รายงานการวิจัย

ผลของโปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด

Effects of a Home-Based Rehabilitation Nursing Program for Intermediate Care Patients Using Social Support, Trat Hospital

จิตตานันท์ สุขบัว พย.บ.[1]
อันธิกา คะระวานิช วท.ม.(สาขาวิชาสรีรวิทยา)[2]
ณัฏฐกุล หนูจักร วท.ม.(สาขาสาธารณสุขศาสตร์)[3]
ลดาวัลย์ จันทร์แจ้ง พย.ม.(สาขาบริหารการพยาบาล)[4]
กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด
E-mail: chittasuk@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้านโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 34 คน และผู้ป่วยระยะกลาง 4 กลุ่มโรค ที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประเมินรับเข้าระบบผู้ป่วย Intermediate care มี Barthel Activities of Daily Living Index น้อยกว่า 15 คะแนน และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตราด กลับไปพักอาศัยที่บ้านในเขต อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด จำนวน 34 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้านโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test, One sample t-test และ one-way repeated measures ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเรื่องการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยหลังใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลังใช้โปรแกรมฯทันที และ 1 สัปดาห์สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อโปรแกรมฯสูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยระยะกลางหลังใช้โปรแกรม 1 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิจัยในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางต้องได้รับความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องที่บ้าน โดยการได้รับการสนับสนุนกิจกรรมในรูปแบบโปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการสุขภาพ ความรู้และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเพิ่มระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยระยะกลางดีขึ้นได้ตามลำดับ ควรสนับสนุนให้หน่วยงานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง นำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยระยะกลาง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลอนามัยประชาชนในประเทศ โดยการจัดบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยมีการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้มีทิศทางและเป็นระบบ มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินระบบบริการ กำหนดแผน ดำเนินงาน ติดตาม และประเมินผลระบบบริการพยาบาลในประเทศ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care) เป็นแผนพัฒนาสำคัญแผนหนึ่งที่ระบบบริการพยาบาลต้องพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย Service Plan ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) 4 กลุ่มโรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) บาดเจ็บศีรษะและสมอง (Traumatic brain injury; TBI) บาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury; SCI) และกระดูกสะโพกหัก (Fracture Hip) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care : IMC) เป็นบริการที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤติแล้วและมีอาการคงที่ แต่ยังมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน หรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบในระยะ 6 เดือน หลังพ้นระยะวิกฤต (golden period) จากตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel ADL index เท่ากับ 20 ก่อนครบ 6 เดือน มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66) เป้าหมายร้อยละ 65, 70 และ 75 ตามลำดับ ภาพรวมในประเทศ ปฏิบัติได้ร้อยละ 83.51, 86.85 และ 87.06 ตามลำดับ ภาพรวมในเขตสุขภาพที่ 6 ปฏิบัติได้ ร้อยละ 74.63, 88.8 และ 89.2 ตามลำดับ คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ใช้วัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีทั้งหมด 10 หมวด ประกอบด้วย 1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 2) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 1-2 วันที่ผ่านมา 3) ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) ใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ขั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10) การกลั้นปัสสาวะ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนเต็มคือ 20 คะแนน แสดงถึง สามารถช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้มาก จากข้อมูลเยี่ยมบ้าน พบ ผู้ป่วยระยะกลางมีค่า Barthel ADL Index 0–11 คะแนน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยทำให้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้น้อย เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอื่นที่จะตามมา เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็งได้ง่าย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับสูญเสียหน้าที่รุนแรงมากถึงปานกลางจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันทั้งหมด (สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมณี, 2565)

เขตสุขภาพที่ 6 ผู้ป่วยระยะกลาง ปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 (ต.ค.65-พ.ค.66) คือ 10,519, 11,696 และ 16,372 คน ตามลำดับ จึงมีนโยบายจัดทำ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) ครอบคลุม 4 กลุ่มโรค ซึ่งพบปัญหามีผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจำนวนมาก การเข้าถึงบริการได้น้อยทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการให้บริการในชุมชน รวมไปถึงบุคลากร ครุภัณฑ์ ที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางได้อย่างมีคุณภาพ (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6, 2566) โดยพบว่า มีเตียง IMC รวม 65 เตียง มีพยาบาลฟื้นฟู หลักสูตร 4 เดือน ใน 8 จังหวัด รวม 40 คน ยกเว้นจังหวัดตราด ไม่มีพยาบาลฟื้นฟู ซึ่งผลการดำเนินงาน Intermediate Care ของโรงพยาบาลตราด ปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 (ต.ค.65-พ.ค.66) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel ADL index เท่ากับ 20 ก่อนครบ 6 เดือน เป้าหมายร้อยละ 65, 70 และ 75 ตามลำดับ ปฏิบัติได้ ร้อยละ 69.24, 73.05, 81.97 ตามลำดับ ซึ่งเป้าหมายในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นทุกปี (หน่วยงานกายภาพบำบัด, 2566) จากข้อมูลเยี่ยมบ้าน

