นิพนธ์ต้นฉบับ | Original Articles

การพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยระยะกลางผ่านระบบไลน์ออฟฟิตเชียล

The Development of a Physical Rehabilitation on LINE Official Accounts

*มนัสวี ให้ศิริกุล, ประกาศนียบัตรบัณฑิต (กายภาพบำบัดคลินิก)**
*Manatsavee Haisirikul, Grad. Dip. (clinicphysical therapy)**
**งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000*
**Physical Therapy, Department of Rehabilitation, Buri Ram Hospital, Buri Ram Province, Thailand, 31000*
**Corresponding author, E-mail address: manmanpear@yahoo.com*
Received: 21 Feb 2023. Revised: 06 Mar 2023. Accepted: 18 Apr 2023

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : เมื่อผู้ป่วยระยะกลางกลับพักฟื้นที่บ้านมักพบปัญหาผู้ดูแลจดจำวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ได้ และผู้ดูแลที่บ้านไม่ใช่ผู้ที่ผ่านการอบรมที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และความพึงพอใจในการที่ใช้ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยระยะกลางผ่านทางระบบไลน์ออฟฟิตเชียล “การฟื้นฟูผู้ป่วย IMC”

วิธีการศึกษา : การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบการวิจัยกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one group Pretest Posttest design) การใช้ไลน์ออฟฟิตเชียลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการศึกษา : อาสาสมัครเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 26 ราย อายุเฉลี่ย 46.3 ปี (S.D.=12.2) มีคะแนนความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังได้รับความรู้จากสื่อวิดิทัศน์ในไลน์ออฟฟิตเชียล “การฟื้นฟูผู้ป่วยIMC” คะแนนเฉลี่ย 8.9 (S.D.=1.1) และ 12.1 (S.D.=1.6) ตามลำดับ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < 0.05$) มีความพึงพอใจในไลน์ออฟฟิตเชียล “การฟื้นฟูผู้ป่วย IMC” อยู่ในระดับดีมาก

สรุป : การพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายโดยการใช้ไลน์ออฟฟิตเชียล “การฟื้นฟูผู้ป่วย IMC” สามารถเพิ่มศักยภาพ และความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางเมื่อกลับไปฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน ด้วยการดูวิดีทัศน์เพื่อทบทวนความรู้แล้วนำไปปฏิบัติได้บ่อยเท่าที่ต้องการ สามารถแนะนำต่อบุคคลในครอบครัว และเป็นช่องทางในติดต่อสอบถามปัญหาระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรสาธารณสุขผ่านทางข้อความ

คำสำคัญ : การฟื้นฟูสมมรถภาพ ผู้ป่วยระยะกลาง ไลน์ออฟฟิตเชียล

ABSTRACT

Background : The intermediate Care (IMC) patients often encounter problems when returning home for recovery that their caregivers can't remember the rehabilitation method and caregiver are not the person who were trained in the hospital. causing the Intermediate Care patients to not be properly rehabilitation.

Objectives : To investigate the effectiveness of physical rehabilitation and satisfaction of using physical rehabilitation on Line official account (Line OA) in Intermediate Care patients.

Methods : This study is a quasi-experimental research with the one group pretest-posttest design after use physical rehabilitation on Line official account (Line OA).

Results : Participants were 26 IMC patient caregivers. The result showed that caregivers had physical rehabilitation knowledge mean scores before and after learning from "IMC patient rehabilitation" online videos 8.9 points (S.D. = 1.1) and 12.1 points (S.D. = 1.6), respectively. Caregivers had statistically significant increased knowledge. ($p < 0.05$) The satisfaction of using physical rehabilitation on Line OA in IMC patients was at a very good level.

Conclusions : The development of physical rehabilitation on Line OA in IMC patients could increase rehabilitation potential and knowledge of caregivers during IMC patient rehabilitation at home by learning via online videos. Caregivers could watch online videos to review rehabilitation knowledge and then put it into practice as often as they want. Apart from that Line OA is also a way to contact and inquire about problems between caregivers and health personnel via messages.

Keywords : Rehabilitation, Intermediate Care Patients, Line Official Account.

