

# การพัฒนารูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

## Model Development of Self-Help Group Aided by Tele-Consultation for Caregivers of Dependent Older Adults Patients.

Received: 18 August 2022  
Revised: 17 November 2022  
Accepted: 21 December 2022

พัชรี พุทธชาติ<sup>1</sup> เพ็ญศิริ อัทธวงค์<sup>2</sup> ปาริชาติ ธนากุลรังสี<sup>2</sup> รวิสรา แก้วกระเศษฐ<sup>2</sup>  
ภัสราภรณ์ แก้วทองคำ<sup>2</sup> วสุทิดา นนทพันธ์<sup>3</sup>

Patcharee Putthachat<sup>1</sup>, Phensiri Atthawong<sup>2</sup>, Parichart Tanakulrungssee<sup>2</sup>, Ravisara kaewkraset<sup>2</sup>  
Patsaraporn Gaewtongma<sup>2</sup>, Wasutida Nontaphun<sup>3</sup>

<sup>1</sup>กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสงขลา

<sup>2</sup>งานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสงขลา

<sup>3</sup>ศูนย์บริการสาธารณสุขเตาหลวง เทศบาลนครสงขลา

<sup>1</sup>Department of Family and Community Medicine, Songkhla Hospital

<sup>2</sup>Subdepartment of Community Nursing, Songkhla Hospital

<sup>3</sup>Tao luang, Public Health Center, Songkhla municipality

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์พัฒนารูปแบบ และประเมินผล โดยการวิจัยเชิงปริมาณแบบกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลัง ใช้สถิติการทดสอบที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกัน (paired t-test) ต่อด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มและการวิเคราะห์เนื้อหา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 45 คน ผลการวิจัย รูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แผนการดำเนินกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 6 ครั้ง ต่อเนื่องทุกสัปดาห์ และระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ มี 2 ช่องทาง ได้แก่ กลุ่มไลน์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบัญชีไลน์ทางการสำหรับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังจากการที่ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพสนับสนุนว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เรียนรู้ทั้งเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ป่วย มีความสามารถในการดูแล และผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ทำให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ดีขึ้น และได้รับข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือจากทีมสุขภาพ สรุป รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีขึ้นในแง่ภาวะการดูแลลดลงและมีสุขภาพจิตดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะพึ่งพิงลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อื่นๆ และควรติดตามประเมินผลในระยะยาวต่อไป

**คำสำคัญ :** กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ผู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การให้คำปรึกษาออนไลน์

### ผู้รับผิดชอบบทความ

แพทย์หญิงพัชรี พุทธชาติ

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสงขลา

666 ม.2 ต.พะวง อ.เมือง จ.สงขลา 90100

โทรศัพท์ 081-5996156

อีเมล patcharee.pu@cpird.in.th

### Corresponding author

Patcharee Putthachat M.D.

Department of Family and Community Medicine, Songkhla Hospital

666 Moo 2 Phawong, Muang, Songkhla 90100

Tel. 081-5996156

E-mail patcharee.pu@cpird.in.th

### Abstract

This study aimed to develop a self-help group (SHG) aided by a tele-consultation model for caregivers of dependent older adult patients. The research and development process is divided into 3 phases: situation analysis, model development, and evaluation through a quasi-experiment in one group pretest-posttest design. Compare the difference between the average of before and after scores. Use paired t-test statistics, followed by qualitative research through group discussions and content analysis. The participants consisted of 45 caregivers and elderly patients. Results: The model consists of two parts: The SHG aided by a tele-consultation program six times weekly, and the online consulting system there were two channels: the Line group of caregivers and the Line Official Account for individual counseling. It found that the average score, burden of care and overall mental health problems of caregivers, the ability to perform daily routine, and health-related quality of life of the patient before and after their caregivers joined the SHG There was a statistically significant difference at 0.05. The qualitative research results supported that caregivers learned about their health and patient care and improved competence enabling patients to help themselves more. The online counseling system provides better access to medical services and reliable health information from the health team. Conclusions: This developed model could decrease caregiver burdens and improve caregivers' mental health. In addition, older patients were reduced dependent status and had a better quality of life. It could adapt to other area contexts and should monitor for long-term evaluation.

**Keywords:** Caregiver, Dependent Older Adult Patients, Self Help Group, Tele-Consultation

### บทนำ

ประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปีพ.ศ. 2565<sup>1</sup> จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ในปีพ.ศ. 2563 อำเภอเมืองสงขลา มีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 20.9<sup>2</sup> และมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงถึงร้อยละ 9.9<sup>2</sup> ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามระบบการดูแลระยะยาว<sup>3</sup> ในปัจจุบันยังมุ่งเน้นการเตรียมผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นหลัก จนมักละเลยปัญหาและสุขภาพของผู้ดูแล<sup>4</sup> ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับบทบาทที่หนักและยาวนาน ผลจากการดูแลทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการเงิน ในด้านจิตใจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งถ้าไม่ได้รับการประเมินและช่วยเหลือทันที่อาจทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น การดูแลที่ไม่มีคุณภาพ ผู้สูงอายุถูกทารุณกรรมและการมีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ดูแลหลัก<sup>5</sup> ในด้านสังคมพบว่า ผู้ดูแลมีการดูแลตนเองลดลง โดยกิจกรรมที่ลดลงมากที่สุด คือ การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม<sup>6</sup> จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผลลัพธ์ของการดำเนินโรคของผู้ป่วย

สูงอายุขึ้นกับผู้ดูแล<sup>4</sup> ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรวางแผนช่วยเหลือให้ผู้ดูแลรักษาสมดุลระหว่างการดูแลตนเองกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม<sup>4-6</sup> ส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและสร้างโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย<sup>7</sup> จะนำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดีขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน<sup>4</sup>

