

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลความสามารถในการทำกิจกรรม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

Results of Program for Promoting Caregiver's Ability in Continuing Care on Caregiver's Ability, Functional Ability, and Complications in Ischemic Stroke Patients

สวรินทร์ หงษ์สร้อย^{1/}, วัลภา คุณทรงเกียรติ^{1/} และ เขมารดี มาสิงบุญ^{1/}
Sawarin Hongsoi^{1/}, Wanlapa Kunsongkeit^{1/} and Khemaradee Masingboon^{1/}

Abstract: This two-group post test quasi-experimental research aimed to study the effects of program for promoting caregiver's ability in continuing care on caregiver's ability, functional ability, and complications in ischemic stroke patients. The samples were ischemic stroke patients and their caregivers in Kabinburi Hospital. Thirty samples were recruited into experimental and control group equally. Fifteen caregivers in the experimental group received program for promoting caregiver's ability in continuing care including preparation period while their patients were in the hospital and promoting period after the patients discharged home. This program was developed by the researcher based on Caregiving Dynamics by Williams (2008). Fifteen caregivers in the control group received usual care. The program was evaluated at the forth week using two Caregiver's Ability Assessment Forms consisting of low and moderate levels of caregiver's ability, Patient's Functional Ability Assessment Form, and Risk of Complications Assessment Form consisting of lungs' infection, urinary tract infection and pressure sore. Descriptive statistics, independent t-test, and chi-square were computed to analyze the data.

The results showed as follow:

1. The caregivers in the experimental group who took care of patients with devices and without devices had significantly higher score of caregiver's ability than those in the control group ($t = -10.087$, $df = 14$, $P < .001$ and $t = -4.538$, $df = 12$, $P < .001$)
2. The score of functional ability of patients in the experimental group was not significantly higher than the score of the control group ($t = -8.51$, $df = 28$, $P = .201$)
3. The numbers of complications of pneumonia and pressure sore in patients of the experimental group were significantly different from the numbers of complications of the control group (Fisher's Exact test = 6.00, $df = 1$, $P = .021$, $\chi^2 = 11.56$, $df = 2$, $P = .003$) whereas there was not different in urinary tract infection

^{1/}ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี 20131

^{1/}Department of Nursing Science, Faculty of Nursing, Burapha University, Chon Buri 20131, Thailand

between the two groups (Fisher's Exact test = 2.14, df = 1, p = .241)

This result indicated that medical nurses are able to implement this program so to enhance ability of ischemic stroke caregivers continually leading to recovery and prevent probable complications.

Keywords: Continuing care, caregiver, caregiver's ability, ischemic stroke

บทคัดย่อ: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบึงนารางและผู้ป่วยคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองผู้ดูแลได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือน ประกอบด้วยการเตรียมความพร้อมระหว่างผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และส่งเสริมความสามารถอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย ภายใต้แนวคิดความเป็นพลวัตในการดูแลของผู้ดูแลของวิลเลียม (Williams, 2008) กลุ่มควบคุม ผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ ประเมินผลของโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 ด้วยแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมระดับต่ำ และ ระดับปานกลาง แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย และแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย โรคปอดติดเชื้อ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และ การเกิดแผลกดทับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที่แบบอิสระต่อกัน (independent t-test) และสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า

1. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์พิเศษ และดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์พิเศษ มีคะแนนความสามารถในการดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.08$, $df = 14$, $P < .001$ และ $t = -4.53$, $df = 12$, $P < .001$)
2. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.51$, $df = 28$, $P = .021$)
3. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคปอดติดเชื้อ และแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher's Exact test = 6.00, $df = 1$, $P = .021$, $\chi^2 = 11.56$, $df = 2$, $P = .003$) ส่วนจำนวนการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ กลุ่มทดลองแตกต่างจาก กลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher's Exact test = 2.14, $df = 1$, $P = .241$)

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม สามารถนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นฟูหายจากโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้

คำสำคัญ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแล ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