ในอำเภอเมือง จังหวัดตราด ปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 (ต.ค.65-พ.ค.66) มีผู้ป่วยระยะกลางทั้งหมด 82, 76 และ 56 ราย หลังฟื้นฟูครบ 6 เดือน มีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ส่งต่อดูแลระยะยาว (Long term care) จำนวน 11, 23 และ 7 ราย ตามลำดับ (Thai COC, 2566) จากการเยี่ยมบ้านพบปัญหาดังต่อไปนี้ 1) เตียง IMC โรงพยาบาลตราด มี 4 เตียง ซึ่งผู้ป่วยทุกรายไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ 2) ไม่มีพยาบาลฟื้นฟู หลักสูตร 4 เดือน ทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน 3) พยาบาลชุมชนที่ดูแลผู้ป่วย IMC ต่อเนื่องที่บ้านตามความรู้ ประสบการณ์ของแต่ละคน ไม่มีแนวทางในการสอนผู้ดูแล/ญาติ ที่เป็นแนวทางเดียวกัน 4) ผู้ป่วย IMC ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพไม่ครบ 6 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วย IMC มีการดำเนินของโรคเป็นผู้ป่วยระยะยาว (Long term care) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปีงบประมาณ 2564 – 2565 ร้อยละ 13.4, 30.3 และ ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65- พ.ค.66) ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายที่นำมาซึ่งการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม เช่น การรับรู้ เข้าใจ และตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึก การให้ข้อมูล ให้วัตถุสิ่งของ รวมถึงการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การที่บุคคลรับรู้การสนับสนุนทางสังคม บุคคลจะเกิดการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลให้มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ (คณะจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562) การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ปุณยนุช จิ๋มะลิ และคณะ, 2564) การเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มทดลองหลังให้โปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยของการนอนรักษาในโรงพยาบาลลดลงและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (รัศมี เกตุธานี และ คณะ, 2566) ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะกลางมีความสามารถการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางยังไม่แพร่หลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้านโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม สำหรับผู้ป่วยระยะกลางที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านขึ้นมา เพื่อใช้เป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ดูแลให้มีความรู้ และความสามารถ ทำให้ผู้ป่วยระยะกลาง ได้เข้าถึงบริการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยระยะกลางมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ลดการดำเนินของโรคเป็นผู้ป่วยระยะยาว (Long term care)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างโปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้านโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม
2. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้านโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเรื่องการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยหลังใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ

2. ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลังใช้โปรแกรมฯ ทันที และ 1 สัปดาห์สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ

3. ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อโปรแกรมฯ สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมาย

4. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยระยะกลางหลังใช้โปรแกรม 1 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981 อ้างใน กรรณิการ์ ดาโลดม, 2561) แบ่งชนิดแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) 2) แรงสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและการประเมินคุณค่า (appraisal support) 3) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) 4) แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) ดังแผนภาพดังนี้

โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน
โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม

1. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ตามรายโรค

ทบทวนความรู้ผู้ป่วยระยะกลาง 4 กลุ่มโรค

- โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
- บาดเจ็บศีรษะและสมอง (Traumatic brain injury)
- บาดเจ็บทางไขสันหลัง (Spinal cord injury)
- กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture)

ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เรื่อง

- การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลาง
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.2 ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

การฟื้นฟูสมรรถภาพ 10 ท่า – ท่ายกแขนขึ้นและลง, – ท่ากางแขนออก และหุบแขนเข้า, – ท่างอศอกและเหยียดข้อศอก, - ท่ากระดกข้อมือ ขึ้น-ลง, - ท่ากำมือ – แบมือ งอ-เหยียดข้อนิ้วมือ, - ท่างอและเหยียดข้อสะโพกพร้อมกับข้อเข่า, - ท่ากางและหุบข้อสะโพก, - ท่างอและเหยียดเข่า, - ท่ากระดกข้อเท้าขึ้น – ลง, - ท่างอ - เหยียด ข้อนิ้วเท้า

2. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์

2.1 การสร้างสัมพันธภาพ

2.2 การเสริมแรง การให้กำลังใจ

3. แรงสนับสนุนด้านเครื่องมืออุปกรณ์(ประสานเครือข่าย)

ประเมินและจัดหาอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยต้องใช้แต่ขาดแคลน เช่น เตียง ที่นอนลม อุปกรณ์สำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

4. แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า

ประเมินความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ผู้ดูแล

1. ความรู้ของผู้ดูแล
2. ความสามารถของผู้ดูแล
3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ

ผู้ป่วยระยะกลาง

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

วิธีดำเนินการวิจัย

<u>ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)</u>

ประชากร

กลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) 4 กลุ่มโรคทุกรายที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะกลาง และเข้าระบบ IMC ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีผู้ดูแลประจำ รับการรักษาในโรงพยาบาลตราด และจำหน่ายกลับบ้านไปพักอาศัยในเขตอำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด ปี 64-65 จำนวนรวม 158 ราย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กำหนดตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยกำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) สำหรับสถิติ t-test กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดนัยสำคัญ (ค่าα) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ 0.85 และขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่ม เท่ากับ 31 ราย ด้วยโปรแกรม G Power 3.1.9.4 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 34 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 4 กลุ่มโรคที่มีค่า Barthel ADL Index น้อยกว่า 15 คะแนน ที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประเมินรับเข้าระบบผู้ป่วย IMC จำนวน 34 ราย ขณะพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วย และจำหน่ายจากโรงพยาบาลตราดกลับไปพักอาศัยในอำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด ระยะเวลาตั้งแต่ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 (ภายใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย)

2. ผู้ป่วยระยะกลาง 4 กลุ่มโรคที่มีค่า Barthel ADL Index น้อยกว่า 15 คะแนน ที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประเมินรับเข้าระบบผู้ป่วย IMC จำนวน 34 ราย ขณะพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วย และจำหน่ายจากโรงพยาบาลตราดกลับไปพักอาศัยในอำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด ระยะเวลาตั้งแต่ ระยะเวลาตั้งแต่ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 (ภายใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย)

