



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของ  
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาวะพึ่งพิง

Effects of Social Support Program on Level of Social Support and Quality of Life  
in Caregiver of Dependent Patients with Chronic Illness

ภัทริกา ปัญญา\*, บุปผา วิริยรัตนสกุล

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย 57100

Pattarika Panya\*, Buppar Viriyaratankul

School of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiang Rai 57100

\*Email : pattarika.pan@mfu.ac.th

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในภาวะพึ่งพิงจำนวน 60 ราย ที่อาศัยอยู่ในอำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่ม โดยกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีระยะเวลาการศึกษา 8 สัปดาห์ โดยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสร้างจากแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกฉบับย่อ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสูงกว่า ก่อนเข้าโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต ผู้ดูแล ผู้ป่วยเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคม

**Abstract**

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the social support level and quality of life of caregivers of dependent patients with chronic illnesses. The samples were 60 caregivers that were selected by targeted sampling method and divided into control and experimental



groups. Each group consisted of 30 caregivers. The control group received no special training. The experimental group received 8 weeks of social support program based on House's social support theory. The instruments for data collection were general questionnaires, WHO quality of life brief Thai. (Cronbach's alpha .823). and social support scale that was developed by researcher. (Cronbach's alpha .863). The data analysis used statistical mean, percentage, standard deviation, pair t-test and independent t-test.

The results indicated that experimental group had better posttest score of social support and quality of life than pretest score and more than control group. ( $p < 0.05$ ).

**Keywords :** Quality of life, caregiver, chronic illness, social support

## บทนำ

โรคเรื้อรังจัดว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี<sup>(1)</sup> การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้วยังส่งผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) ทั้งจากการรักษา การดำเนินของโรคและตลอดจนอาการข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ล้วนแล้วแต่ส่งผลทำให้เกิดความเครียด ความทุกข์ทรมาน และความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล<sup>(2)</sup> เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ย่อมต้องเป็นหน้าที่ของสมาชิกที่เหลือที่ต้องรับภาระในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และยังได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิก ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ดูแลช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย (ผู้ป่วยในภาวะพึ่งพิง) ซึ่งผู้ดูแลต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแลทั้งหมด<sup>(2)</sup> การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความสามารถช่วยเหลือตนเองต่ำหรือต้องการพึ่งพาผู้ดูแลสูงทำให้ผู้ดูแลต้องเสียเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมอย่างน้อย 12 – 13 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งจะต้องปฏิบัติแบบเดิมซ้ำ ๆ ในทุก ๆ วัน<sup>(3)</sup> ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโดยตรง ทำให้ผู้ดูแลขาดเวลาส่วนตัวในการทำกิจกรรมประจำวันของตนเองในด้านอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน หากผู้ดูแลไม่มีแรงจูงใจหรือไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ก็อาจจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมาในที่สุด<sup>(2)</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้เกิดความเครียดสะสมและเกิดผลเสียต่อสุขภาพ กล่าวคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้นเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่ไม่ควรมองข้าม ซึ่งระบบสุขภาพไทยปัจจุบันยังเน้นการให้การดูแลที่ผู้ป่วยเรื้อรังเป็นหลัก แต่ยังขาดความตระหนักถึงสวัสดิภาพของกลุ่มผู้ดูแลอยู่ ดังนั้น จึงถือว่าผู้ดูแลนั้นเป็น “ผู้ป่วยซ่อนเร้น (hidden patient)” ที่บุคลากรทางสุขภาพไม่ควรทอดทิ้ง<sup>(4)</sup> การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยนั้นถือว่าเป็นภาระที่หนักมาก ต้องกระทำทุกวันด้วยภารกิจเดิม ๆ ไม่มีเวลาส่วนตัว ขาดอิสระ ทำให้การเข้าสังคมลดลง<sup>(5)</sup> และผู้ดูแลยังต้องอดทนกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์หงุดหงิด โกรธ เอาแต่ใจ ไม่ยอมให้ความร่วมมือ<sup>(4)</sup> นอกจากนี้ ผู้ป่วยเรื้อรังบางรายยังมีอาการไม่คงที่ ทำให้ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษา ทำให้ต้องสูญเสียทั้ง

