



โรงพยาบาลสงขลา  
SONGKHLA HOSPITAL

# รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการการพัฒนารูปแบบในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์  
Establishment model in PEER group for care giver of the elderly with dependency in modern way together with technology counseling online



## ผู้วิจัย

แพทย์หญิงพัชรี พุทธชาติ

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสงขลา

สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead)  
ด้านสังคม : แผนงานระบบบริการสุขภาพ โดย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ชื่อวิจัย: การพัฒนารูปแบบในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแล  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์

ISBN: 978-616-398-765-5

ผู้วิจัย: แพทย์หญิงพัชรี พุทธชาติ

บรรณาธิการ: รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง  
ดร.เสาวลักษณ์ เศรษฐีกุล  
สุรภี ทานเคหาสน์  
สุณิสา เสนาหวาน

ออกแบบและพิมพ์: อรุณวดี กรรมสิทธิ์

จัดทำโดย : หน่วยบริหารจัดการและส่งเสริมผลลัพธ์ (ODU)  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
239 ถ.ห้วยแก้ว ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่  
โทรศัพท์ 0 5394 2504

พิมพ์ครั้งแรก : ตุลาคม 2565

พิมพ์ที่ : บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด  
โทรศัพท์ 0 5321 6962

สนับสนุนโดย: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

## คำนำ

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการการพัฒนารูปแบบในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation) ประจำปีงบประมาณ 2564 ซึ่งในเนื้อหาของรายงานเล่มนี้เป็นการรายงานผลการวิจัยโครงการทั้งหมด

ขอขอบคุณ คณะกรรมการ คณะทำงาน หน่วยงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางในประเด็นต่าง ๆ และขอขอบคุณ ศูนย์วิจัยระบบการป้องกันและดูแลผู้บาดเจ็บและฉุกเฉิน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภายใต้ทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม แผนงานระบบบริการสุขภาพ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณ มา ณ ที่นี้ด้วย

คณะผู้วิจัย  
กันยายน 2565

## บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี 2564 อำเภอเมืองสงขลามีผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.87 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 7.4 สูงกว่าระดับประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผลจากการดูแลที่ซับซ้อนและยาวนานทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกรับภาระในการดูแลด้านต่าง ๆ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา **วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ **วัตถุประสงค์:** แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) การระดมประเมินผลกลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 68 คน **วัตถุประสงค์:** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง ต่อด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลคุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้ โดยการทดสอบ paired t-test และ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธี นำมาจัดหมวดหมู่และจำแนกวิเคราะห์เนื้อหาในแต่ละส่วนเพื่อสรุปประเด็นตามวัตถุประสงค์

**ผลการวิจัย:** ภายหลังจากเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 6 ครั้ง ทุกสัปดาห์ ร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบออนไลน์ มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้ง จำนวน 45 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ในส่วนของผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ดูแลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.602, p < .05$ ) และ ( $t = 3.317, p < .05$ ) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลด้านผลกระทบ ความเครียดและความรู้สึกเอาใจใส่ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้ดูแลด้านความบกพร่องเชิงสังคมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม สำหรับผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนอย่างต่อเนื่อง เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้ว พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -4.336, p < .05$ ) และ ( $t = -4.445, p < .05$ ) ตามลำดับ

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพมี พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับประโยชน์ มีการเรียนรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองและการดูแลผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปใช้ในการพัฒนาตนเอง ทั้งด้านอารมณ์จิตใจ และด้านจิตวิญญาณที่ลึกซึ้งเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีความมั่นใจและภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผลของความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบภายหลังจากได้นำไปทดลองใช้ 4 เดือน พบว่าสามารถนำไปใช้ได้ง่าย มีความชัดเจนของเนื้อหา และมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติอยู่ในระดับมากอย่างละเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 80.0 สำหรับการให้เทคโนโลยีให้คำปรึกษาออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มและบัญชีไลน์ทางการทำให้ผู้ดูแลได้รับประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือโดย 3 หมอ (อาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ดีขึ้นและยังเกิดเครือข่ายทางสังคมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Social support

groups) แบบออนไลน์ ในการแข่งขันประสบการณ์และให้ความช่วยเหลือระหว่างกันของกลุ่มผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** จากผลการศึกษารูปแบบบริการฯ นี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลต่อบุคลากรสุขภาพ ควรแนะนำหรือวางแผนช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรักษาสมดุระหว่างการดูแลตนเองกับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดภาวะพึ่งพิงของผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ในระยะยาว สามารถนำไปปรับให้เหมาะกับบริบทพื้นที่อื่น ๆ และควรติดตามประเมินผลในระยะยาวต่อไป

**คำสำคัญ :** กระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่, เทคโนโลยี, การให้คำปรึกษาออนไลน์

## ABSTRACT

Thailand is stepping into “society aging completely” in year 2564BE. Mueang Songkhla district had the elderly of 20.87%, had the elderly with dependency 7.4% more than level national and tend to increase. Result from care complicated and long-standing made care giver felt obligatory in care giver in many aspects and affected to quality care patient. This study was Research and Development. Objective: to develop model in PEER group for the care giver of the elderly with dependency in modern way together with technology counseling online. Material and method: divided to 3 phases which were 1) phase analysis situation problem and need for health care of care giver of the elderly 2) processing phase and 3) assessment phase. Sample group was care giver (cousin) and volunteer for the elderly amount 68 persons. Material and method: is research type quasi-experimental one group measuring results before-after followed by qualitative research by focus group, analyzed data fundamental quantitative by descriptive statistics, compared differences between averages of score burden in caring and problem mental health of care giver quality of life and health condition in health and ability in performing activity of daily living of the patient before and after bringing model to use by tested paired t-test and analyzed qualitative data by method categorized and classified analyzed content in each part to thematic and summarize issue according to the objective.

Results of research: after joining PEER group for care giver of the elderly with dependency amount 6 times every week together with counseling type online, there were sample group who joined continuously at least 3 times amount 45 persons, found sample group in part of care giver had average score in caring and problem mental health overall reduced significantly statistics ( $t= 4.602, p<.05$ ) and ( $t= 3.317, p<.05$ ) respectively. When considering each aspect found that average score in burden of caring in aspect of effect, stress and feeling attentive less then before joining, average score mental health of care giver in aspect of impairment socially less than before joining. For patient who had care giver joining group of friends helping friends continuously, when finished project found that average score in performing activity of daily living and quality of life and health condition in aspect of health of the patient improved significantly statistics ( $t=-4.336, p<.05$ ) and ( $t=-4.445, p<.05$ ) respectively.

Qualitative results found that care giver most received benefit, had learning in matter of caring for own health and caring for patient, could apply knowledge in development themselves both emotional psychological and spirit profoundly increase. Besides also had confidence and proud of ability of themselves in caring for patient more. Result of

possibility of using model after trial for 4 months found that was able to use easily, had clarity of content and had possibility to use in practice at high level each equal to 80.0%. For use of technology counseling online via application group line and account official line, made care giver receive benefit from health data which was reliable by 3 doctors (villadge health volunteer, nurse at primary service care and family medicine doctor), could access service medical better and initiated social network group of friends helping friends (social support groups) type online in sharing experience and providing assistance in-group of care giver continuously.

Summary and suggestion: from result of studying this model of service, could be used as data which health personnel should advise or plan help to relative looking after the elderly with dependency to maintain balance between looking after themselves and looking after patient appropriately and establish potential in caring for patient continuously to reduce dependency of the patient and increase quality of life in health in the long run, able to adjust appropriately with other context areas and should track evaluation in the long term further.

**Key words:** PEER group, care giver, dependency in modern way, technology, counseling online

## สารบัญ

|                                  | หน้า |
|----------------------------------|------|
| คำนำ                             | ก    |
| บทคัดย่อ                         | ค    |
| ABSTRACT                         | ง    |
| สารบัญ                           | ฉ    |
| สารบัญรูปภาพ                     | ช    |
| สารบัญตาราง                      | ฌ    |
| บทที่ 1 บทนำ                     | 1    |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา   | 1    |
| วัตถุประสงค์การวิจัย             | 3    |
| คำถามการวิจัย                    | 3    |
| นิยามศัพท์                       | 4    |
| บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม         | 5    |
| กรอบแนวคิด                       | 12   |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย       | 14   |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง          | 14   |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย       | 15   |
| การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ    | 18   |
| การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง | 20   |
| ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล    | 20   |
| การวิเคราะห์ข้อมูล               | 27   |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล     | 28   |
| บทที่ 5 สรุปผลและข้อเสนอแนะ      | 44   |
| การสรุปผล                        | 44   |
| การอภิปรายผล                     | 45   |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ | 50   |
| ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป | 51   |
| ข้อจำกัดในการวิจัย               | 51   |
| เอกสารอ้างอิง                    | 52   |



## สารบัญ (ต่อ)

|  |     |
|--|-----|
| ภาคผนวก  | 56  |
| ภาคผนวก 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม  | 57  |
| ภาคผนวก 2 แบบสอบถามงานวิจัย  | 58  |
| ภาคผนวก 3 แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรมการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุ<br>ในชุมชนและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุข | 66  |
| ภาคผนวก 4 คู่มือแผนกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง<br>ร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation)                       | 67  |
| ภาคผนวก 5 แผนการสอนและใบความรู้  | 77  |
| ภาคผนวก 6 แอปพลิเคชันสำหรับให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation)  | 107 |
| ภาคผนวก 7 คู่มือการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่บ้าน  | 110 |
| ภาคผนวก 8 กำหนดการการอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน (BLS)<br>และการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุในชุมชน                                 | 119 |
| ภาคผนวก 9 แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) ของแต่ละชุมชน  | 120 |

## สารบัญรูปภาพ

|   | หน้า |
|---|------|
| ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย   | 13   |
| ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินวิจัย  | 33   |
| ภาพที่ 3 ตัวอย่างกลุ่มไลน์ (line group) ผู้ดูแลของแต่ละชุมชน  | 107  |
| ภาพที่ 4 ตัวอย่างการให้คำปรึกษาทางไกล (tele-consultation) ทางไลน์กลุ่ม (line group) ผู้ดูแลและการให้ความช่วยเหลือกันเองของผู้ดูแล | 108  |
| ภาพที่ 5 บัญชีไลน์ทางการ (Line official) สำหรับให้คำปรึกษาทางไกลรายบุคคล (tele-consultation)                                      | 109  |
| ภาพที่ 6 การให้คำปรึกษาทางไกล (tele-consultation) ผ่านบัญชีไลน์ทางการ (Line official)   | 109  |

## สารบัญตาราง

|  | หน้า |
|--|------|
| ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแล ในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ การอบรม และการฟื้นฟูความรู้การดูแลผู้สูงอายุ (n = 30) | 29   |
| ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ (n = 68)   | 31   |
| ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความรู้ในการกู้ชีพขั้นพื้นฐานและการจัดการภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลังการอบรมทันที   | 34   |
| ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการประเมินภาระในการดูแลและสุขภาพจิตของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ แยกรายด้าน      | 35   |
| ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามความคิดเห็นที่มีต่อการใช้คู่มือแผนการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง  | 36   |

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี 2562 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.4 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุ 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมด คาดการณ์ว่าประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปี พ.ศ. 2565<sup>1</sup> จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ปีพ.ศ. 2560-2562 ในเขตอำเภอเมืองสงขลา มีจำนวนประชากรสูงอายุ ร้อยละ 17.29, 18.45 และ 19.44<sup>2</sup> ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับที่สูงกว่าภาพรวมของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการสูงวัยของประชากรที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คนทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การเสื่อมถอยของร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ เป็นเหตุนำมาซึ่งความเจ็บป่วยและความผิดปกติด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันจากอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม และกระดูกหัก จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นได้<sup>3</sup> การประเมินสภาพและจัดการภาวะฉุกเฉินแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาลถึงโรงพยาบาลและจำหน่ายกลับไปบ้าน ย่อมก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

จากข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสงขลา ปี 2562 จำนวนทั้งหมด 24,849 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ จำแนกกลุ่มตามระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20) จำนวน 22,223 คน กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) 1,793 คน และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4) 156 คน คิดเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงถึงร้อยละ 12.7<sup>4</sup> ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเหล่านี้ต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวันและบางคนอยู่ในภาวะทุพพลภาพจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น เนื่องจากในสังคมไทยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกครอบครัวและญาติ รวมถึงแกนนำชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพราะต้องทำหน้าที่แทนบุคลากรสุขภาพ ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care)<sup>5</sup> ในปัจจุบันยังมุ่งเน้นการเตรียมผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นหลักจนมักละเลยปัญหาและสุขภาพของผู้ดูแล<sup>6</sup> ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับบทบาทที่หนักและยาวนาน ผลจากการดูแลทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการเงิน ในด้านจิตใจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งถ้าไม่ได้รับการประเมินและช่วยเหลือทันทีแล้วอาจทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ ตามมาได้<sup>6-8</sup> เช่น การดูแลที่ไม่มีคุณภาพผู้สูงอายุถูกทารุณกรรมและการมีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ดูแลหลัก<sup>7</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่ลดลงด้วย โดยกิจกรรมการดูแลตนเองที่ลดลงมากที่สุด คือ การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม<sup>8</sup>

ในปี พ.ศ.2560-2561 โรงพยาบาลสงขลาและโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ได้ร่วมกันจัดทำโครงการพัฒนาระบบการดูแลปัญหาสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่ ตำบลบ่อยาง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา จากการสำรวจข้อมูลความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลในภาพรวมด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการเงิน สุขภาพร่างกายและจิตใจอารมณ์ ด้านสังคมและ

ครอบครัวรวมทั้งการมีส่วนร่วมของสมาชิก ทักษะการดูแลและการเข้าถึงบริการ จำนวนทั้งสิ้น 83 ราย พบว่าระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปานกลาง น้อย ร้อยละ 58.33, 38.89, 2.78 ตามลำดับ และจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ กลุ่มญาติผู้ดูแล อสม.และทีมบุคลากรประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลบ่อ่าง อำเภอเมืองจังหวัดสงขลา พบว่า โดยสรุประบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ (Long term care) ยังไม่มีการบริการด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล ส่วนระบบการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลสงขลา ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงการขอคำปรึกษาที่ทีมบุคลากรได้ไม่ทันต่อความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีเร่งด่วน ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุน ได้แก่ วัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ความรู้และทักษะในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย การแก้ไขภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุเบื้องต้น เพื่อจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ นอกจากนี้ยังต้องการโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดูแลและทีมบุคลากรทางการแพทย์

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผลลัพธ์ของการดำเนินโรคของผู้ป่วยสูงอายุขึ้นกับผู้ดูแล<sup>6</sup> ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรวางแผนช่วยเหลือให้ผู้ดูแลรักษาสมดุลระหว่างการดูแลตนเองกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม<sup>6-8</sup> การพัฒนาระบบการดูแลและให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนให้เกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Social support groups) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการศึกษาทั้งในประเทศ<sup>9-11</sup> และต่างประเทศ<sup>12-15</sup> พบว่าสามารถทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ (physical-psychological well-being) เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้น มีความเครียดลดลง ลดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล และมีความรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางสังคม (sense of social support)<sup>15</sup> นอกจากนี้ยังมีส่วนสำคัญในระบบบริการ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง เป็นกลไกสร้างการมีส่วนร่วมของระบบสุขภาพ ทำให้เกิดการขยายตัวขึ้นของการช่วยเหลือตนเอง และการจัดการสุขภาพตนเอง<sup>14</sup> ดังนั้นหากระบบบริการสุขภาพมีการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลแบบองค์รวมและครบวงจร เพื่อให้ได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และความต่อเนื่องในการประสานการดูแลทั้งผู้ป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ จะนำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดีขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังและคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน<sup>6</sup>

สถานการณ์การแพร่ระบาดของอย่างรวดเร็วและกว้างขวางของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus 2019) หรือโรคโควิด19 (Covid19) ตั้งแต่เดือน ม.ค.2563 เป็นต้นมาได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมทั่วโลกเป็นอย่างมากรวมทั้งประเทศไทย<sup>16</sup> การให้บริการสุขภาพทางไกล (Telehealth)/การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เริ่มมีบทบาทมากขึ้น<sup>17,18</sup> จากการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบในต่างประเทศ<sup>19-21</sup> พบว่าระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ที่บ้าน (Home Online Health Consultation: HOHC) โดยใช้การประชุมผ่านวิดีโอ (Video teleconference) ในกระบวนการกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ดูแลและผู้ดูแล มีความเป็นไปได้และมีประสิทธิผล ได้รับการยอมรับ สะดวก ประหยัด และมีประโยชน์ เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์<sup>19-22</sup> ช่วยส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ดี<sup>23</sup> ทำให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพและวินิจฉัยผู้ป่วยได้ดีขึ้น<sup>20,21</sup> ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ<sup>19-23</sup> นอกจากนี้ยังให้ผลลัพธ์ของการรักษาไม่แตกต่างกับการเข้ากลุ่มพบหน้ากันปกติ (in-person/face-to-face groups)<sup>19,20</sup> โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้

ทักษะและความเข้าใจเชิงลึกด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น<sup>19</sup> มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองทำให้ภาวะสุขภาพโดยรวมดีขึ้น<sup>20</sup> คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีขึ้น<sup>21,22</sup> มีแนวโน้มสุขภาพจิตดีขึ้น<sup>19</sup> ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล<sup>22</sup> สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าประโยชน์ที่ได้รับมากที่สุดคือการได้พบปะกลุ่มเพื่อนที่มีปัญหาแบบเดียวกัน ทำให้มีความเข้าใจอกเข้าใจกัน ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคมจากผู้ดูแลด้วยกัน<sup>19</sup> สามารถจัดการกับความเครียดที่มีต่อพฤติกรรมก่อความของผู้ป่วย (disruptive behavior) ได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกลังเลในการดูแลผู้ป่วย<sup>22</sup> เพิ่มเข้าถึงแหล่งสนับสนุนที่จำเป็นและเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy)<sup>24</sup> สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการนำให้บริการสุขภาพทางไกลมาใช้เพิ่มขึ้น แต่ยังมีศึกษาน้อยและเป็นการให้บริการกับผู้ป่วย<sup>25</sup> ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพทางไกล ในรูปแบบกระบวนการกลุ่มและให้คำปรึกษาออนไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย การศึกษานี้มีแนวคิดต่อยอดจากการศึกษาพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ที่อำเภอเมือง จ.พะเยา โดยใช้ RAISING Model<sup>9</sup> ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ดูแลมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดทำไลน์กลุ่ม (line) ระหว่างผู้ดูแลหลักในครอบครัวและอาสาสมัครผู้ดูแลสำหรับกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Social support) เพื่อให้คำปรึกษากรณีมีปัญหาในการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง<sup>9</sup> ดังนั้นการพัฒนารูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยนำเทคโนโลยีเข้ามาร่วมด้วยน่าจะเป็นวิธีหนึ่งซึ่งสอดคล้องกับวิถีใหม่ (New normal) และนโยบาย “คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน”<sup>26</sup> ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2564-2565 ที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพให้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการให้ความรู้และทักษะในการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุจะส่งเสริมพลังและสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อันจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีและใช้ชีวิตในชุมชนต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์
2. เพื่อพัฒนาสมรรถนะในการจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุให้แก่ผู้ดูแลทั้งในครอบครัวและในชุมชน
3. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์

### คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ มีลักษณะเป็นอย่างไร
2. สมรรถนะในการจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุในกลุ่มญาติผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ เป็นอย่างไร
3. รูปแบบการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ มีความเป็นไปได้หรือไม่ อย่างไร

## นิยามศัพท์

**กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help group)** หมายถึง การรวมตัวของสมาชิกในกลุ่มที่มีการเผชิญปัญหาที่คล้ายกัน มารวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นประสบการณ์ เพื่อเอาชนะปัญหาหรือภาวะวิกฤตที่เผชิญอยู่ สมาชิกต่างให้ความช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน

**การให้บริการปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation)** หมายถึง การให้บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพอย่างมีอาชีพผ่านทางเทคโนโลยีโดยใช้อินเทอร์เน็ตและคอมพิวเตอร์ โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติวิชาชีพเฉพาะและผ่านการฝึกอบรม เป็นบริการในการสื่อสารและให้คำปรึกษาที่มากกว่าปฏิสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (face to face) รวมถึงการสนทนาแบบออนไลน์ และการประชุมทางวิดีโอ

**ภาระในการดูแล (Caregiver burden)** หรือการรู้สึกเป็นภาระของผู้ให้การดูแล หมายถึง การที่ผู้ให้การดูแลรู้สึกว่าการให้การดูแลนั้นเริ่มส่งผลกระทบต่อตัวผู้ให้การดูแลเองด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลได้

**ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ต่ำกว่า 12 คะแนน โดยแบ่งเป็น กลุ่มติดบ้าน มีระดับ ADL 5 - 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มีระดับ ADL 0 - 4 คะแนน

**ผู้ดูแลผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และญาติผู้ดูแล

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ ในพื้นที่ตำบลบ่อทราย อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล การทบทวนวรรณกรรมครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย
2. ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลและระบบการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. แนวคิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
4. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการให้บริการสุขภาพทางไกล/การแพทย์ทางไกลสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

#### 1. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

ในปี 2562 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.4 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุ 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมด คาดการณ์ว่าประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ภายในปีพ.ศ. 2565<sup>1</sup> จากรายงานข้อมูล Health Data Center (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ปีพ.ศ. 2560-2562 ในเขตอำเภอเมืองสงขลา มีจำนวนประชากรสูงอายุ ร้อยละ 17.29, 18.45 และ 19.44<sup>2</sup> ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับที่สูงกว่าภาพรวมของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการสูงวัยของประชากรที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบอย่างมากต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของทุกคนทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การเสื่อมถอยของร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ เป็นเหตุนำมาซึ่งความเจ็บป่วยและความผิดปกติด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันจากอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม กระดูกหัก เป็นต้น จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้นได้<sup>3</sup> การประเมินสภาพและจัดการภาวะฉุกเฉินแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล ถึงโรงพยาบาลและจำหน่ายกลับบ้าน ย่อมก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

จากข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสงขลา ปี 2562 จำนวนทั้งหมด 24,849 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ จำแนกกลุ่มตามระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เป็นกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20) จำนวน 22,223 คน กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) 1,793 คน และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4) 156 คน คิดเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงถึงร้อยละ 12.7<sup>4</sup> ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเหล่านี้ต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวันและบางคนอยู่ในภาวะทุพพลภาพจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น อย่างไรก็ตามในขณะที่ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จำนวนประชากรวัยเด็กและวัยทำงานกลับลดลง<sup>1</sup> จากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป



ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและเศรษฐกิจทำให้วิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนไปจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว คนวัยทำงานย้ายเข้าไปทำงานในเมืองและทำงานนอกบ้านมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแล เนื่องจากในสังคมไทยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกครอบครัวและญาติ รวมถึงแกนนำชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพราะต้องทำหน้าที่แทนบุคลากรสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยในการร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้สูงอายุ

## 2. ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลและระบบการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระบบการดูแลระยะยาว (Long term care)<sup>5</sup> สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบันยังมุ่งเน้นการเตรียมผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นหลัก จนมักละเลยปัญหาและสุขภาพของผู้ดูแล<sup>6-8</sup> ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับบทบาทที่หนักและยาวนาน ผลกระทบจากการดูแลทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการเงิน ในด้านจิตใจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งถ้าไม่ได้รับการประเมินและช่วยเหลือทันที่แล้วอาจทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น การดูแลที่ไม่มีคุณภาพ ผู้สูงอายุถูกทารุณกรรมและการมีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ดูแลหลัก<sup>7</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่ลดลงด้วย โดยกิจกรรมการดูแลตนเองที่ลดลงมากที่สุด คือ การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม<sup>8</sup> จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผลลัพธ์ของการดำเนินโรคของผู้ป่วยสูงอายุขึ้นกับผู้ดูแล<sup>6</sup> ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรวางแผนช่วยเหลือให้ผู้ดูแลรักษาสมดุลระหว่างการดูแลตนเองกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม<sup>6-8</sup> การพัฒนาระบบการดูแลและให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนให้เกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Social support groups) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการศึกษาทั้งในประเทศ<sup>9-11</sup> และต่างประเทศ<sup>12-15</sup> พบว่าสามารถทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ (physical-psychological well-being) เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีขึ้น มีความเครียดลดลง ลดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลและมีความรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางสังคม (sense of social support)<sup>15</sup> นอกจากนี้ยังมีส่วนสำคัญในระบบบริการ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง เป็นกลไกสร้างการมีส่วนร่วมของระบบสุขภาพ ทำให้เกิดการช่วยเหลือตนเอง และการจัดการสุขภาพตนเอง<sup>14</sup> ดังนั้นหากระบบบริการสุขภาพมีการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลแบบองค์รวมและครบวงจร เพื่อให้ได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และความต่อเนื่องในการประสานการดูแลทั้งผู้ป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ จะนำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดีขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังและคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน<sup>6</sup>

## 3. แนวคิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group)<sup>28,29</sup>

กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help group) เป็นกลุ่มที่เกิดจากแนวคิดพื้นฐานที่ว่า "เรารู้ดีที่สุด" (We know best) หรือไม่มีใครรู้ดีเท่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์ ซึ่งเป็นการรวมตัวของสมาชิกในกลุ่มที่มีการเผชิญปัญหาที่คล้ายกัน มารวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นประสบการณ์เพื่อเอาชนะปัญหาหรือภาวะวิกฤตที่เผชิญอยู่ สมาชิกต่างให้ความช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน สมาชิกของ

กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนจะแบ่งปันความเชื่อที่ว่า การเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้นเกิดขึ้นได้โดยความพยายามของแต่ละคนกับการสนับสนุนจากคนอื่น ๆ คุณค่าสำคัญของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การสนับสนุนอารมณ์และสังคมของสมาชิก ดังนั้นกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จึงมีลักษณะเป็นเพื่อน เป็นมิตรจริงใจต่อกัน เน้นการพูดคุยด้านภาษาที่เข้าใจกัน ในความรู้สึก การทำงานของกลุ่มเกิดจากปฏิสัมพันธ์และความไว้วางใจ โดยทั่วไปกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน อาจจะถูกจัดตั้งโดยองค์กรหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาล สถาบัน หน่วยบริการสุขภาพ โดยเริ่มเป็นสื่อกลางที่จะประสานงานจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ให้เกิดขึ้น ในระยะเริ่มต้นจะระดับประคองให้กลุ่มมีศักยภาพ หรืออาจจัดร่วมกับองค์กรนอกโรงพยาบาล ที่มาสนับสนุนด้านกำลังคน กำลังเงิน รวมทั้งความช่วยเหลือต่าง ๆ ในการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อให้กลุ่มมีความสามารถและมีทิศทางในการดำเนินงาน โดยสมาชิกกลุ่มได้รับผิดชอบการดำเนินกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ หลังจากนั้นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขจะค่อย ๆ ลดลง กลายเป็นผู้ให้ความคิดเห็น คำแนะนำ สนับสนุนอำนวยความสะดวก ให้ความช่วยเหลืออยู่เบื้องหลัง และเป็นผู้ส่งต่อสมาชิกใหม่เข้าร่วมกลุ่ม เป้าหมายคือ สร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน ให้มีความเข้มแข็งและพัฒนาอย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์ของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน<sup>29</sup>

1. ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ช่วยเหลือกัน ลดระดับอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล
2. ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มให้กำลังใจสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพิ่มความสัมพันธ์กันที่ดีกับสมาชิกในกลุ่ม ยอมรับความจริงกล้าเผชิญกับปัญหาอุปสรรค
3. ช่วยให้สมาชิกมีความรู้เพิ่มเติม มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแนวคิด มีวิธีการคิดในการแก้ปัญหา การจัดปัญหา และหาทางออกที่เหมาะสมได้
4. เพื่อการสนับสนุนการดำเนินงานทางด้านวิชาการแก่สมาชิกกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ

### องค์ประกอบที่ต้องพิจารณาในการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน<sup>29</sup>

1. การพิจารณาการดำเนินงานก่อนจัดตั้งกลุ่ม  
การกำหนดขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิก ลักษณะของกลุ่มที่จัดตั้ง ระยะเวลาในการพบปะสมาชิก สถานที่พบปะ คุณลักษณะของผู้นำ การกำหนดจุดมุ่งหมายของกลุ่ม
2. การพิจารณาเกี่ยวกับงานหรือกิจกรรมของกลุ่ม  
การจัดกิจกรรม วิธีการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ การกำหนดบทบาทของสมาชิกและข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิก การวัดผลในการดำเนินงาน
3. พิจารณาการดำเนินงาน  
การกำหนดวาระในการประชุมและการบันทึกรายงานประชุม การมีส่วนร่วมของกลุ่มสมาชิก การดำเนินการของกลุ่ม วิธีการแก้ปัญหาในกลุ่มให้ประสบผลสำเร็จ การกำหนดผู้ที่จะเป็นผู้ตัดสินใจในกลุ่ม
4. การพิจารณาเกี่ยวกับกฎระเบียบต่าง ๆ ระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกลุ่ม ข้อตกลงของสมาชิก  
ต้องมีข้อตกลงร่วมกันในความรับผิดชอบเพื่อรักษา กฎ กติกา/มาตรฐานเหล่านี้:
  - ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม
  - สนับสนุนพลังอำนาจให้แก่สมาชิกกลุ่ม
  - แสดงให้เห็นแง่มุมที่ดีของสังคมใน

- ป้อนข้อมูลย้อนกลับให้แก่สมาชิก
- ตอบสนองความต้องการของสมาชิก
- ปฏิบัติตามกฎหมายกติกาของสังคม

### กลไกการทำงานของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน<sup>29</sup>

1. สมาชิกมีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน
2. สมาชิกที่ให้คำแนะนำคนอื่นจะมีความชำนาญเพิ่มขึ้น
3. สมาชิกยอมรับคำแนะนำเพราะเข้าใจกัน
4. คำแนะนำที่ได้นำไปปฏิบัติได้ง่าย
5. ยอมรับคำแนะนำเพราะเชื่อว่าจริง
6. สมาชิกได้ระบายความทุกข์กับคนที่รู้จักกัน
7. สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าที่ได้ช่วยเหลือคนอื่น
8. ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นเหมือนคนอื่น

### การประเมินผลและติดตามผลกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน<sup>29</sup>

ในกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนนั้น จะต้องมีการประเมินผลที่เหมาะสมตามวิธีการประเมินผล จะต้องมุ่งความสนใจไปยังสิ่งที่ต้องการประเมิน การประเมินกระบวนการกลุ่ม กระบวนการในขั้นนี้ หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ผู้นำกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม ประโยชน์ที่ได้จากกลุ่ม

วิธีการติดตามผล การติดตามผลทันทีหลังจากสิ้นสุดกลุ่ม หรือติดตามความยั่งยืนของควรมีการประเมินผลทั้งระยะสั้น - ระยะยาว ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องพยายามรักษาสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มไว้และทำการประเมินผลในระยะ 2 เดือน และ 6 เดือน วิธีการอาจทำได้โดยใช้แบบสอบถามสมาชิก หรือติดต่อสอบถามว่าเขาสามารถนำประสบการณ์กลุ่มไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตหรือไม่ นอกจากนี้อาจใช้วิธีเรียกสมาชิกกลุ่มทั้งหมดกลับมาร่วมประชุม เพื่อติดตามผล ซึ่งการติดตามผลนี้มีส่วนช่วยให้สมาชิกแต่ละคนสามารถแก้ไขปัญหาของตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### ประโยชน์ที่สมาชิกกลุ่มจะได้รับจากกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน<sup>28,29</sup>

1. ได้รับความเข้าใจซึ่งกันและกัน ตระหนักถึงความสำคัญของการรวมกลุ่ม การช่วยเหลือและให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน
2. เรียนรู้ข้อมูลใหม่และกลยุทธ์ใหม่เพื่อเผชิญหน้ากับปัญหา
3. ได้เห็นรูปแบบตัวอย่าง (Role model) ของสมาชิกในการปฏิบัติตัวที่ดีในการแก้ปัญหา ได้แนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้
4. สมาชิกมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก ความเครียด ความซับซ้อนใจ ทำให้คลายความทุกข์ ปรับตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น
5. ขจัดปมด้อย เพิ่มการนับถือตัวเองมากขึ้น สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตัวเองสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวน้อยลง
6. เรียนรู้ที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมและเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นได้ดีขึ้น
7. ทำให้มีพัฒนาการทางความคิดและการเติบโตภายในของแต่ละบุคคล
8. สมาชิกยอมรับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง ยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสมมากขึ้น

9. เป็นโอกาสที่จะช่วยเหลือคนอื่น

10. พัฒนาการความสัมพันธ์กับชุมชนและการมีตัวตนในกลุ่มทางสังคม

11. สร้างเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ

12. กลุ่มมีศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสาร เป็นแหล่งข้อมูล แหล่งรวมจิตใจ แก้ไขปัญหาาร่วมกันเป็นศูนย์กลางให้คำปรึกษาของผู้ที่มีปัญหาเดียวกัน

จากแนวคิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) ของ Walz G. and Bleue C.<sup>30</sup> สมาชิกกลุ่ม จะได้รับการให้ความช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ ได้แก่

- การแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (share emotional and social support)
- การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก (information)
- การให้ข้อมูลที่เป็ความรู้และการพัฒนาทักษะ (education and skill development)
- การให้ความช่วยเหลือ (advocacy)

โดยออกแบบแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential activities planner : EAP)<sup>31</sup> ซึ่งที่ผ่านมามีการนำกระบวนการนี้มาใช้เพื่อพัฒนาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีประสิทธิผลทำให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ทำให้เห็นได้ว่ากระบวนการเรียนรู้โดยออกแบบแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมขึ้น<sup>13</sup>

การดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่มแต่ละครั้ง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การอุ่นเครื่อง (warm up)

ขั้นตอนที่ 2 ประเด็นการสนทนา (problem identification)

ขั้นตอนที่ 3 ไตร่ตรองทางแกัเฉพาะตน (individual exploration)

ขั้นตอนที่ 4 ระดมสมองทำงานเป็นทีม (group works)

ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารทางออก (communication)

ขั้นตอนที่ 6 ถอดรหัสปรับใช้ (debriefing)

เมื่อสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มซึ่งมีสมาชิกภายในกลุ่มเป็นผู้ดูแลหลักเหมือนกัน จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่แตกต่างจากคนอื่น มีเพื่อนที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน เกิดการพูดคุยระหว่างผู้ดูแลหลักด้วยกัน เกิดการแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (share emotional and social support) ส่งผลทำให้สมาชิกได้ระบายความเครียด ความคับข้องใจ สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็นความรู้สึก และเกิดความไว้วางใจกันภายในกลุ่ม โดยกิจกรรมที่จัดให้ในช่วงแรก เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ และบรรยากาศการเรียนรู้ (warm up) เมื่อสมาชิกเกิดความไว้วางใจและพร้อมที่จะเรียนรู้แล้ว สมาชิกภายในกลุ่มตระหนักถึงปัญหาของตนเอง โดยผู้ดำเนินโครงการใช้สื่อ เช่น ภาพ วิดีโอ คำคม (problem identification) เพื่อทำให้สมาชิกเกิดมโนภาพ และคิดค้นหาปัญหาของตนเอง นึกถึงความรู้เดิมที่ตนเองเคยรู้ แล้วตรวจสอบเพื่อทำความเข้าใจปัญหาจากมุมมองของตนและสร้างข้อคิดเห็นที่เกี่ยวกับทางออกของปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ (cognitive domain) จากนั้นสมาชิกนำความรู้ของตนที่มีมาช่วยกันระดมสมอง (group works) โดยสมาชิกช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ประคับประคองจิตใจกัน ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความเข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกมีคุณค่า และเชื่อมั่นในตนเอง มีโอกาสแสดงความคิดเห็น แสดงบทบาทต่อสมาชิกด้วยกัน เป็นผู้นำและผู้ตามในการแก้ปัญหาตามที่สมาชิกได้ประสบมา

ซึ่งเป็นสิ่งชักจูงให้สมาชิกต้องมีการปรับปรุงตนเอง และมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์จากสมาชิกคนอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้มีโอกาสร่วมรับรู้ปัญหาของคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ทำให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาคนเดียว ได้รับการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (information) ได้รับความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างไปจากเดิม (education and skill development) มีความกระจำจขึ้น เกิดการเรียนรู้ว่าจะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องและเหมาะสมและการให้ความช่วยเหลือระหว่างสมาชิก (advocacy) สมาชิกนำคำแนะนำไปสังเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งการยอมรับและการใช้ประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อน จะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความสนใจ เจตคติ และความเชื่อขณะเข้ากลุ่ม (affective domain) ซึ่งในช่วงท้ายของการทำกลุ่ม สมาชิกประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ภายหลังเข้ากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ได้ร่วมกันจากการเข้ากิจกรรม การให้แรงเสริมทางบวก และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งทางเลือกต่าง ๆ และโอกาสในการกระทำต่อเนื่องและนำสิ่งที่ได้รับจากกลุ่มไปปรับใช้ (debriefing) เมื่อเข้ากลุ่มต่อเนื่องจะทำให้สมาชิกมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเอง จะเห็นว่าการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยใช้รูปแบบแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จะช่วยให้ผู้ดูแลหลักเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด และทัศนคติ เกิดการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองได้