Inclusion criteria

ผู้ดูแล

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ได้น้อยกว่า 15 คะแนน ที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประเมินรับเข้าระบบผู้ป่วย IMC ขณะพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วย และจำหน่ายจากโรงพยาบาลตราด กลับไปพักอาศัยในอำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด เข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้ตลอดจนสิ้นสุดโครงการ

2. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลตราดไม่เกิน 6 เดือน หรือ 180 วันทั้งเพศหญิง และเพศชาย ของโรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด

3. ไม่มีโรคประจำร้ายแรง สามารถทำ Passive Exercise และฟื้นฟูผู้ป่วยตามโปรแกรมได้จนสิ้นสุดโครงการ

4. มีโทรศัพท์ มีอินเตอร์เน็ต สามารถเข้า Line Official Account

ผู้ป่วย

1. เข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ หรือผู้พิทักษ์ตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯได้ตลอดจนสิ้นสุดโครงการ

2. เป็นผู้ป่วยระยะกลางที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลตราดไม่เกิน 6 เดือน หรือ 180 วันทั้งเพศหญิง และเพศชาย ของโรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด

3. เป็นผู้ป่วยระยะกลางที่คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) น้อยกว่า 15 คะแนน ที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประเมินรับเข้าระบบผู้ป่วย IMC ขณะพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วย และจำหน่ายจากโรงพยาบาลตราด กลับไปพักอาศัยในอำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด เข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้ตลอดจนสิ้นสุดโครงการ

4. ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย ไม่สวมใส่เครื่องให้ออกซิเจน

Exclusion criteria

ผู้ดูแล

ผู้ดูแลมีอาการเจ็บป่วยกำเริบรุนแรง เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถฟื้นฟูผู้ป่วยได้ตามโปรแกรมฯ

ผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรง เป็นเหตุให้ต้องพักเข้ารักษาในโรงพยาบาล หรือเสียชีวิต

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง เดือน สิงหาคม 2566 ถึง เดือน ตุลาคม 2566 รวมระยะเวลา 3 เดือน ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนัดหมายเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้านโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม การวัดความรู้ และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯครบ 1 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ชี้แจงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้ทราบ ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามแผนที่วางไว้โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เก็บเป็นความลับและทำลายข้อมูลนั้นทิ้งเมื่อทำการวิเคราะห์ ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเรียบร้อยแล้ว

4. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้จะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมโดยประยุกต์จากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ 1) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 2) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ 3) แรงสนับสนุนด้านเครื่องมืออุปกรณ์(ประสานเครือข่าย) และ 4) แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความรู้ผู้ของดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเรื่องการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เรื่อง การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลาง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นใช้ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ คำตอบมีให้เลือก คือ ถูก ไม่ถูก เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ คือให้คะแนน 1 ในข้อที่ตอบคำถามถูก ให้คะแนน 0 ในข้อที่ ตอบคำถามผิด คะแนนรวมอยู่ที่ 0–20 คะแนน

การแปลผล พิจารณาตามการแบ่งระดับความรู้โดยใช้เกณฑ์ของ (Bloom, 1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวม <12 คะแนน	(คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60.0)	หมายถึง ระดับความรู้น้อย
คะแนนรวม 12–16 คะแนน	(คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60.0 – 80.0)	หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง
คะแนนรวม >16 คะแนนขึ้นไป	(คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป)	หมายถึง ระดับความรู้มาก

ชุดที่ 2 แบบประเมินผลความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

แบบสังเกตความสามารถในการปฏิบัติ Passive exercise ท่าออกกำลังกาย 10 ท่า 1) ท่ายกแขนขึ้นและลง 2) ท่ากางแขนออกและหุบแขนเข้า 3) ท่างอศอกและเหยียดข้อศอก 4) ท่ากระดกข้อมือขึ้น-ลง 5) ท่ากำมือ - แบมือ งอ-เหยียดข้อนิ้วมือ 6) ท่างอและเหยียดข้อสะโพกพร้อมกับข้อเข่า 7) ท่ากางและหุบข้อสะโพก 8) ท่างอและเหยียดเข่า 9) ท่ากระดกข้อเท้าขึ้น - ลง 10) ท่างอ - เหยียด ข้อนิ้วเท้า ทำการประเมิน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ครั้งที่ 2 หลังใช้โปรแกรมฯ ทันที ครั้งที่ 3 เมื่อใช้โปรแกรมฯ ครบ 1 สัปดาห์

การให้คะแนน มี 3 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนนหมายถึงต้องปรับปรุง 2 คะแนนหมายถึงปฏิบัติได้พอใช้ 3 คะแนนหมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องใน 10 ท่าดังนี้ คือ 1) ท่ายกแขนขึ้นและลง 2) ท่ากางแขนออกและหุบแขนเข้า 3) ท่างอข้อศอกและเหยียดข้อศอก 4) ท่ากระดกข้อมือขึ้น – ลง 5) ท่ากำมือ – แบมือ งอ-เหยียดข้อนิ้วมือ 6) ท่างอและเหยียดข้อสะโพกพร้อมกับข้อเข่า 7) ท่ากางและหุบข้อสะโพก 8) ท่างอและเหยียดเข่า 9) ท่ากระดกข้อเท้าขึ้น – ลง 10) ท่างอ - เหยียด ข้อนิ้วเท้า

