

ผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 และรูปแบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดทางไกลในยุคชีวิตวิถีใหม่

มะลิวัลย์ เรือนคำ*

วัฒนารี อัมมวรรณ*

ศุภลักษณ์ เข็มทอง*

พรพิณ ศิริสัตยะวงศ์†

พรทิพย์พา ธิมายอม‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: มะลิวัลย์ เรือนคำ

บทคัดย่อ

งานวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาต่อรูปแบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดในประเทศไทยและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบจากต่างประเทศมาใช้ในการบริบทสังคมไทย โดยสำรวจความคิดเห็นจากนักกิจกรรมบำบัดผ่านแบบสอบถาม จำนวน 153 คน และสนทนากลุ่ม จำนวน 45 คน ผลการศึกษาพบว่า มาตรการล็อกดาวน์และจำนวนผู้ป่วยโรคโควิดที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพถูกจัดเป็นงานบริการที่ไม่เร่งด่วน ผู้ป่วยถูกงดหรือเลื่อนนัดเป็นระยะเวลานาน บั่นทอนความสามารถในการทำกิจกรรมชีวิตประจำวัน งานบริการกิจกรรมบำบัดในช่วงโควิดจึงถูกปรับให้มี 3 รูปแบบหลัก ได้แก่ บริการในหน่วยงาน บริการทางไกลและบริการแบบผสมผสาน นักกิจกรรมบำบัดมีการปรับเปลี่ยนให้ตอบสนองต่อความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกทักษะการใช้กล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก การวัดผลลัพท์และติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาและโปรแกรมกลับไปฝึกที่บ้าน การคัดกรองเชิงประวัติประเมินความสามารถผ่านทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ การส่งสื่อการสอนหรือประยุกต์ใช้อุปกรณ์ให้เหมาะสมกับบริบทที่บ้าน ทำกิจกรรมกลุ่มแบบผสมผสาน การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ อย่างไรก็ตาม กิจกรรมบำบัดทางไกลยังคงเป็นสิ่งที่ท้าทายในเรื่องประสิทธิภาพ ข้อเสนอเชิงนโยบาย ได้แก่ จัดทำแนวปฏิบัติการให้บริการกิจกรรมบำบัดทางไกลที่มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิภาพและมีความคุ้มค่า จัดอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะให้นักกิจกรรมบำบัดและรัฐควรสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการกิจกรรมบำบัดอย่างทั่วถึง

คำสำคัญ: โควิด-19, กิจกรรมบำบัด, บริการสุขภาพระบบทางไกล, ชีวิตวิถีใหม่

* คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล

† คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

‡ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

Received 3 February 2022; Revised 23 August 2022; Accepted 7 March 2023

Suggested citation: Rueankam M, Ammawat W, Khemthong S, Sirisatayawong P, Thimayom P. Impact of COVID-19 pandemic and occupational therapy telehealth in the “new normal” situation. Journal of Health Systems Research 2023;17(1):128-48.

มะลิวัลย์ เรือนคำ, วัฒนารี อัมมวรรณ, ศุภลักษณ์ เข็มทอง, พรพิณ ศิริสัตยะวงศ์, พรทิพย์พา ธิมายอม. ผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 และรูปแบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดทางไกลในยุคชีวิตวิถีใหม่. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(1):128-48.

Impact of COVID-19 Pandemic and Occupational Therapy Telehealth in the “New Normal” Situation

Maliwan Rueankam*, Watthanaree Ammawat*, Supalak Khemthong*, Pornpen Sirisatayawong†, Pornthippa Thimayom‡

* Faculty of Physical Therapy, Mahidol University

† Faculty of Associated Medical Science, Chiang Mai University

‡ Neurological Institute of Thailand, Department of Medical Services

Corresponding Author: Maliwan Rueankam, maliwan.rue@mahidol.ac.th

Abstract

This mixed-method study aimed to investigate the impacts of the coronavirus pandemic on occupational therapy (OT) services in Thailand and to explore the feasibility of adapting international service models into the Thai context from OT's perspective. One hundred fifty-three occupational therapists were asked to complete the questionnaires, and 45 OTs were invited to participate in focus group discussions. The lockdown measures and the increasing number of COVID-19 patients in Thailand meant that rehabilitation services were classified as non-urgent. Many patients endured irregular service for an extended period affecting their recovery and performance. Three types of OT services were developed to deliver services in the “new normal” situation: on-site; telehealth; and hybrid. OTs redesigned the services according to patient demand and need: orofacial motor skill training; outcome measurement and follow up; home program counseling; screening and history taking; functional assessment and telephonic monitoring; Line application; material or equipment delivery to home; social skills group training as a hybrid service; and educational video production. OT telehealth remains a challenge for efficiency implementation. Policy recommendations include developing clinical practice guidelines for efficacious and cost-effective OT telehealth services. Upskilling and reskilling training courses should be available to occupation therapist. The government should provide telecommunication infrastructure for equal access to OT services to all who need.

Keywords: COVID 19, occupational therapy, telehealth, new normal

ภูมิหลังและเหตุผล

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 ตั้งแต่ช่วงปลายปี 2019 ที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของประชาชนทั่วโลกอย่างมาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีภาวะเปราะบาง เช่น ประชาชนที่สูญเสียกิจการ ตกงาน รายได้ลด มีความเครียดและสิ้นหวัง นำไปสู่โรคซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ติดสารเสพติด เกิดความรุนแรงในครอบครัว⁽¹⁾ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อรุนแรง เกิดอุปสรรคในการทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรม

ทางสังคม วิดกกังวล และไม่มีความสุข เยาวชนมีความวิตกกังวลกับเรื่องการติดเชื้อ ส่งผลต่อการเรียน นอกจากนี้ยังเกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคม และมาตรการการช่วยเหลือ และมีความยากลำบากในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของคนทุกกลุ่ม⁽²⁾

ผู้ป่วยโควิดที่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก ทำให้ต้องระดมบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายมารับมือกับสถานการณ์ โดยเฉพาะช่วงเวลาที่ผู้ป่วยติดเชื้อสูงมากเป็นพิเศษ ส่งผลกระทบต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ถูกจัดเป็นงานไม่เร่งด่วน คนพิการและผู้สูงอายุ ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่มีภาวะ

เพราะบางถูกงดหรือเลื่อนนัดหมายเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการติดโรค ส่งผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ต่อเนื่อง เด็กต้องเรียนออนไลน์เพราะโรงเรียนถูกปิด ส่งผลให้ขาดทักษะการเข้าสังคมและทำให้มีพฤติกรรมดื้อหรือต่อต้านมากขึ้น การเว้นระยะห่างทางสังคมยังส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสได้มีส่วนร่วมทำกิจกรรมการใช้ชีวิตอันมีความหมาย เช่น ขาดกิจกรรมทางสังคมกับลูกหลาน ขาดกิจกรรมพบปะเพื่อน ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล เครียด และเกิดอาการซึมเศร้าในระยะยาว⁽³⁾ สถานการณ์โควิด-19 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรต่อวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่ผู้คนอยู่อาศัยกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตจึงมีบทบาทกับความปรกติใหม่ หรือ ฐานวิถีชีวิตใหม่ (new normal) มากขึ้น⁽⁴⁾ เมื่อประชาชนเปลี่ยนแปลงฐานวิถีชีวิตใหม่ รูปแบบบริการทางการแพทย์จึงต้องเปลี่ยนแปลงตามเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน เพื่อให้คงไว้ซึ่งการเข้าถึงบริการ ลดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งต้องสร้างความเข้าใจและความตระหนักถึงความเสี่ยงและเสริมสร้างขีดความสามารถในการจัดการของสถานพยาบาล ให้สามารถเตรียมระบบบริการให้ดีขึ้น⁽⁵⁾

การระบาดของโควิด-19 เป็นตัวเร่งให้มีการใช้ “การแพทย์ทางไกล” หรือ “โทรเวช” (telemedicine) มากขึ้น จากประกาศแพทยสภาที่ 54/2563 ได้ให้ความหมายว่าเป็นการส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์แผนปัจจุบันโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั้งจากสถานพยาบาลภาครัฐและ/หรือเอกชนจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่งโดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้การปรึกษา คำแนะนำแก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือบุคคลอื่นใด เพื่อดำเนินการทางการแพทย์ในกรอบแห่งความรู้ทางวิชาชีพเวชกรรมตามภาวะ วิสัยและพฤติการณ์ที่เป็นอยู่ ทั้งนี้ด้วยความรับผิดชอบของผู้ส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์นั้นๆ⁽⁶⁾ และกรมสุขภาพจิตได้มีการปรับเปลี่ยนการให้บริการเป็น e-Service ทั้งการให้ความรู้เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของประชาชน จองคิวออนไลน์ การรับยาใกล้บ้าน หรือการประเมินด้านสุขภาพจิตและ

ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น และได้จัดทำคู่มือการบริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (telepsychiatry) ผู้ป่วยนอก เพื่อการประเมินทางจิตเวชหรือการขอปรึกษาผ่านระบบวิดีโอทัศน์และโทรศัพท์ การให้บริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกลสำหรับผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ในวิชาชีพอื่นๆ นั้น ได้มีการจัดทำแนวทางการให้บริการประกาศผ่านราชกิจจานุเบกษา ได้แก่ ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) หรือ ประกาศสภาเภสัชกรรม เรื่องการกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (telepharmacy)⁽⁷⁾

กรมการแพทย์ (2563) ได้ออกประกาศเรื่องแนวทางการปฏิบัติการปรับรูปแบบบริการฟื้นฟูในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽⁸⁾ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการฟื้นฟูคนป่วย คนพิการ เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายของโรคเป็น 3 รูปแบบหลัก ได้แก่ บริการฟื้นฟูที่สถานพยาบาล (ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางไกล (tele-rehabilitation) และบริการฟื้นฟูที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพตรวจเยี่ยม เพิ่มช่องทางรับคำปรึกษาจากแพทย์และนักวิชาชีพสาขาต่างๆ ผ่านทางโทรศัพท์หรือเทคโนโลยีที่สามารถเข้าถึงได้ รวมทั้งเผยแพร่สื่อความรู้สำหรับประชาชน บริการส่งยาให้กับผู้ป่วยทางไปรษณีย์รวมถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการอื่นๆ ที่จำเป็น การปรับสภาพแวดล้อม การพิจารณาแนวปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลสำหรับงานบริการฟื้นฟู และพิจารณาระบบประสานส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูในทุกรูปแบบภายในจังหวัด และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

วิชาชีพนักกิจกรรมบำบัด เป็นหนึ่งในสหวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ความหมายของกิจกรรมบำบัด หรือ occupational therapy คือ การกระทำเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ การเรียนรู้และการพัฒนาเกี่ยวกับเด็ก อารมณ์และสังคม โดยกระบวนการตรวจ ประเมิน ส่งเสริม ป้องกัน บำบัด

และฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เพื่อให้บุคคลดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ โดยการนำกิจกรรมวิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสมมาใช้ในการบำบัด⁽⁹⁾ นักกิจกรรมบำบัด มีหน้าที่ในการประเมินความสามารถและหน้าที่ในการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย โครงสร้างร่างกาย ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม รูปแบบการใช้ชีวิต บริบทสิ่งแวดล้อมที่ผู้รับบริการอาศัยอยู่ เพื่อนำมาวางแผนการบำบัดให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด ลดภาระกับผู้ดูแล ลดภาระการพึ่งพิงและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สมาพันธ์นักกิจกรรมบำบัดโลก หรือ World Federation of Occupational Therapists: WFOT ได้ออกแถลงการณ์ต่อสาธารณะเกี่ยวกับสถานการณ์โควิด-19 ที่รบกวนการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตและการใช้ชีวิตของผู้คน การที่บุคคลไม่สามารถเข้าถึงสังคมหรือเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นส่งผลทางลบต่อสุขภาวะ ดังนั้นนักกิจกรรมบำบัดจึงต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อผู้รับบริการในทุกระดับตั้งแต่บุคคล ครอบครัวและชุมชนว่ามีความต้องการการช่วยเหลือที่ต่างกันอย่างไร โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เคยป่วยด้วยโควิด-19 ในระดับรุนแรงไม่สามารถขยับร่างกายได้เป็นเวลานาน ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อและกระดูกลดลงและมีแนวโน้มที่ศักยภาพจะถดถอยไป ซึ่งทำให้นักกิจกรรมบำบัดในการค้นหาแนวทางการดูแลในระยะยาว (long term rehabilitation) ในกลุ่มนี้⁽¹⁰⁾