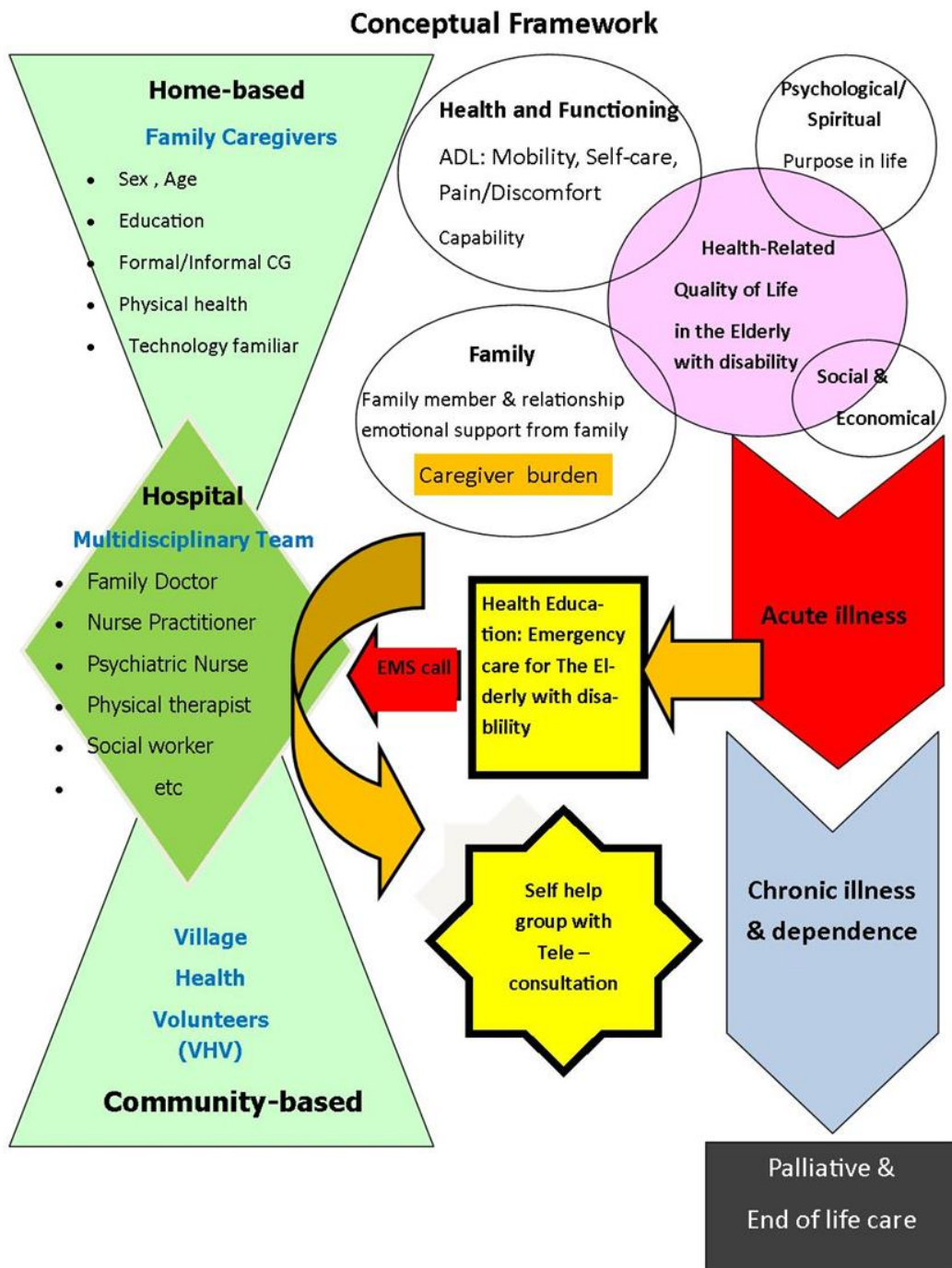
#### 4. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการให้บริการสุขภาพทางไกล (Telehealth)/การแพทย์ทางไกล(Telemedicine) สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

สถานการณ์การแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกว้างขวางของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด19 (Covid19) ตั้งแต่เดือน ม.ค.2563 เป็นต้น มาได้ส่งผลกระทบต่อทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมทั่วโลกเป็นอย่างมากรวมทั้งประเทศไทย<sup>16</sup> ทุกประเทศจึงมีการกำหนดมาตรการต่าง ๆ ทางด้านสาธารณสุข เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ได้แก่ การสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (personal protection equipment) การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) การปิดเมือง (lock down) การกักตัว (quarantine) การแยกกัก (isolation) การทำงานที่บ้าน (Work from home) ทำให้วิถีชีวิตของปัจเจกและความสัมพันธ์ของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป เป็นการปรับตัวสู่วิถีใหม่ (New normal) ของการดูแลสุขภาพ การให้บริการสุขภาพทางไกล(Telehealth)/การแพทย์ทางไกล(Telemedicine) เริ่มมีบทบาทมากขึ้น<sup>17,18</sup> จากการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบในต่างประเทศ<sup>19-21</sup> พบว่า ระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ที่บ้าน (Home Online Health Consultation: HOHC) โดยใช้การประชุมผ่านวิดีโอ (Video teleconference) ในกระบวนการกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความเป็นไปได้และมีประสิทธิภาพ ได้รับการยอมรับ สะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย และมีประโยชน์ เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์สำหรับพื้นที่ห่างไกลหรือเดินทางลำบาก<sup>19-22</sup> ช่วยส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ดี<sup>23</sup> ทำให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพและวินิจฉัยผู้ป่วยได้ดีขึ้น<sup>20,21</sup> ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ<sup>19-23</sup> ผู้เข้าร่วมกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีความกังวลในประเด็นเรื่องความเป็นส่วนตัว<sup>19</sup> รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์<sup>19-20</sup> และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น<sup>21</sup> ในด้านประสิทธิผลให้ผลลัพธ์ของการรักษาไม่แตกต่างกับการเข้ากลุ่มพบหน้ากันปกติ (in-person/face-to-face groups)<sup>19,20</sup> ได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและความเข้าใจเชิงลึกด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น<sup>19</sup> มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ทำให้ภาวะสุขภาพโดยรวมดีขึ้น<sup>20</sup> คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีขึ้น<sup>21,22</sup> มีแนวโน้มสุขภาพจิตดีขึ้น<sup>19</sup> ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล<sup>22</sup>

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าเพิ่มเข้าถึงแหล่งสนับสนุนที่จำเป็นและเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy)<sup>24</sup> ในการจัดการกับความขัดแย้งที่มีต่อพฤติกรรมกวนของผู้ป่วย (disruptive behavior) ได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย<sup>22</sup> และประโยชน์ที่ได้รับมากที่สุดคือการได้พบปะกลุ่มเพื่อนที่มีปัญหาแบบเดียวกัน ทำให้มีความเข้าใจกัน ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคมจากผู้ดูแลด้วยกัน<sup>19</sup> มีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น สร้างเครือข่ายทางสังคม เป็นกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน<sup>25</sup> นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าการทำกลุ่มแบบออนไลน์คู่ขนานกับการเข้ากลุ่มปกติ ทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงการช่วยเหลือด้านสังคม (social support) ได้สะดวกยิ่งขึ้น<sup>20,24</sup> อย่างไรก็ตามพบว่า การให้บริการสุขภาพทางไกลยังมีข้อจำกัดด้านการสื่อสารและความสามารถในการใช้เทคโนโลยีของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ<sup>19</sup> ทั้งด้านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ความพร้อมของเครื่องมือสื่อสาร และความรอบรู้ด้านเทคโนโลยี ทำให้ความร่วมมือในการรักษาและความต่อเนื่องของการเข้าร่วมกลุ่มลดลงในผู้รับบริการกลุ่มนี้เป็นต้น ผู้รับบริการบางส่วนยังคงต้องการการเข้ากลุ่มแบบพบหน้า (face-to-face) หรือการเข้ากลุ่มแบบผสมระหว่างแบบปกติและแบบออนไลน์<sup>20</sup> สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการนำบริการสุขภาพทางไกลมาใช้เพิ่มขึ้น แต่ยังมีศึกษาน้อยและส่วนใหญ่เป็นการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วย<sup>26</sup> ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพทางไกล ในรูปแบบกระบวนการกลุ่มและการให้คำปรึกษาออนไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย<sup>9</sup>

## กรอบแนวคิด

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนาโมเดลประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation) รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะในการจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุให้แก่ผู้ดูแลทั้งในครอบครัวและในชุมชน กระบวนการในการพัฒนาโปรแกรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ **ระยะที่ 1 ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์** อาศัยหลักการที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบการดูแลและให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนให้เกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ จะนำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดีขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังและคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน<sup>6-8</sup> ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนของ Garry R. Walz and Jeanne C. Bleuer<sup>20</sup> ซึ่งสมาชิกกลุ่มจะได้รับการให้ความช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และการพัฒนาทักษะ การให้ความช่วยเหลือ โดยออกแบบแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential activities planner: EAP)<sup>21</sup> **ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ** เป็นการนำรูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชน เขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา 4 แห่ง ใน ตำบลบ่อยาง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา และ**ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล** โดยประเมินความรู้ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินในกลุ่มญาติผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้สึกเป็นภาระและปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มญาติผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตและสภาวะด้านสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความเป็นไปได้ในการรูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ ในพื้นที่ตำบลบ่อทราย อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2564

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกตามกระบวนการในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

##### ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

**ประชากร** คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และญาติผู้ดูแล มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

1. ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา ตำบลบ่อทราย อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา
2. มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

##### ระยะที่ 2-3 ระยะดำเนินการและการประเมินผล

ระยะดำเนินการและการประเมินผล ศึกษาในประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ตำบลบ่อทราย อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ตำบลบ่อทราย อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณ compare two means (Paired/Before-After) โดยใช้ค่า mean และ SD of difference ของ Caregiver burden score (Short Zarit interview) กลุ่ม intervention ในการศึกษาของ Rodriguez-Sanchez, et al., 2013<sup>13</sup> มาคำนวณ ดังนั้นจึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 57 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ความสามารถในการรับรู้ สื่อความหมายความเข้าใจและสามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้
2. เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งมีความรับผิดชอบให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่
3. อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา
4. มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในความดูแล ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้
  - 4.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง

- 4.2 มีภาวะฟุ้งฟิง ระดับ BADL  $\leq 11$
5. สะดวกในการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่รองรับระบบปฏิบัติการ IOS หรือ Android
6. มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1.1 แบบสอบถามงานวิจัย มีทั้งชนิด Google form ได้แก่

- 1) แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล <https://forms.gle/6DZNQobzC1CS4Jhu6> และ
- 2) แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย <https://forms.gle/nLdyfkYt3cQgo6E66> และ

แบบสอบถามกระดาษ (กรณีที่ไม่สามารถใช้อpplication ได้) โดยให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดใน Google document application แบบสอบถามงานวิจัย (ภาคผนวก 1) ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในความดูแล โรคประจำตัวของผู้สูงอายุในความดูแล และสามารถใช้อpplication เพื่อใช้ในการปรึกษาออนไลน์
- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ และโรคประจำตัว

#### ส่วนที่ 2 แบบประเมินสำหรับผู้ดูแล ได้แก่

- แบบประเมินภาระโรค Zarit-12 ฉบับภาษาไทย<sup>32</sup> ที่พัฒนาจากแบบวัด Zarit's burden interview: ZBI<sup>33</sup> แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ผลกระทบ ความเครียด ความรู้สึกเอาใจใส่ ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0-4 คะแนนรวม 0-48 คะแนน การแปลผลระดับภาระโรค 0-10 คะแนน ไม่มี-น้อย 10-20 คะแนน น้อย-ปานกลาง >20 คะแนน สูง
- แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-12<sup>34</sup> ที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg<sup>35</sup> เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 36 ภาษา Thai GHQ ที่พัฒนาขึ้น สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดี โดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เป็นแบบสอบถามที่ประชาชนสามารถตอบได้ด้วยตนเอง การให้คะแนนของ GHQ Goldberg ใช้การคิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) การแปลผลใช้จุดตัดคะแนน 1/2 โดยคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ อย่างไรก็ตาม Thai GHQ เป็นเพียงแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและบอกเพียงว่าน่าจะมีความผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้นแต่ไม่สามารถบอกได้ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชชนิดใด

#### ส่วนที่ 3 แบบประเมินสำหรับผู้ป่วย ได้แก่

- แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living Index: Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย<sup>36</sup> ดัดแปลงโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบบประเมินนี้เมื่อใช้ประเมินในผู้สูงอายุ พบว่ามีความน่าเชื่อถือ (validity) อยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living Index: Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย มีคะแนนเต็ม 20 คะแนนดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้(กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่ม 2 ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน กลุ่ม 3 พึ่งตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (ติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

- แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ฉบับแปลภาษาไทย<sup>37</sup> โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program) แบบสอบถาม EQ-5D-5L ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่จำเป็นประจำ (เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง) อาการเจ็บปวดอาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวลความซึมเศร้า ซึมเศร้า ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scales) เรียงตามระดับความรุนแรงตั้งแต่ไม่มีปัญหาจนถึงมีปัญหามากที่สุด ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อละ 1 คำตอบ คำตอบจากส่วนแรกนี้สามารถจำแนกสถานะสุขภาพที่ได้เป็น 3,125 สถานะ ส่วนที่สองเป็นแบบประเมินสถานะสุขภาพทางตรง หรือ Visual Analog Scale (VAS) มีลักษณะเป็นสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่มากที่สุด 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด โดยให้ผู้ตอบประเมินสุขภาพตนเอง ดังแสดงในภาคผนวก ทั้งนี้คะแนนอรรถประโยชน์คำนวณ จากคำตอบในส่วนแรกโดยใช้ตารางคะแนนอรรถประโยชน์ที่เฉพาะเจาะจงกับแต่ละประเทศ และถูกใช้สอบถามในประชากรที่หลากหลาย เช่น ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งในครัวเรือน และในโรงพยาบาล และผู้สูงอายุ

1.2 แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังอบรมเรื่องการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ (ภาคผนวก 2) พัฒนาขึ้นโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ลักษณะของแบบประเมินความรู้ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ 1) การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน 2) การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุในชุมชน ลักษณะคำถามเป็นปรนัย 4 ตัวเลือก เกณฑ์การพิจารณาคะแนน คือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนเต็ม 22 คะแนน โดยแปลผลคะแนน ดังนี้

|                     |         |               |
|---------------------|---------|---------------|
| ระดับความรู้ต่ำ     | หมายถึง | ได้คะแนน 1-3  |
| ระดับความรู้ปานกลาง | หมายถึง | ได้คะแนน 4-7  |
| ระดับความรู้สูง     | หมายถึง | ได้คะแนน 8-10 |

1.3 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้คู่มือแผนการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่ง ชนิต google form ตามลิงค์ <https://forms.gle/Vjmbn46mcYDPpjiV7> โดยให้ผู้ที่ใช้งาน ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ประเมินด้วยวิธีการใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นในประเด็นต่าง ๆ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความง่ายในการนำไปใช้ 2) ความชัดเจนของเนื้อหา 3) ความเหมาะสม 4) ความสามารถในการจัดหา และ 5) การนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย ( / ) ลงในช่องว่างที่กำหนดและต้องตอบให้ครบทุกข้อ หากมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม สามารถเพิ่มเติมได้ในช่องความเห็นอื่น ๆ เกี่ยวกับคู่มือ

ระดับคะแนนด้านต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย
- 2 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
- 3 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** แผนการดำเนินการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (ภาคผนวก 3) มีคู่มือ 2 เล่ม เล่มแรกคู่มือสำหรับผู้นำ/พี่เลี้ยงกลุ่ม (facilitator) ได้แก่ แพทย์/พยาบาลประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นแผนการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง ประกอบด้วย วิธีการปฏิบัติ เป้าหมาย ระยะเวลาและสถานที่ดำเนินการ สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบกิจกรรม โดยได้แนบ link คลิปวิดีโอที่เหมาะสมเพื่อความสะดวกในการใช้งาน เล่มที่สองเป็นคู่มือสำหรับสมาชิกกลุ่ม ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นแผนการดำเนินกิจกรรม และใบงานสำหรับกิจกรรมในแต่ละครั้ง แหล่งอ้างอิงข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแล รวมทั้งพื้นที่สำหรับการจัดบันทึก ผู้วิจัยได้พัฒนาคู่มือโดยใช้แนวคิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) ของ Walz G. and Bleue C.<sup>30</sup> สมาชิกกลุ่มจะได้รับการให้ความช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ ได้แก่ การแลกเปลี่ยน การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และการพัฒนาทักษะ และการให้ความช่วยเหลือ โดยออกแบบแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential activities planner : EAP)<sup>31</sup> การดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่มแต่ละครั้ง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การอุ่นเครื่อง โดยการนำออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ ประมาณ 10-15 นาที 2) ประเด็นการสนทนาที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่ม โดยมอบหมายให้การบ้านสมาชิกกลับไปทบทวนล่วงหน้าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 3) ไตร่ตรองทางแก่เฉพาะตน 4) ระดมสมองทำงานเป็นทีม 5) สื่อสารทางออกใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา มีข้อตกลงกับสมาชิกกลุ่มในการฟังด้วยใจ โดยไม่ตัดสิน สนับสนุนมุมมองเชิงบวกและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน 6) ถอดรหัสปรับใช้

**ส่วนที่ 2** แอปพลิเคชันสำหรับ Tele-consultation (ภาคผนวก 4) ใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line) ซึ่งมี 2 ช่องทาง ได้แก่

2.1 กลุ่มไลน์ (Line group) *ผู้ดูแลผู้สูงอายุของแต่ละชุมชน* สำหรับสร้างสัมพันธภาพแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยเหลือพึ่งพากันเองของญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและบริการสาธารณสุขของ 3 หมอ<sup>27</sup> (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG))

2.2 บัญชีไลน์ทางการ (Line official account) *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา* สำหรับการให้คำปรึกษาคำแนะนำ การประสานงาน และส่งต่อ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ดูแลแบบส่วนตัวเป็นรายบุคคลโดยทีม admin ผู้ให้คำปรึกษา ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ที่รับผิดชอบโดยตรงในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งสามารถรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และสื่อสารข่าวประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลสงขลา ผ่านทางลิงค์เพจ Facebook และ YouTube ที่อยู่ในเมนูการใช้งาน

**ส่วนที่ 3** คู่มือการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่บ้าน<sup>40-42</sup> ซึ่งคณะผู้วิจัยค้นคว้าเนื้อหา จากตำราเอกสาร และจากสื่อทางอินเทอร์เน็ต และรวบรวมเพื่อใช้เป็นสื่อให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างสำหรับทบทวน

ด้วยตนเอง ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การจัดการดูแลเบื้องต้น การศึกษาและสิ่งที่เหมาะสม การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ เป็นต้น

#### ส่วนที่ 4 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ได้มาจากการทบทวนข้อมูลตามบริบทพื้นที่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ประเด็น ได้แก่

##### 1) โปรดเล่าความรู้สึกของการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

- ท่านได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการนี้ (การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ และการช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน) มากน้อยเพียงใด ช่วยเล่าหรือยกตัวอย่าง

- ท่านสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ได้หรือไม่ อย่างไร (หากกลุ่มเจียบ อาจยกตัวอย่าง เช่น ป้องกันความเสี่ยง จัดการภาวะฉุกเฉิน และการฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น) และพัฒนาการดูแลตนเองได้หรือไม่ อย่างไร ช่วยเล่าหรือยกตัวอย่าง

- หลังจากเข้าร่วมโครงการทำให้ท่านมีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น มีภาระในการดูแลลดลงหรือไม่ อย่างไร ช่วยเล่าหรือยกตัวอย่าง

- หลังจากเข้าร่วมโครงการทำให้ผู้ป่วยที่ท่านดูแลมีภาวะพึ่งพิงลดลงและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร ช่วยเล่าหรือยกตัวอย่าง

##### 2) ท่านคิดว่า ท่านมีความสามารถหรือศักยภาพในการพัฒนาโครงการอย่างไร

##### 3) ท่านมีข้อคิดเห็นอย่างไรบ้างกับโครงการนี้ที่จัดให้แก่ท่านในครั้งนี้

- ระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ ทางไลน์กลุ่ม และบัญชีไลน์ทางการผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา ทำให้ท่านสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ดีขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ อย่างไร

- หัวข้อเรื่องที่จัดสอนมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร เรื่องใดที่เป็นประโยชน์ เรื่องใดที่ไม่จำเป็นสามารถตัดออกได้ เรื่องใดที่ต้องการให้เพิ่มเติม

##### 4) อุปสรรคในการทำโครงการนี้มีอะไรบ้าง ช่วยเล่าหรือยกตัวอย่าง

##### 5) ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรบ้าง สำหรับโครงการนี้

##### 6) โดยภาพรวมท่านคิดว่า จุดเด่น และจุดที่ต้องพัฒนาในโครงการนี้ มีอะไรบ้าง

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

##### การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) และการหาความเชื่อมั่น (reliability)

##### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้คู่มือแผนการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาเพิ่มเติม เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหาและมีความถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

##### 2. แบบประเมินสำหรับผู้ดูแล และผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือทุกชิ้นที่มีเจ้าของลิขสิทธิ์ โดยวิธีการส่งผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยจึงนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2.1 แบบประเมินภาระโรค Zarit-12 ฉบับภาษาไทย<sup>32</sup> ที่พัฒนาจากแบบวัด Zarit's burden interview: ZBI, 1983, 1990<sup>33</sup> คุณภาพของแบบประเมินภาระโรค Zarit-12 มีความตรงเชิงโครงสร้าง จำแนกเป็น 3 มิติ และมีความสอดคล้องภายในทั้งฉบับและมิติอยู่ในระดับดีมาก Cronbach's alpha 0.88 สามารถนำไปประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท สมองเสื่อม ลมชักได้ และสามารถวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของผู้ดูแลที่สูงอายุในชุมชน มีความเที่ยงตรงภายในสูง และให้ผลการวัดคงที่ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81 (Aline CMG, Allan GB, Ana CO, Bruna ML, Erica NS, Estefani SR, et al., 2019) จึงเป็นแบบวัดที่มีคุณภาพ สามารถวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ชัดเจนแน่นอน สอดคล้องกับบริบทของสังคม วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตของไทย

2.2 แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-12<sup>34</sup> ที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972)<sup>35</sup> ผลการทดสอบความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์พบว่า Thai GHQ ทุกฉบับ ทั้งฉบับเต็มคือ Thai GHQ 60 และ ฉบับอื่น ๆ ที่ตัดตอนมาจากฉบับเต็มคือ Thai GHQ – 30, Thai GHQ – 28 และ Thai GHQ – 12 มีค่าความเชื่อถือ ได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดีได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient) ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมี ค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 และสมควรนำไปเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ในประชากรไทยได้

2.3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living Index: Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย ดัดแปลงโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>36</sup> แบบประเมินนี้เมื่อใช้ประเมินในผู้สูงอายุ พบว่ามีความน่าเชื่อถือ (validity) อยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี

2.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย<sup>37</sup> เป็นแบบสอบถามที่นิยมใช้ทางคลินิก แบบสอบถามนี้มีความตรงเฉพาะหน้า (face validity) และความเชื่อมั่นแบบสอบซ้ำ (test-retest reliability) อยู่ในเกณฑ์ดี

3. แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังอบรมเรื่องการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ ด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาเพิ่มเติม เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหาและมีความถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาเพิ่มเติม เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหามากยิ่งขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. แผนการดำเนินการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติที่ชำนาญการงานบริการในชุมชน 1 ท่าน ตรวจสอบเพื่อให้ได้ความตรงด้านเนื้อหาที่มีความเหมาะสม คำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.94 จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาเพิ่มเติม เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหามากยิ่งขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของแผน

ดำเนินกิจกรรม ทั้งการใช้ภาษาและลำดับการสนทนากลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาเพิ่มเติม เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหามากยิ่งขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำโครงร่างการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ขอ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสงขลา เลขที่หนังสือรับรอง SKH IRB 2020-Md-I3-0821 หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ที่กำหนด เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนในการศึกษาและ รวบรวม ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระและมีเวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย หากยินยอมให้กลุ่ม ตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการวิจัย ซึ่งในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการจะ ถอนตัวออกจากงานวิจัยก่อนที่การดำเนินการจะสิ้นสุดก็สามารถกระทำได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ

### ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ภายหลังจากได้รับการรับรอง จริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยแล้ว ตามขั้นตอนดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการดำเนินการวิจัย

1.1 ทำหนังสือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลาถึงนายกเทศมนตรีเมืองสงขลาเพื่อขออนุญาต เข้าดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ภายหลังจากได้รับการอนุญาตจากนายกเทศมนตรีเมืองสงขลา ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยและรายละเอียดต่าง ๆ ต่อหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขเตาหลวง หัวหน้าศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ชลาทัศน์ กุโบร์รวมใจ พาณิชยกรรมสร้างสุขเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่ กำหนดไว้จากบัญชีรายชื่อของศูนย์บริการสุขภาพชุมชน

1.4 ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาเครื่องมือและเอกสารต่าง ๆ ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.5 จัดเตรียมสถานที่ และวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น ได้แก่ สมุด ดินสอ ปากกาลูกกลิ้ง ปากกา เคมี กระดาษ A4 เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป

#### 2. ขั้นตอนการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

##### ขั้นตอนที่ 1 (Research: R1) ประเมินปัญหาและความต้องการของพื้นที่

1. ทบทวนเอกสารจากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ปีพ.ศ. 2560-2562 อำเภอ เมืองสงขลา มีจำนวนประชากรสูงอายุ ร้อยละ 17.29, 18.45 และ 19.44 ตามลำดับ<sup>2</sup> ซึ่งอยู่ในระดับที่สูงกว่า ภาพรวมของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสงขลา ปี พ.ศ. 2562 จำนวนทั้งหมด 24,172 คน จำแนกกลุ่มตามระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน (ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20) จำนวน 22,223 คน กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) 1,793 คน และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4) 156 คน คิดเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงถึงร้อยละ 8.06<sup>4</sup>

2. จากการสำรวจข้อมูลความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในปี พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลสงขลาและโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ได้ร่วมกันจัดทำโครงการพัฒนาระบบการดูแลปัญหาสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.เมือง จ.สงขลา มีการสำรวจภาพรวมด้านต่าง ๆ ของความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ด้านการเงิน สุขภาพร่างกายและจิตใจอารมณ์ ด้านสังคมและครอบครัว รวมทั้งการมีส่วนร่วมของสมาชิก ทักษะการดูแล และการเข้าถึงบริการ ของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเมืองสงขลาโดยใช้แบบวัด Burden scale 16 จำนวนทั้งสิ้น 83 ราย พบว่า ระดับความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปานกลาง น้อย ร้อยละ 58.33, 38.89 และ 2.78 ตามลำดับ

### 3. กระบวนการสนทนากลุ่ม

3.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และญาติผู้ดูแล คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3.2 แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม ตามพื้นที่ชุมชน กลุ่มละ 6-8 คน

3.3 สนทนากลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที และมีการบันทึกเสียง โดยใช้แนวคำถามในการสนทนา ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 3 ประเด็น ได้แก่

1) ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) มีแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลหรือไม่ อย่างไรบ้าง

2) ความรู้และทักษะที่ผู้ดูแลต้องการได้รับการสนับสนุนจากทีมบุคลากรทางการแพทย์

3) ความต้องการของผู้ดูแลในการสนับสนุนด้านอื่น ๆ

3.4 สรุปประเด็นที่สำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่ม คือ ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) ผู้ดูแลยังขาดโอกาสในการเข้าถึงและขอคำปรึกษาจากทีมบุคลากร ขาดพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องการความรู้และทักษะในการจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุเบื้องต้นเพื่อจะสามารถดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นได้อย่างมั่นใจ

### ขั้นตอนที่ 2 (Develop: D1) พัฒนารูปแบบ

จัดประชุมกลุ่ม โดยให้กลุ่มตัวอย่างบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ของผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น อาศัยหลักการที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบการดูแลและให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนให้เกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Social support groups) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการศึกษาทั้งในประเทศ<sup>9-11</sup> และต่างประเทศ<sup>12-15</sup> พบว่าสามารถทำให้ผู้ดูแลมีความสุขที่เพิ่มขึ้นทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีขึ้น มีความเครียดลดลง ลดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล และมีความรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางสังคม<sup>15</sup> นอกจากนี้ยังมีส่วนสำคัญในระบบบริการ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง เป็นกลไกสร้างการมีส่วนร่วมของระบบสุขภาพ ทำให้เกิดการช่วยเหลือตนเอง และการจัดการสุขภาพตนเอง<sup>14</sup> ดังนั้นหากระบบบริการสุขภาพมีการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลแบบ



องค์กรวมและครบวงจรเพื่อให้ได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และความต่อเนื่องในการประสานการดูแลทั้งผู้ป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีจะนำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดีขึ้นป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังและคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน<sup>๑</sup> ซึ่งชุดความรู้ในการ การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help group) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation). ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แผนการดำเนินการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ 2) สื่อหรืออุปกรณ์ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ ได้แก่ คู่มือแผนการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาคผนวก 3) รวมทั้งการใช้แอปพลิเคชัน (Application) สำหรับการให้คำปรึกษาออนไลน์ (ภาคผนวก 4) และคู่มือการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่บ้าน (ภาคผนวก 5) ทั้งนี้ รูปแบบบริการสุขภาพฯ จะครบถ้วนหลังจากนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์มาร่างและปรับปรุงให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำประเด็นที่สรุปได้ไปเสนอข้อมูลย้อนกลับให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันลงมติรูปแบบบริการสุขภาพฯ

## ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Implementation)

### ขั้นตอนที่ 1 (Research: R2) ทดสอบความเป็นไปได้กับกลุ่มเล็ก ( Trial prototype )

นำรูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ ที่ได้จากระยะวิเคราะห์สถานการณ์ไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 คน ชุมชนมัสยิดบ้านบน ซึ่งมีลักษณะบริบทเดียวกับพื้นที่เป้าหมาย เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

### ขั้นตอนที่ 2 (Develop: D2) Develop prototype

จากผลการทดลองใช้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ให้มีความเหมาะสมต่อกลุ่มตัวอย่างที่จะนำไปขยายผลใช้ในกลุ่มใหญ่

### ขั้นตอนที่ 3 (Research: R3) Apply the prototype to a larger group

นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่เป้าหมาย เขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา 4 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขเตาหลวง ศูนย์สุขภาพชุมชนพาณิชย์สร้างสุข ศูนย์สุขภาพชุมชนกุโบร์รวมใจ และศูนย์สุขภาพชุมชนชลาทัศน์ ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และนัดพบกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 68 คน

2. รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินก่อนการทดลอง ดังนี้

- สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำแบบประเมินภาวะโรค Zarit-12 ฉบับภาษาไทย (ZBI-12)<sup>32</sup>

และแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-12<sup>34</sup>

- สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย<sup>36</sup> และ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย<sup>37</sup>

## ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ดังแสดงในภาพที่ 2

**ระยะที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาความสามารถผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน การประเมินอาการผู้ป่วยสูงอายุ การช่วยเหลือเบื้องต้นและการขอความช่วยเหลือจากระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีกิจกรรมดังนี้**

- 1) การประเมินความรู้และทักษะก่อนการอบรม สำหรับผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2) การอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินที่บ้าน การขอความช่วยเหลือและการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนทีมปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉินเข้าช่วยเหลือ โดยมีการบูรณาการกับระบบการทำงานของทีมปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉินและห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลา เพื่อให้สามารถปฏิบัติการช่วยเหลือและร้องขอความช่วยเหลือได้ถูกต้องเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินในสถานการณ์จริง โดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและบุคลากรกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลา
- 3) การประเมินความรู้และทักษะหลังการอบรม สำหรับผู้ดูแลและอาสาสมัครในการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

## **ระยะที่ 2 การดำเนินการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน**

**แผนการดำเนินการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation)**

จำนวน 6 ครั้ง ต่อเนื่อง ทุก 1-2 สัปดาห์ ระยะเวลาครั้งละ 90-120 นาที แบบเข้าร่วมกลุ่มปกติ (onsite) หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง จะมีการติดตามให้คำปรึกษาแบบออนไลน์ทางแอปพลิเคชันไลน์ ( Line ) ทั้งแบบกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุของแต่ละชุมชน และ ส่วนบุคคลทาง Line official account ให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา โดยทีมบุคลากรสุขภาพประจำพื้นที่ ได้แก่ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (FM) เพื่อกระตุ้น สอบถามและให้คำปรึกษาสมาชิกกลุ่ม ถึงการนำสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของตนเอง ปัญหาอุปสรรคที่พบ รวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับการบ้านที่ได้รับมอบหมายและย้ำเตือนกำหนดนัดเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป ดังนี้

ครั้งที่ 1 ชี้แจงกระบวนการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการและการใช้แอปพลิเคชันสำหรับให้คำปรึกษาออนไลน์ สร้างสัมพันธภาพ เสริมสร้างและเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-esteem) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ให้แก่ผู้ดูแล

ครั้งที่ 2\* การสร้างภาวะผู้นำกลุ่มและการสร้างข้อตกลงร่วมของกลุ่ม วิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 2

การอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน (BLS) และการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุในชุมชน ทบทวนความรู้เรื่องการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน และแบ่งกลุ่มย่อยฝึกซ้อมสถานการณ์จำลองการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยใช้หุ่นจำลองและเครื่อง AED โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาลเวชปฏิบัติ

ครั้งที่ 4\* แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 3

ครั้งที่ 5\* แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 4

กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแล และ แหล่งสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 6 กิจกรรมรื้อรักความผูกพัน ถอดบทเรียน สะท้อนคิด

สิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน คินข้อมูลให้พื้นที่ ส่งต่อสู่ชุมชน

ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปผลการนำสิ่งที่ได้รับจากกลุ่มไปปฏิบัติต่อตนเองและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน รวมถึงสิ่งที่ตนเองนั้นได้รับจากการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน หลังจากนั้นจึงยุติสัมพันธภาพและปิดการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

หมายเหตุ \* สามารถดำเนินกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ (online) ได้

การดำเนินการในแต่ละครั้ง ให้สมาชิกกลุ่มได้พูดถึงปัญหาการดูแลและแนวทางในการแก้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมกลุ่มดำเนินการโดยผู้นำกลุ่มซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกขึ้นมาเป็นผู้นำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มรับหน้าที่ดำเนินการกลุ่ม เริ่มจากเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงปัญหาการดูแลทั้งในอดีตและปัจจุบัน

2. ผู้นำกลุ่มหยิบยกปัญหาที่กลุ่มสนใจขึ้นมาพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร แสดงความคิดเห็นพร้อมกับให้สมาชิกร่วมกันหาแนวทางการแก้ปัญหา โดยให้สมาชิกที่มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาและได้ผ่านพ้นปัญหาดังกล่าวไปแล้ว ได้บอกเล่าถึงวิธีการแก้ปัญหาให้กับสมาชิกทราบ จากนั้นจึงให้สมาชิกคนอื่น ๆ แสดงความคิดเห็นร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการดูแลพร้อมกับหาข้อสรุปแนวทางการดูแลในแต่ละปัญหา

3. ผู้ดำเนินโครงการและทีมผู้ช่วยเป็นผู้คอยกระตุ้นให้กลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างทั่วถึง คอยเชื่อมโยงคำพูดของสมาชิกแต่ละท่านขณะร่วมกันอภิปรายและเสนอแนะข้อมูลในเรื่อง... การดูแลด้านจิตใจและสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยและแนวทางการช่วยเหลือ การจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่บ้าน และสนับสนุนให้สมาชิกมีโอกาส แสดงบทบาททั้งการเป็นผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือในเวลาเดียวกัน และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

4. ในช่วงท้ายของกิจกรรมในแต่ละครั้ง ผู้ดำเนินโครงการเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้นำกลุ่มและทีมผู้ดำเนินโครงการร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญของการสนทนาที่เกิดขึ้นในกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง

5. ผู้ดำเนินโครงการเน้นย้ำกับสมาชิกกลุ่มถึงความสำคัญของการนำผลที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มในแต่ละครั้งนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน พร้อมกับแจ้งกำหนดการมาประชุมกลุ่มในครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ถัดไป

**ระยะที่ 3 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)** เป็นการประเมินศักยภาพชุมชน (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครแกนนำ) โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองรวมทั้งช่วยเหลือพึ่งพากันและกัน เพื่อการป้องกันความเสี่ยง จัดการภาวะฉุกเฉินคุกคามชีวิต และฟื้นฟูสภาพได้ถูกต้อง รวดเร็ว และเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จากรูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ ที่สร้างขึ้นเพื่อช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีการประเมินผลศักยภาพดังต่อไปนี้

1. การประเมินทักษะในการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนโดยใช้ระบบให้คำปรึกษาออนไลน์และสมรรถนะในการจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุของผู้ดูแลทั้งในครอบครัวและในชุมชน

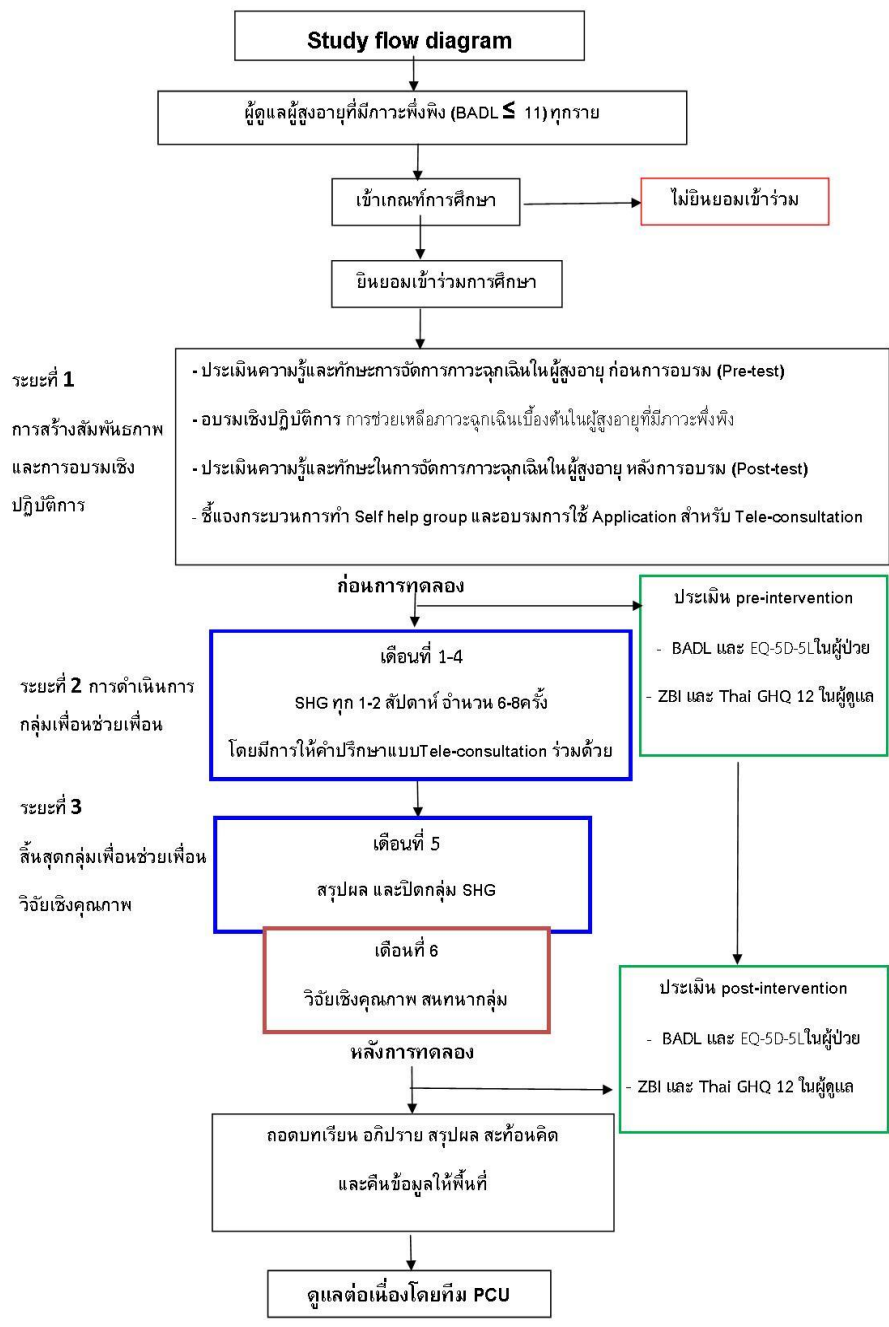
2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group discussion) จำนวน 4 กลุ่มๆ ละ 8-12 คน เพื่อการสะท้อนมุมมอง แนวคิด ด้านศักยภาพในการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนโดยใช้ระบบให้คำปรึกษาออนไลน์และสมรรถนะในการจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุของผู้ดูแลทั้งในครอบครัวและในชุมชน

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และนัดพบกลุ่มตัวอย่าง

2.2 แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม ตามพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

2.3 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ในพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ โดยใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้เวลาประมาณ 120 นาที และมีการบันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียง

2.4 ผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นที่ได้หลังจากการสนทนากลุ่ม และมีผู้ช่วยวิจัยในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยจัดระเบียบและจำแนกข้อมูลแต่ละส่วนแล้วนำมาสรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้มีการนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และความเป็นไปได้ในการใช้แผนกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะโรค Zarit-12 ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยใช้สถิติ การทดสอบ paired t-test

2.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนปัญหาสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยใช้สถิติ การทดสอบ paired t-test

2.4 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยใช้สถิติ การทดสอบ paired t-test

2.5 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยใช้สถิติ การทดสอบ paired t-test

2.6 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินในกลุ่มญาติผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยใช้สถิติ การทดสอบ paired t-test

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

ระยะที่ 2 การดำเนินการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินการ

ระยะที่ 3 การประเมินผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (เป็นกลุ่มเดียวกับกับระยะที่ 2)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบผลการประเมินภาวะในการดูแลและสุขภาพจิตของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพของผู้ป่วย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการกู้ชีพขั้นพื้นฐานและการจัดการภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ของกลุ่มตัวอย่างญาติ/ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลังการอบรมทันที

ส่วนที่ 4 ความเป็นไปได้ของการใช้คู่มือกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และญาติผู้ดูแล จำนวน 30 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83.3 มีอายุเฉลี่ย 44.2 ปี (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.64) มีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เฉลี่ย 13.8 ปี (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.01) เคยได้รับการอบรม/ฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และญาติผู้ดูแล ในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ การอบรม และการฟื้นฟูความรู้การดูแลผู้สูงอายุ (n = 30)

| ข้อมูลทั่วไป  | จำนวน (n=30) | ร้อยละ |
|---|--------------|--------|
| <b>เพศ</b>  |              |        |
| หญิง  | 25           | 83.3   |
| ชาย   | 5            | 16.7   |
| อายุ (mean = 44.2, S.D. = 9.64, min-max = 35-68)  |              |        |
| <b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>  |              |        |
| ประถมศึกษา  | 6            | 20.0   |
| มัธยมศึกษา/ปวช.   | 10           | 33.3   |
| ปวส./ปริญญาตรีขึ้นไป  | 14           | 46.7   |
| <b>อาชีพ</b>  |              |        |
| รับราชการ   | 5            | 16.7   |
| รับจ้าง   | 13           | 43.3   |
| ธุรกิจส่วนตัว   | 12           | 40.0   |
| ระยะเวลาในการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง<br>(mean=13.8, S.D.= 11.01, min-max = 1-20) |              |        |
| <b>เข้าร่วมการอบรม/การฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ</b>  |              |        |
| เคย   | 30           | 100    |

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการสำรวจระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ปี พ.ศ.2562 ซึ่งเป็นการสำรวจจากพรมแดนต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการเงิน สุขภาพร่างกายและจิตใจอารมณ์ ด้านสังคมและครอบครัว การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว ทักษะการดูแล รวมทั้งการเข้าถึงบริการของกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 83 รายโดยใช้แบบวัด Burden scale 16 พบว่าระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปานกลาง น้อย ร้อยละ 58.33, 38.89 และ 2.78 ตามลำดับ

จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาาร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ ญาติผู้ดูแล อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลบ่อทราย อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา พบประเด็นปัญหาเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1. ขาดบริการตามสิทธิประโยชน์ของระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) มีการประเมินศักยภาพการดูแลของครอบครัว แต่ยังไม่มีการดำเนินการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล
2. ระบบการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงการขอคำปรึกษาที่มบุคคลากรได้ไม่ทันต่อความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีเร่งด่วน



3. ผู้ดูแลทั้งญาติและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องการได้รับการสนับสนุนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพืงพืง และจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุเบื้องต้นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแล

4. ญาติผู้ดูแลต้องการพื้นที่และโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน

### ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

กระบวนการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืง ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ เริ่มจากกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อวางแผนในการพัฒนาระบบการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืงการวิเคราะห์สถานการณ์ ผลการศึกษา มีดังนี้

#### 1. นโยบายระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืงในพื้นที่ (Long term care) ด้านการจัดทำนโยบาย

ผลการศึกษาพบว่า ในชุดบริการตามสิทธิประโยชน์มีการประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแล แต่ยังไม่มียบริการด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) มีข้อเสนอแนะว่า ควรเพิ่มการบริการด้านสุขภาพผู้ดูแล ในชุดบริการตามสิทธิประโยชน์ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืง ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“นโยบาย Long term care ส่วนใหญ่เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ยังไม่มีการประเมินญาติและแนวทางในการดูแลญาติ ควรเพิ่มให้เป็นสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ เนื่องจากมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย” (ID 1)

#### ด้านการปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลต้องการได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์ ในเวลาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“อยากให้อส.และเจ้าหน้าที่มาดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง” (ID 6)

“บางครั้งผู้ป่วยต้องการอุปกรณ์ เช่น เตียงผู้ป่วย เบาะลม รถเข็น CG ขออกไปแล้วแต่รอนานมากกว่าจะได้ เนื่องจากอุปกรณ์ไม่เพียงพอ” (ID 10)

#### 2. ระบบการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ระบบการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงการขอคำปรึกษาที่บุคคลากรได้ไม่ทันต่อความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีเร่งด่วน ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“ปกติเวลามีปัญหาจะติดต่อหา อสม. และพยาบาลทางโทรหรือไลน์ แต่บางครั้งติดต่อไม่ได้ หรือไม่รวดเร็วเท่าที่ควร โดยเฉพาะในกรณีเร่งด่วน เช่น สายยางให้อาหารผู้ป่วยหลุด” (ID 25)

“อยากให้ญาติสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ตลอด โดยเฉพาะเวลามีเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วย” (ID 6)

#### 3. ความต้องการของผู้ดูแลในการสนับสนุนด้านต่าง ๆ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลต้องการได้รับการสนับสนุนความรู้และทักษะจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ ในด้านการจัดการปัญหาที่พบบ่อยด้านสุขภาพทั้งกรณีฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน เช่น การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การให้อาหารทางสายยาง การดูแลรักษาแผลกดทับ เป็นต้น ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“อยากมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเวลาเกิดปัญหาฉุกเฉินเช่น สำลัก เหนื่อยจะต้องแก้ไขเบื้องต้นอย่างไร” (ID17)

“อยากให้มิกิจกรรมที่ให้ญาติผู้ป่วยได้มีโอกาสมาพบกันแลกเปลี่ยนกันและคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน” (ID28)

โดยสรุประบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) ยังไม่มีการบริการด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล ส่วนระบบการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลสงขลายังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงการขอคำปรึกษาที่บุคคลากรได้ไม่ทันต่อความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีเร่งด่วน สิ่งที่ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุน ได้แก่ วัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ความรู้และทักษะในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย การแก้ไขภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุเบื้องต้น เพื่อจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ นอกจากนี้ยังต้องการโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดูแลและทีมบุคคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จำนวน 6 คนจึงร่วมกันออกแบบแผนการดำเนินการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์

## ระยะที่ 2 การดำเนินการ

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ (n = 68)

|                      | ปัจจัย                | ผู้ดูแล (n=68) |
|----------------------|-----------------------|----------------|
| <b>เพศ</b>           |                       |                |
|                      | หญิง                  | 55 (80.90)     |
|                      | ชาย                   | 13 (19.10)     |
| <b>อายุ</b>          |                       |                |
|                      |                       | 53.59+12.27 ปี |
| <b>สถานภาพสมรส</b>   |                       |                |
|                      | โสด                   | 27 (38.20)     |
|                      | สมรส                  | 34 (51.50)     |
|                      | หม้าย/หย่าร้าง/แยก    | 7 (10.30)      |
| <b>ระดับการศึกษา</b> |                       |                |
|                      | ประถมศึกษา            | 23 (3.80)      |
|                      | มัธยมศึกษา/ปวช.       | 25 (36.80)     |
|                      | ปริญญาตรี/ปวส.ขึ้นไป  | 20 (29.40)     |
| <b>อาชีพ</b>         |                       |                |
|                      | รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 4 (5.90)       |
|                      | ธุรกิจส่วนตัว         | 23 (33.80)     |
|                      | พนักงานบริษัท/รับจ้าง | 31 (45.60)     |
|                      | ไม่ได้ประกอบอาชีพ     | 10 (14.70)     |

| ปัจจัย                                 | ผู้ดูแล (n=68) |
|--|----------------|
| <b>รายได้ต่อเดือน</b>                  |                |
| น้อยกว่า 5,000                         | 29 (42.60)     |
| 5,000-10,000                           | 24 (35.30)     |
| 10,001 – 20,000                        | 11 (16.20)     |
| มากกว่า 20,001                         | 4 (5.90)       |
| <b>โรคประจำตัว</b>                     |                |
| ไม่มี                                  | 36 (52.90)     |
| มี                                     | 32 (47.10)     |
| <b>ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วย</b> | 7.8+9.59 ปี    |
| <b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>          |                |
| บุตร                                   | 45 (66.20)     |
| สามี/ภรรยา                             | 9 (13.20)      |
| พี่น้อง/ญาติ                           | 14 (20.60)     |
| <b>สามารถใช้แอปพลิเคชันออนไลน์</b>     |                |
| ใช้ได้                                 | 53 (77.90)     |

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในระยะดำเนินการ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบลบ่อทราย อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา จำนวน 68 คน จากผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ย  $53.59 \pm 12.27$  ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 55 คน (ร้อยละ 80.9) สถานภาพคู่ จำนวน 34 คน (ร้อยละ 51.5) มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษา/ปวช. จำนวน 25 คน (ร้อยละ 36.8) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป/พนักงานบริษัท จำนวน 31 คน (ร้อยละ 45.6) รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 29 คน (ร้อยละ 42.6) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 36 คน (ร้อยละ 52.9) มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย จำนวน 45 คน (ร้อยละ 66.2) และสามารถใช้แอปพลิเคชันออนไลน์ได้ จำนวน 53 คน ร้อยละ 77.9 ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วย  $7.8 \pm 9.59$  ปี สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 66.35 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 43 คน (ร้อยละ 80.9) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วย  $7.9 \pm 9.58$

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการดำเนินการ

ผลดำเนินการในการพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation) ตามแผนกิจกรรมซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ จำนวน 6 ครั้ง ต่อเนื่องทุก 1 สัปดาห์ ระยะเวลาครั้งละ 60-150 นาที โดยระยะที่ 1 ครั้งที่ 1 มุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์ภาพ เสริมสร้างและเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ให้แก่ผู้ดูแล ระยะที่ 2 ครั้งที่ 2-5 เป็นดำเนินการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การสร้างภาวะผู้นำกลุ่ม และสร้างข้อตกลงร่วมของกลุ่ม วิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ระยะที่ 3 ครั้งที่ 6 มุ่งเน้นการร้อยรักความผูกพันในกลุ่มและสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนโดยใช้ระบบการให้คำปรึกษาแบบออนไลน์ทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line) กลุ่มและให้คำปรึกษาส่วนบุคคลโดยใช้ Line official account โดยทีมบุคลากรสุขภาพประจำพื้นที่ ได้แก่ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อกระตุ้น สอบถามและให้คำปรึกษาสมาชิกกลุ่ม ถึงการนำสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมมาปรับใช้ใน

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของตนเอง ปัญหาอุปสรรคที่พบ รวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับการบ้านที่ได้รับมอบหมายและย้ำเตือนกำหนดนัดเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

แผนการดำเนินการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help group) ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับ การให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation)

| กิจกรรม   | ผลการดำเนินการ  |
|---|---|
| กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงกระบวนการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้แอปพลิเคชันสำหรับให้คำปรึกษาออนไลน์ เสริมสร้างและเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-esteem) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ให้แก่ผู้ดูแล | - การดำเนินกิจกรรมในช่วงแรก ผู้สอนให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเลือกนั่งตามสะดวก ญาติผู้ป่วยส่วนส่วนใหญ่เลือกนั่งกับอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (CG) ที่ดูแลผู้ป่วยของตน เมื่อให้ทำกิจกรรมจึงมีความคุ้นเคยทำให้การทำกิจกรรมเกิดความคล่องตัว   |
| กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างภาวะผู้นำกลุ่ม การสร้างข้อตกลงร่วมของกลุ่ม และการวิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน ครั้งที่ 1   | - ผู้เข้าร่วมฯ เห็นด้วยกับกฎ กติกา และข้อตกลงร่วมของกลุ่ม แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยกล้าอาสาเป็นผู้นำกลุ่ม<br>- ผู้เข้าร่วมฯ มีความสนใจ ตั้งใจแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตามการรับรู้และประสบการณ์ของตนเองให้แก่เพื่อนและสามารถถ่ายทอดความคิดตามความรู้และความเข้าใจของตนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ โดยต้องกระตุ้นเป็นระยะ ๆ |
| กิจกรรมครั้งที่ 3 การวิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน ครั้งที่ 2   | - ผู้เข้าร่วมฯ มีความคุ้นเคยกันมากขึ้น มีความสนใจ ตั้งใจแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตามการรับรู้และประสบการณ์ของตนเองให้แก่เพื่อนและสามารถถ่ายทอดความคิดตามความรู้และความเข้าใจของตนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้   |
| กิจกรรมครั้งที่ 4 การอบรมเชิงปฏิบัติการ การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุในชุมชน และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน สำหรับประชาชน  | - ผู้เข้าร่วมฯ รู้สึกกระตือรือร้น มีความสนใจมาก ตั้งใจฝึกทักษะการ CPR และใช้เครื่อง AED สามารถสะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตามการรับรู้และประสบการณ์การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยในชุมชนของตนเองให้แก่เพื่อน บรรยายภาคการร่วมกิจกรรมผ่อนคลายและสนุกสนาน  |
| กิจกรรมครั้งที่ 5 กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุนทางสังคม  | - ผู้เข้าร่วมฯ มีความสนใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองให้แก่เพื่อน และสามารถถ่ายทอดความคิดตามความรู้และความเข้าใจของตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้<br>- พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (care manager) ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาสาสมัครผู้ดูแล  |

| กิจกรรม   | ผลการดำเนินการ  |
|---|---|
|   | ผู้สูงอายุ (Caregiver) ช่วยเพิ่มเติมข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมในพื้นที่ และร่วมถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ผู้ดูแล  |
| <b>กิจกรรมที่ 6</b> กิจกรรมรื้อรักความผูกพันในกลุ่มและสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้เข้าร่วมฯ มีความสนใจ ตั้งใจ สามารถสะท้อนคิด และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมของตนเองให้แก่เพื่อน</li> <li>- ผู้เข้าร่วมฯ ส่วนใหญ่สะท้อนคิดเกี่ยวกับความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้รับต่อตนเองและผู้ป่วยในความดูแล</li> <li>- ผู้เข้าร่วมฯ ส่วนใหญ่รู้สึกผูกพันกับเพื่อนๆ สมาชิกกลุ่มรวมทั้งทีมบุคลากร อยากให้มีการจัดกิจกรรมต่อเนื่อง และจะยังคงติดต่อสื่อสารกันทาง Line กลุ่ม และทราบช่องทางในการขอคำปรึกษาทาง Line OA</li> </ul> |

### ระยะที่ 3 การประเมินผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (เป็นกลุ่มเดียวกับกับระยะที่ 2)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการกู้ชีพขั้นพื้นฐานและการจัดการภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 54 คน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการอบรมทันที พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -7.28$ ,  $p < .001$ ) โดยก่อนอบรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนปานกลาง ร้อยละ 64.8 และสูงร้อยละ 35.2 หลังอบรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนปานกลาง ร้อยละ 33.3 และสูงร้อยละ 66.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความรู้ในการกู้ชีพขั้นพื้นฐานและการจัดการภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลังการอบรมทันที ( $n = 54$ )

| ระดับ<br>คะแนน | ก่อนการเรียนรู้   |   | หลังการเรียนรู้ ทันที |   | t     | P-value |
|----------------|-------------------|---|-----------------------|---|-------|---------|
|                | จำนวน<br>(ร้อยละ) | ค่าเฉลี่ย<br>(ส่วนเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน) | จำนวน<br>(ร้อยละ)     | ค่าเฉลี่ย<br>(ส่วนเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน) |       |         |
| ต่ำ            | 0 (0.0)           |   | -                     |   |       |         |
| ปานกลาง        | 35 (64.8)         | 6.90 $\pm$ 1.48                         | 18 (33.3)             | 7.94 $\pm$ 1.18                         | -7.28 | <0.01   |
| สูง            | 19 (35.2)         |   | 36 (66.7)             |   |       |         |

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการกู้ชีพขั้นพื้นฐานได้ครบทั้ง 68 ราย

**ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบออนไลน์**

ภายหลังจากเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 6 ครั้ง ทุกสัปดาห์ ร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบออนไลน์ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 68 รายมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้ง จำนวน 45 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ในส่วนของผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะในการดูแลโดยรวมลดลงจาก 13.09 เป็น 9.69 และคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ดูแล ลดลงจาก 0.71 เป็น 0.38 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t= 4.602$  ,  $p<.05$ ) และ ( $t= 3.317$  ,  $p<.05$ ) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะในการดูแลด้านผลกระทบ ความเครียดและความรู้สึกเอาใจใส่ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วม คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้ดูแลด้านความบกพร่องเชิงสังคมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วม สำหรับผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนอย่างต่อเนื่อง เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้นจาก 7.46 เป็น 9.60 และคุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพดีขึ้นจาก 89.46 เป็น 98.31 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-4.336$  ,  $p<.05$ ) และ ( $t=-4.445$  ,  $p<.05$ ) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบผลการประเมินภาวะในการดูแลและสุขภาพจิตของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพของผู้ป่วย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ แยกรายด้าน (n=45)

| การประเมิน                       | ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) |               | t      | p-value |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------|--------|---------|
|                                  | ก่อนเข้าร่วม                     | หลังเข้าร่วม  |        |         |
| <b>ผู้ดูแล</b>                   |                                  |               |        |         |
| ภาวะการดูแล (ZBI-12)             |                                  |               |        |         |
| ด้านผลกระทบ                      | 0.86 ± 0.68                      | 0.66 ± 0.61   | 2.622  | 0.012   |
| ด้านความเครียด                   | 0.88 ± 0.66                      | 0.66 ± 0.55   | 4.004  | 0.000   |
| ด้านความรู้สึกเอาใจใส่           | 2.20 ± 1.21                      | 1.55 ± 1.23   | 3.508  | 0.000   |
| โดยรวม                           | 13.09 ± 0.58                     | 9.69 ± 0.54   | 4.602  | 0.000   |
| <b>สุขภาพจิต GHQ-12</b>          |                                  |               |        |         |
| ด้านความรู้สึกไม่เป็นสุข         | 0.04 (0.13)                      | 0.03 (0.13)   | 0.573  | 0.570   |
| ด้านความวิตกกังวล                | 0.07 (0.15)                      | 0.05 (0.12)   | 1.431  | 0.160   |
| ด้านความบกพร่องเชิงสังคม         | 0.06 (0.10)                      | 0.02 (0.05)   | 3.611  | 0.001   |
| โดยรวม                           | 0.71 (1.16)                      | 0.38 (0.81)   | 3.317  | 0.002   |
| <b>ผู้ป่วย</b>                   |                                  |               |        |         |
| ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน | 7.46 (4.31)                      | 9.60 (6.46)   | -4.336 | 0.000   |
| คุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพ  | 89.46(18.78)                     | 98.31 (18.35) | -4.445 | 0.000   |

#### ส่วนที่ 4 ความเป็นไปได้ในการใช้แผนกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในกลุ่ม

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้คู่มือแผนการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน มีความคิดเห็นว่า คู่มือฯ สามารถนำไปใช้ได้ง่าย มีความชัดเจนของเนื้อหา และมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ อยู่ในระดับมากอย่างละเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 80.0 คู่มือฯ มีความเหมาะสมและสามารถจัดหาเพื่อนำมาใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมากอย่างละเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 73.3 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามความคิดเห็นที่มีต่อการใช้คู่มือแผนการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง (n = 15)

| ประเด็นความเป็นไปได้      | ระดับความคิดเห็น |        |         |        |       |        |
|---------------------------|------------------|--------|---------|--------|-------|--------|
|                           | มาก              |        | ปานกลาง |        | น้อย  |        |
|                           | จำนวน            | ร้อยละ | จำนวน   | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1. ความง่ายในการนำไปใช้   | 12               | 80.0   | 3       | 13.3   | 1     | 6.7    |
| 2. ความชัดเจนของเนื้อหา   | 12               | 80.0   | 3       | 13.3   | 1     | 6.7    |
| 3. ความเหมาะสม            | 11               | 73.3   | 3       | 20.0   | 1     | 6.7    |
| 4. ความสามารถในการจัดหา   | 11               | 73.3   | 3       | 20.0   | 1     | 6.7    |
| 5. การนำไปใช้ในทางปฏิบัติ | 12               | 80.0   | 3       | 13.3   | 1     | 6.7    |

#### ข้อคิดเห็น/เสนอแนะเพิ่มเติม

1. คู่มือสามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยที่ดูแลได้
2. เป็นคู่มือที่สามารถนำไปปฏิบัติได้และสามารถเอาไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ด้วย
3. มีประโยชน์มากสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

#### ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครแกนนำภายหลังการใช้รูปแบบการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ พบประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

#### ประเด็นที่ 1 การได้รับประโยชน์

พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับประโยชน์จากรูปแบบบริการสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้นในหลายๆ ด้าน และสามารถนำไปใช้กับตนเอง ครอบครัว ผู้ป่วยและชุมชน ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“โครงการแบบนี้ไม่เคยมีมาก่อน คนดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะไม่มีความรู้ตรงนี้ เป็นความรู้ใหม่ ๆ ที่เราไม่เคยรู้มาก่อน แล้วก็รู้สึกสบายใจด้วยที่มีความเป็นกันเองชอบมากค่ะ” (ID1)

“ประโยชน์ที่ได้รับจากตลอดทั้งโครงการนี้ คือ ได้ความรู้ใหม่ ๆ จากคุณหมอและก็สมาชิกได้นำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้กับการดูแลผู้ป่วย และก็ทำให้พัฒนาความคิดของเราดีขึ้นแล้วก็มีโอกาสที่นำความรู้นี้ จากการอบรมไปช่วยเหลือผู้อื่นได้” (ID2)

“มีประโยชน์ที่จะได้แลกเปลี่ยนเรื่องการดูแลผู้ป่วยกับเพื่อน ๆ แล้วเอามาปรับใช้และได้ทราบช่องทางในการสนับสนุนแหล่งช่วยเหลือ”(ID3)

“ไลน์กลุ่ม ต้องการสื่อสารอะไร ก็ถามได้ คุณหมอก็ตอบเราได้ การดูแลแบบนี้มันก็ไม่ต้องนั่งคอยที่โรงพยาบาล” (ID4)

“นี่คือสุดยอดแล้ว คนที่ไม่เคยแสดงออก ก็ได้แสดงออก คนที่ไม่ค่อยได้พูด ได้พูด จากที่ไม่เคยดูฉาก ก็ได้ดู คนที่ไม่เคยได้ออกกำลังกาย วันนี้เดินกลับไปบ้านได้เหวี่ยงแขน เหวี่ยงแขนไม่ได้หมุนไหล่ก็ยังมี ทำอะไรไม่ได้ นั่งเตะซาก็ยังมี” (ID5)

“รู้สึกว่าได้ใจมาก ๆ เลยค่ะ ที่ได้มาเข้าร่วมโครงการนี้” (ID6)

“ถึงแม้ อสม.ทุกคนจะได้อบรมกันมาเยอะ ได้บ้างลืมบ้าง ความรู้ที่ได้รับจากโครงการนี้เหมือนได้เติม และก็ด้วยจำนวนคนน้อย เก็บได้เยอะค่ะ แล้วก็ไม่ต้องจด ฟังอย่างเดียวแต่ก็ได้เต็มค่ะ มันภาคภูมิใจ เวลาสั้น ๆ ที่เราได้มานั่งอาทิตย์นึง 2-3 ชม. แต่ว่ามันได้เยอะ ได้เยอะจริง ๆ” (ID7)

“จากการที่มาร่วมกิจกรรมนี้ ก็คิดว่าได้ความรู้ที่จะนำไปใช้กับตัวเอง ผู้ป่วย ครอบครัว แล้วก็ชาวบ้านค่ะ ก็มีประโยชน์ คือบางเรื่องที่เรายังไม่รู้ เราก็มารู้ในการอบรมครั้งนี้ค่ะ” (ID8)

## ประเด็นที่ 2 การเรียนรู้และการพัฒนาตนเอง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเรียนรู้ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การออกกำลังกายที่หลากหลายรูปแบบหลากหลายโภชนาการและการเลือกบริโภคอาหารอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และเทคนิคการเสริมพลังครอบครัวผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น และสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาตนเองทั้งด้านมีการพัฒนาด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านจิตวิญญาณที่ลึกซึ้งเพิ่มขึ้นจากการได้ฟังและแลกเปลี่ยนกับกลุ่ม ทำให้มีความเห็นอกเห็นใจและมีเมตตาเอื้ออาทร อยากร่วมช่วยเหลือผู้อื่นมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีความมั่นใจและภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มดังนี้:

“ได้รับความรู้มากมายนะครับ โดยเฉพาะความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เช่น การทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกาย การคลายเครียด และการช่วยฟื้นฟูคืนชีพเบื้องต้น” (ID9)

“ได้พัฒนาตัวเองในด้านการออกกำลังกาย ได้ดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การบริหารเขา ป้องกันข้อเข่าเสื่อม การยืดเส้นยืดสาย” (ID10)

“ได้เรียนรู้เรื่องฉลากโภชนาการ ในการเลือกบริโภคอาหาร ได้ปรับค่ะ ตอนนี้อยอมรับก็จะดูแลตัวเอง ดูแลเรื่องอาหาร เวลาจะกินก็จะดูฉลาก นำความรู้ไปใช้ด้วย” (ID11)

“แต่ก่อนเป็นคนชอบกินของที่ไร้สาระไม่มีประโยชน์ แล้วพอมาอบรมเรียนรู้ ก็เริ่มปรับเปลี่ยนการกินมากขึ้น เมื่อก่อนชอบกินพวกของมันของทอด ตอนนั้นก็เปลี่ยนเป็นพวกของต้มแทน ตอนเช้าก็ไม่ค่อยกินของจุกจิก จะเป็นจำพวก โยเกิร์ตแทน” (ID13)

“เราดูแลผู้ป่วยทั้งวัน ตอนนี้เริ่มคิดว่าต้องดูแลตัวเองด้วย วางแผนที่จะจัดเวลาในการดูแลสุขภาพตัวเองแล้ว แต่ยังไม่เริ่มลงมือปฏิบัติ” (ID14)



“ประสบการณ์ที่ได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้นั้นหลายเรื่องมาก ทั้งความรู้สึก ทั้งความรู้ที่ได้รับ ไม่ว่าจะเป็นการทำ CPR หรือว่าการแลกเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วย ได้ความรู้เยอะมากแล้วก็ได้ปฏิบัติจริง ๆ รู้สึกตัวเองเปลี่ยน รู้สึกรักคนอื่นมากขึ้น จากที่ผ่านมาคือเรารักแต่ว่ามันไม่รู้สึกเอื้ออาทร ประโยชน์จากการร่วมวงกัน เราได้ฟังคนอื่น แล้วไปเทียบกับตัวเอง เราทำงานแค่ว่าเอ็นดูเมตตา แต่มันไม่ได้ลึกจริง ๆ ค่ะ น้องพยาบาลเคยพาไปเยี่ยมคนโน้นคนนี้ เราไปเสร็จแล้วก็จบงาน แต่พอมาฟังหลาย ๆ คน ที่ร่วมวงเสวนา รู้สึกตัวเองเปลี่ยน อาจจะต้องอายุที่เรามากขึ้นด้วยก็ได้นะ ไม่ได้หวังอะไรเลย อยู่กินสบายขึ้น ความตั้งใจจะเอาเวลาที่เหลือความสุขที่เหลือไปให้คนอื่นบ้าง” (ID7)

“พอใจมากเลย ได้รับไปปรับปรุงตัวเอง ความรู้ตรงจุดนี้จะนำไปพัฒนาตนเองในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและคนในชุมชนรวมทั้งครอบครัวของตัวเอง ชอบมากเลยค่ะที่ได้เรียนรู้ว่าสติต้องมาก่อนที่เราจะทำอะไร อีกอย่างเรื่องอารมณ์ของคนไข้ บางครั้งเขาก็ใช้อารมณ์กับเราแต่ที่เราก็ต้องยอมรับเขาให้ได้” (ID14)

“ตัวเองก็ได้ประโยชน์ เวลาไปบอกชาวบ้านก็มีความมั่นใจว่าคุณหมออธิบายอย่างนี้ ๆ แล้วก็ชาวบ้านให้ความเชื่อมั่นเราด้วยว่าเราทำได้” (ID15)

### ประเด็นที่ 3 การมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น รู้สึกพึงพอใจที่มีกลุ่มเพื่อน แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริงระหว่างกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มดังนี้:

“ได้รู้จักสมาชิกใหม่ ซึ่งถึงแม้ว่าเราอยู่ใกล้กัน แต่เราก็ไม่เคยได้เจอกัน หรือได้รู้จักกันมาก่อนได้เครือข่าย เช่น ทีมโรงพยาบาล อสม.ทำให้มีการพัฒนาความสัมพันธ์กับชุมชน ถึงแม้ว่าปัจจุบันเรามีเวลาน้อย ให้ความสำคัญสัมพันธ์อาจจะไม่ค่อยดีเท่าไร” (ID2)

“การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลแต่ละคน นี่คือเรื่องจริง เอาประสบการณ์จริงมาแชร์กัน คนนี้ขาดอยู่นิดนึง ก็ช่วยกันเติมของคนนี้เข้าไป การช่วยกันเติมให้เต็ม เป็นสิ่งที่ดี” (ID16)

“ได้ประสบการณ์ ปกติไม่เคยได้ไปไหน แต่ว่าโครงการนี้ทำให้รู้สึกดี มีความสุขกับการได้มา ได้มีความรู้ การที่เพื่อนได้แชร์ มีความรู้สึกว่ายิ่งกว่าคำแนะนำ ประโยชน์มันก็เยอะค่ะ” (ID14)

“ได้ออกมาเปิดหูเปิดตา ปกติไม่ออกไปไหนเลย อยู่บ้านทั้งวัน ต้องดูแลพ่อกับแฟน บางทีแอบร้องคนเดียว” (ID17)

“ดีเยี่ยมเลยคะ คือมาได้รู้จักกัน ได้แบ่งปันความรู้ เราก็ได้มาเรียนรู้กันเรื่อย ๆ ช่วยกันเรียนรู้” (ID18)

“ได้เจอเพื่อน ๆ แล้วก็เล่าประสบการณ์ซึ่งกันและกัน คนป่วยที่บ้านเป็นยังไง เราได้รับรู้คนดูแลผู้สูงอายุแบบนั้นแบบนี้ค่ะ ก็เราได้ไปปรับปรุงไปทำกับผู้ป่วยที่บ้าน ได้ประโยชน์เยอะเลยคะ” (ID19)

“อันนี้หนูพูดตรง ๆ นะ ทุกคนลองมองดูตัวเองสิคะ เราได้อะไร ได้เพื่อน เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน บางคนไม่เคยได้พูดกับใคร ในสังคมปัจจุบันบางทีบ้านติดกันก็ไม่ถูกกันนะ เพราะมีทีวี วันนี้เราพยายามลดความเป็นตัวตน การที่เราได้มาเจอ รุ่นลูกรุ่นหลาน พี่ป้าน้าอา อย่างหนึ่งที่เรารู้สึกคือเรามีความสุข พอเรามีความสุขแล้วสมองที่เรากำลังจะหลั่งสารอะไรออกมา

1 คิดดี 2 ทำดี 3 ได้ยิ้ม 4 ได้หัวเราะ 5 ชีวิตมันเปลี่ยนค่ะ นี่คือจุดเปลี่ยนชีวิต สิ่งที่เป็นกำไรชีวิตของทุก ๆ คน คือความสุข การที่เราได้คุย การที่เราได้เจอเพื่อนคือ การคลายเครียด เพราะว่า อสม.มองว่าคนที่เป็นผู้ดูแลสำคัญนะค่ะ เปลี่ยนโลกได้นะ และเปลี่ยนโรคได้” (ID5)

#### ประเด็นที่ 4 ระบบการให้คำปรึกษาแบบออนไลน์และการเข้าร่วมกลุ่มออนไลน์

พบว่า จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกลุ่มออนไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุของชุมชนแต่ละแห่ง เพื่อช่องทางในการติดต่อสื่อสารและให้ความช่วยเหลือระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สมาชิกในกลุ่มประกอบด้วย ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/อาสาสมัครชุมชน และทีมบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาลจัดการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า นอกจากสมาชิกกลุ่มจะได้รับประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือแล้ว ยังทำให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ดีขึ้น ลดการไปรับบริการที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มดังนี้:

“การมีกลุ่มไลน์เป็นศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสาร ระหว่างกลุ่มสมาชิกด้วยกันกับโรงพยาบาลกับกลุ่ม อสม.หลายคนที่สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มไลน์ได้นะค่ะและก็ได้ข้อมูลดี ๆ จากคุณหมอและสมาชิก เพื่อดูแลตัวเองซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ”(ID2)

“กลุ่มไลน์นี้ดีมากเลยครับ เพราะว่าสามารถได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จากสมาชิกในกลุ่ม เรื่องต่าง ๆ ที่ส่งมา ล้วนมีความรู้และมีประโยชน์ ด้วยครับ” (ID9)

“ไลน์กลุ่ม สื่อสารอะไร ถามได้คุณหมอ ก็ตอบเราได้ ว่าการดูแลแบบนี้มันก็ดี ไม่ต้องนั่งคอยที่โรงพยาบาล” (ID4)

“ในไลน์กลุ่มมีความรู้ที่เป็นประโยชน์มากมาย ไม่ใช่ตกทายกันอย่างเดียว คุณหมอมืออะไรดี ๆ มีประโยชน์ก็ส่ง เป็นช่องทางที่ดี อย่างน้อยในโทรศัพท์เรา ก็มีข้อมูลจากคุณหมอนะ ไม่ได้มีแต่เพื่อนอย่างเดียวที่ไลน์นี้มันน่าอ่านนะ ชัวร์ก่อนแชร์” (ID7)

#### ประเด็นที่ 5 การพัฒนาสมรรถนะ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ การป้องกันความเสี่ยง การจัดการภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต การฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้อง รวดเร็ว และเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยผู้สูงอายุ ดังนี้

##### 5.1 การช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน และการป้องกันความเสี่ยงของผู้สูงอายุ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการช่วยเหลือ และช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มดังนี้:

“ได้รับความรู้เกี่ยวกับการทำ CPR และการใช้เครื่อง AED ด้วย ซึ่งไม่เคยมีความรู้ด้านนี้มาก่อน ไม่เคยฝึกเลยครับ ก็เป็นเรื่องซึ่งมีประโยชน์มากเลยครับผม แล้วก็ทำให้เราทราบปัญหาที่จะนำไปแก้ไข แนะนำผู้อื่น และก็สามารนำไปปฏิบัติใช้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตนะ ครับ” (ID9)

“ทำให้สามารถให้การช่วยเหลือ ช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นกับคนในครอบครัว และคนในชุมชน ได้อย่างมั่นใจมากขึ้น” (ID19)

“ได้ความรู้เกี่ยวกับ การช่วยการปั๊มหัวใจ เกี่ยวกับอาหารติดคอ ได้ไปบอกน้องบอกพ่อ เวลาที่มีอาหารติดคอจะได้ทำถูก เวลาคนที่ว่าสำคัญ หรือว่าอยู่ เกิดล้ม หายใจไม่ออก อะไรรแบบนี้

เราจะได้มีวิธีช่วยได้ค่ะที่หมอบอกให้ซ้อมกู้ชีพนะ ถ้าเกิดเหตุขึ้นจริง ๆ เราารู้สึกมั่นใจ กล้ามากขึ้น จะเข้าไปช่วยทันทีค่ะ” (ID21)

“ขอบคุณคุณหมอบอกมาเลยคะ เพราะว่าสิ่งที่คุณหมอบอกให้จริง ๆ เราหาได้จากยูทูบหรือว่า สอบถามได้จากใครก็ได้ แต่มันสำคัญที่ว่าได้ถามเราได้ปฏิบัตินะคะ วันนี้หลายคนทำ CPR เก่งมาก เพราะฉะนั้น ถ้าเกิดอะไรขึ้นมาปุ๊บกลางถนน ไปช่วยกลางถนนทันทีไม่ได้ ต้องดูความปลอดภัยก่อน และผู้ป่วยต้องปลอดภัย เนี่ยเราเรียนรู้แล้ว” (ID5)

“ได้อบรม CPR ก็รู้สึกมั่นใจ ถ้าเจอเหตุการณ์ ก็มีความมั่นใจว่าเราสามารถที่จะทำได้ค่ะ” (ID21)

“ที่ประทับใจก็คือ CPR จากวันนั้นที่ไม่ได้ทำ CPR ให้สามี มันเป็นความทรงจำฝังใจเราทำให้ เรามีแรงต่อไปที่จะมาเป็นอาสาสมัคร. กับวันนี้มีความมั่นใจมากขึ้น เราคิดว่าเวลาเราเจอเราต้องตั้งสติ ก่อน เมื่อก่อนไม่มีความมั่นใจ จะทำได้ไหม แต่ตอนนี้ รู้สึกว่าถ้าเราไม่ช่วย เหมือนที่คุณหมอบอกว่าถ้าเราไม่ช่วยเขาวันนั้น ก็ไม่รู้เขาจะเป็นยังไง ตอนนั้นเพราะเราไม่กล้า แต่ตอนนี้เราสบายใจขึ้น กล้าที่จะ CPR” (ID23)

## 5.2 การฟื้นฟูสภาพได้ถูกต้อง รวดเร็ว และเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยสูงอายุ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเรื่องต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่ การจัดทำและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงมารถเข็น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยติดเตียง การกายภาพบำบัดทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้ดีขึ้น ส่งเสริม/กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม อาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยเชื่อฟังผู้ดูแลมากขึ้นและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้:

“ได้รับความรู้เรื่องวิธียกผู้ป่วยติดเตียง มารถเข็น บางที่เราทำผิดทำถูก แต่พอคุณหมอบอกได้มาสอน เราได้ทำถูกต้อง คนป่วยก็ไม่เจ็บ ไม่ค่อยทะเลาะกันมาก เรายกให้ถูกต้องเราก็จะได้ไม่เจ็บ” (ID20)

“ดูแลแม่ เวลาแกกินอะไร แกจะแค้นๆ สำลัก ก็ลูบ ตบเบาๆ แกก็ค่อย ๆ ดีขึ้นนะ มาเรียนรู้ก็ได้ประโยชน์ค่ะ จัดทำนั่ง นิ่งโต๊ะแบบนี้ ค่อย ๆ ดีมาก็ได้ผล” (ID1)

“ได้นำความรู้ไปทำกับผู้ป่วย ตอนนี้มีมือชยับได้แล้ว จับข้างหลังได้แล้ว” (ID1)

“ฝึกให้แฟนเดินทุกวัน เช่น เดินไปซื้อปลาห้องโก๋ ร้านใกล้ ๆ ทุกเช้า ตอนนีเดินเองได้ดีขึ้น จากที่นั่งรถเข็นอยู่แต่บ้าน ให้แกยกแขน ยกขาทุกวัน ตอนนีชยับมือ ยกแขนได้มากขึ้น” (ID24)

“อย่าเป็นคนที่น่าหนักใจอะ ไม่ค่อยเดิน หนูก็ช่วยทำกายภาพบำบัด ยกแขนให้ ตอนนีรู้สึกว่าจะเวลาย่าจะหียบของไกล ๆ ก็หียบได้” (ID25)

“เรื่องบริหารหัวเข่าคะ เอาไปใช้กับสามี ก็ดีขึ้น” (ID26)

“เปิดยูทูปที่ได้รับจากกลุ่มไลน์ให้พ่อดู การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุต้องทำแบบนี้ละ” (ID12)

“คุณแม่เวลาทานจะต้องขอน้ำปลาทุกครั้งเลยคะ หมอบอกกินของเค็มไม่ได้อันตราย ไตแก็ เป็นระยะที่ 3 แล้วย แก็ก็จะไม่เชื่อนะ แก็ว่า “ฉันก็อยู่ไม่นานแล้วฉันก็จะตายแล้ว” พอมาอบรม ทุกวันเสาร์ ก็ไปบอกแก็ คุณหมอย้ำว่าอย่ากินของเค็มนะอันตราย แก็ก็จะรับฟังพอเราไปให้ความรู้แก็ บางทีก็จะให้แก็ดูวิดีโอ แก็ก็จะเริ่มเชื่อ ยอมรับ ปกติไม่ค่อยเชื่อคะ” (ID11)

“เมื่อก่อนไม่ได้ให้แก็ออกกำลังกายมาก กลัวแก็หกล้ม แต่พอได้มาอบรมก็นำความรู้ไปบอก แก็ด้วยทุกครั้ง บอกแม่ต้องออกกำลังกายแบบนี้ละ ยืนไม่ได้ใช้เก้าอี้ กลับไปสอนแก็ บางทีแก็ก็จะนั่งฟัง แก็ก็อยากสบายอยากสุขภาพดีขึ้น แก็รับฟังคะ ดีใจคะคุณหมอ” (ID11)

“แต่ก่อนยาติดชาเย็นมากเลย หนูกับพ่อช่วยกันพูดให้ยาเลิกกินชาเย็น ยายังจะกินชาเย็น ทุกเช้าเลย ถ้าไม่ได้กินแบบก็จะกวนอยู่อย่างนั้น พอได้มาอบรมกับคุณหมอ ก็จะไปบอกแก็ว่า ชาเย็นมันไม่ดีนะ ย่าบอกว่าโอเคแก็จะไม่กินแล้วนะ” (ID27)

“การดูแลคุณแม่ แก็ชอบนอนตะแคงข้างเดียวประจำ ไม่ค่อยกลับมาอีกข้างนึง ตอนนั้นก็พยายามให้พลิกด้านบ้าง” (ID28)

## ประเด็นที่ 6 ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

พบว่า กิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้ โดยเฉพาะด้านจิตใจ ความรู้สึกเครียดลดลงและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มดังนี้:

“ตรงนี้ช่วยลดปัญหาความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยครับ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แล้วก็สามารถที่จะนำปัญหาต่าง ๆ มาแก้ไขและใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเราปฏิบัติกับผู้ป่วย” (ID9)

“จากที่ได้แลกเปลี่ยนกัน ได้เอามาปรับปรุงใช้ในชีวิตประจำวัน เอาไปปฏิบัติ ก็ได้ผลคะ จากที่ว่าเราไม่รู้เลยนะว่าทำไมปวดแขนจัง เพราะทำไมเป็นไง แต่ว่าตอนหลังเราอ้อมหลัง พยายามประคอง ก็ดีขึ้นนะ” (ID1)

“ส่วนของตัวเองก็ได้มาคลายเครียดด้วย ออกกำลังกาย ได้ดูแลตัวเองด้วย อยู่บ้านเราก็ออกกันอยู่แล้ว แต่ว่าพอมานอกเป็นกลุ่มด้วยกัน ก็สนุก คลายเครียด เพลินไปด้วย” (ID19)

“ด้านจิตใจคลายความทุกข์ได้ดี ตอนนี้น้อยกังวล ไม่ต้องกินยานอนหลับแล้ว เพราะเรามาพบเพื่อนแล้วกลับไปบ้านก็สบายใจขึ้น คนไข้ (แฟน) ที่ดูแลก็ไม่เครียด” (ID10)

“ได้กำลังใจในการดูแลคุณแม่ เพราะว่าคุณแม่เขาก็ไปตามสภาพแล้ว เพราะว่า 8 ปีแล้ว ไม่น่าจะดีขึ้นนะคะ เพราะว่าเขาก็ทรุดตามกาลเวลาที่เหลืออยู่นะคะ” (ID4)

“การที่เราได้คุย การที่เราได้เจอเพื่อนคือ การคลายเครียด” (ID5)

## ประเด็นที่ 7 ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงลดลงและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น

พบว่า กิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุ อารมณ์ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ลดภาวะพึ่งพิง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มดังนี้:

“ได้ความรู้นำไปปฏิบัติกับสามีตัวเอง เพราะรู้สึกว่ามันดี มาก ๆ เรื่องการช่วยเวลามีเสมหะมาก การช่วยลูกจากเตียง ฝึกเดินให้ถูกวิธี ตอนนี้แกดีขึ้น เดินได้มากขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ค่ะ” (ID29)

“พี่เองดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า เนื่องจากลูกเค้าไม่มีเวลา ตอนนี้ดีขึ้นมาก เพราะมีเพื่อนคุย พี่ช่วยคุยกับแก บอกคุณหมอให้ทำพ่นนั่นพ่นนี่ ขวนยกแขนยกขา ออกกำลังกายไป แยกทำ ตอนนี้แกไม่ซึมเศร้าแล้ว (ID24)

“ก่อนหน้านี้แฟนเจ็บแขนค่ะ ทำกายภาพบำบัดแบบนี้ให้เขาประจำ แขนข้างซ้ายก็ยกได้แล้ว แยกเดินได้ดีแล้ว วันนี้พาแกไปฉีดวัคซีนโควิดมาแกดีใจมาก” (ID24)

“ชวนย่าออกกำลังกาย ชวนแกเดินรอบบ้านอะไรแบบนี้ เมื่อก่อนเวลาจะเดินต้องมีคนพยุง ไปด้วยใช้ไหมคะ แต่ว่าช่วงนี้ แกก็จะไม่ต้องพยุง ย่าลุกขึ้นเองได้” (ID27)

“มีประโยชน์มากเลยคะ ได้ใช้ในชีวิตประจำวัน ดูแลแม่อยู่ แล้วเราก็ทำให้เขาดี แกไม่รู้จักกระแอมๆ แม่สบายตัวขึ้น ดีขึ้น” (ID28)

“ได้สอนวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงมารถเข็น ตอนนี้เขาสามารถทำได้ จากที่พาให้เมียให้ลูกช่วย ตอนนี้ก็ช่วยเหลือตัวเองได้แล้ว นั่งรถเข็น ก็มีสายยางผูกไว้ เขาสามารถพยุงตัวเองลุกขึ้นมานั่งบนเตียง แล้วสามารถขยับลงมาบนรถเข็นได้ แล้วก็เข้าห้องน้ำได้เลยค่ะ เสื้อผ้าตอนนี้ก็สามารถใส่เองได้” (ID29)

“เมื่อก่อนจะให้พ่ออยู่แต่ในบ้าน ไม่พาออกไปไหน เพราะกลัวเป็นอันตราย แต่ตอนนี้เข้าใจ แกบอกอยากกลับบ้านเดิม ก็พาไป แกมีความสุขมากค่ะ” (ID14)

จากทั้ง 7 ประเด็นหลัก พบว่า การตอบของผู้เข้าร่วมวิจัยในการสนทนากลุ่มแต่ละกลุ่ม มีรูปแบบคล้ายคลึง แสดงให้เห็นถึงการบรรลุตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย คือ การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ ซึ่งมีผลลัพธ์สามารถช่วยลดระดับภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล และเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยของผู้ป่วยสูงอายุ

### ปัญหาอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการ

1. การประชาสัมพันธ์และประสานงานยังไม่ชัดเจนและไม่ทั่วถึง จริง ๆ ยังมีผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงอีกเยอะ (ประธานชุมชน 1, CG 1, 2, 3, ประธานชุมชน 2)

2. สาเหตุหนึ่งที่ผู้ดูแลไม่สามารถมาเข้าร่วมได้ อาจจะมาร่วม แต่มาไม่ได้ อย่างตรงนี้ใกล้คนเดียว แต่เขาไม่สามารถละทิ้งคนป่วยมาได้สำหรับผู้ป่วยที่ติดเตียงจริง ๆ (ประธานชุมชน 1)
3. ปัญหาเรื่องไม่ค่อยมีเวลา เวลาไม่ตรงกัน (ผู้ดูแล 1, อสม.1)

#### ข้อเสนอแนะจากผู้ดูแลและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจากการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

1. ผ่ากร่องเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (AED) อยากให้เอามาไว้กับชุมชน เพราะว่ามีผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยสูงอายุอยู่หลายคน ถ้ามีเหตุฉุกเฉินขึ้นจะช่วยกู้ชีพเบื้องต้นได้ก่อนที่รถพ.จะมา (ผู้ดูแล 1)
2. อยากให้มีการจัดโครงการแบบนี้ขึ้นมาอีก ทำให้ได้ความรู้มากและเป็นเรื่องที่น่าสนใจ อยากให้ประธานชุมชนเสนอโครงการให้คุณหมอได้ลงบ่อย ๆ (ผู้ดูแล2,3, อสม.1, CG 1, 2)
3. ถ้าเราได้เจอเพื่อน ๆ ที่อื่นที่อยู่ใน ต.บ่ออย่างเหมือนกัน จะมีความเข้มแข็งขึ้น เราก็มักมีเครือข่ายที่มากขึ้น มาร่วมมือกัน ได้แลกเปลี่ยนกัน เพราะเราเป็นคนบ่ออย่างด้วยกัน เสนอให้ PCU ทำโครงการพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลต่อเนื่อง เช่น อบรม CPR, กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เดือนละ 1-2 ครั้ง ถ้าเราผลักดันให้เรื่องนี้ เข้าไปอยู่ในโครงการของ PCU เขาก็จะประสานเอง ประสานผู้ดูแล ว่าสะดวกจะทำกิจกรรมวันไหน หัวข้ออะไร เชิญใครบ้างขอสนับสนุน จากโรงพยาบาล (ประธานชุมชน 1)
4. อยากให้มีกลุ่มหนึ่งผู้ดูแล ต่อ 1 ชุมชน นะคะ แต่ละชุมชนควรมี 1 กลุ่มผู้ดูแลเป็นชมรม หรือเป็น กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุของชุมชนนั้น ชุมชนนี้ ในอนาคตเราจะมีกลุ่มผู้ดูแล เป็นชมรม มีประธาน มีเลขา เราได้คุยกันคะ บ้านนั้นเป็นแบบนี้ บ้านนี้เป็นแบบนี้ พอมีผู้ติดบ้านติดเตียงรายใหม่ ก็ทำโครงการเยี่ยม ผู้ป่วย เขาก็จะมีกำลังใจขึ้น (CG 1)
5. อยากให้ อสม.ดูแลผู้สูงอายุ (CG) เข้ามาร่วมกิจกรรมกับผู้ดูแลด้วยจะได้มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแล มากขึ้น ได้รู้จักมากขึ้น ก็พัฒนาความรู้ไปด้วยกัน (ประธานชุมชน 1)
6. ถ้าจะให้ CG เข้ามา ต้องอยู่ในแผน (Care plan) หมายความว่าผู้ป่วยที่ติดบ้านติดเตียงที่อยู่ใน โครงการ long term care ทางพยาบาลกับ อสม เขาจะต้องร่วมกันเขียนแผน แล้วก็ส่งไป ให้กับกองทุน กองทุนเขาก็จะดูแผนนั้นแหละว่า แผนนี้จะนำมาใช้กับผู้ป่วยแล้วเกิดประโยชน์ ถ้าเราเขียนเรื่องนี้เข้าไปอยู่ใน แผนนะ CG เขาก็ต้องมาร่วมด้วย ตอนนี้เป็นขอความร่วมมือ ไม่ได้บังคับ ฉะนั้นคนที่มิได้ใจก็จะมา (CG.2)
7. ระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม ประมาณ เดือนละ 1-2 ครั้ง (ผู้ดูแล 2, 3, 4)
8. กิจกรรมที่จัดเราอาจจะกำหนดว่าไม่ใช่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงทุกครั้งนะ อาจจะสำหรับการดูแลผู้ดูแลบ้าง เช่น ทำออกกำลังกาย ฟ้อนคลาย นันทนาการ (ผู้ดูแล 2)
9. อาจจะจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์วิชาชีพอื่น ๆ หรือแพทย์ท่านอื่นมาแนะนำพวกเราเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพบ้าง เช่น ความรู้ที่ใหม่ ๆ การทำกายภาพบำบัด สอนการออกกำลังกายหลาย ๆ แบบ (ผู้ดูแล 2, 4, 5) อยากให้จัดอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ (อสม. 2)
10. ขอเสนอกติกาการใช้ไลน์กลุ่มสำหรับสมาชิกกลุ่ม การใช้ไลน์กลุ่มนี้ ควรต้องผ่านการกลั่นกรองก่อน สิ่งที่จะส่งต้องคิดก่อนว่าเป็นประโยชน์จริง ๆ และก็ปลอดภัยที่จะให้คนอื่นเอาไปใช้ด้วย ควรส่งต่อเท่าที่ จำเป็น (ผู้ดูแล 2)

## บทที่ 5

### สรุปผลและข้อเสนอแนะ

#### การสรุปผล

การศึกษานี้ทำให้ได้รูปแบบกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ ที่เหมาะสมกับการนำไปใช้ในงานบริการปฐมภูมิ ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) ภายหลังจากการนำรูปแบบบริการไปใช้ พบว่า

1. รูปแบบกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้ผู้ดูแลลดความรู้สึกรับภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตลดลงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในส่วนของผู้ป่วยสามารถทำให้ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับประโยชน์ มีการเรียนรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองและการดูแลผู้ป่วย สามารถนำความรู้ไปใช้ในการพัฒนาตนเอง ทั้งด้านอารมณ์จิตใจ และด้านจิตวิญญาณที่ลึกซึ้งเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีความมั่นใจและภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สำหรับการให้เทคโนโลยีให้คำปรึกษาออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มและบัญชีไลน์ทางการ ทำให้ผู้ดูแลได้รับประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือโดย 3 หมอ (อาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ดีขึ้นและยังเกิดเครือข่ายทางสังคมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Social support groups) แบบออนไลน์ ในการแบ่งปันประสบการณ์และให้ความช่วยเหลือระหว่างกันของกลุ่มผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนาพัฒนาสมรรถนะในการจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุให้แก่ผู้ดูแลทั้งในครอบครัวและในชุมชน โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการกู้ชีพขั้นพื้นฐานและการจัดการภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ทั้งในรูปแบบกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อยในแต่ละชุมชน สามารถทำให้ผู้ดูแลและอาสาสมัครชุมชนมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม พบว่าผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการจัดการภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นมากขึ้น

3. ผลของความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความคิดเห็นว่ารูปแบบบริการสุขภาพฯ ดังกล่าวสามารถนำไปใช้ได้ง่าย มีความชัดเจนของเนื้อหาและมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ อยู่ในระดับมากอย่างละเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 80.0 มีความเหมาะสมและสามารถซื้อหรือจัดหาคู่มือฯ เพื่อนำมาใช้ในการทำกลุ่มกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ อยู่ในระดับมากอย่างละเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 73.3

## การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ และประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ก่อนและหลังการใช้งานรูปแบบบริการผ่านคู่มือและแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ในอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การศึกษา เป็น 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ารูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ สามารถทำให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้านต่าง ๆ ของดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลในด้านความบกพร่องเชิงสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยในครั้งนี้ สอดคล้องกับผลของการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของโดย Claudia Bernabeu-Alvarez และคณะ<sup>15</sup> ที่พบว่าการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยทำให้ผู้ดูแลมีความมีความสุขมากขึ้นในด้านร่างกายและจิตใจ (physical-psychological well-being) และเพิ่มความรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางสังคม (sense of social support) นอกจากนี้ยังมีผลของงานวิจัยอีกหลายชิ้นทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ งานวิจัยของ Alelaida Zabalegui และคณะ<sup>12</sup> ซึ่งพัฒนาการใช้โปรแกรม INFOSA โดยมี 3 องค์ประกอบ คือการให้ข้อมูลเพื่อเพิ่มความรู้ การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติ และการสนับสนุนทางอารมณ์ให้แก่ผู้ดูแล พบว่าช่วยลดภาวะเหนื่อยล้าและความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ยังเพิ่มความรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) ในระยะสั้นด้วยเช่นกัน เช่นเดียวกับผลงานวิจัยของ Emilliano Rodriguez-Sanchez et.al.<sup>13</sup> ซึ่งพบว่าการทำกลุ่มจิตบำบัดในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถทำให้สุขภาพจิตของผู้ดูแลดีขึ้น สำหรับผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังจากการที่ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศผู้วิจัยไม่พบการศึกษาถึงผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้สูงอายุจากการเข้าร่วมกลุ่มของผู้ดูแล อาจเป็นไปได้ว่าผลดีที่เกิดขึ้นนี้สืบเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับความแนะนำและการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมจากผู้ดูแล จึงเชื่อฟังและให้ความร่วมมือผู้ดูแลมากขึ้น เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ลดภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้ผู้ดูแลลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล สอดคล้องกับบทความเชิงวิเคราะห์จากงานวิจัยของสายพิณ เกษมกิจวัฒนาและปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ<sup>6</sup> ที่พบว่าความต่อเนื่องในการประสานการดูแลทั้งผู้ป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแลเพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันก็สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ จะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย นอกจากนี้ผลของงานวิจัยนี้ยังพบว่าการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนทำให้ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญชลี ตักโพธิ์และคณะ<sup>10</sup> ที่พบว่าโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองหรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทได้

การที่รูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนฯ ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล อาจเนื่องจากข้อมูลที่น่าสนใจในการพัฒนารูปแบบได้มาจากการวิเคราะห์สถานการณ์จริงในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และการส่งเสริมความรู้และทักษะที่ตรง



กับความต้องการของผู้ดูแลสอดคล้องกับงานวิจัยของวียะดา รัตนสุวรรณ และประราลี โอภาสนันท์<sup>9</sup> นอกจากนี้การออกแบบแผนการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในงานวิจัยนี้ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบอาศัยประสบการณ์ (Experiential learning) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ พิชญา เหลียงพานิชและคณะ<sup>30</sup> ซึ่งผลของงานวิจัยพบว่าสามารถเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการฟื้นฟูจิตสังคมให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทได้ แผนการดำเนินการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนฯ ที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ เน้นการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองแบบกัลยาณมิตร โดยในช่วงแรกของกิจกรรมทุกครั้งเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพและส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้โดยการออกกำลังกายร่วมกัน เมื่อสมาชิกเกิดความไว้วางใจและพร้อมที่จะเรียนรู้แล้ว ผู้นำกลุ่มจะกระตุ้นให้สมาชิกภายในกลุ่มตระหนักถึงปัญหาของตนเอง โดยใช้สื่อ เช่น ภาพ วิดีโอ เพื่อทำให้สมาชิกเกิดมโนภาพ และคิดค้นหาปัญหาของตนเอง นึกถึงความรู้เดิมที่ตนเองเคยรู้ แล้วตรวจสอบเพื่อทำความเข้าใจปัญหาจากมุมมองของตนและสร้างข้อคิดเห็นที่เกี่ยวกับทางออกของปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ เกิดการแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม ทำให้สมาชิกได้ระบายความเครียด ความคับข้องใจ กล้าแสดงความคิดเห็นความรู้สึก และเกิดความไว้วางใจกันภายในกลุ่ม มีการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็น ซึ่งได้รับการมองเห็นคุณค่าและความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การรับฟังจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มเดียวกันถือเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ จากนั้นสมาชิกจะนำความรู้ของตนที่มีมาช่วยกันระดมสมองแลกเปลี่ยนความเข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและเชื่อมั่นในตนเอง สมาชิกมีโอกาสแสดงบทบาททั้งเป็นผู้นำและผู้ตามในการแก้ปัญหาตามที่ได้ประสบมา ซึ่งเป็นสิ่งชักจูงให้สมาชิกรู้สึกว่าจะต้องมีการปรับปรุงตนเอง และมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์จากสมาชิกคนอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้มีโอกาสร่วมรับรู้ปัญหาของคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่แตกต่างจากคนอื่น และไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงคนเดียว เกิดการให้ความช่วยเหลือกันระหว่างสมาชิก การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างไปจากเดิม ทำให้มีความกระตือรือร้น เกิดการเรียนรู้ว่าจะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สมาชิกนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปสังเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งการยอมรับและการใช้ประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อนจะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความสนใจ เจตคติ และความเชื่อขณะเข้ากลุ่ม ซึ่งในช่วงท้ายของการทำกลุ่ม จะให้สมาชิกประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเองภายหลังเข้ากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ได้ร่วมกัน การให้แรงเสริมทางบวก และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งทางเลือกต่าง ๆ และโอกาสในการกระทำต่อเนื่องและนำสิ่งที่ได้รับจากกลุ่มไปปรับใช้ เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่องจึงทำให้สมาชิกมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง สอดคล้องกับการผลงานวิจัยของวียะดา รัตนสุวรรณ และประราลี โอภาสนันท์<sup>9</sup> ที่พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ที่อำเภอเมือง จ.พะเยา โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson<sup>11</sup> มาพัฒนารูปแบบ RAISING Model ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 Reflection for positive thinking การพัฒนาทักษะการสะท้อนคิดเพื่อหามุมมองด้านบวก องค์ประกอบที่ 2 ADL skill การพัฒนาทักษะในการดูแลกิจวัตรประจำวันและทักษะเฉพาะอย่าง องค์ประกอบที่ 3 Information การให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง องค์ประกอบที่ 4 Social support การสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน องค์ประกอบที่ 5 Integrated Coping strategy กลยุทธ์เผชิญความเครียดแบบบูรณาการ องค์ประกอบที่ 6 Need for managing personal time การจัดให้มีเวลาพักจากการดูแล โดยจัดกิจกรรมเปิดใจกับสมาชิกในครอบครัว และองค์ประกอบที่ 7 Goal setting in caring การพัฒนาทักษะในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนใน

การดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ รับรู้พลังอำนาจและความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้นและมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีให้คำปรึกษาออนไลน์โดยใช้แพลตฟอร์มไลน์กลุ่ม (Line group) และบัญชีไลน์ทางการ (Line official) ในการให้คำปรึกษาส่วนบุคคลเป็นเครื่องมือช่วยให้แผนการดำเนินกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสะดวกขึ้น เนื่องจากเป็นวิธีการติดต่อสื่อสารที่ทีมบุคลากรและผู้ดูแลมีความคุ้นเคยและใช้เป็นประจำอยู่แล้ว นอกจากนี้จะมีประโยชน์ในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ยังเป็นช่องทางในการให้คำปรึกษา และส่งต่อสื่อความรู้ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนและการดูแลผู้ป่วยด้วย ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสติดตามและทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มา นอกจากนี้ยังเป็นช่องทางในการให้ความช่วยเหลือระหว่างสมาชิกกลุ่มอีกด้วย

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพส่วนที่สองได้อธิบายประเด็นให้เห็นว่าผู้ดูแลที่เข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ และได้รับประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ มีความสะดวกในการขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ และสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น ลดการไปรับบริการที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของ Mary Guerriero Austrom และคณะ<sup>22</sup> ซึ่งพบว่าเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์สำหรับพื้นที่ห่างไกลหรือเดินทางลำบาก และการศึกษาของ Erica Appleman<sup>23</sup> ซึ่งพบว่าผู้ดูแลมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบในต่างประเทศในหลายการศึกษาของ Banbury และคณะ<sup>19</sup> Hassan Khader Y Almathami และคณะ<sup>20</sup> Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) 2015<sup>21</sup> พบว่าระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ที่บ้าน (Home Online Health Consultation: HOHC) โดยใช้องค์ประชุมผ่านวิดีโอ (Video teleconference) ในกระบวนการกลุ่มบำบัดและกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความเป็นไปได้และมีประสิทธิผลดี ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและผู้ดูแลว่าสะดวก ประหยัด และมีประโยชน์ ช่วยส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ดี ทำให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพและวินิจฉัยผู้ป่วยได้ดีขึ้นอีกด้วย ในด้านการเรียนรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองและการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาตนเอง ทั้งด้านด้านอารมณ์จิตใจ และด้านจิตวิญญาณที่ลึกซึ้งเพิ่มขึ้นจากการได้ฟังและแลกเปลี่ยนกับกลุ่ม ทำให้มีความเห็นอกเห็นใจและมีเมตตาเอื้ออาทรอยากช่วยเหลือผู้อื่นมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีความมั่นใจและภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ดูแลมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น รู้สึกพึงพอใจที่มีกลุ่มเพื่อน แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริงระหว่างกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สนับสนุนผลลัพธ์ของการศึกษาเชิงปริมาณ ในด้านผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแล พบว่ารูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล สอดคล้องกับงานวิจัยของ Annie Banbury และคณะ<sup>19</sup> ซึ่งพบว่าวิธีการ Telehealth Interventions Delivering Home-based Support Group Videoconferencing ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและความเข้าใจเชิงลึกด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มสุขภาพจิตดีขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น มีการพัฒนาตนเองทั้งด้านอารมณ์จิตใจและด้านจิตวิญญาณที่ลึกซึ้งเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mary Guerriero Austrom และคณะ<sup>22</sup> ที่พบว่าการทำกลุ่ม multiparty Web Based VDO conference Support Group สำหรับผู้ดูแลสามารถทำให้สามารถจัดการกับความคิดเชิงลบที่มีต่อพฤติกรรมกวนของผู้ป่วย (disruptive behavior) ได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย และลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้ อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้

ประเมินผลด้านภาวะสุขภาพทางกายของผู้ดูแล ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาของ Hassan Khader Y Almathami และคณะ<sup>20</sup> พบว่าการทำกลุ่มบำบัดแบบออนไลน์สามารถทำให้ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ดูแลดีขึ้น และจากการศึกษาของ Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health 2015<sup>21</sup> และ Mary Guerriero Austrom และคณะ<sup>22</sup> พบว่ากลุ่มบำบัดแบบออนไลน์สามารถทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้ดูแลดีขึ้นได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนฯ ยังสะท้อนว่าได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหลายด้าน ทำให้มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเรื่องต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่ การจัดทำและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงมารถเข็น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยติดเตียง การกายภาพบำบัดทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้ดีขึ้น การส่งเสริม/กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม อาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยเชื่อฟังผู้ดูแลมากขึ้นและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้ โดยเฉพาะด้านจิตใจ ความรู้สึกเครียดลดลงและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นกิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยมีได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุอาการดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ลดภาวะพึ่งพิง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น สอดคล้องไปกับผลการศึกษาเชิงปริมาณในส่วนแรก ส่วนบัญชีไลน์ทางการสำหรับการให้คำปรึกษาส่วนบุคคลยังมีการใช้งานน้อย อาจเนื่องจากระยะเวลาในการศึกษาระยะสั้นและจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย ในช่วงเวลาดังกล่าวผู้ดูแลอาจยังไม่ประสบปัญหาที่จำเป็นต้องขอคำปรึกษา รวมทั้งอาจเกิดจากความไม่คุ้นชินในการใช้งาน Line official account ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยินดีใช้การแชตส่วนบุคคลและแชตกลุ่มมากกว่า สอดคล้องกับการทบทวนการศึกษาอย่างเป็นระบบของ Banbury และคณะ<sup>19</sup> ที่พบว่าทำให้บริการสุขภาพทางไกลยังมีข้อจำกัดด้านการสื่อสารและความสามารถในการใช้เทคโนโลยีของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งด้านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ความพร้อมของเครื่องมือสื่อสาร และความรอบรู้ด้านเทคโนโลยี ทำให้ความร่วมมือในการรักษาและความต่อเนื่องของการเข้าร่วมกลุ่มลดลงในผู้รับบริการกลุ่มนี้ เนื่องจากความสามารถในการเข้าถึงและใช้งานเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแล ความต้องการเข้าร่วมกลุ่มแบบปกติมากกว่า เวลาในการใช้งานเนื่องจากภาระการดูแล ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนแบบออนไลน์ได้ และมีผู้ดูแลบางส่วนไม่สามารถเข้าใช้งานไลน์กลุ่มได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hassan Khader Y Almathami และคณะ<sup>20</sup> ผู้รับบริการบางส่วนยังคงต้องการการเข้ากลุ่มบำบัดแบบปกติ (face-to-face) หรือการเข้ากลุ่มบำบัดแบบผสมระหว่างแบบปกติและแบบออนไลน์ ดังนั้นรูปแบบของการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในงานวิจัยนี้จึงจัดแบบกลุ่มปกติร่วมกับการใช้ช่องทางกลุ่มออนไลน์ในการสื่อสาร ซึ่งพบว่ามีผลลัพธ์ที่ดีเช่นกัน และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ดูแลได้รับประโยชน์ในการขอคำปรึกษา ลดการมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น สอดคล้องกับการศึกษา Hassan Khader Y Almathami และคณะ<sup>20</sup>, Thecla Damianakis และคณะ<sup>24</sup> ที่พบว่าการทำกลุ่มแบบออนไลน์คู่ขนานกับการเข้ากลุ่มปกติ ทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงการช่วยเหลือด้านสังคม (social support) ได้สะดวกยิ่งขึ้น

**ส่วนที่ 2** เพื่อพัฒนาสมรรถนะในการจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุให้แก่ผู้ดูแลทั้งในครอบครัวและในชุมชน แบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการกู้ชีพขั้นพื้นฐานและการจัดการภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ในรูปแบบกลุ่มใหญ่รวมทุกชุมชนในตำบลบ่อทราย โดยทีมวิทยากรจากกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้เข้าอบรมทุกคนจะได้รับคู่มือการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่บ้าน ที่ผู้วิจัยรวบรวมจากเอกสารและตำรา<sup>39-41</sup> พบว่าผู้เข้าอบรมมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการอบรม ร้อยละ 72.2 ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ 90) อย่างไรก็ตามมีผู้เข้าอบรมร้อยละ 27.8 ซึ่งทำคะแนนได้เท่าเดิม แต่มี

