

ผลสัมฤทธิ์ของการใช้ Application Line ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน ต่อภาวะสุขภาพจิตของ  
ผู้ดูแล (Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา

A study of the results of using a Line Application in the development of  
home visit patterns on the mental health conditions of at-home caregivers of chronic  
patients at Phukamyao District, Phayao Province

นางบุษบา กิจตะวงค์

Mrs.Bussaba Kittawong

โรงพยาบาลภูพานยาว อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการใช้ Application Line ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล (Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา โดยทำการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล(Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ก่อนและหลังการใช้ Application Line และศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้ Application Line ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 63 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัญหาสุขภาพทั่วไป (General health questionnaire, GHQ-12) และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ต่อการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผ่าน Application line การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล(Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านก่อนและหลังการใช้ Application Line ใช้สถิติแบบ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล(Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านหลังการใช้ Application Line ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน มีคะแนน ( $\bar{x} = 0.37$ , S.D. = 0.49) ต่ำกว่าก่อนการใช้ Application Line ( $\bar{x} = 0.65$ , S.D. = 0.48) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการประเมินพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผ่าน Application line ทั้งในด้านกระบวนการ/ขั้นตอน ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการและด้านคุณภาพการให้บริการ ระดับดีมาก ( $\bar{x} = 4.65$ , S.D. = 0.47) ดังนั้นควรมีการนำการใช้ Application Line ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน ไปใช้กับกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่ม อสม. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือกลุ่มที่มีความจำเป็นในการเยี่ยมบ้านทุกกลุ่ม

**คำสำคัญ :** ภาวะสุขภาพจิต, ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน, Application Line, รูปแบบการเยี่ยมบ้าน

## Abstract

This quasi-experimental research aimed at study the results of using a Line Application in the development of home visit patterns on the mental health conditions of at-home caregivers of chronic patients by compare the mental health condition of at-home caregivers of chronic patients before and after using a Line Application and to study the at-home caregivers of chronic patients satisfaction toward the using a Line Application in the development of home visit patterns. The purposive sample was composed of 63 at-home caregivers of chronic patients at Phukamyao District, Phayao Province. A general health questionnaire (GHQ-12) and the assessment form of at-home caregiver satisfaction toward the using a Line Application in the development of home visit patterns were used as a research tool. Data were analyzed by using statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results revealed that 1) after using a Line Application in the development of home visit patterns, the post-mental health conditions score of at-home caregivers of chronic patients ( $\bar{x} = 0.37$ , S.D. = 0.49) was higher than the pre-score ( $\bar{x} = 0.65$ , S.D. = 0.48) with a significance of 0.01; 2) at-home caregivers of chronic patients had overall very high satisfaction toward the using a Line Application in the development of home visit patterns ( $\bar{x} = 4.65$ , SD=0.47). Therefore, this example of using a Line Application in the development of home visit patterns could be applied for other caregiver groups such as a group of health volunteers, pregnancy support group, or a group with need of home visits.

**Keywords:** Mental health conditions, at-home caregivers of chronic patients, Line Application, home visit patterns

## บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนไทยเปลี่ยนแปลงไปมากตามลักษณะโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงที่มีการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2563) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อที่ตามมาพร้อมความสูงอายุหรืออายุที่ยืนยาวขึ้นคือการเกิดภาวะความเจ็บป่วยต่างๆ จากข้อมูลรายงานสถานะสุขภาพประชาชนชาวไทยจากการสำรวจสุขภาพชาวไทยครั้ง

ที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็น ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น โดยการเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ทำให้ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการรักษาที่มีทั้งแบบไม่ใช้ยาคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรักษาด้วยยาตามลักษณะอาการของโรค ทั้งนี้วิทยาการเหล่านั้น ก็ยังไม่สามารถรักษาโรคเรื้อรังให้หายขาดได้ เนื่องจากการรักษาจะได้ผลหรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วย ถ้ามีการร่วมมือดีก็จะควบคุมอาการของโรคได้ แต่ถ้าควบคุมอาการของโรคไม่ได้ก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดผลของโรคที่รุนแรงมากขึ้น (ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ, 2553)