นักกิจกรรมบำบัดทั่วโลกจะต้องประสานการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการค้นหาวิธีการรักษาที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการยังคงทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนและมีการให้บริการสุขภาพแบบทางไกล (telehealth) เพิ่มขึ้น เช่น การประเมินผ่านวิดีโอ โทรศัพท์และอีเมลในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว ขาดผู้ดูแลหรือผู้ช่วยเหลือคนพิการ รวมถึงผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเปราะบางไม่สามารถจะติดตามได้ด้วย^(11,12) ซึ่งงานกิจกรรมบำบัดในไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการ

ให้บริการมาก่อน งานกิจกรรมบำบัดเกือบทั้งหมดเป็นการให้บริการในหน่วยงาน ในโรงพยาบาล คลินิก โรงเรียน เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิดที่ต้องปิดแผนกหรือหยุดให้บริการ ประกอบกับการให้บริการที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นแบบตัวต่อตัว (face to face) จึงส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ไม่สามารถจัดให้บริการในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดสูงได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือเพื่อ (1) ศึกษารูปแบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดในสถานการณ์โควิด-19 ทั้งในต่างประเทศและไทย (2) ศึกษามุมมองของนักกิจกรรมบำบัดถึงผลกระทบของสถานการณ์โควิด-19 ต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต ความต้องการของผู้รับบริการ รูปแบบการให้บริการในช่วงสถานการณ์โควิด-19 รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับรูปแบบบริการ (3) เพื่อศึกษามุมมองของนักกิจกรรมบำบัดต่อความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดในต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ในสังคมไทย (4) สังเคราะห์ข้อมูลและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและที่ใช้ประโยชน์จากนักกิจกรรมบำบัด เพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพทางไกลที่เหมาะสมต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสานวิธี (mixed method) ประกอบด้วยการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ

การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทีมวิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูล ใช้ฐานข้อมูล EBSCO research database, WFOT, Google Scholar เลือกบทความที่ตอบคำถามการวิจัยและมาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ทำการสังเคราะห์และแปลผลข้อมูลที่ได้เพื่อนำประเด็นไปใช้ในการทำสนทนากลุ่มต่อไป โดยกำหนดปัญหาที่ต้องการศึกษา คือ รูปแบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการประเภทต่างๆ ในสถานการณ์โควิด-19

การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากร เป็นนักกิจกรรมบำบัดที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัดทั่วประเทศ จำนวน 1,478 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักกิจกรรมบำบัดที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด ในเขตบริการสุขภาพทั้ง 13 เขต ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอาศัยหลักความน่าจะเป็น (probability sampling) โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) เริ่มจากสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) และสุ่มตามสัดส่วนเท่าๆ กันตามรูปแบบของสถานที่ปฏิบัติงาน ใช้วิธีการเปิดรับอาสาสมัคร หากเกินจำนวนที่ต้องการ จะทำการสุ่มอย่างง่ายจากอาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เป็นผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้มีใบประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัดและปฏิบัติงานในบทบาทนักกิจกรรมระหว่างเกิดสถานการณ์โควิด-19 ส่วนเกณฑ์การคัดออกเป็นนักกิจกรรมบำบัดที่หยุดการปฏิบัติหน้าที่มากกว่า 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามรูปแบบการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในสถานการณ์โควิด-19 ที่มีกระบวนการพัฒนาแบบสอบถามโดยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ จากนั้นนำข้อมูลมาสร้างข้อคำถามมีองค์ประกอบ 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ช่วงอายุ เพศ จำนวนปีที่ปฏิบัติงานในฐานะนักกิจกรรมบำบัด สถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ประเภทของผู้รับบริการที่หน่วยงานให้บริการมากที่สุด

ส่วนที่ 2 รูปแบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดระหว่างสถานการณ์โควิด-19 จำนวน 38 รายการ เช่น การคัดกรองความพร้อมในการรับบริการ การซักประวัติ การตรวจคัดกรองเพื่อส่งเสริมการพัฒนาในเด็ก การประเมินความสามารถและองค์ประกอบในการทำกิจกรรม การ

ประเมินบริบทของผู้รับบริการ ในรูปแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert rating scale) ได้แก่ 4 หมายถึงทำเพิ่มขึ้น 3 หมายถึงทำรูปแบบใหม่ 2 หมายถึงทำลดลง และ 1 หมายถึงไม่มีโอกาสได้ทำ

ส่วนที่ 3 รูปแบบการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ที่เพิ่มเติมจากบริการทั่วไป เช่น การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในช่วงสถานการณ์โควิด-19 การให้คำปรึกษา การจัดการความเครียดหรือความวิตกกังวล หรือการจัดการอารมณ์เบื้องต้น หยอดไฟหรือเศร้า การฝึกอบรมผู้ดูแลให้เป็นผู้ฟื้นฟูคนพิการในครอบครัว และการสอนเทคนิคการปรับพฤติกรรมเด็กขณะเรียนออนไลน์ที่บ้านให้กับผู้ดูแล ในรูปแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึงทำบ่อยมาก 4 หมายถึงทำบ่อย 3 หมายถึงบางครั้ง 2 หมายถึงนานๆ ครั้ง และ 1 หมายถึงไม่มีโอกาสได้ทำ

ส่วนที่ 4 ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในต่างประเทศมาใช้ในสังคมไทย แบ่งเป็น ทำได้แน่นอน ทำได้แต่ต้องดัดแปลง ไม่แน่ใจว่าทำได้ ทำไม่ได้แน่นอน

ทีมวิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) พิจารณาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.99 จากนั้นนำข้อคำถามจากแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว มาจัดทำในรูปแบบออนไลน์โดยการให้เลือกตอบจากแบบสอบถามที่กำหนดไว้ สร้างแบบสอบถามออนไลน์ ด้วย Google Forms เพื่อส่งผ่านช่องทางออนไลน์ เนื่องจากช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลยังคงเป็นเวลาที่จำกัดการรวมกลุ่มทางสังคม

งานวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการสนทนากลุ่มออนไลน์ (online focus group discussion) เพื่อเก็บรวบรวมความคิดเห็น ประสพการณ์การให้บริการ ผลกระทบต่อสถานการณ์โควิด-19 ต่อผู้รับบริการ ผ่านมุมมองของ

นักกิจกรรมบำบัด โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกเข้าและคัดออกใช้เกณฑ์เดียวกับการวิจัยเชิงปริมาณ การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มอ้างอิงจากงานวิจัย ทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบซึ่งแนะนำที่จำนวน 4-8 กลุ่ม⁽¹³⁾ และจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยน้อยที่สุดอยู่ที่ 12 คน⁽¹⁴⁾ ซึ่งแบ่งการทำสนทนากลุ่มออนไลน์เป็น 8 กลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คนที่ทำการสุ่มเลือกมาจากผู้ที่ตอบแบบสอบถามและทำการติดต่อเพิ่มเติมจากการแนะนำต่อกัน (snowball sampling) การจัดกลุ่มแบ่งตามประเภทผู้รับบริการ ได้แก่ ฝ่ายร่างกาย ฝ่ายเด็ก ฝ่ายสุขภาพจิต ฝ่ายผู้สูงอายุและชุมชน ในแต่ละกลุ่มจะมีการคละอายุการทำงานและสถานที่ปฏิบัติงานทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนโดยระหว่างการเก็บข้อมูลมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการสอบถามจากนักกิจกรรมบำบัดที่อยู่คนละกลุ่ม นักกิจกรรมบำบัดหนึ่งคนทำงานกับผู้รับบริการทั้งฝ่ายร่างกายและฝ่ายเด็ก ฝ่ายจิตและฝ่ายผู้สูงอายุชุมชน ทำให้ได้ข้อมูลจากที่หลากหลายจนข้อมูลจะอิ่มตัว (data saturation) และสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางคำถามที่จะใช้ในการสนทนากลุ่มจะใช้แนวคำถามที่ผ่านการให้ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ตัวอย่างคำถาม เช่น คุณคิดว่าสถานการณ์โควิดส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการที่คุณดูแลอยู่อย่างไร ผู้รับบริการที่คุณดูแลอยู่มีความต้องการบริการอะไรจากนักกิจกรรมบำบัดในช่วงที่ไม่สามารถเข้ามาใช้บริการในรูปแบบเดิมได้ มีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดทั้งรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ ในหน่วยงานหรือตัวคุณเองมีการปรับเปลี่ยนหรือสร้างสรรค์รูปแบบการให้บริการแบบใหม่กับผู้รับบริการหรือไม่ อย่างไร คุณคิดว่ารูปแบบการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในต่างประเทศสามารถนำมาใช้ในบริบทสังคมไทยได้หรือไม่ หากคิดว่าทำได้ คุณสนใจจะนำรูปแบบ

ใดไปใช้ ต้องการสนับสนุนอะไรที่จะทำให้ทำได้ หากคิดว่าทำไม่ได้ เพราะอะไร

การรวบรวมข้อมูล ในการเข้าถึงกลุ่มอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยนั้น ได้ใช้วิธีการติดต่อไปยังหน่วยงานกิจกรรมบำบัดตามสถานที่ทำงานที่ได้ข้อมูลจากสมาคมนักกิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัดแห่งประเทศไทย เพื่อแนะนำโครงการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอเบอร์โทรศัพท์ โฉน หรืออีเมลเพื่อทำการส่งแบบสอบถามออนไลน์ การสนทนากลุ่มผ่านโปรแกรม video conference ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 90-120 นาที โดยขออนุญาตบันทึกวิดีโอด้วย พร้อมกับมีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลเป็นระยะก่อนยุติการสนทนากลุ่ม นำข้อมูลมาถอดเทปแบบคำต่อคำ จากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาตรวจสอบความน่าเชื่อถือผ่านข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลที่ทำงานกับผู้รับบริการประเภทเดียวกัน หน่วยงานสังกัดเดียวกันแต่อยู่คนละจังหวัด คนละกลุ่มสนทนา และโทรศัพท์กลับไปถามในกรณีที่มีประเด็นสงสัย และตรวจสอบกับข้อมูลที่เป็นเชิงปริมาณ ช่วงเวลาเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ตั้งแต่เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจะใช้โปรแกรม Statistical Package for the Social Science หรือ SPSS 17.0 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การวิเคราะห์รูปแบบการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดระหว่างสถานการณ์โควิด รูปแบบการให้บริการเพิ่มเติม ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบต่างประเทศมาปรับใช้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการใส่รหัสข้อมูล (coding) แยกกลุ่มข้อมูลตามเนื้อหา และสรุปเป็นประเด็น (thematic analysis)

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลาง มหาวิทยาลัย

มhitล รหัส COA No. MU-CIRB 2021/191.2709 ลงวัน
ที่ 27 กันยายน 2564

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วนเพื่อตอบวัตถุประสงค์
ของการวิจัยแต่ละข้อ

1. วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษารูปแบบการให้ บริการกิจกรรมบำบัดในสถานการณ์โควิด-19 ทั้งในต่าง ประเทศและไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่า นัก
กิจกรรมบำบัดหลายประเทศมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการ
ให้บริการโดยมีการใช้เทคโนโลยีโทรคมนาคมเพิ่มขึ้นและใช้
กับผู้รับบริการหลายประเภท เช่น ในการรับมือกับปัญหา
สุขภาพจิตของประชาชน นักกิจกรรมบำบัดในมาเลเซีย
ได้คิดกลยุทธ์ในการสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ในการดูแล
สุขภาพจิต (official public health online communica-
tion) และนำเสนอการประเมินตนเองในการทำงานสำหรับ
พนักงานบริษัทที่ต้องทำงานที่บ้าน (self-assessment of
computer workspace at home for office workers)⁽¹⁵⁾
นักกิจกรรมบำบัดในบราซิล ได้พัฒนาการใช้สื่อสังคม
ออนไลน์และวิดีโอคอลเพื่อสร้างการสนับสนุนทางจิตใจ
(peer support) ขึ้นมาเป็นหนึ่งในวิธีการลดปัญหาสุขภาพ
จิตของประชาชน โดยเฉพาะงานทางด้านสุขภาพจิต มีการ
ใช้บริการสุขภาพทางไกลในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มี
ปัญหาความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า⁽¹⁶⁾ ในออสเตรเลีย มีการ
ใช้กลุ่มออนไลน์ (virtual group program) ที่ออกแบบ
สำหรับผู้ป่วยพาร์กินสัน และทำแนวทางปฏิบัติที่ดี (best
practice guideline) ที่ใช้ biopsychosocial model of
health มาวิเคราะห์รูปแบบของการให้บริการแบบใหม่⁽¹⁷⁾
นักกิจกรรมบำบัดในกรีซ ได้ศึกษาผลกระทบของโควิด-19
ต่อเด็กนักเรียนที่มีความต้องการพิเศษและการให้บริการ
School-based Occupational Therapy พบว่า จาก
การล็อกดาวน์ส่งผลให้เด็กขาดการทำกิจกรรมโดยเฉพาะ
กิจกรรมทางสังคม เพื่อหลีกเลี่ยงผลทางลบที่จะตามมา

