั้งบ้านเพราะเหมือนโตะ[ยาย] ใช้โทรศัพท์ไม่เป็น เราก็ตอบให้แล้ว เขาก็ให้โทรวิดีโอคอล เพื่อ

ดูหน้าของแต่ละคนว่าเป็นยังไง เหนื่อยมั้ย ค่าความดันเป็นยังไง ค่าออกซิเจนเป็นยังไง มีอยู่ครั้งแรกๆ เราไม่มีอุปกรณ์ เขาก็ส่งมาให้ก็มี อสม. นำมาให้อีกทีนึง”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 27 ปี)

“โทรมาเยี่ยมแบบนี้เรารู้สึกสบายใจว่าการมี รพ.สต. หรือ อสม. มาเยี่ยม เพราะเป็นเหมือนช่วยรักษาความลับให้เรา บ้านไหนเป็นโควิดก็มีคนรังเกียจ ยังมีเจ้าหน้าที่มาวนเวียนบ่อยๆ คนข้างบ้านก็ยิ่งกลัว แต่พอมีการโทรเยี่ยม เหมือนไม่มีใครมาระแวงเรา แต่เราได้รับการดูแลที่ดี”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 33 ปี)

“เราก็รู้สึกดีใจที่เขาโทรมาหา เพราะช่วงนั้นคนเป็นเยอะ การดูแลไม่ทั่วถึง ไม่ได้ไปโรงพยาบาล แต่พอมีคนโทรมาสอบถาม เราก็ตีใจว่าเราไม่ได้ถูกทอดทิ้ง มีคนมาดูแลเราเหมือนกัน”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 32 ปี)

“วิธีการโทรเยี่ยม วิดีโอคอล ก็ทำให้เราเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะสัมผัสโรค และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงขึ้น การใช้โทรศัพท์ในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ใหม่สำหรับผม ซึ่งมันมีข้อดีมากก็คือ เหมือนคนที่อยู่ในชุมชนเนี่ย ก็จะไม่รู้ว่าคนไหนติดโควิดบ้าง เพราะไม่มีเจ้าหน้าที่ไปบ้านเยี่ยมหน้าบ้านก็จะลดการบูลลี่ผู้ป่วยลง เขาก็สามารถใช้ชีวิตโดยที่ไม่โดนบูลลี่ โดนรังเกียจจากคนในชุมชนที่อยู่ใกล้เคียง ผมรู้สึกโอเคกับระบบการเยี่ยมทางโทรศัพท์มาก”

(จิตอาสาชาย อายุ 45 ปี)

3) ทีมชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน เครือข่ายการดูแลในชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในการกักตัวได้ครบตามจำนวนวันที่กำหนด โดยเฉพาะในส่วนของอาหาร ยารักษาโรคตามอาการ การจัดหาของใช้ที่จำเป็น จากการสอบถามในเขตสุขภาพที่ 12 พบว่า เจ้าภาพในการดูแลบริหารจัดการในชุมชนจะมีกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. และจิตอาสาอื่นๆ ตามบริบทของชุมชน

เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มพิทักษ์ชุมชน ทั้งนอกจากจะช่วยเรื่องอาหารและยาแล้ว ยังเป็นกลุ่มที่ประสานความเข้าใจระหว่างกันของคนในชุมชนได้ดี

“บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโควิดสำหรับตามรูปแบบทางไกล เมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในหมู่บ้านชุมชนก็จะแจ้งผ่านระบบไลน์ หลังจากนั้นก็สอนวิธีการโดยการให้ตรวจ ATK [antigen test kit] และส่งผลการตรวจ ATK ผ่านช่องทางไลน์ เริ่มจากแนะนำการดูแลเบื้องต้น การแยกจากบุคคลในครัวเรือน แนะนำการสวมแมสก์ ตลอดจนการแยกกินนอน การใช้ห้องน้ำแยกเด็ดขาดจากสมาชิกในครัวเรือน”

(จิตอาสาหญิง อายุ 28 ปี)

“เราเป็นอาสาในชุมชนที่สามารถประสานกับทีมจิตอาสา และหน่วยอื่นๆ ให้ช่วยคุย ทำความเข้าใจกับญาติ และคนในสังคม คือเน้นการให้กำลังใจและไม่โทษกันว่าเป็นความผิดของใคร”

(จิตอาสาชาย อายุ 52 ปี)

4) ทีมอาสาจัดการศพผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 12 มีประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งเมื่อมีศพของผู้เสียชีวิต เรียกว่า มัยยิต (หรือภาษาชาวบ้านเรียกง่าย ๆ ว่า “มายิต”) จะมีการจัดการศพภายใน 24 ชั่วโมง มีการอาบน้ำให้มัยยิต และร่วมละหมาดเพื่อขอดุอาอ์ (ขอพร) ให้กับมัยยิตก่อนนำไปฝังที่สุสาน (กุโบร์) ในหมู่บ้าน เมื่อมีผู้เสียชีวิตในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ทำให้ไม่สามารถดำเนินการกับมัยยิตได้เหมือนปกติ เจ้าหน้าที่สุขภาพที่เป็นมุสลิมในโรงพยาบาลจึงได้ประสานกับคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดในการหาแนวทางในการจัดการกับมัยยิตของผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 ที่นับถือศาสนาอิสลาม ที่อยู่บนพื้นฐานข้อจำกัดในสถานการณ์โรคระบาด โดยมีการควบคุมจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด

“เมื่อเรารู้ว่ามีผู้เสียชีวิตในบัญชี เราก็จะประสานกับญาติเพื่อที่จะให้ญาติได้เตรียมตัว หรือในบางครอบครัวญาติอาจต้องการละหมาดมายิตด้วย เราก็จะหา

ชุด PPE ให้เพื่อความสะอาดแก่ญาติ”

(จิตอาสาชาย อายุ 47 ปี)

“เมื่อเราทราบจากกลุ่มไลน์ ว่ามีผู้เสียชีวิต เราก็จะเตรียมตัวสืบบ้านคนเสียชีวิตในพื้นที่ของเรา โดยการประสานไปยังญาติว่าทางโรงพยาบาลจะมาส่งศพ และอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ญาติสงสัยเกี่ยวกับการจัดการศพ ในขั้นตอนนี้ ญาติก็จะมีคำถามและมีความกังวลในการจัดการ การที่เราเป็นคนในพื้นที่เหมือนกับญาติก็จะช่วยให้เขามีความอุ่นใจและสามารถตอบในส่วนที่เขากังวลได้”

(จิตอาสาหญิง อายุ 28 ปี)

“มีบางกรณีที่ญาติต้องการและสามารถทำได้ เช่น ในกลุ่มของชาวเลที่ไม่สามารถส่งผ่านทะเลได้ก็จะจัดการฝังศพในพื้นที่บนฝั่ง ซึ่งญาติก็ไม่สามารถเห็นในขั้นตอนของการจัดการศพ เราก็จะถ่ายคลิปหรือถ่ายรูปส่งไปให้ญาติเพื่อที่จะได้ทราบว่าเราได้ดำเนินการตามความต้องการของญาติแล้ว ซึ่งในกรณีนี้ผู้เสียชีวิตเป็นชาวเลที่เป็นในระดับผู้นำก็ส่งผลต่อความรู้สึกของญาติและคนในชุมชนก็พยายามประสานทำความเข้าใจเพื่อดูแลหัวใจของทุกฝ่าย”

(จิตอาสาหญิง อายุ 28 ปี)

“ในช่วงหลังเมื่อมีกลุ่มจิตอาสาทำแพมาช่วยทุกอย่างจะง่ายและสะดวกขึ้น เจ้าหน้าที่ที่ทำงานน้อยลงเพราะกลุ่มอาสาทำแพจะจัดการให้ทั้งหมดตั้งแต่ไปรับโลงมา เข้าไปตะขมมัมม ละหมาดให้มัยยิต พามัยยิต ลงหลุม โดยที่เขาวิธีจัดการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และสามารถใส่และถอดชุด PPE ได้อย่างถูกวิธี”