แม้ว่าความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมากมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจากภาวะวิกฤติไว้ได้ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรอดชีวิตมากขึ้น แต่การรอดจากภาวะวิกฤติยังส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรัง มีความพิการหรือทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การติดตามภาวะสุขภาพและการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ในขณะที่ในปัจจุบันจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และความยากลำบากของครอบครัว ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลกิจกรรมของผู้ป่วยต่อเนื่อง เป็นเวลายาวนาน ทำให้ต้องมีผู้ดูแล (Care giver) ที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ให้พ้นจากภาวะของโรคแทรกซ้อนและภาวะวิกฤตอื่น ๆ (ฐิตารัตน์ สารทองแดงและคณะ, 2563)

ผู้ดูแล (Care giver) คือ บุคคลที่ให้การดูแลด้านต่าง ๆ ตั้งแต่การให้การดูแลด้านการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (basic activities of daily living) จนถึงการดูแลที่ซับซ้อนแก่ผู้ได้รับการดูแล ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว นอกจากจะทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลต้องเปลี่ยนแปลงไป เพื่อตอบสนองต่อความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยแล้ว ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า ลำบากในการดูแล และเป็นภาระที่หนักอึ้งในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยาวนาน โดยจากการศึกษาของ มลธิรา อุดชุมพิสัยและนนทยา แสงทรงฤทธิ์ (2562) พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูลและองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยาวนาน รวมถึงการที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่ได้เตรียมตัวไว้มาก่อน มีความรู้ไม่เพียงพอ และได้รับคำแนะนำเพียงเล็กน้อยในการให้การดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลไม่ทราบถึงบทบาทในการดูแล ไม่คุ้นเคยกับลักษณะงานหรือปริมาณงานที่ต้องให้การดูแล รวมถึงไม่ทราบถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆที่มีอยู่ เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและก่อให้เกิดเป็นภาระผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญซึ่งจะต้องรับภาระหน้าที่หนักอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ในสภาวะกดดันและเครียด รวมถึงความรู้ที่มีในการดูแลอาจไม่ถูกต้องตามหลักการการดูแล ผู้ดูแลเกิดภาระเพิ่มขึ้นและท้ายที่สุด ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแล ต้องปรับตัวอย่างมาก (กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์, 2557) จากประเด็นปัญหาดังกล่าวจึงส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ปัญหาที่สำคัญคือ

ความเครียดในผู้ป่วยและผู้ดูแล (Care giver) จากการดูแลที่มากและยุ่งยาก ซับซ้อน รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแล (Care giver) จึงมีความต้องการการใช้บริการการพยาบาลที่บ้าน และการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านที่หลากหลายและเป็นระบบ ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลสุขภาพที่บ้าน จึงนำไปสู่การใช้ระบบสารสนเทศหรือ Application ที่สามารถสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

แอปพลิเคชันไลน์ (LINE) เป็นเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทุกคนเข้าถึง และมีการส่งต่อที่รวดเร็ว ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบริการ สามารถส่งได้ทั้งภาพเสียง ข้อมูล ที่เป็นรูปธรรม สามารถนำมาปรับประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ทางด้านสาธารณสุขได้ (ชาญชัย บุญเชิด, 2561) การเยี่ยมบ้านผ่านแอปพลิเคชันไลน์จึงเป็นการปรับเปลี่ยนระบบการให้บริการไปตามยุคสมัย พยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจึงควรมีการใช้ application line ในการเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ ตลอดจนให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเหมาะสม รวมไปถึงการป้องกันภาวะเสี่ยงต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น การเยี่ยมบ้านผ่าน Application line จึงมีความสำคัญ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ลดปัญหาความเครียด ความไม่พร้อมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้ (โสภภาพรรณ อินตะเฝือกและวรวรรณ ทิพย์วาริรมย์, 2562)