เช่น อาจมีความพิการเพิ่มขึ้น นักกิจกรรมบำบัดได้ค้นหา
แนวทางการให้บริการ ที่เรียกว่า OT school-based ser-
vices ประกอบด้วย การดูแลตนเอง การป้องกันตนเอง การ
เรียนผ่านเทคโนโลยี การใช้ telehealth กับพ่อแม่และนัก
วิชาชีพอื่นในโรงเรียน⁽¹⁸⁾ นักกิจกรรมบำบัดในสิงคโปร์ได้ค้น
พบการให้บริการแบบ telehealth-based OT sessions
โดยใช้การให้คำปรึกษาผ่านระบบ tele-consultations
ที่ต้องมีความเป็นส่วนตัว ปลอดภัย การใช้โทรศัพท์ในการ
โทรไปพูดคุยสอบถามและสร้างสัมพันธภาพก่อนหรือการใช้
video-based consultations ช่วยลดความวิตกกังวลของ
พ่อแม่ในการรอคิวงาน ให้ความช่วยเหลือและส่งต่อเพื่อ
ให้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ได้เร็วขึ้น และการให้บริการ
online parent workshops เป็นการจัดแบบการอภิปราย
กลุ่มในการช่วยเรื่องการถามตอบข้อสงสัย⁽¹⁹⁾

ข้อมูลจากสมาคมนักกิจกรรมบำบัดแห่งสหรัฐอเมริกา
(American Occupational Therapy Association: AOTA) ได้อธิบายความหมายของ telehealth ว่าเป็น การ
ประยุกต์ใช้โทรคมนาคมและเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารที่
พัฒนาขึ้นในการให้บริการทางสุขภาพ “telecommunica-
tion and information technologies have prompted
the development of an emerging model of health
care delivery” การใช้คำว่า telehealth จะเหมาะ
สมในการนำเสนอของนักกิจกรรมบำบัดมากกว่าใช้คำว่า
tele-rehabilitation ที่จะเน้นเฉพาะการให้บริการฟื้นฟู
สมรรถภาพแบบทางไกลมากกว่า⁽²⁰⁾

ปัจจุบันนักกิจกรรมบำบัดในอเมริกาใช้ telehealth
ประเมินการใช้วีลแชร์ (wheelchair assessments), การ
เยี่ยมบ้าน (home visits), การให้คำปรึกษากลุ่มกระดูก
และกล้ามเนื้อ (orthopedic consultations), การประเมิน
กิจกรรมการดูแลตนเอง (activities of daily living (ADL)
assessments), การประเมินการทำงานของมือ (hand
function assessments), การประเมินและการฝึกใช้
อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้ายตัว (mobility and adap-
tive equipment assessment and training) รวมถึง

การให้การบำบัดรักษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพในการทำงาน การทำงานประสานกันของการดูแลสุขภาพและสุขภาวะ (self-management of chronic conditions, behavioral health issues, working toward implementation of behavioral health screening, coordination of care and health and wellness) โปรแกรมที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ Zoom, Google Meet, FaceTime, Doxy, Microsoft Team, Skype, Theraplatform⁽²¹⁾ นอกจากนี้สมาคมนักกิจกรรมบำบัดของอเมริกาได้มีการทำ Occupational Therapy Telehealth Decision Guide ประกอบด้วย Occupational Therapy Service Area Risk Assessment ประเมินความเสี่ยงแต่ละการให้บริการและประเภทผู้รับบริการเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจให้บริการ⁽²²⁾ ในฟิลิปปินส์มีการออก guideline ในการทำ telehealth ผ่านการรับรองทางกฎหมายและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน รวมถึงมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของนักกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยโควิดในหอผู้ป่วยฉุกเฉินและภาวะ long covid หลังจากเป็นโควิด⁽²³⁾

2. วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษามุมมองของนักกิจกรรมบำบัดในด้านผลกระทบของสถานการณ์โควิด-19 ต่อการทํากิจกรรมการดำเนินชีวิตและความต้องการของผู้รับบริการ ลักษณะของการให้บริการที่เพิ่มเติมขึ้นมา รวมถึงประสบการณ์ของนักกิจกรรมบำบัดในการปรับรูปแบบบริการ

ผลการศึกษาจากทั้งสองส่วนคือแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 153 คน แสดงในตารางที่ 1 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 32.70 ปี ประสบการณ์การทำงาน 9.88 ปี และในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพ มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 45 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.1 ช่วงอายุ 30-50 ปี ร้อยละ 68.9 มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่อย่างน้อย 1 ปีจนถึงมากกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

โรงพยาบาลเอกชน ศูนย์การศึกษาพิเศษ สถาบันสุขภาพจิต โรงเรียนและคลินิก ส่วนใหญ่ทำงานกับผู้รับบริการฝ่ายเด็กและวัยรุ่น ผู้รับบริการฝ่ายร่างกาย ผู้รับบริการฝ่ายจิตเวชและผู้สูงอายุ ตามลำดับ สถานที่ทำงานกระจายทั่วทุกภูมิภาคแต่ส่วนใหญ่จะอยู่ในกรุงเทพและปริมณฑลซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 สูงและมีการควบคุมที่เข้มงวด

ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยแบบสนทนากลุ่มผ่านโปรแกรมออนไลน์ โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 45 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.1 ช่วงอายุ 30-50 ปี ร้อยละ 68.9 เป็นนักกิจกรรมบำบัดจำนวน 45 คน ทำงานในผู้รับบริการฝ่ายร่างกายจำนวน 17 คน ฝ่ายเด็กจำนวน 15 คน ฝ่ายจิตสังคม 9 คน ผู้รับบริการสูงอายุและชุมชน 4 คน มาจากหน่วยงานของรัฐร้อยละ 90 เอกชนร้อยละ 10

ผลกระทบของสถานการณ์โควิด-19 ต่อผู้รับบริการพบว่า ผู้รับบริการฝ่ายร่างกายจะมีความแตกต่างกันไปตามความรุนแรงของอาการ ผู้ป่วยในจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น ผู้ป่วยนอกถูกงด เลื่อนนัด ได้รับการน้อยลง บางส่วนเข้าไม่ถึงบริการกิจกรรมบำบัดทั้งที่จัดขึ้นในหน่วยงานและทางไกล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีอุปกรณ์และความรู้ทางด้านเทคโนโลยีทำให้ขาดการติดตามการรักษา เกิดภาวะแทรกซ้อน การผิรุหรืหรือมีความพิการมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนที่ต้องใส่สายให้อาหารทางจมูกมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดติดเชื้อมากกว่ากลุ่มอื่น รวมทั้งผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่ได้รับการดูแล มีภาวะข้อติด ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองมีอาการเกร็งเพิ่มขึ้น ศักยภาพที่เคยฝึกทำกิจกรรมได้ระดับหนึ่งลดลง ความต้องการของผู้รับบริการและผู้ดูแลส่วนหนึ่งต้องการกลับมาใช้บริการโดยผู้บำบัด โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและกลุ่มที่มีปัญหาการกลืนที่ผู้ดูแลไม่มีเวลา บางรายผู้ดูแลไม่มั่นใจที่จะฝึกผู้ป่วยด้วยตนเอง รวมถึงกลุ่มที่ติดเชื้ออยู่แล้วตั้งแต่ก่อนมีสถานการณ์โควิดหากมีญาติดูแลและไม่มีความรู้หรือทักษะมากเท่ากับกรณีที่ไม่ใช่ผู้ดูแล และส่วนใหญ่จะมีศักยภาพที่แย่ง ยกตัวอย่างเช่น

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=153)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. ช่วงอายุ		
น้อยกว่า 29 ปี	55	35.9
30-39 ปี	62	40.5
40-49 ปี	35	22.9
50 ปีขึ้นไป	1	0.7
อายุเฉลี่ย 32.70 ปี (SD = 7.42)		
2. เพศ		
ชาย	30	19.6
หญิง	123	80.4
3. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	117	76.5
ปริญญาโท	35	22.9
ปริญญาเอก	1	0.7
4. จำนวนปีที่ปฏิบัติงานในฐานะนักกิจกรรมบำบัด		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	9	5.9
2-10 ปี	88	57.5
11-20 ปี	48	31.4
มากกว่าหรือเท่ากับ 21 ปี	8	5.2
จำนวนปีเฉลี่ย 9.88 ปี (SD = 6.78)		
5. สถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน		
โรงพยาบาลของรัฐ	63	41.2
โรงพยาบาลเอกชน	18	11.8
โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย	14	9.2
โรงพยาบาลทางจิตเวช ศูนย์ฟื้นฟูยาเสพติด	11	7.2
ศูนย์ฟื้นฟู เช่น ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ศูนย์ฟื้นฟูแรงงาน	6	3.9
โรงเรียนทั่วไปที่จัดการเรียนร่วมสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ	6	4.0
โรงเรียนสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษและศูนย์การศึกษาพิเศษ	16	10.5
คลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด	10	6.6
บ้านผู้รับบริการ (ทำงานอิสระ)	2	1.3
ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการ	7	4.6
6. ประเภทของผู้รับบริการที่หน่วยงานให้บริการมากที่สุด		
เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและการเรียนรู้	49	32.0
ผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย	55	35.9
ผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สังคม	24	15.7
ผู้ดูแล/ครอบครัวของผู้รับบริการ	1	0.7
ผู้สูงอายุ	13	8.5
คนในชุมชนที่นักกิจกรรมบำบัดไปให้บริการ	11	7.2

SD = standard deviation

“ผู้ป่วยที่ต้องกระตุ้นกลืนได้รับผลกระทบมากที่สุด ด้วยระยะเวลาการนอนที่โรงพยาบาลค่อนข้างน้อย ญาติเข้าไม่ได้ แล้วไม่ได้ตามไปเยี่ยมบ้าน มันไม่ได้รับระยะเวลา คนไข้ยังไม่พร้อมกลืนเลย ต้องคอยให้อาหารกลับบ้าน จนบอด ติดเชื้อต้องกลับมาโรงพยาบาลเยอะมาก ถึงต้องทำอะไรที่จะลดการเกิดเรื่องนี้ขึ้น...” (นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายกาย09)

“ผู้ป่วยที่ป่วยเรื้อรัง จริงๆ ฝึกด้วยกันมาตลอด แต่พอให้กลับไปฝึกที่บ้าน เขาก็รู้สึกว่ามันไม่มั่นใจ ทำไม่ได้ ให้ญาติฝึกก็ไม่มั่นใจอยู่ดี อยากให้ผู้บำบัดไปช่วยดูแลเหมือนช่วยสอนท่าที่ถูกต้องให้ บางทีก็ช่วยปรับกิจกรรมให้ คนไข้ก็อยากฝึกต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความมั่นใจ” (นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายกาย02)

ผู้รับบริการฝ่ายเด็กและวัยรุ่น รวมถึงผู้ดูแล ได้รับผลกระทบแตกต่างกันไปตามความรุนแรงของอาการ เช่น เด็กสมองพิการ เด็กที่มีอาการรุนแรงไม่สามารถสวมหน้ากากอนามัยหรือมีการดึงออกตลอดเวลา รวมถึงเด็กที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการฝึก มีร้องไห้ มีน้ำมูก น้ำลายที่มีละอองฝอย กลุ่มนี้จะถูกงดให้บริการเป็นกลุ่มแรกตั้งแต่เริ่มมีสถานการณ์โควิดจนกระทั่งถึงปัจจุบัน บริการที่ได้รับจะเป็นการให้คำแนะนำกลับไปฝึกที่บ้านหรือโทรศัพท์สอบถาม ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งตัวเด็กและผู้ปกครอง เด็กส่วนใหญ่มีความสามารถถดถอยลง มีข้อติด มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ส่วนผู้ปกครองมีความเครียด รู้สึกเหนื่อย ไม่รู้วิธีการฝึกเด็ก กลุ่มที่ได้รับผลกระทบรองลงมา คือ เด็กออทิสติก เด็กกลุ่มพฤติกรรม อารมณ์ ที่ควบคุมตนเองไม่ได้ เด็กอยู่แต่ในบ้านตลอด ไม่ได้ไปโรงเรียน ขาดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม พ่อแม่ผู้ดูแลมีความเครียดในการจัดการพฤติกรรม เด็กจะมีพฤติกรรมติดเกม ติดอินเทอร์เน็ต ติดหน้าจอมากขึ้น จัดการเวลาไม่ได้ มีความเครียดจากการเรียนและการบ้านที่ครูสั่ง ทำงานไม่ทัน พ่อแม่ต้องคอยดูแล บางรายเด็กจะถูกฝากให้อยู่กับปู่ย่าตายาย หรือส่งเด็กไปอยู่ต่างจังหวัด ทำให้ขาดการฝึกทักษะและการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความต้องการอยากให้โรงเรียนหรือศูนย์การศึกษาพิเศษ กลับ

