ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้าต่อความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้า และอัตราการฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน

ศุภชัย รักแก้ว

รับบทความ: 9 ธันวาคม 2568; ส่งแก้ไข: 13 มกราคม 2569; ตอบรับ: 27 มกราคม 2569

บทคัดย่อ:

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของความพิการที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง หากได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะเฉียบพลันจะกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น แต่ความเหนื่อยล้าเป็นอุปสรรคที่ทำให้การฟื้นฟูไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น การผสมผสานการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้าอย่างเป็นระบบจึงสำคัญอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้า ต่อความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้า และอัตราการฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำที่มีกลุ่มควบคุมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 50 ราย แบ่งกลุ่มละ 25 ราย วัดผลก่อนและหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ 12 เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลตนเอง แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินความพิการทางระบบประสาท มีค่าความเที่ยง .913, .949, .885, และ 1.00 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบไคสแควร์ การทดสอบแบบทีและวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 42-80 ปี กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,48}$=7.484; $p < .01$; $F_{1,48}$=.071; $p < .001$ ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้า และความพิการทางระบบประสาทน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,48}$=26.771; $p < .001$; $F_{1,48}$=.021; $p < .01$ ตามลำดับ)

สรุป: ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมฯ ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง ลดความเหนื่อยล้า และส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วย ดังนั้น การนำไปใช้ในการดูแลอย่างเป็นระบบร่วมกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วยได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ความเหนื่อยล้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โรคหลอดเลือดสมอง

งานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปทุมธานี 12120
อีเมล : supachai.rak803@gmail.com

Effects of a Discharge Planning Program Combined with Fatigue Management on Self-Care-Self-Efficacy, Fatigue, and Post Stroke Recovery among Patients with acute stroke

Supachai Rakkaew

Received: December 9, 2025; Received revision: January 13, 2026; Accepted: January 27, 2026

Abstract

Background: Stroke is a major cause of disability that requires continuous care. With appropriate rehabilitation initiated during the acute phase, patients can achieve improved self-care ability. However, fatigue is a significant barrier that reduces the effectiveness of rehabilitation. Therefore, integrating discharge planning with systematic fatigue management is critically important.

Objective: To examine the effects of a Discharge Planning Program Combined with Fatigue Management on Self-Care-Self-Efficacy, Fatigue, and Post Stroke Recovery.

Material and methods: This quasi-experimental study with repeated measures and a control group included 50 acute stroke patients, divided equally into experimental and control groups (25 each). Outcome measurements were assessed at baseline, Week 4, and Week 12. Instruments used included a general and clinical data form, Self-Care Self-Efficacy Scale (SCSEs), Fatigue Severity Scale (FSS), Barthel Activities of Daily Living (ADL), and Modified Rankin Scale (mRS), with reliability coefficients of .913, .949, .885, and 1.00 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, t-tests, and repeated measures ANOVA.

Results: The participants ranged in age from 42 to 80 years (Mean = 61.10, SD = 9.90). The results showed that the experimental group had significantly higher mean scores for SCSEs and ADL than the control group ($F_{\mathbf{1,48}} = 7.484$; $p < .01$ and $F_{\mathbf{1,48}} = 0.071$; $p < .001$, respectively). In addition, the experimental group had significantly lower mean scores for FSS and mRS than the control group ($F_{\mathbf{1,48}} = 26.771$; $p < .001$ and $F_{\mathbf{1,48}} = 0.021$; $p < .01$, respectively).

Conclusion: The study found that the program enhanced patients'self-care confidence, reduced fatigue, and promoted recovery. Therefore, systematic implementation of the program, together with capacity building of healthcare personnel, can improve the effectiveness of post stroke rehabilitation.