โรงพยาบาลกุ๊กมยาว อำเภอกุ๊กมยาว จังหวัดพะเยา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ระดับ F3 (ขนาด 10 เตียง) แห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา ทางโรงพยาบาลกุ๊กมยาวและเครือข่ายบริการสุขภาพตำบล ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลพะเยา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยการจัดบริการเยี่ยมบ้านที่ผ่านมา ได้ดำเนินการเยี่ยมโดยจัดรูปแบบการเยี่ยมความถี่ในการเยี่ยมตามประเภทของผู้ป่วย ในปัจจุบันการเกิดโรคระบาดของ COVID-19 ทำให้การติดตามเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเปลี่ยนแปลงไป ทำให้การเยี่ยมบ้านตามรูปแบบเดิมที่ต้องเยี่ยมที่บ้านต้องถูกจำกัด เกิดปัญหาความต่อเนื่องในการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะเกี่ยวกับการเตรียมตัวของผู้ดูแล การได้รับความรู้เพียงพอ และการได้รับคำแนะนำในการให้การดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลในสภาวะกดดันและเครียด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำรูปแบบการเยี่ยมบ้านผ่าน Application Line ในผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน อำเภอกุ๊กมยาว จังหวัดพะเยา เพื่อช่วยในการประเมินผลการเยี่ยมบ้าน และภาระของผู้ดูแลของผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน รวมถึงความพึงพอใจของผู้ดูแลของผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน เพื่อให้นำไปใช้ในการช่วยให้ผู้ดูแลลดความเครียดและความกดดัน ส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล(Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านก่อนและหลังการใช้ Application Line ในการให้บริการเยี่ยมบ้าน
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแล(Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน อำเภอภูพาน จังหวัดพะเยาต่อการใช้ Application Line ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน

## ระเบียบวิธีการวิจัย

### รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยทำการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 - เดือนตุลาคม 2564

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา : ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอภูพานยาว

กลุ่มตัวอย่างและวิธีการเลือกตัวอย่าง : ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอภูพานยาว ที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) โดยมีค่าคะแนน  $\leq 11$  คะแนน อายุ 18 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ ใช้ Application line เป็น มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดและเข้าใจการสื่อสารได้ จำนวน 63 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีจำนวน 8 ข้อ
  2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ต่อการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผ่าน Application line ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ เรียงลำดับคะแนน 5 ระดับ จากน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และ มากที่สุด และข้อคำถามอัตนัย 1 ข้อ ให้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89
- 2.3.3 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพทั่วไป (General health questionnaire, GHQ-12) นำมาจากกรมสุขภาพจิต ที่ได้ปรับแบบสอบถามของโกลด์เบิร์ก มาแปลเป็นภาษาไทยและปรับใช้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก การแปลผลมี 0 และ 1 คะแนน โดยข้อ ก. และ ข. มีค่าเท่ากับ 0 คะแนน ข้อ ค. และ ง. เท่ากับ 1 คะแนน ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะมีคะแนนเท่ากับ 2 คะแนนขึ้นไป (ธนา นิลชัยโกวิท, และคณะ, 2545) มีการวิเคราะห์หาค่าเชื่อมั่น ได้เท่ากับ 0.84 ถึง 0.94

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเงื่อนไข จำนวน 63 คน และนัดประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบการเยี่ยมบ้านผ่าน Application line และให้เซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามปัญหาสุขภาพทั่วไป (General health questionnaire, GHQ-12) ก่อนการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผ่าน Application line
3. ผู้วิจัยประชุมร่วมกับพยาบาลเยี่ยมบ้าน ในการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผ่าน Application line กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน โดยจะมีการเยี่ยมบ้านผ่าน Application line เป็นเวลา 4 สัปดาห์
4. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจะรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามปัญหาสุขภาพทั่วไป (General health questionnaire, GHQ-12) หลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผ่าน Application line ครบตามกำหนดเวลา และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ต่อการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผ่าน Application line
5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้และตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ และร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนจากแบบสอบถามปัญหาสุขภาพจิต (GHQ-12) ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบแบบที่ (Dependent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
3. ข้อมูลจากแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา (เลขที่ 24/2564 ลว. 19 ตุลาคม 2564)

#### ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 58.73 และ 41.27 ตามลำดับ) อยู่ในช่วงอายุ 45-49 ปีมากที่สุด ร้อยละ 28.57 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 23.81 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 36.51 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.63 ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 34.92 และ 20.63 ตามลำดับ เกินกว่าครึ่งมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเรื้อรัง ในฐานะ สามเณร/ภรรยา และ บุตร/ธิดา ร้อยละ 36.51 และ 34.92 ตามลำดับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1 ปีมีมากที่สุด ร้อยละ 36.51 โดยการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรังที่มีมากที่สุด คือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 42.86 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล(Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอภู  
 กามยาว (n = 63 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	41.27
หญิง	37	58.73
อายุ(ปี)		
25-29 ปี	1	1.59
30-34 ปี	8	12.70
35-39 ปี	15	23.81
40-44 ปี	9	14.29
45-49 ปี	18	28.57
50-54 ปี	11	17.50
55-59 ปี	1	1.59
ศาสนา		
พุทธ	63	100
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	7	11.11
ประถมศึกษา	23	36.51
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	20.63
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6	9.52
อนุปริญญา/ปวส.	6	9.52
ปริญญาตรี	5	7.94
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	3	4.76
อาชีพ		
เกษตรกร	22	34.92
รับจ้าง	13	20.63
รับราชการ	12	19.05
ค้าขาย	6	9.52