การแปลผลคะแนน พิจารณาเกณฑ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามระดับคะแนนรวม ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสส์ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนรวม 10 - 16	(ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.0 – 1.66)	หมายถึง ระดับความสามารถต่ำ
คะแนนรวม 17 – 23	(ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.67 – 2.33)	หมายถึง ระดับความสามารถปานกลาง
คะแนนรวม 24 - 30	(ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.34 – 3.00)	หมายถึง ระดับความสามารถสูง

ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อโปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน มีทั้งหมด 10 ข้อ ทำการประเมินผู้ดูแล 1 ครั้ง หลังสิ้นสุดการวิจัย ใช้ระดับการวัดข้อมูลมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะของคำถามเป็นปลายปิด โดยกำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินเป็น 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Likert ได้ดังนี้

คะแนน 5	หมายถึง	มีความพึงพอใจมากที่สุด
คะแนน 4	หมายถึง	มีความพึงพอใจมาก
คะแนน 3	หมายถึง	มีความพึงพอใจปานกลาง
คะแนน 2	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อย
คะแนน 1	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนน ใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนข้อมูลความพึงพอใจของผู้ดูแลที่เก็บมาได้จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด โดยจัดระดับค่าเฉลี่ยคะแนน (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2557) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนน	4.50 - 5.00	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจมากที่สุด
ค่าเฉลี่ยคะแนน	3.50 - 4.49	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจมาก
ค่าเฉลี่ยคะแนน	2.50 - 3.49	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจปานกลาง
ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.50 - 2.49	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจน้อย
ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.00 – 1.49	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

ชุดที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินประจำวัน (Bathel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 10 ข้อ 1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยเมื่ออยู่ต่อหน้า 2) การล้างหน้าแปรงฟัน หวีผม โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ที่ผ่านมา 3) การลุกขึ้นจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนทีภายในห้องหรือบ้าน 6) การแต่งตัว สวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ขั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นการถ่ายอุจจาระใน ระยะ1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมิน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เมื่อเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรก ครั้งที่ 2 หลังเริ่มโปรแกรมครบ 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 เมื่อเริ่มโปรแกรมครบ 4 สัปดาห์

การแปลผลคะแนน

คะแนนรวม 0 – 4	หมายถึง	ระดับการสูญเสียหน้าที่รุนแรงมาก
คะแนนรวม 5 – 9	หมายถึง	ระดับการสูญเสียหน้าที่รุนแรง
คะแนนรวม 10 – 14	หมายถึง	ระดับการสูญเสียหน้าที่ปานกลาง
คะแนนรวม 15 – 19	หมายถึง	ระดับการสูญเสียหน้าที่น้อย
คะแนนรวม 20	หมายถึง	ดูแลตนเองได้ทั้งด้านกายภาพและสังคม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม และแบบเก็บรวมรวบข้อมูล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ตรวจสอบ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด และ อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาล

การตรวจสอบความเชื่อมั่น แบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เท่ากับ 0.85 แบบประเมินผลความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เท่ากับ 0.90 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อโปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม 0.95 และ แบบประเมินความสามารถในการดำเนินประจำวัน (Bathel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง เท่ากับ 1.0

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเรื่องการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ด้วย Paired t-test ความพึงพอใจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางกับค่าเกณฑ์เป้าหมายด้วย One sample t-test ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางก่อน หลังใช้โปรแกรมฯทันที และ 1 สัปดาห์ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง ก่อน หลังใช้โปรแกรมฯ 1 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ด้วย one-way repeated measures ANOVA

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจังหวัดตราด เลขที่ 35/2565 ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด เป็นการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) 4 กลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะกลาง และมีค่า Barthel ADL Index น้อยกว่า 15 คะแนน จำนวน 34 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 34 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม 2566 ถึง

เดือน ตุลาคม 2566 รวมระยะเวลา 3 เดือน ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

ส่วนที่ 3 ความรู้ ความสามารถ และความพึงพอใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

3.1 ความรู้ ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางและเปรียบเทียบความรู้ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด

3.2 ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางและเปรียบเทียบความความสามารถ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อน หลังทันที และหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด 1 สัปดาห์

3.3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และเปรียบเทียบกับค่าเกณฑ์เป้าหมายหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด

ส่วนที่ 4 ความสามาถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง

4.1 ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง

4.2 เปรียบเทียบความสามาถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง ก่อน หลัง 1 สัปดาห์ และ หลัง 4 สัปดาห์ การใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด

โปรแกรม	เนื้อหา	สื่อการสอน	เวลา
1. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	**กิจกรรมที่ 1** **ก.ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามรายโรค** **1.1 ทบทวนความรู้ผู้ป่วยระยะกลาง 4 กลุ่มโรค** - โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) - บาดเจ็บศีรษะและสมอง (Traumatic brain injury) - บาดเจ็บทางไขสันหลัง (Spinal cord injury) - กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) **1.2 ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง** เรื่อง - การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลาง - การป้องกันภาวะแทรกซ้อน - ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ	1. แผ่นโปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ตามรายโรค - โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) - บาดเจ็บศีรษะและสมอง (Traumatic brain injury) - บาดเจ็บทางไขสันหลัง (Spinal cord injury) - กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) 2. โปสเตอร์ รูปภาพภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลาง	30 นาที