หลักการ และเหตุผล

ผู้ป่วยระยะกลาง หรือ ผู้ป่วย Intermediate care (IMC) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงที่บ้าน การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และผู้ดูแลก่อนออกจากโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันให้กลับมาใกล้เคียงปกติ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องมักมีความพิการซ้ำซ้อน เกิดปัญหาทั้งร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว[1] สำหรับปัญหาสำคัญของการดูแลผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดทักษะ ขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย[2,3]

โรงพยาบาลศูนย์บุรีรัมย์ มีนักกายภาพบำบัดให้การแนะนำฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ การเคลื่อนไหวข้อต่อ การจัดท่าทาง การใช้เครื่องช่วยเดิน แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนหรือกลับพักฟื้นต่อที่บ้าน และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองโดยนักกายภาพบำบัด เดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน จากการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับพักฟื้นที่บ้านที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด มีการหดรั้งของกล้ามเนื้อ มีแผลกดทับ และขาดการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเกิดจากผู้ดูแลจดจำการทำกายภาพบำบัดได้ไม่ครบถ้วน และขาดความมั่นใจในการทำกายภาพบำบัด[4] การพัฒนาศักยภาพของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายแก่ผู้ป่วยควรทำในทุกๆ วัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันแก่ผู้ป่วย การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามามีส่วนช่วยให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองได้ทางอินเตอร์เน็ต เป็นสิ่งที่ประชาชนส่วนใหญ่ได้สามารถเข้าถึงได้ โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์สามารถที่จะจัดหาและนำเทคโนโลยีมาใช้ได้อย่างเหมาะสมกับการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยได้[5]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยระยะกลางโดยจัดทำช่องทางผ่านระบบไลน์ออฟฟิตเชียลในการแนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยระยะกลางโดยการใช้สื่อวิดีทัศน์ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และตระหนักความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายให้กับผู้ป่วย สามารถถ่ายทอดความรู้ให้คนใกล้ชิด และยังเป็นสื่อกลางในการติดต่อสองทางระหว่างผู้ดูแลและบุคคลากรสาธารณสุขในการถามปัญหา ข้อสงสัยในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายผู้ป่วยผ่านช่องทางดังกล่าวได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยระยะกลาง ผ่านทางระบบไลน์ออฟฟิตเชียล
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจผู้ใช้บริการระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยระยะกลางผ่านทางระบบไลน์ออฟฟิตเชียล

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one group Pretest Posttest design) การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เลขที่ บร.0033.102.1/49 ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ.2565

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่งานกายภาพบำบัดกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ (significant level,α) 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ 0.95 และคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยใช้งานวิจัยใกล้เคียง[6] ได้ค่า = 0.84 และแปลงค่าด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power รุ่น 3.1.97 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน ผู้วิจัยป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างโดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 20% ได้กลุ่มตัวอย่าง 26 คน เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion criteria) เป็นเพศชายหรือเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การสื่อสาร สามารถอ่านหนังสือใช้สมาร์ทโฟน และโปรแกรมไลน์ออฟฟิตเชียลได้ เกณฑ์การคัดออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครและผู้ป่วยระยะกลางในการดูแลของอาสาสมัคร ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว
2. แบบประเมินความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย แบบถูกผิดข้อละ 1 คะแนน จำนวน 15 ข้อ 15 คะแนน ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่าสัมประสิทธิเท่ากับแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.723
3. แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 11 ข้อ ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่าสัมประสิทธิเท่ากับแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.977
4. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ใช้ในการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม มีคะแนนเต็มเท่ากับ 100 คะแนน เมื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิเท่ากับแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93[7]

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้วิจัยได้จัดทำเครื่องมือไลน์ออฟฟิตเชียล (Line OA) "การฟื้นฟูผู้ป่วย IMC" โดยมีวีดีทัศน์แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง 4 เรื่อง ได้แก่ การเคลื่อนไหวข้อต่อ การจัดท่าทาง การหัดเดิน และการใช้รถเข็น ซึ่งการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน

3 ท่าน และมีช่องทางการสื่อสารในการให้คำปรึกษา แนะนำ ติดตามอาการโดยบุคลากรทางการแพทย์ผ่านทางข้อความ และวิดีโอคอลผ่าน Line OA