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พนักงานเอกชน	5	7.94
แม่บ้าน	5	7.94
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
สามี/ภรรยา	23	36.51
บุตร/ธิดา	22	34.92
พี่/น้อง	12	19.05
ญาติ	6	9.52
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
1 ปี	23	36.51
2 ปี	14	22.22
3 ปี	13	20.63
4 ปี	7	11.11
5 ปี	6	9.52
โรคของผู้ป่วยที่ดูแลอยู่		
โรคหลอดเลือดสมอง	27	42.86
โรคมะเร็ง	14	22.22
โรคหัวใจวายเรื้อรัง	10	15.87
สมองเสื่อมและอัลไซเมอร์	3	4.76
โรคไตวาย เรื้อรัง	9	14.29

ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล(Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านก่อนและหลังการใช้ Application Line ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน พบว่า คะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล(Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านหลังการใช้ Application Line ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน มีคะแนนดีกว่าก่อนหลังการใช้ Application Line อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2



**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล(Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านก่อนและหลังการใช้ Application Line ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน

	ก่อนการใช้ Application Line (mean±S.D.)	หลังการใช้ Application Line (mean±S.D.)	t	p-value
คะแนนภาวะสุขภาพจิตของ ผู้ดูแล (Care giver) ผู้ป่วย เรื้อรัง	0.65+0.48	0.37+0.49	3.446*	0.001

\*ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการประเมินพบว่า ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ต่อการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผ่าน Application line อยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.65 (SD=0.47) โดยในด้านกระบวนการ/ขั้นตอนและด้านคุณภาพการให้บริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.66 (SD=0.47) ส่วนด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 4.63 (SD=0.48) ซึ่งแต่ละด้านอยู่ในระดับดีมาก ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความพึงพอใจของของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ต่อการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผ่าน Application line

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
<b>1.ด้านกระบวนการ/ขั้นตอน</b>	4.66	0.47	ดีมาก
1.1 มีการติดต่อนัดหมายก่อนการเยี่ยมทุกครั้ง	4.62	0.49	ดีมาก
1.2 ได้รับการดูแลช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษาที่เหมาะสม กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.65	0.48	ดีมาก
1.3 ใช้ระยะเวลาในการติดต่อเยี่ยมเหมาะสม	4.76	0.43	ดีมาก
1.4 มีความสะดวกในการติดต่อเจ้าหน้าที่/ช่องทาง/ วิธีการขอรับบริการหรือสอบถามข้อมูล/เสนอข้อคิดเห็น/ ร้องเรียน	4.77	0.42	ดีมาก
1.5 มีคนในชุมชนมาสนับสนุนช่วยเหลือ	4.50	0.50	ดีมาก
<b>2. ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการ</b>	4.63	0.48	ดีมาก
2.1 มีความสุภาพ อ่อนน้อม มีมนุษยสัมพันธ์	4.68	0.47	ดีมาก

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปรผล
2.2 มีความเอาใจใส่รับฟังปัญหา กระตือรือร้น เต็มใจให้บริการ	4.64	0.48	ดีมาก
2.3 มีความสามารถ เชี่ยวชาญในการให้บริการ	4.69	0.47	ดีมาก
2.4 มีสื่อ ช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่สะดวกรวดเร็ว	4.72	0.45	ดีมาก
2.5 ได้รับความสะดวกในการยื่นอุปรณ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้าน	4.45	0.50	ดีมาก
<b>3. ด้านคุณภาพการให้บริการ</b>	4.66	0.47	ดีมาก
3.1 ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยได้	4.66	0.48	ดีมาก
3.2 ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นใจที่มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษา	4.73	0.45	ดีมาก
3.3 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น	4.59	0.49	ดีมาก
<b>รวม</b>	4.65	0.47	ดีมาก