Keywords: Discharge Planning Program; Fatigue; Self-efficacy; Acute stroke

Stroke and Neurological Nursing Unit, Thammasat University Hospital, Pathum Thani, 12120, Thailand.
E-mail: supachai.rak803@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพาต (Cerebrovascular disease/Stroke) เป็นสาเหตุของความพิการที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีผู้เสียชีวิตทุก ๆ 4 นาที [1] ทั่วโลกมีรายงานอุบัติการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ การเสียชีวิต และการสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มสูงขึ้นจาก 4.07, 2.05, และ 40.50 ล้านคน ในปี พ.ศ.2533 เป็น 7.86, 3.15, และ 62.53 ล้านคนตามลำดับในปี พ.ศ.2563 และคาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ[2] ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่อัตราการเสียชีวิตยังคงใกล้เคียงเดิมจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ ส่งผลให้มีผู้ป่วยในภาวะพึ่งพาหลังเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3]

ประเทศไทย มีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ระหว่าง 90.37-222.73 ต่อแสนประชากร[4] ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยสูงขึ้นในทุก ๆ ปี โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 4 ที่สูงถึงร้อยละ 14.87[5] สำหรับจังหวัดปทุมธานีในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 200.56 ต่อแสนประชากร[6] ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระ-เกียรติ จำนวน 848, 721, และ 925 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่หลังเกิดโรคร้อยละ 90–95 โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากถึงร้อยละ 35–50 เป็นเหตุให้ผู้ดูแลต้องลาออกจากงานเนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ถึงร้อยละ 53.3 [7] อีกทั้งผู้ป่วยยังมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาซ้ำสูงขึ้นหากดูแลตนเองหลังจากจำหน่ายกลับบ้านไม่เหมาะสมได้มากถึงร้อยละ 7.7[8] ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ เพิ่มการฟื้นตัว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) เป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มการฟื้นฟูสภาพ ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและการกลับมาเป็นซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบ 7 องค์ประกอบที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (Diagnosis: D) 2) ข้อมูลยาที่ตนเองได้รับและวิธีการใช้อย่างละเอียด (Medicine: M) 3) วิธีจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้ทรัพยากรในชุมชน จัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ และในบางรายอาจต้องฝึกอาชีพใหม่ (Environment: E) 4) มีความเข้าใจเป้าหมายการรักษา สามารถสังเกตอาการและจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมก่อนมาถึงสถานพยาบาล (Treatment: T) 5) มีความเข้าใจภาวะสุขภาพ สามารถฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ (Health: H) 6) มีความเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด (Out patient: O) และ 7) สามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับโรค (Diet: D) [9-12] ซึ่งจากการศึกษาของชุติมา ลิ้มประยูร ปี พ.ศ. 2567 ที่ประยุกต์ใช้หลัก D-METHOD ในการวางแผนจำหน่ายสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงเพิ่มความพร้อมในการ

ดูแลและลดความเครียดของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [13]

ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับความรู้ในการดูแลตนเองและมีคะแนนทักษะการดูแลตนเองต่อเนื่องอยู่ในระดับดีขึ้นไปก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่มักขาดความตระหนักในการดูแลตนเองและความมั่นใจในการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง [14] นอกจากนี้ยังพบความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Post stroke fatigue: PSF) มากถึงร้อยละ 46[15] ซึ่งปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ[16] เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย หมดแรง หมดพลัง หมดความพยายาม ส่งผลต่อความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ[17] สามารถเกิดขึ้นทันทีหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[18] ดังนั้น หากสามารถจัดการความเหนื่อยล้าได้จะทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยเพิ่มการฟื้นตัว ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้นอย่างมากอีกด้วย[19-20] ซึ่งการศึกษาของศุภชัย รักแก้ว และคณะ ปี พ.ศ. 2565 ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการทำกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง[21] สามารถเพิ่มความมั่นใจในการทำกิจกรรมทางกาย ลดความเหนื่อยล้า และเพิ่มความสามารถทางกายภาพในผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่อมีอาการคงที่จนกระทั่งไม่เกิน 3 เดือน [22] ดังนั้นการผสานโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีอยู่ในปัจจุบันร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้าอาจเป็นแนวทางสำคัญที่สามารถช่วย ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และเพิ่มอัตราการฟื้นตัว ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีที่หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่อย่างไรก็ตามการขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆที่ถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง อาจส่งผลทำให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนิยมใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ทำให้ความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี[23] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้า ต่อความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้า และอัตราการฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[21] เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมให้ครอบคลุมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD และการจัดการความเหนื่อยล้า ซึ่งจะเริ่มหลังจากผู้ป่วยอาการคงที่ กระตุ้นการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามผลลัพธ์ต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งการศึกษานี้อาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองและปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง จนมีความเหนื่อยล้าลดลง เพิ่มการฟื้นตัวที่ดี เป็นผลให้มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองเพิ่มขึ้น พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง ลดภาระและค่าใช้จ่ายในการดูแล และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้า ต่อความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้า และอัตราการฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้า และอัตราการฟื้นตัว ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และ 12