(จิตอาสาชาย อายุ 25 ปี)

3. ปัจจัยความสำเร็จ

1) ทักษะคิด ความคิด ความเชื่อที่มีต่อการทำงานจิตอาสา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานจิตอาสา มีความคิดอยากช่วยแบ่งเบาภาระของบุคลากรทางการแพทย์ที่โรงพยาบาล ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ในภาวะวิกฤตของประเทศ ผู้ป่วยมีจำนวนมาก เดียงที่โรงพยาบาลเต็ม ไม่สามารถขอเตียงเพื่อเข้ารับรักษาตัวที่

โรงพยาบาลได้ และมีความคิดว่าการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เป็นเรื่องใหม่ การทำงานจิตอาสาในการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านเป็นโอกาสที่ดีที่ช่วยพัฒนาความรู้ความสามารถ และสร้างประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอุบัติใหม่ด้วยเช่นกัน

“เรารู้สึกดี รู้สึกประทับใจที่ได้ช่วยเหลือ เราไม่ได้หวังอะไร”

(จิตอาสาหญิง อายุ 22 ปี)

“รู้สึกภูมิใจในตัวเอง อย่างน้อยก็ได้ช่วยคนไข้ที่ไม่รู้จะพึ่งพาใคร ได้แบ่งเบาภาระโรงพยาบาลสนามที่มีจำนวนคนไข้เยอะหรือไม่สามารถรับคนไข้เข้ามาเพิ่มได้”

(จิตอาสาหญิง อายุ 22 ปี)

“ในส่วนของการหากำลังคนที่จะมาเป็นทีมอาสาในช่วงที่วิกฤตหาไม่ยาก เพราะทุกคนมีใจอยากช่วย ไม่เชิงว่าง แต่พอเห็นวิกฤตปุ๊บ คนที่มีใจอยากช่วยก็จะรวมตัวกัน แต่พอเรื่องเบาลง จิตอาสาที่อยู่กันในช่วงแรกก็จะกลับไปทำงานหลักของเขา ก่อน จิตอาสาจึงมักจะเข้ามาในช่วงเวลาปกติ แต่จะมาในช่วงวิกฤต ซึ่งเป็นธรรมชาติของจิตอาสา ความเป็นจิตอาสาเราไม่มีตัวเงินหรือการเอื้อผลประโยชน์ใดๆ เราอยากหาการช่วยเหลือแต่มันก็ยังไม่มีการช่วยเหลือที่ชัดเจน นอกจากคำขอบคุณ การให้กำลังใจเหมือนเป็นการเสริมแรงมากกว่า เพราะสิ่งที่เราทำเป็นสิ่งที่ดีที่จะช่วยเหลือสังคมในการให้ความรู้ให้การดูแลเป็นการขายความสุขของจิตอาสาโดยที่ไม่ต้องการด้านตัวเงิน”

(จิตอาสาหญิง อายุ 42 ปี)

“ชวนเป็นคนที่มีความจิตอาสาอันดับแรก เพราะทำแบบไม่หวังอะไรตอบแทน ไม่จำเป็นต้องเป็นคนเก่ง แต่เรียนรู้ได้ มีความสนใจที่จะเป็นจิตอาสา”

(จิตอาสาหญิง อายุ 22 ปี)

“เหนื่อยไหม ถ้าทำอาสาไม่เหนื่อยนะ เพราะสโลแกนก็คือ ทำอาสาแล้วต้องสนุก โทรหาคนไข้ก็เสียตังค์ด้วยนะ แต่เรารู้สึกสนุกที่ได้ช่วยเขา รู้สึกมีความสุข การช่วยคนทำให้รู้สึกเป็นความสุข มันรู้สึกอึดอึ้งและอยากให้ทุก

คนมีความรู้สึกแบบนี้ มันมีความสุขอยู่ในเกณฑ์ของมัน แล้วในการพัฒนาที่อยากให้มันยั่งยืนหรือดีกว่าเดิม เราอยากพัฒนาตรงจุดนี้จริงๆ มันเป็นเหมือนการรวมศูนย์ความรู้ การรวมตัวของคนที่มีความตั้งใจดีเพื่อให้เกิดขึ้นมาสิ่งใหม่ๆ ที่จะพัฒนาต่อไป”

(จิตอาสาหญิง อายุ 47 ปี)

“ผู้ที่เป็นจิตอาสา ต้องมีความรู้ความเข้าใจ ชุมชน ใจเย็น รู้จักประสานคนในชุมชน เป็นคนคิดบวก และมีความสามารถในการคลี่คลายสถานการณ์ที่มีปัญหาให้เป็นในแง่บวก สามารถสร้างความเข้าใจแก่คนในชุมชนได้ ผมคิดว่าผมทำได้”

(จิตอาสาชาย อายุ 33 ปี)

2) ความรู้ความสามารถเฉพาะของวิชาชีพเฉพาะเป็นปัจจัยสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างมักชักชวนเพื่อนหรือคนรู้จักที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นมาร่วมทีมจิตอาสา เนื่องจากผู้ที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จะมีบทบาทสำคัญในดูแลผู้ป่วยโดยตรง และมีความรู้พร้อมสำหรับช่วยเตรียมอาสาคนอื่น ๆ ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์มาก่อนให้สามารถดูแลผู้ป่วยทางไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในขั้นตอนการซักประวัติ การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อยหรือกลุ่มสีเขียว

“จิตอาสาส่วนหนึ่งเราได้จากทีมเพื่อน ๆ พยาบาลและมีทีมคุณหมอก็จะชักชวนเพื่อนหมอดูด้วยกัน มีหมอดูตั้งแต่ต้นก็คือหมอชาย แล้วก็ชวนเพื่อน ๆ ที่เป็นหมอดูด้วยกัน ในช่วงนั้นใช้หมอประมาณ 10 คน และเราก็มีทีมพยาบาลที่ชักชวนกันมาในกลุ่มเพื่อน ใช้เวลาวันละหนึ่งวัน หนึ่งวันในการช่วยดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าระบบตอนหลังก็ลัดเปลี่ยนกันมาแนะนำทีมจิตอาสาให้ทุกคนรู้จักและเข้าใจโรคมากขึ้น”

(จิตอาสาหญิง อายุ 42 ปี)

3) กระบวนการในการพัฒนาความรู้ความสามารถให้แก่ทีมจิตอาสา การติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคใหม่ มีการศึกษาน้อย ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลรักษา

ผู้ป่วย ซึ่งเป้าหมายหลักของทีมาสา คือการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยระหว่างรอเตียงของโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด ทางทีมาสาได้มีกระบวนการในการพัฒนาความรู้ความสามารถให้แก่ทีมจิตอาสา โดยมีการทำความเข้าใจในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบกักตัวที่บ้าน ตั้งแต่การเข้าสู่ระบบการดูแลจนถึงการลงข้อมูลในระบบต่างๆ เพื่อให้ทีมจิตอาสาทุกคนมีความมั่นใจในการทำงาน และมีการประชุมพัฒนาความรู้ใหม่ๆ ภายในทีมทุกสัปดาห์ พร้อมทั้งการยกกรณีศึกษาที่น่าสนใจ เพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยนให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

“เราก็มีกระบวนการสร้างและทำความเข้าใจและพัฒนาจิตอาสาโดยที่ไม่ได้แจกเฉพาะ checklist แต่เราให้เขามีความเข้าใจจริงๆ ในการดูแลผู้ป่วย ให้เขามีสติในการดูแลตนเองก็เกิดประโยชน์แล้ว บางที่เราไม่ได้ทำการรักษาเหมือนที่โรงพยาบาล แต่ถึงสติให้เขากลับมา และให้ข้อมูลในการดูแลตนเองเบื้องต้น ทั้งทีมจิตอาสา ทีมพยาบาล ทีมหมอ เพื่อให้เขาสามารถดูแลตนเองได้ เขาก็สามารถดูแลตนเองได้ดี”

(จิตอาสาหญิง อายุ 42 ปี)