วิธีดำเนินการศึกษา

1. สำรวจ รวบรวม ปัญหา และความต้องการ เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยระยะกลางในผู้ดูแล เมื่อกลับพักฟื้นที่บ้าน

2. ออกแบบ พัฒนาเครื่องมือผ่าน Line OA “การฟื้นฟูผู้ป่วย IMC"

3. ทดลองใช้เครื่องมือ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนของการวิจัย แก่อาสาสมัคร เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และเซนต์เอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

4. เก็บข้อมูล การสัมภาษณ์ ประเมินความรู้ (ครั้งที่ 1) ของอาสาสมัครตามแบบการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร และผู้ป่วยในการดูแลของอาสาสมัคร และแบบประเมินความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย

5. ประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthal Index) (ครั้งที่ 1) ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของอาสาสมัคร

6. ให้อาสาสมัครโหลดไลน์ออฟฟิตเชียล “การฟื้นฟูผู้ป่วย IMC” แนะนำวิธีการใช้ไลน์ออฟฟิตเชียล การเข้าชมสื่อวิดีทัศน์ การสอบถามผ่านทางข้อความ และวิดีโอคอลให้อาสาสมัครทบทวนการใช้ Line OA ประเมินความรู้ซ้ำอีกครั้ง (ครั้งที่ 2) จากแบบประเมินความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายหลังชมวีดีทัศน์ แนะนำให้ผู้ดูแลทบทวนการฟื้นฟูสมรรถภาพสัปดาห์ละครั้ง 4 สัปดาห์เมื่อผู้ป่วยกลับพักฟื้นที่บ้าน

7. ติดตามซ้ำใน 1 เดือน เพื่อประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (ครั้งที่ 2) และความพึงพอใจจากการใช้งานไลน์ออฟฟิตเชียลจากอาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และความพึงพอใจด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยของอาสาสมัครและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ระหว่างก่อน และเมื่อสิ้นสุดงานวิจัย ด้วยสถิติ Pair T-test กำหนดระดับความสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

จากสำรวจรวบรวม ปัญหา ความต้องการผู้ป่วยผู้ดูแล พบว่า 1) ผู้ดูแล และผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่ใช่ผู้ที่ผ่านการอบรมความรู้จากงานกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล 3) ผู้ป่วย/ผู้ดูแลไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ถูกต้องตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด 4) ไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ดูแลคนอื่นได้ 5) ผู้ดูแลขาดการกระตุ้นเตือนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ 6) ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมามีสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ทำให้มีข้อจำกัดในการฟื้นฟูสมรรถภาพ 7) ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความต้องการการทบทวนความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และต้องการช่องทางในการติดต่อเมื่อเกิดปัญหา ข้อสงสัยในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

จากการพัฒนาไลน์ออฟฟิตเชียล และใช้ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยระยะกลาง อาสาสมัครเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 26 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.6 ช่วงอายุระหว่าง 36-50 ปี ร้อยละ 53.8 การศึกษาสูงสุดเท่ากัน 2 ระดับ คือ มัธยมศึกษา และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 26.9 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 34.6 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	4 (15.4%)
หญิง	22 (84.6%)
อายุ	
21-35 ปี	3 (11.5%)
36-50 ปี	14 (53.8)
51-65 ปี	7 (26.9%)
66 ปี ขึ้นไป	2 (7.7%)
$\bar{X}$ = 46.3 S.D. = 12.2	
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	3 (11.5%)
มัธยมศึกษา	7 (26.9%)
อนุปริญญา/อาชีวศึกษา	5 (19.2%)
ปริญญาตรี	4 (15.4%)
สูงกว่าปริญญาตรี	7 (26.9%)
รายได้	
<10,000 บาท	6 (23.1%)
10,000-20,000 บาท	4 (15.4%)
20,001-30,000 บาท	12 (46.2%)
>30,001 บาท	3 (11.5%)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
สามี/ภรรยา	8 (30.8%)
บิดา/มารดา	2 (7.7%)
บุตร	9 (34.6%)
ญาติ/พี่เลี้ยง	7 (26.9%)

ผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของอาสาสมัคร ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.7 ช่วงอายุส่วนใหญ่ 51-65 ปี ร้อยละ 38.5 ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 69.2 การศึกษาสูงสุดเท่ากัน 2 ระดับคือ ประถมศึกษา และอนุปริญญา/อาชีวศึกษา ร้อยละ 23.6 โรคประจำตัวส่วนใหญ่คือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.8 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	15 (57.7%)
หญิง	11 (42.3%)
อายุ	
21-35 ปี	2 (7.7%)
36-50 ปี	7 (26.9)
51-65 ปี	10 (38.5%)
66 ปี ขึ้นไป	7 (26.9%)
$\bar{X}$ = 57.5 S.D. = 14.2	
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5 (19.2%)
ประถมศึกษา	6 (23.1%)
มัธยมศึกษา	2 (7.7%)
ปริญญาตรี	4 (15.4%)
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (11.5%)
วินิจฉัยโรค	
โรคหลอดเลือดสมอง	18 (69.2%)
บาดเจ็บไขสันหลัง	6 (23.1%)
บาดเจ็บทางสมอง	2 (7.7%)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	10 (38.5%)
มีโรคประจำตัว	16 (61.5%)
- โรคความดันโลหิตสูง	14 (53.8%)
- โรคเบาหวาน	6 (23.1%)
- โรคหัวใจ	2 (7.7%)

2. ผลการใช้ไลน์ออฟฟิตเชียล พบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายก่อน (ครั้งที่ 1) และหลัง (ครั้งที่ 2) ได้รับความรู้จากสื่อวิดิทัศน์ในไลน์ออฟฟิตเชียล “การฟื้นฟูผู้ป่วย IMC” ของอาสาสมัคร ค่าคะแนนเฉลี่ย 8.9(±1.1) และ 12.1(±1.6) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังได้รับความรู้จากสื่อวิดิทัศน์ในไลน์ออฟฟิตเชียล “การฟื้นฟูผู้ป่วย IMC” พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางของอาสาสมัคร

ประเภทเนื้อหา	ก่อน		หลัง		T	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การเคลื่อนไหวข้อต่อแขน-ขา (4 คะแนน)	3.0	0.4	3.5	0.5	-3.6	0.001*
การจัดท่าทาง (4 คะแนน)	2.6	0.9	2.9	1.0	-1.6	0.118
การหัดเดิน (4 คะแนน)	1.4	0.7	3.2	0.7	-14.5	0.000*
การใช้รถเข็น (3 คะแนน)	1.8	0.8	2.5	0.6	-4.9	0.000*
คะแนนรวม (15 คะแนน)	8.9	1.1	12.1	1.6	-12.4	0.000*

*p < 0.01

ผลคะแนนประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ก่อน (วันที่อาสาสมัครโหลดไลน์ออฟฟิตเชียล) และเมื่อติดตามซ้ำเมื่อผ่านไป 1 เดือน ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย 19.0 (±3.4) และ 43.8 (±6.2) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อน และเมื่อติดตามซ้ำเมื่อผ่านไป 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05 (ตารางที่ 4) และพบภาวะแทรกซ้อน คือ ปวดไหล่ 1 ราย

ตารางที่ 4 แสดงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง

	ก่อน		หลัง		T	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (100 คะแนน)	19.0	3.4	43.8	6.2	-5.2	0.000*

*p < 0.01

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครต่อการใช้ไลน์ออฟฟิตเชียล “การฟื้นฟูผู้ป่วย IMC” ด้านเนื้อหา ด้านสื่อออนไลน์ และความเหมาะสมในการแนะนำให้ผู้อื่น โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย (S.D.) คือ 4.5(0.5) 4.6(0.4) และ 4.8(0.4) ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงความพึงพอใจต่อการใช้ไลน์ออฟฟิตเชียล

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านเนื้อหา	4.5	0.5	มากที่สุด
ด้านสื่อออนไลน์	4.6	0.4	มากที่สุด
ความเหมาะสมในการแนะนำให้ผู้อื่น	4.8	0.4	มากที่สุด

