

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการกายภาพบำบัด
แบบชีวิตวิถีใหม่ (new normal) ในประเทศไทย

โดย

นางสุวารี เจริญมุขยันท

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสภากายภาพบำบัด

พ.ศ. 2564

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การจัดบริการกายภาพบำบัดในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทยพบว่า หน่วยบริการกายภาพบำบัดมีการจัดบริการ 2 ลักษณะคือ เปิดบริการและปิดบริการ หน่วยบริการที่เปิดให้บริการนักกายภาพบำบัดจะสวมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อขณะให้บริการ มีมาตรการในการจำกัดการให้บริการ ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการที่หน่วยบริการ ลดจำนวนผู้ป่วยที่นัดในแต่ละวันด้วยระบบนัด ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยบางประเภท ปรับรูปแบบการบริการเป็นการให้บริการที่บ้านโดยไม่ต้องเข้ามาที่หน่วยบริการ และจัดแบ่งทีมผู้ให้บริการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ สำหรับหน่วยบริการที่ปิดบริการ เนื่องจากต้องจัดสรรอัตรากำลังไปช่วยบริการเพื่อควบคุมการระบาดของโรคขององค์กร เช่น ช่วยบริการที่จุดคัดกรอง หน่วยฉีดวัคซีน หน่วยผลิตอุปกรณ์ป้องกันเชื้อ เป็นต้น ซึ่งทำให้ต้องลดปริมาณการให้บริการในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค ส่งผลต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับบริการต่อเนื่อง

อุปกรณ์หลักในการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัด ได้แก่ ถุงมือ หน้ากากอนามัย (mask) หน้ากากป้องกันละอองเชื้อโรค (face shield) กรณีการให้บริการผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยง จะเพิ่มกาวันกันน้ำ และหากต้องให้บริการผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าจะมีการติดเชื้อต้องสวมใส่ชุดป้องกันเชื้อโรค (PPE) ร่วมด้วยทุกครั้ง อย่างไรก็ตาม การให้บริการกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยนอกจะมีเพียง mask และ face shield เท่านั้น และการจัดสรรอุปกรณ์ในการป้องกันเหล่านี้ได้รับการจัดสรรอย่างจำกัด เนื่องจากทรัพยากรมีจำกัดต้องเก็บไว้สำหรับบุคลากรผู้ให้บริการผู้ป่วย COVID-19 ดังนั้น หน่วยงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วย COVID-19 เช่น หน่วยงานกายภาพบำบัดจะถูกจำกัดทรัพยากร

การให้บริการกายภาพบำบัดในรูปแบบโทรเวชในประเทศไทย จะเป็นให้บริการผ่านโทรศัพท์เป็นส่วนใหญ่ สำหรับการให้บริการผ่านสัญญาณภาพพร้อมสัญญาณเสียง เช่น teleconference, video call, live chat หรืออื่นๆ มักให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเมืองเนื่องจากมีความพร้อมด้านสัญญาณมากกว่า และเป็นข้อจำกัดที่ให้บริการได้เฉพาะกลุ่มผู้รับบริการที่เข้าถึงเทคโนโลยี การให้บริการผ่านแอปพลิเคชันพบในกลุ่มที่มีโทรศัพท์แบบ smartphone มีสัญญาณโทรศัพท์ครอบคลุม และผู้รับบริการเข้าถึงแอปพลิเคชัน ได้แก่ line, WeChat, Messenger เป็นต้น ส่วนรูปแบบอื่นๆ ของการให้บริการทางโทรเวชยังไม่มีรายงานการให้บริการ

ทักษะที่นักกายภาพบำบัดต้องการในภาวะที่มีสถานการณ์การระบาดของโรค 5 อันดับแรกได้แก่ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรค การซักประวัติผู้ป่วย เทคนิคการสื่อสาร และความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษา สภากายภาพบำบัด ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อในสถานการณ์การระบาดของโรคอย่างเหมาะสม เนื่องจากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อและมีความจำเป็นต้องได้รับการต่อเนื่องสูญเสียโอกาสในการได้รับการ อีกทั้งผู้ประกอบการวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติตามภารกิจเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อต้องงดบริการตามวิชาชีพเพื่อไปให้บริการส่วนอื่น สำหรับการให้บริการบางอย่างที่ต้องปรับเปลี่ยนการบริการ เช่น การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการผู้ป่วย ที่อาจต้องใช้รูปแบบการเยี่ยมและติดตามอาการด้วยการโทรศัพท์แทนนั้น ควรพิจารณาในการรองรับด้านการเบิกจ่ายเพื่อให้สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้

สำหรับสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทยและสถาบันการศึกษา ควรพิจารณาทบทวนและกำหนดหลักสูตรหรือมีทางเลือกในการให้บริการที่หลากหลายให้เหมาะกับสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ประกอบการวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ตลอดจนพิจารณาเพิ่มหลักสูตรหรือทักษะเพื่อรองรับเมื่อเกิดการระบาดของโรค เช่น ทักษะการซักประวัติ เทคนิคการตรวจร่างกายผ่านสัญญาณภาพและสัญญาณเสียง เทคนิคการสื่อสาร เป็นต้น

การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการกายภาพบำบัดแบบชีวิตวิถีใหม่ (new normal) ในประเทศไทย

หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 หรือ COVID-19 ที่มีต่อเนื่องมาจากปลายปี 2562 ที่กระจายทั่วโลก ทำให้ทุกประเทศได้พัฒนารูปแบบการดำเนินชีวิตในรูปแบบใหม่เพื่อรับมือกับสถานการณ์และสามารถใช้ชีวิตในสังคมต่อไปได้ภายใต้การดูแลความปลอดภัยทางสุขภาพด้วยมาตรการทางสาธารณสุข^(1, 2) ในขณะที่การบริการด้านสุขภาพก็ต้องมีการปรับรูปแบบการให้บริการเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าวเช่นเดียวกัน^(3, 4) รูปแบบการบริการสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่ถูกพัฒนาและนำมาใช้ในการให้บริการสุขภาพสาขาต่างๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อแต่ยังคงสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁻¹¹⁾

สำหรับประเทศไทยมีรายงานการตรวจพบโรคดังกล่าวตั้งแต่เดือน มกราคม ปี พ.ศ. 2563 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตภายใต้สถานการณ์การควบคุม การป้องกัน และการเฝ้าระวังการติดเชื้อ แม้ต่อไปสถานการณ์การระบาดของโรคจะถูกควบคุมได้ แต่ไม่อาจทำนายได้จะมีสถานการณ์การอุบัติซ้ำของการระบาดหรือไม่ อีกทั้งในอนาคตอาจมีสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตได้มีการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการหลายประเภทรวมถึงระบบบริการทางการแพทย์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ถูกกำหนดให้เป็นรูปแบบที่เรียกว่าวิถีชีวิตใหม่(new normal) สำหรับโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการทางการแพทย์หลายแห่งได้มีจัดบริการแบบวิถีชีวิตใหม่หลายรูปแบบซึ่งกระทบต่อการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพแตกต่างกัน เช่น จัดตั้งคลินิกพิเศษโรคทางเดินหายใจ (Acute respiratory infection clinic) เพื่อคัดกรองผู้เข้าใช้บริการในพื้นที่โรงพยาบาล มาตรการการลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล เช่น การอนุโลมให้ญาติมารับยาแทน การขยายระยะเวลาในการนัดโรค การส่งยาทางไปรษณีย์ เพื่อช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และลดความเสี่ยงของการติดต่อโรคในบุคลากรทางการแพทย์ เป็นภาพสะท้อนว่าบุคลากรมีวิถีการทำงานที่เปลี่ยนไป ไม่ใช่เพียงแค่การตรวจผู้ป่วยนอก แม้แต่การประชุมทางวิชาการ การเรียนการสอน ก็ถูกปรับให้เข้ากับสถานการณ์ที่มีการระบาด เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) การสอนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-learning) การจัดอบรม/ประชุมผ่านสื่อออนไลน์ (teleconference) เป็นต้น