	ข. ฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพ **- ฝึกท่าออกกำลังกาย** (Passive- Active exercise) ท่าที่ 1 ท่ายกแขนผู้ป่วยขึ้นและลง ท่าที่ 2 ท่ากางแขนออกและหุบแขนเข้า ท่าที่ 3 ท่างอศอกและเหยียดข้อศอก ท่าที่ 4 ท่ากระดกข้อมือ ขึ้น-ลง ท่าที่ 5 ท่ากำมือ–แบมือ งอ-เหยียดข้อนิ้วมือ ท่าที่ 6 การงอและเหยียดข้อสะโพก พร้อมกับข้อเข่า ท่าที่ 7 ท่ากางและหุบข้อสะโพก ท่าที่ 8 ท่างอและเหยียดเข่า ท่าที่ 9 ท่ากระดกข้อเท้าขึ้น – ลง ท่าที่ 10 ท่างอ - เหยียด ข้อนิ้วเท้า	- สาธิต และฝึกปฏิบัติ - แผ่นโปสเตอร์ท่าออกกำลังกาย Passive- Active exercise 10 ท่า	1 ชั่วโมง
2. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์	**กิจกรรมที่ 2 เสริมพลังใจ** 2.1 การสร้างสัมพันธภาพ 2.2 การเสริมแรง การให้กำลังใจผู้ดูแล	- วิดีโอบุคคลต้นแบบด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ จากการเจ็บป่วยกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อีกครั้ง	30 นาที
3. แรงสนับสนุนด้านเครื่องมืออุปกรณ์ (ประสานเครือข่าย)	**กิจกรรมที่ 3 สอนการใช้อุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพ (จัดหากรณีที่ผู้ป่วยขาดแคลน)** - สอนการใช้อุปกรณ์ที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น เตียง ที่นอนลม อุปกรณ์สำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และนวัตกรรมต่างๆ	- แบบประเมินการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์	30 นาที
4. แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า	**กิจกรรมที่ 4** **นำผลการประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วยมาสะท้อนคิดในเชิงสร้างสรรค์** - เข้าร่วม Line Official Account - ส่งผลการออกกำลังกายตามโปรแกรมฯทุกวันเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับการออกกำลังกายทุกวัน - ผู้วิจัยแจ้งผลกลับ ถ้าผู้ดูแลทำถูกต้อง ผู้วิจัยส่งข้อความชื่นชม ถ้าผู้ดูแลทำไม่ได้ หรือไม่เข้าใจ ผู้วิจัยให้กำลังใจและให้ผู้ดูแลลองทำใหม่	-Line Official Account - โทรศัพท์เคลื่อนที่ - อินเตอร์เน็ต	ทุกวัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.2 อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 50 – 59 ปี ร้อยละ 38.2 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 52.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 38.2 และสภาพเศรษฐกิจ/ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว เพียงพอไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 47.1

ส่วนที่ 3 ความรู้ ความสามารถ และความพึงพอใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

3.1 ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และเปรียบเทียบความรู้ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนใช้โปรแกรมฯ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมีความรู้น้อย ร้อยละ 45.0 โดยมีความรู้ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลาง มากที่สุดร้อยละ 48.8 รองลงมาคือ ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 44.4 และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 41.4 ตามลำดับ หลังใช้โปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีความรู้โดยรวม อยู่ในระดับมีความรู้มาก ร้อยละ 93.5 โดยมีความรู้ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลางมากที่สุด ร้อยละ 94.1 รองลงมาประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 93.5 และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 92.9 ตามลำดับ ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนน ร้อยละ และระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด และหลังใช้โปรแกรม รายด้าน และโดยรวม (n = 34)

ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	ก่อนใช้โปรแกรมฯ			หลังใช้โปรแกรมฯ		
	ค่าเฉลี่ยคะแนน	ร้อยละ	ระดับ	ค่าเฉลี่ยคะแนน	ร้อยละ	ระดับ
การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลาง	16.6	48.8	น้อย	32.0	94.1	มาก
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	14.1	41.4	น้อย	31.6	92.9	มาก
ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ	15.1	44.4	น้อย	31.8	93.5	มาก
โดยรวม	**15.3**	**45.0**	**น้อย**	**31.8**	**93.5**	**มาก**

เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเรื่องการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยหลังใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t =-24.4, p-value < .001) ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด (n = 34)

ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	Min	Max	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	4	14	9.00	2.374	-24.4	33	.000*
หลังใช้โปรแกรมฯ	17	20	18.74	.994			

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางและเปรียบเทียบความความสามารถ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อน หลังทันที และหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด 1 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$=1.26, S.D.=0.12) หลังใช้โปรแกรมฯทันที ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีความสามารถโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$= 2.88, S.D.=0.07) และหลังใช้โปรแกรมฯ 1 สัปดาห์ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$= 2.81, S.D.=0.11) ดังแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด หลังใช้โปรแกรมฯทันที และหลังใช้โปรแกรม ฯ 1 สัปดาห์ (n = 34)

ความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	ก่อนใช้โปรแกรมฯ			หลังใช้โปรแกรมฯทันที			หลังใช้โปรแกรมฯ 1 สัปดาห์		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความสามารถ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความสามารถ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความสามารถ
1. ท่ายกแขนขึ้นและลง	1.41	0.50	ต่ำ	3.00	0.00	สูง	3.00	0.00	สูง
2. ท่ากางแขนออกและหุบแขนเข้า	1.18	.038	ต่ำ	2.88	0.32	สูง	2.85	0.35	สูง
3. ท่างอข้อศอกและเหยียดข้อศอก	1.41	0.50	ต่ำ	2.85	0.35	สูง	2.85	0.35	สูง
4. ท่ากระดกข้อมือขึ้น-ลง	1.44	0.50	ต่ำ	2.91	0.28	สูง	2.85	0.35	สูง
5. ท่ากำมือ-แบมือ งอ-เหยียดข้อนิ้วมือ.	1.32	0.47	ต่ำ	2.79	0.41	สูง	2.74	0.44	สูง
6. ท่างอและเหยียดข้อสะโพกพร้อมกับข้อเข่า	1.26	0.44	ต่ำ	2.88	0.32	สูง	2.71	0.46	สูง
7.ท่ากางและหุบข้อสะโพก	1.21	0.41	ต่ำ	2.79	0.41	สูง	2.65	0.48	สูง
8.ท่างอและเหยียดเข่า	1.09	0.28	ต่ำ	2.79	0.41	สูง	2.74	0.44	สูง
9.ท่ากระดกข้อเท้าขึ้น-ลง	1.21	0.41	ต่ำ	2.94	0.23	สูง	2.79	0.41	สูง
10. ท่างอ-เหยียด ข้อนิ้วเท้า	1.15	0.35	ต่ำ	2.97	0.17	สูง	2.97	0.17	สูง
ความสามารถในการปฏิบัติโดยรวม	**1.26**	**0.12**	**ต่ำ**	**2.88**	**0.07**	**สูง**	**2.81**	**0.11**	**สูง**

เมื่อเปรียบเทียบความสามารถ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนใช้โปรแกรมฯ หลังใช้โปรแกรมฯทันที และหลังใช้โปรแกรมฯ 1 สัปดาห์ พบว่าความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลังใช้โปรแกรมฯทันที และ 1 สัปดาห์สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F =721.02, p-value < .001) ดังแสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อน หลังใช้โปรแกรมฯ ทันที และ หลังใช้โปรแกรมฯ 1 สัปดาห์ (n=34)

ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	$\bar{x}$	S.D.	df	F	p-value
ก่อนการใช้โปรแกรมฯ	1.26	0.12	2	721.02	.000*
หลังการใช้โปรแกรมฯทันที	2.88	0.07			
หลังการใช้โปรแกรมฯ 1 สัปดาห์	2.81	0.11			

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และเปรียบเทียบกับค่าเกณฑ์เป้าหมายหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.56, S.D.=0.51) โดยมีความพึงพอใจแรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่ามากที่สุด ($\bar{x}$= 4.69, S.D.=0.46) รองลงมาคือแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\bar{x}$= 4.63, S.D. =0.47) และด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x}$= 4.58,S.D. =0.51) ส่วนแรงสนับสนุนด้านทรัพยากรมีระดับความพึงพอใจระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.36,S.D. =0.59) ดังแสดง ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางรายด้านและโดยรวม (n=34)

ความพึงพอใจผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.58	0.51	มากที่สุด
แรงสนับสนุนด้านอารมณ์	4.63	0.47	มากที่สุด
แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร	4.36	0.59	มาก
แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า	4.69	0.46	มากที่สุด
ความพึงพอใจผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยรวม	**4.56**	**0.51**	**มากที่สุด**

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางกับค่าเกณฑ์เป้าหมาย พบว่า ความพึงพอใจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางสูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t =97.01, p-value < .001) ดังแสดงตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อโปรแกรมการพยาบาล ฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุทางสังคม กับ ค่าเฉลี่ยคะแนนเกณฑ์เป้าหมาย (n=34)

การทดสอบ	$\bar{x}$	S.D.	One Sample t-test		
			df	t	p-value
เกณฑ์เป้าหมาย	3.51	0.14	9	97.01	.000*
ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	4.56				

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง

4.1 ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง

ผลการศึกษาพบว่า ระดับสูญเสียหน้าที่รุนแรงมาก (คะแนน 0-4) ก่อนใช้โปรแกรมฯมีจำนวน 19 คน (ร้อยละ 55.8) หลังใช้โปรแกรม ฯ 1 สัปดาห์ มีจำนวนลดลงเหลือจำนวน 9 คน (ร้อยละ26.5) และหลังใช้ 4 สัปดาห์ ลดลงเหลือจำนวน 5 คน (ร้อยละ14.7) ดังแสดงตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง (n=34)

ผลคะแนน Barthel ADL Index	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้ 1 สัปดาห์		หลังใช้ 4 สัปดาห์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูญเสียหน้าที่รุนแรงมาก (คะแนน 0-4)	19	55.8	9	26.5	5	14.7
ระดับเสียหน้าที่รุนแรง (คะแนน 5-9)	14	41.2	12	35.3	8	23.5
ระดับการสูญเสียหน้าที่ปานกลาง (คะแนน 10-14)	1	3.0	11	32.4	9	26.5
ระดับการสูญเสียหน้าที่น้อย (15-19)	0	0.0	2	5.8	11	32.4
ดูแลตนเองได้ทั้งด้านกายภาพและสังคม (คะแนน 20)	0	0.0	0	0.0	1	2.9

4.2 เปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง ก่อน หลัง 1 สัปดาห์ และ หลัง 4 สัปดาห์ การใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด

ผลการเปรียบเทียบความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนใช้โปรแกรมฯ หลังใช้โปรแกรมฯ1 สัปดาห์ และหลังใช้โปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง หลังใช้โปรแกรมฯ 1 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 60.55$, p-value < .001) ดังแสดงตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง ก่อน หลังใช้โปรแกรมฯ 1 สัปดาห์ และ หลังใช้โปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ (n=34)