คำนำ

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) เป็นความเจ็บป่วยทางระบบประสาทที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในผู้ป่วยเกิดขึ้น ได้แก่ ความบกพร่องในการสื่อสาร ผู้ป่วยจะพูดไม่ชัด (dysarthria) หรือไม่สามารถพูดเป็นคำและประโยคได้ (aphasia) มีอาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก มีปัญหาในการทรงตัว การเดิน การใช้สายตาเพื่อการมองเห็น รวมทั้งกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวกลืน การขับถ่ายปัสสาวะมีความผิดปกติ (Flynn *et al.*, 2008) นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติในด้านความรู้สึกนึกคิด ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจ เรียนรู้ หรือคิดคำนวณอย่างเช่นปกติได้ (นันทยา, 2553) จากความบกพร่องดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 40 จะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Manns *et al.*, 2009) ซึ่งเป็นความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากการสำรวจพบการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก ในประเทศไทยพบร้อยละ 75 (สุภาพร, 2547) และในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ภายในระยะเวลา 28 วัน พบการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยการเกิดภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 19.4 ประกอบด้วย การติดเชื้อที่ปอดจากการสำลักร้อยละ 76.8 การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 74.6 เกิดแผลกดทับร้อยละ 65 (ฝ่ายสถิติและเวชระเบียนโรงพยาบาลกบินทร์บุรี, 2553)

การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น คือ การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้สามารถกลับมาทำกิจกรรมด้วยตนเองได้โดยเร็ว และเป็นไปอย่างต่อเนื่องแม้ผู้ป่วยจะไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล (Tan *et al.*, 2009) บุคคลที่มีความสำคัญในการทำให้การดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ สมาชิกในครอบครัวที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Williams, 2008) จากการศึกษาถึงการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลพบว่า ใน 1 สัปดาห์แรก ผู้ดูแลจะเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลเนื่องจาก ขาดความรู้ และทักษะในการดูแล ผิดกับ ขาดการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ไม่กล้าตัดสินใจ ไม่มีกำลังใจในการดูแล เกิดเป็น

ความเครียดเกิดขึ้น (จรี, 2550; สิริขชา, 2551; อ้อมใจ, 2551; Houts *et al.*, 1996) ความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแลจะมีความเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในระยะเวลา 1 เดือนแรก หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นช่วงเวลาที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายและรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด (Adams, 2003) ซึ่งความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และสภาวะทางร่างกายของผู้ดูแลจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการทราบเรื่องข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 74.20 ด้านการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันร้อยละ 70.40 การดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง แม้ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลร้อยละ 70 (อริญญา, 2550) และผู้ดูแลที่ขาดความรู้และทักษะในการดูแลที่บ้านจะไม่มีความมั่นใจและไม่กล้าปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วย (สิริขชา, 2551) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจจะพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านภายในระยะเวลา 1 เดือน ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลความสามารถในการทำกิจกรรม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด โดยจะทำการศึกษาในบริบทโรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งพบปัญหาดังการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ซึ่งจะนำมาซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดและทฤษฎี

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดความเป็นพลวัตในการดูแล (caregiving dynamics) ของวิลเลียมมาใช้เป็นกรอบแนวคิด (Williams, 2008) ซึ่งมีองค์ประกอบด้วยกัน 6 ประการ นำมาสู่การพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะแรก เป็นระยะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย เตรียมความพร้อมของผู้ดูแลด้วยการ ประเมินปัญหา ความต้องการด้านข้อมูล

ของผู้ดูแลแต่ละคน เพื่อให้ทราบความแตกต่างของผู้ดูแลแต่ละคน (new insight) และให้ความรู้ที่มีแบบแผนด้วย การให้เรียนรู้เรื่องโรค และสอนทักษะที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งฝึกทักษะจนสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ (support) และมีการสร้างข้อตกลงหรือข้อผูกมัดในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล (commitment) โดยการสะท้อนความเจ็บป่วยในผู้ป่วยให้ผู้ดูแลเห็นใจในความเจ็บป่วย มีความสามารถในการเจรจาต่อรอง (negotiation) วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมด้วยความรู้และเข้าใจในการดำเนินของโรคมีความคาดหวังการเจ็บป่วยอย่างมีเหตุผล (expectation management)