เวลา ค่าใช้จ่าย และเพิ่มความเครียดให้กับผู้ดูแลในที่สุด<sup>(6)</sup> พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากกว่าครึ่งมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดหลัง โรคกระเพาะ<sup>(7)</sup> เกิดความเครียดเรื้อรัง เหนื่อยล้า ไม่มีสมาธิ พักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า ลดการเข้าสังคม ทำให้ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมลดลง เห็นได้จากการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าได้รับความช่วยเหลือจากสังคมลดลง (social support)<sup>(6)</sup> และต้องการให้มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำ กำลังใจ และต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานท้องถิ่น<sup>(8)</sup> และในบางครั้งผู้ดูแลกลับกลายเป็นผู้ป่วยแทน ซึ่งทั้งหมดล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งสิ้น

คุณภาพชีวิต (quality of life) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความพึงพอใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อมหรือการกระทำกิจกรรมตามบทบาทและควบคุมโรคได้<sup>(9)</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง มากถึงร้อยละ 98.3 และมีเพียงแค่อ้อยู่ 1.7 ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี<sup>(10)</sup> คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง<sup>(2)</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญคือ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมดี จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>(2,11)</sup> การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น ประกอบด้วยการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ คือ 1) ด้านอารมณ์ ความรู้สึก ห่วงใย รัก และผูกพัน (emotional support) 2) ด้านการให้การช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือการบริการ (instrumental support) 3) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (information support) และ 4) ด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง (appraisal support)<sup>(12)</sup> พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา<sup>(2)</sup> สัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง<sup>(11)</sup> และโรคหลอดเลือดในสมอง<sup>(13)</sup> ซึ่งหากมีการปรับตัวที่ดีก็จะทำให้คุณภาพชีวิตผู้ดูแลดีขึ้น<sup>(2,11)</sup> โดยสรุปแล้ว พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และยังสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้<sup>(12-13)</sup> แต่อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยที่ชี้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยยังได้รับการสนับสนุนจากสังคมน้อยอยู่<sup>(5)</sup> ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงควรได้รับการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต และควรหาแนวทางในการปรับปรุงระบบงานดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป<sup>(2)</sup>

ในการวิจัยครั้งนี้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมถือว่าเป็นปัจจัยนำเข้า (input) คือ สิ่งเร้าตรงที่มากกระตุ้นให้ร่างกายเกิดการปรับตัว (process) และแสดงออกมาเป็นระดับคุณภาพชีวิต (output) ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นหนึ่งในบุคลากรทางการแพทย์ จึงเล็งเห็นความสำคัญของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง คือ การสนับสนุนทางสังคม และพบว่า งานวิจัยที่ศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีน้อยมาก ซึ่งส่วนมากเป็นการทำวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



มากกว่า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในภาวะพึ่งพิงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### สมมุติฐานการวิจัย

1. ระดับของการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ระดับของการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-posttest design) เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง 2) สามารถติดต่อสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์โดยใช้โปรแกรมไลน์ได้ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความมั่นคงในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.5 อำนาจการทำนายเท่ากับ 0.80<sup>(14)</sup> และกำหนดระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 ซึ่งนำมาคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 51 ราย และเพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยได้คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย จากนั้น จึงสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย โดยผู้วิจัยทำการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (matched pair) ในด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรุนแรงของโรคผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และระดับคุณภาพชีวิต โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันตามตัวแปรแทรกซ้อนที่ละคู่เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา การพักผ่อนนอนหลับ กิจกรรมยามว่าง การผ่อนคลายความเครียด สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคผู้ป่วย (รุนแรงน้อย มาก ปานกลางและรุนแรงที่สุด)

2. เครื่องมือประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม (social support scale) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามแนวคิดทฤษฎีการเหลือทางสังคมของ House<sup>(12)</sup> ซึ่งผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับแก้ตามคำแนะนำ และพิจารณาค่า IOC ตามเกณฑ์ของ Cox & Vargas<sup>(15)</sup> ได้ค่า IOC = 1.00 ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ คือ ฉันทสามารถเล่าปัญหาของฉันให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขฟังได้ ฉันได้รับการสนับสนุนในเรื่องวัสดุสิ่งของที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจากหน่วยงานของรัฐ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฉันได้รับข่าวสารในเรื่องการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ หรือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฉันได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในด้านต่างๆ โดยในแต่ละข้อมีการให้ระดับคะแนนเป็น 7 ระดับ จาก 1 = ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง 7 = เห็นด้วยมากที่สุด และแปลผลระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง จากนั้น ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย พบว่า มีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

3. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL – BREF –THAI)<sup>(16)</sup> เป็นเครื่องชี้วัดของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) รวมทั้งหมด 26 ข้อคำถาม (ความหมายทางบวก 23 ข้อและความหมายทางลบ 3 ข้อ) แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด) ซึ่งจัดได้ว่าเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือและถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย พบว่า มีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82

4. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House<sup>(12)</sup> ซึ่งโปรแกรมได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน โดยรายละเอียดในโปรแกรมประกอบด้วย

4.1 การใช้โปรแกรมไลน์ (line group application) เพื่อติดต่อสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพ แจ้งข่าว ให้ความรู้ คำแนะนำ และทำกิจกรรม จากทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้โปรแกรมไลน์สามารถทำให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนหรือญาติได้โดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องเวลาและสถานที่ และพบว่าการ ใช้ไลน์ยังเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน<sup>(17)</sup> มีการศึกษาถึงการใช้สื่อออนไลน์ (website) ในการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า การใช้สื่อออนไลน์สามารถเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมได้<sup>(18)</sup> โดยสมาชิกในกลุ่มไลน์ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และทีมผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างข้อตกลงในการใช้โปรแกรมไลน์ คือ 1) กลุ่มตัวอย่าง



สามารถติดต่อผ่านไลน์ส่วนตัวได้ในกรณีที่มีปัญหาที่อยากปรึกษาทีมวิจัย หรือ อสม. โดยตรง 2) ในการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์จะเป็นการสื่อสารที่เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึก ปัญหาในการดูแล และวิธีการแก้ปัญหา เป็นต้น โดยจะไม่มีการสื่อสารนอกเหนือประเด็น และกำหนดให้มีการสื่อสารอย่างน้อย 2 ครั้ง/สัปดาห์ 3) ในการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ จะไม่มีการส่งรูปของผู้ป่วยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย 4) ห้าม อสม. นำเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างเข้ามาปรึกษาไปเผยแพร่ให้ อสม. กลุ่มอื่น นอกจากทีมผู้วิจัย

4.2 การใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านด้วย อสม. ซึ่ง อสม. นั้น มีบทบาทสำคัญในการนำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และยังเป็นผู้ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชน<sup>(19)</sup> โดย อสม. จะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการให้การสนับสนุนด้านสังคมในด้านต่าง ๆ ก่อนที่จะเข้าไปให้การดูแลแก่กลุ่มตัวอย่าง และ อสม. จะได้รับการประเมินความรู้ในด้านการให้การสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการให้ความรู้เพื่อให้กลุ่ม อสม. มีความรู้ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งการดูแลโดย อสม. ในโปรแกรมนี้จะแตกต่างจากการดูแลที่มีอยู่เดิม คือ การดูแลเดิมจะเป็นการเน้นการให้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ติดบ้านติดเตียงเพียงอย่างเดียว เช่น การช่วยทำแผลกดทับ การเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับเจ้าหน้าที่อนามัย แต่การดูแลในโปรแกรมนี้นี้จะเน้นไปที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก เช่น การเข้าไปตรวจวัดความดันโลหิต การประเมินอาการผิดปกติเบื้องต้น การพูดคุยให้กำลังใจ การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลช่วยเหลือด้านการจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยทำการอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้น จึงเปิดโอกาสให้ผู้สนใจซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคล โดยที่ผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธได้ตามความสมัครใจโดยที่ไม่มีการบังคับใด ๆ และให้ผู้สนใจเข้าร่วมลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (inform consent form) และมีการชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบว่า มีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและเมื่อยุติหรือถอนตัวออกไปจากการวิจัย ข้อมูลจะไม่ถูกนำไปวิเคราะห์หรือนำเสนอที่ใด ซึ่งการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่รับรอง REH-64206 และคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่รับรอง CRPPHO No. 49/2561

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** การวิจัยในครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ โดยเริ่มตั้งแต่ เดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 โดยมีขั้นตอนดังนี้

**กลุ่มควบคุม** ได้รับการดูแลตามปกติจากหน่วยงานของรัฐ โดยที่ผู้วิจัยจะทำการประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมและระดับคุณภาพชีวิต ก่อน-หลัง ดำเนินการวิจัย คือ ช่วงก่อนเริ่มโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม

**กลุ่มทดลอง** ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม นาน 8 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมและระดับคุณภาพชีวิตก่อนเข้าโปรแกรม จากนั้นจึงดำเนินการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้