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)<sup>8</sup> ตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมาได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมทั่วโลกเป็นอย่างมาก การให้บริการสุขภาพทางไกลและการแพทย์ทางไกลเริ่มมีบทบาทมากขึ้น<sup>9</sup> สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการนำให้บริการสุขภาพทางไกลมาใช้เพิ่มขึ้น แต่ยังมีการศึกษาน้อยและเป็นการให้บริการกับผู้ป่วย<sup>10</sup> ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการพัฒนากระบวนการดูแลภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุอย่างครบวงจรในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดที่ขอยอดจากการศึกษาพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ที่อำเภอเมือง จ.พะเยา โดยใช้ RAISING Model<sup>11</sup> ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ดูแลมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดทำไลน์กลุ่ม (LINE) ระหว่างผู้ดูแลหลักในครอบครัวและอาสาสมัครผู้ดูแลสำหรับกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้คำปรึกษากรณีมีปัญหาในการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพให้แก่ผู้ดูแล โดยนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยด้วยน่าจะเป็นวิธีหนึ่งซึ่งสอดคล้องกับวิถีใหม่และนโยบาย “คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน”<sup>12</sup> ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2564-2565 เพื่อสร้างโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพให้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ช่วยเสริมพลังและสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีและใช้ชีวิตในชุมชนต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ของงานวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์

### วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะ พัฒนารูปแบบ และ 3) ระยะประเมินผล ความเป็นไปได้และประสิทธิผลของรูปแบบ โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน เริ่มต้นด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ แบบกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการะในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล คุณภาพชีวิตและสุขภาพด้านสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนและหลังการนำไปโปรแกรมไปใช้ โดยใช้สถิติการทดสอบ paired t-test ต่อด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมกราคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ตำบลบ่อทราย อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ค่า mean และ SD of difference ของ Caregiver burden score กลุ่ม

intervention ในการศึกษาของ Rodriguez-Sanchez, et al., 2013<sup>13</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 57 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากบัญชีรายชื่อของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักมาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี 2) อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองสงขลา 3) มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในความดูแล ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง มีระดับ Barthel Activities of Daily Living Index (Barthel ADL Index) <11 และสะดวกในการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่รองรับระบบปฏิบัติการ IOS หรือ Android

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนอย่างต่อเนื่องได้น้อยกว่า 3 ครั้ง 2) ไม่ได้ทำหน้าที่ผู้ดูแลหลักต่อ

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการของพื้นที่ ผู้วิจัยได้ศึกษารายงานสถิติการคัดกรองผู้สูงอายุจากฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา และศึกษาแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง<sup>11, 13-17</sup> หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สำรวจความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยวิธีการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ ญาติผู้ดูแล อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564

จัดประชุมกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลระยะยาว ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกันออกแบบ (ร่าง) รูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับกาให้คำปรึกษาออนไลน์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Walz G. and Bleue C.<sup>18</sup> ซึ่งสมาชิกกลุ่มจะได้รับความช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และ

สังคม การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และการพัฒนาทักษะ และการให้ความช่วยเหลือ โดยออกแบบแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์<sup>19</sup> การดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การอุ่นเครื่อง โดยการออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ ประมาณ 10-15 นาที 2) การสนทนาประเด็นที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่ม โดยมอบหมายให้การบ้านสมาชิกกลับไปทบทวนล่วงหน้า 3) ไตร่ตรองทางแก้ปัญหาเฉพาะตน 4) ระดมสมองทำงานเป็นทีม 5) สื่อสารทางออก ใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา มีข้อตกลงกับสมาชิกกลุ่มในการฟังอย่างลึกซึ้ง โดยไม่ตัดสินสนับสนุนมุมมองเชิงบวกและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน 6) ถอดรหัสปรับใช้

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ

นำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 คน ชุมชนมัสยิดบ้านบน ซึ่งมีลักษณะบริบทเดียวกับพื้นที่เป้าหมาย เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ ให้มีความเหมาะสมต่อกลุ่มตัวอย่างที่จะนำไปขยายผลใช้ในกลุ่มใหญ่

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

ขั้นตอนที่ 5 นำรูปแบบฯ ที่สมบูรณ์ไปใช้ในพื้นที่เป้าหมายเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา 4 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขเตาหลวง ศูนย์สุขภาพชุมชนพาณิชย์สร้างสุข ศูนย์สุขภาพชุมชนกุโบร์รวมใจ และศูนย์สุขภาพชุมชนชลาทัศน์ ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2. รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

3. ประเมินก่อนการทดลอง

4. การดำเนินการกรกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ระยะเวลา 4 เดือน ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

5. ประเมินหลังการทดลอง

6. การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8-12 คน ใช้เวลาประมาณ 120 นาที และมีกรบันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียง

จากนั้นผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นที่ได้หลังจากการสนทนากลุ่มเพื่อการสะท้อนมุมมองแนวคิดด้านศักยภาพในการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมกับการใช้ระบบให้คำปรึกษาออนไลน์

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ ระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แผนการดำเนินการกรกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติที่ชำนาญการงานบริการในชุมชน 1 ท่าน ตรวจสอบ เพื่อให้ได้ความตรงด้านเนื้อหาที่มีความเหมาะสม คำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.94 จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาเพิ่มเติม เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหามากยิ่งขึ้น ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. แอปพลิเคชันสำหรับการให้คำปรึกษาออนไลน์ ใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ซึ่งมี 2 ช่องทาง ได้แก่

2.1 กลุ่มไลน์ (LINE Group) ผู้ดูแลและผู้สูงอายุของแต่ละชุมชน สำหรับติดต่อสื่อสารและประชาสัมพันธ์ข้อมูลรายกลุ่ม

2.2 บัญชีไลน์ทางการ (LINE Official Account) ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา สำหรับการให้คำปรึกษารายบุคคล

3. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อมูลตามบริบทพื้นที่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ประเด็น ได้แก่ (1) การได้รับประโยชน์ (2) การเรียนรู้และการพัฒนาตนเอง (3) การมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (4) ระบบการให้คำปรึกษาทางไกลและการเข้าร่วมกลุ่มออนไลน์ (5) การพัฒนาสมรรถนะ (6) ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (7) ผู้ป่วยมีภาวะ

ซึ่งพึงลดลงและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น ตัวอย่างแนวคำถามเช่น “ท่านสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ได้หรือไม่ อย่างไร และพัฒนาการดูแลตนเองได้หรือไม่ อย่างไร ช่วยเล่าหรือยกตัวอย่าง” “หลังจากเข้าร่วมโครงการทำให้ท่านมีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น มีภาวะในการดูแลลดลงหรือไม่ อย่างไร ช่วยเล่าหรือยกตัวอย่าง” ผู้วิจัยนำแนวคำถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของแผนดำเนินการกิจกรรม ทั้งการใช้ภาษาและลำดับการสนทนากลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาเพิ่มเติม เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหามากยิ่งขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสำหรับผู้ดูแล และแบบประเมินสำหรับผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือทุกชิ้นที่มีเจ้าของลิขสิทธิ์ โดยวิธีการส่งผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยจึงนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