ในสถานการณ์ทั่วไป กายภาพบำบัดเป็นบริการที่ต้องให้บริการในสถานพยาบาล คลินิก หรือบริการที่บ้านโดยมีนักกายภาพบำบัดเป็นผู้ให้บริการ แต่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสในปัจจุบัน รวมถึงอาจมีการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ในอนาคต นักกายภาพบำบัดต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับชีวิตวิถีใหม่ ในขณะที่การบริการกายภาพบำบัดมีความจำเป็นในการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการจัดการมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้การปรับวิถีชีวิตโดยการทำงานและจัดบริการผ่านเทคโนโลยีต่าง ๆ จะมีประโยชน์อย่างมาก

แต่วิถีชีวิตที่ต้องปรับเข้าหาเทคโนโลยีนี้ส่งผลกระทบต่อปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยี (Disparity in Technology) เนื่องจากประชากรแต่ละกลุ่มมีโอกาสในการเข้าถึงเทคโนโลยีแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรที่มีความเปราะบาง (vulnerable group) เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ซึ่งนับเป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายของการให้บริการทางกายภาพบำบัด ในประเทศไทยมีรายงานการใช้เทคโนโลยีมาสนับสนุนการให้บริการสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่⁽¹²⁾ และการใช้รูปแบบบริการทางการพยาบาลแบบชีวิตวิถีใหม่⁽¹³⁻¹⁵⁾ แต่ยังไม่มียางานการศึกษาศาสนาการณการให้บริการกายภาพบำบัดในรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ ซึ่งในสถานการณ์ปกติเป็นวิชาชีพที่ต้องให้บริการสุขภาพแบบตัวต่อตัว (face to face) ทำให้ต้องปรับตัวเป็นอย่างมากในการให้บริการ นอกจากนี้การจัดบริการกายภาพบำบัดในรูปแบบดังกล่าว ยังขาดข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนเชิงนโยบายของสภาวิชาชีพ ทั้งในการการวางแผนอัตรากำลัง การบริหารทรัพยากร การวางแผนการเรียนการสอน รวมถึงการควบคุม กำกับติดตาม และประเมินผลการให้บริการ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการสำรวจข้อมูลการจัดบริการกายภาพบำบัดด้วยแบบชีวิตวิถีใหม่ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการกายภาพบำบัดต่อไปในอนาคต จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อศึกษาศาสนาการณการให้บริการทางกายภาพบำบัดในรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ที่มีอยู่ในประเทศไทย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาด้วยรูปแบบการสำรวจและสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลการสำรวจด้วยแบบสอบถามออนไลน์ จากนั้นรวบรวมข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลในเบื้องต้น แล้วใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงและใช้เทคนิค snowball เพื่อเป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถามออนไลน์

1. ประชากร เป็นนักกายภาพบำบัดที่ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลและหน่วยบริการต่างๆ ทั่วประเทศไทย จำนวนประมาณ 14,000 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักกายภาพบำบัดตัวแทนหน่วยบริการ จำนวน 1 คนต่อ 1 หน่วยบริการ จำนวนประมาณ 900 คน

การรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักกายภาพบำบัดตัวแทนโรงพยาบาลที่ยินยอมให้ข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ อาจเป็นโรงพยาบาลที่ให้ข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์หรือเป็นโรงพยาบาลที่ได้จากเทคนิคการอ้างอิงต่อเนื่องปากต่อปาก (snowball sampling technique)

ขอบเขตการศึกษา

หน่วยบริการกายภาพบำบัดในประเทศไทยทุกประเภท ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐทุกระดับ โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน หน่วยบริการในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คลินิกเอกชน หน่วยบริการอิสระ และอื่นๆ จำนวนประมาณ 900 แห่งทั่วประเทศ โดยมีตัวแทน 1 คนต่อ 1 หน่วยบริการ กรณีมีนักกายภาพบำบัดมากกว่า 1 คนใน 1 หน่วยบริการ ผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการตอบแบบสอบถามและให้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จะเป็นบุคคลเดียวกันหรือต่างกันได้ ทำการสำรวจตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการตรวจสอบสามเส้า (triangular method)

ผลการศึกษา

ผลการสอบถามด้วยแบบสอบถามทางอิเล็กทรอนิกส์ ระยะเวลาตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2564 มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 437 คน (ร้อยละ 48.7) โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐ จำนวน 375 แห่ง คลินิกกายภาพบำบัด จำนวน 21 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 17 แห่ง บริการกายภาพบำบัดที่บ้าน (home care) จำนวน 5 ราย หน่วยบริการในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 14 แห่ง และอื่นๆ ได้แก่ ศูนย์การศึกษาพิเศษ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาล/หน่วยบริการในสังกัดมหาวิทยาลัย 2 แห่ง โรงพยาบาลในสังกัดสภากาชาดไทย จำนวน 2 แห่ง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการ

ลักษณะของหน่วยบริการ	จำนวน (แห่ง, ร้อยละ)
1. โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐ	375 (85.8)
2. คลินิกกายภาพบำบัด	21 (4.8)
3. โรงพยาบาลเอกชน	17 (3.9)
4. หน่วยบริการอิสระ ให้บริการกายภาพบำบัดที่บ้าน (home care)	5 (1.1)
5. โรงพยาบาล/หน่วยบริการในสังกัดมหาวิทยาลัย	2 (0.5)
6. หน่วยบริการในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ศูนย์พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ หน่วยบริการร่วมเทศบาลตำบล และศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายแบบองค์รวม หน่วยงานให้บริการคนพิการภาครัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอน	14 (3.2)
7. โรงพยาบาลในสังกัดสภากาชาดไทย	2 (0.5)
8. หน่วยกายภาพบำบัดในสถานศึกษา (ศูนย์การศึกษาพิเศษ)	1 (0.2)
รวม	437 (100)

รูปแบบการจัดบริการกายภาพบำบัด

หน่วยบริการที่ให้ข้อมูล จำนวน 435 แห่ง พบว่า รูปแบบการให้บริการกายภาพบำบัดในสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในห้วงเวลาที่อยู่ในมาตรการควบคุมสูงสุด แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่เปิดให้บริการ และกลุ่มที่ปิดบริการ ประกอบด้วย