คะแนนก่อนอบรมอยู่ในระดับสูงอยู่แล้วดังนั้นจึงไม่ได้มีคะแนนเพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะเคยผ่านการอบรมแบบนี้มาก่อนแล้ว สำหรับด้านความครอบคลุม มีเพียงร้อยละ 60 ของกลุ่มผู้ดูแลและแกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ เนื่องจากเวลาที่จัดกิจกรรมเป็นช่วงเริ่มต้นของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกเดือนเมษายน 2564 ทีมวิจัยจึงปรับแผนเพิ่มเติมในระยะที่ 2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแบบกลุ่มเล็กในชุมชนแบบวิถีใหม่(new normal) โดยใช้มาตรการป้องกันส่วนบุคคล ซึ่งได้รับความสนใจจากชุมชนเป็นอันมาก เนื่องจากเป็นกลุ่มเล็ก ใช้อุปกรณ์หุ้ม CPR และเครื่อง AED และแบ่งทีมฝึกซ้อมในสถานการณ์จำลอง ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้สึกตื่นตัวและสนุกสนานจากการได้ลงมือปฏิบัติจริง ภายใต้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล โดยก่อนการจัดกิจกรรมผู้จัดจะส่งคลิปวิดีโอที่เกี่ยวข้องทางไลน์กลุ่มเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมศึกษาก่อนล่วงหน้าและทบทวนหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม พบว่าผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการจัดการภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นมากขึ้นบรรลุตามเป้าหมาย ร้อยละ 75 ของกลุ่มผู้ดูแลและแกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้รับความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลและจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุได้

**ส่วนที่ 3** เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า คู่มือฯ สามารถนำไปใช้ได้ง่าย มีความชัดเจนของเนื้อหา และมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ อยู่ในระดับมากอย่างละเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 80.0 คู่มือฯ มีความเหมาะสมและสามารถจัดหาเพื่อนนำมาใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมากอย่างละเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 73.3 นอกจากนี้ยังแสดงข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้ คู่มือฯ สามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยที่ดูแลได้ มีประโยชน์มากสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และยังสามารถเอาไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ด้วย

จุดแข็งของงานวิจัย คือ งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่มีทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเพื่อตอบคำถามงานวิจัยอันได้แก่ การสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation) สามารถช่วยลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลและช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้นได้หรือไม่ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่ได้จากการวิจัยนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องไปกับการวิจัยก่อนหน้าและตอบคำถามงานวิจัยได้เป็นอย่างดี รวมไปถึงการศึกษาเชิงคุณภาพในส่วนที่สองสามารถอธิบายผลการศึกษบางส่วนที่การศึกษาเชิงปริมาณไม่สามารถบอกถึงได้อย่างครอบคลุม อาทิ การประเมินศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองรวมทั้งช่วยเหลือพึ่งพากันและกันของชุมชน (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครแกนนำ) ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนผู้ดูแลในชุมชนรวมทั้งระบบการให้คำปรึกษาแบบออนไลน์ และการได้รับประโยชน์จากรูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ ที่สร้างขึ้นเพื่อช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จุดอ่อนของงานวิจัย คือ การวัดภาระในการดูแล ถึงแม้ว่าคุณภาพของแบบประเมิน Zarit Burden Interview (Zarit-12) ฉบับย่อภาษาไทย<sup>29</sup> มีความตรงเชิงโครงสร้างและมีความสอดคล้องภายในทั้งฉบับและมิติอยู่ในระดับดีมาก มีความเที่ยงตรงภายในสูง และให้ผลการวัดคงที่ จึงเป็นแบบวัดที่มีคุณภาพสามารถวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ชัดเจนแน่นอน สอดคล้องกับบริบทของไทย แต่เมื่อเปรียบเทียบกับ แบบประเมิน Zarit-22 ฉบับสมบูรณ์ภาษาไทย<sup>41</sup> จากผลงานวิจัยของกนกพร

ภิญโญพรพาณิชย์ พบว่า แบบประเมินที่ ZBI-22 และ ZBI-12 มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) อยู่ในระดับดีมากทั้งสองรูปแบบ (Cronbach' s alpha = 0.86-0.92) แต่ความเที่ยงตรงทั้งเชิงเหมือน (Convergent validity) และเชิงจำแนก (Discriminant) ของแบบประเมินไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดย พบว่าด้านที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล/ความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและการเคลื่อนไหวของผู้ดูแล แต่ด้านการดูแลตนเองและการทำกิจกรรมตามปกติของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) โดยสรุป ZBI-22 ฉบับภาษาไทย มีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมกว่าสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### ระดับปฏิบัติการ

1. ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนควรดำเนินโครงการหรือกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีวิธีการจัดการเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม การจัดรูปแบบกิจกรรมควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้โดยไม่กระทบต่อภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. สนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้ดูแลผู้ป่วย “1 กลุ่มหนึ่งผู้ดูแล ต่อ 1 ชุมชน”
3. ส่งเสริม Digital health literacy และการใช้งานระบบ telehealth ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ อย่างต่อเนื่อง

### ระดับบริหาร

1. ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพควรกำหนดนโยบายในการนำรูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลดภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล โดยควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดภาระพึ่งพิงของผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ในระยะยาว
2. ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพควรมอบหมายให้ผู้ที่รับผิดชอบด้านระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ บูรณาการนวัตกรรม tele-consultation ที่พัฒนาขึ้นกับระบบ telehealth ที่มีอยู่เดิมได้แก่ ระบบ smart care & smart me และ COC stroke ซึ่งอยู่ในระยะกำลังพัฒนาต่อยอด และนำไปขยายผลใช้ให้ครอบคลุมพื้นที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา
3. ติดตามการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และพัฒนาปรับปรุงระบบ telehealth อย่างต่อเนื่อง

### ระดับนโยบาย

1. พิจารณาเพิ่มบริการด้านสุขภาพผู้ดูแล ในชุดบริการตามสิทธิประโยชน์ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในนโยบายระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลดภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล และส่งผลให้เพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ในระยะยาว
2. ขับเคลื่อนนโยบายการสร้าง Digital health literacy ให้แก่ประชาชนครอบคลุมทุกพื้นที่

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษารูปแบบบริการฯ ที่พัฒนาขึ้น เป็นข้อมูลที่บุคลากรสุขภาพสามารถแนะนำหรือวางแผนช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรักษาสมดุระหว่างการดูแลตนเองกับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สามารถนำไปปรับให้เหมาะกับบริบทพื้นที่อื่น ๆ และควรติดตามประเมินผลในระยะยาวต่อไป

## ข้อจำกัดในการวิจัย

1. มีข้อจำกัดในเรื่องความสามารถและระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ดูแลเนื่องจากภาระการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านมีความแตกต่างกัน
2. ความสามารถและปัญหาอุปสรรคในการใช้เทคโนโลยี telehealth ของผู้ดูแลไม่เท่ากันทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนแบบออนไลน์ได้ ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ คำแนะนำ และการให้คำปรึกษามีความแตกต่างกัน ผู้ที่ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีจะได้รับโอกาสน้อยกว่า
3. เนื่องจากในระหว่างการดำเนินงานวิจัยเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ยังส่งผลต่อการดำเนินงานวิจัยเป็นไปอย่างล่าช้าและไม่สามารถประเมินผลการนำไปใช้ในระยะยาวได้

## เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย; 2562[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2563]: เข้าถึงได้จาก [https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610945020-322\\_0.pdf](https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610945020-322_0.pdf)
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. Health Data Center(HDC); 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2563]: เข้าถึงได้จาก <https://shorturl.asia/LYOCp>
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564. 2561[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 กันยายน 2563]: เข้าถึงได้จาก [https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/256112221455115037\\_GWJdMn5ejp3gVAdc.pdf](https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/256112221455115037_GWJdMn5ejp3gVAdc.pdf)
4. เอกสารการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2563]: เข้าถึงได้จาก <https://www.skho.moph.go.th/strategy/inspec/2562/2/index.html#p=57>
5. สรุบบระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการสนับสนุนงบประมาณปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ พฤษภาคม 2563] เข้าถึงได้จาก: [https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund\\_ltc03.pdf](https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_ltc03.pdf)
6. สายพิน เกษมกิจวัฒนา, พย.ต\* ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, พย.ม\*. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. วารสารสภาการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2557[เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2563]; 29(4) 22-31 เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/27635>
7. กัญญาณัฐ สุภาพร. ภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน. วารสารเกื้อการุณย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563[เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2563]; 27(1) 150-161เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/download/202867/165475/>
8. ณัชศพา หลงผาสุก, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. วารสารสภาการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2563]; 33(2) 97-109 เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/117425>
9. วิยะดา รัตนสุวรรณ ปะราลี โอภาสนันท์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2561[เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2563]; 11(4) 156- 174 เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/165893>
10. Takpho A, Somprasert C, Imkome E. The effects of a self-help group program on the mental health self-care of schizophrenic patients' primary caregivers. J Nurs Heal Care [Internet].2017;35(3):109-19. (in Thai)
11. Cheryl H. Gibson. A concept analysis of empowerment. JAN [Internet].1991 March; 16(3):354-361 Access from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
12. Zabalegui, A., Galisteo, M., Navarro, M. INFOSA Intervention for Caregivers of the Elderly, an Experimental. Geriatric Nursing, 2016; 37: 426-433.

13. Rodriguez-Sanchez E, Patino-Alonso MC, Mora Simon S, Gomez-Marcos MA, Perez-Penaranda A, Losada-Baltar A, et al. Effects of psychological intervention in a primary health care center for caregivers of dependent relatives: a randomized trial. *Gerontologist* [Internet]. 2013 Jun; 53(3):397-406. doi: 10.1093/geront/gns086. PubMed PMID: 22899425 DOI: 10.1093/geront/gns086.
14. Hedlund M, Landstad BJ, Tritter JQ. The disciplining of self-help: Doing self-help the Norwegian way. *Soc Sci Med*. 2019;225:34-41. doi:10.1016/j.socscimed.2019.02.001. PubMed PMID: 30784849.
15. Bernabeu-Alvarez C, Faus-Sanoguera M, Lima-Serrano M, Lima-Rodriguez J-S. Systematic review: Influence of Self-Help Groups on family caregivers. *Enfermeria Global J*. [Internet]. 2020 April; N58: 576-590. <https://doi.org/10.6018/eglobal.392181>
16. World Health Organization. Novel Coronavirus( 2019-nCov) WHO Thailand Situation Report-1.WHO; 2020. [accessed on February 6, 2020]. Available from: <https://shorturl.asia/4wTLi>
17. Jedrek Wosik, Marat Fudim, Blake Cameron, Ziad F. Gellad, Alex Chos, Donna Phinney, et.al Telehealth Transformation: COVID-19 and the rise of Virtual Care. *J Am Med Inform Assoc*. 2020. 2020 Jun 1;27(6):957-962. doi: 10.1093/jamia/ocaa067. PubMed PMID: 32311034 PMCID: PMC7188147.
18. ชิตากานต์ รุจิพัฒน์กุล. รับมือโควิด-19 ด้วย Telehealth: ความเป็นไปได้และข้อจำกัด. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2563]: เข้าถึงได้จาก <https://thestandard.co/telehealth/>
19. 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. Published 2018 Feb 2. doi:10.2196/jmir.8090. PubMed PMID: 29396387 PMCID: PMC5816261.
20. Hassan Khader Y Almathami, Khin Than Win, and Elema Vlahu-Gjorgievska. Barrier an Facilitators That Influence Telemedicine-Based, Real-Time, Online Consultation at Patients' Homes: Systematic Literature Review. *J Med Internet Res*. 2020 Feb; 22(2): e16407.. doi: 10.2196/16407: 10.2196/16407. PubMed PMID: 32130131. PMCID: PMC7059083.
21. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Telemedicine Consultations for Patients in Long Term Care: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines. CADTH Rapid Response Reports. [Internet]. 2015. [accessed on August 6, 2020]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26561685/>
22. 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*. 2015;14(5):682-90. doi: 10.1177/1471301214544338. PMID: 2015-45450-009.



23. Erica Appleman. Using Video Telehealth to Deliver Patient-Centered Collaborative Care: The G-IMPACT Pilot. *Clinical Gerontologist*. March 2020. DOI: 10.1080/07317115.2020.1738000. PubMed PMID: 32228299.
24. Damianakis T, Tough A, Marziali E, Dawson DR. Therapy Online: A Web-Based Video Support Group for Family Caregivers of Survivors With Traumatic Brain Injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2016;31(4):E12-E20. PMID:26291634.
25. พิชญุต วิริยะพงศ์, สหรัถ พงษ์สุระ, อัจฉนา เฟื่องจันทร์, อีรพล ทิพย์พะยอม. การใช้โทรเวชกรรมเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *J Med Health Sci [อินเทอร์เน็ต]*. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2564]; 28(2) 165-177 เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/download/251572/170017/>
26. สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์. กระทรวงสาธารณสุข ผลักดันนโยบาย คนไทยทุกคนครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 สิงหาคม 2563] เข้าถึงได้จาก: <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG200819101128307>
27. National MS Society. Best Practices for Managing and Leading Self-Help Groups: A Manual for National MS Society Self-Help Group Leaders; 2019. Access from [https://www.nationalmssociety.org/NationalMSSociety/media/MSNationalFiles/Documents/Community\\_Connections\\_SHG\\_Leader\\_Manual\\_2014\\_14pt\\_Font\\_FINAL8.pdf](https://www.nationalmssociety.org/NationalMSSociety/media/MSNationalFiles/Documents/Community_Connections_SHG_Leader_Manual_2014_14pt_Font_FINAL8.pdf)
28. กรมสุขภาพจิต. โรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self help group). คู่มือภาคประชาชนสำหรับคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม. 2557.
29. Garry R. Walz and Jeanne C. Bleuer. *Developing Support Groups for Students: Helping Students Cope with Crises*. Michigan: ERIC; 1992. [accessed on August 6, 2020]. Available from: <https://shorturl.asia/uhoXJ>
30. พิชญญา เหลียงพานิช, ชมชื่น สมประเสริฐ, เอกอุมา อิ่มคำ. ผลของโปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนต่อความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลทหารบก*. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2563]; ๑๙(พิเศษ) 214-223 เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/134441>
31. อรวรรณ ศิลปกิจ, รสสุคนธ์ ชมชื่น, ชัชวาล ศิลปะกิจ. คุณสมบัตินทางจิตวิทยาของแบบประเมินการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2563]; 23(1) 12-24 เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/download/40639/46286>
32. Aline CMG, Allan GB, Ana CO, Bruna ML, Erica NS, Estefani SR, et al. Brief version of Zarit Burden Interview (ZBI) for burden assessment in older caregivers. *Dement Neuropsychol*. 2019 March; 13(1): 122-129. [accessed on August 6, 2020]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-010015>.
33. ธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. “ความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. “*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2539 ; 41(1) : 2 – 17Goldberg (1972)

34. Ulrik F Malt, TE Mogstad, IB Refnin. Goldberg's General Health Questionnaire. Tidsskrift for den Norske lægeforening : 1989 March; 109(13): 1391-4. [accessed on August 6, 2020]. Available from:  
[https://www.researchgate.net/publication/20405859\\_Goldberg's\\_General\\_Health\\_Questionnaire](https://www.researchgate.net/publication/20405859_Goldberg's_General_Health_Questionnaire)
35. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 19 สิงหาคม 2563] เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/XcMlu>
36. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: Mahidol University; 2014.
37. กรมการแพทย์. สถาบันธัญญารักษ์. คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model). 2547.
38. กรมการแพทย์. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือดูแลสุขภาพอย่างไร ห่างไกลสมองเสื่อม สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว. 2563.
39. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต. คู่มือการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและเครื่องช็อกไฟฟ้าอัตโนมัติ(เออีดี:AED) สำหรับประชาชน. 2561.
40. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คู่มือการช่วยเหลือผู้สูงอายุภาวะฉุกเฉิน. ใน: โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. 2561.
41. อภิขญา มั่นสมบูรณ์. การประเมินภาวะฉุกเฉินและการช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุเบื้องต้นที่บ้าน. ใน: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ; 2560. หน้า 58 - 9.

ภาคผนวก

## ภาคผนวก 1

### แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม

#### แนวคำถามในการสนทนากลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- 1) ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) มีแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลหรือไม่ อย่างไรบ้าง
- 2) ความรู้และทักษะที่ผู้ดูแลต้องการได้รับการสนับสนุนจากทีมบุคลากรทางการแพทย์
- 3) ความต้องการของผู้ดูแลในการสนับสนุนด้านอื่น ๆ

#### แนวคำถามในการสนทนากลุ่มอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- 1) โปรดเล่าความรู้สึกของการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้
  - ท่านได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการนี้ (การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ และการช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน) มากน้อยเพียงใด ช่วยเล่าหรือยกตัวอย่าง
  - ท่านสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ได้หรือไม่ อย่างไร (หากกลุ่มเจียบ อาจยกตัวอย่าง เช่น ป้องกันความเสี่ยง จัดการภาวะฉุกเฉิน และการฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น) และพัฒนาการดูแลตนเองได้หรือไม่ อย่างไร ช่วยเล่าหรือยกตัวอย่าง
  - หลังจากเข้าร่วมโครงการทำให้ท่านมีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น มีภาระในการดูแลลดลงหรือไม่ อย่างไร ช่วยเล่าหรือยกตัวอย่าง
  - หลังจากเข้าร่วมโครงการทำให้ผู้ป่วยที่ท่านดูแลมีภาวะพึ่งพิงลดลงและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร ช่วยเล่าหรือยกตัวอย่าง
- 2) ท่านคิดว่า ท่านมีความสามารถหรือศักยภาพในการพัฒนาโครงการอย่างไร
- 3) ท่านมีข้อคิดเห็นอย่างไรบ้างกับโครงการนี้ที่จัดให้แก่ท่านในครั้งนี้
  - ระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ ทางไลน์กลุ่ม และบัญชีไลน์ทางการผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา ทำให้ท่านสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ดีขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ อย่างไร
  - หัวข้อเรื่องที่จัดสอนมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร เรื่องใดที่เป็นประโยชน์ เรื่องใดที่ไม่จำเป็นสามารถตัดออกได้ เรื่องใดที่ต้องการให้เพิ่มเติม
- 4) อุปสรรคในการทำโครงการนี้มีอะไรบ้าง ช่วยเล่าหรือยกตัวอย่าง
- 5) ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรบ้าง สำหรับโครงการนี้
- 6) โดยภาพรวมท่านคิดว่า จุดเด่น และจุดที่ต้องพัฒนาในโครงการนี้ มีอะไรบ้าง



## ภาคผนวก 2 แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์

### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ (New normal) ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation) และศึกษาผลลัพธ์ของการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมา โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลและอาสาสมัครชุมชนที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 60 ราย ที่อาศัยอยู่ใน ต.บ่อยาย อ.เมือง จ.สงขลา เขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา 4 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขสุทนต์เตาหลวง ศูนย์สุขภาพชุมชนพาณิชย์ ศูนย์สุขภาพชุมชนกุโบร์ และศูนย์สุขภาพชุมชนชลาทัศน์

ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้ข้อมูลตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด คำตอบที่ได้จะเก็บเป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ ข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ต่อไป

แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1-3 สำหรับผู้ดูแล

|  |       |    |     |
|--|-------|----|-----|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป                                     | จำนวน | 12 | ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาระโรค Zarit-12 ฉบับภาษาไทย           | จำนวน | 12 | ข้อ |
| ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-12 ฉบับภาษาไทย | จำนวน | 12 | ข้อ |

#### ส่วนที่ 4-5 สำหรับผู้ป่วย

|  |       |    |     |
|--|-------|----|-----|
| ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและสภาวะด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ฉบับแปลภาษาไทย   | จำนวน | 6  | ข้อ |
| ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living Index: Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย | จำนวน | 10 | ข้อ |

ขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม  
พญ.พัชรี พุทธิชาติ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสงขลา

**สำหรับผู้ดูแล**

เลขที่แบบสัมภาษณ์(No. \_\_ \_\_ \_\_)..... วันที่ทำการเก็บข้อมูล...../...../.....

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย  ลงใน ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

No. \_\_ \_\_ \_\_

เกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. อายุ Age \_  
 1) น้อยกว่า 30 ปี       2) 31 – 40 ปี       3) 41 – 50 ปี  
 4) 51 – 60 ปี       5) 61 – 70 ปี       6) มากกว่า 71 ปีขึ้นไป
2. เพศ Sex \_  
 1) ชาย       2) หญิง
3. อาชีพก่อนมาเป็นผู้ดูแล Occu \_  
 1) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ       2) พนักงานบริษัท       3) รับจ้างทั่วไป  
 4) ประมง/เกษตรกรรม       5) ไม่ได้ประกอบอาชีพ       6) อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานภาพ Edu \_  
 1) โสด       2) สมรส       3) หม้าย/หย่า/แยก
5. ระดับการศึกษาที่จบสูงสุด Edu \_  
 1) ไม่ได้เรียน       2) ประถมศึกษา       3) มัธยมศึกษา  
 4) ปริญญาตรี       5) สูงกว่าปริญญาตรี       6) อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน Inc \_  
 1) น้อยกว่า 5,000       2) 5,001-10,000       3) 10,001 – 15,000  
 4) 15,001 – 20,000       5) 20,001 – 25,000       6) มากกว่า 25,001
7. โรคประจำตัว U/D \_  
 1) ไม่มี       2) มี ระบุ .....
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ .....ปี .....เดือน Durat \_
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในความดูแล Relat \_  
 1) บุตร       2) สามี/ภรรยา       3) พี่/น้อง       4) ญาติ       5) ผู้ดูแล
10. โรคประจำตัวของผู้สูงอายุในความดูแล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) Diseas \_  
 1) ความดันโลหิตสูง       2) เบาหวาน       3) หลอดเลือดสมอง  
 4) โรคปอดเรื้อรัง       5) โรคมะเร็ง       6) อื่น ๆ ระบุ
11. สามารถใช้แอปพลิเคชันเพื่อใช้ในการปรึกษาออนไลน์ เช่น Line App \_  
 1) ใช้ได้       1.1) ใช้เครื่องของตัวเอง       1.2) ใช้เครื่องของญาติ  
 1.3) ใช้เครื่องของ อสม.       1.4) อื่น ๆ ระบุ  
 2) ใช้ไม่ได้ เพราะ
12. หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ระบุ.....

สำหรับผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะโรค Zarit-12 ฉบับภาษาไทย (อรวรรณ, รสสุคนธ์, ชัชวาลย์ 2558)  
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในแต่ละข้อ ให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

|  | ไม่เคย<br>เลย<br>(0) | นาน ๆ<br>ครั้ง<br>(1) | บางครั้ง<br>(2) | ค่อนข้าง<br>บ่อย<br>(3) | แทบ<br>ทุกครั้ง<br>(4) |          |
|--|----------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------|------------------------|----------|
| คุณรู้สึกอย่างไร   |                      |                       |                 |                         |                        |          |
| 1. ไม่มีเวลาสำหรับตัวคุณเองเลย เพราะต้องใช้เวลาดูแลของคุณหรือไม่   |                      |                       |                 |                         |                        | Zarit1_  |
| 2. เครียดเพราะต้องดูแลญาติของคุณในขณะที่ยังต้องรับผิดชอบครอบครัวและงานด้วยหรือไม่                        |                      |                       |                 |                         |                        | Zarit2_  |
| 3. โกรธเมื่ออยู่กับญาติของคุณหรือไม่   |                      |                       |                 |                         |                        | Zarit3_  |
| 4. ญาติของคุณทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคุณกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวและเพื่อนๆ ขณะนี้เป็นไปในทางลบหรือไม่ |                      |                       |                 |                         |                        | Zarit4_  |
| 5. เหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับญาติของคุณหรือไม่   |                      |                       |                 |                         |                        | Zarit5_  |
| 6. เป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลญาติของคุณหรือไม่   |                      |                       |                 |                         |                        | Zarit6_  |
| 7. คุณไม่มีความเป็นส่วนตัวอย่างที่คุณอยากได้เพราะญาติของคุณหรือไม่                                       |                      |                       |                 |                         |                        | Zarit7_  |
| 8. การดูแลญาติทำให้ชีวิตทางสังคมมีปัญหา  |                      |                       |                 |                         |                        | Zarit8_  |
| 9. คุณสูญเสียการควบคุมชีวิตของคุณเองตั้งแต่ญาติของคุณป่วยหรือไม่   |                      |                       |                 |                         |                        | Zarit9_  |
| 10. ไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยหรือไม่  |                      |                       |                 |                         |                        | Zarit10_ |
| 11. คุณควรจะทำอะไรมากยิ่งขึ้นเพื่อญาติของคุณหรือไม่  |                      |                       |                 |                         |                        | Zarit11_ |
| 12. คุณควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่   |                      |                       |                 |                         |                        | Zarit12_ |

## สำหรับผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-12 (ธนา, 2539)

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสถานะสุขภาพของท่านในระยะ 2 ถึง 3 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างดี กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยเขียนเครื่องหมายวงกลมรอบคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบันหรือในช่วงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ

### ในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาท่าน

1. สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้ GHQ1\_  
ก. ดีกว่าปกติ      ข. เหมือนปกติ      ค. น้อยกว่าปกติ      ง. น้อยกว่าปกติมาก
2. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ GHQ2\_  
ก. ไม่เลย      ข. ไม่มากกว่าปกติ      ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ      ง. มากกว่าปกติมาก
3. รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ GHQ3\_  
ก. มากกว่าปกติ      ข. เหมือนปกติ      ค. น้อยกว่าปกติ      ง. น้อยกว่าปกติมาก
4. รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ GHQ4\_  
ก. มากกว่าปกติ      ข. เหมือนปกติ      ค. น้อยกว่าปกติ      ง. น้อยกว่าปกติมาก
5. รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา GHQ5\_  
ก. ไม่เคย      ข. ไม่มากกว่าปกติ      ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ      ง. มากกว่าปกติมาก
6. รู้สึกว่าไม่สามารถที่จะเอาชนะความยากลำบากต่างๆ ได้ GHQ6\_  
ก. ไม่เลย      ข. ไม่มากกว่าปกติ      ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ      ง. มากกว่าปกติมาก
7. สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้ GHQ7\_  
ก. มากกว่าปกติ      ข. เหมือนปกติ      ค. น้อยกว่าปกติ      ง. น้อยกว่าปกติมาก
8. สามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ของตัวเองได้ GHQ8\_  
ก. ดีกว่าปกติ      ข. เหมือนปกติ      ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ      ง. มากกว่าปกติมาก
9. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง GHQ9\_  
ก. ไม่เลย      ข. ไม่มากกว่าปกติ      ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ      ง. มากกว่าปกติมาก
10. รู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป GHQ10\_  
ก. ไม่เลย      ข. ไม่มากกว่าปกติ      ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ      ง. มากกว่าปกติมาก
11. คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า GHQ11\_  
ก. ไม่เลย      ข. ไม่มากกว่าปกติ      ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ      ง. มากกว่าปกติมาก
12. รู้สึกมีความสุขดี ตามสมควร เมื่อดูโดยรวมๆ GHQ12\_  
ก. มากกว่าปกติ      ข. เท่าๆ ปกติ      ค. น้อยกว่าปกติ      ง. น้อยกว่าปกติ



สำหรับผู้ป่วย

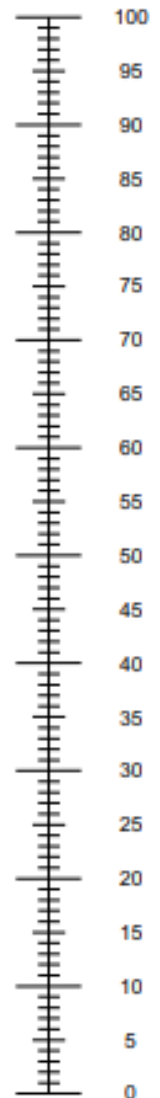
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย (จันทนา, 2561)  
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  เพียงช่องเดียวที่ตรงกับสุขภาพของท่านในวันนี้มากที่สุด

1. การเคลื่อนไหว QOL1\_  
ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน   
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินเล็กน้อย   
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินปานกลาง   
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินอย่างมาก   
ข้าพเจ้าเดินไม่ได้
2. การดูแลตนเอง QOL2\_  
ข้าพเจ้าไม่มีในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง   
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองเล็กน้อย   
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองปานกลาง   
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองอย่างมาก   
ข้าพเจ้าการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้
3. กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น ทำงาน/เรียน ทำงานบ้าน กิจกรรมในครอบครัว กิจกรรมยามว่าง) QOL3\_  
ข้าพเจ้าไม่มีในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ   
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเล็กน้อย   
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำปานกลาง   
ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอย่างมาก   
ข้าพเจ้าทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำไม่ได้
4. อาการเจ็บปวด / อาการไม่สบายตัว QOL4\_  
ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว   
ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย   
ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวปานกลาง   
ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมาก   
ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมากที่สุด
5. ความวิตกกังวล / ความซึมเศร้า QOL5\_  
ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า   
ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย   
ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง   
ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก   
ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด   
QOL6\_

สุขภาพที่ดีที่สุดตามความคิดของท่าน

- เราอยากทราบว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้
- สเกลวัดสุขภาพนี้มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100
- 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด ตามความคิดของท่าน
- 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด ตามความคิดของท่าน
- 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน
- ทำเครื่องหมาย x บนสเกลเพื่อระบุว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้
- ตอนนี้ กรุณาใส่ตัวเลขที่คุณได้ทำเครื่องหมายไว้บนสเกลในช่องสี่เหลี่ยมด้านล่างนี้

สุขภาพของท่านวันนี้ =



สุขภาพแย่ที่สุดตามความคิดของท่าน

สำหรับผู้ป่วย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living Index: Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยม เพียงช่องเดียวที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) ADL1\_  
 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้  
 1 ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า  
 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 -28 ชั่วโมงที่ผ่านมา) ADL2\_  
 0 ต้องการความช่วยเหลือ  
 1 ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) ADL3\_  
 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น  
 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้  
 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย  
 3 ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) ADL4\_  
 0 ช่วยตัวเองไม่ได้  
 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง  
 2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) ADL5\_  
 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้  
 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้  
 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย  
 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) ADL6\_  
 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย  
 1 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย  
 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ADL7\_  
 0 ไม่สามารถทำได้  
 1 ต้องการคนช่วย  
 2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
8. Bathing (การอาบน้ำ) ADL8\_  
 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้  
 1 อาบน้ำเองได้
9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ADL9\_  
 0 กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ  
 1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)  
 2 กลั่นได้เป็นปกติ
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ADL10\_  
 0 กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้  
 1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)  
 2 กลั่นได้เป็นปกติ

### ภาคผนวก 3

## แบบประเมินความรู้ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุข

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ถูกต้องที่สุด เพียงข้อเดียว (เฉลย)

- เราจะหยุด CPR เมื่อใด
  - ก. เมื่อเราเหนื่อยเกินกว่าจะไปต่อ
  - ข. หากมีสัญญาณชีพ
  - ค. กู้ชีพมาถึงแล้ว ✓ ถูกทุกข้อ
- ท่านกำลังปั๊ม CPR อยู่แล้วเครื่อง AED มาถึงควรจะใช้เมื่อไหร่
  - ก. หลังจากการปั๊ม CPR 1 รอบ
  - ข. หลังจากการปั๊ม CPR 2 รอบ
  - ค. เฉพาะเมื่อคุณได้รับการฝึกฝนใน AED ✓ ทันทีที่ AED มาถึง
- อัตราการกดหน้าอกของผู้ใหญ่ในการ CPR กดเร็วเท่าไรจึงจะเหมาะสมที่สุด
  - ก. 90-110 ครั้ง/นาที
  - ข. 65-90 ครั้ง/นาที
  - ค. 85-100 ครั้ง/นาที ✓ 100-120 ครั้ง/นาที
- CPR หมายถึงอะไร
  - ก. การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ✓ การช่วยฟื้นคืนชีพ
  - ค. งานวิจัยเกี่ยวกับปอด
  - ง. สิทธิคุ้มครองเด็ก
- อัตราการกดหน้าอกของผู้ใหญ่ในการ CPR กดลึกเท่าไรจึงจะเหมาะสมที่สุด
  - ✓ 5-6 ซม.
  - ข. 6-7 ซม.
  - ค. 4-5 ซม.
  - ง. 7-8 ซม.
- ท่านเดินไปในยิมมีคนกำลังนอนอยู่กับพื้น ขั้นตอนแรกในการปฏิบัติคือสิ่งใด
  - ก. ตรวจสอบผู้ป่วยมีสติหรือไม่
  - ข. เริ่มการทำ CPR ทันที
  - ✓ ตรวจสอบพื้นที่เพื่อความปลอดภัย
  - ง. โทร 1669
- คุณควรทำอย่างไรถ้าคุณจำเป็นต้องใช้เครื่อง AED กับคนที่จมน้ำ
  - ก. ห้ามดึงผู้ป่วยออกจากน้ำ และใช้เครื่อง AED ได้ทันที
  - ✓ ดึงผู้ป่วยออกจากน้ำและเช็ดหน้าอกให้แห้ง และใช้เครื่อง AED ทันที
  - ค. ดึงผู้ป่วยออกจากน้ำ ห้ามใช้เครื่อง AED
  - ง. ดึงผู้ป่วยออกจากน้ำ และใช้เครื่อง AED ได้ทันที
- การหยุดชะงักของการกดหน้าอกจะต้องไม่เกิน กี่วินาที
  - ก. 25 วินาที
  - ข. 10 วินาที ✓
  - ค. 15 วินาที
  - ง. 30 วินาที
- ถ้าพบผู้ป่วยหมดสติแต่มีชีพจรและหายใจอยู่ ควรทำอย่างไร
  - ✓ จัดผู้ป่วยในท่าพักฟื้น (Recovery Position)
  - ข. ทำการปั๊ม CPR
  - ค. เป่าปากผู้ป่วย
  - ง. ถูกทุกข้อ
- ท่านตรวจสอบผู้ป่วยที่หมดสติ ภายในกี่วินาที
  - ✓ 10 วินาที
  - ข. 15 วินาที
  - ค. 20 วินาที
  - ง. 30 วินาที

## ภาคผนวก 4

### แผนกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group)

แผนกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นกระบวนการสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ต่อเนื่องทุก 1-2 สัปดาห์ ระยะเวลาครั้งละ 60-150 นาที โดยสามารถจัดได้ทั้งในรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมแบบปกติ (face to face) และแบบออนไลน์

#### หมายเหตุ :

1. เนื่องจากการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จะต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้แก่ การสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (personal protection equipment) การล้างมือ เว้นระยะห่างส่วนบุคคล (physical distancing) เป็นต้น

2. ในกรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถมาเข้าร่วมกลุ่มได้ (on site) สามารถเข้าร่วมทางออนไลน์ (on line) ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line) กลุ่ม โดยใช้อุปกรณ์สื่อสาร เช่น smart phone/tablet/computer ของตนเอง ถ้าไม่มีอาจใช้ของสมาชิกในครอบครัว หรือของอาสาสมัครผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (CG) ส่วนที่บุคคลากรใช้อุปกรณ์สื่อสารของตนเองและเครือข่ายอินเทอร์เน็ตจากสถานพยาบาล

# แผนกิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงกระบวนการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้แอปพลิเคชันสำหรับให้คำปรึกษาออนไลน์ เสริมสร้างและเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-esteem) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ให้แก่ผู้ดูแล

**วัตถุประสงค์:** เป็นการเตรียมพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างสมาชิก เพื่อให้เกิดความคุ้นชิน สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกร่วมกันปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการและการทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนควรย้าให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดหมายของกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการเข้ากลุ่ม กฎกติกาและแนวทางในการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกในกลุ่ม

**ระยะเวลา:** 2 ชั่วโมง

**สถานที่ดำเนินการ:** สถานที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่ง

**สื่อและอุปกรณ์:**

- อุปกรณ์สื่อสาร เช่น smart phone/tablet/computer เครือข่ายอินเทอร์เน็ต
- คอมพิวเตอร์ และเครื่องฉายภาพ (projector)
- คลิปวิดีโอ วิธีการโทรวิดีโอไลน์ ( Line ) กลุ่ม <https://youtu.be/35kyULskttc>
- คลิปวิดีโอ วิธีการใช้ Line official account <https://youtu.be/yujYB3zdN6M>
- คลิปวิดีโอ ตัวอย่างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแล <https://youtu.be/DxiSPRjXUVU>
- คลิปวิดีโอ ชิงก กายบริหาร ผสานจิต <https://youtu.be/c2LINlndW3c>
- แผนการสอนเรื่องการสำรวจตนเอง