2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้าและอัตราการฟื้นตัวของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และ 12 กับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้า ที่ออกแบบตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ปี ค.ศ. 1997[21] โดยเน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นของบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ผ่านประสบการณ์ตรง การเรียนรู้จากผู้อื่น การให้กำลังใจ และการควบคุมสภาวะทางกายและอารมณ์ โปรแกรมฯ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 ดำเนินการระหว่างรักษาในโรงพยาบาล และระยะที่ 2 ของโปรแกรมดำเนินการต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

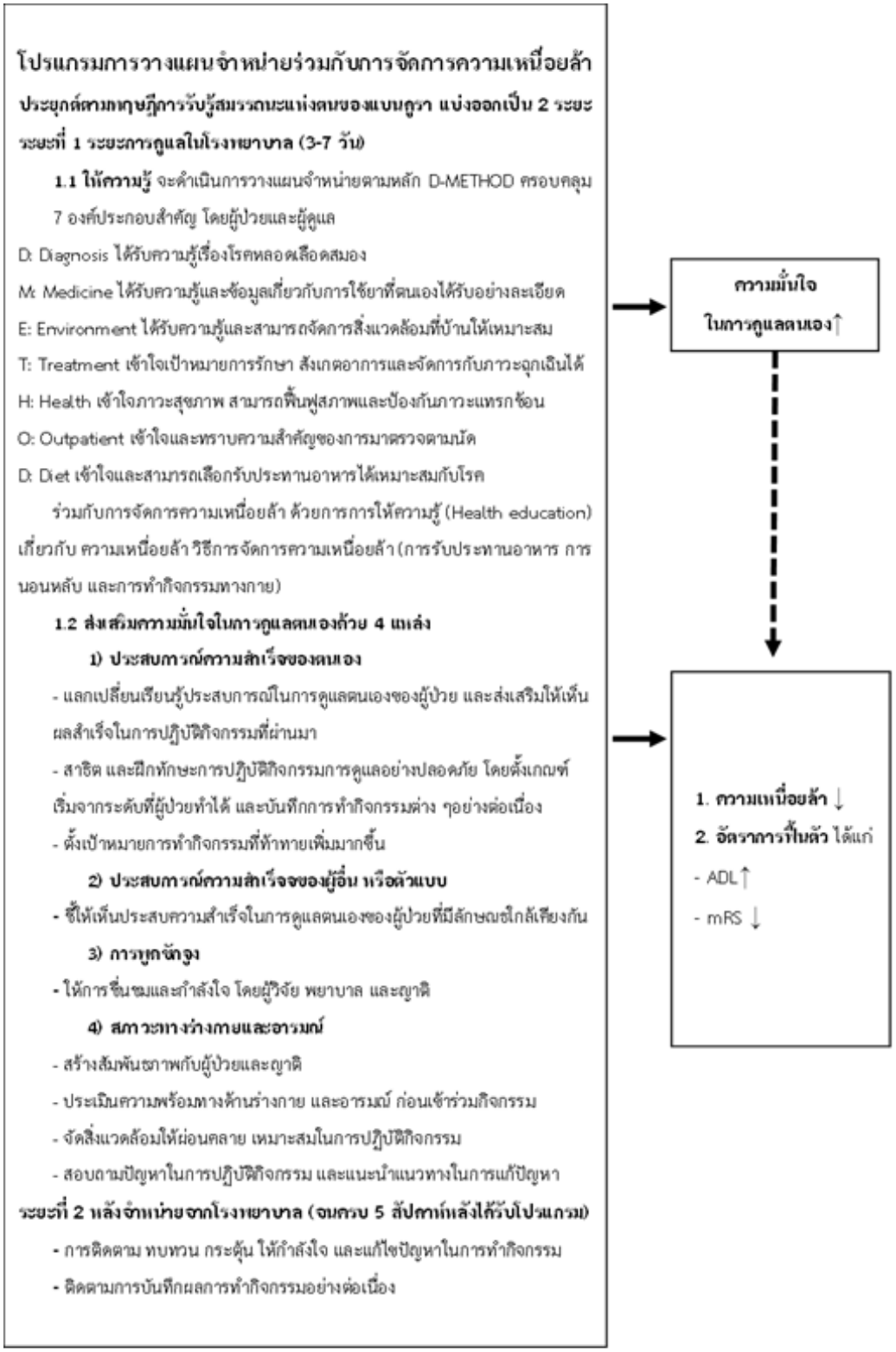
สมมติฐาน

1) กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเองและอัตราการฟื้นตัว (ADL) ในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2) กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้า และอัตราการฟื้นตัว (mRS) ในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

3) กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเองและอัตราการฟื้นตัว (ADL) ในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 เพิ่มขึ้นมากกว่า กลุ่มควบคุม

4) กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้า อัตราการฟื้นตัว (mRS) ในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุม



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดซ้ำก่อนและหลังการทดลอง และมีกลุ่มควบคุม (Pretest-Posttest Repeated measure design with control group) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้า ต่อความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้า และอัตราการฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตันที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีคุณสมบัติดังนี้ คือ **เกณฑ์คัดเข้า** ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ไม่เคยได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน 3) อาการทางคลินิกคงที่ โดยประเมินจาก National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ไม่เปลี่ยนแปลง 24 ชั่วโมง และสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์คงที่ คือ ไม่ต่างจากค่ามาตรฐานเดิมของผู้ป่วยร้อยละ 20 4) สามารถสื่อสารและพูด อ่านภาษาไทยได้ และ 5) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้

เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคความจำเสื่อม โดยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีคะแนนน้อยกว่า 24 คะแนนในบุคคลที่อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และน้อยกกว่า 14 คะแนนในบุคคลที่ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 2) มีอาการทางจิต ได้แก่ ความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนขึ้นไป โดยใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ฉบับแปลภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ ปี พ.