4) ด้านการดูแลผู้ป่วยที่รวดเร็วและสามารถเข้าถึงได้ง่าย ประสานงานได้ตลอดเวลาผ่านเครือข่ายในชุมชน และช่องทางต่างๆ ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่ประชาชนถนัด และออกแบบให้เข้าถึงได้ง่าย ในประเด็นนี้ ไทยแคร์ช่วยให้การดูแลและติดตามอาการผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ช่วยแก้ปัญหาความกังวลของผู้ป่วยขณะที่ยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาจากรัฐได้ การติดตามอาการผู้ป่วยโดยใช้ทีมาสา พยาบาล และแพทย์ที่มีความรู้ในการติดต่อผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ช่วยดูแลผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ในขณะเดียวกัน ด้วยความสามารถของอาสาบางกลุ่มก็สามารถประสานกับโรงพยาบาลของรัฐได้รวดเร็วขึ้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยสามารถดำเนินการได้ตามบริบทของแต่ละบุคคล

“ระบบการโทรทางไกลเนี่ยมันมีข้อดีมาก ไม่ว่าจะเป็นลดการเดินทาง ลดค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เราจะต้อง

ไปพบหมอ ลดระยะเวลาในการเดินทาง การเข้าถึงระบบสุขภาพทำให้เราเจอหมอได้ง่ายขึ้นและคุยปรึกษาได้แบบเห็นหน้าโดยที่เราอยู่คนละที่ ซึ่งระบบนี้ทำให้ช่วยลดการรอที่โรงพยาบาลได้ จุดเด่นอีกอย่างก็คือ ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง ไม่ต้องรอว่าเจ้าหน้าที่กำลังติดงานอยู่นะ หรือว่าผู้ป่วยกำลังติดอันนี้อยู่ เราไปหาหมอไม่ได้นะ เรามีภาระตรงนี้ อยู่นะ แต่พอเราใช้การโทรในการดูแลผู้ป่วยเนี่ย มันทำให้ง่ายในการเข้าถึงระบบสุขภาพ”

(จิตอาสาชาย อายุ 45 ปี)

5) ด้านการสร้างจิตอาสาให้มีส่วนร่วม โดยใช้การมีส่วนร่วมบูรณาการความรู้ตามความถนัดของแต่ละบุคคล

“ประสบการณ์ที่ผ่านมารู้สึกว่า ปัญหาในการดูแลประชาชนมักมาจากการสื่อสารของผู้นำที่อาจไม่มีความรู้และเป็นระบบสั่งการ ในขณะที่ครั้งนี้เป็นระบบของการสร้างการมีส่วนร่วมของคนทุกกลุ่ม ตามความถนัดของแต่ละคน เลยช่วยให้การทำงานง่ายขึ้น”

(จิตอาสาชาย อายุ 35 ปี)

4. ปัญหาและอุปสรรค

1) เข้าถึงระบบฐานข้อมูลได้ยาก การเข้าถึงระบบไทยแคร์ของผู้ป่วยบางรายยังไม่สามารถเข้าถึงระบบออนไลน์ได้อย่างทั่วถึง ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสายตา ผู้ป่วยขาดอุปกรณ์การสื่อสาร ผู้ป่วยไม่มี caregiver ดูแล และผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้อุปกรณ์สื่อสาร ส่วนอุปสรรคของจิตอาสาที่เช่นกัน บางท่านอยากช่วย แต่การเข้าถึงข้อมูลต้องใช้ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ หรือ social media ด้วย

“ตอนนี้ที่พี่ทำอยู่เราจะเป็นคนที่ลงทะเบียนให้กับผู้ป่วย ทีมจิตอาสาที่โทรเยี่ยมโดยที่เขายังไม่เคยลงทะเบียนด้วยตัวเองเลย เนื่องจากบางที่เขาอาจจะทำไม่เป็น internet ยังเข้าไม่ถึง อะไรประมาณนี้ อันนี้ก็เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงเหมือนกัน”

(จิตอาสาชาย อายุ 30 ปี)

2) ปัญหาการติดต่อสื่อสารและเครื่องมือสื่อสาร เนื่องจากเป็นการดูแลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ บางครั้งไม่

สามารถโทรติดตามได้ถามอาการได้ การเข้าถึงแอปพลิเคชันอาจมีข้อจำกัดในผู้สูงอายุต้องให้ผู้ดูแลช่วยเหลือและผู้ที่ไม่สามารถโทรหรือมีฐานะไม่ดี ไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ ทำให้มีข้อจำกัดในการสื่อสาร

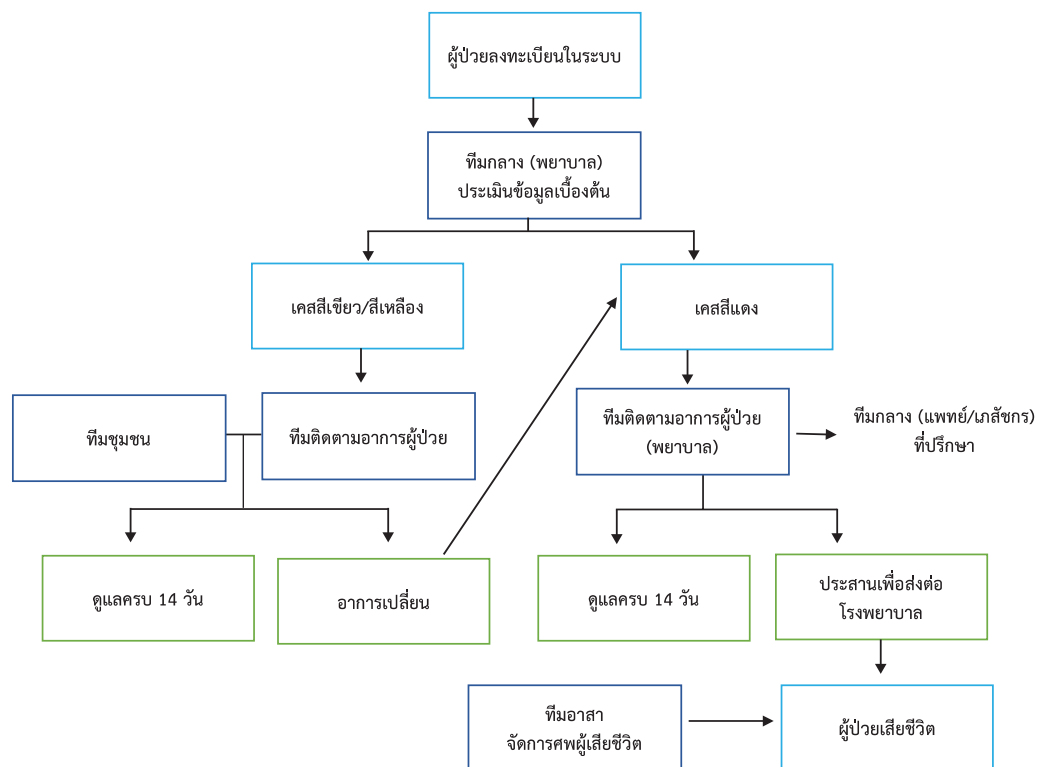
“อุปสรรคในการดูแลแบบทางไกลก็คือปัญหาในการใช้เครื่องมือสื่อสาร หรือว่าใช้เทคโนโลยีสื่อสาร เพราะถ้าเป็นวัยรุ่นเนี่ยไม่มีปัญหาเลย เขาโทรได้ เขาเล่น

เฟซ เล่นไลน์เข้าไปดูพอได้ แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุเนี่ย ถ้าเขาทำไม่เป็นเราก็ต้องมีวิธีการจัดการใหม่เพื่อให้เขาสามารถเข้าถึงระบบการดูแลของเรา”

(จิตอาสาชาย อายุ 45 ปี)

5. สังเคราะห์บทเรียน

การดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านในมุมมองกำลังคนด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 12 มีรูปแบบ ดังนี้