มาเปิดให้บริการ เพราะผู้ปกครองต้องไปทำงานหรือหารายได้ และส่วนใหญ่มีความต้องการพาเด็กกลับมาฝึกกับผู้บำบัด แม้ว่าจะมีความถนัดน้อยลงแต่ช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมดีขึ้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“กลุ่มเด็กสมาธิสั้น เด็กออทิสติก ที่พ่อแม่ไม่ได้รับการฝึกแล้ว อาการแยลงไปจริงๆ ส่วนใหญ่ผู้ปกครองจะให้การโทรถามว่า ถ้าเป็นแบบนี้จะอย่างไร ก็ให้คำแนะนำเบื้องต้นไปก่อน มีจำนวนเกินครึ่งหนึ่งที่ไม่สามารถพาเด็กมาฝึกได้หรือติดตามทางโทรศัพท์ได้ บางคนที่ต้องไปอยู่ต่างจังหวัด เพราะกรุงเทพเด็กอยู่ไม่ได้ มีคนติดเชื่อเยอะ พ่อแม่ก็ต้องทำงานด้วย ลูกก็ต้องหยุดเรียน เวลาในการดูแลลูกไม่มีเลยต้องให้ไปอยู่กับปู่ย่าตายาย ความสามารถของเด็กจึงไม่ได้ถูกส่งเสริมต่อ อยู่ต่างจังหวัดบางทีก็ไม่ได้ออกไปไหนเหมือนกัน เป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กไม่ได้พัฒนาความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่ควร” (นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายเด็ก01)

“ผู้ปกครองบอกว่า เครียดเพิ่มขึ้น ดูแลไม่ไหว คือปกติ 2 ถึง 3 เดือน จันทร์ถึงศุกร์ ไปโรงเรียนตลอด แล้วมาฝึกบ้างเดือนละครั้งสองครั้ง ไม่ค่อยเจอปัญหาเท่าไร แต่พอเด็กไม่ได้ไปโรงเรียนปัญหาเพิ่มขึ้น ผู้ปกครองไม่เคยควบคุมให้เด็กนั่งเรียน เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เรียนออนไลน์ครูก็สั่งงานเยอะมาก บางกรณีมีเด็กที่มีอาการค่อนข้างรุนแรงจะมีใครร่วมตามมา คือ คือต่อต้าน มีผลต่อคนในบ้าน มีการใช้อุปกรณ์ที่เป็นอันตราย ผู้ปกครองไม่สามารถจัดการได้ต้องส่งมาที่โรงพยาบาล เด็กบางคนเรียนที่บ้านมีความเครียด ไม่ได้เจอเพื่อน กลายเป็นเด็กซึมเศร้าหลายราย” (นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายเด็ก02)

“กลุ่มเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมอาการรุนแรงตั้งแต่แรก การฝึกแบบออนไลน์ ก็อาจจะไม่ได้รับเต็มเม็ดเต็มหน่วย แล้วพอกลับมาอีกทีส่วนใหญ่ก็จะสมาธิสั้นลง พุดได้น้อยลง ก้าวร้าวมากขึ้น ส่วนใหญ่ความสามารถจะถดถอยลงในกรณีที่ไม่ได้มารับคำแนะนำให้ไปฝึกที่บ้าน ต่อให้ทำโทรเวชก็แยลงเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มที่มีสถานะที่ดีก็ไม่มีปัญหาอะไร แต่บางครอบครัวก็จะมีอาการพลัดพรากเสียชีวิตจากโควิดไปบ้าง ตัวเด็กเสียชีวิตบ้างก็มีเหมือนกัน ก็ต้องให้กำลังใจ

ใจผู้ปกครองไปเรื่อยๆ บางคนก็มาไม่ได้เพราะไม่มีเงินมาโรงพยาบาลบ้าง ก็ค่อนข้างจะเป็นไปในทางที่แย่”(นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายเด็ก11)

ผู้รับบริการจิตสังคมและจิตเวชจะได้รับผลกระทบจากนโยบายล็อกดาวน์ให้อยู่แต่ที่บ้าน การงดให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกและงดกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาลในเวลากลางวัน มีเพียงบริการติดตามทางโทรศัพท์และการส่งยาทางไปรษณีย์ ผู้ป่วยในต้องอยู่แต่ในหอผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ งดการเยี่ยมจากญาติ และยืดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงจากการออกไปติดเชื้อมากโรงพยาบาล การงดส่งผู้ป่วยในมาที่แผนกกิจกรรมบำบัด ทำให้ขาดการฝึกทักษะทางสังคม การรับรู้และการรู้คิด การฝึกเตรียมความพร้อมอาชีพ นอกจากนี้กลุ่มผู้รับบริการที่ฝึกทักษะอาชีพเพื่อเตรียมกลับไปทำงาน ไม่สามารถทำได้ต่อเนื่อง ต้องอยู่แต่ในบ้าน มีความเครียดและวิตกกังวล สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง ญาติ/ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้และหมดกำลังใจ นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายจิตสะท้อนให้เห็นปัญหาของกลุ่มผู้รับบริการจิตเวช ดังนี้

“ในคนไข้จิตเวชเรื้อรังส่วนใหญ่การใช้ไลน์ค่อนข้างยาก คือจะให้เขามาคุยไลน์หรือโทรศัพท์มาคุยกับเรา หรือบางทีต้องโทรประสานกับนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้นำชุมชนหรือ อสม. เพราะโทรหาคนไข้จริงๆ ไม่ได้เยอะมาก” (นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายจิต06)

“ในเคสผู้สูงอายุ บางบ้านสามารถทำตามโปรแกรมที่เราให้ได้บ้างวัน ขึ้นอยู่กับทัศนคติของผู้ดูแลบ้านไหนที่ผู้ดูแลเอาด้วย คนไข้จะค่อนข้างดีขึ้น แต่บ้านไหนมาคล้ายๆ เดิมจะไม่ค่อยกระตือรือร้น เป็นมาตั้งแต่ก่อนโควิด แต่พอโควิดยิ่งห่างกันไปอีก” (นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายจิต04)

“คนไข้ค่อนข้างขาดโอกาส เพราะถ้าได้มาทำกิจกรรมร่วมกัน เขาจะมีการปรับตัว เรียนรู้สิ่งแวดล้อมรอบข้างและบางคนที่ยากทำอาหารก็ได้ลงมือทำจริง แต่พอเป็นโควิด อยากทำอาหารก็จะทำผ่านการเล่นเกม มีภาพวัตถุต่างๆ ทำเป็นเกมให้เขาดู ซึ่งไม่ได้ฝึกทักษะจริงๆ

จากที่ได้มาฝึกกลุ่มที่แผนก กลายเป็นฝึก 1:1 และขึ้นไปที่เวิร์ดแทน” (นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายจิต02)

“เนื่องจากคนไข้ไม่ได้มาติดต่อกับนักกิจกรรมบำบัดโดยตรง ทำให้ความต่อเนื่องของการพัฒนาทักษะของเขาหายไป เรื่องทักษะการทำงานที่ผู้ป่วยนอกจะเข้าสู่ระบบการจ้างงาน ก็ถูกหยุดไป ต้องอยู่แต่ที่บ้าน สุดท้ายก็ไม่ได้มาทำงาน คนไข้ขาดขวัญกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพตัวเอง ทำให้เขารู้สึกว่าต้องไปเริ่มนับหนึ่งใหม่ รู้สึกว่าตัวเองไม่ได้อยู่ในสังคมที่เหมือนคนอื่น ไม่มีแรงจูงใจที่จะกลับมาอีกครั้ง ญาติเองก็รู้สึกว่าที่พยายามมานานสูญเปล่า ทำให้ขาดการติดต่อไป” (นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายจิต05)

นักกิจกรรมบำบัดมีการปรับตัวในแต่ละรอบของการระบาด ดังนี้ การระบาดระลอกแรก รัฐมีมาตรการล็อกดาวน์ ห้ามการรวมกลุ่ม ประกอบกับอุปกรณ์ป้องกันไม่เพียงพอ การให้ความสำคัญกับผู้ป่วยโควิดและการควบคุมการติดเชื้อ ส่งผลให้การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลายเป็นบริการสุขภาพที่ไม่เร่งด่วน มีนโยบายให้ลดจำนวนผู้ป่วยนอก มีการงดหรือเลื่อนนัดผู้ป่วย งดบริการต่างๆ ของโรงพยาบาลในเวลากลางวัน มีการปิดโรงเรียนและศูนย์การศึกษาพิเศษ เจ้าหน้าที่หน่วยกิจกรรมบำบัดถูกปรับบทบาทให้ไปเป็นหน่วยสนับสนุนการดำเนินงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 เช่น การเตรียมอุปกรณ์ป้องกัน การเย็บหน้ากากผ้า ออกหน่วยโรงพยาบาลสนาม และการส่งยาทางไปรษณีย์ แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ หน่วยกิจกรรมบำบัดที่อยู่ในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยโควิดไม่มาก ยังคงเปิดให้บริการในแผนกได้ต่อเนื่อง เมื่อจำนวนผู้ติดเชื้อลดลง มีการผ่อนคลายมาตรการในช่วงครึ่งปีหลังของปี พ.ศ. 2563 ส่งผลให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลับมาให้บริการได้ใกล้เคียงเดิม แต่มีจำนวนผู้ป่วยไม่ถึงครึ่งหนึ่งที่กลับมาใช้บริการเนื่องจากความไม่แน่ใจในสถานการณ์ กลัวการติดเชื้อและยังไม่ได้รับวัคซีน

ส่วนการระบาดระลอกที่ 2 และ 3 จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นกระจายในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ ถึงแม้จะมีอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ แต่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง

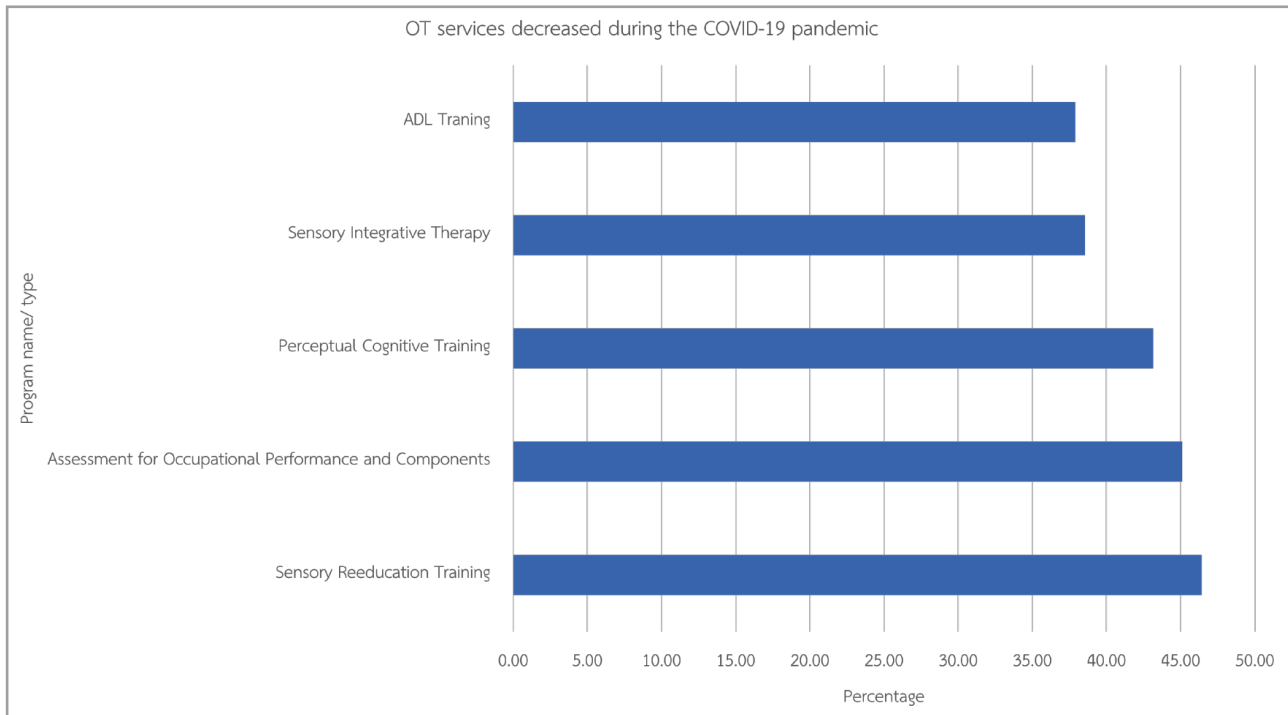
และเด็กที่ไม่สามารถสวมหน้ากากอนามัยได้ตลอดเวลา กับ หัตถการที่เสี่ยงต่อละอองฝอยยังคงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้นักกิจกรรมบำบัดต้องเผชิญกับความท้าทายว่าจะให้บริการอย่างต่อเนื่องอย่างไรในเงื่อนไขที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในบ้าน จะคงไว้ซึ่งความสามารถและทักษะการทำกิจกรรมได้อย่างไรเมื่อไม่สามารถเดินทางมารับบริการที่แผนกได้นักกิจกรรมบำบัดจึงเริ่มมีการใช้โทรศัพท์ติดตามและให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล เนื่องจากแพทย์จะมีการทำโทรเวชติดตามอาการผู้ป่วย หากกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วนจะถูกส่งต่อมารับบริการจากนักกิจกรรมบำบัด โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยภาวะกลืนลำบาก กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่จะส่งต่อไปยังระบบการดูแลระยะกลางในชุมชน ในช่วงการระบาดระลอกที่ 3 เข้าสู่ระลอกที่ 4 บุคลากรในหน่วยกิจกรรมบำบัดเริ่มได้รับวัคซีนแล้วผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับวัคซีน ทำให้กลับมาให้บริการในแผนกใกล้เคียงแบบเดิม แต่กลุ่มที่มีสารคัดหลั่งที่เป็นละอองฝอยกลุ่มที่สวมหน้ากากอนามัยไม่ได้ตลอดเวลา กลุ่มที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงอยู่ งานวิจัยนี้ทำการเก็บข้อมูลในช่วงระลอกที่ 4 (ส.ค.-ธ.ค. 64) ข้อมูลจากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามที่ทีมวิจัยนำรูปแบบบริการกิจกรรมบำบัดจากมาตรฐานวิชาชีพ จำนวน 38 บริการ พบว่า

รูปแบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดที่ลดลงมากที่สุด 5 อันดับแรกจากการรวมผลการตอบแบบสอบถาม ได้แก่ การฟื้นฟูระบบการรับรู้ความรู้สึก (sensory reeducation training) ร้อยละ 46.41 (หมายถึงในจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 100 คน จะมี 46.41 คนที่ตอบว่ามีการลดลงของการให้บริการการฟื้นฟูระบบการรับรู้ความรู้สึก) การประเมินความสามารถและองค์ประกอบในการทำกิจกรรม (assessment for occupational performance and components) ร้อยละ 45.10 การฝึกการรับรู้และการรู้คิด (perceptual cognitive training) ร้อยละ 43.14 การส่งเสริมการบูรณาการประสาทการรับรู้ความรู้สึก (sensory integration therapy) ร้อยละ 38.56 การฝึกทักษะการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic

activity of daily living (ADL) training) ร้อยละ 37.91 แสดงในภาพที่ 1

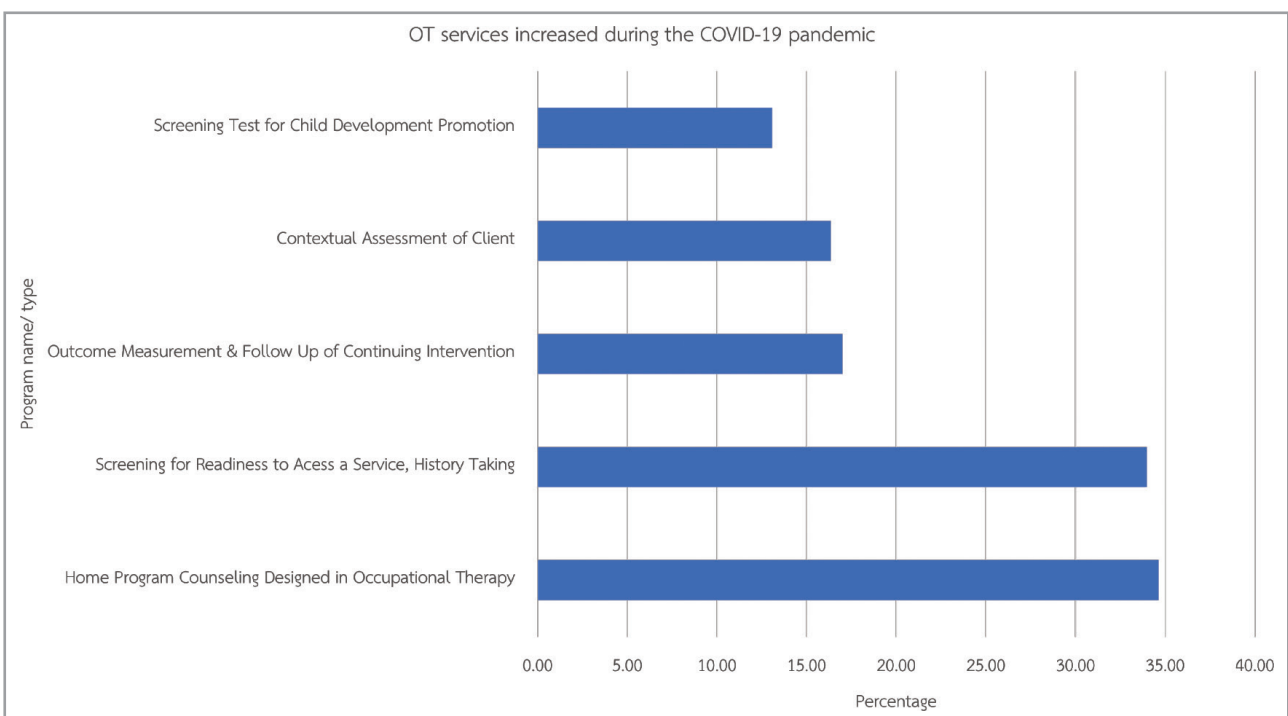
สำหรับรูปแบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด 5 อันดับแรกจากการรวมผลการตอบแบบสอบถาม ได้แก่ การให้คำปรึกษาและการให้โปรแกรมฝึกกิจกรรมบำบัดที่บ้าน (home program counseling designed in occupational therapy) ร้อยละ 34.64 (หมายถึงในจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 100 คน จะมี 34.64 คนที่ตอบว่ามีการเพิ่มขึ้นของบริการการให้คำปรึกษาและการให้โปรแกรมฝึกกิจกรรมบำบัดที่บ้าน) การคัดกรองความพร้อมในการรับบริการและซักประวัติ (screening for readiness to access a service, history taking) ร้อยละ 33.99 การวัดผลลัพธ์และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (outcome measurement & follow up of continuing intervention) ร้อยละ 16.99 การประเมินบริบทของผู้รับบริการ (contextual assessment of client) ร้อยละ 16.34 การตรวจคัดกรองเพื่อส่งเสริมการพัฒนาในเด็ก (screening test for child development promotion) ร้อยละ 13.07 แสดงในภาพที่ 2

รูปแบบการให้บริการที่ปรับเป็นรูปแบบใหม่เพื่อให้บริการได้อย่างต่อเนื่องมากที่สุด 5 อันดับแรกจากการรวมผลการตอบแบบสอบถาม ได้แก่ การฝึกทักษะการใช้กล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก (oro-facial motor skill function training) ร้อยละ 45.10 (หมายถึงในจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 100 คน จะมี 45.10 คนที่ตอบว่ามีการปรับบริการเป็นรูปแบบใหม่ในด้านการฝึกทักษะการใช้กล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก) การวัดผลลัพธ์และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (outcome measurement & follow up of continuing intervention) ร้อยละ 42.48 การฝึกทักษะการทำงานของมือ (hand functional skills training) ร้อยละ 41.18 การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกพูด (pre-speech training) ร้อยละ 41.18 การฝึกทักษะการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic activity of daily living (ADL) training)



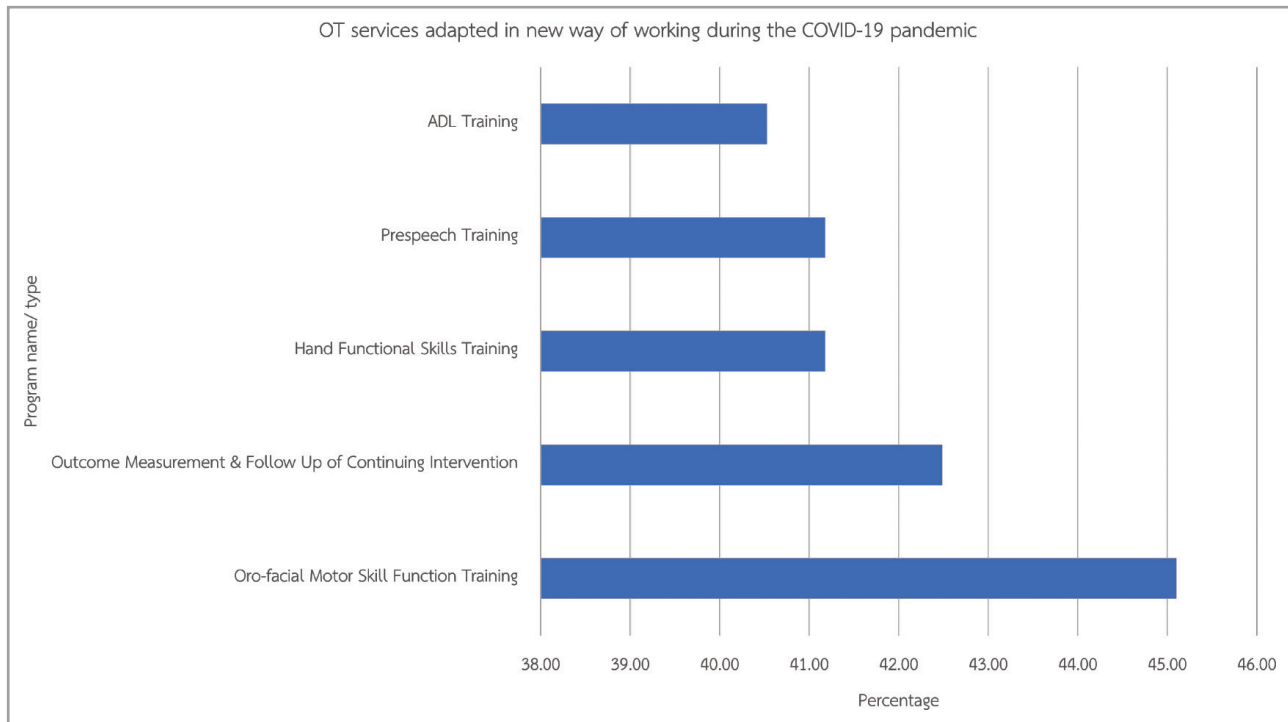
ADL = activities daily living, OT = occupational therapy

ภาพที่ 1 รูปแบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดที่ลดลงในช่วงสถานการณ์โควิด



OT = occupational therapy

ภาพที่ 2 รูปแบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดที่ทำเพิ่มขึ้นในช่วงสถานการณ์โควิด