ศ. 2539 และ 3) ผู้ป่วยมีโรคร่วมที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคปอด ที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ และมีเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ 1) มีอาการโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายกลับบ้าน ได้หลังเข้าร่วมงานวิจัยมากว่า 1 สัปดาห์ 3) ไม่ประสงค์ที่จะทำกิจกรรมต่อ และ 4) ไม่สามารถติดตามได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยอ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัยก่อนหน้าที่มีประชากรและตัวแปรใกล้เคียงกัน[20]ซึ่งมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ แต่เป็นงานวิจัยที่มีบริบทความแตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาใช้ค่าอ้างอิงในการศึกษาโดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง มีค่าเท่ากับ .80 ตามตารางประมาณค่าอิทธิพลของ Cohen ปี ค.ศ. 1977[24] ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างทำการทดลอง (Dropped out) ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20[25] จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย การคัดเลือกเข้าสู่กลุ่มจากคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) ทั้งนี้การศึกษากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไปพร้อมกัน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์คี่ และเลือกเข้ากลุ่มทดลองในสัปดาห์คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้คัดกรอง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ที่พัฒนาจาก Mental State Examination ของ Folstein และคณะ ปี ค.ศ.1975 และแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ซึ่งแปลมากจาก HADS ฉบับภาษาอังกฤษ ของ Zigmond and Snaith ปี ค.ศ. 1983 โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ ปี พ.ศ. 2539

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นรูปแบบกิจกรรมในการให้ความรู้ที่ใช้หลัก D-METHOD และการจัดการความเหนื่อยล้า เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้า และอัตราการฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้าด้วยการให้ความรู้ (Health education) เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า วิธีการจัดการความเหนื่อยล้า (การรับประทานอาหาร การนอนหลับ และกิจกรรมทางกาย)

โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรม ซึ่งแหล่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมี 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) 2) ประสบการณ์จากผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ (Vicarious experiences) 3) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) และ 4) สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) ระยะเวลาของโปรแกรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ขณะอยู่โรงพยาบาล (3-7 วัน) และระยะหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีการติดตาม ทบทวน กระตุ้น ให้กำลังใจ แนะนำแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