อภิปราย

การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง “การฟื้นฟูผู้ป่วย IMC” โดยนำ line OA เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นสื่อการเรียนรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นช่องทางสื่อสารระหว่างผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีช่องทาง วิดีโอคอล เพื่อติดตามฟื้นฟูเฉพาะบุคคล โดย Line OA เป็นรูปแบบการสื่อสารที่มีความเป็นส่วนตัวระหว่างผู้บริโภคกับกลุ่มธุรกิจ องค์กร สามารถส่งข้อความ ภาพ ไฟล์วิดีโอ

หรือลิงค์ และการตอบกลับของผู้บริโภคจะมีเพียงกลุ่มธุรกิจองค์กรเท่านั้นที่เห็น ข้อความที่ส่งมา จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับความรู้จากสื่อวิดีทัศน์มีความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลสามารถทบทวนความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายด้วยตนเอง และแนะนำความรู้ให้กับคนในครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของพรรัตติกาล พลหาญ และคณะ ศึกษาการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูดโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ พบว่า เมื่อสิ้นสุดการวิจัยกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูดโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากผู้ป่วยสามารถเปิดดูได้ตลอดเวลาเมื่อต้องการ[6] และการใช้แอปพลิเคชันเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยให้ความรู้สำหรับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การแจ้งเตือนในการรับประทานยา ข้อความในการเสริมแรง ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[9] เช่นเดียวกับการศึกษาที่ใช้แอพพลิเคชั่นในการส่งเสริม ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมาประยุกต์เป็นแอปพลิเคชันเตือนการรับประทานยาของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การให้ข้อมูลโดยจัด ทำเป็นลักษณะความรู้บนจอโทรศัพท์มือถือเน้นให้ความรู้จาก ข้อความที่สั้นกระชับ พร้อมภาพประกอบ เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย เสริมแรงจูงใจ โดยการใช้สัญลักษณ์ และแอปพลิเคชันนี้จะทำงานเสมือนตัวช่วยในการฝึกให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความร่วมมือ ในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)[10] โดยในงานวิจัยนี้หากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นย่อมช่วยป้องกันเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย การให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด สามารถพัฒนาการฟื้นตัวของการทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยคนในครอบครัวสามารถกระตุ้นการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่คนในครอบครัว[8]

ส่วนความพึงพอใจต่อเนื้อหา และด้านสื่อไลน์ออฟฟิตเชียลอยู่ในระดับดีมาก โดยเนื้อหาความรู้ที่ใช้เป็นรูปแบบสื่อวิดิทัศน์มีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากต่อการสร้างเสริมแรงจูงใจต่อการรับชม ด้วยภาพประกอบเคลื่อนไหวที่สวยงามชัดเจน คำบรรยายที่สั้นกระชับ สื่อความหมาย ให้ผู้ที่รับชมเข้าใจได้ง่าย การนำเทคโนโลยีมาใช้กับส่งเสริมสุขภาพ ช่วยเพิ่มความสะดวกให้กับผู้รับบริการ และสามารถเปิดรับชมวีดิทัศน์ได้ด้วยตนเองที่บ้านหรือสถานที่ใดก็ได้ที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต เลือกที่จะรับชมในเวลาใดก็ได้ที่มีความสะดวกหรือจะรับชมวีดิทัศน์ได้อีกหลายรอบตามความต้องการ เนื่องจากความรู้ที่ได้เรียนรู้ด้วยตนเองเพียงครั้งเดียวอาจจะไม่สามารถจดจำเนื้อหาข้อมูลได้ทั้งหมด แต่เมื่อได้รับชมหลายๆรอบแล้ว จะสามารถเพิ่มเติมการจดจำเนื้อหาข้อมูล ความรู้หรือข้อแนะนำต่างๆ ได้มากยิ่งขึ้น ทำให้การเรียนรู้ได้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตนั้นประสบกับความสำเร็จได้ด้วยดี สภาวการณ์ของสังคมปัจจุบันนมากขึ้น โดยเฉพาะการใช้สื่อเพื่อการเรียนรู้ที่บ้าน สื่อวิดีโอ ซีดีจึงเป็นสื่อที่ทุกบ้านสามารถใช้งานได้ง่ายที่สุด ทั้งนี้เพราะผู้เรียนสามารถเรียนโดยไม่จำกัดอายุไม่จำกัดเวลาผู้เรียน[11]