#### 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในความดูแล โรคประจำตัวของผู้สูงอายุในความดูแล และสามารถใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีที่ใช้ในการปรึกษาออนไลน์

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ และโรคประจำตัว

#### 2. แบบประเมินสำหรับผู้ดูแล ได้แก่

2.1 แบบประเมินภาระโรค Zarit-12 ฉบับภาษาไทย<sup>20</sup> ที่พัฒนาจากแบบวัด Zarit's burden interview, 1983, 1990<sup>21</sup> คุณภาพของแบบประเมินภาระโรค Zarit-12 มีความตรงเชิงโครงสร้างจำแนกเป็น 3 มิติ และมีความสอดคล้องภายในทั้งฉบับและมิติอยู่ในระดับดีมาก Cronbach's alpha 0.88 จึงเป็นแบบวัดที่มีคุณภาพสามารถวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ชัดเจนแน่นอน สอดคล้องกับบริบทของสังคม วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตของไทย

2.2 แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai-General Health Questionnaire (GHQ-12)<sup>22</sup> ที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972)<sup>23</sup> ผลการทดสอบความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบ

กับการวินิจฉัยของจิตแพทย์พบว่า มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายในของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient 0.84 ค่าความไว ร้อยละ 78.1 และความจำเพาะ ร้อยละ 84.4 เหมาะสมในการนำไปเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ในประชากรไทย

#### 3. แบบประเมินสำหรับผู้ป่วย ได้แก่

3.1 แบบประเมินความสามารถในการทำวัตรประจำวัน Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย ดัดแปลงโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>24</sup> คะแนนเต็ม 20 คะแนนดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่ม 2 ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน กลุ่ม 3 พึ่งตนเองไม่ได้ พึ่งการหรือทุพพลภาพ (ติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน แบบประเมินนี้เมื่อใช้ประเมินในผู้สูงอายุพบว่ามีความน่าเชื่อถือ อยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี

3.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและสุขภาพด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย<sup>25</sup> โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ แบบสอบถาม EQ-5D-5L ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวลความซึมเศร้า ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับเรียงตามระดับความรุนแรงตั้งแต่ไม่มีปัญหาจนถึงมีปัญหามากที่สุด ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อละ 1 คำตอบ จากนั้นนำคำตอบจากส่วนแรกซึ่ง เป็นสถานะสุขภาพที่ได้ไปคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ เป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเองที่เฉพาะเจาะจงกับแต่ละประเทศ และถูกใช้สอบถามในประชากรที่หลากหลาย เช่น ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งในครัวเรือน และในโรงพยาบาล และผู้สูงอายุ ส่วนที่สองเป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง หรือ Visual Analog Scale มีลักษณะเป็นสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่มากที่สุด 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด โดยให้ผู้ตอบประเมินสุขภาพตนเอง แบบสอบถามนิยมใช้ทางคลินิก มีความตรงเฉพาะหน้า และความเชื่อมั่นแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี

## การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยตนเองจากการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลกลุ่มละประมาณ 2 ชั่วโมง และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาลเวชปฏิบัติช่วยแจกแบบสอบถามและอธิบายเพิ่มเติม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ข้อมูลทั้งหมดจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกในรูปแบบของแฟ้มข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟต์เอ็กเซล (Microsoft Excel) โดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล คุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ก่อนและหลังการนำโปรแกรมไปใช้ นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบสมมติฐาน หลังจากนั้นนำทดสอบทางสถิติโดยใช้การทดสอบ paired t-test ด้วยระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการถอดเทปบันทึกการให้สัมภาษณ์ เขียนออกมาเป็นตัวอักษรทุกๆ คำพูด มีการให้รหัสข้อมูล และจัดระบบหัวข้อจำแนกหมวดหมู่ย่อย กำหนดประเด็นสำคัญ และ ค้นหาสิ่งที่ข้อมูลยังขาด มีการตรวจสอบความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้า

## ผลการวิจัย

### ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

ข้อมูลการสำรวจความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปีพ.ศ. 2562 ของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเมืองสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 83 ราย พบว่า ระดับความรู้สึก เป็นภาระของผู้ดูแลโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.33 จากการสำรวจความต้องการในการดูแลสุขภาพของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยวิธีการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ ญาติผู้ดูแล อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พยาบาล