1. กลุ่มที่เปิดให้บริการ จำนวน 422 แห่ง (ร้อยละ 96.8) โดยพบว่า หน่วยบริการจะมีการใช้รูปแบบการจัดบริการมากกว่า 1 รูปแบบ ประกอบด้วย
 - 1.1. เปิดให้บริการตามกระบวนการปกติ แต่เพิ่มกระบวนการคัดกรองก่อนให้บริการและสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะให้บริการ จำนวน 111 แห่ง
 - 1.2. เปิดบริการตามปกติร่วมกับการจัดบริการเพิ่มเติมและเปลี่ยน/งดรูปแบบการรักษาบางอย่างเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ การใช้ระบบการประชุมทางไกลผ่านจอภาพ (Video Conference) การเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ (telephone visit) ติดตามอาการผู้ป่วยผ่านระบบสนทนาออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันในรูปแบบต่างๆ เช่น line, WeChat, messenger เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ ให้คำปรึกษาในการแก้ปัญหาเบื้องต้น และติดตามความก้าวหน้าของอาการ
 - 1.3. เปิดบริการ แต่มีการงดบริการหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษาบางอย่างที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียงในชุมชนที่ปกติได้รับบริการแบบเยี่ยมบ้าน (home based service/ home visit) ไม่สามารถให้บริการในรูปแบบปกติได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่อนุญาตให้เยี่ยมที่บ้าน จะใช้รูปแบบการเยี่ยมติดตามทางโทรศัพท์หรือติดตามอาการผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งอยู่ในพื้นที่และรับทราบสถานการณ์ในพื้นที่เป็นอย่างดี
 - 1.4. เปิดบริการ แต่การจำกัดการให้บริการ โดยบางแห่งให้บริการเฉพาะผู้ป่วยใหม่หรือเคสฉุกเฉินหรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเท่านั้น ในขณะที่โรงพยาบาลบางแห่งให้บริการแบบนัดหมายเป็นเวลาและงดรับผู้ป่วยนอกทั้งหมด มีหน่วยบริการที่ใช้รูปแบบนี้จำนวน 294 แห่ง
 - 1.5. เปิดให้บริการ โดยมีการจำกัดผู้เข้าใช้บริการเพื่อลดความแออัดตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) ซึ่งเน้นการให้บริการผู้ป่วยในเป็นหลัก ส่วนผู้ป่วยนอกมีการจำกัดการให้บริการ โดยใช้ระบบการนัดหมายกำหนดเวลาเข้ารับบริการ

- 1.6. เปิดให้บริการ โดยจัดแบ่งผู้ให้บริการเป็นทีมและสลับวันให้บริการตามปกติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และง่ายต่อการบริหารจัดการ กรณีผู้ให้บริการในหน่วยงานที่เป็นผู้สัมผัสความเสี่ยงสูง จำนวน 25 แห่ง
 - 1.7. ให้บริการรูปแบบใหม่ทั้งหมด โดยปรับเปลี่ยนเป็นให้บริการที่บ้าน (home-based services) เช่น เยี่ยมบ้าน (home visited) หรือเยี่ยมติดตามอาการทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นการจัดบริการในโรงพยาบาลชุมชน
2. กลุ่มที่ปิดบริการ จำนวน 66 แห่ง (ร้อยละ 15.8) ประกอบด้วย
 - 2.1 ปิดบริการกายภาพบำบัด โดยบุคลากรในหน่วยงานไปปฏิบัติงานในงานที่ได้รับมอบหมายอื่น เช่น งานคัดกรอง งานลงทะเบียน เป็นต้น โดยในกลุ่มนี้มีทั้งหมด 14 หน่วยบริการ (ร้อยละ 3.2) ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐ หน่วยบริการในสังกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคลินิกกายภาพบำบัด
 - 2.2 งดให้บริการในบางส่วน จำนวน 55 หน่วยบริการ เช่น บริการเฉพาะผู้ป่วยใน บริการเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินหรือมีความจำเป็น งดให้บริการผู้ป่วยนอกที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหายใจและทรวงอก (1 แห่ง) งดให้บริการผู้ป่วยระบบประสาท (44 แห่ง) ให้บริการเฉพาะการให้ข้อมูล/ความรู้/คำแนะนำผ่านสื่อออนไลน์หรือใช้เทคโนโลยีต่างๆ ให้บริการเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมติดตามอาการทางโทรศัพท์เท่านั้น ในขณะที่หน่วยบริการบางแห่งเลือกที่จะงดบริการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

รูปแบบการให้บริการกายภาพบำบัดแบบโทรเวช

หน่วยบริการที่ให้ข้อมูล จำนวน 209 แห่ง พบว่า มีรูปแบบการจัดบริการแบบโทรเวช เป็นบริการเพิ่มเติมและใช้ร่วมกับการให้บริการปกติ แบ่งเป็น 3 รูปแบบ โดยหน่วยบริการ 1 แห่งอาจเลือกใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งหรือใช้แบบผสมผสานกันเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ให้บริการ ประกอบด้วย

1. การให้บริการผ่านโทรศัพท์ (telephone visit) จำนวน 153 แห่ง (ร้อยละ 73.2) กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ประชาชนทั่วไป (56 แห่ง) ผู้ป่วยระบบประสาท (138 แห่ง) ผู้ป่วยระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ (64 แห่ง) ผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง ผู้ป่วยในชุมชน ผู้ป่วยเรื้อรัง (10 แห่ง)
2. ระบบการประชุมทางไกลผ่านสัญญาณภาพและเสียง (video conference) หรือวิดีโอคอล (video call) จำนวน 45 แห่ง (ร้อยละ 21.5) กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ที่ใช้ระบบนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการทางระบบประสาท (137 แห่ง, ร้อยละ 65.7)

3. การให้บริการสนทนาออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันต่างๆ เช่น live chat, line, messenger, WeChat เป็นต้น จำนวน 89 แห่ง (ร้อยละ 42.6) กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ประชาชนทั่วไป (21 แห่ง) ผู้ป่วยระบบประสาท (30 แห่ง) ผู้ป่วยระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ (23 แห่ง) นักกีฬา (10 แห่ง)

ทั้งนี้ การให้บริการกายภาพบำบัดแบบโทรเวช มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้าของอาการ ร้อยละ 78.5 (หน่วยบริการ 168 แห่ง จากหน่วยบริการทั้งหมด 214 แห่ง) ให้คำปรึกษา/คำแนะนำ และแก้ปัญหาเบื้องต้น ร้อยละ 66.4 (หน่วยบริการ 142 แห่ง) เพื่อให้ความรู้ทั่วไป ร้อยละ 42.5 (หน่วยบริการ 91 แห่ง) เพื่อคัดกรอง/ประเมินความรุนแรงของปัญหาก่อนเข้ามารับบริการที่หน่วยงาน/โรงพยาบาล ร้อยละ 42.5 (หน่วยบริการ 91 แห่ง) และเพื่อเป็นเครื่องมือในการให้บริการอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 36.0 (หน่วยบริการ 77 แห่ง) ตามลำดับ โดยกลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการกายภาพบำบัดแบบโทรเวชมากที่สุด คือ ผู้ป่วยระบบประสาท มีหน่วยบริการที่รายงานกลุ่มนี้ถึง 138 แห่งจากจำนวนหน่วยบริการที่ให้ข้อมูลทั้งหมด 210 แห่ง (ร้อยละ 65.7) ผู้ป่วยระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ มีรายงาน 64 แห่ง (ร้อยละ 30.5) ประชาชนทั่วไป มีรายงาน จำนวน 56 แห่ง (ร้อยละ 26.7) ผู้ป่วยระบบหัวใจ หัวใจ และทรวงอก มีรายงาน 22 แห่ง (ร้อยละ 10.5) และมีรายงานในกลุ่มนักกีฬา จำนวน 10 แห่ง (ร้อยละ 4.8) ตามลำดับ

บทบาทและหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดในสถานการณ์การระบาดไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จากรายงานการจัดบริการที่กล่าวมา พบว่า นักกายภาพบำบัดบางส่วนสามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่คงเดิมได้ แต่นักกายภาพบำบัดในหน่วยบริการบางแห่งต้องปรับเปลี่ยนหน้าที่ไปปฏิบัติงานในหน้าที่อื่น เนื่องจากไม่สามารถเปิดให้บริการกายภาพบำบัดได้ตามปกติ โดยนักกายภาพบำบัดที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามวิชาชีพได้คงเดิม มีจำนวน 382 หน่วยบริการ จากหน่วยบริการที่ให้ข้อมูลทั้งหมด 432 แห่ง (ร้อยละ 88.4) นักกายภาพบำบัดที่ต้องปรับเปลี่ยนหน้าที่ไปปฏิบัติงานในหน้าที่อื่น 58 หน่วยบริการ (ร้อยละ 13.5) หน่วยบริการ จำนวน 115 แห่ง (ร้อยละ 26.7) นักกายภาพบำบัดและบุคลากรในหน่วยงานต้องปฏิบัติงานทั้ง 2 ส่วน คือ ทั้งหน่วยกายภาพบำบัดและหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ COVID-19 โดยมี หน่วยบริการ 26 แห่ง (ร้อยละ 6.0) ที่ให้บริการกายภาพบำบัดแก่ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

หน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติในหน่วยบริการได้แก่ ปฏิบัติงานที่จุดคัดกรอง ช่วยงานด้านการตรวจคัดกรอง ปฏิบัติงานที่คลินิก ARI/PUI ด้านอำนวยความสะดวก ชักประวัติ สอบถาม ติดตามอาการ เพื่อรายงานแพทย์ ช่วยงานบริการด้านการฉีดวัคซีนในขั้นตอนต่างๆ เช่น การลงทะเบียน ชักประวัติ เป็นต้น งานจัดทำอุปกรณ์ งานประชาสัมพันธ์ รวมถึงงานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานต้นสังกัด

ทักษะจำเป็นต้องใช้สำหรับบริการการจัดบริการแบบชีวิตวิถีใหม่

เนื่องจากเป็นบริการในรูปแบบใหม่ที่ยังไม่มีการค้าเงินงานในหน่วยบริการ นักกายภาพบำบัดจึงต้องทำความเข้าใจและเรียนรู้ทักษะความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับการบริการแบบชีวิตวิถีใหม่เพื่อให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งนักกายภาพบำบัดจากหน่วยบริการ จำนวน 433 แห่งให้ข้อมูลว่า ทักษะและความรู้ที่จำเป็นต้องใช้มากที่สุดคือ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 396 แห่ง (ร้อยละ 91.6) ความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรค จำนวน 371 แห่ง (ร้อยละ 86.1) การซักประวัติ จำนวน 348 แห่ง (ร้อยละ 80.7) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทักษะที่จำเป็นต้องใช้สำหรับบริการการจัดบริการแบบชีวิตวิถีใหม่ (n=433)

ลำดับ	ทักษะที่จำเป็นต้องใช้	จำนวนหน่วยบริการ (แห่ง, ร้อยละ)
1	ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อ	397 (91.6)
2	ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเชื้อโรค/โรคระบาด	373 (86.1)
3	การซักประวัติ	348 (80.7)
4	การสื่อสาร	309 (71.5)
5	ความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	300 (69.4)
6	การตรวจร่างกาย	250 (57.8)
7	กฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้อง	201 (46.4)
8	จิตวิทยา	1 (0.2)
9	ทักษะการคิดรอบข้าง	1 (0.2)
10	การทำความสะอาดเครื่องมืออุปกรณ์ให้ปลอดภัย การกำจัดขยะที่ถูกต้อง	1 (0.2)
11	รายงานพื้นที่เสี่ยงและ Timeline รายวัน	1 (0.2)
12	จิตวิทยาแบบองค์รวม	1 (0.2)
13	ข่าวประกาศจากจังหวัด	1 (0.2)
14	การเข้าถึงผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยปกปิดข้อมูล	1 (0.2)

ทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการบริการกายภาพบำบัดแบบชีวิตวิถีใหม่

ในการดำเนินงานเพื่อจัดบริการกายภาพบำบัดแบบวิถีชีวิตใหม่ จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ แบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านทรัพยากรบุคคล ได้แก่ นักกายภาพบำบัดที่มีความพร้อมและผู้ป่วยหรือญาติที่มีความพร้อม และด้านเครื่องมือและเทคโนโลยี ได้แก่ เครือข่ายคอมพิวเตอร์ (internet) โทรศัพท์เคลื่อนที่ที่มีความสามารถที่เพิ่มเติมนอกเหนือจากโทรศัพท์มือถือทั่วไป (smartphone) เครื่อง

คอมพิวเตอร์และชุดคำสั่งหรือโปรแกรมที่ใช้สั่งงานให้คอมพิวเตอร์ทำงาน (hardware & software) ที่เกี่ยวข้อง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงทรัพยากรที่ต้องการการสนับสนุนเพื่อจัดบริการกายภาพบำบัดแบบชีวิตวิถีใหม่ (n=430)

ลำดับ	ทรัพยากรที่ต้องการการสนับสนุน	จำนวนหน่วยบริการ (แห่ง, ร้อยละ)
1	internet	356 (82.7)
2	smartphone	341 (79.4)
3	Hardware & software	227 (53.0)
4	data center	202 (47.0)
5	telephone	192 (44.9)
6	ห้องปฏิบัติการสำหรับการสนทนาทางไกล	95 (22.2)
7	อุปกรณ์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อ	4 (0.9)
8	ห้องรักษาที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	2 (0.5)
9	wireless fidelity (wifi)	1 (0.2)
10	บุคลากรที่มีความพร้อม	1 (0.2)
11	ข้อมูลประวัติผู้ป่วย	1 (0.2)