สรุป

จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการใช้ไลน์ออฟฟิตเชียล “การฟื้นฟูผู้ป่วย IMC” เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทบทวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และสามารถสอบถามปัญหาในการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าผู้ดูแลมีความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น สามารถติดต่อ สอบถามปัญหาต่างๆ ผ่านทางข้อความ เช่น ปัญหาด้านการฟื้นฟู ที่พบขณะเพื่อกลับพักฟื้นที่บ้านได้ และสามารถให้ผู้ดูแลคนอื่นๆ เรียนรู้ร่วมกันดูแลผู้ป่วยได้ เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ความมั่นใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น ลดการพึ่งพาผู้อื่น ลดภาวะพิการได้ แต่อย่างไรก็ตามระบบไลน์ออฟฟิตเชียล สามารถให้บริการได้กับผู้รับบริการกลุ่มที่สามารถใช้สมาร์ทโฟน และโปรแกรมไลน์ออฟฟิตเชียลได้เท่านั้น และควรทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้ Line OA เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ Line OA ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ไลน์ออฟฟิตเชียล “การฟื้นฟูผู้ป่วย IMC” ช่วยเพิ่มศักยภาพ และความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เมื่อกลับไปฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน ด้วยการดูวิดีทัศน์เพื่อทบทวนความรู้และนำไปปฏิบัติได้บ่อยเท่าที่ต้องการ สามารถแนะนำต่อบุคคลในครอบครัว และเป็นช่องทางในติดต่อสอบถามปัญหาระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรสาธารณสุขผ่านทางข้อความได้

2. งานวิจัยนี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบในการให้ความรู้ และช่องทางการสื่อสารแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลในกลุ่มโรคอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. บุษกร โลหารชุน, ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล, อุไรรัตน์ ศิริวัฒน์เวชกุล, ศุภศิลป์ จำปานาค, วิชนี ธงทอง, และคณะ, บรรณาธิการ. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ : บอร์นทูบีพับลิชชิ่ง ; 2562.
2. ทศพล ดีเลข, ปิยกานต์ พัฒนวงศ์, ณัฐพร พุทธิเมธี, รัฐระวี พัฒนรัตนโมฬี, นภสร จรูญศรีโชติกำจร, วลี โชคชัยชำนาญกิจ และคณะ. ปัญหาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยอัมพาต ณ หมู่บ้านโนนม่วง ต.ศิลา อ.เมือง จ.ขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2548;20(4):202-7.
3. สุภาพร แนวบุตร. ผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2558;8(4):88-100.
4. มนัสวี ให้ศิริกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเมื่อกลับพักฟื้นที่บ้าน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2562;34(3): 385-97.
5. อนุสรา มั่นศิลป์. ผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมการสอนสู่การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านอินเทอร์เน็ตต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี่. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2565;32(1): 88-100.
6. พรรัตติกาล พลหาญ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูด โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด. วารสารพยาบาลทหารบก 2562;20(3):93-103.
7. ดวงกมล สุวรรณ์, วิภา แซ่เซี้ย, ประณีต ส่งวัฒนา. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2565;9(2):14-25.
8. Hong SE, Kim CH, Kim EJ, Joa KL, Kim TH, Kim SK, et al. Effect of a Caregiver's Education Program on Stroke Rehabilitation. Ann Rehabil Med 2017;41(1):16-24. doi: 10.5535/arm.2017.41.1.16.
9. Jeon E, Park HA. Development of the IMB Model and an Evidence-Based Diabetes Self-management Mobile Application. Healthc Inform Res 2018;24(2):125-38. doi: 10.4258/hir.2018.24.2.125.
10. สุภัทรา สีเสน่ห์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, ฉัตรกนก ทุมวิภาต, วชิรศักดิ์ วานิชชา. ผลของโมบายแอพพลิเคชั่นต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2561;28(1):61-74.
11. โสภาพันธ์ สะอาด. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2558;26(2):41-9.