### การอภิปรายผล

จากผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล (Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านก่อนและหลังการใช้ Application Line ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน พบว่า คะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล (Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านหลังการใช้ Application Line ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน มีคะแนนดีกว่าก่อนหลังการใช้ Application Line อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า ผู้ดูแล (Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน เมื่อมีภาระการดูแลผู้ป่วยจะมีสาเหตุของความวิตกกังวลมาจากการไม่รู้อาการของผู้ป่วย วิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเมื่อความวิตกกังวลที่รุนแรงมากขึ้น หากผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองและผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเพียงพอ จะมีความรู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในระดับสูง (ชลการ ทรงศรีและคณะ, 2019) แต่เมื่อผู้ดูแล (Care giver) ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ได้มีการใช้ Application Line ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย วิธีการดูแลตนเองและผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเพียงพอ จะทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดน้อยลง ทำให้พฤติกรรมการดูแลทำได้ดี โดยไม่เกิดภาระหนักต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของแสงทอง อีระทองคำ และคณะ (2557) พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ค่าเฉลี่ยความดันเลือดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตาม ทางโทรศัพท์ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและทำให้ควบคุมความดันเลือดได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ อีระนิตย์ อุณหล้ำ (2558) พบว่าข้อดีของ Application LINE คือ 1. Application LINE มีอุปกรณ์รองรับที่หลากหลาย สามารถทำให้เข้าถึงได้ง่าย 2. มีความเป็นส่วนตัว เมื่อผู้ที่มีจำนวนเพื่อนในไลน์มากขึ้น ผู้ใช้สามารถเลือกรับหรือปฏิเสธข้อความด้วยการไม่โต้ตอบ 3. ช่วยเพิ่มสีสันและควมมีชีวิตชีวาให้กับการสนทนา 4. ประหยัดค่าใช้จ่ายในการสนทนาทางโทรศัพท์ 5. ผู้ป่วยสามารถติดต่อนักสังคมสงเคราะห์นอกเวลาราชการได้ เมื่อมีความจำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาจากนักสังคมสงเคราะห์ในเวลาวิกฤตหรือช่วงเวลาที่ต้องการคำปรึกษาเร่งด่วน 6. ทำให้การพูดคุยกับผู้ป่วยผ่าน Application LINE ให้ความรู้สึกใกล้ชิดกันกว่าเดิม ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วย สอดคล้องกับ การศึกษาของ อารีรัตน์ เนติวัชรเวช (2563) พบว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศ มีอัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน อัตราผู้ป่วยควบคุมภาวะโรคสามารถดูแลตนเองได้ อัตราผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน และอัตราข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ส่งถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วัน เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการประเมินพบว่า ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ต่อการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผ่าน Application line อยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.65 (SD=0.47) โดยในด้านกระบวนการ/ขั้นตอนและด้านคุณภาพการให้บริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากันที่ 4.66 (SD=0.47) ส่วนด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 4.63 (SD=0.48) ซึ่งแต่ละด้านอยู่ในระดับดีมาก โดยจะพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน มีความพึงพอใจในเรื่องของ ความสะดวกในการติดต่อเจ้าหน้าที่/ช่องทาง/วิธีการขอรับบริการหรือสอบถามข้อมูล/เสนอข้อคิดเห็น/ร้องเรียน มีสื่อ ช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่สะดวกรวดเร็ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นใจที่มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญชัย บุญเชิด (2561) พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE) มีแกนนำเครือข่ายในระดับพื้นที่ โดยมีผู้รับผิดชอบที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อน ซึ่งอาจเป็นผู้นำชุมชน อปท. อสม. จนท. รพ.สต. ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี มีการเข้าถึงการบริการแม้จะอยู่ในท้องถิ่นทุรกันดาร สอดคล้องกับ การศึกษาของ อารีรัตน์ เนติวัชรเวช (2563) พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและทีมดูแลต่อเนื่องมีความพึงพอใจต่อใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศในระดับมาก ในด้านกระบวนการ/ขั้นตอนให้บริการ ด้านความครบถ้วนของข้อมูล การติดต่อสื่อสารและ ด้านคุณภาพของการให้บริการ ดังนั้นควรนำรูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศมา ประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป นอกจากนี้ นางสาวสุรีย์รัตน์