สถานการณ์หรือบริบทที่เหมาะสมกับการให้บริการแบบชีวิตวิถีใหม่

การจัดบริการในรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมา นั้น นอกจากจะใช้ในขณะที่มีสถานการณ์การระบาดของโรคแล้ว ยังสามารถพัฒนาใช้ได้ต่อไปแม้การระบาดของโรคจะเบาบางหรือสิ้นสุดลง โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและบริบทของการทำงาน โดยหน่วยบริการจำนวน 304 แห่ง (ร้อยละ 71.0) ให้ข้อมูลว่า สามารถใช้แบบรูปแบบบริการแบบชีวิตวิถีใหม่ได้ทุกสถานการณ์ ในขณะที่หน่วยบริการ จำนวน 198 แห่ง (ร้อยละ 46.1) ให้ข้อมูลว่า เหมาะสมกับสถานการณ์ในช่วงที่มีการระบาดของโรคเท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดของการให้บริการ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงความเห็นต่อสถานการณ์หรือบริบทที่เหมาะสมกับการให้บริการแบบวิถีชีวิตใหม่ (n=429)

ลำดับ	สถานการณ์หรือบริบทที่เหมาะสมกับการจัดบริการ แบบวิถีชีวิตใหม่	จำนวนหน่วยบริการ (แห่ง, ร้อยละ)
1	เหมาะสมกับทุกสถานการณ์	304 (71.0)
2	เหมาะสมกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรค	198 (46.1)
3	สถานที่ห่างไกลจากหน่วยบริการสุขภาพ	138 (32.1)
4	เหมาะกับผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง	124 (29.0)
5	เหมาะกับผู้ใช้บริการที่อยู่ในเขตเมือง	93 (21.8)

ข้อจำกัดของการให้บริการการให้บริการกายภาพบำบัดในรูปแบบวิถีชีวิตใหม่

ข้อมูลจากแบบสำรวจและการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พบว่า ข้อจำกัดของการให้บริการกายภาพบำบัดในรูปแบบวิถีชีวิตใหม่ แบ่งเป็น 7 กลุ่ม ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงบริการ ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านเครื่องมือและเทคโนโลยี ด้านกฎหมายหรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง ด้านทักษะ ด้านอัตรากำลังผู้ให้บริการ และด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการโดยมีรายละเอียดคือ

1. ด้านการเข้าถึงบริการ

ด้วยเงื่อนไขของการจำกัดการให้บริการในหน่วยบริการ ทำให้หน่วยบริการหลายแห่งใช้รูปแบบการให้บริการที่บ้าน ซึ่งมีทั้งให้บริการที่บ้านโดยนักกายภาพบำบัดหรือให้บริการด้วยเครือข่ายที่มีในพื้นที่ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างไรก็ตาม การให้บริการที่บ้านด้วยอัตรากำลังของนักกายภาพบำบัดที่มีเท่าเดิมหรือน้อยลงกว่าเดิมเนื่องจากต้องจัดสรรบุคลากรบางส่วนไปช่วยปฏิบัติงานในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การระบาดของโรค ส่งผลต่อปริมาณการให้บริการกายภาพบำบัดผู้ป่วยที่บ้านได้น้อยลงและติดตามผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ด้วย เช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านด้วยอสม.ในพื้นที่ที่ทำได้ล่าช้าและน้อยลงเนื่องจากอสม.ต้องไปปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคซึ่งเป็นงานเร่งด่วนด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ การจำกัดการให้บริการทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการรักษา/ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อการหายหรือการฟื้นคืนสภาพของผู้ป่วยอีกด้วย

“จำกัดจำนวนเคส ทำให้การนัดต่อเนื่องใช้เวลานานกว่าปกติ”

“พื้นที่ให้บริการมีจำกัด ไม่เป็นสัดส่วน เว้นระยะห่างได้น้อยกว่ามาตรฐานที่กำหนด / จำนวนผู้มารับบริการมากกว่าจำนวนเตียงที่มีให้บริการ”

“ไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ จึงให้อสม.และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบออกติดตามเยี่ยมบ้านแทน”

“การเข้าถึงการรักษาของชาวบ้านชนบทมีความยากลำบาก”

“การเข้าถึงและการรับบริการที่จำกัด ลดความถี่ในการให้บริการเป็นรายเคส”

“ไม่สามารถให้หัตถการในส่วนที่มีการฟุ้งกระจายได้ เช่น การเคาะปอดระบายเสมหะ การฝึกไอ ในผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ การให้บริการติดตามอาการผู้ป่วยทางระบบประสาทและบริการเยี่ยมบ้าน ด้วยประสิทธิภาพลดลง เนื่องจากขาดการประเมินทางกายภาพบำบัดที่ใกล้ชิดและเป็นรูปธรรม”

“ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าไม่ถึงเทคโนโลยีจะเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่จะทำให้ขาดการดูแลจากนักกายภาพบำบัดได้”

2. ด้านการติดต่อสื่อสาร

สิ่งสำคัญการจัดบริการในรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ให้มีประสิทธิภาพคือ การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง การให้บริการที่ต้องผ่านตัวกลาง เช่น ผ่านญาติหรือผู้ดูแล ผ่านระบบสัญญาณเสียงและ/หรือสัญญาณภาพเคลื่อนไหว อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการสื่อสารทั้งการให้และการรับข้อมูล

“เนื่องจากเป็นรพ.ชุมชน ผู้ป่วยอาศัยกับผู้สูงอายุทำให้การติดต่อสื่อสารมีความยากลำบากในการเข้าใจต้องการพูดคุยผ่านทางโทรศัพท์”

“ความเข้าใจและความพร้อมของผู้ป่วยเมื่อมีการสื่อสารทางไกล”

“คนไข้กายภาพบำบัดหลายคนเป็นผู้สูงอายุที่เข้าถึงสื่อโซเชียลไม่ได้ ทำให้การสื่อสารทางโซเชียลนั้นเป็นไปได้ยาก”

“ความสนใจหรือสมาธิของการรับฟังอาจน้อยกว่าการให้บริการปกติ”

3. ด้านทรัพยากร สถานที่ เครื่องมือและเทคโนโลยี

รูปแบบการจัดบริการแบบวิถีชีวิตใหม่มีความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มเติม เนื่องจากการให้บริการระยะไกล ต้องระมัดระวังการสัมผัสใกล้ชิด หรือต้องมีสถานที่ที่เหมาะสม ดังนั้น หน่วยบริการที่มีความพร้อมด้านการสนับสนุนทรัพยากรจะสามารถจัดบริการได้ดีกว่า ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่หน่วยบริการส่วนใหญ่ ทรัพยากรดังกล่าวได้แก่ สถานที่ที่เหมาะสม ความพร้อมด้านอุปกรณ์และเทคโนโลยี

“ระบบการสื่อสาร เพื่อติดตามและประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้สมาร์ทโฟนและในรายที่เป็นผู้สูงอายุ การใช้โทรศัพท์เพื่อสอบถามยังมีข้อจำกัด”

“สัญญาณโทรศัพท์/อินเทอร์เน็ต ไม่ครอบคลุมในบางพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล”

“ข้อจำกัดจากผู้ป่วย เช่น ไม่มี internet เพียงพอ, ขาดอุปกรณ์สื่อสาร / ใช้ไม่ชำนาญ”

“ผู้ป่วยและญาติ ไม่มีอินเทอร์เน็ต และบางรายโทรศัพท์ไปไม่รับสาย”

“วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องอำนวยความสะดวกเช่น smart phone /tablet และ ความไม่เสถียรของอินเทอร์เน็ต/สัญญาณโทรศัพท์”

“ผู้ป่วยหรือญาติบางคนไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้ ทำให้ยากต่อการติดตาม”

“ประชาชน หรือผู้สูงอายุในพื้นที่ ยังไม่เข้าถึงการใช้ VDO call”

“คนไข้หรือผู้สูงอายุไม่สามารถติดต่อได้ เนื่องจากไม่มีมือถือเป็นของตัวเอง ลูกหลานออกทำงาน และอยู่บ้านลำพัง”

“ยังไม่มีบริการฟื้นฟูทางไกลด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ (Tele-rehabilitation) มีข้อจำกัดในเรื่องของพื้นที่ของแผนกในการให้บริการมีขนาดเล็ก”

“การปรับสถานที่ทำงานและสภาพแวดล้อมให้เป็นไปตามมาตรฐานการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ”

“ข้อจำกัดในการเยี่ยมบ้านโดยการ VDO Call เนื่องจากบางบ้านมีผู้สูงอายุดูแลกันเอง บางบ้านไม่มี smart phone บางบ้านไม่ให้เจ้าหน้าที่ หรือ อสม.เข้าเยี่ยมบ้าน”

“การเข้าถึงของประชาชนบางกลุ่มที่ไม่มีเครื่องมือในการสื่อสาร และงบประมาณในการสนับสนุน”

“ระบบบริการแบบชีวิตวิถีใหม่ล้วนไม่พ้นการใช้เทคโนโลยีเป็นหลักในการช่วยในการทำงานดังนั้น ถ้าเทคโนโลยีที่ใช้มีประสิทธิภาพสูงรวมถึงผู้ใช้มีความรู้ความเข้าใจยอมทำให้งานดำเนินไปอย่างมีคุณภาพ”

“การใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีใหม่ๆ ผู้ป่วยสูงอายุต้องมีญาติช่วยเหลือ เช่น telemedicine ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจในการโหลดแอปพลิเคชัน เรียนรู้การใช้งาน”

4. ด้านกฎหมายหรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการจัดบริการในรูปแบบใหม่ ภายใต้สถานการณ์ใหม่ ทำให้แนวทางปฏิบัติ ระเบียบ หรือข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ให้บริการ เช่น แนวทางปฏิบัติในการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 แนวทางการให้บริการผู้ป่วยระบบต่างๆ ข้อกำหนดการใช้อุปกรณ์การป้องกัน เป็นต้น และประเด็นความไม่ชัดเจนในการคิดค่าใช้จ่ายสำหรับให้บริการผ่านระบบสัญญาณภาพหรือเสียง เช่น การคิดค่าใช้จ่ายกรณีเยี่ยมบ้านผ่านระบบสัญญาณภาพและสัญญาณเสียงด้วย smartphone เป็นต้น แม้ว่าต่อมาหน่วยงานที่รับผิดชอบได้มีข้อกำหนดและระเบียบที่เกี่ยวข้องออกมาเพื่อลดปัญหานี้ และการดำเนินงานในพื้นที่จริงยังมีข้อจำกัด เช่น ข้อกำหนดสำหรับการใช้อุปกรณ์ป้องกันขณะให้บริการ แต่ทรัพยากรในโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ไม่เพียงพอ ไม่สามารถจัดบริการให้ได้ ส่งผลให้บุคลากรกายภาพบำบัดเกิดความเสี่ยงในขณะปฏิบัติงาน และบางหน่วยบริการต้องปิดบริการไป

“การคิดค่าใช้จ่ายไม่มีระเบียบรองรับ เพิ่มภาระงานมากขึ้น”

“ยังไม่มีมาตรการที่ชัดเจน เพื่อให้หน่วยงานกายภาพบำบัดปฏิบัติตรงกัน และการทำกายภาพบำบัดจะต้องทำแบบสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องยากที่จะปรับเป็นการแนะนำผ่านวิดีโอ”

“องค์ความรู้เกี่ยวกับกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโควิด19 ไม่เพียงพอ”

“กฎหมายที่รองรับการทำงานโทรเวชแบบ work from home เพราะมีบางครั้งที่เราแบ่งทีมทำงาน หรือ ถูกกักตัว จะได้สามารถทำงานแบบโทรเวชที่บ้านได้”

“ผู้บริการบางกลุ่ม ไม่สามารถเข้าถึงบริการแบบ new normal ได้ และยังไม่สามารถคิดค่าบริการได้”

5. ด้านทักษะ

5.1 ทักษะด้านวิชาชีพ

เนื่องจากข้อจำกัดในการรักษาระยะห่างทางสังคม และบางหน่วยบริการใช้เทคโนโลยีเป็นตัวกลางในการให้บริการ ทำให้ต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม เช่น การซักประวัติ อย่างไรให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอสำหรับการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด (subjective examination) การประเมินอาการด้วยการสังเกต (observation) การให้คำแนะนำทั้งการรักษาและการออกกำลังกาย แต่อย่างไรก็ตาม เทคนิคการรักษาหลายอย่างถูกจำกัด ได้แก่ manual technique การใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัดในการรักษา

“สถานการณ์การระบาด ยังขาดการประเมินการส่งปรึกษาตามความเร่งด่วนและอาการรุนแรงของโรค ไม่สามารถให้การรักษาแบบ manual Treatment ได้”

“ไม่สามารถตรวจประเมินได้โดยตรง ได้แต่สอบถาม”

“การรักษาบางอย่างก็ไม่สามารถทำได้ ณ ตอนนี้อย่างเช่น กระตุ้นใบหน้า”

“นักกายภาพบำบัดสามารถให้ความรู้และHome program ได้เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำหัตถการใดๆ ได้ ซึ่งสิ่งนี้เป็นสิ่งที่จำเป็นและส่งผลดีต่อผู้รับบริการมากที่สุด”

“ต้องฝึกฝนกระบวนการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง”

“การป้องกันการติดเชื้อ แนวทางปฏิบัติโรค รูปแบบการทำหัตถการทางกายภาพบำบัดที่เหมาะสม ในสถานการณ์การแพร่ระบาด”

5.2 ทักษะเฉพาะสำหรับการบริการในรูปแบบวิถีชีวิตใหม่

เป็นทักษะเพิ่มเติมที่ต้องเรียนรู้เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค เช่น การใช้เทคโนโลยีเพิ่มเติมให้บริการทางไกล เทคนิคการติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

“ต้องเรียนรู้เทคโนโลยี การจัดทำสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพิ่มเติมเพื่อใช้งาน”

“ความรู้ความเข้าใจโดยเฉพาะการสื่อสารทางไกล ที่ต้องมีทักษะการสื่อสารที่ชัดเจน รวมทั้งอุปกรณ์ความพร้อมที่มี”

“การเรียนรู้การป้องกันตนเอง ตามหลักการ IC ในกรณีที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่แสดงอาการชัดเจนและมารับบริการโดยตรงจากนักกายภาพบำบัด”

“ต้องศึกษาเพิ่มเติมความรู้ ประสบการณ์ แนวทางใหม่ และข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ”