ความสามารถของในการดำเนินชีวิตประจำวัน	$\bar{X}$	S.D.	df	F	p-value
ก่อนใช้โปรแกรมฯ	4.4	3.45	2	60.55	.000*
หลังใช้โปรแกรม 1 สัปดาห์	7.1	4.02			
หลังใช้โปรแกรม 4 สัปดาห์	11.1	5.53			

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้านโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง เป็นการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำการศึกษาระหว่างเดือน มิถุนายน 2566 ถึงเดือน ธันวาคม 2566 รวม 7 เดือน วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความรู้ ผู้ดูแลฯ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Paired t-test เปรียบเทียบระดับความสามารถผู้ดูแลฯ ก่อน หลังทันที และหลัง 1 สัปดาห์โดยใช้สถิติ one-way repeated measures ANOVA เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ดูแลฯต่อโปรแกรมฯ ประเมินหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยใช้สถิติ one sample t – test และเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง ก่อน หลัง 1 สัปดาห์ และหลัง 4 สัปดาห์ การใช้โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Repeated ANOVA อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการสร้างโปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้านโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) 2) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) 3) แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) 4) แรงสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและการประเมินคุณค่า (appraisal support) การสร้างโปรแกรมฯ เป็นไปตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981 อ้างใน กรรณิการ์ ดาโลดม, 2561) ตามทฤษฎีเชื่อว่าการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายที่นำมาซึ่งการช่วยเหลือในด้านต่างๆทั้งรูปธรรมและนามธรรม เช่น การรับรู้ เข้าใจ และตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึก การให้ข้อมูล ให้วัตถุสิ่งของ รวมถึงการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยผลทางจิตใจ คือทำให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ (คณะจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562)

ส่วนที่ 2 เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้านโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านผู้ดูแล ประกอบด้วยความรู้ของผู้ดูแล ความสามารถของผู้ดูแล ความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อโปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้านโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม และด้านผู้ป่วยระยะกลาง ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยระยะกลาง

2. 1 ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังใช้โปรแกรมฯ ($\bar{x}$ =18.74, S.D.= .994) มากกว่าคะแนนความรู้ก่อนใช้โปรแกรม ($\bar{x}$= 9.0, S.D.=2.374) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนต่ำสุด 4 คะแนน สูงสุด 17 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 14 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน

เมื่อเปรียบเทียบความสามารถ ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนใช้โปรแกรมฯ หลังใช้โปรแกรมฯ ทันที และหลังใช้โปรแกรมฯ 1 สัปดาห์ พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลังใช้โปรแกรมฯ ทันที และ 1 สัปดาห์สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เปรียบเทียบกับค่าเกณฑ์เป้าหมาย หลังใช้โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลตราด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$= 4.56, S.D.= 0.51) โดยมีความพึงพอใจแรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่ามากที่สุด ($\bar{x}$= 4.69, S.D.=0.46) รองลงมาคือแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\bar{x}$= 4.63, S.D.=0.47) และ ด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x}$= 4.58, S.D.=0.51) ส่วนแรงสนับสนุนด้านทรัพยากรมีระดับความพึงพอใจระดับมาก ($\bar{x}$= 4.36, S.D.=0.59)

จากการศึกษาการใช้การพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมนี้ มีการให้ความรู้กับผู้ดูแลด้วยสัมพันธภาพอันดี มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติท่าออกกำลังกายในการฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยการทบทวนซ้ำไปมาจนกว่าผู้ดูแลจะสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำไปฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการช่วยเหลือสนับสนุนอุปกรณ์พื้นฐานที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้แต่ขาดแคลนจากเจ้าหน้าที่ และภาคีเครือข่าย จากนั้นมีการรับผู้ดูแลเข้ากลุ่มไลน์ออฟฟิศเชียล เพื่อส่งผลการออกกำลังกายฟื้นฟูทุกวัน มีการให้ข้อมูลย้อนกลับไปหาผู้แลทุกครั้งที่ผู้ดูแลส่งผลการออกกำลังกาย เมื่อผู้ดูแลปฏิบัติการออกกำลังกายไม่ถูกต้องมีการทบทวนซ้ำ ได้ถูกต้องเหมาะสม มีการชื่นชม ส่งผลให้ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเรื่องการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยหลังใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลังใช้โปรแกรมฯ ทันที และ 1 สัปดาห์สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อโปรแกรมฯสูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมาย สอดคล้องกับผลศึกษาของปุณยนุช จี๋มะลิ และคณะ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีหลายงานวิจัยที่ศึกษาและพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วย ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม การที่ญาติมีความรู้ มีทักษะและได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ และจิตใจทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และทำให้ญาติเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น หลังทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง (ประทุม สุภชัยพานิชพงศ์ และคณะ, 2559 ; ศิล เทพบุตร, 2563; รุจิรา จันทร์หอม, 2565 ; รัศมี เกตุธานี และคณะ, 2566) มีการศึกษาผลการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และความพึงพอใจในการที่ใช้ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยระยะกลางผ่านทางระบบไลน์ออฟฟิตเชียล ในการฟื้นฟูผู้ป่วย IMC ผลการศึกษาคะแนนความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังได้รับความรู้จากสื่อวิดิทัศน์ในไลน์ออฟฟิตเชียลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < 0.05$) และมีความพึงพอใจในไลน์ออฟฟิตเชียล“การฟื้นฟูผู้ป่วย IMC” อยู่ในระดับดีมาก (มนัสวี ให้ศิริกุล, 2566) พรรัตติกาล พลหาญ และ คณะ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูด โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหืดที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูด โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูด โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์มีการควบคุมโรคหืดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P< 0.001$)