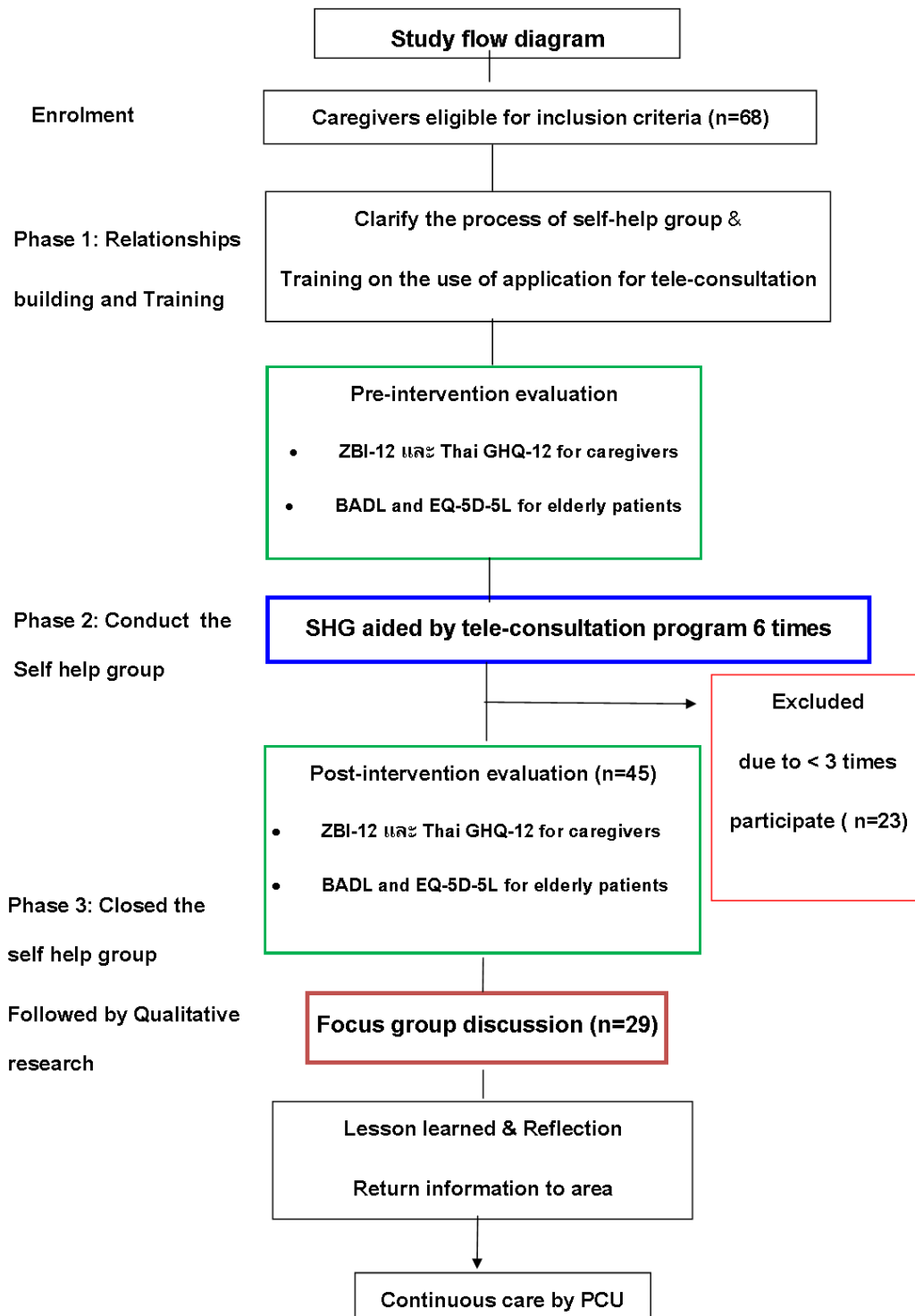
ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าระบบการดูแลระยะยาวที่มีในปัจจุบัน ยังขาดการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลและระบบการให้คำปรึกษาชัดเจน ผู้ดูแล สามารถเข้าถึงการขอคำปรึกษาที่มบุคลากรได้ไม่ทันต่อความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีเร่งด่วน สิ่งที่คุณดูแลต้องการการสนับสนุน ได้แก่ วัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ความรู้และทักษะในการจัดการปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องการโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดูแลและทีมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ

### ระยะดำเนินการ

1. รูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1.1 แผนการดำเนินกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และคู่มือ 2 เล่ม *เล่มแรก*สำหรับผู้ดูแล/พี่เลี้ยงกลุ่มเป็นแผนการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง ประกอบด้วยวิธีการปฏิบัติ เป้าหมาย ระยะเวลาและสถานที่ดำเนินการ สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบกิจกรรม โดยได้แนบ link คลิปวิดีโอที่เหมาะสม เพื่อความสะดวกในการใช้งาน *เล่มที่สอง*สำหรับสมาชิกกลุ่ม เป็นแผนการดำเนินกิจกรรมและใบงานสำหรับกิจกรรมในแต่ละครั้ง แหล่งอ้างอิงข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแล

แผนการดำเนินกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน แบ่งเป็น 3 ระยะ จำนวน 6 ครั้ง ต่อเนื่อง ทุก 1-2 สัปดาห์ ระยะเวลาครั้งละ 90-120 นาที แบบเข้าร่วมกลุ่มปกติ หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง จะมีการติดตามให้คำปรึกษาแบบออนไลน์ โดยทีมบุคลากรสุขภาพประจำพื้นที่ ได้แก่ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ พยาบาล ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อกระตุ้น สอบถามและให้คำปรึกษามาชิกกลุ่มถึงการนำสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของตนเอง ปัญหาอุปสรรคที่พบ รวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับการบ้านที่ได้รับมอบหมายและย้ำเตือนกำหนดนัดเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป ดังนี้ Figure 1: Study flow diagram



ระยะที่ 1 มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพ เสริมสร้างและเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ให้แก่ผู้ดูแล ครั้งที่ 1 ชี้แจงกระบวนการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการและการใช้แอปพลิเคชันสำหรับให้คำปรึกษาออนไลน์ กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การสร้างภาวะผู้นำกลุ่ม และสร้างข้อตกลงร่วมของกลุ่ม วิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางในการแก้ปัญหา ร่วมกัน

ครั้งที่ 2 เลือกผู้นำกลุ่ม และการสร้างข้อตกลงร่วมของกลุ่ม และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 2 การอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน และการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุในชุมชน

ครั้งที่ 4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 3

ครั้งที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 4

กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแล และ แหล่งสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 มุ่งเน้นการร้อยรักความผูกพันในกลุ่มและสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ถอดบทเรียนสะท้อนคิด คืนข้อมูลให้พื้นที่ ส่งต่อสู่ชุมชน

ครั้งที่ 6 กิจกรรมร้อยรักความผูกพันสมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปสิ่งที่ตนเองได้รับการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ผลจากการนำไปปฏิบัติต่อตนเองและการดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นจึงยุติสัมพันธภาพและปิดการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

1.2 แอปพลิเคชันสำหรับการให้คำปรึกษาออนไลน์ ใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ซึ่งมี 2 ช่องทาง ได้แก่

1) กลุ่มไลน์ (LINE Group) ผู้ดูแลผู้สูงอายุของแต่ละชุมชน สำหรับสร้างสัมพันธภาพแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยเหลือพึ่งพากันเองของญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและบริการสาธารณสุขของทีมบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลผู้จัดการการดูแล

และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

2) บัญชีไลน์ทางการ (LINE Official Account) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา สำหรับการให้คำปรึกษาคำแนะนำ การประสานงาน และส่งต่อ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ดูแลแบบส่วนตัวเป็นรายบุคคล โดยทีม ผู้ดูแลระบบและให้คำปรึกษา ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ที่รับผิดชอบโดยตรงในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งสามารถรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และสื่อสารข่าวประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลสงขลา ผ่านทางลิงก์เพจ Facebook และ Youtube ที่อยู่ในเมนูการใช้งาน

2. ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้คู่มือแผนการดำเนินงานกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ ได้แก่ โรงพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน ผลการศึกษาภายหลังจากได้นำไปทดลองใช้ 4 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า คู่มือฯ สามารถนำไปใช้ได้ง่าย มีความชัดเจนของเนื้อหา และมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติอยู่ในระดับมากอย่างละเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 80.0 คู่มือฯ มีความเหมาะสมและสามารถจัดหาเพื่อนำมาใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมากอย่างละเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 73.3 ดังแสดงในตารางที่ 1 (Table 1) กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้ 1) เป็นคู่มือที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ และสามารถเอาไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ด้วย 2) มีประโยชน์มากสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

Table 1 Numbers and percentages of samples classified by opinions towards the use of the Self-Help Group manual for Caregivers of Dependency Older Adults. (n = 15)

Issues	Level of Opinion					
	Very		Moderate		Little	
	number	percentage	number	percentage	number	percentage
Ease of use	12	80.0	2	13.3	1	6.7
2. Clarity of content	12	80.0	2	13.3	1	6.7
3. Suitability	11	73.3	3	20.0	1	6.7
4. Supply Ability	11	73.3	3	20.0	1	6.7
5. Practical application	12	80.0	2	13.3	1	6.7



## ระยะประเมินผลลัพธ์

## การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

Table 2 Demographic factors of caregivers

Factor	Caregivers (n=68)	
	Number	%
Sex: Female	55	80.9
Age (years)		
Mean (SD)	12.27	53.59)
Marital status		
Single	27	38.2
Married	34	51.5
Divorced/Widow/separated	7	10.3
Level of education		
Primary school and lower	23	33.8
Secondary school/Vocational school	25	36.8
Bachelor's degree and higher	20	29.4
Occupation		
Government employee/State enterprise	4	5.9
Businessman	23	33.8
Industrial or rural worker	31	45.6
Unemployed	10	14.7
Income (bath/month)		
No income - 5,000	29	42.6
10,000-5,000	24	35.3
20,000 – 10,001	11	16.2
> 20,001	4	5.9
Underlying disease: Any	36	52.9
Duration of being caregiver (years)		
Mean (SD)	9.59)	7.8)
Relationship of caregiver with patient		
Child	45	66.2
Spouse	9	13.2
Sibling/Relatives	14	20.6
Ability to use online applications: available	53	77.9

ข้อมูลส่วนบุคคลดังแสดงในตารางที่ 2 (Table 2) พบว่า กลุ่มตัวอย่างในส่วนของผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.9 อายุเฉลี่ย 53.59 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.9 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 66.2

และสามารถใช้แอปพลิเคชันออนไลน์ได้ ร้อยละ 77.9 ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วย 7.8 ปี ในส่วนของผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 66.35 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.9 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วย 7.9 ปี

Table 3 Comparison of Baseline and Post-intervention (n=45)

	mean (SD)		t	p-value
	Baseline	Post-intervention		
<b>Caregivers</b>				
<b>Caregiver burden scale scores (ZBI-12)</b>				
Impact	0.86 ± 0.68	0.66 ± 0.61	2.622	0.012
Stress	0.88 ± 0.66	0.66 ± 0.55	4.004	0.000
Care	2.20 ± 1.21	1.55 ± 1.23	3.508	0.000
Overall	13.09 ± 0.58	9.69 ± 0.54	4.602	0.000
<b>General Health Questionnaire (GHQ-12)</b>				
Loss of confidence	0.04 (0.13)	0.03 (0.13)	0.573	0.570
Anxiety & depression	0.07 (0.15)	0.05 (0.12)	1.431	0.160
Social dysfunction	0.06 (0.10)	0.02 (0.05)	3.611	0.001
Overall	0.71 (1.16)	0.38 (0.81)	3.317	0.002
<b>Patients</b>				
Barthel ADL Index	7.46 (4.31)	9.60 (6.46)	-4.336	0.000
Health-related quality of life (HRQOL)	89.46(18.78)	98.31 (18.35)	-4.445	0.000

จากตารางที่ 3 (Table 3) เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ร่วมกับการให้คำปรึกษา ในส่วนของผู้ดูแล พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยภาวะในการดูแลโดยรวมลดลงจาก 13.09 เป็น 9.69 และคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ดูแล ลดลงจาก 0.71 เป็น 0.38 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และ ( $p = 0.002$ ) ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อค้นพบในข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า 1) ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล ความรู้สึกเครียดลดลงและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังเช่น “ตรงนี้ช่วยลดปัญหาความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยครับ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แล้วก็สามารถที่จะนำปัญหาต่างๆ มาแก้ไขและใช้ในชีวิตรประจำวัน ซึ่งเราปฏิบัติกับผู้ป่วย” “ด้านจิตใจคลายความทุกข์ได้ดี ตอนนี้อย่างไรก็ไม่ค่อยกังวล ไม่ต้องกินยานอนหลับแล้ว เพราะเรามาพบเพื่อน แล้วกลับไปบ้านก็สบายใจขึ้น คนไข้ (แฟน) ที่ดูแลก็ไม่เครียด” ในส่วนของผู้ป่วย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น จาก 7.46 เป็น 9.60 และคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตดีขึ้นจาก 89.46 เป็น 98.31 อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับข้อค้นพบในข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า 2) ด้านสุขภาพของผู้ป่วย อาการดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ลดภาวะพึ่งพิงเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ดังเช่น “ได้ความรู้นำไปปฏิบัติกับสามี เรื่องการช่วยเวลามีเสมหะมาก การช่วยลูกจากเตียง ฝึกเดินให้ถูกวิธี ตอนนี้อย่างไรก็ไม่ค่อยกังวล ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นคะ” “ก่อนหน้านั้นแฟนเจ็บแขนคะ ทำกายภาพบำบัดแบบนี้ให้เขาประจำ แขนข้างซ้ายก็ยกได้แล้ว แกเดินได้ดีแล้ว วันนี้พาแกไปฉีดวัคซีนโควิด มาแกดีใจมาก”

นอกจากนี้ข้อค้นพบในการศึกษาเชิงคุณภาพ ยังสะท้อนผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ต่อผู้ดูแล และผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้ 3) ด้านการได้รับประโยชน์ ดังเช่น “โครงการแบบนี้ไม่เคยมีมาก่อน เป็นความรู้ใหม่ๆ ที่เราไม่เคยรู้ แล้วก็มีความเป็นกันเอง ชอบมากคะ” “ประโยชน์ที่ได้รับจากตลอดทั้งโครงการนี้ คือ ได้ความรู้ใหม่ๆ จากคุณหมอมและก็สมาชิก ได้นำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้กับการดูแลผู้ป่วย และ ก็ทำให้พัฒนาความคิดของเราดีขึ้น” 4) ด้านการเรียนรู้