ระยะที่สอง เป็นระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน จนกระทั่งผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำ มีการติดตามด้วยโทรศัพท์ และติดตามเยี่ยมที่บ้านเพื่อทำการประเมินผู้ดูแลด้านร่างกายและจิตใจ การให้กำลังใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลได้เห็นคุณค่าในการได้รับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยและมีทัศนคติที่ดี รวมทั้งประเมินในเรื่องความสามารถในการดูแล พร้อมกับส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสมรรถภาพ การดูแลด้านจิตใจตามบริบทของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม และผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ

3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถอย่างต่อเนื่อง มีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมมากกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้รับการดูแลโดย ผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีจำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดหลังการทดลอง (two groups post test only design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุ

จากการตีบ หรือ อุดตัน มีระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง อยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ (18-35) ถึงระดับปานกลาง (36-53) โดยประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (functional independent measure) ที่พัฒนาขึ้นโดยเวด และแลงตัน (Wade & Langton, 1987) ซึ่งมีการแปลและปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทคนไทย โดย จัตุยา และภาริส (2542) และผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสังคมหรือกฎหมาย พักอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันและให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

การออกจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดสมองแตกเกิดขึ้น รวมถึงผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยด้วยการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปอดติดเชื้อจากการสำลัก ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และผลกดทับความรุนแรงระดับ 3 ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) โดยการทบทวนวรรณกรรมที่คล้ายคลึงกัน 1 เรื่อง คือ ผลของการพยาบาลสนับสนุนให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของนิภาภัทร (2548) พบว่าในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความสามารถในการดูแลเฉลี่ย 96.20 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการดูแลเฉลี่ย 63.20 และมีคะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม 40.11 (นิภาภัทร, 2548) สามารถคำนวณหาขนาดอิทธิพลจากสูตร (Hedges, 1982 อ้างถึงใน บุญใจ, 2550) แล้วแทนค่าในสูตร และกำหนดแอลฟา = .05 และเบต้า $1-\beta = 0.8$ เมื่อนำไปเปิดตารางของ โพลิต แอนด์ ฮังเลอร์ (Polit et al., 1995 อ้างถึงใน บุญใจ, 2550) ไม่มีค่า effect size ตามที่กำหนด จึงได้ เลือกว่าค่าที่ใกล้เคียงที่สุด โดยยึดค่าที่ต่ำกว่าค่าที่คำนวณได้ เพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดชนิดที่ 2 จึงได้ใช้ค่า effect size = .80 ซึ่งจัดอยู่ในขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะต้องใช้ในการศึกษา คือ กลุ่มละ 15 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความเป็นพลวัตในการดูแลของวิลเลียม (Williams, 2008) ร่วมกับการทบทวนเอกสาร ตำราวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด สำหรับผู้ดูแลผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ผ่านการพิจารณาความถูกต้อง เหมาะสม ความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งหมด 5 ท่านได้ค่า CVI .85 มีการปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้ และ วิดีทัศน์ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองจัดทำขึ้นโดยสถาบันประสาทวิทยา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และ ผู้ดูแล

2.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (functional independent measure: FIM) ที่พัฒนาขึ้นโดย เวด และแลงตัน (Wad & Langton, 1987) มีการแปลและปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทคนไทย โดย จัตุยา และภาริส (2542) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เกี่ยวกับด้านร่างกาย 13 ข้อ ด้านความจำ การสื่อสาร 5 ข้อ มีการให้คะแนนเป็นแบบ ranking scale ดังนี้

ระดับคะแนน 18-35 หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่ำ

ระดับคะแนน 36-53 หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมปานกลาง

ระดับคะแนน 54 ขึ้นไป หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมสูงนำเครื่องมือมาหาค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟา เท่ากับ .96

2.3 แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดปอดติดเชื้อ แบบประเมินการความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

และแบบประเมินการเกิดแผลกดทับ ได้ค่า CVI .82, .82 และ 1.00 ตามลำดับ

2.4 แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ จารีก (2545) แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถระดับต่ำซึ่งได้รับการสอดใส่อุปกรณ์พิเศษ เช่น สายสวนปัสสาวะ และสายยางให้อาหาร มีข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ และ กรณีดูแลผู้ป่วยมีความสามารถระดับปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับทราบได้เอง และปัสสาวะได้เอง มีข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ แบบประเมินชุดนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รวมทั้งการอธิบายให้เข้าใจ ว่าการศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ไม่มีผลต่อการดูแลรักษา และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนด โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอม ในการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงทำการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา และได้แนะนำเสนออนุมัติการวิจัย จากโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการใช้แบบประเมิน โดยนำแบบประเมินที่มีทั้งหมดไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการใช้แบบประเมินและไม่มีข้อสงสัย ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมวิจัย กลุ่มควบคุม ผู้ดูแลได้รับการ