“ความเข้าใจและการปฏิบัติในงานบางอย่าง บางครั้งอาจทำได้ไม่ถูกต้องมากนัก ซึ่งบางเทคนิคต้องฝึกกันอย่างเข้มข้น เช่น การสวมชุดอุปกรณ์ป้องกันขณะให้บริการ เป็นต้น”

“ระบบบริการแบบชีวิตวิถีใหม่ล้วนไม่พ้นการใช้เทคโนโลยีเป็นหลักในการช่วยในการทำงาน ดังนั้น ถ้าเทคโนโลยีที่ใช้มีประสิทธิภาพสูงรวมถึงผู้ใช้มีความรู้ความเข้าใจยอมทำให้งานดำเนินไปอย่างมีคุณภาพ”

6. ด้านอัตรากำลังผู้ให้บริการ

หน่วยบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีอัตรากำลังน้อย หากต้องจัดบริการด้วยการไปให้บริการที่บ้านจะสามารถให้บริการได้อย่างจำกัด เนื่องจากต้องใช้เวลามากในการเดินทางไปให้บริการในแต่ละบ้าน อีกทั้งหากต้องจัดสรรอัตรากำลังไปช่วยปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การระบาด ทำให้หน่วยบริการกายภาพบำบัดที่มีอัตรากำลังน้อย ต้องปิดให้บริการ

“หน่วยงานมีบุคลากรจำกัด ขาดอัตรากำลังสับเปลี่ยนเพื่อลด/ป้องกันความเสี่ยง”

“อัตรากำลังไม่เพียงพอต่อการจัดบริการ จากจำกัดผู้รับบริการตามความรุนแรงของอาการก่อน”

“จำนวนนักกายภาพบำบัดมีน้อยไม่สามารถแบ่งทีมปฏิบัติงานไปหน่วยงานหลายงานได้”

“บุคลากรไม่เพียงพอ พื้นที่บริการไม่เหมาะสม”

7. ความปลอดภัยจากการให้บริการ

สำหรับหน่วยบริการที่เปิดให้บริการในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือความปลอดภัยของผู้ให้บริการ การให้บริการผู้ป่วยในบางระบบหรือบางอาการไม่สามารถรักษาระยะห่างได้ เช่น การฝึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเคาะปอด การกระตุ้นไฟฟ้าที่หน้า การฝึกเดิน เป็นต้น ดังนั้น ผู้ให้บริการต้องคัดกรองผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันที่มีประสิทธิภาพ แต่หน่วยบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลขนาดเล็กอาจได้รับการจัดสรรอุปกรณ์ป้องกันอย่างจำกัดเนื่องจากมีทรัพยากรไม่เพียงพอ นักกายภาพบำบัดต้องจัดหาและเตรียมเองตามศักยภาพของตนเอง

“การคัดกรองผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติอาจไม่เพียงพอต่อความปลอดภัยของนักกายภาพบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการและกลุ่มที่อยู่ในระยะฟักตัวไม่แสดงผลการติดเชื้อทางห้องปฏิบัติการ”

“ผู้ป่วยไม่ให้อุปกรณ์เช่นเดินทางไปต่างจังหวัดหรือญาติมาเยี่ยมเพราะกลัวไม่ได้ทำกายภาพบำบัด”

“การให้บริการบางอย่างต้องงดการรักษาเพราะอาจมีความเสี่ยง”

“การให้การรักษาผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจมีข้อจำกัด และต้องป้องกันการติดเชื้อและการกระจายของสารคัดหลั่งที่มากขึ้น”

“นักกายภาพบำบัด ยังไม่มีชุดป้องกันที่เหมาะสมนอกเหนือจาก face-shield, mask”

“อาจจะสิ้นเปลืองวัสดุอุปกรณ์เพิ่มมากกว่าเดิมบ้างในแง่ของการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรและ ส่วนของผู้เข้ารับบริการ”

“กรณีคนไข้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคทางระบบทางเดินหายใจ(COPD) จำเป็นต้องเลื่อนนัดไปก่อน รวมถึงการตรวจสมรรถภาพปอดโดยใช้เครื่อง spirometry”

“ต้องสัมผัสใกล้ชิดกับคนไข้มากบางโรค เช่น อัมพาต หรือไหล่ติด ชุดบริการไม่พอและไม่มี จำกัดเพราะของมีจำกัด”

สรุปและอภิปรายผล

ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 หน่วยบริการกายภาพบำบัดในประเทศไทยมีการจัดบริการรูปแบบวิถีชีวิตใหม่ (new normal) ด้วยการให้บริการทั้งหน่วยบริการและให้บริการที่บ้าน โดยการให้บริการที่หน่วยบริการจะมีการคัดกรองและจำกัดการเข้ารับบริการเพื่อลดการแออัดในหน่วยบริการ พร้อมทั้งสวมอุปกรณ์และเครื่องป้องกันในการให้บริการ ส่วนการให้บริการที่บ้านจะให้บริการกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่มีประวัติการสัมผัสผู้ติดเชื้อ สำหรับการให้บริการกายภาพบำบัดในรูปแบบโทรเวช เป็นการให้บริการผ่านสัญญาณเสียงโดยการใช้โทรศัพท์เป็นส่วนใหญ่ โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยระบบประสาท ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง เพื่อติดตามความก้าวหน้าของอาการ ส่วนลักษณะการให้บริการผ่านระบบสัญญาณภาพและเสียงเช่น teleconference หรือ VDO call มีข้อจำกัดด้านสัญญาณการสื่อสารและการเข้าถึงอุปกรณ์และเทคโนโลยีของผู้รับบริการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ต้องติดต่อผ่านญาติหรือผู้ดูแลทำให้ไม่สะดวกต่อการใช้บริการ สำหรับการให้บริการทางโทรเวชด้วยติดตามความก้าวหน้าของอาการผ่านทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านนั้น เป็นรูปแบบที่มีผู้นำไปศึกษาและมีการศึกษาที่ดี เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการสอนเพื่อการเรียนรู้ การกระตุ้น การติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ของจันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์⁽¹⁶⁾ จึงเป็นรูปแบบที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้กับการให้บริการผู้ป่วยหลายกลุ่มอาการ

การจัดบริการกายภาพบำบัดในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 คือ หน่วยบริการกายภาพบำบัดหลายแห่งต้องปิดบริการเพื่อจัดสรรบุคลากรไปให้ช่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ดังกล่าว เช่น บริการที่จุดคัดกรอง จุดฉีดวัคซีน การบริการผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสนาม เป็นต้น สะท้อนถึงอัตรากำลังที่มืออยู่อย่างจำกัด ไม่สามารถให้บริการหลายอย่างพร้อมกันได้ และยังเป็นผลจากนโยบายที่ต้องงดหรือลดบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการระบาดโรค ทำให้บริการทางกายภาพบำบัดต้องดำเนินการตามนโยบายเช่นเดียวกัน โดยหน่วยบริการที่ได้รับผลกระทบเช่นนี้เป็นหน่วยบริการขนาดเล็ก สำหรับหน่วยบริการขนาดใหญ่มีจำนวนนักกายภาพบำบัดมากกว่า 5 คนยังมีการเปิดให้บริการแต่จำกัดการบริการเพื่อลดการสัมผัสของเชื้อ เช่น ใช้ระบบนัดเพื่อลดการแออัดผู้มาใช้บริการ ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีความจำเป็น ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยบางประเภท เป็นต้น ส่วนการให้บริการกายภาพบำบัดทางโทรเวชมีเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมด้านเทคโนโลยีรองรับ