**วิธีการดำเนินการ:**

1. ผู้ดำเนินโครงการเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุครั้งแรกด้วยการกล่าวทักทายด้วยความเป็นกันเอง แนะนำตัวเอง แสดงท่าทีที่เป็นมิตร พูดด้วยวาจาสุภาพ น้ำเสียงนุ่มนวล มีการสบตาขณะที่สนทนา และใช้สัมผัสที่อ่อนโยน สอบถามถึงปัญหาหรือความต้องการของผู้ดูแล แสดงท่าทีสนใจในปัญหาที่ผู้ดูแลเล่าให้ฟัง แสดงออกถึงความรู้สึกเข้าใจและเห็นใจที่ผู้ดูแลต้องประสบกับเหตุการณ์เช่นนั้น
2. ผู้ดำเนินโครงการชี้แจงกระบวนการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กฎ กติกา มารยาทการสนทนากลุ่ม
3. ผู้ดำเนินโครงการร่วมอภิปรายกับผู้ดูแล ถึงเป้าหมายของการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยการตั้งคำถามแบบปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลวางแผนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินได้อย่างตรงประเด็น และได้คิดแก้ปัญหาจากสถานการณ์จริงที่ผู้ดูแลเคยประสบ รวมทั้งเหตุการณ์สมมติที่ผู้ดำเนินกิจกรรมตั้งขึ้น
4. ผู้ดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้แอปพลิเคชัน Line สำหรับประชุม และการให้คำปรึกษาออนไลน์
5. ผู้ดำเนินโครงการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามปัญหา และข้อสงสัยต่าง ๆ

## # แผนกิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างภาวะผู้นำกลุ่ม สร้างข้อตกลงร่วมของกลุ่ม และวิเคราะห์สถานการณ์ และหาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ครั้งที่ 1

### วัตถุประสงค์:

ในการดำเนินกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน บทบาทหน้าที่ของการเป็นผู้นำ ช่วยเหลือหรือกระตุ้นกลุ่ม ในการอภิปรายและการบริหารจัดการกระบวนการกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่ความรับผิดชอบของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นหน้าที่ของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม ซึ่งควรมีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดทิศทางของกลุ่ม สมาชิกจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มอย่างแท้จริง เมื่อพวกเขาได้ร่วมวางแผน เสนอประเด็นอภิปราย ที่จะช่วยให้พวกเขาสามารถปรับตัวให้เข้ากับภาระหน้าที่หรือปัญหาที่ต้องเผชิญอยู่ได้ ควรหาบุคคลที่สามารถช่วยแนะนำให้สมาชิกสามารถจัดการกับปัญหาได้ สมาชิกทุกคนต้องตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง ต้องสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างสมาชิก อาจเป็นทางวาจาหรือลายลักษณ์อักษร เพื่อให้สมาชิกเข้าใจชัดเจน และปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

ระยะเวลา: 60-90 นาที

สถานที่ดำเนินการ: สถานที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่ง

### สื่อและอุปกรณ์:

1. อุปกรณ์สื่อสาร เช่น smart phone/tablet/computer เครือข่ายอินเทอร์เน็ต
2. คลิปวิดีโอ เรื่อง ภาวะผู้นำ <https://youtu.be/O37TUdnGxi4>
3. ใบความรู้ที่ 3 เรื่อง กระบวนการแก้ไข้ปัญหา

### วิธีการดำเนินการ:

1. คัดเลือกผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มคัดเลือกผู้นำและเลขากลุ่มขึ้นมา รับผิดชอบหน้าที่ดำเนินการกลุ่ม
2. สร้างข้อตกลงร่วมของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันเสนอข้อตกลงร่วมกันระหว่างสมาชิก ในการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน อาจเป็นทางวาจาหรือลายลักษณ์อักษร เพื่อให้สมาชิกเข้าใจชัดเจน และปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน
3. ผู้ดำเนินโครงการช่วยเสนอแนะกติกาสำคัญที่ควรมีเพิ่มเติม หัวหน้ากลุ่มสรุป เลขากลุ่มจดบันทึกข้อตกลง
4. ผู้ดำเนินโครงการชี้ประเด็นให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงตระหนักถึงพฤติกรรมดูแลที่ดีและไม่ดีด้วยตนเอง โดยเน้นให้ผู้ดูแลได้สะท้อนคิดความรู้สึกต่าง ๆ เหล่านั้นด้วยตนเอง โดยเริ่มจากเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงปัญหาการดูแลทั้งในอดีตและปัจจุบัน
5. ผู้นำกลุ่มตั้งคำถามแบบปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกวางแผนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินได้อย่างตรงประเด็น และได้คิดแก้ปัญหาจากสถานการณ์จริงที่ผู้ดูแลเคยประสบมา รวมทั้งเหตุการณ์สมมติที่ผู้ดำเนินโครงการตั้งขึ้น
6. ผู้นำกลุ่มหยิบยกปัญหาที่กลุ่มสนใจขึ้นมาพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร แสดงความคิดเห็น พร้อมกับให้สมาชิกร่วมกันหาแนวทางการแก้ปัญหา โดยให้สมาชิกที่มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาและได้ผ่านพ้นปัญหาดังกล่าวไปแล้ว ได้บอกเล่าถึงวิธีการแก้ปัญหาให้กับสมาชิกทราบ จากนั้นจึงให้สมาชิกคนอื่น ๆ แสดงความคิดเห็นร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการดูแลพร้อมกับหาข้อสรุปแนวทางการดูแลในแต่ละปัญหา
7. ผู้ดำเนินโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการแก้ไข้ปัญหาเพิ่มเติม



8. ผู้ดำเนินโครงการร่วมปรับวิธีการแก้ไขปัญหาในแต่ละข้อกับสมาชิกกลุ่ม พร้อมทั้งสรุปประเด็นทั้งหมดอย่างถูกต้องและเหมาะสม ช่วยชี้แนะการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีโอกาสวางแผนการดูแลด้วยตนเอง และช่วยให้คำแนะนำในกรณีที่ผู้ดูแลมีข้อขัดข้อง หรือวางแผนการดูแลยังไม่สมบูรณ์

9. ผู้ดำเนินโครงการร่วมปรับวิธีการแก้ไขปัญหาในแต่ละข้อกับสมาชิกกลุ่ม พร้อมทั้งสรุปประเด็นทั้งหมดอย่างถูกต้องและเหมาะสม ช่วยชี้แนะการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีโอกาสวางแผนการดูแลด้วยตนเอง และช่วยให้คำแนะนำในกรณีที่ผู้ดูแลมีข้อขัดข้อง หรือวางแผนการดูแลยังไม่สมบูรณ์

10. ผู้ดำเนินโครงการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามปัญหา และข้อสงสัยต่าง ๆ

11. การบ้านเรื่อง ทบทวนเกี่ยวกับปัญหาที่พบในการดูแลผู้สูงอายุและการแก้ไขปัญหาของตนเอง

12. นัดหมายวัน เวลา ในการโทรติดตามให้คำปรึกษาออนไลน์และดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

### # แผนกิจกรรมครั้งที่ 3 วิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ครั้งที่ 2 วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและหาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

ระยะเวลา: 60-90 นาที

สถานที่ดำเนินการ: สถานที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่ง หรือแบบออนไลน์

สื่อและอุปกรณ์:

1. อุปกรณ์สื่อสาร เช่น smart phone/tablet/computer เครือข่ายอินเทอร์เน็ต
2. ใบความรู้ที่ 4 เทคนิคสื่อสารกับผู้สูงอายุอย่างเข้าใจ

วิธีการดำเนินการ:

1. ทบทวนการบ้าน
2. ผู้นำกลุ่มตั้งคำถามแบบปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์ และหาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน
3. ผู้นำกลุ่มหยิบยกปัญหาที่กลุ่มสนใจขึ้นมาพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร แสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งให้สมาชิกร่วมกันหาแนวทางการแก้ปัญหา โดยให้สมาชิกที่มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาและได้ผ่านพ้นปัญหาดังกล่าวไปแล้ว ได้บอกเล่าถึงวิธีการแก้ปัญหาให้กับสมาชิกทราบ จากนั้นจึงให้สมาชิกคนอื่น ๆ แสดงความคิดเห็นร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการดูแลพร้อมกับหาข้อสรุปแนวทางการดูแลในแต่ละปัญหา
4. ผู้ดำเนินโครงการเป็นผู้คอยกระตุ้นให้กลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างทั่วถึง คอยเชื่อมโยงคำพูดของสมาชิกแต่ละคนขณะร่วมกันอภิปราย และเสนอแนะข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเด็นต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลในการรับประทานอาหาร การดูแลเรื่องยา รวมทั้งการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่บ้าน สนับสนุนให้สมาชิกมีโอกาส แสดงบทบาททั้งการเป็นผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือในเวลาเดียวกัน และมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน
5. ผู้ดำเนินโครงการร่วมปรับวิธีการแก้ไขปัญหาในแต่ละข้อกับสมาชิกกลุ่ม พร้อมทั้งสรุปประเด็นทั้งหมดอย่างถูกต้องและเหมาะสม ช่วยชี้แนะการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีโอกาสวางแผนการดูแลด้วยตนเอง และช่วยให้คำแนะนำในกรณีที่คุณดูแลมีข้อขัดข้อง หรือวางแผนการดูแลยังไม่สมบูรณ์
6. ผู้ดำเนินโครงการเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้นำกลุ่มและทีมผู้ดำเนินโครงการร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญของการสนทนาที่เกิดขึ้นในกิจกรรมกลุ่ม
7. ผู้ดำเนินโครงการเน้นย้ำกับสมาชิกกลุ่มถึงความสำคัญของการนำผลที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มในแต่ละครั้งนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน
8. การบ้าน ทบทวนเกี่ยวกับปัญหาที่พบในการดูแลผู้สูงอายุและการแก้ไขปัญหาของตนเอง
9. นัดหมายวัน เวลา ในการติดตามให้คำปรึกษาออนไลน์และดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

## # แผนกิจกรรมครั้งที่ 4 วิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ครั้งที่ 3 และอบรมเชิงปฏิบัติการ การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุในชุมชน และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและหาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน
2. เพื่อพัฒนาสมรรถนะในการจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุให้แก่ผู้ดูแลทั้งในครอบครัวและในชุมชน

ระยะเวลา: 120-150 นาที

สถานที่ดำเนินการ: สถานที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่ง หรือแบบออนไลน์

### สื่อและอุปกรณ์:

1. อุปกรณ์สื่อสาร เช่น smart phone/tablet/computer เครือข่ายอินเทอร์เน็ต
2. ใบงานที่ 4 ตารางกิจวัตรประจำวัน/ตารางชีวิตของผู้ดูแล
3. คลิปวิดีโอการทำ CPR & การใช้ AED สิ่งที่ต้องรู้ <https://youtu.be/l7vZqtUpCA8>
4. คลิปวิดีโอการปฐมพยาบาลเบื้องต้นอย่างถูกวิธี [https://youtu.be/vyUWig1Y\\_y4](https://youtu.be/vyUWig1Y_y4)
5. คลิปวิดีโอการปฐมพยาบาล อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินในผู้สูงอายุ [https://youtu.be/tiI4\\_abHLA8](https://youtu.be/tiI4_abHLA8)
6. คลิปวิดีโอการปฐมพยาบาล อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ <https://youtu.be/bGBmBbSLpgg>
7. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการการกู้ชีพขั้นพื้นฐานและการจัดการภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยของผู้สูงอายุในชุมชน ในโครงการ การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation)

### วิธีการดำเนินการ:

1. ทักทาย ทบทวนการบ้าน
2. ผู้นำกลุ่มตั้งคำถามแบบปลายเปิด ทักทายปัญหาภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุขึ้นมาพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร แสดงความคิดเห็น พร้อมกับให้สมาชิกร่วมกันหาแนวทางการแก้ปัญหา โดยให้สมาชิกที่มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาและได้ผ่านพ้นปัญหาดังกล่าวไปแล้ว ได้บอกเล่าถึงวิธีการแก้ปัญหากับสมาชิกทราบ จากนั้นจึงให้สมาชิกคนอื่น ๆ แสดงความคิดเห็นร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการดูแลพร้อมกับหาข้อสรุปแนวทางการดูแลในแต่ละปัญหา
4. ผู้ดำเนินโครงการเป็นผู้คอยกระตุ้นให้กลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างทั่วถึง คอยเชื่อมโยงคำพูดของสมาชิกแต่ละคนขณะร่วมกันอภิปราย และเสนอแนะข้อมูลเกี่ยวกับ การจัดการภาวะฉุกเฉินและอุบัติเหตุในผู้สูงอายุที่บ้าน ในประเด็นต่าง ๆ เช่น การสำลักอาหาร การชัก การหกล้ม บาดแผลน้ำร้อนลวก อาการของโรคหัวใจและหลอดเลือดฉับพลัน การหมดสติ และการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น รวมทั้ง

สนับสนุนให้สมาชิกมีโอกาส แสดงบทบาททั้งการเป็นผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือในเวลาเดียวกัน และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

5. ผู้ดำเนินโครงการบรรยายและอบรมเชิงปฏิบัติการการกู้ชีพขั้นพื้นฐานและการจัดการภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยของผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมปรับวิธีการแก้ไขปัญหาในแต่ละข้อกับสมาชิกกลุ่ม พร้อมทั้งสรุปประเด็นทั้งหมดอย่างถูกต้องและเหมาะสม ช่วยชี้แนะการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีโอกาสวางแผนการดูแลด้วยตนเอง และช่วยให้คำแนะนำในกรณีที่มีผู้ดูแลมีข้อขัดข้อง หรือวางแผนการดูแลยังไม่สมบูรณ์

6. ผู้ดำเนินโครงการเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้นำกลุ่มและทีมผู้ดำเนินโครงการร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญของการสนทนาที่เกิดขึ้นในกิจกรรมกลุ่ม

7. ผู้ดำเนินโครงการเน้นย้ำกับสมาชิกกลุ่มถึงความสำคัญของการนำผลที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มในแต่ละครั้งนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน

8. มอบหมายการบ้าน ใบงานที่ 4 ให้สมาชิกเขียนตารางเวลาในแต่ละวัน/ตารางชีวิตของตนเอง รวมทั้งการดูแลสุขภาพของตนเอง และทบทวนแหล่งสนับสนุนทางสังคมและประสบการณ์ในการขอความช่วยเหลือที่ผ่านมาของตนเองทบทวนเกี่ยวกับปัญหาที่พบในการดูแลผู้สูงอายุและการแก้ไขปัญหของตนเอง

9. นัดหมายวัน เวลา ในการโทรติดตามให้คำปรึกษาออนไลน์และดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

## # แผนกิจกรรมครั้งที่ 5 กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

### วัตถุประสงค์:

1. ผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้อย่างเหมาะสม
2. สมาชิกสามารถเลือกใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมและขอความช่วยเหลือได้ตรงกับปัญหาของตนเอง

ระยะเวลา: 90 นาที

สถานที่ดำเนินการ: สถานที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่ง หรือแบบออนไลน์

### สื่อและอุปกรณ์:

1. อุปกรณ์สื่อสาร เช่น smart phone/tablet/computer เครื่องฉายอินเตอร์เน็ต
2. คลิปวิดีโอการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ <https://youtu.be/Stj06teVMUU>
3. คลิปวิดีโอเทคนิคการจัดการความเครียดด้วยตนเอง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ <https://youtu.be/kOLNFOKSDnk>
4. คลิปวิดีโอสิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุ ปี 2564 <https://youtu.be/mRYly1KSRQQ>
5. ใบความรู้ที่ 5 วิธีการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ดูแล ตามหลัก อ-ส-ย
6. ใบความรู้ที่ 6 แหล่งประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
7. ตัวอย่างแหล่งค้นหาความรู้/ข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแล ได้แก่
  - 1) สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (<https://eh.anamai.moph.go.th/th>)
  - 2) สมาคมผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (<https://www.thesenizens.com>)
  - 3) เครื่องช่วยผู้สนใจและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริราช (<https://www.facebook.com/dementia.geri.siri>)
  - 4) สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (<http://www.azthai.org>)

### วิธีการดำเนินการ:

1. ผู้นำกลุ่ม ทบทวนการบ้าน
2. ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกนำตารางเวลาของตนเองและวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองมาพูดคุยร่วมกันภายในกลุ่ม สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ที่มีประสบการณ์ภายในกลุ่มให้คำแนะนำในการแบ่งเวลาและวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง
4. ผู้ดำเนินโครงการเสนอแนะและให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารเวลา วิธีการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ดูแล ตามหลัก อ-ส-ย
5. ผู้นำให้สมาชิกนึกถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมและประสบการณ์ในการ ขอความช่วยเหลือที่ผ่านมาของตนเองมาพูดคุยร่วมกันภายในกลุ่ม สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
6. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ที่มีประสบการณ์ภายในกลุ่มให้คำแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมและประสบการณ์ในการขอความช่วยเหลือที่ผ่านมาของตนเอง
7. ผู้ดำเนินโครงการเสนอแนะและให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม ช่วยประสานงานกับแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อการช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสมและเกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ตลอดจนแนะนำแหล่งความรู้ต่าง ๆ ให้ผู้ดูแลไปค้นคว้า สำหรับปรับปรุงการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

8. ผู้นำกลุ่มตั้งคำถามแบบปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน
5. ผู้ดำเนินโครงการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามปัญหา และข้อสงสัยต่าง ๆ
6. การบ้านเรื่อง ทบทวนเรื่องสิ่งที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มทั้งหมด 7 ครั้ง
7. นัดหมายวัน เวลา ในการโทรติดตามให้คำปรึกษาออนไลน์และดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

## # แผนกิจกรรมครั้งที่ 6 กิจกรรมรื้อยรักความผูกพันในกลุ่มและสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

ระยะเวลา : 90-120 นาที

สถานที่ดำเนินการ : สถานที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่งหรือห้องประชุม

สื่อและอุปกรณ์:

- อุปกรณ์สื่อสาร เช่น smart phone/tablet/computer เครื่องฉายอินเทอร์เน็ต
- คอมพิวเตอร์ และเครื่องฉายภาพ (projector)
- VTR กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนตลอดโครงการ

วิธีการดำเนินการ:

1. ทบทวนการบ้าน ทบทวนเรื่องสิ่งที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มทั้งหมด 7 ครั้ง
2. ผู้นำกลุ่มสรุปกิจกรรมกลุ่ม เป็นการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง โดยให้สมาชิกเล่าถึงสิ่งที่ได้รับจากการ เข้ากลุ่มทั้งหมดผ่านภาพกิจกรรมที่บ้านทักไว้
3. แลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้รับ สะท้อนการเรียนรู้และเกิดพันธะร่วมกันในการดูแลตนเอง ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปผลการนำสิ่งที่ได้รับจากกลุ่มไปปฏิบัติต่อตนเองและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่บ้าน รวมถึงสิ่งที่ตนเองนั้นได้รับจากการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
4. ผู้ดำเนินโครงการเสนอให้มีการจับคู่หู (Buddy) และสนับสนุนให้มีการติดต่อสื่อสารทาง line กลุ่มอย่างต่อเนื่อง
5. มอบของที่ระลึก หลังจากนั้นจึงยุติสัมพันธภาพและปิดการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

## ภาคผนวก 5 แผนการสอนและใบความรู้

ผู้วิจัยพัฒนาแผนการสอน ใบงาน และใบความรู้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ประกอบด้วย 1) แผนการสอนเรื่อง การสำรวจตนเอง 2) ใบงาน จำนวน 4 ชิ้น และ 3) ใบความรู้ จำนวน 6 ชิ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### แผนการสอนเรื่อง การสำรวจตนเอง

#### วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้ตระหนักรู้ เข้าใจ ยอมรับและสามารถประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง
2. เพื่อให้เห็นคุณค่าและความสามารถในตนเอง สร้างคุณลักษณะที่ดีของผู้ดูแล เช่น ใจเย็น มีเมตตา จริงใจ ตั้งใจช่วยเหลือ คิดบวก เป็นต้น

#### วิธีการสอน

| องค์ประกอบ/<br>เวลา                         | กิจกรรม   | เนื้อหา/สื่อ   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|--|---|---|---|---|---|---|
| ขั้นรู้ชัดเห็นจริง<br>ประสบการณ์<br>10 นาที | - วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน โดยสุ่มถาม<br>“ เราจะมีวิธีใดบ้างที่จะรู้จักตนเอง”<br>- วิทยากรสุ่มถามประโยชน์ของการ<br>รู้จักตนเอง   | - ใบงานที่ 1 ฉันคือใคร (เขียนหรือวาดภาพ<br>ก็ได้)<br>- ใบความรู้ที่ 1 การสำรวจตนเอง  |   |   |   |   |   |   |
| สะท้อนความคิด<br>20 นาที                    | - “ฝึกสติ เพิ่มพลังชีวิต” เริ่มต้นด้วย<br>- กระตุ้นจุด 6 จุด<br>- ไทเก๊ก 4 ท่า<br>- ให้สมาชิกทุกคนนั่งหลับตา สงบ  | - วิทยากรแสดงนำ กระตุ้นจุด 6 จุด และทำ<br>ไทเก๊ก<br>หรืออาจเปิดคลิปวิดีโอช่อก<br><a href="https://youtu.be/c2LINlndW3c">https://youtu.be/c2LINlndW3c</a> |   |   |   |   |   |   |
|   | - นึกทบทวนเกี่ยวกับตนเองโดยให้แต่ละ<br>คนพับกระดาษที่แจกเป็น 6 ส่วน<br>ดังรูป<br><table border="1" style="margin: 10px auto; width: 100px; height: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> </table> | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | - แจกกระดาษเปล่า ขนาด A4 คนละ 1 แผ่น<br>ส่วนที่ 1 เขียนชื่อ-สกุล อายุ<br>ส่วนที่ 2 คติประจำใจ หรือโคลงกลอนที่<br>ประทับใจ<br>ส่วนที่ 3 เป้าหมายในเรื่องการดูแลผู้ป่วย<br>และความต้องการส่วนตน<br>ส่วนที่ 4 สิ่งที่ยากทำในอนาคต หรือเรื่อง<br>ที่ยากปรับปรุงเปลี่ยนแปลง<br>ส่วนที่ 5 จุดอ่อน/ข้อด้อยของตนเอง<br>ส่วนที่ 6 จุดแข็ง/ข้อเด่นของตนเอง<br>- ใบงานที่ 2 ทบทวนจิต |
| 1   | 2   |  |   |   |   |   |   |   |
| 3   | 4   |  |   |   |   |   |   |   |
| 5   | 6   |  |   |   |   |   |   |   |
| ขั้นลงมือกระทำ<br>30 นาที                   | - ให้แบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คน แล้วให้<br>แต่ละคนบอกถึงเรื่องราวที่ได้เขียนลง<br>ในกระดาษให้เพื่อนๆ ฟัง  | - ใบความรู้ที่ 2 ความฉลาดทางอารมณ์   |   |   |   |   |   |   |



| องค์ประกอบ/<br>เวลา | กิจกรรม  | เนื้อหา/สื่อ |
|---------------------|--|--------------|
|                     | - วิทยากรถาม “ใครเคยได้ยินคำว่า<br>ความฉลาดทางอารมณ์ บ้างคะ”<br>สุ่มถาม 1-2 คน<br>- วิทยากรสรุป “ความฉลาดทาง<br>อารมณ์ และแนวทางการพัฒนา<br>ตนเอง” |              |

1. มอบหมายการบ้าน

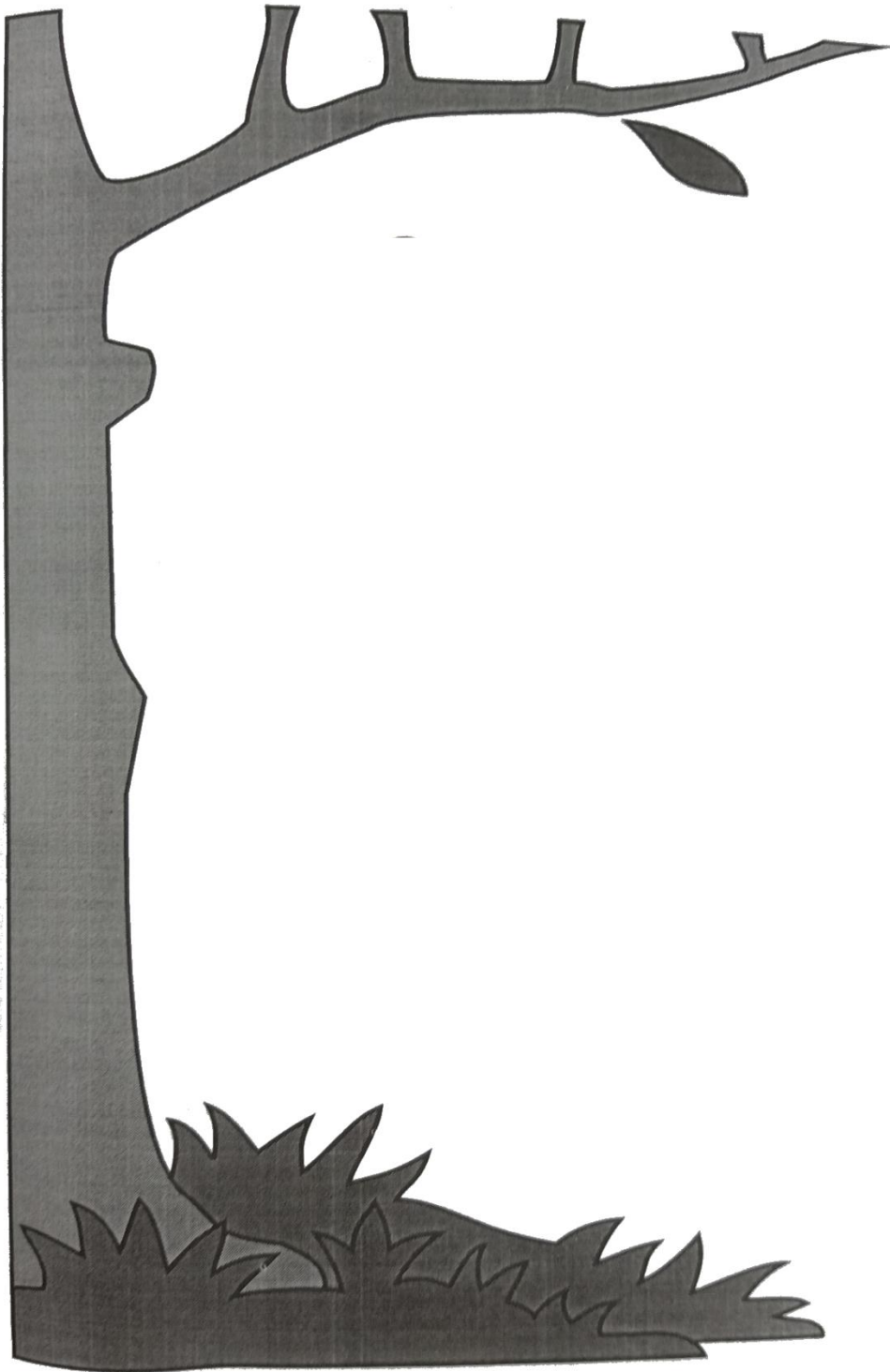
- ให้บททวนบทเรียนเรื่องการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การใช้แอปพลิเคชันสำหรับประชุมกลุ่ม หรือขอคำปรึกษาออนไลน์ การสำรวจตนเอง และความฉลาดทางอารมณ์

- ใบงานที่ 3 เรื่อง ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้องและการดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินที่ผ่านมาและปัญหาอุปสรรคที่พบ

2. พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลา ในการโทรติดตามให้คำปรึกษาออนไลน์และดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

ใบงานที่ 1

ฉันคือใคร



## ทบทวนจิต

แบ่งกลุ่ม 5 – 6 คน ให้แต่ละกลุ่มเขียนถึงประโยชน์ของการรู้จักตนเองให้มากที่สุด (10 นาที)

### ใบงานที่ 3

#### ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุและปัญหาอุปสรรคที่พบ

ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมา ในประเด็นต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลในการรับประทานอาหาร การดูแลเรื่องยา รวมทั้งการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่บ้านและปัญหาอุปสรรคที่พบ

## ใบงานที่ 4

### ตารางกิจวัตรประจำวัน/ตารางชีวิตของผู้ดูแล

| เวลา | กิจกรรม | รายละเอียด |
|------|---------|------------|
|      |         |            |
|      |         |            |
|      |         |            |
|      |         |            |
|      |         |            |
|      |         |            |
|      |         |            |
|      |         |            |
|      |         |            |
|      |         |            |
|      |         |            |
|      |         |            |
|      |         |            |
|      |         |            |



## ใบความรู้ที่ 1

### การสำรวจตนเอง

การมองหาจุดเด่น จุดด้อยในตัวเองให้พบจะทำให้เรารู้จักตนเองและเข้าใจตนเองได้มากขึ้น บางคนก็เห็นแต่จุดด้อยของตนเอง คอยจับผิดตนเองมองแต่สิ่งที่ตนเองคิดว่าไม่ดีก็จะทำให้เห็นสิ่งไม่ดีเหล่านั้นชัดขึ้น ๆ ทำให้หมดความนับถือตนเอง ทำให้ขาดพลัง ขาดกำลังใจ แต่ถ้าเราลองมองหาจุดเด่นของตัวเองบ้าง แม้จะเป็นสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ตาม จะทำให้เราเกิดพลังและกำลังใจขึ้น ซึ่งเรากลับมาที่มันศึกษาเอาไว้เรื่อย ๆ และบ่อย ๆ เพราะสิ่งเหล่านี้แหละคือปุ๋ยของชีวิต เป็นปุ๋ยของความเจริญงอกงามของกำลังใจทำให้เราสามารถพัฒนาความคิดความรู้สึกรู้สึกของตนเองให้ดีขึ้นได้



## ขั้นตอน

1. เตรียมร่างกาย
2. กระตุ้นจุดทั้งหก
3. ไทเก๊ก 4 ท่า
  - ปรับลมปราณ
  - ยืดอกขยายทรวง
  - อินทรีทะยานฟ้า
  - ลมปราณชานกายา
4. เก็บสะสมพลัง
5. การนำพลังมาใช้

### กระตุ้นจุดทั้ง 6 จุด

#### 1. ก้นกบ

- มือทำวสะเอว ย่อเข่าลง หายใจออก
- เหยียดเข่าขึ้น หายใจเข้า
- ใจวางที่ก้นกบ



## 2. สะตือ

1. - มือทำวสะเอว บิดเอวไปทางซ้าย หายใจเข้า  
- บิดเอวไปทางขวา หายใจออก  
- ใจวางไว้ที่สะตือ



2. - ก้มตัวลงมาข้างหน้า แอนไปข้างหลัง  
- ก้มหายใจออก แอนไปข้างหลังหายใจเข้า  
- จิตใจวางไว้ที่สะตือ



3. - หมุนเอวในทิศตามเข็มนาฬิกา หายใจเข้า  
- หมุนเอวในทิศทวนเข็มนาฬิกา หายใจออก  
- จิตใจวางไว้ที่สะตือ





### 3. ทรวงอก

1. - บิดทรวงอกยกแขนทั้งสองข้าง ไปทางซ้ายและขวา  
- บิดไปทางซ้ายหายใจเข้า ทางขวาหายใจออก  
- จิตใจวางไว้ที่กึ่งกลางทรวงอก



2. - ยกแขนออกทั้งสองข้าง ดึงศอกไปข้างหลัง แล้วหุบเข้ามาด้านหน้า  
- หายใจเข้าเมื่อแยกแขน หายใจออกเมื่อหุบเข้ามา  
- ใจวางไว้ที่ทรวงอก



3. - จับกันลือคเอาไว้  
- ยกศอกขึ้นบนล่างสลับกัน  
- จิตใจอยู่ที่ทรวงอก



#### 4. คอ

1. - หันไปทางซ้าย และขวา  
- ไปทางซ้ายหายใจเข้า ทางขวาหายใจออก  
- จิตใจวางไว้ที่คอหอย



2. - เอนศีรษะไปทางซ้ายและขวา  
- หายใจเข้า ออก ตามจังหวะ  
- ใจวางไว้ที่คอหอย



3. - ก้มคอข้างหน้า แหงนคอไปข้างหลัง  
- เวลาก้มหายใจออก เวลาหงนคอหายใจเข้า  
- ใจวางไว้ที่คอหอย



## 5. หว่างคิ้ว

1. - กลอกตาไปทางซ้ายและขวา  
- หายใจเข้า ออกตามจังหวะ  
- จิตใจอยู่หว่างคิ้ว
2. - กลอกตาขึ้นบน ลงล่าง  
- หายใจเข้ากลอกตาขึ้น หายใจออกกลอกตาลง  
- จิตใจอยู่หว่างคิ้ว
3. - กลอกตาตามเข็มนาฬิกา หายใจเข้า  
- กลอกตาทวนเข็มนาฬิกา หายใจออก  
- จิตใจอยู่ที่หว่างคิ้ว

## 6. กระทบ่อม

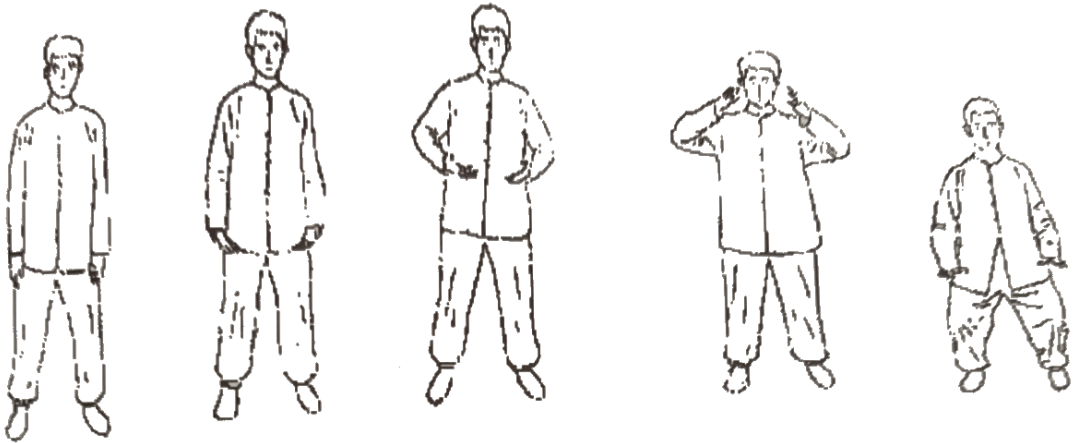
1. - วางนิ้วชี้และนิ้วกลางที่กลางกระทบ่อม  
- หมุนมือตามเข็มนาฬิกา หายใจเข้า  
- หมุนทวนเข็มนาฬิกา หายใจออก  
- ใจวางอยู่ที่กระทบ่อม
2. - ยกประสานมือทั้งสองข้าง นิ้วชี้และนิ้วกลางชี้ออก  
- ยกมือที่ประสานกันขึ้น หายใจเข้า  
- ลดมือลง หายใจออก  
- วางใจไว้ที่กระทบ่อม



## ท่าไทเก๊ก 4 ท่า

### ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ

วางเท้าแยกกันด้วยความกว้างเสมอไหล่ ปรับเท้าชี้ตรงไปข้างหน้า วางมือทั้งสองไว้ข้าง ๆ ค่อย ๆ หายฝ่ามือแล้วยกขึ้นผ่านทรวงอกมาถึงระดับคาง หายใจเข้าช้า ๆ แล้วคว่ำฝ่ามือลงมือลง จนถึงระดับเอวก็ย่อเข้า จังหวะนี้หายใจออกช้า ๆ



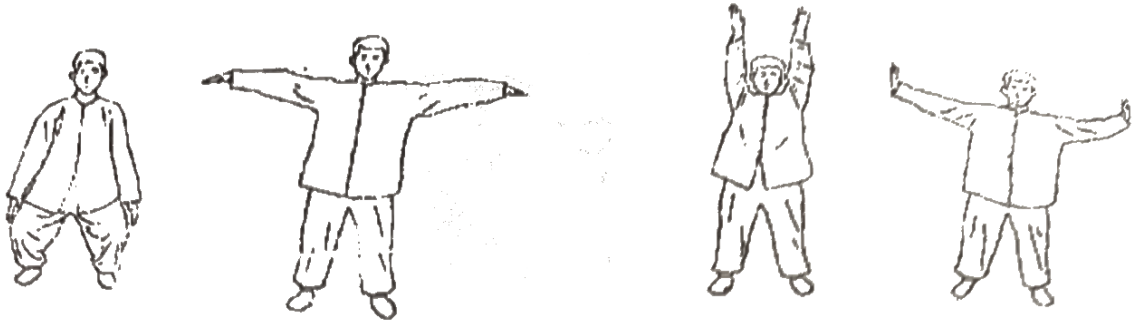
### ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง

จากท่าที่หนึ่ง ซึ่งยังย่อเข้าอยู่ คว่ำฝ่ามือแล้วค่อย ๆ ยกมาด้านหน้าจนถึงระดับคางก็แยกฝ่ามือขยายออกไปจนสุดแขน หายใจเข้าช้า ๆ เมื่อฝ่ามือกางจนสุด แล้วก็ค่อย ๆ ดึงกลับมาในทิศทางเดิม ลดฝ่ามือไว้ข้างลำตัว ย่อเข้า จังหวะนี้หายใจออกช้า ๆ



### ท่าที่ 3 อินทรีทยานฟ้า

จากท่าที่ 2 กางแขนออกทางด้านข้าง เหยียดขาตรง กางแขนขึ้นไปเหนือศีรษะ หายใจเข้า  
ลดแขนลงมาข้าง ๆ หายใจออก



### ท่าที่ 4 ลมปราณช่านกายา

จากท่าที่ 3 ตวัดชันมือออกทางด้านข้าง เสมือนเอาพลังจากธรรมชาติเข้ามาในร่างกาย  
หงายฝ่ามือยกขึ้นจนถึงระดับคาง แล้วคว่ำฝ่ามือ ลดฝ่ามือลง พอถึงระดับเอวก็ย่อเข้า (หากเป็นท่าจบ  
เมื่อลดฝ่ามือลงก็มาวางข้างลำตัวไม่ต้องย่อเข้า)