และการพัฒนาตนเอง ดังเช่น “ได้พัฒนาตัวเองในด้าน การออกกำลังกาย และดูแลสุขภาพตนเอง” “เราดูแล ผู้ป่วยทั้งวัน ตอนนี้เริ่มคิดว่าต้องดูแลตัวเองด้วย วางแผน ที่จะจัดเวลาในการดูแลสุขภาพตัวเองแล้ว” 5) *ด้านการ พัฒนาสมรรถนะ* ดังเช่น “ได้รับความรู้เรื่องวิธียกผู้ป่วย ติดเตียง มารถเข็น บางที่เราทำผิดทำถูก แต่พอคุณหมอ ได้มาสอนเราได้ทำถูกต้อง คนป่วยก็ไม่เจ็บ ไม่ค่อยทะเลาะ กันมาก เรายกให้ถูกต้องเราก็จะได้ไม่เจ็บ “คุณแม่ เวลาทานจะต้องขอน้ำปลาทุกครั้งเลยคะ แก่เป็นโรคไต ระยะที่ 3 แล้ว หมอบอกกินของเค็มไม่ได้อันตราย แก่ก็จะ ไม่เชื่อ พอมาอบรมก็กลับไปบอกว่าคุณหมอบอกว่าอย่ากิน ของเค็มนะอันตราย แก่ก็จะรับฟัง บางทีก็จะให้แก่วิดีโอ ในไลน์กลุ่ม แก่ก็จะเริ่มเชื่อ ยอมรับ ปกติไม่ค่อยเชื่อคะ ดีใจคะ แก่กินเค็มน้อยลงมากเลยคะ” 6) *ด้านการมีโอกาส เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการให้ความช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน* ดังเช่น “ได้ประสบการณ์ ปกติไม่เคยได้ไปไหน แต่ว่าโครงการนี้ทำให้รู้สึกดี มีความสุขที่ได้มา ได้ความรู้ การที่เพื่อนได้แชร์ มีความรู้สึกว่ายิ่งกว่าคำแนะนำ ประโยชน์มันก็เยอะคะ” “ได้ออกมาเปิดหูเปิดตา ปกติไม่ออกไปไหนเลย อยู่บ้านทั้งวัน ต้องดูแลพ่อกับแฟน บางที แอบร้องคนเดียว” 7) *ด้านระบบการให้คำปรึกษาทางไกล และการเข้าร่วมกลุ่มออนไลน์* ดังเช่น “การมีกลุ่มไลน์ เป็นศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสาร ระหว่างกลุ่มสมาชิก ด้วยกัน กับโรงพยาบาล กับกลุ่มอสม. สามารถช่วยเหลือ ซึ่งกันและกันในในกลุ่มไลน์ได้ ” “ไลน์กลุ่ม สื่อสารอะไร ถามได้คุณหมอ ก็ตอบเราได้ ว่าการดูแลแบบนี้มันก็ดี ไม่ต้องนั่งคอยที่โรงพยาบาล”

### บทวิจารณ์

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ารูปแบบกลุ่ม เพื่อนช่วยเพื่อนฯ ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพช่วยให้ ผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ในแง่ความรู้สึกเป็นภาระ การดูแลและปัญหาสุขภาพจิตลดลง เพิ่มศักยภาพ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้ผู้ป่วย มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและมีคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับหลายการศึกษา ในต่างประเทศ ดังเช่น การศึกษาของ Rodriguez-Sanchez และคณะ<sup>13</sup> ที่พบว่าการทำจิตสังคมบำบัด ในหน่วยบริการปฐมภูมิให้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มี ภาวะพึ่งพิง สามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตดีขึ้น เช่นเดียวกับผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดย

Claudia Bernabeu-Alvarez และคณะ<sup>14</sup> ที่พบว่า การเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพ ชีวิตดีขึ้นในด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังช่วย เพิ่มความรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Alelaida Zabalegui และคณะ<sup>15</sup> ซึ่งพัฒนาการใช้โปรแกรม INFOSA โดยมี 3 องค์ประกอบ คือ การให้ข้อมูลเพื่อเพิ่มความรู้ การฝึก อบรมเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติ และการสนับสนุน ทางอารมณ์ให้แก่ผู้ดูแล พบว่าสามารถช่วยลดภาวะ เหนื่อยล้าและความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง ทั้งยังสามารถเพิ่มความรู้สึกได้รับการสนับสนุน ทางสังคมในระยะสั้นด้วยเช่นกัน สำหรับการศึกษา ในประเทศ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิยะดา รัตนสุวรรณ และประภาณี โภกาสนันท์<sup>1</sup> ซึ่งพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในชุมชน โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ รับรู้พลังอำนาจและความสามารถของตนเองในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้นและมีความเครียดลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี ตักโพธิ์ และคณะ<sup>16</sup> ที่พบว่าโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้น

สำหรับการใช้เทคโนโลยีให้คำปรึกษาออนไลน์ โดยใช้แพลตฟอร์มไลน์ เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้แผนการ ดำเนินกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสะดวกขึ้น เนื่องจากเป็นวิธี การติดต่อสื่อสารที่ทันบุคคลากรสุขภาพและผู้ดูแลให้อยู่ เป็นประจำ นอกจากนี้จะมีประโยชน์ในการติดต่อสื่อสาร ระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย การให้ความ ช่วยเหลือระหว่างสมาชิกกลุ่ม ยังเป็นช่องทางในการให้ คำปรึกษาและส่งต่อสื่อความรู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ดูแล มีโอกาสติดตามและทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาอีกด้วย ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพได้อธิบาย ประเด็นให้เห็นว่าผู้ดูแลที่เข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนฯ ส่วนใหญ่สะท้อนว่า มีความพึงพอใจ และได้รับประโยชน์ จากข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ มีความสะดวกใน การขอคำปรึกษาและสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิยะดา รัตนสุวรรณ และประภาณี โภกาสนันท์<sup>1</sup> ซึ่งพบว่ากลุ่ม ผู้ดูแลมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดทำไลน์กลุ่มระหว่าง ผู้ดูแลหลักในครอบครัวและอาสาสมัครผู้ดูแลสำหรับ

กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้คำปรึกษากรณีมีปัญหาในการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศหลายการศึกษา ดังเช่น Mary Guerriero Austrom และคณะ<sup>26</sup> ซึ่งพบว่า multiparty web-based videoconference support group for family caregivers เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์สำหรับพื้นที่ห่างไกลหรือเดินทางลำบากและการศึกษาของ Erica Appleman<sup>27</sup> ซึ่งพบว่า Video Telehealth ช่วยให้ผู้ดูแลมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น ในด้านการเรียนรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองและการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาตนเอง ทั้งด้านอารมณ์จิตใจ และด้านจิตวิญญาณที่ลึกซึ้งเพิ่มขึ้นจากการได้ฟังและแลกเปลี่ยนกับกลุ่ม ทำให้มีความเห็นอกเห็นใจและมีเมตตาเอื้ออาทร อยากรวบรวมช่วยเหลือผู้อื่นมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีความมั่นใจและภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Annie Banbury และคณะ<sup>28</sup> ซึ่งพบว่าวิธีการ Telehealth Interventions Delivering Home-based Support Group Videoconferencing ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและความเข้าใจเชิงลึกด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มสุขภาพจิตดีขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mary Guerriero Austrom และคณะ<sup>26</sup> ที่พบว่าการทำกลุ่ม multiparty Web Based VDO conference Support Group สำหรับผู้ดูแลสามารถทำให้สามารถจัดการกับความเครียดที่มีต่อพฤติกรรมกวนของผู้ป่วย ได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกลังเลในการดูแลผู้ป่วย และลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลยังมีการใช้งานบัญชีไลน์ทางการสำหรับทำให้คำปรึกษาส่วนบุคคลน้อย อาจเนื่องจากระยะเวลาในการศึกษาระยะสั้นและจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย ในช่วงเวลาดังกล่าวผู้ดูแลอาจยังไม่ประสบปัญหาที่จำเป็นต้องขอคำปรึกษา รวมทั้งอาจเกิดจากความไม่คุ้นชินในการใช้งาน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังใช้การแชตส่วนบุคคลและแชตกลุ่มมากกว่า สอดคล้องกับการทบทวนการศึกษาอย่างเป็นระบบของ Banbury และคณะ<sup>28</sup> ที่พบว่าทำให้บริการสุขภาพทางไกลยังมีข้อจำกัดด้านการสื่อสารและความสามารถในการใช้

เทคโนโลยีของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งด้านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ความพร้อมของเครื่องมือสื่อสาร และความรอบรู้ด้านเทคโนโลยี ทำให้ความร่วมมือในการรักษาและความต่อเนื่องของการเข้าร่วมกลุ่มลดลงในผู้รับบริการกลุ่มนี้ เนื่องจากความสามารถในการเข้าถึงและใช้งานเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแล ความต้องการเข้าร่วมกลุ่มแบบปกติมากกว่า เวลาในการใช้งานเนื่องจากภาระการดูแล ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนแบบออนไลน์ได้ และมีผู้ดูแลบางส่วนไม่สามารถเข้าใช้งานไลน์กลุ่มได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hassan Khader Y Almathami และคณะ<sup>29</sup> ผู้รับบริการบางส่วนยังคงต้องการการเข้ากลุ่มบำบัดแบบปกติ หรือการเข้ากลุ่มบำบัดแบบผสมระหว่างแบบปกติและแบบออนไลน์ ดังนั้นรูปแบบของการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในงานวิจัยนี้จึงจัดแบบกลุ่มปกติร่วมกับการใช้ช่องทางกลุ่มออนไลน์ในการสื่อสาร ซึ่งพบว่ามีผลลัพธ์ที่ดีเช่นกัน และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ดูแลได้รับประโยชน์ในการขอคำปรึกษา ลดการมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น สอดคล้องกับการศึกษา Hassan Khader Y Almathami และคณะ<sup>29</sup> ที่พบว่าการทำกลุ่มแบบออนไลน์คู่ขนานกับการเข้ากลุ่มปกติ ทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงการช่วยเหลือด้านสังคม ได้สะดวกยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป รูปแบบขี้อาจมีข้อจำกัดสำหรับผู้ดูแลที่มีปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือการเข้าถึงเทคโนโลยี เช่น มีผู้ป่วยสูงอายุในความดูแลที่มีภาวะพึ่งพิงมาก ไม่มีผู้ดูแลแทน มีภาระหน้าที่ด้านอื่นร่วมด้วย มีฐานะลำบาก เป็นต้น นอกจากนี้ความสามารถและปัญหาอุปสรรคในการใช้เทคโนโลยีของผู้ดูแลที่ไม่เท่ากัน ทำให้ผู้ที่ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีจะได้รับโอกาสน้อยกว่าในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ คำแนะนำ และการให้คำปรึกษา หากต้องการนำไปใช้ในเชิงขยายผลไปยังพื้นที่ต่างๆ ควรพิจารณาสนับสนุนผู้ดูแลแทน เพื่อให้ผู้ดูแลหลักสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ หรือจัดกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ โดยสนับสนุนโอกาสการเข้าถึงเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่ผู้ดูแล การศึกษานี้อาจมีอคติได้เนื่องจากผู้ที่อาสาเข้ามาอาจมีแนวโน้มสนใจการดูแลสุขภาพมากกว่าคนอื่นอีกกลุ่ม (volunteer bias) ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งของการนำผลไปใช้ในวงกว้างกับคนกลุ่มที่ด้อยโอกาส เพราะบาง ในการศึกษาที่มีกลุ่ม

ตัวอย่างจำนวนหนึ่งที่ตัดออกจากการศึกษาเนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องได้ จึงควรมีการติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลและผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย นอกจากนี้เนื่องจากผลของการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินระยะสั้น การนำไปใช้จึงควรประเมินผลในระยะยาว และวิจัยเชิงสังเกตการณ์เพื่อประเมินความคุ้มค่า คุ่มทุนของงานวิจัยร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ หน่วยบริการปฐมภูมิควรดำเนินโครงการหรือกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุม โดยการจัดรูปแบบกิจกรรมควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และผู้ดูแลสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้โดยไม่กระทบต่อภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้ดูแลผู้ป่วย “1 กลุ่มหนึ่งผู้ดูแล ต่อ 1 ชุมชน ส่งเสริมการสร้าง Digital health literacy และสนับสนุนโอกาสในการเข้าถึงเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่อย่างทั่วถึง