ADL = activities of daily living, OT = occupational therapy

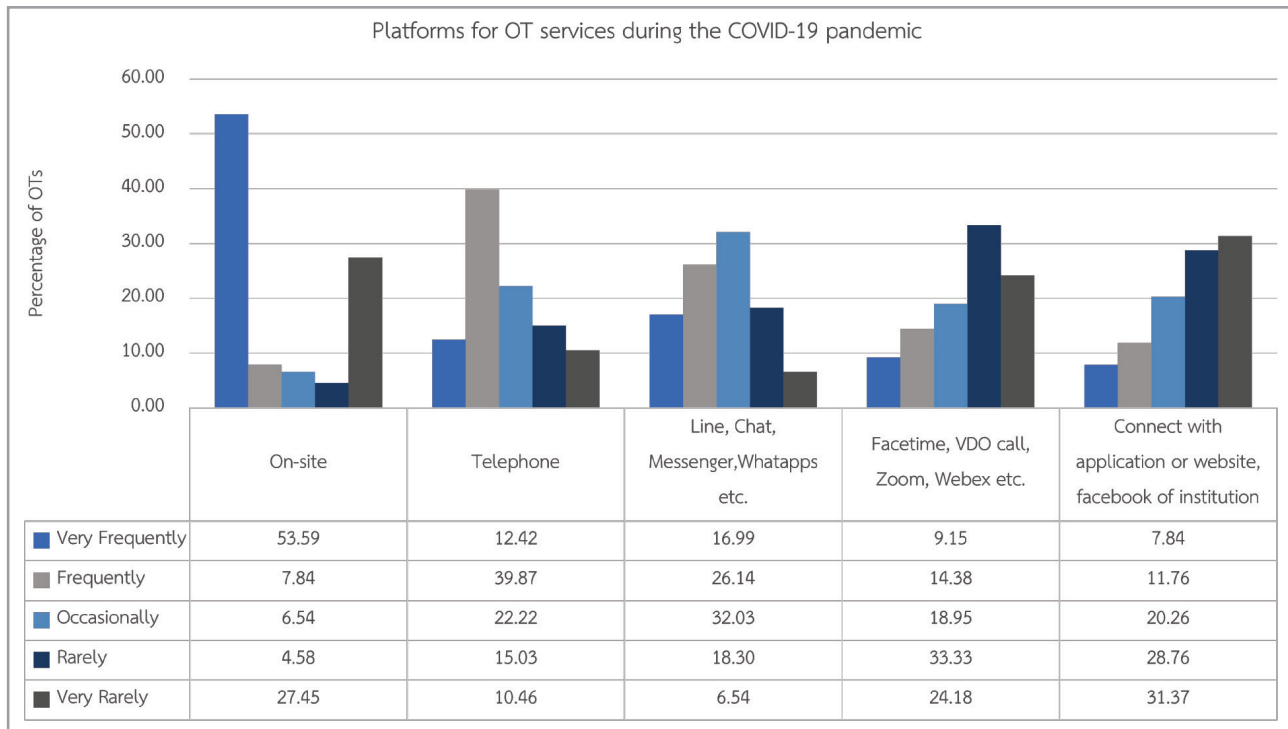
ภาพที่ 3 รูปแบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดที่ปรับเปลี่ยนใหม่ในช่วงสถานการณ์โควิด

ร้อยละ 40.52 แสดงในภาพที่ 3

ผลการสำรวจรูปแบบการให้บริการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ พบว่า นักกิจกรรมบำบัดส่วนใหญ่ยังจัดบริการขึ้นที่หน่วยงาน/แผนก (on-site) ได้ โดยทำบ่อยมากที่สุด (มากกว่าร้อยละ 80 ของโอกาสที่ได้ทำ) ส่วนการให้บริการผ่านช่องทางโทรศัพท์ (telephone) ส่วนใหญ่ทำบ่อยๆ (ร้อยละ 50-79 ของโอกาสที่ได้ทำ) สำหรับการให้บริการผ่านโปรแกรมสนทนาออนไลน์ (Line, Chat, Messenger, WhatsApp, etc.) ส่วนใหญ่ได้ทำบางโอกาส (ร้อยละ 30-49 ของโอกาสที่ได้ทำ) ส่วนการให้บริการผ่านช่องทางวิดีโอออนไลน์ (FaceTime, VDO call, Zoom, Webex) ส่วนใหญ่มีโอกาสดำเนินการบ้าง (ร้อยละ 10-29 ของโอกาสที่ได้ทำ) และการให้บริการผ่านช่องทางอื่นๆ เช่น application หรือ website หรือ Facebook หน่วยงาน ส่วนใหญ่แทบจะไม่เคยทำ (ทำน้อยกว่าร้อยละ 10 ของโอกาสที่ได้ทำ) ดังแสดง

ในภาพที่ 4

ประสบการณ์ของนักกิจกรรมบำบัดจากข้อมูลสนทนากลุ่ม พบว่า จากเดิมที่มีการให้บริการที่แผนกกิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาล ได้มีการปรับเปลี่ยนเป็นบริการสุขภาพแบบทางไกลและแบบผสมผสาน ส่วนใหญ่นักกิจกรรมบำบัดที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐจะนัดติดตามผู้ป่วยพร้อมกับแพทย์ทั้งแบบมาที่โรงพยาบาลและแบบผ่านโทรเวช โดยบริการที่ให้ ได้แก่ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์กับผู้ดูแลในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปรับสภาพบ้านและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางไกล โดยมีสองรูปแบบ คือ (1) นักกิจกรรมบำบัดเป็นผู้ฝึกทักษะการใช้แขนและมือ หยิบจับ ฝึกทำกิจวัตรประจำวัน ฝึกการรู้คิด การสื่อสาร ให้ผู้ป่วยทำตามโดยมีผู้ดูแลเป็นผู้เตรียมอุปกรณ์ให้และนั่งอยู่ใกล้ๆ บริเวณที่ฝึก โดยใช้อุปกรณ์ที่สามารถหาได้ที่บ้าน เช่น ตะกร้า ลูกบอล ไม้หนีบผ้า ขวด แก้ว ช้อน ผ้าขนหนู และ (2) นักกิจกรรมบำบัดฝึกทักษะเบื้องต้นให้ผู้ดูแลเป็นผู้ฝึก



OT = occupational therapy, VDO = video

ภาพที่ 4 การให้บริการกิจกรรมบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิดผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ

ผู้ป่วยที่บ้านโดยให้โปรแกรมการฝึกที่เหมาะสมกับบริบทที่บ้านและเทคนิคการฝึกที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ ส่วนกิจกรรมที่ไม่สามารถให้บริการได้ในช่วงแรก ได้แก่ การฟื้นฟูผู้รับบริการที่มีความบกพร่องในการเคี้ยว การดูดและการกลืน (dysphagia) แบบให้บริการที่ต้องสัมผัสกระตุ้นบริเวณปากโดยตรง (direct intervention) จึงมีการทำแผ่นพับรูปภาพ วิดีทัศน์ ส่งข้อมูลและวิดีโอคอลผ่านไลน์ เพื่อให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ข้อระมัดระวังเรื่องการกลืน และการแก้ไขปัญหาในกรณีที่มีอันตราย รวมถึงการส่งอุปกรณ์การฝึกทักษะทางไปรษณีย์ การติดตามผ่านโทรศัพท์

ในผู้รับบริการฝ่ายเด็ก วัยรุ่นและครอบครัว นักกิจกรรมบำบัดต้องปรับรูปแบบการให้บริการจากเดิมที่ผู้ปกครองสามารถพาเด็กมาฝึกที่แผนกได้ เป็นการนัดจำนวนน้อยลงเพื่อเว้นระยะห่าง ร่วมกับการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ การฝึกทักษะการสอนและปรับพฤติกรรม มีการ

ส่งคลิปวิดีโอทัศนของเด็กระหว่างทำกิจกรรมผ่านทางไลน์ส่วนตัวของผู้ปกครอง การส่งแบบฝึกหัดหรือกิจกรรมการฝึกทางไปรษณีย์หรือให้ผู้ปกครองเดินทางมารับไปฝึกที่บ้าน การฝึกทักษะโดยนักกิจกรรมบำบัดผ่านโปรแกรม Zoom, Google Meet, Webex การฝึกจะเน้นไปที่ทักษะการเรียนรู้ การเขียน การฝึกสหสัมพันธ์ของมือและตา การฝึกทักษะรับรู้ ความเข้าใจ การสื่อสารและทักษะทางสังคม ในส่วนของผู้ป่วยในที่เป็นเด็กแรกเกิดที่มีปัญหาการกลืนและพัฒนาการ ยังคงให้การฝึกเป็นปกติและเน้นให้คำแนะนำผู้ดูแลให้สามารถกลับไปฝึกต่อที่บ้านได้

ในผู้รับบริการฝ่ายจิตเวชและจิตสังคม ปรับเปลี่ยนการให้บริการเป็นการให้คำปรึกษาผ่าน Line, Messenger หรือให้ผู้ป่วยโทรศัพท์เข้ามาที่แผนกในเวลาราชการ การจัดกิจกรรมการฝึกทักษะการสื่อสาร การฝึกการรับรู้และความคิดความเข้าใจผ่านทางโปรแกรมออนไลน์ทั้งแบบ

1:1 และแบบกลุ่ม ลดจำนวนผู้ป่วยที่นัดมาโรงพยาบาลในเวลากลางวันแต่ปรับเป็นรูปแบบผสมผสาน คือ มีทั้งการฝึกที่แผนกและออนไลน์ มีการติดตามทางโทรศัพท์ และประสานงานกับหน่วยงานท้องถิ่นในการติดตามการรักษา การกินยาและการพบแพทย์ตามนัด ส่วนผู้ป่วยในจะมีการประสานงานกับพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อส่งอุปกรณ์เข้าไปให้ผู้ป่วยฝึกในหอผู้ป่วย มีการจัดชุดกิจกรรมประมาณ 8-10 กิจกรรมที่ผ่านการวิเคราะห์และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับความสนใจและความสามารถของผู้รับบริการ โดยนักกิจกรรมบำบัดจะทำการนัดเวลาและใช้โปรแกรมสนทนาออนไลน์ระหว่างหอผู้ป่วยกับแผนก

ปัจจัยที่ทำให้นักกิจกรรมบำบัดต้องปรับรูปแบบการให้บริการ ได้แก่ ระยะเวลาที่หยุดให้บริการในช่วงโควิดที่ยาวนานเกินไปทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสพัฒนาทักษะมาตรการการห้ามรวมกลุ่มและให้ทำงานที่บ้านในบางพื้นที่ ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ นโยบายของหน่วยงานที่เอื้อต่อการปรับรูปแบบบริการใหม่ การได้รับการสนับสนุนเรื่องอุปกรณ์ป้องกันและได้รับวัคซีน การสนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการแบบทางไกลได้ เช่น อินเทอร์เน็ต แท็บเล็ต แอปพลิเคชัน โปรแกรมตัดต่อวิดีโอ ส่วนอุปกรณ์ ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัดต้องไปช่วยทำงานอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องเป็นระยะเวลานาน การปิดแผนก การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายจากการให้บริการทางไกลไม่ได้ รวมถึงขาดอุปกรณ์สื่อสารทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้ป่วย ในบางพื้นที่และในผู้รับบริการที่มีข้อจำกัดในเรื่องสัญญาณโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต ทำให้ไม่สามารถให้บริการสุขภาพทางไกลได้อย่างเต็มที่

“คนไข้ที่ไม่ค่อยมีศักยภาพจะเริ่มมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ บางคนที่น่าจะสามารถฟื้นฟูได้เต็มที่ก็เสียชีวิตแทน กลุ่มกระตุ้นกลืนคนไข้แทบจะล้มวิธีการกลืนไปเลย เพราะลดจำนวนคนไข้ไม่ให้มาเยอะเกินไปและนัดพร้อมแพทย์ ซึ่งอาจจะนานเกินไป ส่วนคนไข้ในที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็ว ได้กลับบ้าน กลุ่มนี้ไม่อยากให้ไปเยี่ยมเพราะกลัวโควิดจากหมอ ในพื้นที่ที่ไม่มีสัญญาณทำให้ติดตามไม่ได้ เช่น พื้นที่ปทุมธานี สัญญาณ

โทรศัพท์ขาดๆ หายๆ และอินเทอร์เน็ตเข้าไม่ถึง เวลาทำ telemedicine จะมีปัญหาเรื่องสัญญาณกับมุกกล้อง และเทคโนโลยีปลายทาง ไม่ว่าจะเป็นของ รพช.[โรงพยาบาลชุมชน] หรือคนไข้ หรือญาติ ตรงนี้เป็นอุปสรรคมาก” (นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายกาย08)

“ตอนโควิดมาเรามีการปรับเปลี่ยนให้ 1 วัน เป็น tele-therapy คือผู้ปกครองสามารถโทรมาปรึกษาหรือเปิดกล้องให้ดูวิธีการสอนเด็กได้ แต่ด้วยบริบทพื้นที่ระยะทางที่ผู้ป่วยมาหาเรา ดังนั้นถ้าเป็นผู้ปกครองที่ใช้สมาร์ตโฟน แท็บเล็ต แบบนี้จะทำได้ แต่เนื่องจากว่าวันธรรมดาผู้ปกครองคนนั้นก็จะไปทำงาน คนที่อยู่กับเด็กก็จะเป็นผู้สูงอายุ พอทดลองทำก็ไม่ประสบความสำเร็จ เพราะผู้สูงอายุไม่สามารถใช้ระบบนี้ได้ อุปกรณ์ อินเทอร์เน็ตก็มีผล เลยต้องปรับใหม่คือ ส่งยาทางไปรษณีย์ให้ เด็กจะไม่ขาดยา แต่ต้องไม่เกิน 6 เดือน ต้องมาติดตามนัดกับหมอและนักวิชาชีพ เพราะถ้าเกินกว่านั้น จะยาวนานเกินไป” (นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายเด็ก02)

3. วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษามุมมองของนักกิจกรรมบำบัดต่อความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดในต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ในสังคมไทย

ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามความคิดเห็นของนักกิจกรรมบำบัดเกี่ยวกับการนำรูปแบบการให้บริการต่างประเทศมาใช้ในบริบทสังคมไทย พบว่า บริการที่สามารถทำได้แน่นอนในบริบทไทย ได้แก่ การให้ความรู้ผ่านเครือข่ายทางสังคมออนไลน์ต่างๆ เช่น Line, Facebook, Twitter, YouTube ร้อยละ 78.43 ใช้โปรแกรมออนไลน์ในการจัดอบรมความรู้ด้านกิจกรรมบำบัดให้กับนักวิชาชีพหรือประชาชนทั่วไป (online workshop) ร้อยละ 64.05 ใช้โทรศัพท์ในการสื่อสารระหว่างผู้บำบัดถึงผู้บำบัดหรือสหสาขาวิชาชีพในลักษณะการปรึกษาเคส หรือใช้โปรแกรม video conference, tele-conference ใช้โทรศัพท์ติดต่อเพื่อให้คำปรึกษาระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการในพื้นที่ห่างไกล คิดเป็นร้อยละ 56.86 ใช้โทรศัพท์ในการติดตามการ

ให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการฝึกทักษะต่างๆ ที่บ้าน (tele-rehabilitation) ร้อยละ 52.29 มีบทบาทในการให้ความรู้ ประสานงานหรือแนะนำการปฏิบัติตัวให้กับผู้ติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 51.63 สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพที่เป็นมุมมองของนักกิจกรรมบำบัดในไทยต่อรูปแบบของต่างประเทศและจากประสบการณ์ที่ได้ทดลองใช้วิธีต่างๆ ดังต่อไปนี้

“เวลาคนไข้มาแอดมิทที่วอร์ดเวชศาสตร์ฟื้นฟู จะมีทีมประชุมปรึกษารายกรณีทุกเคส บางเคสจะทำกับครอบครัวด้วย ตอนนี้ใช้ผ่านออนไลน์หมด คนไข้ที่ฝึกการใช้มือ ทำการบำบัดผ่านทางไกลได้ (tele-intervention) คนไข้ที่ฝึกกลืน บางเคสเสนอให้ไปฝึกใกล้บ้าน หรือไม่ก็นัดมาประเมินกลืนที่โรงพยาบาลก่อน เพราะการกระตุ้นกลืนเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงมากกว่าอย่างอื่น พยายามเลือกระดับอาหารที่ปลอดภัยที่สุด ถ้าฝึกไปประมาณ 4-5 ครั้ง ถ้าสะดวกนัดมาติดตามพร้อมแพทย์ มีการติดตามแบบทางไกล (tele-monitoring) เป็นปกติ ตอนนี้เริ่มเยี่ยมบ้านผ่านทางไกล (tele-home visit) คนไข้ในก่อนจะกลับบ้านจะให้ญาติถ่ายรูปบ้านส่งมาให้ดูก่อน เราให้คำแนะนำในการปรับสภาพบ้านก่อนที่จะกลับไปใช้ชีวิตจริง และก็เริ่มทำแอปพลิเคชันออกกำลังกายกล้ามเนื้อกลืน คนไข้สูงอายุไม่สามารถจำท่าออกกำลังกายได้ ช่วยกันทำขึ้นมาและนำไปพัฒนาต่อเพื่อให้เป็นระบบที่สื่อสารกันได้มากขึ้น” (นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายกาย05)

ส่วนรูปแบบการให้บริการในต่างประเทศที่คิดว่าทำได้แต่ต้องปรับปรุงให้เหมาะสม ได้แก่ การประเมินองค์ประกอบในการทำกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ (tele-evaluation) การทำกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผ่านทางออนไลน์ (virtual support group) การสร้างแอปพลิเคชันเฉพาะที่ใช้สำหรับฝึกทักษะการใช้มือ การเขียน ฝึกเรื่องการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ (specific application for intervention) และมีการวัดผลหรือติดตามความก้าวหน้าผ่านแอปพลิเคชันได้ ซึ่งจะให้เห็นผลความก้าวหน้าและหากทำได้จะสามารถนำไปอธิบาย สปช. ได้ว่า โปรแกรมการ

ฝึกผ่านระบบทางไกลได้ประสิทธิผล และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของบริการ ส่งผลดีต่อผู้ป่วย

“เด็กจะมีความสนใจในสื่อมัลติมีเดียอยู่แล้ว ถ้ามีแอปพลิเคชันที่ส่งเสริมในเรื่องการฝึกเฉพาะเรื่องให้กับเขาไปตรงนี้ก็สามารเป็นฝึกอย่างหนึ่งที่สอนระยะไกลได้ แล้วก็มีการวัดผลประเมินผลในตัว จะทำให้ติดตามและปรับความยากง่ายของการฝึกเด็กในรูปแบบที่เป็น new normal ต่อไป น่าจะได้ผลดีกับเด็กพิเศษ เด็กพิการในอนาคต” (นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายเด็ก08)

“สิ่งที่น่าสนใจ คือ virtual support group เพราะว่าผู้ปกครองเขาต้องการเสริมเรื่องทักษะทางสังคม แต่ยังมีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถมาเข้าร่วมกลุ่มได้ตามวันเวลาที่กำหนด ถ้ามีการพูดคุยกันระหว่างผู้ปกครองและนักบำบัด เป็นแบบให้มาฟังและเรียนรู้ร่วมกันน่าจะดี... อีกสื่อหนึ่งที่น่าจะเหมาะคือ Facebook สามารถเอารูปภาพหรือเทคนิคการฝึกเด็กสั้นๆ ไปโพสต์ ซึ่งไม่ได้มีความซับซ้อน คนส่วนใหญ่ก็คุ้นเคย” (นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายเด็ก07)

“ที่คิดว่าเริ่มทำได้เลย คือการประเมินผ่านทางไกล (tele-evaluation) เพราะเราไม่ได้ประเมินคนไข้แบบเจอตัว ดังนั้นควรพัฒนาแบบประเมินบางตัวขึ้นมาใช้ออนไลน์ได้ เช่น ประเมินความคิดความเข้าใจ (cognition) ถ้าพัฒนาได้ งานของโอทีจะแยกบทบาทได้ชัดเจนกว่างานอื่น” (นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายกาย10)

“คิดว่าพวก virtual support group หรือ online group therapy น่าจะทำได้เนื่องจากว่าบริบทโรงพยาบาลฝ่ายจิตเวชส่วนใหญ่จะทำกิจกรรมแบบกลุ่มอยู่แล้ว ถ้ามีตรงนี้เข้ามาช่วยทำให้การนัดหมายในการทำกิจกรรมง่ายขึ้น แล้วก็มีการสื่อสารมาพูดคุยให้มีความมั่นใจในการเลิกล้มสูตรซึ่งกลุ่มนี้จะถูกงดไปเพราะเป็นบุคลากรภายนอกที่เข้ามาไม่ได้เลยจัดกลุ่มไม่ได้” (นักกิจกรรมบำบัดฝ่ายจิต07)

นอกจากนี้ รูปแบบการให้บริการที่นักกิจกรรมบำบัดต้องทำเพิ่มเติมในสถานการณ์โควิด ได้แก่ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในช่วงสถานการณ์โควิด การสอน

เทคนิคการปรับตัวกิจกรรมเด็กขณะเรียนออนไลน์ให้กับผู้ปกครอง ให้คำปรึกษาเรื่องการจัดการตนเองและจัดการเวลา การทำสื่อ นวัตกรรม คลิปวิดีโอ แบบฝึกหัด แอปพลิเคชัน เกมออนไลน์ การใช้ Google Forms ในการเก็บข้อมูล การถ่ายรูปบ้านส่งมาทางโทรศัพท์เพื่อวางแผนปรับสภาพบ้าน การให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองและฝึกผ่านระบบวิดีโอคอลส่งผลให้ผู้ดูแลกลับมามีส่วนร่วมในการฝึกลูกของตนเองในบริบทที่บ้านได้ ผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการติดตั้งอุปกรณ์และนำโปรแกรมมาฝึกที่บ้าน ผู้ปกครองบางรายเปลี่ยนทัศนคติหลังจากได้ทดลองฝึกด้วยตนเอง ครอบครัวได้มีโอกาสดูแลซึ่งกันและกัน เกิดการทำกิจกรรมร่วมกัน (family engagement) นอกจากนี้ การให้บริการสุขภาพแบบทางไกล ยังช่วยให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ดูแลและผู้รับบริการมีความเครียดลดลงและยังคงได้รับการอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย

วิจารณ์และข้อยุติ

การศึกษาผลกระทบของสถานการณ์โควิด-19 ต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต รูปแบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมต่อสถานการณ์และความต้องการของผู้รับบริการ และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบบริการในต่างประเทศมาใช้ในบริบทสังคมไทย โดยวิธีแบบผสมผสาน ตั้งแต่การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องร่วมกับการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม พบว่า ผลกระทบของสถานการณ์โควิดต่อผู้รับบริการมีความรุนแรงแตกต่างกันไปตามความรุนแรงของอาการและโอกาสในการเข้าถึงบริการกิจกรรมบำบัด ในช่วงสถานการณ์ได้มีการให้บริการกิจกรรมบำบัด 3 รูปแบบหลัก คือ บริการในหน่วยงาน (on-site) บริการกิจกรรมบำบัดทางไกล (telehealth) และบริการแบบผสมผสาน (hybrid)

สถานการณ์โควิด-19 ได้สร้างโอกาสใหม่ๆ ให้นักกิจกรรมบำบัดได้ค้นหาวิธีการโดยเฉพาะการคงไว้ซึ่งบริการต่อเนื่อง การให้บริการกิจกรรมบำบัดในไทยรูปแบบใหม่นั้นมีความคล้ายกับงานวิจัยในประเทศ⁽²²⁻²⁴⁾ ที่นักกิจกรรม

บำบัดมีการนำวิธีการที่หลากหลายของ telehealth มาปรับใช้ในสถานการณ์วิกฤตได้ แต่สิ่งที่ยังต้องค้นหาต่อไป คือ การที่ไม่สามารถจะใช้วิธีการเดียวที่เหมาะสมและทำให้ทุกคนเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน (one-size-fits-all) เมื่อเทียบกับต่างประเทศที่นักกิจกรรมบำบัดทั่วโลกจะต้องประสานการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการค้นหาการรักษาที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ (functional independence) และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่ม long COVID complication และใช้ Telehealth ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว ขาดคนดูแลหรือผู้ช่วยเหลือคนพิการและบทบาทในการตรวจสอบการเข้าถึงบริการในช่วงสถานการณ์โควิด เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง มีการฟื้นคืนสู่สภาวะและกลับมาใช้ชีวิตตามบทบาทของตนเอง⁽²⁵⁻²⁶⁾

เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับรูปแบบการให้บริการในไทย เช่น ความพร้อมและทักษะของผู้บำบัดและผู้รับบริการทั้งความรู้และทักษะทางด้านเทคโนโลยี การขาดอุปกรณ์และอินเทอร์เน็ตที่ใช้เพื่อการเข้าถึงบริการทางไกล นโยบายของหน่วยงานที่ยังไม่ได้สนับสนุน ทำให้ส่วนใหญ่เป็นการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่ตนเองมีในหน่วยงาน เน้นการให้โปรแกรมกลับไปฝึกที่บ้านและให้คำปรึกษามากกว่าที่จะฝึกทักษะหรือฟื้นฟูโดยตรง รวมถึงยังไม่มีการทำงานวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการแบบทางไกล ทำให้ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาไปสู่แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานของวิชาชีพต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศฟิลิปปินส์⁽²⁵⁾ ที่ได้กล่าวว่า ความท้าทายของการเกิดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางไกล (telerehabilitation) มี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1. ปัจจัยบุคคล (human factors) เช่น การยอมรับหรือการต่อต้านระบบ การขาดความรู้ทักษะและความต้องการพัฒนาทักษะ ความกังวลต่อความคุ้มค่า กฎหมาย การรักษาความลับ ความปลอดภัยในการใช้ระบบ 2. ปัจจัยองค์กร (organizational factors) เช่น ขาด

กฎหมาย ขาดนโยบายระดับชาติ ขาด ICT (information, communications technology) infrastructure ขาดการสนับสนุนจากรัฐ ขาดแพลตฟอร์มที่เป็นส่วนตัวและมีความปลอดภัย ขาดการสนับสนุนแหล่งข้อมูล ขาดการสนับสนุนทรัพยากร ขาดการสนับสนุนการศึกษาวิจัย และ 3. ปัจจัยทางเทคนิค (technical factors) เช่น สัญญาณอินเทอร์เน็ตช้า ใช้เวลานาน ไม่ปลอดภัย ซอฟต์แวร์ไม่เพียงพอ อุปกรณ์ไม่สนับสนุน