ในต่างประเทศมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับบริการกายภาพบำบัดทางโทรเวชในผู้ป่วยหลายกลุ่มอาการ เช่น Levy และคณะ(2015)⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาผลของการบริการทางกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทหารผ่านศึกด้วย

home video ทำให้การทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตดีขึ้น Cottrell และ Russell (2020)⁽¹⁸⁾ นำเสนอรูปแบบการให้บริการกายภาพบำบัดแบบโทรเวช (telehealth) ในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลการให้บริการได้ผลเช่นเดียวกับการให้บริการตามปกติ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยการให้บริการทางโทรเวชให้ได้ผลดีคือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เช่น อายุ อาการ และปัญหาของผู้ป่วย ความสามารถด้านการสื่อสาร เช่น ภาษา การได้ยิน การมองเห็น ความจำและการเรียนรู้ เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านความพร้อมทางเทคโนโลยี 3) สถานที่อยู่ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เช่น ที่บ้านพักส่วนบุคคล บ้านพักรวม ที่อยู่ในเขตเมืองหรือเขตชนบท และ 4) ทักษะของผู้ให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้บริการทางโทรเวชมีข้อจำกัดในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่นอกเขตเมือง ซึ่งสัญญาณโทรศัพท์ไม่ครอบคลุมบริการ และผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยี อีกทั้งการศึกษาในต่างประเทศพบว่า รูปแบบของการให้บริการแบบโทรเวชมักจะใช้ร่วมกับเทคโนโลยีสารสนเทศ (information and communication technology : ICT) ในขณะที่ประเทศไทยการบริการแบบโทรเวชที่พบเป็นส่วนใหญ่คือการใช้โทรศัพท์ เนื่องจากเป็นเทคโนโลยีที่เข้าถึงง่ายและสะดวกที่สุด แต่ในขณะเดียวกัน สะท้อนให้เห็นถึงความรู้และความเข้าใจต่อการบริการแบบโทรเวชของนักกายภาพบำบัดที่ยังไม่เพียงพอต่อการนำไปพัฒนา รูปแบบการบริการให้มีความหลากหลายเพิ่มขึ้น

ดังนั้น สรุปในภาพรวมของการศึกษารูปแบบการให้บริการกายภาพบำบัดในรูปแบบวิถีชีวิตใหม่ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทย ยังคงมีข้อจำกัดด้านความพร้อมของเทคโนโลยี การเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้รับบริการ และอัตรากำลังกำลังของนักกายภาพบำบัด อีกทั้งต้องให้ความสำคัญกับความรู้และความเข้าใจของนักกายภาพบำบัดต่อวิธีการให้บริการในรูปแบบที่หลากหลาย เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย อีกทั้งการบริหารทรัพยากรทั้งคนและสิ่งของที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสมจึงจะสามารถดำเนินการได้ทันต่อสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสภากายภาพบำบัดที่ให้การสนับสนุนงบประมาณการศึกษานี้ และขอขอบคุณ

นักกายภาพบำบัดทุกท่าน ที่กรุณาร่วมมือในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์สำหรับการศึกษารั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Corpuz JCG. Adapting to the culture of 'new normal': an emerging response to COVID-19. J Public Health (Oxf). 2021.

2. Cuschieri S. COVID-19: the transition towards a new normal-experiences from the European country of Malta. *Z Gesundh Wiss.* 2021;1-8.
3. Khan N, Jones D, Grice A, Alderson S, Bradley S, Carder P, et al. A brave new world: the new normal for general practice after the COVID-19 pandemic. *BJGP Open.* 2020;4(3).
4. Hilbe W, Pircher A, Fureder T, Rumpold H, Gunsilius E, Bartsch R. Creating the "new normal" post-Coronavirus world-web-communication replacing face-to-face interaction. *Memo.* 2020;13(3):245-6.
5. Currie G. Post-COVID-19 New Normal for Nuclear Medicine Practice: An Australasian Perspective. *J Nucl Med Technol.* 2020;48(3):234-40.
6. Cimen C, Keske S, Ergonul O. What is the 'new normal' in surgical procedures in the era of COVID-19? *Clin Microbiol Infect.* 2021;27(1):16-8.
7. Chandra A, Romano MR, Ting DS, Chao DL. Implementing the new normal in ophthalmology care beyond COVID-19. *Eur J Ophthalmol.* 2020;1120672120975331.
8. Caytemel C, Erdem O, S AG, TurkoGlu Z. Dermatology outpatient clinic outcomes after COVID-19 outbreak: What is new normal? *Dermatol Ther.* 2021:e14950.
9. Hasan S, Ur Rahman H, Patil A, Lewis C, Haye C, Townsend S, et al. Impact of COVID-19 on cardiology services in a district hospital and adapting to the new normal. *Postgrad Med J.* 2020.
10. Lanham NS, Bockelman KJ, McCriskin BJ. Telemedicine and Orthopaedic Surgery: The COVID-19 Pandemic and Our New Normal. *JBSJ Rev.* 2020;8(7):e2000083.
11. Susanto AP, Findyartini A, Taher A, Susilaradeya DP, Ariawan I, Dartanto T, et al. COVID-19 in Indonesia: Challenges and Multidisciplinary Perspectives for a Safe and Productive New Normal. *Acta Med Indones.* 2020;52(4):423-30.
12. Kannikar Intawong DO, Suwat Chariyalertsak. Application technology to fight the COVID-19 pandemic: Lessons learned in Thailand. *Biochemical and Biophysical Research Communications.* 2021;534:830-6.
13. Gunawan J, Aunguroch Y, Marzilli C. 'New Normal' in Covid-19 Era: A Nursing Perspective From Thailand. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(10):1514-5.
14. Onpicha Ketphan SJ, Sarah Jane Racal, Dussanee Bunpitaksakun. THE MENTAL HEALTH CARE MODEL TO SUPPORT THE COMMUNITY DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN THAILAND. *Belitung Nursing Journal.* 2020;6(5):152-6.
15. Werayuth Srithumsuk KW. "New Normal" Home Chemotherapy in Thailand: How the Challenging Roles of Nurses Are Changing? *AsiaPacJOncolNurs.* 2021;8:340-3.

- 16.จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ. การศึกษาผลของโปรแกรมการสอนเพื่อการเรียนรู้ การกระตุ้น การติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2562;30 (1):89-101.
- 17.Charles E Levy ES, Huanguang Jia, Meghan Geiss, David Omura. Effects of physical therapy delivery via home video telerehabilitation on functional and health-related quality of life outcomes. J Rehabil Res Dev. 2015;52(3):361-70.
- 18.Michelle A Cottrell TGR. Telehealth for musculoskeletal physiotherapy. Musculoskelet Sci Pract. 2020;48:102193.