ส่งเสริมความสามารถตามปกติ มีการประเมินผลในผู้ป่วยและผู้ดูแลในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลอง มีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ด้วยการประเมินปัญหาและความต้องการด้านข้อมูล และสนับสนุนความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ โดยดูวิธีทัศน ให้คู่มือสาธิตทักษะการดูแลผู้ป่วยครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการฟื้นฟูสภาพ และ การดูแลด้านจิตใจ และมีการสาธิตย้อนกลับ พร้อมฝึกทักษะจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน มีการติดตามด้วยโทรศัพท์กับผู้ดูแลในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ติดตามที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ครอบคลุม และให้กำลังใจประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4 ที่ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลโดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และ ผู้ดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลทั้งกลุ่มด้วยสถิติไคแอสควร์

2. คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และ คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย มีการวิเคราะห์ด้วย สถิติที่ 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

3. จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ข้อมูลทั้งกลุ่มด้วยสถิติไคแอสควร์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 72 ปี กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย 9 คน กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 53.33 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 93.33 และ 100 ทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 และ 46.67 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 46.67 และ 40 นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 26.67 ทั้งสองกลุ่ม มีอาการอ่อนแรงด้านขวามากที่สุด ร้อยละ 60 และ 53.3 ตามลำดับ มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมระดับต่ำจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 ระดับปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70 และเมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองอยู่ในกลุ่มอายุ 41-50 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.8 คิดเป็นร้อยละ 46.7 กลุ่มควบคุมอยู่ในกลุ่มอายุ 51-60 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.8 คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.67 และ 60 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 33.33 กลุ่มควบคุมมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 46.67 มีรายได้ ต่อเดือน 5,100-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.33 และ 40.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 และ 66.66 ผู้ดูแลทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็น ร้อยละ 100 เป็นบุตรผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 80 และ 53.33 ตามลำดับและผู้ดูแลทั้งหมดไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปด้วย สถิติไคสแควร์ พบว่า ผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

2. การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลภายหลังการทดลอง

โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมระดับต่ำ ซึ่งได้รับการสอดใส่อุปกรณ์พิเศษ และระดับปานกลางซึ่งไม่ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ใด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาเป็นดังนี้ คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมระดับต่ำ คือ ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์พิเศษของผู้ดูแลที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -4.262$, $df = 14$, $p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลกลุ่มทดลอง ($M = 70.33$, $SD = 3.99$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 42.53$, $SD = 9.89$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนในกรณีผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถระดับปานกลาง ซึ่งไม่ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ใด คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -4.538$, $df = 12$, $P < .001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแล กลุ่มทดลอง ($M = 56.86$, $SD = 5.27$) มากกว่า กลุ่มควบคุม ($M = 40.43$, $SD = 7.99$) ดังแสดงในตารางที่ 2

3. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยในระยะสิ้นสุดการทดลอง

สามารถแสดงถึงเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้ โดยจะเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ นำเสนอข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าทีแบบอิสระต่อกัน โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการทดสอบพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว จึงมี

การทดสอบด้วยค่าทีแบบอิสระต่อกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.51$, $df = 28$, $P = .201$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย กลุ่มทดลอง ($M = 44.40$, $SD = 10.40$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 41.27$, $SD = 9.34$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

4.เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในเรื่องปอดติดเชื้อ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มควบคุม เกิดปอดติดเชื้อ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ติดเชื้อระบบ

ทางเดินปัสสาวะ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 เมื่อทดสอบความแตกต่างกันในสัดส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของทั้งสองกลุ่ม พบว่า การเกิดปอดติดเชื้อและการเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้ดูแลได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Fisher's Exact test = 6.00, $p = .021$, $\chi^2 = 11.56$, $p = .003$) ส่วนเรื่องการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (Fisher's Exact test = 2.14, $p = .241$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