2.2 ด้านผู้ป่วยระยะกลาง

เมื่อเปรียบเทียบความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนใช้โปรแกรมฯ หลังใช้โปรแกรมฯ1 สัปดาห์ และหลังใช้โปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยระยะกลาง หลังใช้โปรแกรมฯ 1 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 60.55$, p-value < .001)

โปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ได้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแรงจูงใจให้ผู้ดูแล ออกกำลังกายฟื้นฟูผู้ป่วยสม่ำเสมอ ต่อเนื่องทำให้เกิด ทักษะ (skill) หรือความสามารถ ที่เกิดขึ้นจากการฝึกฝนหรือการกระทำบ่อยๆทำให้ผู้ดูแลทำการออกกำลังกายฟื้นฟูให้ผู้ป่วยได้อย่างคล่องแคล่ว ว่องไว รวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ และเกิดความชำนาญในการปฏิบัติ ผู้วิจัยและผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลให้ความร่วมมือ ออกกำลังกายฟื้นฟูให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยาภรณ์ หอมกลิ่น (2564) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความรู้ของญาติหรือผู้ดูแลภายหลังได้รับการฝึกตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ สามารถใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงคุณภาพชีวิตดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิชามญชุ์ สุวรรณฉัตร (2564) ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในการเพิ่มความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการดูแลระยะกลางมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่ม 3.94 ± 3.28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผู้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีผลต่างของคะแนน Barthel ADL Index แตกต่างจากผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนให้หน่วยงานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง นำการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม นี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ผู้ป่วยออกกำลังกายฟื้นฟูครบตามโปรแกรม 4 สัปดาห์แล้ว ยังควรมีการติดตามฟื้นฟูผู้ป่วยต่อไปจนครบเวลา 6 เดือน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำมาใช้ในการเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง และขยายผลไปในเขตพื้นที่สาธารณสุขใกล้เคียง
2. ใช้เป็นต้นแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่น ในงานการพยาบาลชุมชน
3. ใช้เป็นแนวทางเพื่อพัฒนางานในการฟื้นฟูผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

กรรณิการ์ ดาโลดม. (2561) *แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาเข้ารับบริการ ณ คลินิกแห่งหนึ่ง.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล : Service Plan*. บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.

กุลิสรา จิตรชญาวณิช.(2562). *การจัดการเรียนรู้.* สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ขนิษฐา หะยีมะแซ. (2556). การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

คณะจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2562). *SOCIAL SUPPORT การสนับสนุนทางสังคม.* https://www.psy.chula.ac.th

คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care). (2562). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Guide line for Intermediate Care) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)* . บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด.

ณิรดา เวชญาลักษณ์. (2561). *หลักการจัดการเรียนรู้.* โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2557). *บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย- Khon Kaen University*. https://www.mslib.kku.ac.th>elib>multim

บุษกร โลหารชุน, ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, และ วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล. (2562). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Guideline for Intermediate Care) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan).* บริษัท บอร์น ทู บี พับลิสชิ่ง จำกัด.

ประทุม สุภชัยพานิชพงศ์, ลัดดา อัตโสภณ, พิศาล ชุ่มชื่น. (2559). ประสิทธิผลของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบล แพงพวย อำเภอ ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 13*(2), 36-46.

ปิติพร สิริทิพากร. (2559). *คู่มือการพยาบาลการให้การดูแลและการเตรียมญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.* https://www2.si.mahidol.ac.th>attachments>article

ปิยาภรณ์ หอมกลิ่น. (2564). ประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ในหน่วยงานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสาร Mahidol R2R e-Journal*, 8(3), 74-82.

ปรีชา พึ่งเจริญ และ อุไรวรรณ โชคปัญญาพงษ์, (2563). *แนวทางการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ,* 13(1), 502-511.

ปุณยนุช จี๋มะลิ, ธณกร ปัญญาใสโสภณ, และ พรปวีณ์ ชื่นใจเรือง. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, *7*(2), 37-49.

พิชามญชุ์ สุวรรณฉัตร.(2564). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในการเพิ่มความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา, 17*(2), 78-90.

พรรัตติกาล พลหาญ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, และ คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล. (2562). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสสูด โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด. *วารสารทหารบก, 20*(3), 93-103.

มนัสวี ให้ศิริกุล. (2566). การพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยระยะกลางผ่านระบบไลน์ออฟฟิตเชียล. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศีรษะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 38*(1), 219-227.

รัศมี เกตุธานี, ชนะพล ศรีฤาชา, และ นฤมล สินสุพรรณ. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 20*(1), 134-150.

รุจิรา จันทร์หอม. (2565). การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ, 15*(2): 119-132.

ศิล เทพบุตร์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร, 17*(3), 112-24.

สินศักดิ์ชนม์ อุ่นมณี. (2565). *การประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุ*. https://hpcg.anamai.go.th

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6. (2566). *ผลการดำเนินงาน Intermediate Care.* https://rayongapp.nhso.go.th

หน่วยงานกายภาพบำบัด. (2566). *สรุปผลการดำเนินงาน Intermediate Care ปีงบประมาณ 2566.* เอกสารอัดสำเนา.

Best, John W. (1977). Research in Education. 3rd ed.: Prentice Hall, Inc.

Bloom, Benjamin S. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. Mc Graw-Hill Bookcompany.

Thai COC. (2566). *สถิติผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน.* www.Thaicareclond.org