สัปดาห์ที่ 1 ทำการจับคู่ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับ อสม. คือ อสม. 1 คน ดูแลกลุ่มตัวอย่าง 2 คน และให้ อสม. เข้าไปเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพพร้อมกับจัดตั้งกลุ่มไลน์

สัปดาห์ที่ 2 – 8 ดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียด คือ

- กิจกรรมในโปรแกรมไลน์ ประกอบด้วย 1) การกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการพูดคุยสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ การกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างสื่อสารและพูดคุยอย่างต่อเนื่อง เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้สึก ประสบการณ์ ฯลฯ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง 2) ให้ข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลตนเองในการออกกำลังกาย หรือข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตนเอง หรือปัญหาอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างมี อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง 3) การกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินปัญหาที่ตนเองพบและกระบวนการแก้ไขปัญหา อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

- กิจกรรมของ อสม. ประกอบด้วยการเยี่ยมบ้านเพื่อเข้าไปพูดคุย สร้างสัมพันธ์ภาพ วัดความดันโลหิต ประเมินอาการผิดปกติเบื้องต้นและให้คำแนะนำในการดูแลแก้ไขปัญหา ให้การสนับสนุนช่วยเหลือสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการอย่าง น้อยสัปดาห์ละ 2 วัน

- กิจกรรมของทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย 1) การเยี่ยมบ้านเพื่อเข้าไปพูดคุยและให้การสนับสนุนช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับ อสม. จำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 8 2) พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างและ อสม.ในโปรแกรมไลน์ และ 3) ติดตามพูดคุยกับ อสม. เพื่อประเมินผลเป็นระยะ และให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาที่ อสม. พบขณะดูกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากครบ 8 สัปดาห์ผู้วิจัยทำการประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต หลังเข้าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและทำการประชุมอภิปรายเพื่อสรุปผลการทำกิจกรรม (group discussion) ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. และทีมวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มของระดับการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ pair t-test และ independent t-test เพื่อทดสอบสมมติฐาน

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 19 - 67 ปี อายุเฉลี่ย 50.90 ปี ส่วนมากมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.00 มีการรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยในความดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.33 มีระดับความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระดับดี ร้อยละ 91.67 และได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดูแลผู้ป่วยเป็นบางเวลา ร้อยละ 41.66 เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ t - test แล้วพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกัน ( $p > 0.05$ ) และพบว่าระดับแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน (แสดงในตารางที่ 1)



**ตาราง 1** การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
คุณภาพชีวิต	80.06	12.61	81.13	12.63	.327	.745
แรงสนับสนุนทางสังคม	17.26	4.64	18.60	3.22	1.290	.202

\*p<.05 แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ระดับการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต ก่อน - หลัง การทดลองของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ( $p > .05$ ) แต่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต ก่อน - หลัง การทดลองของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (แสดงในตารางที่ 2)

**ตาราง 2** การเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)				t	p-value	กลุ่มควบคุม (n = 30)				t	p-value
	ก่อน		หลัง				ก่อน		หลัง			
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
แรงสนับสนุนทางสังคม	17.26	4.64	24.36	2.53	10.04	.000*	18.60	3.22	18.46	2.78	.44	.658
คุณภาพชีวิต	80.06	12.61	90.06	11.99	4.04	.000*	81.13	12.63	80.86	11.08	.46	.643

\*p<.05 แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความแตกต่างของระดับการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าโปรแกรม เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test พบว่า มีความแตกต่างของระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (แสดงในตารางที่ 3)

**ตาราง 3** การเปรียบเทียบแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
แรงสนับสนุนทางสังคม	24.36	2.53	18.46	2.78	8.59	.000*
คุณภาพชีวิต	90.06	11.99	80.86	11.08	3.08	.003*