ภาพที่ 1 กระบวนการดำเนินงานของทีมจิตอาสา

1) ระบบบริการ : จากความหลากหลายในด้านความสามารถของจิตอาสา การกำหนดโครงสร้างและบทบาทตามขอบเขตความรับผิดชอบของสมาชิกในทีมหรือจิตอาสาจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินงานที่ทำให้เข้าใจหน้าที่ของตนเองในทีม จึงต้องกำหนดให้มีโครงสร้างและบทบาทการดำเนินงาน มีระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน เน้นคนเป็นศูนย์กลางในการให้บริการ ไม่ใช่โรคหรือตัวเงินเป็นหลัก ทั้งนี้ ต้องเข้ากับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมในพื้นที่ มีเครือข่ายในการจัดการและให้บริการ

ด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย รวมทั้งมีระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อเพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดี

ระบบบริการเริ่มจากการประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนรับทราบวัตถุประสงค์และบทบาทของทีมจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เมื่อพบเคสในชุมชนจากการตรวจ ATK หรือ PCR (polymerase chain reaction) แล้วพบว่าติดเชื้อโควิด-19 ต้องการที่จะรักษาด้วยวิธีแยกกักตัวที่บ้านหรืออยู่ระหว่างรอเตียงในโรงพยาบาล ผู้ป่วย ญาติ อสม.

ประจำบ้าน หรือจิตอาสาในชุมชนประสานมา ทีมจิตอาสา จะให้ผู้ป่วยลงทะเบียนในฐานข้อมูล จากนั้นจะมีการแยก สีและจ่ายเคสด้วยระบบจากส่วนกลาง เมื่อจิตอาสาได้รับ เคสให้ดูแล ก็จะเข้าระบบเพื่อศึกษาประวัติเบื้องต้น และ โทรสอบถามอาการ ให้คำแนะนำ และให้ยากรณีที่เป็น ระหว่างกักตัวเพื่อรักษา ผู้ป่วยโควิด-19 จะได้รับการดูแล จาก 3 กลุ่มหลัก คือ 1) เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. 2) อสม. 3) จิตอาสาในชุมชนที่เน้นการช่วยเหลือด้านอาหาร ที่พัก การจัดสรรคนดูแลในระหว่างการรักษา สำหรับผู้ป่วยที่ อาการหนักก็จะรายงานแพทย์ในทีมจิตอาสาก่อนที่จะส่ง ต่อไปโรงพยาบาล ถ้ามีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโควิด-19 จะมีทีม จิตอาสาในการจัดการศพของผู้เสียชีวิตให้ถูกต้องตามหลัก ศาสนา และหลักการปลอดภัย

“ตอนนั้นรู้สึกแย่มาก คิดว่าตัวเองจะตาย แล้ว กังวล เพราะเป็นผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ และมีไข้แบบ ทรมาณมาก ลังเลทุกอย่างกับญาติๆ เพราะเราดูข่าว แต่ มีอาสาสมัครจากไทยแคร์โทรหา บอกว่าพร้อมจะให้ความ ช่วยเหลือและหาที่พักตัวให้ ร่วมกับพี่สาวที่เป็นอาสาสมัคร ชุมชน เลยได้ที่พักตัวมาเป็นศูนย์ตาดีกาในชุมชน ตอนนั้น ชาวบ้านที่อยู่ใกล้รู้สึกกลัว อาสาสมัครในไทยแคร์ที่เป็นผู้ที่มี ความรู้ในชุมชนก็พูดคุยทำความเข้าใจกับชาวบ้าน เลยได้ที่ กักตัวมา ไทยแคร์ส่งคนมาดูแล ให้คำแนะนำ และพยาบาล ติดตามอาการ สอบถามข้อมูล”

(ผู้ป่วยโควิด-19 ชาย อายุ 47 ปี)

“เมื่อแจ้งข้อมูลต่างๆ แก่เครือข่ายแล้ว ได้ รับคำแนะนำและการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วทันใจ มีการ เทคโนโลยีอย่างดีเยี่ยม รวมถึงการจัดยาที่มีครบทุกอาการ อุปกรณ์การวัดค่าต่างๆ ครบถ้วน เหมือนมาดูแลด้วย ตนเอง”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง 32 ปี)

“บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด สำหรับตามรูปแบบทางไกล เมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในหมู่บ้าน ชุมชนก็จะแจ้งผ่านระบบไลน์ หลังจากนั้นก็สอนวิธีการโดย การให้ตรวจ ATK และส่งผลการตรวจ ATK ผ่านช่องทาง

ไลน์ เริ่มจากแนะนำการดูแลเบื้องต้น การแยกจากบุคคล ในครัวเรือน แนะนำการสวมแมสก์ ตลอดจนการแยกกิน นอน การใช้ห้องน้ำแยกเด็ดขาดจากสมาชิกในครัวเรือน”

(จิตอาสาหญิง อายุ 28 ปี)

2) กำลังคนด้านสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพไม่ จำเป็นต้องเป็นเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเสมอไป จากการ สอบถามผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยระบบทางไกล พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้สนใจว่าจิตอาสาเป็นหมอ เป็นพยาบาล หรือ เป็นคนทั่วไป เพราะไม่มีความแตกต่างของการดูแล ใส่ใจ และให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วย การสร้างและ พัฒนาจิตอาสาในด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ถือเป็นตัวใจหลักของการดำเนินงาน จากความหลากหลาย ของจิตอาสาในด้านการรับรู้ การเรียนรู้ ความรู้ และทักษะ ผู้นำจึงต้องจัดอบรมเพื่อพัฒนาจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะนั้นไปใช้ในการดำเนินงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่วางไว้ ความรู้เป็นเครื่องมือ สำคัญในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การพัฒนากำลัง คนให้มีความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ การพัฒนานี้ไม่ใช่ การอบรมครั้งเดียว แต่เป็นการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนและ สม่าเสมอจนมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างถูกต้อง เทคนิคการสื่อสารและอุปกรณ์ในการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยเชื่อมโยงให้การดูแลสัมฤทธิ์ผล รวมทั้งการดูแล ด้านจิตใจ โดยเฉพาะในโรคที่มีความกลัวหรือโดนรังเกียจ จากคนในสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีความท้อแท้และสิ้นหวังใน การรักษา รวมถึงการเตรียมรับมือในการจัดการความตาย การให้ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขามาถ่ายทอดความรู้หรือ ทักษะปฏิบัติแก่จิตอาสา จะสร้างความเข้าใจ ความมั่นใจ ของจิตอาสา เช่น การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลผู้ป่วย การติดตามอาการผู้ป่วยควรเป็นแพทย์หรือพยาบาล การใช้ ยาที่เหมาะสมควรเป็นเภสัชกร และเปิดโอกาสให้จิตอาสา ทดลองปฏิบัติ ในช่วงแรกของการปฏิบัติงานอาจมีพี่เลี้ยงที่ คอยให้คำปรึกษา โดยอาจจะเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือ มีการถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อแบ่งปันประสบการณ์ ในการดำเนินงาน ระบบพี่เลี้ยงหรือการมีที่ปรึกษาเป็นสิ่งที่

สำคัญในการสร้างความมั่นใจแก่ทีมจิตอาสา เปรียบเสมือนที่พึ่งพิงเมื่อเจอปัญหาหรือคำถามที่ไม่สามารถตอบได้

“ในช่วงเวลาที่มีวิกฤตทางด้านสุขภาพ จิตอาสาจากทุกภาคส่วน จากประชาชนที่ไม่ใช่พยาบาล หรือเป็นพยาบาลที่ปลดระวางแล้ว หรือไม่ได้อยู่ในวิชาชีพแล้ว หรือเป็นประชาชนทั่วไปเขาก็สามารถมาช่วยแก้ปัญหาวิกฤตสุขภาพในช่วงการแพร่ระบาดได้ เพราะทุกคนเนี่ยก็มีความเป็นจิตอาสาที่อยากจะช่วยเหลือบุคคลอื่น แต่ทั้งนี้จะต้องผ่านระบบการให้ความรู้หรือการเทรนอย่างเป็นระบบก่อน เพื่อให้เขามีความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้อื่นเบื้องต้นได้”