### บทสรุป

รูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นนี้สอดคล้องกับวิถีใหม่ และสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกรับภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตลดลง ส่วนผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น ปัจจุบันแม้โครงการจะดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วแต่ยังเกิดความต่อเนื่องของเครือข่ายทางสังคมแบบออนไลน์ คือไลน์กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนของแต่ละชุมชน ซึ่งสมาชิกกลุ่มยังคงอยู่แบ่งปันประสบการณ์ระหว่างกัน นอกจากนี้ยังเป็นช่องทางในการขอคำปรึกษาที่สอดคล้องกับงานบริการปฐมภูมิตามนโยบาย 3 หมอช่วยให้ทีมบุคลากรสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลได้สะดวกรวดเร็วมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2563. กรุงเทพฯ: มูลนิธิฯ; 2563.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. Health Data Center; 2563 [ออนไลน์]. 2563. [อ้างเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2563]. จาก : <https://shorturl.asia/LYQCp>.
3. สรุปรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการสนับสนุนงบประมาณปี 2559 [ออนไลน์]. 2559. [อ้างเมื่อ 4 พฤษภาคม 2563]. จาก: [https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund\\_ltc03.pdf](https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_ltc03.pdf).
4. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. วารสารสภาการพยาบาล. 2557; 29(4): 22-31.
5. กัญญาณัฐ สุภาพร. ภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน. วารสารเกื้อการุณย์. 2563; 27(1): 150-161.
6. ณัชศฟ้าหลงผาสุข, สุปรีย์ตามั่นคง, ยุพาพิณศิริโพธิ์งาม. ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. วารสารสภาการพยาบาล. 2561; 33(2): 97-109.
7. Orapan F, Thammasin I. Quality of life and burden of lung cancer patients' caregivers: a cross-sectional study from Southern Thailand. JHSMR . 2020; 38(3):177-192.
8. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCov) WHO Thailand Situation Report-6 February 2020. [Online]. 2020. [cited 2020 August 9]. Available from: <https://shorturl.asia/4wTLi>.
9. Wosik J, Fudim M, Cameron B, Gellad ZF, Cho A, Phinney D, et al. Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care. J Am Med Inform Assoc. 2020;27(6):957-962.
10. พิษณุยศ วิริยะพงษ์, สหรัถ พงษ์สุระ, อัจฉนา เพ็ญจันทร์, ธีรพล ทิพย์พะยอม. การใช้โทรเวชกรรมเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2561; 28(2): 165-177.
11. วิยะดา รัตนสุวรรณ, ประวาลี โอภาสนันท์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2561; 11(4): 156-174.

12. สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์.กระทรวงสาธารณสุขผลักดันนโยบาย คนไทยทุกคนครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน. [ออนไลน์]. 2563. [อ้างเมื่อ 19 สิงหาคม 2563]. จาก: <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG200819101128307>.
13. Rodriguez-Sanchez E, Patino-Alonso MC, Mora-Simón S, Gómez-Marcos MA, Pérez-Peñaranda A, Losada-Baltar A, et al. Effects of a psychological intervention in a primary health care center for caregivers of dependent relatives: a randomized trial. *Gerontologist*. 2013;53(3):397–406.
14. Bernabéu-Álvarez C, Faus-Sanoguera M, Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez J. Systematic review: Influence of Self-Help Groups on family caregivers. *Enfermeria Global*. 2020;19 (58):560–590.
15. Zabalegui A, Galisteo M, Navarro MM, Cabrera E. INFOSA intervention for caregivers of the elderly, an experimental study. *Geriatr Nurs*. 2016;37(6):426–433.
16. อัญชลี ตักโพธิ์, ชมชื่น สมประเสริฐ, เอกอุมา อัมคำ. ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 2560;35(3):109-119.
17. Hedlund M, Landstad BJ, Tritter JQ. The disciplining of self-help: Doing self-help the Norwegian way. *Soc Sci Med*. 2019;225:34–41.
18. Walz GR, Bleuer J, ERIC Clearinghouse on Counseling and Personnel Services, editors. Developing support groups for students: helping student cope with crises. Ann Arbor, Michigan: Eric Counseling and Personnel Services Clearinghouse; 1992. [cited 2020 August 6]. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED340986.pdf>.
19. พิชญ่า เหลียงพานิช, ชมชื่น สมประเสริฐ, เอกอุมา อัมคำ.ผลของโปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนต่อความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2561; 19(ฉ.พิเศษ): 214-223.
20. อรวรรณ ศิลปกิจ, รสสุคนธ์ ชมชื่น, ชัชวาล ศิลปะกิจ. คุณสมบัตินทางจิตวิทยาของแบบประเมินภาวะการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2558; 23(1): 12-24.
21. Gratão ACM, Brigola AG, Ottaviani AC, Luchesi BM, Souza ÉN, Rossetti ES, et al. Brief version of Zarit Burden Interview (ZBI) for burden assessment in older caregivers. *Dement Neuropsychol*. 2019;13(1):122–129.
22. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2539 ; 41(1) : 2 – 17.
23. Malt UF, Mogstad TE, Refnin IB. [Goldberg's General Health Questionnaire]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1989;109(13):1391–1394. [Article in Norwegian]
24. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย [ออนไลน์]. 2559. [อ้างเมื่อ 19 สิงหาคม 2563]. จาก: <https://shorturl.asia/XcMlu>.
25. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Ph.D. Dissertation in Pharmacy Administration]: Bangkok : Faculty of Graduate Studies; Mahidol University; 2014.
26. Austrom MG, Geros KN, Hemmerlein K, McGuire SM, Gao S, Brown SA, et al. Use of a multiparty web based videoconference support group for family caregivers: Innovative practice. *Dementia (London)*. 2015;14(5): 682–690.

27. Appleman ER, O'Connor MK, Rockefeller W, Morin P, Moo LR. Using video telehealth to deliver Patient-Centered Collaborative Care: The G-IMPACT Pilot. *Clin Gerontol.* 2022;45(4):1010-1019.
28. Banbury A, Nancarrow S, Dart J, Gray L, Parkinson L. Telehealth interventions delivering home-based support group videoconferencing: Systematic review. *J Med Internet Res.* 2018;20(2):e25. doi: 10.2196/jmir.8090.
29. Almathami HKY, Win KT, Vlahu-Gjorgievska E. Barriers and facilitators that influence telemedicine-based, real-time, online consultation at patients' homes: Systematic literature review. *J Med Internet Res.* 2020;22(2):e16407. doi: 10.2196/16407.