\*p<.05 แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ





## สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผลการศึกษาสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ว่า กลุ่มทดลองมีระดับการสนับสนุนทางสังคมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 10.04, p < .05$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 8.59, p < .05$ ) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House<sup>(12)</sup> ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆ การให้คำแนะนำ โดย อสม. และทีมวิจัย ถือว่าเป็นการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือการให้บริการ เช่น การจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เตียงนอนสำหรับผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น และด้านข้อมูลข่าวสารโดยการเข้าไปให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองและการดูแลผู้ป่วยเรื่อง 2) การใช้โปรแกรมไลน์เพื่อสื่อสารให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างเผชิญ (สื่อสารด้วยไลน์ตนเอง และผ่านไลน์ อสม.) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกต่างๆ ถือว่าเป็นการสนับสนุนทั้งในด้านข้อมูลข่าวสารและสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก นอกจากนี้ ในการเข้าไปเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง ยังพบว่า ผู้ดูแลส่วนมากจะเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 38.33) จึงต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่ง อสม. ที่เข้าไปให้การดูแล จะทำหน้าที่แทนกลุ่มตัวอย่างในบางครั้งที่กลุ่มตัวอย่างติดธุระหรือต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน ตลอดจน อสม. จะเป็นผู้จัดหาอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแล้วนำไปให้กลุ่มตัวอย่างในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถไปรับหรือจัดหาได้ด้วยตนเองได้ เช่น สำลี แอลกอฮอล์ อุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญตา บุญวาศ และคณะ<sup>(8)</sup> ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง มีความต้องการด้านวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

จากผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มทดลองส่วนมากมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.67) ซึ่งจากการทำสนทนากลุ่ม (focus group) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสาเหตุความเครียดหลักมาจากการในการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง และต้องการให้มีคนมาแบ่งเบา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญตา บุญวาศ และคณะ<sup>(8)</sup> ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้พิการที่ติดเตียงต้องการให้มีญาติหรือเพื่อนบ้านมาแบ่งเบาภาระในการดูแล ต้องการให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านบ่อย ๆ และจากการทำทำสนทนากลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองให้ข้อมูลว่า ภายหลังที่ อสม. เข้ามาเยี่ยมบ้าน ทำให้ตนรู้สึกผ่อนคลาย ได้พูดคุยระบายความรู้สึก รู้สึกว่ามีที่พึ่งมากกว่าเดิม และการที่มี อสม. มาเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ความช่วยเหลือพูดคุยให้กำลังใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกดีและผ่อนคลายความเครียดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรุณี ชุนหบดี และคณะ<sup>(20)</sup> ที่พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นจะมีระดับความเครียดและความเหนื่อยล้ามากขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทกาญจน์ ปักษี และคณะ<sup>(21)</sup> ที่ใช้โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติโรคหลอดเลือด พบว่า การเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดลดลง แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีเวลาในการพูดคุยผ่านไลน์เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านสัญญาณอินเทอร์เน็ตและภาระในการดูแลผู้ป่วย แต่เมื่อ อสม. มาเยี่ยมบ้านก็จะบอกกับ อสม. ให้สื่อสารแทนในบางครั้ง ดังนั้น ความถี่ในการเข้าไลน์ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์จึงมีน้อย แต่กลุ่มตัวอย่างกลับรู้สึกว่าได้มีโอกาสในการพูดคุยกับ อสม. มากขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ประกอบไปด้วย การเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลจาก อสม. ร่วมกับทีมวิจัย และการใช้โปรแกรมไลน์เพื่อติดต่อสื่อสารนั้น ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณได้รับการช่วยเหลือจากสังคมมากขึ้น มีที่พึ่งพิง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ได้รับการดูแลทางด้านจิตใจและร่างกาย และได้รับการแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยใน



บางครั้ง ทำให้ระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.04, p < .05$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.08, p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากโปรแกรมนั้นทำให้สามารถเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากมีการศึกษาวิจัย พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้<sup>(23)</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยของ เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ<sup>(11)</sup> ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ตลฤทัย บุญชู และคณะ<sup>(11)</sup> ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤษณีย์ คมขำ และคณะ<sup>(13)</sup> ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง ซึ่งหากผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นกัน<sup>(2,23)</sup>

จากการศึกษา จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ประกอบไปด้วยการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลจาก อสม. ร่วมกับทีมวิจัย และการใช้โปรแกรมไลน์เพื่อติดต่อสื่อสาร นั้นส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าได้มีการช่วยเหลือจากสังคมมากขึ้น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ ได้รับการแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยในบางครั้ง จึงส่งผลให้มีการปรับตัวได้ดี ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หากได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสังคม จะทำให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา

### ข้อเสนอแนะ

1. การใช้โปรแกรมไลน์เพื่อสื่อสารในกลุ่มตัวอย่างยังมีข้อจำกัดอยู่เนื่องจากความสามารถในการเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ต ดังนั้น กิจกรรมส่วนสื่อสารข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์จึงควรปรับปรุงให้มีความเหมาะสม
2. ควรมีการศึกษารายละเอียดในกลุ่มผู้ดูแลกลุ่มอื่นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงเป็นอย่างยิ่งที่มอบทุนอุดหนุนการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาในการทำวิจัย ตลอดจนผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้อย่างยิ่ง