(จิตอาสาหญิง อายุ 43 ปี)

“พอเราเป็นโควิดเหมือนเราคิดไม่ออกว่าจะทำอะไร จะทำยังไง มันมันไปหมด พอมีจิตอาสาโทรมา เค้าจะถามความเป็นอยู่ ความรู้สึก และให้คำแนะนำต่างๆ ซึ่งมันดีมาก เค้าบอกว่าเค้าเป็นจิตอาสาจากอีกจังหวัดหนึ่งเลย แต่เขามาช่วยดูแลเรา โทรมาทุกวัน ทำให้รู้สึกอบอุ่นเหมือนมีที่ปรึกษา ไม่เคັงคว้ง”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 53 ปี)

“ผมไม่รู้ว่าเป็นใคร เป็นหมอมั้ย เป็นพยาบาลมั้ย ผมรู้ว่าเขาเป็นจิตอาสา เขาบอกผมได้ว่าต้องดูแลตัวเองยังไง เป็นกำลังใจในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผมขอบคุณเขามากๆ เขาทำให้ผมรู้สึกว่ามีคนเป็นห่วงและดูแลผมทั้งที่ไม่รู้จักกันมาก่อน”

(ผู้ป่วยโควิด-19 ชาย อายุ 48 ปี)

3) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบแยกกันตัวที่บ้านมี 3 ส่วน คือ 1) งบประมาณที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโดยตรง โดยงบประมาณจาก สปสช. ตามสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ยาและอุปกรณ์ที่จำเป็น ค่าอาหาร ค่าตรวจ ค่าเอกซเรย์ ซึ่งให้เฉพาะผู้ป่วยและอาจล่าช้าถ้าตรงกับวันหยุดราชการ 2) งบประมาณที่อำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่ถูกกักตัว ส่วนนี้ได้มาจากกองทุนต่างๆ ในชุมชน ที่กำหนดสิทธิ์จากชุมชนหรือการปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การให้ถุง

ยังชีพ และ 3) เงินบริจาคต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนการดูแลการรักษา ทั้งยาและอุปกรณ์ต่างๆ ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือจิตอาสาในชุมชนที่จำเป็นต้องใช้ แต่อาจไม่อยู่ในหมวดการจ่ายของภาครัฐ งบประมาณทั้ง 3 ส่วนนี้ทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมในการให้บริการประชาชน

“ระบบการโทรทางไกลเนี่ยมันมีข้อดีมาก ไม่ว่าจะเป็นลดการเดินทาง ลดค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เราจะต้องไปพบหมอ ลดระยะเวลาในการเดินทาง การเข้าถึงระบบสุขภาพทำให้เราเจอหมอได้ง่ายขึ้นและคุยปรึกษาได้แบบเห็นหน้าโดยที่เราอยู่คนละที่ ซึ่งระบบนี้ทำให้ช่วยลดการรอที่โรงพยาบาลได้ จุดเด่นอีกอย่างก็คือ ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง ไม่ต้องรอว่าเจ้าหน้าที่กำลังติดงานอยู่นะ หรือว่าผู้ป่วยกำลังติดอันนี้อยู่นะ เราไปหาหมอไม่ได้นะ เรามีภาระตรงนี้อยู่นะ แต่พอเราใช้การโทรในการดูแลผู้ป่วยเนี่ย มันทำให้ง่ายในการเข้าถึงระบบสุขภาพ”

(จิตอาสาชาย อายุ 45 ปี)

“สำหรับเรื่องอาหารการกินหรือเรื่องข้าวจะมีผู้ใหญ่บ้านมาส่งให้ทุกมื้อเลย เขาจะมาดูแลทุกวัน เจ้าหน้าที่เหมือนเป็นจิตอาสาจากไทยแคร์นะถ้าจำไม่ผิด เป็นผู้หญิงโทรมาถาม พอถามว่าเขาเป็นพยาบาลไหมหรือเป็นใคร เขาบอกว่าเขาเป็นจิตอาสา เขาจะโทรมาถามทุกวันในเรื่องของการกินยาสิมไหม หรือว่าเรื่องการถูกประเมินอาการ พอเราไม่มีอุปกรณ์เราก็บอกเขา ประมาณสัปดาห์สองวันก็จะมีอุปกรณ์มาให้เรา ให้เราได้ประเมินอาการตัวเอง โดยมี อสม.เอามาให้ ตอนป่วยมีการดูแลเราอยู่ 3 ส่วนด้วยกัน ส่วนที่ 1 ก็คือ ผู้ใหญ่และทีมในชุมชนที่เขาจะมาส่งอาหารให้ทุกมื้อเลย อยากกินอะไรก็บอก เขาจะมีศูนย์ในการดูแลอาหารให้กับผู้ป่วยโควิดและผู้กักตัวที่บ้านเพื่อไม่ให้ออกไปไหน ส่วนที่ 2 คือจาก อสม.ที่ รพ.สต.ทีม อสม.เนี่ยเขาจะเดินมาเยี่ยมบางทีก็มาถามว่าเป็นยังไงบ้าง เป็นไข้ไหม มาสอบถามอาการ แต่ก็ถามอยู่ห่างๆ เพราะเขากลัวติด และส่วนที่ 3 คือทีมอาสาที่โทรมาเยี่ยม รู้สึกเหมือนได้รับการดูแลที่ใกล้ชิด ดีกว่าไปโรงพยาบาลนะ ไม่ต้องเดินทาง ไม่ต้องรอคิว เหมือนมีหมอประจำตัวเลย”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 29 ปี)

4) สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยระบบแยกตัวที่บ้านเป็นการดูแลที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ใกล้กัน ซึ่งเป็นไปตามการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค การใช้สื่อ องค์ความรู้ และเทคโนโลยีที่ช่วยสนับสนุนการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกตัวเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การดูแลด้วยระบบแยกตัวที่บ้านมีประสิทธิภาพ โดยใช้เทคโนโลยีโทรศัพท์มาช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น การสร้างกลุ่มไลน์เพื่อการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมจิตอาสา การใช้วิดีโอคอลในการประเมินผู้ป่วยแบบทางไกล การใช้ Google form ในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยรายวัน จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่มีผลต่อความรวดเร็วของการสื่อสาร พบว่า มีผลกระทบทั้งในด้านที่ดีและไม่ดี เช่น ความรวดเร็ว ความน่าเชื่อถือ อาจก่อให้เกิดข้อผิดพลาดได้ง่าย และพบช่องว่างในด้านทักษะการใช้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ ระบบอินเทอร์เน็ตที่ไม่ครอบคลุม อุปกรณ์ไม่รองรับระบบการทำงาน จำเป็นต้องใช้จิตอาสาในชุมชน และระบบการจัดการในชุมชนที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงองค์ความรู้ที่จำเป็น

“ระบบที่เขาโทรเยี่ยมก็เหมือนมาเติมเต็มการดูแลที่ทำให้เรารู้สึกว่าเราก็ได้รับการดูแลแล้วเขาก็จะรู้ว่าเขาจะโทรเยี่ยมเรากี่วัน พอหายป่วยเขาก็โทรมาว่าเราออกจากบ้านได้แล้ว แนะนำให้เราปฏิบัติตัว ซึ่งดูแลตั้งแต่เราเริ่มเป็นจนเราหาย รู้สึกดีมาก ประทับใจมาก เพราะเขาพูดจาดี ให้กำลังใจ ให้ความรู้จนเรารู้สึกว่าเหมือนมีหมอส่วนตัวมาดูแลเรา”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 32 ปี)

“โทรมาเยี่ยมแบบนี้เรารู้สึกสบายใจกว่าการมี รพ.สต. หรือ อสม. มาเยี่ยม เพราะเป็นเหมือนช่วยรักษาความลับให้เรา บ้านไหนเป็นโควิดก็มีคนรังเกียจ ยังมีเจ้าหน้าที่มาวนเวียนบ่อยๆ คนข้างบ้านก็ยิ่งกลัว แต่พอมีการโทรเยี่ยม เหมือนไม่มีใครมาแวงเรา แต่เราได้รับการดูแลที่ดี”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 33 ปี)