แต่ละท่าทำซ้ำ ๆ อย่างนี้ 4 - 5 ครั้งก่อน แล้วจึงจะไปทำท่าต่อไป



### ท่าที่ 5 ท่าจบ



## เก็บสะสมพลัง



ถ้าผู้ฝึกมีจิตใจสงบเป็นสมาธิ ฝ่ามือทั้งสองข้างจะอุ่นและอาจมีความรู้สึกขยับยิบวูบวาบนั้น แสดงว่ามีพลังชีวิต (ชี) เกิดขึ้น นั้นสามารถนำฝ่ามือทั้งสองข้างจับ นวด บริเวณที่ปวดเมื่อยหรือไม่สบายเพื่อบรรเทาอาการได้

ควรฝึกเป็นประจำ วันละ 1 ครั้ง นาน 10 – 15 นาที หลักการฝึกควรเดินไปมา 2 – 3 นาที ก่อนไปทำกิจกรรมอย่างอื่น

ที่มา : กรมการแพทย์. สถาบันธัญญารักษ์. คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model). 2547. หน้า 174-175



## ใบความรู้ที่ 2

### ความฉลาดทางอารมณ์

ความฉลาดทางอารมณ์ หรือที่เรียกว่า (EQ : Emotional Quotient) หมายถึง ความสามารถทางอารมณ์ในการมีสติ รู้ตนเอง รับรู้ และเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่น มีความมุ่งมั่น อดทนรอคอย เพื่อไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย และสามารถจัดการกับความขัดแย้งทางอารมณ์ของตน

#### ทักษะความฉลาดทางอารมณ์

##### 1. ทบทวนจิต (Self – awareness)

การตระหนักรู้อารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ความเข้าใจยอมรับตนเอง รู้ถึงความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์ต่าง ๆ รู้จักตนเองทั้งในด้านดี และด้านด้อย สามารถประเมินตนเองตามความเป็นจริง

##### 2. จัดการ (Managing emotions)

การจัดการด้านอารมณ์ สามารถควบคุมอารมณ์ รู้จักการเตรียมการรับมือกับอารมณ์ต่าง ๆ ของตนเองและสามารถแสดงอารมณ์ออกมาได้อย่างเหมาะสม

##### 3. สานเป้าหมาย (Motivating oneself)

มีความสามารถในการจูงใจตนเองและสร้างแรงบันดาลใจ ให้บรรลุเป้าหมาย มีความรับผิดชอบ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลและเหมาะสม

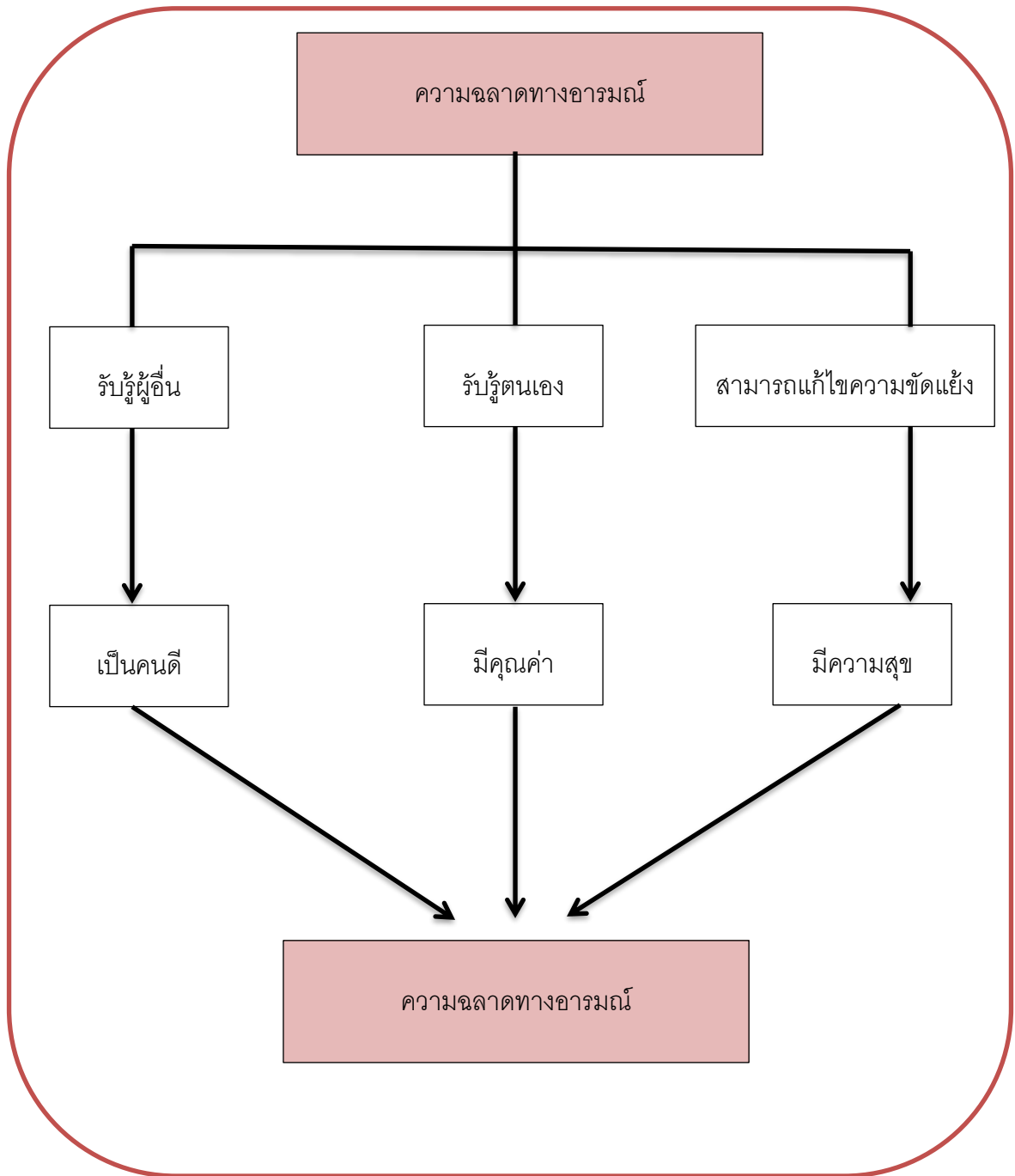
##### 4. สายใยรัก (Empathy)

รู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่น รับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ของผู้อื่น เข้าใจความแตกต่างของบุคคล สามารถให้อภัยและขอโทษผู้อื่นได้

##### 5. ทักษะสังคม (Handling relationship)

มีทักษะทางสังคม สามารถติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

ที่มา : กรมการแพทย์. สถาบันธัญญารักษ์. คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model). 2547. หน้า 174-175





## ใบความรู้ที่ 3

### กระบวนการแก้ไขปัญหา

กระบวนการที่จำเป็นในการแก้ปัญหา มี 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ

#### 1) การทำความเข้าใจปัญหา

- ทำความเข้าใจถ้อยคำต่าง ๆ ในปัญหา
- แยกแยะให้หืออกว่าสิ่งที่ต้องการหาคืออะไร
- ข้อมูลและเงื่อนไขกำหนดให้มีอะไรบ้าง เพียงพอที่จะหาคำตอบได้หรือไม่

#### 2) การวางแผนในการแก้ปัญหา แบ่งได้ 2 กรณีคือ

##### 2.1 มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาในลักษณะนั้น ๆ มาก่อน

- พิจารณาส่งที่ต้องการหา
- เลือกปัญหาเก่าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับปัญหาที่จะแก้ ทำให้ได้แนวทาง
- ปรับปรุงแนวทางในการแก้ปัญหาเก่าให้สอดคล้องเหมาะสมกับปัญหาใหม่
- วางแผนแก้ปัญหา

##### 2.2 ไม่มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาในลักษณะนี้มาก่อน

- พิจารณาส่งที่ต้องการหา
- หาวิธีการเพื่อให้ได้ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ต้องการหากับข้อมูลที่มีอยู่
- พิจารณาว่า ความสัมพันธ์นั้นสามารถหาคำตอบได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้ต้องหาข้อมูล

เพิ่มเติม หรือหาความสัมพันธ์ในรูปแบบอื่น

- วางแผนแก้ปัญหา

2.3 ดำเนินการแก้ปัญหาตามแผนที่วางไว้ เมื่อวางแผนเสร็จแล้วก็ดำเนินการแก้ปัญหาตามแผนที่วางไว้ ระหว่างการดำเนินการ

ถ้าเห็นแนวทางอื่นที่ดีกว่า ก็สามารถนำมาปรับเปลี่ยนได้

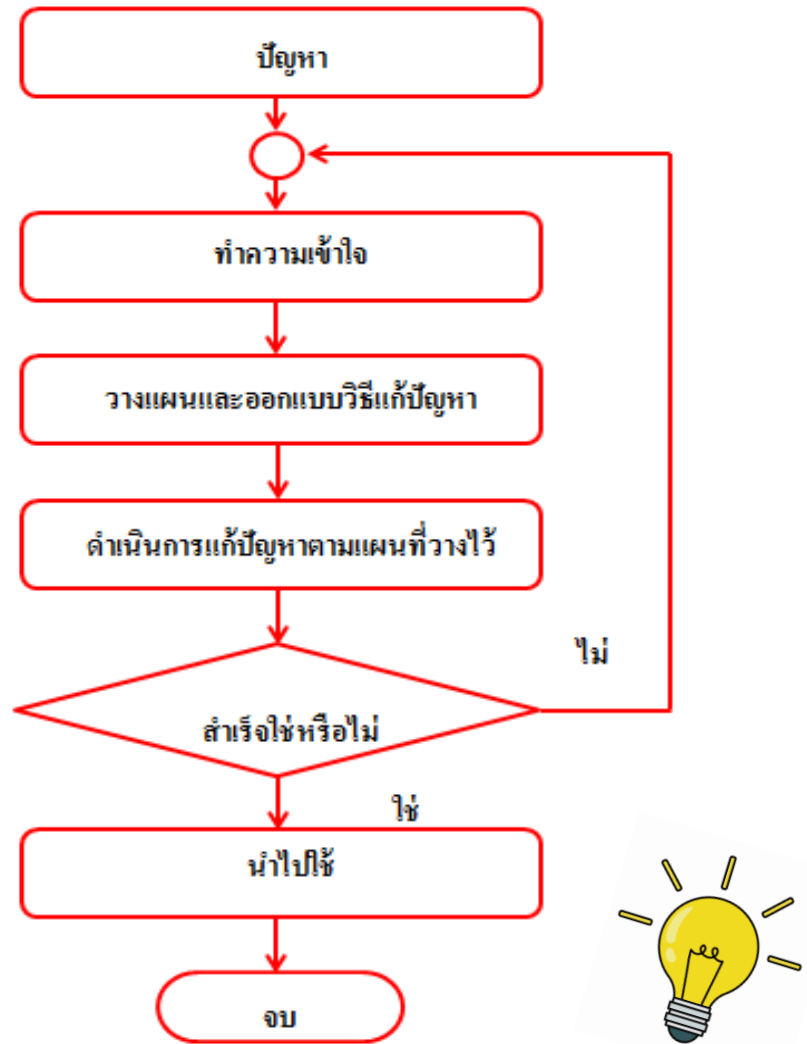
2.4 ตรวจสอบการแก้ปัญหา เมื่อได้วิธีการแก้ปัญหาแล้ว จำเป็นต้องตรวจสอบว่า วิธีการที่ใช้ให้ผลลัพธ์ที่ถูกต้องหรือไม่



### 3) ดำเนินการแก้ปัญหาตามแผนที่วางไว้

เมื่อได้มีการวางแผนแล้วก็ดำเนินการแก้ปัญหา ระหว่างการดำเนินการแก้ปัญหาอาจทำให้เห็นแนวทางที่ดีกว่าที่คิดไว้ก็สามารถปรับเปลี่ยนได้

4) การตรวจสอบ เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จำเป็นต้องมีการตรวจสอบผลลัพธ์ว่าได้ดำเนินการแก้ปัญหาตามแผนที่วางไว้ถูกต้องหรือไม่ กระบวนการแก้ปัญหา สามารถสรุปออกมาเป็นแผนภาพดังนี้



ที่มา : <http://www.kbyala.ac.th/CAI%20KROO%20PEN/my%20web/it-4/mywebpen/กระบวนการแก้ปัญหา.htm>

## ใบความรู้ที่ 4 เทคนิคสื่อสารกับผู้สูงอายุอย่างเข้าใจ



### 7 เทคนิคที่ช่วยให้คุณสื่อสารกับผู้สูงอายุอย่างเข้าใจได้ง่ายๆ

การสื่อสารกับวัยสูงอายุไม่เหมือนวัยอื่น ๆ เพราะอวัยวะที่เกี่ยวกับการสื่อสารของท่านเสื่อมลง ผู้สูงอายุมักมีความบกพร่องของหูหรือการได้ยิน การมองเห็น การพูด การรับรู้ และการตอบสนองทำให้การสื่อสารผิดพลาดหรือล่าช้าไปบ้าง

อวัยวะที่เกี่ยวกับการพูดเสื่อมลง ได้แก่ กล้ามเนื้อบริเวณช่องปาก กล่องเสียง และการสั่งการของระบบประสาทจากสมอง ที่มีผลต่อการรับรู้ การคิด การตอบสนองและความจำ ในผู้สูงอายุปกติอาจไม่มีผลกระทบมากนัก แต่ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย เช่น เป็นมะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปาก ได้รับการเจาะคอ รวมถึงผู้เป็นโรคสมองเสื่อม มักจะมีปัญหาการสื่อภาษาตามมา เพราะพูดหรือสื่อความหมายกับลูกหลานไม่ได้รวมทั้งไม่เข้าใจสิ่งที่ลูกหลานพูดด้วย

หู หูตึง หูได้ยินเสียงโทนต่ำ ทำให้การรับฟังไม่ดีเท่าที่ควร ไม่ได้ยินเสียงลูกหลานพูด หรือไม่ได้ยินเสียงตนเองพูด ทำให้ทำพูดเสียงดัง ลูกหลานจึงคิดว่าท่านตะโกน ทางที่ดีควรให้ท่านใส่เครื่องช่วยฟังก่อนสนทนา

ตา การมองเห็นช่วยการสื่อภาษาทางตา มีการสื่อแสดงถึงความเข้าใจระหว่างกันได้ หรือมองเห็นวัตถุสิ่งของที่ต้องการจะสื่อถึงได้ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องตา เช่น สายตาวาย ตามัวเห็นไม่ชัด ทำให้การสื่อสารไม่เข้าใจกัน ดังนั้นควรมีแว่นตาให้ท่าน เพื่อการสนทนาที่เรียบร้อย

## 7 เทคนิคที่ช่วยให้คุณสื่อสารกับผู้สูงอายุอย่างเข้าใจได้ง่ายๆ



1. **ดึงความสนใจ** ก่อนที่จะพูดกับท่านควรดึงความสนใจท่าน เช่น สะกิด เรียกชื่อท่าน มองตา และบอกให้ท่านทราบถึงเรื่องที่กำลังจะพูดถึง การพูดควรใช้ประโยคเชิญชวน ไม่ใช่ประโยคคำสั่ง



2. **พูดทีละคน** ไม่ควรแย่งกันพูด ที่สำคัญควรให้ท่านมีส่วนร่วมใน การสนทนา จะช่วยให้ท่านมีความสุข



3. **พูดชัด ๆ** พูดจาที่เข้าใจง่าย เสียงดังฟังชัด เรียบเรียงคำพูดให้ดี ไม่วกไปวนมา เวลาพูดควรหันหน้าไปทางท่าน สบตาท่าน สิ่งสำคัญคือใช้น้ำเสียงและท่าทางที่สุภาพอ่อนน้อม



4. **พูดช้า** ถามท่านช้าเพื่อให้แน่ใจว่าท่านเข้าใจ เพิ่มเวลาในการพูดคุยมากกว่าเดิม มีความอดทน ให้เวลา และรอยยิ้ม



5. **ภาษากาย** การใช้คำพูดบางครั้งไม่เพียงพอ อาจต้องใช้ภาษากายร่วมด้วย เช่น การยกมือไหว้เพื่อแสดงความเคารพ การจับมือและการกอดเพื่อแสดงความรักและความห่วงใย



6. **พยายามเข้าใจ** ไม่แสดงอาการหงุดหงิด รำคาญใจ เลือกเรื่องคุยที่ทำให้ท่านมีความรู้สึกร่วมและพอใจจะพูดคุย เช่น เรื่องราวในอดีตที่ผ่านมา ฯลฯ และพยายามเข้าใจท่าน



7. **จัดสิ่งแวดล้อม** ลดเสียงรบกวน ลดเสียงโทรทัศน์ วิทยุและเสียงรบกวนลงในบ้าน หรือในห้อง ควรมีแสงสว่างเพียงพอ เพื่อให้ท่านได้เห็นสีหน้า ท่าทาง หรือริมฝีปากของผู้พูด ช่วยให้คุณเข้าใจเรื่องที่กำลังสนทนาได้

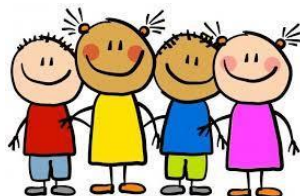
## ใบความรู้ที่ 5

### วิธีการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ดูแล ตามหลัก อ-ส-ย

| 4 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย) |  |
|--|--|
| อาหาร                                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดตารางเวลารับประทานอาหารในแต่ละวันให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของการดูแลผู้ป่วย</li> <li>2. จัดให้ช่วงเวลารับประทานอาหารเป็นช่วงที่เว้นว่างจากการดูแล เพื่อนั่งผ่อนคลาย มีเวลารับประทานอาหาร ไม่รีบเร่ง</li> <li>3. เลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารสำเร็จรูป อาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูงที่อาจเป็นสาเหตุของโรคอ้วนได้ง่าย</li> <li>4. หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ แอลกอฮอล์ เพราะอาจทำให้ออนไม่หลับและพักผ่อนไม่เพียงพอ</li> </ol>   |
| อารมณ์                                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ดูแลต้องหาเวลาพักผ่อนให้เพียงพอ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในทุก ๆ วัน จะทำให้สะสมอาการเหนื่อยล้า เครียด ความอดทนอดกลั้นเริ่มลดลง อารมณ์เปลี่ยนแปลงหงุดหงิดง่ายเกิดขึ้นได้</li> <li>2. การกำหนดเวลาพักผ่อน อย่างน้อย 1 วัน/สัปดาห์ที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วย ให้สมาชิกคนอื่น ๆ ช่วยดูแลแทน เพื่อให้มีเวลาพักผ่อน เวลาทำธุระส่วนตัว หรือออกไปนอกบ้านบ้างหาสิ่งบันเทิงใจ เช่น ไป Shopping ดูหนังที่ชอบ เป็นต้น</li> <li>3. พยายามฝึกตนเองให้คิดในแง่บวกอยู่เสมอ พยายามมองปัญหาเป็นเรื่องง่ายๆ ไม่จำเป็นต้องเคร่งเครียด/ เคร่งครัดการดูแลอยู่ตลอดเวลา</li> <li>4. จัดการกับอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแล เช่น หงุดหงิด รำคาญผู้ป่วย ทำให้ใช้เสียงดังหรือใช้อารมณ์กับผู้ป่วย เป็นต้น</li> <li>5. ควรมีบุคคลที่สามารถพูดคุยระบายความรู้สึกได้ เมื่อมีความเครียด ไม่สบายใจ</li> </ol> |



|  |  |
|--|--|
| 4 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย) |  |
| ออกกำลังกาย                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดให้มีเวลาออกกำลังกายที่ทำได้ง่ายที่บ้านและเหมาะสมที่จะทำที่บ้านได้ เช่น การบริหารยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ</li> <li>2. ทำกิจกรรมการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวไปด้วยกันกับผู้ป่วย เช่น การเดินออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้ออย่างง่าย</li> </ol>   |
| อนามัย                                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทบทวนกิจกรรม/กิจวัตรประจำวันของตนเอง และปรับตารางเวลาให้เหมาะสมกับตารางการดูแลผู้ป่วย เป็นตารางที่ยืดหยุ่น ได้ตลอดเวลา</li> <li>2. การเฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง เช่น การรับประทานยาคลายเครียด มากขึ้น อยู่ดี ๆ ก็ร้องไห้ คิดมาก รู้สึกทนรับภาระไม่ไหว หรือคิดอยากทำร้ายตนเองหรือผู้ป่วย หากเกิดปัญหาเหล่านี้ ควรรีบปรึกษาแพทย์ หรือผู้ที่สามารถให้คำแนะนำได้ทันที</li> <li>3. การดูแลสุขภาพ ตรวจสอบสุขภาพประจำปี พบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ</li> <li>4. ป้องกันการได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วย เช่น อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดไหล่ ที่มีสาเหตุจากการเคลื่อนย้ายหรือยกตัวผู้ป่วย ไม่ถูกวิธีหรือเกินกว่ากำลัง</li> </ol> |
| 3 ศ. (สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ)          |  |
| สมอง                                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและระยะสมองเสื่อมของผู้ป่วย ทั้งจากการอ่านหนังสือ ทบทวน สื่อวิดีโอ ทางวิทยุ โทรทัศน์ หรือ internet หรือการสอบถามจากแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจยอมรับในตัวผู้ป่วย รับมือกับอาการ และหาวิธีการดูแล จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม</li> </ol>   |
| สิ่งแวดล้อม                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พุดคุย พบปะสังสรรค์กับเพื่อน เข้าร่วมกิจกรรมสังคม สม่ำเสมอ</li> <li>2. เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วย หรือ เข้าร่วมเครือข่ายผู้ดูแล เพื่อจะได้ความรู้แนวทางการดูแล และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล</li> </ol>   |



|                               |  |
|-------------------------------|--|
| 3 ส. (สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ) |  |
| สิทธิ                         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รับรู้แหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ดูแล</li> <li>2. สมาชิกครอบครัว หน่วยงาน ศูนย์บริการ เพื่อช่วยการดูแลทดแทนแบบชั่วคราว กรณีที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เพื่อให้ผู้ดูแล ได้มีกิจกรรมพักผ่อนที่เป็นส่วนตัวบ้าง เว้นระยะจากการดูแลผู้ป่วย</li> <li>3. ศูนย์บริการดูแล ดูแลทดแทนแบบชั่วคราว หรือศูนย์บริการดูแลช่วงกลางวัน ที่เปิดให้บริการ เฉพาะเวลาช่วงเวลากลางวัน ไม่พักค้างคืน เพื่อช่วยลดภาระการดูแล</li> <li>4. ศูนย์แจ้งข้อมูลคนหาย แคนนำชุมชน/เครือข่ายในชุมชน กรณีที่ผู้ป่วยพลัดหลงหายออกนอกบ้าน</li> <li>5. สิทธิทางการรักษาพยาบาล สิทธิผู้พิการ</li> <li>6. ปัญหาทางกฎหมายที่ต้องรู้ อาจเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมมาก ยิ่งขึ้นปัญหาทางคดีแพ่ง ได้แก่ ปัญหาหนี้สิน มรดก การยกให้โดยสินหนี้เป็นต้น และปัญหาทางคดีอาญา ซึ่งเกิดขึ้นจากผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านอารมณ์ และพฤติกรรม ได้แก่ การลักขโมยสิ่งของ การทำร้ายร่างกาย การลวนลามทางเพศ การดูหมิ่น เป็นต้น</li> </ol> |
| 3 ส. (สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ) |  |
| 1 ย. (ยา)                     |  |
| ยา                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในกรณีมีโรคประจำตัว</li> <li>2. ใช้อาให้ถูกขนาด ถูกวิธีการ ตามคำสั่งการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา</li> </ol>  |




ที่มา : กรมการแพทย์. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.คู่มือดูแลสุขภาพ  
 อย่างไรห่างไกลสมองเสื่อม สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว. 2563. หน้า 57-61

## ใบความรู้ที่ 6

### แหล่งประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

#### แหล่งประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ

| สิทธิที่ได้รับการคุ้มครองการส่งเสริม และการสนับสนุน   | สิ่งที่คุณสูงอายุได้รับ  | แหล่งติดต่อประสานงาน   |
|---|--|--|
| <p>ด้านการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคารสถานที่ ยานพาหนะ บริการสาธารณะอื่น</p>   | <p>การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่</p> <p>การบริการสะดวก รวดเร็วปลอดภัย</p> <p>การจัดพาหนะอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ</p>  | <p>กรมโยธาธิการและผังเมือง</p> <p>กระทรวงมหาดไทย</p> <p>สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและการมีส่วนร่วม</p> <p>กระทรวงมหาดไทย</p> <p>สำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคมกรุงเทพมหานคร</p> <p>สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม</p> <p>กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์</p> |
| <p>ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์ โดยมีขอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้คำแนะนำ ปกป้องและให้ความช่วยเหลือ</li> <li>- กรณีผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม แสวงหาผลประโยชน์ โดยมีขอบด้วยกฎหมายและถูกทอดทิ้ง จะได้รับการช่วยเหลือตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สำนักอัยการสูงสุด</li> <li>- กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม</li> <li>- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ</li> <li>- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์</li> </ul>   |





แหล่งประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ต่อ)

| สิทธิได้รับการคุ้มครองการส่งเสริม และการสนับสนุน  | สิ่งที่คุณสูงอายุได้รับ   | แหล่งติดต่อประสานงาน  |
|---|---|---|
| การให้คำแนะนำปรึกษา<br>คำเนิการอื่นที่เกี่ยวข้องในทาง<br>คดีและนางการแก้ไขปัญหา<br>ครอบครัว | การให้คำแนะนำ ปรึกษาและ<br>ให้ความช่วยเหลือ<br>กรณีผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม<br>แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ<br>ด้วยกฎหมายและถูกทอดทิ้ง จะ<br>ได้รับการช่วยเหลือตาม<br>ประกาศกระทรวงการพัฒนา<br>สังคมและความมั่นคงของ<br>มนุษย์   | กรมคุ้มครองสิทธิและ<br>เสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม<br>กรมกิจการผู้สูงอายุ<br>กระทรวงการพัฒนาสังคม<br>และความมั่นคงของมนุษย์ |
| ด้านการช่วยเหลือ ด้านที่พัก<br>อาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่ม<br>ให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง | กรณีผู้สูงอายุที่เดือดร้อนจะ<br>ได้รับการช่วยเหลือตามประกาศ<br>กระทรวงการพัฒนาสังคมและ<br>ความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง<br>กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และ<br>เงื่อนไขการคุ้มครอง การ<br>ส่งเสริม และการสนับสนุน การ<br>จัดที่พักอาศัย อาหาร<br>เครื่องนุ่งห่มให้ผู้สูงอายุตาม<br>ความจำเป็นอย่างทั่วถึง | กรมกิจการผู้สูงอายุ<br>กระทรวงการพัฒนาสังคม<br>และความมั่นคงของมนุษย์   |



แหล่งประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ต่อ)

| สิทธิได้รับการคุ้มครองการส่งเสริม และการสนับสนุน   | สิ่งที่คุณสูงอายุได้รับ   | แหล่งติดต่อประสานงาน   |
|--|---|--|
| ด้านการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ  | ผู้สูงอายุซึ่งมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ สัญชาติไทย ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ได้จัดให้เป็นประจำ จะได้รับการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนตลอดชีวิต โดยแบ่งตามช่วงอายุแบบขั้นบันได                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม</li> <li>กระทรวงมหาดไทย</li> <li>- สำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม กรุงเทพมหานคร</li> <li>- กรมกิจการผู้สูงอายุ</li> <li>กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์</li> </ul> |
| กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) | ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีภาวะพึ่งพิง คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน จะได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์โดยเชื่อมโยงกับบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ   |

## แหล่งสิทธิประโยชน์ทางสังคม

### แหล่งสิทธิประโยชน์ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว

| ช่องทาง   | รายละเอียด   |
|---|--|
| ช่องทางการรับบริการ<br>สามารถติดต่อโดยตรง             | สถานีตำรวจ<br>สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด<br>บ้านพักเด็กและครอบครัว<br>โรงพยาบาล<br>สถานศึกษา<br>อบต./เทศบาล<br>สำนักงานและสวัสดิการคุ้มครองแรงงาน   |
| โทรสายด่วน  | โทรศัพท์สายด่วนที่หมายเลข 1330   |
| ติดต่อทางเว็บไซต์                                     | <a href="http://www.osccthailand.go.th">www.osccthailand.go.th</a>   |
| ภาคเอกชน/องค์กรการ<br>ช่วยเหลือที่ไม่แสวงหาผล<br>กำไร | สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม <a href="http://www.azthai.org">www.azthai.org</a><br>สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย <a href="http://www.thaidementia.com/">www.thaidementia.com/</a><br>มูลนิธิกระจกเงา <a href="http://www.mirror.or.th/">www.mirror.or.th/</a> |



แหล่งสิทธิประโยชน์ด้านปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพในครอบครัว

| แหล่งข้อมูล                             | หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  |
|---|--|
| การสงเคราะห์รถโยก/<br>รถเข็นนั่งคนพิการ | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้การช่วยเหลือรถสามล้อชนิดมือโยก เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถทางการเคลื่อนไหวก่อนหน้านี้ เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถทางการเคลื่อนไหวของคนพิการในการใช้ชีวิตประจำวันและเพื่อการประกอบอาชีพ ซึ่งผู้พิการต้องมีความสามารถในการใช้รถโยกได้ โดยแขนทั้งสองข้างแข็งแรง</li> <li>2. ให้การช่วยเหลือรถเข็นนั่ง เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถทางการเคลื่อนย้ายตัวเองไปในที่ต่าง ๆ ของคนพิการ</li> </ol> |
| การสงเคราะห์ครอบครัว<br>คนพิการ         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กรณีเด็กพิการ ช่วยเหลือเป็นเงินตามความจำเป็นและความเหมาะสม ไม่เกิน 1,000 บาท/ครั้ง และช่วยเหลือติดต่อกันไม่เกิน 3 ครั้ง/ครอบครัว</li> <li>2. กรณีคนพิการ ช่วยเหลือเป็นเงินตามความจำเป็นและความเหมาะสม ไม่เกิน 2,000 บาท/ครั้ง และช่วยเหลือติดต่อกันไม่เกิน 3 ครั้ง/ครอบครัว</li> </ol>   |



## แหล่งสิทธิประโยชน์ด้านปัญหาด้านเศรษฐกิจ

| แหล่งข้อมูล  | หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง   |
|--|---|
| การรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  | มีการกำหนดอัตราเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ 600 บาท</li> <li>2. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ 700 บาท</li> <li>3. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80-89 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ 800 บาท</li> <li>4. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับเบี้ยยังชีพ 1,000 บาท</li> </ol> |
| กองทุนผู้สูงอายุ   | เพื่อการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุที่ดำเนินกิจกรรมผู้สูงอายุในลักษณะกลุ่ม ชมรม ศูนย์บริการ ศูนย์อเนกประสงค์ในชุมชน   |
| การสงเคราะห์ในการจัดงานศพตามประเพณี  | ช่วยเหลือเป็นเงินในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี รายละ 2,000 บาท  |
| การให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุตามโครงการส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุใช้ชีวิตในชุมชน | ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบความเดือดร้อนเรื่องอาหารและ/หรือเครื่องนุ่งห่ม โดยไม่เกินวงเงินครั้งละสองพันบาท และจะช่วยเหลือไม่ได้เกินสามครั้งต่อคนต่อปี โดยถือตามปีงบประมาณ   |
| การช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน                                       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ช่วยเหลือเป็นเงินหรือสิ่งของ ไม่เกิน 2,000 บาท ต่อครั้ง ต่อครอบครัว</li> <li>2. กรณีช่วยเหลือเป็นเงินหรือสิ่งของเกิน 2,000 บาท ต่อครั้ง ต่อครอบครัว ให้อยู่ในดุลพินิจผู้ว่าราชการจังหวัด</li> </ol>   |

ที่มา : กรมการแพทย์. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือดูแลสุขภาพอย่างไรห่างไกลสมองเสื่อม สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว. 2563. หน้า 62-69

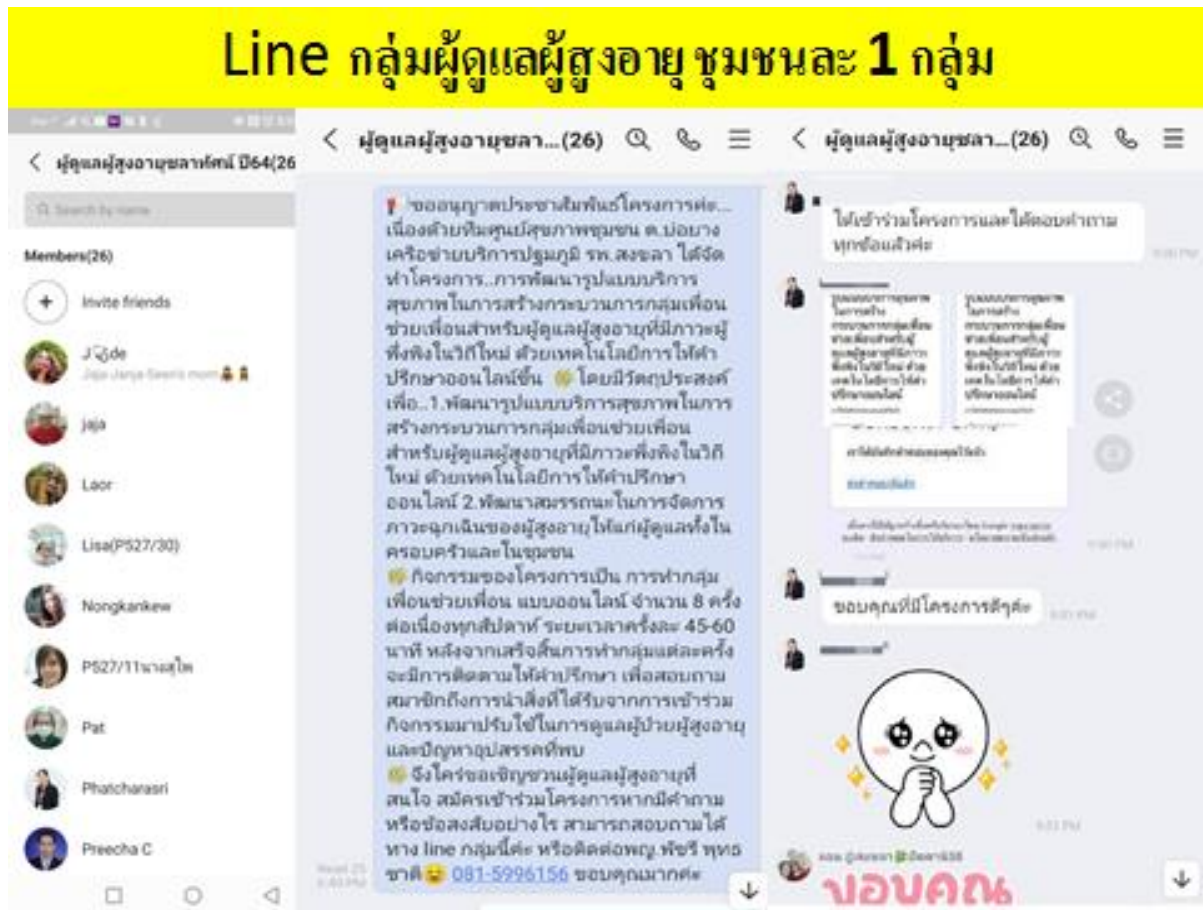
## ภาคผนวก 6

### แอปพลิเคชันสำหรับให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation)

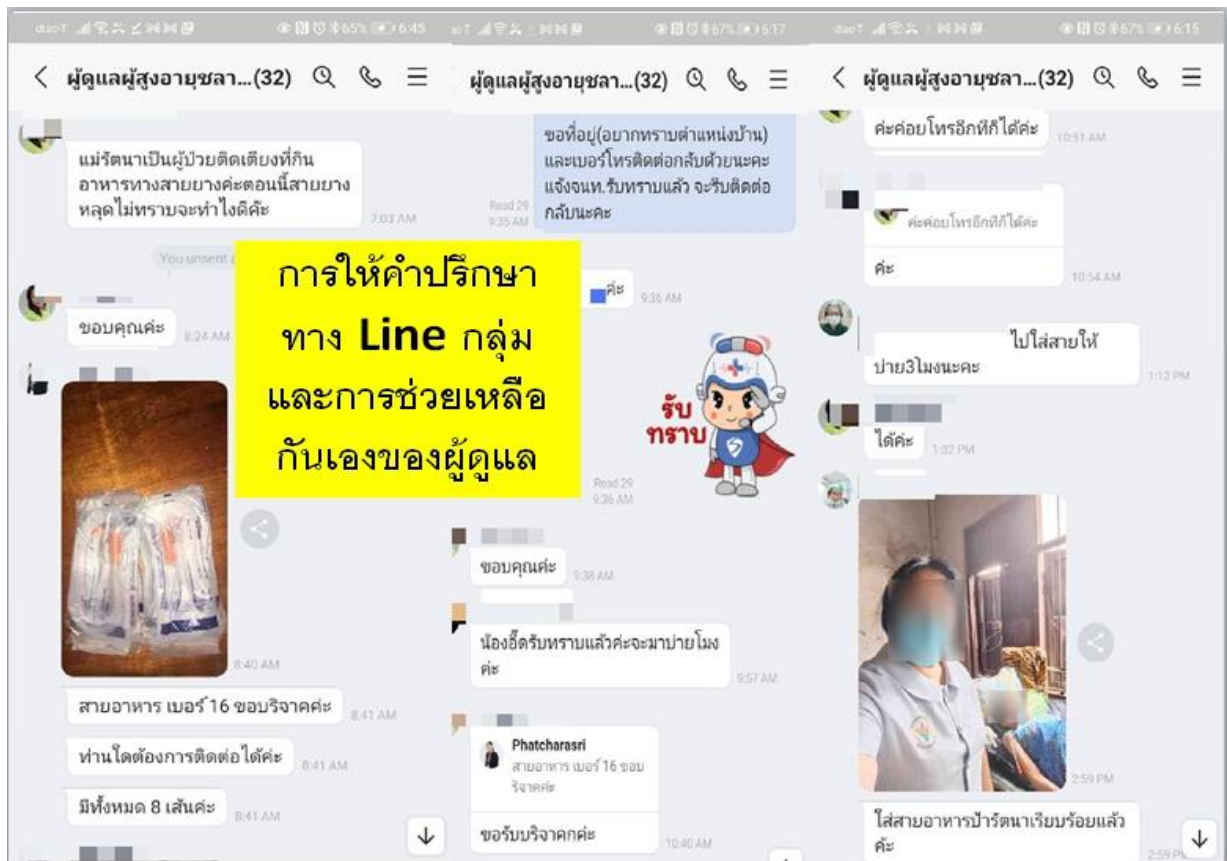
โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation) โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line) มี 2 ช่องทาง ได้แก่