งานกิจกรรมบำบัดในไทยมีการปรับตัวให้บริการผ่านระบบทางไกลมากขึ้น สอดคล้องกับรูปแบบการให้บริการในต่างประเทศ⁽²⁴⁾ ที่มีการผสมผสานทั้ง 1. low-tech ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ อีเมล การส่งข้อความทางโทรศัพท์ การประกาศผ่านทางเว็บไซต์หน่วยงาน เพื่อให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา การติดตาม การคัดกรอง 2. mid-tech เป็นการใช้อุปกรณ์ของหน่วยงานที่เชื่อมโยงกับแผนกกิจกรรมบำบัด การให้โปรแกรมออนไลน์ การทำ video conference เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็น แต่อาจจะมีส่วนน้อยที่ไปถึงระดับ 3. high-tech เน้นไปที่การให้การบำบัดรักษารายบุคคล ออกแบบกิจกรรมและให้การบำบัดผ่าน distant virtual reality มีอุปกรณ์ติดตามการเคลื่อนไหวและภาวะสุขภาพ สำหรับงานกิจกรรมบำบัดในไทยยังไม่มีแนวทางปฏิบัติกิจกรรมบำบัดทางไกลหรือบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางไกลที่ชัดเจน ในแต่ละหน่วยงานมีการทดลองทำและปรับใช้กับผู้รับบริการในบริบทของตนเอง ซึ่งจะแตกต่างกันตามความพร้อมและสิ่งสนับสนุนจากหน่วยงาน รวมถึงยังมีผู้รับบริการและผู้ดูแลจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ telehealth ได้เนื่องจากความยากจน ขาดแคลนอุปกรณ์สื่อสาร ทำให้ telehealth ไม่ได้เหมาะสมกับทุกคน ประกอบกับยังไม่มีระเบียบข้อปฏิบัติที่เป็นระบบที่ทำให้เห็นประสิทธิผลและระยะเวลาที่เริ่มทำยังไม่แน่นอน บางหน่วยงานยังไม่สามารถเบิกจ่ายค่าบริการจากผู้จ่ายเงิน (provider) ทำให้ไม่เห็นภาระงานที่จะทำรายได้เข้าโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ งานกิจกรรมบำบัดในไทยจะต่างกับต่างประเทศ คือ การที่ไม่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย

ในระยะวิกฤติ (critical care setting) และในกลุ่ม Post-COVID ที่ชัดเจน⁽¹¹⁾ เมื่อเทียบกับต่างประเทศ จากข้อมูลนี้น่าจะเป็นโอกาสที่ดีที่นักกิจกรรมบำบัดไทยจะมีบทบาทในการดูแลประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพหลังติดโรคโควิดที่มีจำนวนมากในสังคมไทย

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ คือ การทำความเข้าใจปัญหาผลกระทบของสถานการณ์โควิด-19 มาจากมุมมองนักกิจกรรมบำบัดเพียงด้านเดียว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน ควรมีการสัมภาษณ์หรือสอบถามจากผู้ป่วย ผู้รับบริการและผู้ดูแลโดยตรง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะสะท้อนให้เห็นความซับซ้อนของปัญหาได้หลายมิติมากขึ้น อีกทั้งนักกิจกรรมบำบัดส่วนใหญ่จะให้ความเห็นว่า ลักษณะกิจกรรมการให้บริการส่วนใหญ่จะต้องมีการจับสัมผัสร่างกายเพื่อฝึกทักษะต่างๆ รวมถึงการประเมินความสามารถเพื่อรับโปรแกรมการรักษา นักกิจกรรมบำบัดมองว่าควรมีการพบกันแบบตัวต่อตัว (face to face) อย่างน้อย 1 ครั้งก่อน จากนั้นหากมีความพร้อมสามารถติดตามต่อเนื่องทางออนไลน์ได้ ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อไปในอนาคตผ่านมุมมองของผู้รับบริการด้วยว่า รูปแบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดทางไกลมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจมากน้อยเท่าใดเมื่อเทียบกับการให้บริการแบบในหน่วยงาน และควรศึกษาว่า ในแต่ละประเภทของผู้ป่วยนั้น ความพึงพอใจและผลลัพธ์จากการรักษาผ่านรูปแบบบริการทางไกลต่างกันอย่างไร อีกทั้งควรมีการศึกษาในมุมมองของผู้กำหนดนโยบายหรือผู้บริหารหน่วยงานด้วย เกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็น แนวทางปฏิบัติความเป็นไปได้ของการจัดให้บริการในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจระบบสุขภาพทั้งระบบ ซึ่งจะช่วยให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายมีความเป็นไปได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการวิจัยครั้งนี้

1. องค์กร สถาบันวิชาการ สถาบันวิจัย และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ ควรสนับสนุนทุนการศึกษาวิจัยให้กับสถาบันการศึกษา สถาบันวิชาการ หรือนักกิจกรรมบำบัดในหน่วยงานต่างๆ

2. ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าของการให้บริการแบบทางไกลเปรียบเทียบกับบริการในรูปแบบเดิมเพื่อให้มีข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุน-ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

3. รัฐควรสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการเข้าถึงเทคโนโลยี อุปกรณ์ เครื่องมือ เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ กล้อง แอปพลิเคชัน เพื่อให้การบริการแบบทางไกลมีประสิทธิภาพ สามารถยกระดับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและเพิ่มการเข้าถึงบริการในประชาชนทุกกลุ่มได้

4. ควรสนับสนุนการพัฒนาระบบผู้จัดการรายกรณีให้กับผู้ดูแล เช่น สนับสนุนให้สมาคมชมรมผู้ปกครองเด็กพิการเป็นหนึ่งในหน่วยให้บริการร่วม

5. ศูนย์การศึกษาพิเศษและโรงเรียนเฉพาะทางสำหรับเด็กพิการ ควรมีการพัฒนากระบวนการรองรับกลุ่มเด็กและผู้ดูแลที่มีเงื่อนไขปัจจัยที่ต่างกัน เพื่อให้ได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ลดความรุนแรงจากความพิการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขอขอบคุณนักกิจกรรมบำบัดทั่วประเทศ สมาคมนักกิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัดแห่งประเทศไทย ผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจเครื่องมือวิจัยเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานของ สวรส. และของมหาวิทยาลัยที่ได้ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตและรูปแบบการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดที่ตอบสนองต่อยุคชีวิตวิถีใหม่”

References

1. Wongpiromsarn Y. Mental health operations under the COVID-19 crisis of Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* 2020;28(4):280-91. (in Thai)
2. United Nations Population Fund Thailand. The impact of COVID 19 on older persons in Thailand - evidence from the survey [internet]. Situation report. Bangkok: UNFPA; 2020 [cited 2021 Aug 14]. Available from: https://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/executive_summary_final_draft.pdf.
3. Kamalakannan S, Chakraborty S. Occupational therapy: the key to unlocking locked-up occupations during the COVID-19 pandemic. *Wellcome Open Res* 2020;5:153. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7388192.1/>. doi: 10.12688/wellcomeopenres.16089.1.
4. Department of Mental Health. New normal [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2288>. (in Thai)
5. World Health Organization Thailand. Thailand launches “New Normal” healthcare system to build back better after COVID-19 [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailand-launches-new-normal-healthcare-system-to-build-back-better-after-covid-19>.
6. The Medical Council. Announcement of the Medical Council No. 54/2563 Guidelines for telemedicine and online clinics [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 29]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/166/T_0052.PDF. (in Thai)
7. Kalaya Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health. Guide to remote psychiatric screening services (Telepsychiatry) outpatient for the Department of Mental Health, Ministry of Public Health [internet]. 2021 [cited 2021 Sep 15]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/files/original/c4282d306bf5e3966ff756554d4461f8.pdf>. (in Thai)
8. Department of Medical Services. Practice guideline for adapt rehabilitation services in COVID-19 [internet]. 2019 [cited 2021 Aug 18]. Available from: http://www.sbo.moph.go.th/sbo/file/eoc/corona/case%20management/CM_newnormal/. (in Thai)
9. Bureau of Sanatorium and Art of Healing, Department of Health Service. Professional standards for the art of healing in occupational therapy. Bangkok: Art Qualify; 2011. (in Thai)
10. World Federation of Occupational Therapists [WFOT]. Public statement - occupational therapy response to the COVID-19 pandemic [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://wfot.org/about/public-statement-occupational-therapy-response-to-the-covid-19-pandemic>.
11. Dirette DP. Occupational therapy in the time of COVID-19. *Open J Occup Ther* 2020;8(4):1-4. Available from: <https://>

- scholarworks.wmich.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1794&context=ojot. doi: 10.15453/2168-6408.1794.
12. Ward G, Casterton K. The impact of the COVID-19 pandemic on occupational therapy in the United Kingdom. London, UK: Royal College of Occupational Therapists; 2020.
 13. Hennink M, Kaiser BN. Sample sizes for saturation in qualitative research: a systematic review of empirical tests. *Soc Sci Med* 2022;292:114523. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34785096/>. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114523.
 14. Boddy CR. Sample size for qualitative research. *Qualitative Market Research: An International Journal* 2016;19(4):426-32. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2016-50346-003>. doi:10.1108/QMR-06-2016-0053.
 15. Sinclair K. Occupational therapy and COVID-19. *WFOT Bulletin* 2021;77(1):1-2. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/14473828.2021.1897291?needAccess=true>. doi:10.1080/14473828.2021.1897291.
 16. Ricci EC, Dimov T, da Silva Cassais T, Dellbrügger AP. University experiences of occupational therapy in Brazil during the Covid-19 pandemic: contributions and support in mental health for the population. *WFOT Bulletin* 2020;76(2):75-7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/14473828.2020.1818048>. doi:10.1080/14473828.2020.1818048.
 17. Sterrenberg K. A virtual group program to improve quality of life for people living with Parkinson's: an Australian response to the COVID-19 pandemic. *WFOT Bulletin* 2022;78(1):53-8. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14473828.2021.1887631?journalCode=yotb20>. doi: 10.1080/14473828.2021.1887631.
 18. Katsiana A, Galanakis M. School-based occupational therapy during COVID-19 pandemic. *Psychology* 2021;12(1):121-31. Available from: https://www.scrip.org/pdf/psych_2021012715173355.pdf. doi:10.4236/psych.2021.121009.
 19. Priyadharsini H, Chiang JJ. Embracing telehealth: supporting young children and families through occupational therapy in Singapore during COVID-19. *WFOT Bulletin* 2020;76(2):90-3. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/14473828.2020.1822574>. doi: 10.1080/14473828.2020.1822574.
 20. American Occupational Therapy Association [AOTA]. Telehealth in occupational therapy [internet]. *Am J Occ Ther*. 2018;72(Suppl. 2):7212410059. Available from: https://research.aota.org/ajot/article-abstract/72/Supplement_2/7212410059p1/6514/Telehealth-in-Occupational-Therapy?redirectedFrom=fulltext. doi: 10.5014/ajot.2018.72S219.
 21. Dahl-Popolizio S, Carpenter H, Coronado M, Popolizio NJ, Swanson C. Telehealth for the provision of occupational therapy: reflections on experiences during the COVID-19 pandemic. *Int J Telerehabil* 2020;12(2):77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33520097/>. doi: 10.5195/ijt.2020.6328.
 22. American Occupational Therapy Association [AOTA]. Information pertaining to occupational therapy in the era of coronavirus (COVID-19) [internet]. 2020 [cited 2021 Aug]. Available from: <https://www.aota.org/coronavirus>.
 23. Sy MP, Pineda RC, Yao DP, Guevara CA, Delos Reyes RC, Castro IM. Shared voices of Filipino occupational therapists during the COVID-19 pandemic: reflections from an online forum. *WFOT Bulletin*. 2020;76(1):60-4. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/14473828.2020.1761575?needAccess=true>. doi: 10.1080/14473828.2020.1761575.
 24. Camden C, Silva M. Pediatric telehealth: opportunities created by the COVID-19 and suggestions to sustain its use to support families of children with disabilities. *Phys Occup Ther Pediatr* 2021;41(1):1-17. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01942638.2020.1825032>. doi: 10.1080/01942638.2020.1825032.
 25. Leochico CF, Espiritu AI, Ignacio SD, Mojica JA. Challenges to the emergence of telerehabilitation in a developing country: a systematic review. *Front Neurol* 2020;11:1007. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33013666/>. doi: 10.3389/fneur.2020.01007.
 26. Robinson MR, Koverman B, Becker C, Ciancio KE, Fisher G, Saake S. Lessons learned from the COVID-19 pandemic: occupational therapy on the front line. *Am J Occup Ther* 2021;75(2):1-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33657341/>. doi:10.5014/ajot.2021.047654.