5) ระบบข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญในครั้งนี้ ได้แก่ ฐานข้อมูลจาก Thai.care ที่ครอบคลุมการดำเนินการทั้งในส่วนของการลงทะเบียนผู้ป่วย การลงทะเบียนของจิตอาสา การประมวลผลความรุนแรงของผู้ป่วยเบื้องต้นให้สามารถนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจ อาการ และการให้การดูแลตั้งแต่เริ่มจนเสร็จสิ้นกระบวนการ และผลลัพธ์ของการดูแล เพื่ออำนวยความสะดวกด้านข้อมูลให้จิตอาสาในการดูแลด้วยระบบทางไกล

“ระบบฐานข้อมูลโดยตรงที่จิตอาสาสามารถติดตามอาการและการเปลี่ยนแปลงได้อย่างต่อเนื่อง มีระบบบันทึกที่เราสามารถประเมินว่าอาการเค้าดีขึ้นหรือแย่ลง”

(จิตอาสาหญิง อายุ 25 ปี)

“เวลาที่เราประเมินแล้วตัดสินใจไม่ได้ว่าเราต้องดูแลอย่างไรจะมีทีมหมอที่เราสามารถขอคำปรึกษาได้ผ่านไลน์ เราก็พิมพ์เล่าอาการให้หมอฟัง หมอจะบอกว่าประเมินอะไรเพิ่ม หรืออาการแบบนี้ต้องได้ยาอะไร ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่ายและรวดเร็วมาก”

(จิตอาสาชาย อายุ 30 ปี)

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล มีผู้นำ/ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ผู้นำมีความสำคัญในการบูรณาการทุกภาคส่วนให้เกิดการเชื่อมประสานกันในการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกตัวที่บ้านที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ในกระบวนการทำงานจิตอาสาล้วนมีความหลากหลาย การมีผู้นำหรือผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนจะสามารถสร้างแนวคิดร่วมในการทำงานไม่ให้ไขว้เขว หันเหไปจากวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษามีความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าให้สมาชิกหรือจิตอาสาในทีมรู้สึกมั่นใจในการดำเนินงาน ประสานเครือข่ายสร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่นในชุมชน เครือข่ายในการดำเนินงานเป็นหัวใจของการสร้างความเท่าเทียมและทั่วถึงในการดูแล การประสานการทำงานร่วมกับเครือข่ายเดิมในชุมชนจะทำให้การดำเนินงานราบรื่น เข้มแข็ง และยั่งยืน

“การดูแลด้วยระบบปฏิบัติการไทยแคร์มีความ

เหมือนการดูแลแบบ CI [community isolation] และ HI [home isolation] ของระบบอื่นๆ ในด้านการดูแลแบบทางไกล และมีความต่างจากระบบอื่นในด้านการรับจิตอาสา ซึ่งไม่จำเป็นว่าต้องเป็นแพทย์ พยาบาล แต่เป็นการรับสมัครผู้มีจิตอาสาที่พร้อมจะพัฒนาตนเองด้านความรู้ และทักษะในการดูแลผู้อื่น ซึ่งถือว่าเป็นจุดเด่นของระบบ และเป็นการเป็นจิตอาสาโดยแท้จริงซึ่งไม่มีค่าตอบแทนเป็นจุดแข็งในการคัดเลือกจิตอาสาที่เข้ามาในระบบ สำหรับจุดอ่อนของระบบอยู่ที่การประชาสัมพันธ์”

(จิตอาสาชาย อายุ 37 ปี)

วิจารณ์และข้อยุติ

1. บทบาทและกระบวนการดำเนินงานของกำลังคนด้านสุขภาพ ภายใต้การดูแลทางไกลในระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 12

1.1 ด้านบทบาท กระบวนการดำเนินงาน และกำลังคน

1.1.1 ด้านการสร้างและพัฒนากำลังคนทางด้านสุขภาพ ที่ไม่ใช่บุคลากรทางด้านสุขภาพ เป็นการสร้างกำลังคนในรูปแบบจิตอาสาที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน โดยทำความเข้าใจในเป้าหมายร่วมกัน มีการชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการทำงาน ให้แก่จิตอาสาทุกคนให้เข้าใจตรงกัน จัดอบรมให้ความรู้ในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนในทางเดียวกัน และติดตามการดำเนินงานของจิตอาสาเป็นที่ปรึกษาและคอยสนับสนุนการดำเนินงาน ซึ่งองค์ประกอบของทีมในการดำเนินงานนั้นมี 4 ทีม คือ 1) ทีมกลาง ทำหน้าที่ออกแบบระบบฐานข้อมูล เพื่อจ่ายเคสและติดตามอาการโดยประสานกับทีมติดตามอาการผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง วิกฤติ ผูกเชือก และคอยช่วยเหลือและให้คำปรึกษาสนับสนุนทั้งในด้านความรู้ อุปกรณ์ที่จำเป็น และคำแนะนำต่างๆ 2) ทีมติดตามอาการผู้ป่วย เป็นจิตอาสาที่ผ่านการอบรมให้ความรู้ เพิ่มทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทำ

หน้าที่ในการโทรเยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วย ให้คำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วย รวมทั้งให้กำลังใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจต้องประสานกับทีมกลางในกรณีที่เกินความสามารถในการดูแล หรือเกิดข้อสงสัยในการดูแล และอาจจะต้องประสานกับทีมชุมชนถ้าเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ในชุมชน เช่น เรื่องอาหาร เรื่องครอบครัว เมื่อได้รับเคสจากทีมกลางทำหน้าที่ในการโทรประเมินอาการ ให้คำแนะนำให้กำลังใจ ติดตามอาการ และลงบันทึกในระบบฐานข้อมูล ประสานแพทย์และเภสัชกรถ้าพบผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง 3) ทีมชุมชน เป็นจิตอาสาในชุมชนที่ส่วนใหญ่มาจากการจัดสรรและบริหารโดยการปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. มีหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกในการจัดการชีวิตประจำวันในช่วงแยกกักตัวที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการจัดการอาจจะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน และเครือข่ายทางสังคมของชุมชน ทำหน้าที่ประสานระหว่างทีมติดตามอาการและผู้ป่วยโควิด-19 เช่น การนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา อาหาร ไปให้ผู้ป่วยในชุมชน และ 4) ทีมอาสาจัดการศพผู้เสียชีวิต เป็นทีมจิตอาสาเฉพาะกิจจัดการศพผู้เสียชีวิตด้วยโควิด-19 ตามแนวทางของศาสนาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

สอดคล้องกับการรวมพลังภาคี สข. (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) สสส. (สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ) พอช. (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน) สปสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ) Thai PBS. (2022)⁽⁵⁾ ตั้งวงถอดบทเรียน “ดอก ผล พลเมืองตื่นรู้สู้ภัยโควิด-19” ได้ว่าในช่วงวิกฤติมีคน ชุมชน และองค์กรที่มีศักยภาพได้มาทำงานจิตอาสาในหลายระดับ ทั้งระดับประชาชน บุคลากรทางการแพทย์ และภาคประชาสังคม โดยมีหลายภาคส่วนได้ลงพื้นที่ในลักษณะพี่เลี้ยง บูรณาการทรัพยากร องค์ความรู้ และเครือข่ายที่มีอยู่หนุนเสริมการทำงานของชุมชน เพื่อให้แกนนำหรือผู้นำชุมชนสามารถให้ความช่วยเหลือคนในชุมชนได้ ซึ่งความเข้มแข็งของประชาชนเป็นส่วนสำคัญในการพลิกวิกฤติในครั้งนี้ จากการถอดเรียนจะเห็นว่า ผู้มี