ธนากิจ (2563) ได้เสนอแนวทางการปฏิบัติงานเรื่อง การทำงานเชิงรุกในชุมชนอย่างไรให้ปลอดภัย-19 โดยในส่วนของการทำงานที่บ้านผู้ป่วย มีการปรับรูปแบบการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและอสม. เพื่อลดการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย ได้แก่ (1) มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีทักษะการใช้ Application ในการดูแลผู้ป่วย เช่น Line VDO Calling ส่งข้อมูลค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านมาให้ผู้จัดการดูแล (Case manager) ทราบและให้ญาติมารับยาแทนผู้ป่วย หรือ อสม. นำส่งยาให้ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ (2) สหวิชาชีพปรับลดการเยี่ยมบ้าน ให้สัมผัสผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นโดยฝากพยาบาลชุมชนที่ออกไปทำหัตถการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ให้ช่วยดูแลผู้ป่วยแทน เช่น การเตรียม lab การบริหารยา เป็นต้น (3) ในผู้ป่วยระยะท้ายมีการปรึกษาทาง Line Group กับทีม Palliative care ของโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสมร่วมกับครอบครัว เน้นการเยี่ยมทางโทรศัพท์ หรือใช้ Line application ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้ป่วยยังสามารถเลือกเสียชีวิตที่บ้านได้ไม่ต่างจากเดิมหรือก่อนการระบาดของ COVID-19

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำการใช้ Application Line ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน ไปใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพอื่นๆ เพื่อเป็นการขยายขอบเขตงานบริการให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด
2. ควรมีการนำการใช้ Application Line ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน ไปใช้กับกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่ม อสม. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือกลุ่มที่มีความจำเป็นในการเยี่ยมบ้านทุกกลุ่ม

#### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลือสนับสนุนอย่างยิ่ง จากรองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์เดชา ทำดี กลุ่มงานวิชาการสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่เป็นพี่ปรึกษาและช่วยตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิง อรนุช แก้วเทพ นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูพานยาว คุณมนตรี วิลาชัย สาธารณสุขอำเภอภูพานยาว ขอขอบคุณพยาบาลเยี่ยมบ้านทุกท่านในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอภูพานยาวที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำแก้ไขตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการค้นคว้าในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านทุกท่านที่ได้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย จนทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จได้ด้วยดี

#### เอกสารอ้างอิง

กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ และคณะ. (2557). การบูรณาการวิจัย, ชุมชนเป็นรากฐานการเรียนรู้, สุขภาพผู้สูงอายุ.

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25 (1), 125-132.

- ชนัญชิตุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรารัตน์ ลาวัจ. (2553). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของ  
ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4 (1), 62-75.
- ชลการ ทรงศรี, และณรงค์ จันทน์แก้ว. (2019). ผลของการให้คำปรึกษาต่อความสามารถเผชิญปัญหาใน  
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 22 (2), 50-59.
- ชาญชัย บุญเชิด. (2561). การติดตามผู้ป่วยพิการ ติดเตียง มะเร็ง และการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ  
โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์(LINE) ในเขตพื้นที่ ตำบลโพรงงาม หนองหมี กำแพง เทศบาลกุดชุม  
อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(5), 920-926.
- ฐิตารัตน์ สารทองแดง, และกสิณแก้ว จันทน์หงษ์. (2563). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแล  
ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36 (3), 317-328.
- ธีระนิตย์ อุ่นหล้า. (2558). รายงานผลการดำเนินการ โครงการพัฒนาคุณภาพ เรื่อง ทดลองประยุกต์ใช้  
*Application LINE ในการติดตามผู้ป่วย ภายหลังออกจากโรงพยาบาล*. ปทุมธานี. งานสังคม  
สงเคราะห์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- มลธิรา อุดชุมพิสัย, และนันทิยา แสงทรงฤทธิ์. (2562). ความต้องการและความพร้อมในการดูแลของญาติ  
ผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม: การศึกษาแบบผสม. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 13 (1), 261-  
281.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*.  
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสงทอง ธีระทองคำ, ญัฐริรา ประสาทแก้ว, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2557). ผลของโปรแกรมการเยี่ยม  
บ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความ  
ดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 20 (3), 356-371.
- อารีรัตน์ เนติวัชรเวช (2563) ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรม  
สารสนเทศในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร *วารสารการพยาบาล  
และการดูแลสุขภาพ*, 38 (2), 178-187.
- โอภาส อัครโรจน์พงษ์. (2563). ความชุกของปัญหาภาวะดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง  
ในอำเภอนาม่วง จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39 (1), 35-49.