Table 1 The mean and standard deviation. Ratings are in caregiver's ability of care in device. After the experiment between the experimental group and the control group. And test the model Independent sample t-test ($n = 16$)

	Test group		Control group		t	df	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD			
Total level caregiver's ability	70.33	3.99	42.53	9.89	-4.262	14	.001

Table 2 The mean and standard deviation. Ratings are in caregiver's ability of care in without devices. After the experiment between the experimental group and the control group. And test the model Independent sample t-test ($n=14$)

	Test group		Control group		t	df	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD			
Total level caregiver's ability	56.86	5.27	40.43	7.99	-4.538	12	.001

Table 3 The mean and standard deviation rating of functional ability in ischemic stroke patients of experimental group and control group in posttest. And test the model Independent sample t-test ($n=30$)

	Test group		Control group		t	df	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD			
functional ability in ischemic stroke patients	44.40	10.76	41.42	9.34	-8.51	28	.201

Table 4 Number and percentage of complications. Classifier infectious in lung infection, urinary tract Infection and pressure sore test for difference of proportions between the experimental group and control group (n=30)

	Test group (n=15)		Control group (n=15)		p-value
	Level	percent	Level	percent	
1.aspirate pneumonia					Fisher's Exact test=6.00 .021
No infected	15	100	10	66.67	
Infected	0	0	5	33.33	
2.urinary tract infection					Fisher's Exact test=2.14 .241
No infected	15	100	13	86.67	
Infected	0	0	2	13.33	
3.bedsore					$\chi^2 = 11.56$.003
No infected	13	86.67	5	33.33	
Level bedsore 1	2	13.33	2	13.33	
Level bedsore 2	0	0	8	53.34	

อภิปรายผล

สมมติฐานข้อ 1

1.1 คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์พิเศษ ของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -4.262$, $df = 14$, $P < .001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแล กลุ่มทดลอง ($M = 70.33$, $SD = 3.99$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 42.53$, $SD = 9.89$)

1.2 คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -4.538$, $df = 12$, $P < .001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแล กลุ่มทดลอง ($M = 56.86$, $SD = 5.27$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 40.43$, $SD = 7.99$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ดังนี้

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน นั้น มีผลมาจากโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่ประยุกต์แนวคิดความเป็นพลวัตในการดูแลของผู้ดูแลของวิลเลียม (Williams, 2008) ซึ่งในแนวคิดได้กล่าวถึงความต่อเนื่องในการดูแลจะ

เกิดขึ้นได้ ก็จะต้องมีผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การสนับสนุนความรู้ความสามารถ (support) จากทีมเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันของผู้ดูแลแต่ละคน (new insight) ซึ่งประกอบด้วยการเรียนรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ด้วยวิธีการดูวิธีดี ทักษะ และอธิบายประกอบจนผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ พร้อมกับมีการให้เอกสารประกอบในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังมีการสาธิตทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ พร้อมกับมีการสาธิตย้อนกลับ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยด้วยความรู้ และทักษะที่ได้รับการถ่ายทอด (self - care) รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ในการเจรจาต่อรอง (negotiation) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม นอกจากนั้นการสร้างความเห็นใจ ความเข้าใจในผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลเพื่อให้เกิดเป็นพันธะทางใจ (commitment) ในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ภาวะของโรคในผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และผู้ดูแลมีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย มีความคาดหวังเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ในผู้ป่วยอย่างมีเหตุผล (expectation management) กิจกรรมการติดตามผู้ดูแลและผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในการติดตามจะพบว่า ผู้ดูแลต้องการคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่เป็นอย่างมากเมื่อนำผู้ป่วยกลับบ้าน เนื่องจากบริบทที่บ้าน และในโรงพยาบาลแตกต่างกัน หรือถึงแม้จะมีอุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยครบสมบูรณ์คล้ายในโรงพยาบาล แต่เมื่อผู้ดูแลกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลยังต้องการความมั่นใจในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย ซึ่งในการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 1 ภายหลังผู้ป่วยกลับบ้านได้ 3 วัน เป็นการทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ดูแลในการตัดสินใจปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการติดตามเยี่ยมที่บ้านจะเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมที่บ้าน มักจะพบคำถามที่บอกว่า “รบกวนขอความช่วยเหลืออยู่ว่าทำอย่างนี้ได้หรือเปล่า” บ่งบอกได้ว่า ผู้ดูแลมีความต้องการที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย อันจะนำไปสู่ความรู้ และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อริยัญญา (2550) พบว่า ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในเรื่อง การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค รวมทั้งการส่งเสริมความรู้ความสามารถจะส่งผลให้ผู้ดูแลพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ดังการศึกษาของ นิภาภัทร (2548) ที่พบว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนให้ความรู้ มีผลให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารึก (2545) ที่พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ดูแล มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนกิจวัตรประจำวันตามปกติ

สมมติฐานข้อที่ 2

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมมากกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิติ ที่ระดับ .05 ($t = -8.51, P = .201$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

อธิบายได้ดังนี้ การศึกษาในครั้งนี้พบว่า คะแนนความสามารถของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ระดับคะแนนมีความใกล้เคียงกัน ดังเช่นความสามารถในการดูแลตนเอง ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 11.87 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 11.33 การเปลี่ยนอิริยาบถและการเคลื่อนไหว ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 10.87 กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย 10.27 ทั้งนี้เกิดจากผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุมากกว่า 70 ปี อายุเฉลี่ย 72 ปี และพบว่า มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นส่วนมาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ประกอบด้วย อายุ ความรุนแรงของโรค ความบกพร่องทางระบบประสาท โรคประจำตัว และ การฟื้นฟูหลังเจ็บป่วย (วิษณุ, 2547) ซึ่งในการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากจะมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต่ำกว่า ผู้ป่วยที่อายุน้อย โดยเฉพาะหากอายุมากกว่า 65 ปี เมื่อมีความเจ็บป่วย จะต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นสูงเนื่องจากมีสมรรถภาพทางกายบกพร่องตามวัยร่วมกับเกิดความเจ็บป่วยร่วม ระยะเวลาในการฟื้นฟูหายจากภาวะโรคจะใช้เวลา 6 เดือนขึ้นไป (Chan *et al.*, 2009) ร่วมกับ ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีเพียงกลุ่มละ 15 ราย หากมีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีความใหญ่มากขึ้น อาจส่งผลให้เห็นความแตกต่างได้มากกว่านี้

สมมติฐานข้อที่ 3

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ดูแลโดยผู้ดูแลได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีจำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ อธิบายได้ว่า ความแตกต่างนั้นเกิดมาจาก โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่มีการสอนความรู้ และทักษะเพื่อนำไปดูแลผู้ป่วย โดยในการสอน จะแบ่งการสอนทีละส่วน ไม่สอนรวมกันทั้งหมดในวันเดียว

สิ่งสำคัญ คือ ในการสอนจะคำนึงถึงผู้เรียนรู้ที่เป็นผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจอย่างแท้จริง และในการส่งเสริมความสามารถด้านทักษะจะมีการสาธิตย้อนกลับ พร้อมกับการประเมินความสามารถของผู้เรียนรู้ที่เป็นผู้ดูแลเป็นระยะ และมีการส่งเสริมความสามารถในการดูแลเมื่อพบวาทักษะการปฏิบัติ หรือความรู้ที่นั้นยังไม่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ จินะรัตน์ (2540) ที่พบว่าการสอนและฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแลจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งนี้เกิดจากผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นกว่าการไม่ได้รับการสอน และฝึกทักษะ เช่นเดียวกับการศึกษาของ บรรณพชรวรรณ (2550) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลฟื้นฟูจากผู้ดูแลที่ได้รับการสอนทักษะการฟื้นฟูที่บ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ เนื่องจากผู้ดูแลมีทักษะ และความรู้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจึงทำให้สามารถฟื้นฟูได้อย่างถูกต้องจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีดัชนีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การส่งเสริมความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ดูแลจะส่งผลในด้านทักษะการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลที่บ้านของผู้ดูแล (Grant et al., 2006) ซึ่งการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นที่เหมาะสมที่สุด คือ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้สามารถกลับมาทำกิจกรรมด้วยตนเองได้โดยเร็ว และเป็นไปอย่างต่อเนื่องแม้ผู้ป่วยจะไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล (Tan et al., 2009)