บทบาทสำคัญให้สถานการณ์ โควิด-19 คือกลุ่มจิตอาสาอาสาสมัคร ซึ่งสอดคล้องกับ Phrakhrusiriphurinithat et al.⁽⁶⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่อง สังคมไทยป่วยด้วยโควิดแก้ไขด้วยสามจิตกับหนึ่งทัศน์ พบว่า การแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโควิด-19 ควรแก้ไขที่ต้นเหตุ คือ จิต เริ่มที่จิตสำนึก จิตสาธารณะ และจิตอาสา ในขณะที่ Pimontipa Malahom et al.⁽⁷⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับพลังชุมชนกับการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ชายแดนไทย - ลาว พบว่า พลังชุมชนกับการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 เกิดจากความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันร่วมด้วยภายใต้กฎเกณฑ์หรือระเบียบสุขภาพระหว่างประเทศเป็นแกนนำขับเคลื่อนร่วมกับประชาชน สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว หลากหลายช่องทาง เช่น ทางโทรศัพท์มือถือ มีการประชาสัมพันธ์ในชุมชนอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ การทำงานค้นเชิงรุกที่จุดผ่อนปรนและชุมชนที่เป็นรอยต่อกับตำบลอื่นที่เป็นพื้นที่ตามแนวชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน โดยอาศัยพลังอำนาจชุมชนในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงประชาชนแรงงานในพื้นที่ที่เดินทางมาจากต่างประเทศจังหวัดในเขตปริมณฑลและจังหวัดเสี่ยงสูงตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้การมีส่วนร่วมในชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 มีการจัดตั้งไลน์กลุ่มระหว่างกลุ่มในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อติดต่อสื่อสารระหว่างคนในชุมชนและกลุ่มเป้าหมายที่ดูแล มีการป้องกันการสร้างความแตกตื่นให้กับประชาชนในวงกว้าง นับเป็นปัจจัยความสำเร็จสู่ความยั่งยืนและก่อให้เกิดความเข้มแข็งในชุมชน และยังมีข้อค้นพบที่น่าสนใจจาก Thintewan Puttala⁽⁸⁾ และ Waranya Jitbantad et al.⁽⁹⁾ ที่พบว่า รูปแบบการดูแลครอบครัวและชุมชนเสี่ยงสูงในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าเป็นกระบวนการที่เหมาะสมในสถานการณ์ที่เร่งด่วน ซึ่งช่วยให้สถานการณ์ตึงเครียดในชุมชนได้ผ่านพ้นไป นับเป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนในหมู่บ้านเรียนรู้ในการแก้ปัญหาตามศักยภาพ

ของชุมชน

1.1.2 ด้านเทคโนโลยี การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยใช้รูปแบบการดูแลทางไกล อาศัยโทรศัพท์ในการประเมินและติดตามอาการ ผ่านการลงทะเบียนและรายงานความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วยในแพลตฟอร์มตรงกับการศึกษาของ Elham Monaghesh และ Alireza Hajizadeh⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาบทบาทของการดูแลทางไกล ในช่วงการระบาดของโควิด-19 โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามหลักฐานปัจจุบัน เพื่อระบุบทบาทของบริการสุขภาพทางไกลในการป้องกัน วินิจฉัย รักษา และควบคุมโรคในช่วงการระบาดของโควิด-19 พบว่า การดูแลทางไกล มีความเหมาะสมในการลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายของโควิด-19 ในการดูแลผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ตรงกับการศึกษาของ Tarneem Darwish⁽¹¹⁾ ที่ได้ศึกษาการบูรณาการเทคโนโลยีด้านสุขภาพขั้นสูงเข้ากับระบบการดูแลสุขภาพเพื่อต่อสู้กับโรคระบาดทั่วโลก: ความท้าทายในปัจจุบันและโอกาสในอนาคต ซึ่งพบว่า รูปแบบการดูแลทางไกลสามารถเป็นเครื่องมือใหม่ในการปรับปรุงระบบการรักษาพยาบาล และช่วยให้สามารถให้บริการด้านการรักษาพยาบาลได้มากขึ้นในช่วงวิกฤตทั่วโลก เช่น การระบาดของโควิด-19 เป็นเครื่องมือหลักในการรับมือกับโรคระบาดที่ช่วยลดภาระให้กับแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงระบบการรักษาพยาบาล

2. ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานภายใต้การดูแลทางไกลในระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 12

2.1 ปัจจัยความสำเร็จ

2.1.1 ทักษะ ทักษะ ความคิด ความเชื่อที่มีต่อการทำงานจิตอาสา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานจิตอาสา มีความคิดอยากช่วยแบ่งเบาภาระของบุคลากรทางการแพทย์ที่โรงพยาบาล และใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ในภาวะวิกฤตของประเทศ

2.1.2 ความรู้ความสามารถเฉพาะของวิชาชีพเฉพาะ เป็นปัจจัยสำคัญเนื่องจากผู้ที่มีความรู้ในการดูแล

ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีบทบาทสำคัญในดูแลผู้ป่วยโดยตรง และมีความรู้พร้อมสำหรับช่วยเตรียมอาสาสมัครอื่นๆ ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์มาก่อนให้สามารถดูแลผู้ป่วยทางไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.3 กระบวนการในการพัฒนาความรู้ความสามารถให้แก่ทีมจิตอาสา โดยมีการทำความเข้าใจในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบกักตัวที่บ้าน เพื่อให้ทีมจิตอาสาทุกคนมีความมั่นใจในการทำงาน

2.2 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

2.2.1 เข้าถึงระบบฐานข้อมูลได้ยาก การเข้าถึงระบบไทยแคร์ของผู้ป่วยบางรายยังไม่สามารถเข้าถึงระบบออนไลน์ได้อย่างทั่วถึง ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสายตา ผู้ป่วยขาดอุปกรณ์การสื่อสาร ผู้ป่วยไม่มี caregiver ดูแล และผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้อุปกรณ์สื่อสาร ส่วนอุปสรรคของจิตอาสาเหมือนกัน บางท่านอยากช่วย แต่การเข้าถึงข้อมูลต้องใช้ความสามารถในการใช้อุปกรณ์สื่อสาร

2.2.2 ปัญหาการติดต่อสื่อสารและเครื่องมือสื่อสาร เนื่องจากเป็นการดูแลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ บางครั้งไม่สามารถโทรติดตามได้ถามอาการได้ การเข้าถึงแอปพลิเคชันอาจมีข้อจำกัดในผู้สูงอายุต้องให้ผู้ดูแลช่วยเหลือ และผู้ที่ไม่สามารถโทรหรือมีฐานะไม่ดี ไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ ทำให้มีข้อจำกัดในการสื่อสาร

3. รูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในมิติกำลังคนด้านสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 12

3.1 พัฒนาจิตอาสาด้านความรู้ การให้คำปรึกษา เจตคติ การสื่อสาร และการใช้ระบบฐานข้อมูล

3.2 การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกได้รับเข้าระบบภายหลังผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยด้วยการทำ PCR-test หรือ rapid antigen test ให้ผลบวกแล้วลงทะเบียนเข้าสู่ระบบการแยกกักตัวที่บ้าน พยาบาลทีมกลางต้องประเมินและระบุว่าเป็นผู้ป่วยเคสสีเขียว สีเหลือง หรือสีแดง ตามความรุนแรงตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และส่งข้อมูลเคสให้กับทีมติดตามอาการ

3.3 ทีมติดตามอาการ โทรเยี่ยม และวิดีโอคอลเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการวัดอุณหภูมิร่างกาย นับอัตราการหายใจ จับชีพจร วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) ทั้งขณะพักและออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านทุกวัน หากค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 94% หรือหอบเหนื่อยหายใจลำบาก ทีมติดตามอาการจะขอคำปรึกษาจากทีมแพทย์และเภสัชกร เพื่อส่งยาไปให้ผู้ป่วย

3.4 ทีมติดตามอาการประสานทีมชุมชน เมื่อพบว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ เช่น ไม่มีอุปกรณ์ในการประเมินอาการ จำเป็นต้องได้รับยาในการรักษา มีความวิตกกังวล มีความจำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาล

3.5 ทีมติดตามอาการและทีมชุมชนประเมินความพร้อมในการกักตัวที่บ้าน และแนะนำการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต เช่น การซื้อของใช้ อาหาร รวมทั้งประเมินความสามารถในการใช้โทรศัพท์ วิดีโอคอล โลก

3.6 ทีมติดตามอาการบันทึกข้อมูลการดูแลลงในระบบฐานข้อมูลทุกครั้ง โทรเยี่ยม และดูแลจนครบ 14 วัน

3.7 ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการเปลี่ยนเป็นสีแดง ทีมติดตามอาการจะประสานทีมแพทย์เพื่อขอคำปรึกษา และประสานทีมชุมชนในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และถ้ามีการเสียชีวิตทีมชุมชนจะประสานทีมดูแลศพผู้เสียชีวิต ทั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยที่ผ่านระบบการดูแลทางไกลเสียชีวิต

รูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านนี้สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทางไกลด้วยการแยกกักตัวที่บ้านทั้งของกระทรวงสาธารณสุขของไทยและต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Panisa Boonyaratkalin⁽¹²⁾ Heo, H. et al.⁽¹³⁾ Supiya W. & Pimlada L.⁽¹⁴⁾ แต่ต่างกันตรงการพัฒนาความรู้ความสามารถของจิตอาสาที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์มาช่วยแบ่งเบาภาระงานในยามวิกฤติ กำลังคนด้านสุขภาพ จึงไม่ได้มีเพียงเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเท่านั้น แต่มาจากประชาชนที่มีจิตอาสา โดยผ่านกระบวนการสร้างและพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน มี

การติดตาม ให้คำปรึกษา ในระหว่างดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นแรงเสริมของกำลังคนด้านสุขภาพ และจากการศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุ เด็กที่อายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น เป็นใบ้ หูหนวก และผู้ที่ไม่สามารถใช้โทรศัพท์ หรือไม่มีอินเทอร์เน็ตในการสื่อสาร อาจไม่เหมาะสมกับรูปแบบการดูแลในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ด้านนโยบาย เขตสุขภาพ/โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำผลการวิจัยมา กำหนดนโยบาย/แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านโดยใช้รูปแบบการดูแลทางไกล สร้างและพัฒนาจิตอาสาภาคประชาชน ที่นอกเหนือจาก อสม. เพื่อเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทั้งนี้การส่งเสริมให้จิตอาสาหรือคนในชุมชนมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านแล้ว จะสามารถลดภาระงานของบุคลากรทางสุขภาพ เพราะเมื่อติดเชื้อโควิด-19 จิตอาสาสามารถดูแลตนเองและคนรอบข้างได้

2) ด้านสาธารณะ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการผลิตแพลตฟอร์ม แอปพลิเคชัน บนโทรศัพท์มือถือที่สามารถทำให้ผู้ป่วยโควิด-19 ดูแลตนเองด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านได้

3) ด้านชุมชนและพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ภาคเอกชน และเครือข่ายจิตอาสาภาคประชาชนสามารถนำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านโดยใช้รูปแบบการดูแลทางไกล โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติในการเพิ่มกำลังคนในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน โดยการร่วมมือของจิตอาสาในชุมชน และรูปแบบการพัฒนาจิตอาสาสู่การเป็นกำลังคนด้านสุขภาพ และสร้างภาคีเครือข่ายและความร่วมมือในการรับมือกับ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ต่อไป

4) ด้านวิชาการ นักวิชาการสามารถนำองค์ความรู้จากงานวิจัยไปต่อยอดในการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติหรือการทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการจัดการเรียนการสอนทางด้านสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1) ควรทำวิจัยเพื่อพัฒนาดิจิทัลแพลตฟอร์มในการดูแลผู้ป่วยที่โรคอุบัติใหม่และ/หรือโรคเรื้อรัง เพื่อลดภาระงานของบุคลากรทางด้านสุขภาพ และเพิ่มความเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

2) ควรพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับยุคปกติวิถีใหม่ เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชัน การเข้าถึงสื่อที่ตรงกับยุคสมัย เช่น ตั๊กต็อก เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงชุดความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง

3) ควรทำวิจัยเพื่อพัฒนา ระบบการดูแลทางไกล (telehealth) ในการจัดการควบคุม ดูแลกลุ่มเสี่ยง ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง และผู้ป่วยโควิด-19 รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

4) ควรศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบกระบวนการพัฒนาความรู้ความสามารถให้แก่ทีมจิตอาสา

5) เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพ ดังนั้นการทำวิจัยในเชิงปริมาณเพื่อเปรียบเทียบผลในการดูแล และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ จากการดูแลในระบบ HI และ CI โดยอาสาสมัครที่ไม่ใช่วิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้ทุนการสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์วิรุฬห์ ลิ้มสวาท ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ที่เป็นจุดเริ่มต้นในการดึงจิตอาสาภาคประชาชน และกรุณาเป็นที่ปรึกษางานวิจัยฉบับนี้ รวมทั้งขอบคุณจิตอาสาทุกท่านที่ทำให้เห็นถึงความร่วมมือร่วมใจในการประสานพลังในยามวิกฤติ

References

1. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). In: World Health Organization/Newroom. Geneva (COVID-19) [Internet]. 2020 January. [cited 2022 Mar 7]. Available from: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
2. Phuworawan Y. Mutation of COVID-19. Chulalongkorn Hospital, Thai Red Cross Society [Internet]. 2022. [cited 2022 Jun 4]. Available from: [https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/Mutation of COVID-19/](https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/Mutation%20of%20COVID-19/).
3. Department of Medical Services. Guidelines for establishing cohort ward, isolation room, field hospital to support the epidemic situation. Corona virus disease 2019. [Internet] 2020. [cited 2022 Jun 4]. Available from: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=108. (in Thai)
4. Thai.care. Find a bed safely with Thai Care. Available from: <https://www.thai.care>.
5. Thai PBS. “Dok Phol: Citizens Aware of the Danger of COVID-19”. online public forum, social power after COVID-19 [Internet]. 2022. [cited 2022 Jun 10]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=NKrMA5xu4lk>. (in Thai)
6. Phrakhrusiriphurinithat, Boon-on S, Choenram T. Solving Thai society sick of COVID-19 through three minds and one vision. *The Journal of Research and Academics*. (2022);5(3):249-62. (in Thai)
7. Malahom P, Sawangkaew P, Poomchan W. Community power and surveillance, control and prevention of the spread of COVID-19. in Thai-Lao border communities [Internet]. 2022. [cited 2022 Aug 3]. Available from: <https://www.sac.or.th>. (in Thai)
8. Puttala TT. A model of high-risk family and community care in the situation of coronavirus disease 2019 by community participatory process. *Journal of Health Innovation Research and Development*. 2021;2(2):11-22.
9. Jitbantad W, Rueangphut P, Songlead D, Yok-in J, Rueangphut R, Thaicharoen W, et al. Policy recommendation for primary care management among COVID-19 in the public health region 11. Final report. Health Systems Research Institute (HSRI); 2021. Report No. hs2752.
10. Monaghesh E, Hajizadeh A. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. *BMC Public Health*. 2020;20:1-9. PMID: PMC7395209.
11. Darwish T, Korouri S, Pasini M, Cortez MV, IsHak WW. Integration of advanced health technology within the healthcare system to fight the global pandemic: current challenges and future opportunities. *Innov Clin Neurosci* 2021;18(1-3):31-4. PMID: PMC8195559.
12. Boonyaratkalin P. Telenursing for caring patients infected with coronavirus 2019 who entered to home isolation system: nurse’s role. *Journal of The Police Nurses (JOPN)* 2022;14(2):399–408. (in Thai)
13. Heo H, Lee K, Jung E, Lee H. Developing the first telenursing service for COVID-19 patients: the experience of South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18(13):6885. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph18136885>.
14. Supiya W, Pimlada L. Home isolation: guidance for patients with COVID-19 infection. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2022;16(2):597-611. (in Thai)