## เอกสารอ้างอิง

1. Raghupathi W, Raghupathi V. An empirical study of chronic diseases in the United States: A visual analytics approach to public health. *J Environ Res Public Health*. 2018;15:(431):1-24.
2. ยาวลักษ์ณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญา ศรีธราพิพัฒน์, มณีรัตน์ พรหมณี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอโนนรมย์ จังหวัดชัยนาท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 2557;24(3):4-17.
3. Goy ER, Carter JH, Ganzini L. Needs and experiences of caregivers for family members dying with Parkinson disease. *J Palliative Care*. 2008;24:69-75.
4. สายพิน เกษมกิจวัฒนา, ปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2557;29(4):22-31.
5. Spence A, Hasson F, Waldron M, Kernohan G, McLaughlin D, Cochrane B, et al. Active careers: Living with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J of Palliative Nursing*. 2008;14(8):368-72.
6. Smith CE, Piamjariyaku U, Yardrich DM, Ross VM, Gajewski B, William AR. Complex home care: Part 3 - economic impact on family caregiver quality of life and patients' clinical outcome. *Nurs Eco*. 2010;28(6):393-9,414.
7. วรณการต์ ประไพ์ทั้ง, อมรรัตน์ ศรีอำไพวารภรณ์, ภานุ อุดกถัน. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. *วารสารกรมการแพทย์*. 2559;41(6):126-35.
8. ขวัญตา บุญวาศ, ธิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ขุนหบดี, นิรมิตตารา แว. ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 2560;4(1):205-16.
9. จันจิรา หินขาว, ยศพล เหลืองโสมนภา, นวนันท์ ปัทมสุทธิกุล, จีราภา ศรีท่าโฮ, สุกัญญา ชันวิเศษ, ปิยวดี พุดไทย. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2560;11:23-32.
10. วรณการต์ ประไพ์ทั้ง, อมรรัตน์ ศรีอำไพวารภรณ์, ภานุ อุดกถัน. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. *วารสารกรมการแพทย์*. 2559;41(6):126-30.
11. ดลฤทัย บุญชู, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, วิไลวรรณ ทองเจริญ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารสงขลานครินทร์*. 2558;35(2):61-78.
12. House JS. *Work stress and social support*. Reading, Canada: Addison Wesley, 1981.
13. กฤษณีย์ คมขำ, ดวงใจ รัตนธัญญา, กิรดา ไกรนุวัตร. ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2558;16(2):114-22.



14. นภรตสร กุรมาภิรักษ์, นภาพร แก้วนิมิตชัย, วนิดา ตรงค์ฤทธิชัย. ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. วารสาร มจร. วิชาการ. 2558;19(37):105-16.
15. Cox RC, Vargas JS. A comparison of item selection techniques for norm-referenced and criterion referenced test. Paper presented at the Annual Meeting of the National Council on Measurement in Education. Chicago: University of Pittsburgh; 1996.
16. สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล, วิรวรรณ ตันติวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ, ราณี พรหมานะจรัสกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. วารสารกรมสุขภาพจิต. 2551;5:4-15.
17. วิศปต์ชัย ชัยช่วย. การใช้ LINE ของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. E-Journal Silpakorn University. 2560;10:905-18.
18. Dam AEH, de Vugt ME, van Boxtel MPJ, Verhey FRJ. Effectiveness of an online social support intervention for caregivers of people with dementia: The study protocol of a randomized controlled trial. J Biomed Central. 2017;18:1-10.
19. สิริญา ไม้ป้อง, สมเดช พินิจสุนทร. ความรู้และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2559;4(2):291-305.
20. อรุณี ชุณหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา, สุนทรีภรณ์ ทองไสย. ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า. 2556;24:1-9.
21. นันทกาญจน์ ปักชี, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีตา มั่นคง, สิริรัตน์ ลีลาจรัส. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแลความเครียดการปรับตัวและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2559;22:65-80.
22. Morley D, Dummett S, Peters M, Kelly L, Hewitson P, Dawson J, et al. Factors influencing quality of life in caregivers of people with Parkinson's disease and implications for clinical guidelines. NPJ Parkinsons Dis. 2012;1-6.
23. Amendola F, Oliveira MA. Influence of social support on the quality of life of family caregivers while caring for people with dependence. J Rev Esc Enferm USP. 2011;45(4):884-9.