สัดส่วนของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะพบว่าไม่แตกต่างกันนั้น ทั้งนี้ เกิดจากจำนวนในการติดเชื้อในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 0 กลุ่มควบคุม เท่ากับ 2 เมื่อมีการทดสอบความแตกต่างในสัดส่วนการเกิดการติดเชื้อด้วยสถิติ ไคสแควร์ จึงส่งผลให้เกิดความแตกต่างในสัดส่วนการเกิดนั้น แต่เมื่อพิจารณาที่จำนวนครั้งในการเกิดการติดเชื้อ จะพบความแตกต่างในการเกิดการติดเชื้ออย่างแท้จริง

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่องมากกว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ ส่วนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่ก็ส่งผลให้การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมีจำนวนที่น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้เพราะความเอาใจใส่จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาที่ได้ให้คำแนะนำในการทำงานวิจัยที่ถูกต้อง รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือตลอดการวิจัยจนส่งผลให้งานวิจัยเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

บรรณานุกรม

- จรรยา ทับทิมประดิษฐ์. 2547. ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , เชียงใหม่.
- จารึก ธาณิรัตน์. 2545. ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จินะรัตน์ ศรีรัตนิกัญญา. 2540. ผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต . มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- จุรี รัตนเสถียร. 2550. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จรรยา จิตประไพ และ ภาวิศ วงศ์แพทย์. 2542. เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ. เรือนแก้วการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- นันทกา ภักดีพงษ์. 2553.ภาวะพร่องสมรรถภาพ ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยเรื่องหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต. 2548. ผลของการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บรรณพวรรณ หิรัญเคราะห์. 2552. ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ฝ้ายสถิตินและเวชระเปียนโรงพยาบาลกบินทร์บุรี. 2553. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลกบินทร์บุรี. โรงพยาบาลกบินทร์บุรี, ปราจีนบุรี.
- เพ็ญศรี สิริวราชมย์. 2550. สภาพการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วิชณุ กัมมทวิทย์. 2547. ความบกพร่องระบบประสาทสั่งการ หน้า 95-127. ใน: กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สิรัชชา จิราภุภัทร. 2551. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, สมุทรปราการ.
- สุภาพร ขจรฤทธิ์. 2547. ลักษณะการกลับมาอยู่รักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อรัญญา ไพรวลัย. 2550. ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- อ้อมใจ แก้วประหลาด. 2552. การศึกษาการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, สมุทรปราการ.
- Adams, C. 2003. Quality of life fore caregivers and stroke survivor in the Immediate discharge period. *Applied Nursing Research* 16(2): 126-130.
- Carod-Artal, F. J., D. S. Trizotto, L. F. Coral and C. H. Moreira. 2009. Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. *Journal of Neurological Sciences* 284: 63-68.
- Chan, C. K., D. W. Chan and S. K. Wong. 2009. Evaluation of functional independence for stroke survivors in the community. *Asian J. Gerontol. Geriatr.* 4(1): 24-29.
- Flynn, R. W., R. S. MacWalter, M. R. and A. S. Doney. 2008. The cost of cerebral ischaemia. *Neuropharmacology* 55: 250-256.
- Grant, J. S., T. R. Elliott, M. Weaver, E. L. Elandon, J. L. Raper and J. N. Giger. 2006. Social support, social problem-solving ability and adjustment of amily caregiver of stroke survivors. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 87: 343-350.
- Houts, S. P., M. A. Nezu and A. J. Bucher. 1996. The prepared family caregiver: a problem-solving approach to family caregiver education. *Patient Education and Counseling* 27: 63-73.

Manns, J. P., R. C. Tomtzak, A. Jelani, E. M. Cress and R. Haennel. 2009. Use continuous scale physical functional performance test in stroke survivor. Arch. Phys. Med. Rehabil. 90: 488-493.

Tan, W. S., B. H. Heng, K. S. Chua and K. F. Chan. 2009. Factor predicting inpatient rehabilitation length of stay of acute stroke patient in Singapore. Arch. Phys. Med. Rehabil. 90: 1202-1207.

Williams, L. A. 2008. Theory of caregiving dynamics. pp. 261-273. In: M.J. Smith and P. R. Liehr (eds.). Middle Range Theory for Nursing. Springer Publishing Company, New York.