#### 1. กลุ่มไลน์ (Line group) ผู้ดูแลผู้สูงอายุของแต่ละชุมชน

เพื่อเป็นช่องทางสำหรับสร้างสัมพันธ์ภาพแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยเหลือพึ่งพากันเองของญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและบริการสาธารณสุขของ 3 หมอ (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)



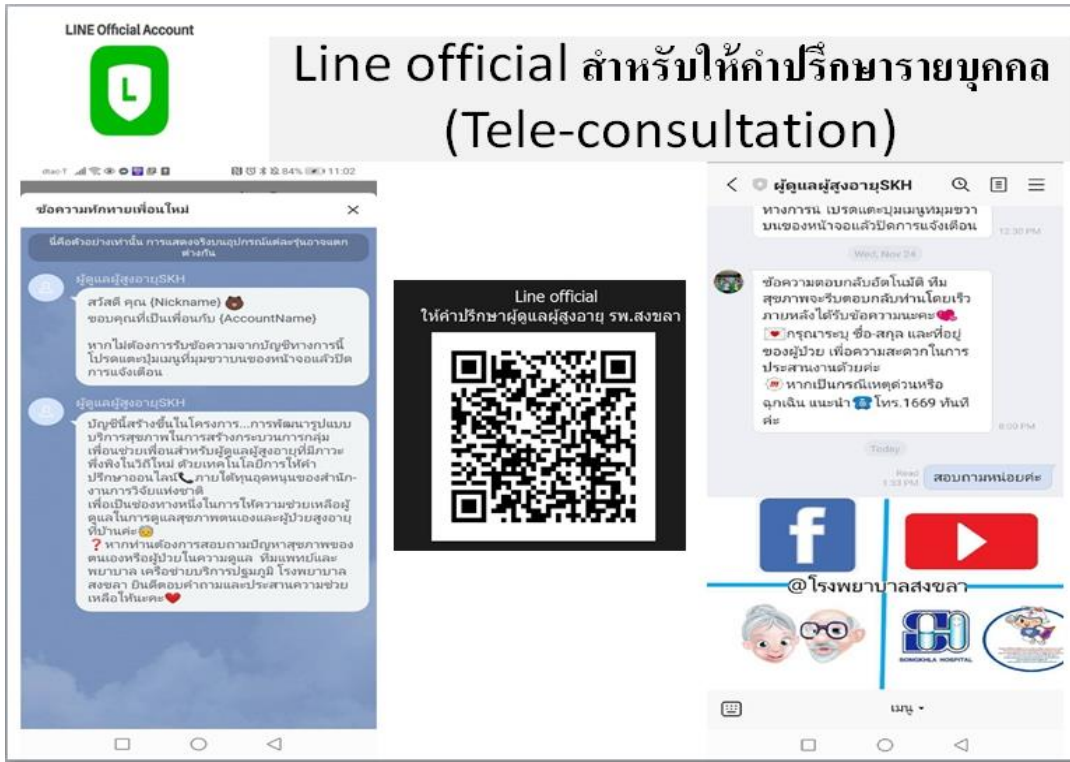
ภาพที่ 3 ตัวอย่างกลุ่มไลน์ (line group) ผู้ดูแลของแต่ละชุมชน



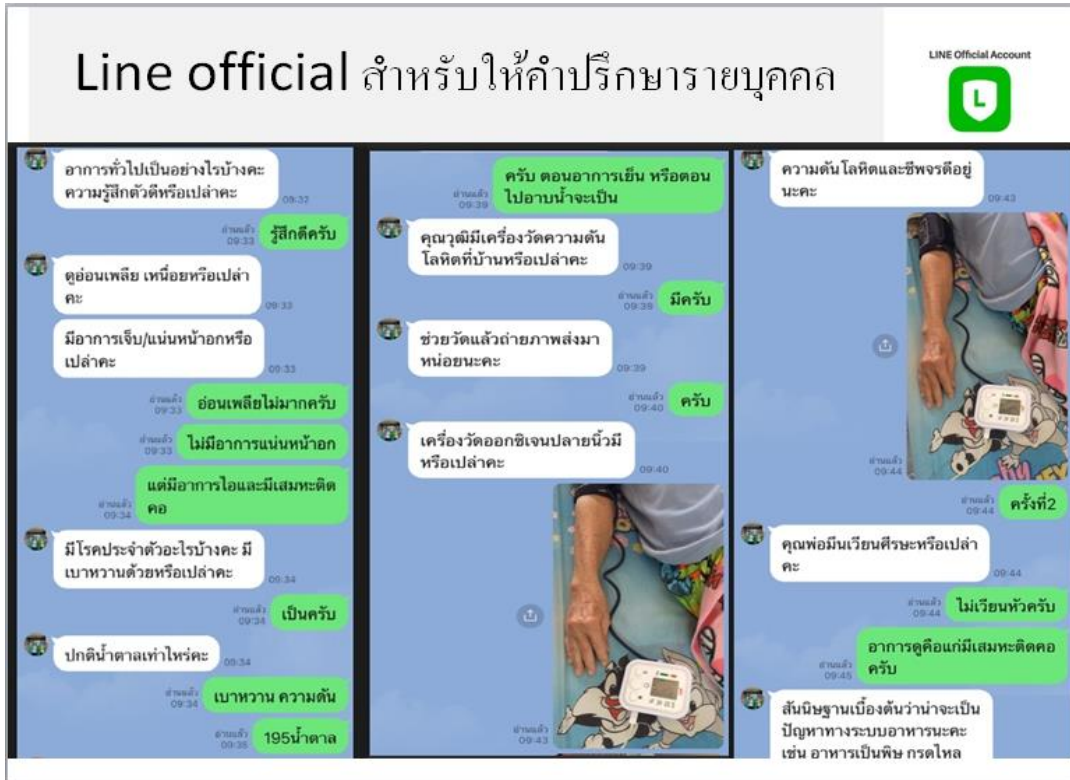
ภาพที่ 4 ตัวอย่างการให้คำปรึกษาทางไกล (tele-consultation) ทางไลน์กลุ่ม(line group) ผู้ดูแลและ การให้ความช่วยเหลือกันเองของผู้ดูแล

## 2. บัญชีไลน์ทางการ (Line official account) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา

เพื่อเป็นช่องทางสำหรับการให้คำปรึกษาคำแนะนำ การประสานงาน และส่งต่อ ปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลแบบส่วนตัวเป็นรายบุคคล รวมทั้งสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และ สื่อสารข่าวประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลสงขลา ผ่านทางลิงค์เพจ Facebook และ Youtube



ภาพที่ 5 บัญชีไลน์ทางการ(Line official) สำหรับให้คำปรึกษาทางไกลรายบุคคล (tele-consultation)



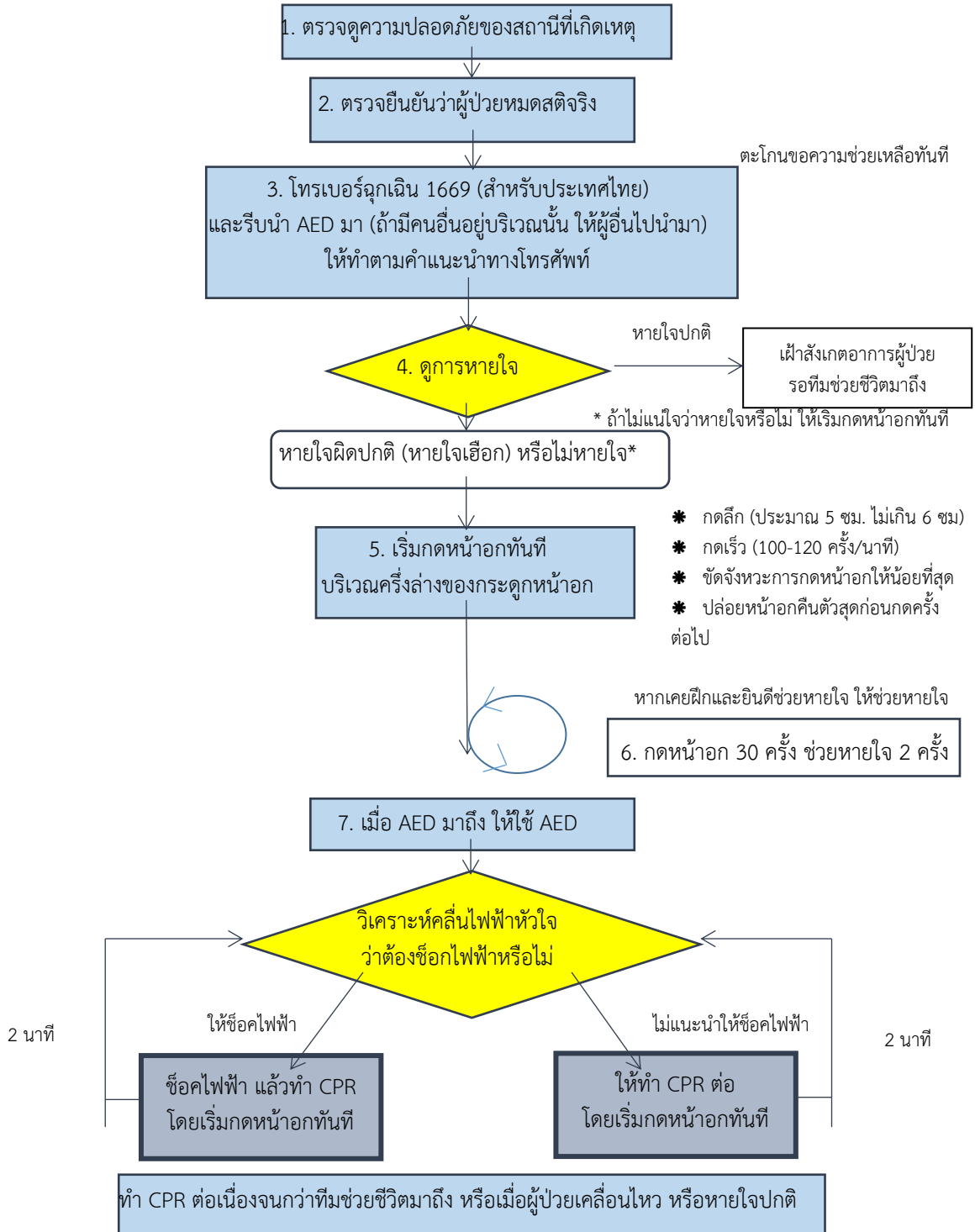
ภาพที่ 6 การให้คำปรึกษาทางไกล(tele-consultation)ผ่านบัญชีไลน์ทางการ (Line official)



## ภาคผนวก 7

### คู่มือการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่บ้าน

#### ขั้นตอนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในผู้ใหญ่สำหรับประชาชนทั่วไป\*



\*อ้างอิงจาก สภาการช่วยชีวิตแห่งเอเชีย (Resuscitation Council of Asia)

ที่มา : คู่มือการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (เออีดี;AED) สำหรับประชาชน พ.ศ. 2559

คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

# ขั้นตอนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน



ที่มา : คู่มือการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (เออีดี;AED) สำหรับประชาชน พ.ศ. 2559  
คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

# การประเมินภาวะฉุกเฉิน และการช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุเบื้องต้นที่บ้าน (Assessment and First Aid for Common Emergency Conditions at Home)

อาจารย์แพทย์หญิง อภิขญา มั่นสมบูรณ์

## บทนำ

การปฐมพยาบาลเบื้องต้นคือ การให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ณ สถานที่เกิดเหตุ โดยใช้ อุปกรณ์เท่าที่หาได้ในขณะนั้น ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีจุดประสงค์ เพื่อช่วยชีวิตลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย และป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น

ในผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายตามวัย และมักมีโรคร่วมหลายชนิด การปฐมพยาบาลที่ถูกต้องทันท่วงทีเมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วย จะสามารถลดความรุนแรงของความเจ็บป่วย หรือ ผลแทรกซ้อนลงได้ ซึ่งในบทนี้จะกล่าวถึงการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับบางภาวะที่พบบ่อย หรือภาวะที่ อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ถูกต้อง

## การสูดสำลักสิ่งแปลกปลอม (Foreign-body airway obstruction)

ภาวะสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นกล่องเสียง หรือหลอดลมจากการสำลักแม้มักจะพบไม่บ่อย แต่หากผู้ป่วย ได้รับการปฐมพยาบาลที่ถูกต้องอย่างทันท่วงทีจะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้<sup>1</sup>

### จะสังเกตอย่างไรว่าผู้ป่วยมีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ

ผู้ป่วยจะมีอาการไอ หรือหายใจลำบากซึ่งมักเกิดขึ้นทันที ร่วมกับมีประวัติสำคัญขณะกำลัง รับประทานอาหาร ผู้ป่วยมักเอามือสองข้างกำบริเวณลำคอ ในกรณีมีอาการรุนแรงจะมีอาการไอ หรือพูดไม่ มีเสียง หายใจไม่ออก ตัวเขียว ถ้ารุนแรงมาก ผู้ป่วยอาจหมดสติ หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นได้

### การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

- ตั้งสติและเรียกขอความช่วยเหลือ โดยโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินได้ที่ หมายเลข 1669 ทั่วประเทศ หรือ 1646 เฉพาะในเขตกรุงเทพฯ
- ระหว่างรอความช่วยเหลือ ให้ประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วย หากยังรู้สึกตัวและทำตามสั่งได้ ให้แนะนำผู้ป่วยให้พยายามไอแรงๆ เพื่อขับสิ่งแปลกปลอมออกมาจากทางเดินหายใจ
- ถ้าผู้ป่วยเริ่มไอไม่มีเสียง ตัวเขียว หรือไม่สามารถทำตามสั่งได้ ให้ผู้ช่วยเหลือยืนด้านหลังของ ผู้ป่วย ใช้มือโอบรอบตัวผู้ป่วย โดยกำมือข้างที่ถนัดหันด้านนิ้วโป้งวางตั้งฉากบริเวณใต้ลิ้นปี่ของ ผู้ป่วย แล้วใช้มืออีกข้างวางโอบทับ ออกแรงดันเข้าหาผู้ป่วยให้แนวแรงเฉียงขึ้นทำไปเรื่อย ๆ จนกว่าสิ่งที่อุดกั้นทางเดินหายใจจะหลุดออกมา หากผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น หรือเรียกไม่รู้สึกตัวให้ เริ่มปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยการกดหน้าอก ระหว่างรอทีมช่วยเหลือมาถึง

## ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)<sup>2</sup>

เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งญาติ หรือผู้ดูแลสามารถให้การรักษาเบื้องต้นก่อนนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้

### จะสังเกตอย่างไรว่าผู้ป่วยมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ

ผู้ป่วยอาจมีอาการเหงื่อแตก ใจสั่น หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม หากอาการรุนแรงผู้ป่วยอาจไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยมักมีประวัติเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย หากมีเรื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้วที่บ้าน แนะนำให้เจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้วก่อนเพื่อช่วยการวินิจฉัย โดยระดับน้ำตาลปลายนิ้วจะมีค่าน้อยกว่า 70 มก./ดล. หากไม่มีเครื่องเจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้วที่บ้าน แต่ผู้ป่วยมีอาการที่สงสัยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แนะนำให้รักษาแบบน้ำตาลในเลือดต่ำไปก่อน และติดตามอาการหลังได้รับการรักษา

### การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

#### กรณีผู้ป่วยยังรู้สึกตัว

- ให้รับประทานน้ำตาลผลไม้ 1 กล่อง น้ำอัดลมครึ่งกระป๋อง น้ำตาล 4 ช้อนชา หรือลูกอมทันที (ปริมาณเท่ากับกุกโคลส 15 – 20 กรัม)
- เจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้วซ้ำหลังจากรับประทานอาหาร 15 นาที หากยังพบระดับน้ำตาลในเลือดต่ำให้ผู้ป่วยรับประทานน้ำตาลหวาน หรือน้ำตาลซ้ำ
- หากระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติแล้วควรรับประทานอาหารเมื่อหนักต่อทันที เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ
- นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเพื่อหาสาเหตุของภาวะน้ำตาลต่ำและให้แพทย์ปรับยาเบาหวาน

#### กรณีผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว

- ห้ามนำน้ำตาล หรือน้ำหวาน หรือกอมใส่ในปากผู้ป่วย เนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยสำลักและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นได้
- โทรศัพทขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน หรือรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดทันที

## ภาวะชัก (Seizure)<sup>3</sup>

เป็นภาวะที่เซลล์ประสาทมีการปล่อยกระแสประสาทออกมาผิดปกติ อย่างเฉียบพลันรบกวนการทำงานของเซลล์ประสาทปกติ ทำให้เกิดอาการชักซึ่งมีอาการได้หลายรูปแบบ

### จะสังเกตอย่างไรว่าผู้ป่วยมีอาการชัก

ผู้ป่วยอาจมีอาการแสดงได้หลายอย่าง เช่น แขนขาเกร็งกระตุกเป็นจังหวะทั้งสองข้าง หรือข้างเดียว ซึ่งจะสังเกตได้ชัดเจน จนกระทั่งมีอาการเหม่อลอย เรียกไม่รู้สีกตัวชั่วขณะ ในผู้ป่วยบางรายที่เป็นโรคลมชักอยู่เดิม (epilepsy) อาจมีอาการนำ (aura) เช่น เห็นภาพ ได้ยินเสียง ความรู้สึกสัมผัส หรือได้กลิ่นผิดปกติก่อนเกิดอาการชัก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลเตรียมตัวเพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะชักได้

## การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

### ก่อนมีอาการชัก

หากผู้ป่วยมีอาการนำก่อนชัก ให้พาผู้ป่วยไปในบริเวณที่ปลอดภัยไม่มีสิ่งของมีคมที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหากมีอาการชักและล้มลง ควรให้ผู้ป่วยนั่ง หรือนอนลง ผู้ดูแลควรอยู่เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย หากเกิดอาการชัก

### ขณะมีอาการชัก

- ควรอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา สังเกตอาการชักที่เกิดขึ้น โดยทั่วไปอาการชักมักเป็นไม่เกิน 1-2 นาที และมักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือคนรอบข้าง
- นำสิ่งของที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยออกให้ห่างตัวผู้ป่วย
- คลายเสื้อผ้า หรือเครื่องประดับของผู้ป่วยออกโดยเฉพาะบริเวณลำคอ
- ห้ามผูก หรือมัดตัวผู้ป่วยขณะเกิดอาการ เนื่องจากอาจทำให้เกิดกระดูกหักในผู้ป่วยที่กระดูกพรุนได้
- ห้ามใช้ช้อน หรือวัสดุอื่นใด ใสในปากผู้ป่วยขณะมีอาการชัก เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยกัดลิ้น เนื่องจากอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยมากขึ้น
- ห้ามให้ยา หรือสารน้ำทางปากขณะผู้ป่วยชัก เนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยสำลักได้
- จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงเพื่อให้น้ำลาย สารคัดหลั่งอื่น ๆ รวมถึงเลือด (หากผู้ป่วยกัดลิ้น) ไหลออกมาภายนอก และป้องกันผู้ป่วยสำลัก

### หลังจากมีอาการชัก

ผู้ป่วยมักมีอาการสับสน หรือความรู้สึกตัวลดลงหลังเกิดอาการชักได้เป็นชั่วโมง ดังนั้นผู้ดูแลควรอยู่กับผู้ป่วย สังเกตอาการ และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยตามความเหมาะสม จนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกตัวเป็นปกติ

### ควรนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเมื่อใด

- หากเป็นการชักครั้งแรก
- ผู้ป่วยมีอาการชักนานเกิน 5 นาที
- ผู้ป่วยมีอาการชักซ้ำ โดยยังไม่รู้สึกตัวระหว่างการชักแต่ละครั้ง
- ผู้ป่วยมีอาการสับสน หรือความรู้สึกตัวลดลงมากกว่า 1 ชั่วโมงหลังการชัก
- ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเนื่องจากการชัก

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคลมชักอยู่เดิม หากรูปแบบของการชักไม่เปลี่ยนไปจากเดิม มีอาการชักไม่นาน และหลังจากชักผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผู้ดูแลควรจดบันทึกที่เกิดขึ้นไว้และไม่จำเป็นต้องพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

## โรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke)

ในปัจจุบันแม้อุบัติการณ์ของหลอดเลือดสมองจะเพิ่มสูงขึ้น แต่เนื่องจากวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้นตามลำดับ ดังนั้นหากญาติ หรือผู้ดูแลทราบถึงอาการแสดงที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง และนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้ในเวลารวดเร็ว จะสามารถลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้

### จะสังเกตอย่างไรว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง<sup>4</sup>

ผู้ป่วยอาจมีอาการ หรืออาการแสดงซึ่งมักเกิดขึ้นทันที ดังนี้

- ขา หรืออ่อนแรงบริเวณหน้า แขน หรือขา ด้านใดด้านหนึ่ง
- พูดไม่ชัด พูดไม่ออก มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด หรือฟัง
- มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเดิน การทรงตัว
- ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึมลง หรือสับสน ที่เกิดขึ้นทันที

### การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

- โทรศัพทขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน หรือนำส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด
- หากมีเครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้วที่บ้าน ควรตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วย เพื่อแยกภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำออกจากภาวะหลอดเลือดสมอง (ดูการรักษาในหัวข้อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ)
- หากผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลง พยายามจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนตะแคงเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร หรือสิ่งแปลกปลอม

## โรคอุณหภูมิต่ำ (Heat stroke) และการเจ็บป่วยเนื่องจากความร้อน (Heat related illness)

ในปัจจุบันเนื่องจากภาวะโลกร้อน ทำให้พบอุบัติการณ์ของโรคเป็นผลมาจากความร้อนได้มากขึ้น ทั้งในทหารเกณฑ์ นักวิ่งมาราธอน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเนื่องจากบางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรืออาจได้รับยาบางชนิดที่มีผลต่อการควบคุมอุณหภูมิในร่างกาย เช่น ยาแก้แพ้ (antihistamine) ยากลุ่ม anticholinergic ยาลดความดันบางชนิด (calcium channel blocker หรือ beta blocker) เป็นต้น ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้อีกขึ้น<sup>5</sup> ซึ่งอาการของการเจ็บป่วยเนื่องจากความร้อน ประกอบด้วยอาการหลายอย่างระดับขึ้นอยู่กับความรุนแรง โดยอาจเป็นเพียงผื่นคัน กล้ามเนื้อเกร็งจนถึงเป็นลม หมดสติ หรือชักได้

### จะสังเกตอย่างไรว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคอุณหภูมิต่ำ หรือการเจ็บป่วยเนื่องจากความร้อน

สามารถสังเกตอาการของผู้ป่วยซึ่งแบ่งตามระดับความรุนแรงได้ ตามตารางที่ 1 ซึ่งหากผู้ดูแลสามารถวินิจฉัย และเริ่มให้การปฐมพยาบาลแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ยังมีอาการไม่รุนแรง จะสามารถป้องกันอันตรายจากภาวะนี้ได้

ตารางที่ 1 แสดงอาการของภาวะฉุกเฉินจากความร้อนชนิดต่าง ๆ (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 5)<sup>5</sup>

| รุนแรงน้อย<br>Heat cramps  | รุนแรงปานกลาง<br>Heat exhaustion  | รุนแรงมาก<br>Heat stroke   |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- กล้ามเนื้อเป็นตะคริว</li> <li>- อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นเล็กน้อย หรือปกติ</li> <li>- มีเหงื่อออก</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อาการ heat cramps ร่วมกับ</li> <li>- อุณหภูมิร่างกายปกติ หรือสูงขึ้นไม่เกิน 40 °C</li> <li>- คลื่นไส้ อาเจียน ปวด/เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย</li> <li>- Orthostatic hypotension</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อาการ heat exhaustion ร่วมกับ</li> <li>- อุณหภูมิร่างกาย &gt;40 °C</li> <li>- ความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเดินเซ ซึม สับสน ชัก เป็นต้น</li> <li>- อาจมีเหงื่อออก หรือไม่ก็ได้</li> </ul> |

### การปฐมพยาบาลเบื้องต้น<sup>6</sup>

- นำผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น เช่น หากผู้ป่วยอยู่ในห้องที่มีอากาศร้อน ควรนำไปในห้องที่มีอากาศถ่ายเทดีขึ้น เปิดหน้าต่าง หรือเปิดพัดลมให้อากาศถ่ายเท หากผู้ป่วยอยู่กลางแจ้ง ควรนำผู้ป่วยเข้าใต้ร่มไม้ หรือร่มเงา เป็นต้น
- หากผู้ป่วยมีอาการไม่มากอาจให้กินน้ำเกลือแร่สำหรับนักกีฬา เพื่อทดแทนสารน้ำและเกลือแร่ที่เสียไป
- โทรศัพทเพื่อขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน หากผู้ป่วยเริ่มมีอาการรุนแรงปานกลางขึ้นไป
- ระหว่างรอความช่วยเหลือ ทำให้อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยลดลงซึ่งอาจทำได้หลายวิธี ได้แก่
  1. ใช้ผ้าชุบน้ำอุณหภูมิห้องเช็ดตัวผู้ป่วย
  2. ให้ที่พ่นละอองฝอย (foggy) พ่นน้ำใส่ผู้ป่วย
  3. เปิดพัดลม หรือใช้พัด ให้ผู้ป่วยเพื่อนำความร้อนออกจากตัวผู้ป่วย
- ห้ามใช้ยาลดไข้ เช่น พาราเซตามอล หรือแอสไพริน เนื่องจากไม่สามารถช่วยลดอุณหภูมิร่างกายได้ และอาจทำให้เกิดภาวะตับวายมากขึ้นได้

### การป้องกัน

ในฤดูร้อน หรือช่วงที่มีอากาศร้อนมาก ผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ควรดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ สังเกตจากปริมาณและสีของปัสสาวะ ถ้ามีสีเข้มขึ้นแสดงว่าอาจมีการขาดน้ำ ควรพิจารณาให้น้ำเพิ่มเติม หากห้องที่อยู่ในอาคารร้อนอบอ้าว ควรเปิดพัดลม หรือเครื่องปรับอากาศ เพื่อให้มีอากาศถ่ายเท โดยเฉพาะในวันที่อุณหภูมิสูง ส่วนการป้องกันผื่นคันจากความร้อน ควรสวมใส่เสื้อผ้าที่บาง สะอาด ระบายความร้อนได้ดี

## ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia)

อาจเกิดจากสาเหตุหลายชนิด แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจากการที่อุณหภูมิอากาศลดลงเท่านั้น แม้ในประเทศไทยจะไม่ใช่ประเทศในเขตอากาศหนาว แต่ในปัจจุบันกลับพบอุบัติการณ์ผู้เสียชีวิตด้วยอากาศหนาวเย็นมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการรายงานตามหน้าหนังสือพิมพ์ในจังหวัดแถบภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ

ในผู้สูงอายุอาจมีความบกพร่องในการรับรู้สภาพอากาศเย็น รวมถึงความสามารถในการสร้างความร้อนเพิ่มขึ้นในสภาพอากาศที่หนาวเย็น และการสงวนความร้อนที่สร้างได้มีขีดจำกัด หรือผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่ออุณหภูมิที่หนาวเย็นอย่างเหมาะสม จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำมากกว่าคนทั่วไป

### จะสังเกตอย่างไรว่าผู้ป่วยมีอาการของภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ<sup>8</sup>

อาการของผู้ป่วยจะมาก หรือน้อยขึ้นอยู่กับ ระยะเวลาที่ต้องสัมผัสกับอากาศที่หนาวเย็นโดยใน ระยะแรกอาจพบเพียงอาการหนาวสั่น อ่อนเพลีย ร่างกายไม่สามารถคิด หรือทำงานประสานกันได้จนถึงมี อาการสับสน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองให้ออกมาจากสภาพแวดล้อมที่หนาวเย็นได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือผู้ป่วยจะมีอาการหายใจและหัวใจเต้นช้า ตัวซีดเย็น ม่านตาขยาย และไม่รู้สึกรู้สิด

### การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

- ให้นำผู้ป่วยออกจากสภาพแวดล้อมที่หนาวเย็นให้เร็วที่สุด เช่น พาเข้ามาในบ้านซึ่งอบอุ่นกว่า ภายนอก เป็นต้น
- โทรศัพทเพื่อขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน
- หากเสื้อผ้าที่สวมใส่เปียก ให้ถอดเสื้อผ้าผู้ป่วยออก เช็ดตัวและศิระหะให้แห้ง
- พยายามให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะในส่วนหน้าอก คอ ศีรษะ และขาหนีบ โดยอาจใช้ผ้า ห่มไฟฟ้า หากไม่มีอาจใช้ผ้าที่แห้งห่มผู้ป่วยหลายๆ ชั้น หรือใช้ความร้อนจากร่างกายของผู้ ช่วยเหลือ โดยการกอดผู้ป่วย
- หากผู้ป่วยยังรู้สึกตัว อาจให้ดื่ม น้ำ หรือเครื่องดื่มอุ่นๆ ได้
- หากผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สิด และไม่มีชีพจร ให้เริ่มทำการช่วยชีวิตผู้ป่วยโดยการกดหน้าอก ซึ่งการคล่า ชีพจรและสังเกตการหายใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักทำได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีหัวใจเต้นช้า หรือ หายใจเข้ามาจมาก อย่างไรก็ตามหากคล่าชีพจรไม่ได้ หรือไม่แน่ใจก็ควรเริ่มช่วยชีวิตผู้ป่วยทันที<sup>9</sup>

### การป้องกัน

ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลถึงการปฏิบัติตัว ในสภาวะที่อากาศหนาวเย็น เช่น สวมใส่เสื้อผ้า หรืออุปกรณ์ป้องกันความเย็นอย่างเหมาะสม เป็นต้น และควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่อาจทำ ให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้



## เอกสารอ้างอิง

1. Berg RA, Hemphill R, Abella BS, Aufderheide TP, Cave DM, Hazinski MF, et al Part 5 : adult basic life support : 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2010; 122 Suppl 3: S685-705
2. American Diabetes Association. Executive summary: standards of medical care in diabetes-2013. *Diabetes Care*. 2013; 36 Suppl 1: S4-10
3. Edmonton Epilepsy Association. A guide for professionals and caregivers: epilepsy. [pamphlet]. Canada: Edmonton Epilepsy Association; 2011.
4. Jauch EC, Cucchiara B, Adeoye O, Meurer W, Brice J, Chan Y, et al. Part 11 : Adult stroke 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2010; 122 Suppl; 3 : S818-28.
5. Waters TA, Al-Salamah MA. Heat emergencies. In: Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, Cydulka RK, Meckler GD, editors, *Tintinalli's Emergency Medicine 7<sup>th</sup> ed*. China: McGraw-Hill; 2011. P. 1339-44
6. The National institute for Occupational Safety and Health. Heat stress [Internet]. 2013. [updated 2013 July 16; cited 2013 December 16]. Available from: <http://www.cdc.gov/niosh/topics/heatstress/>
7. Bessen HA, Ngo B. Hypothermia. In: Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, Cydulka RK, Meckler GD, editors. *Tintinalli's Emergency Medicine 7<sup>th</sup> ed* China: McGraw-Hill; 2011. P. 1335-39
8. The National institute for Occupational Safety and Health. Cold stress [Internet]. 2013. [updated 2013 July 11; cited 2013 December 16]. Available from: <http://www.cdc.gov/niosh/topics/coldstress/>
9. Hoek TL, Morrison LJ, Shuster M, Donnion M, Sinz E, Lavonas EJ, et al. Part 12: cardiac arrest in special situations 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2010; 122 Suppl 3: S829-61

## ภาคผนวก 8

กำหนดการการอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน (BLS) และการช่วยเหลือนภาวะ

ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในชุมชน

วันที่ 2 เมษายน 2564 เวลา 08.00 – 12.00 น.

ณ ห้องประชุมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

| เวลา             | กิจกรรม  | วิทยากร   |
|------------------|--|---|
| 08.00 – 08.30 น. | ลงทะเบียน  |   |
| 08.30 – 09.00 น. | พิธีเปิด (กล่าวต้อนรับและชี้แจงการจัดอบรม)                   | พว.ปาริชาติ ธนากุลรังสี<br>พว.ภัสราภรณ์ แก้วทองมา<br>พว.รวิสร่า แก้วกระเศรษฐ<br>พว.วสุทิดา นนทพันธ์ |
| 09.00 – 10.00 น. | ภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยของผู้สูงอายุในชุมชน และการดูแลเบื้องต้น | พ.ญ.พัชรี พุทธชาติ<br>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว<br>กลุ่มงานเวชกรรมสังคม<br>โรงพยาบาลสงขลา              |
| 10.00 – 10.15 น. | พักรับประทานอาหารว่าง  |   |
| 10.15 – 12.00 น. | การอบรมเชิงปฏิบัติการการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน                    | นพ.พงศกร ทองนุ่น แพทย์เวช<br>ศาสตร์ฉุกเฉินและทีมวิทยากรห้อง<br>อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลา     |

ภาคผนวก 9

แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) ของแต่ละชุมชน

| PCU      | ครั้งที่ 1                                      | ครั้งที่ 2                                     | ครั้งที่ 3                                      | ครั้งที่ 4                                      | ครั้งที่ 5                                      | ครั้งที่ 6                                     |
|----------|---|--|---|---|---|--|
| กุโบร์   | 13 ก.ย. 64<br>จันทร์<br>16.00 น. -<br>18.00 น.  | 20 ก.ย. 64<br>จันทร์<br>16.00 น. -<br>18.00 น. | 27 ก.ย. 64<br>จันทร์<br>16.00 น. -<br>18.00 น.  | 4 ต.ค. 64<br>จันทร์<br>16.00 น. -<br>18.00 น.   | 25 ต.ค. 64<br>จันทร์<br>16.00 น. -<br>18.00 น.  | 1 พ.ย. 64<br>จันทร์<br>16.00 น. -<br>18.00 น.  |
| พาณิชย์  | 31 ต.ค. 64<br>อาทิตย์<br>13.00 น. -<br>15.00 น. | 7 พ.ย. 64<br>อาทิตย์<br>13.00 น. -<br>15.00 น. | 14 พ.ย. 64<br>อาทิตย์<br>13.00 น. -<br>15.00 น. | 21 พ.ย. 64<br>อาทิตย์<br>13.00 น. -<br>15.00 น. | 23 พ.ย. 64<br>อาทิตย์<br>13.00 น. -<br>15.00 น. | 5 ธ.ค. 64<br>อาทิตย์<br>13.00 น. -<br>15.00 น. |
| เตาหลวง  | 27 ต.ค. 64<br>พุธ<br>16.00 น. -<br>18.00 น.     | 4 พ.ย. 64<br>พุธ<br>16.00 น. -<br>18.00 น.     | 11 พ.ย. 64<br>พุธ<br>16.00 น. -<br>18.00 น.     | 18 พ.ย. 64<br>พุธ<br>16.00 น. -<br>18.00 น.     | 25 พ.ย. 64<br>พุธ<br>16.00 น. -<br>18.00 น.     | 2 ธ.ค. 64<br>พุธ<br>16.00 น. -<br>18.00 น.     |
| ชลาทัศน์ | 24 ก.ย. 64<br>ศุกร์<br>16.00 น. -<br>18.00 น.   | 1 ต.ค. 64<br>ศุกร์<br>16.00 น. -<br>18.00 น.   | 8 ต.ค. 64<br>ศุกร์<br>16.00 น. -<br>18.00 น.    | 15 ต.ค. 64<br>ศุกร์<br>16.00 น. -<br>18.00 น.   | 22 ต.ค. 64<br>ศุกร์<br>16.00 น. -<br>18.00 น.   | 24 ต.ค. 64<br>ศุกร์<br>16.00 น. -<br>18.00 น.  |