2) สื่อการสอนการดูแลตนเองใช้หลัก D-METHOD และการจัดการความเหนื่อยล้าที่ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การนอนหลับ และการทำกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3) แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม เป็นแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ประกอบด้วย วันที่ปฏิบัติ กิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติและวิธีการแก้ไข

ทั้งนี้เครื่องมือวิจัยที่ได้ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 1 ท่าน และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้าที่ประกอบด้วย สื่อการสอน และแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ผลการตรวจสอบค่า CVI เท่ากับ 1.0 และนำไปทดลองใช้ดำเนินกิจกรรมกับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความเป็นไปได้ ส่วนแบบประเมินความมั่นใจในการดูแลตนเอง แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินระดับความพิการทางระบบประสาท ได้นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น เนื่องจากมีการศึกษาในบริบทที่มีความแตกต่างกับงานวิจัยก่อนหน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไปทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ข้อมูลการนอนหลับ และข้อมูลการรักษาจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ตำแหน่งรอยโรค ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาหลังเกิดโรค การรักษา การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การรับบริการจากนักกายภาพบำบัด และวันอาการคงที่ โดยมีค่า CVI เท่ากับ 1.0

2) ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-Care Self-Efficacy Scale: SCSEs) หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลตนเองเวอร์ชั่น 3 ของจอม สุวรรณโณ และคณะ[26] มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งระดับคะแนนเป็น 1-5 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน โดยมีค่าคะแนนมาก หมายถึง มีความมั่นใจในการดูแลตนเองสูง และมีค่าคะแนนน้อย หมายถึง มีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่ำ โดยมีค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .913

3) แบบประเมินความเหนื่อยล้า (Fatigue Severity Scale: FSS) ตามแนวคิดของ ครุปป์ และคณะ ปี ค.ศ. 1989 แปลเป็นภาษาไทยโดย อวยพร สวัสดี และคณะ ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งจะประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า ที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของความเหนื่อยล้าโดยมีระดับ 7 ระดับ คือ 1-7 โดยที่ 1 คือ ไม่เห็นด้วย และ 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคะแนนรวมอยู่ที่ 9-63 คะแนน โดยมีค่าคะแนนมาก หมายถึง มีความเหนื่อยล้ามาก และมีค่าคะแนนน้อย หมายถึง มีความเหนื่อยล้าน้อย ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .949

4) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของสถาบันประสาทวิทยา ปี พ.ศ.2558 ซึ่งประเมินทั้งหมด 10 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมแบ่งระดับคะแนนเป็น 0, 5, 10 หรือ 15 คะแนนแต่ละกิจกรรมไม่เท่ากัน ผลรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยมีค่าคะแนนมาก หมายถึง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมาก และมีค่าคะแนนน้อย หมายถึง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยโดยมีค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .885

5) แบบประเมินระดับความพิการทางระบบประสาท (Modified Rankin Scale: mRS) ที่พัฒนาขึ้นโดย ดร.จอห์น แรงกิ้น ในปี ค.ศ.1957 ซึ่งเป็นแบบประเมินระดับความพิการทางระบบประสาทที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[27] โดยแบ่งออกเป็น 7 ระดับ ค่าคะแนนมาก หมายถึง มีความพิการทางระบบประสาทมาก และค่าคะแนนน้อย หมายถึง มีความพิการทางระบบประสาทต่ำ[28] โดยมีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Interrater Reliability (IRR) เท่ากับ 1.0

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาล

ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เมื่อวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2568 (เลขที่ TUH-EC-ND-1-008/68) และได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลครบถ้วนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลา เครื่องมือ และประโยชน์ของการวิจัย พร้อมสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาโดยสมัครใจ ซึ่งไม่ส่งผลต่อการรักษา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามก่อนตัดสินใจ และผู้ที่ยินยอมจะลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมโดยสมัครใจ

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 หลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และอนุญาตเข้าเก็บวิจัยในโรงพยาบาล จากนั้นตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 30 ราย

1.2 เข้าชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่ทีมแพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องในหอผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมด้านเอกสาร และอุปกรณ์

1.3 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ กลุ่มละ 25 ราย โดยเก็บกลุ่มควบคุมในสัปดาห์คี่ กลุ่มทดลองในสัปดาห์คู่ เพื่อป้องกันการปนเปื้อน และหลังสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มควบคุมจะให้ความรู้และฝึกทักษะเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองทุกประการ

1.4 เมื่อได้รับการยินยอมเข้าร่วมวิจัยจะได้รับการประเมินเบื้องต้นก่อนทดลอง ได้แก่ อาการทางคลินิก แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม หลังผ่านการประเมิน ผู้ป่วยหรือญาติลงนามในแบบฟอร์มยินยอม และได้รับแจ้งว่าสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา หากไม่ผ่านเกณฑ์จะได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และหากพบภาวะผิดปกติระหว่างวิจัยจะส่งต่อเพื่อรับการรักษา

2. ขั้นดำเนินการ

ขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยยึดมาตรการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างตลอดการศึกษา โดยที่

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มนี้จะได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันตามมาตรฐาน ซึ่งก่อนจำหน่ายพยาบาลประจำหอจะมีการให้คำแนะนำการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งการสังเกตอาการ การดูแลตนเองเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนการเกิดโรค การรับประทานยา การปฏิบัติตัวเมื่อกลับเป็นซ้ำ และการมาตรวจตามนัด และได้รับการฟื้นฟูจากนักกายภาพบำบัด โดยที่นักกายภาพบำบัดจะมีการเข้าตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด วางแผนและกำหนดเป้าหมายการรักษาทางกายภาพบนหอผู้ป่วย จากนั้นจะได้รับการสอนและฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลตามความเหมาะสมจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และนักกายภาพบำบัด 1-2 ครั้งก่อนจำหน่าย ในส่วนของนักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัดจะต้องได้รับการขอปรึกษาโดยแพทย์หรือพยาบาลเจ้าของไข้ และการดูแลต่อเนื่องมีการติดตามของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และพยาบาลเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง ในการติดตามผลการรักษาและให้คำแนะนำตามประเด็นข้อสงสัย ซึ่งในผู้ป่วยที่ไม่อยู่เขตให้บริการต่อเนื่องจะทำการส่งข้อมูลให้กับพยาบาลเยี่ยมในพื้นที่นั้น ๆ ซึ่งผู้วิจัยจะทำการศึกษาตามขั้นตอนที่กำหนดดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (เมื่ออาการคงที่) โดยใช้เวลาดำเนินการทั้งหมดไม่เกิน 60 นาที

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจและมีความเชื่อมั่นในการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

2) ประเมินผลลัพธ์ (ก่อนการทดลอง)

3) ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย

4) ทำการนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 (ติดตามที่ OPD หรือการโทรติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ 12) โดยใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 30 นาที

1) สอบถามภาวะสุขภาพ

2) ประเมินผลลัพธ์ (หลังการทดลอง ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2)

3) กล่าวขอบคุณ และนัดหมายครั้งต่อไป

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม

จะได้รับการดูแลเหมือนกลุ่มควบคุมทุกประการ แต่เมื่ออาการคงที่จะได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้าร่วมด้วย ซึ่งโปรแกรมการฯ จะมีระยะเวลา 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ขณะอยู่โรงพยาบาล (3-7 วัน) และระยะหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (เมื่ออาการคงที่) โดยใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจและมีความเชื่อมั่นในการดำเนินการวิจัย

2) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อจะเริ่มเข้าสู่โปรแกรมฯ โดยประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลายและเหมาะสม

3) ประเมินผลลัพธ์ (ก่อนการทดลอง)

4) พูดคุยวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้แนวหลัก D-METHOD ใช้เวลา 30 นาที

5) ทำการนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 (3-7 วันหลังการเจ็บป่วย) โดยใช้เวลาดำเนินการทั้งหมดไม่เกิน 60 นาที

1) ประเมินความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ รวมถึงจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลายเหมาะสมกับการเข้าร่วมกิจกรรม

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD และวิธีการจัดการความเหนื่อยล้า โดยใช้แหล่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้

2.1 ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และชี้ให้เห็นผลสำเร็จที่ผ่านมา
- สาธิต และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างปลอดภัย โดยตั้งเกณฑ์เริ่มจากระดับที่ทำได้ และบันทึกการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
- ตั้งเป้าหมายที่ท้าทายเพิ่มมากขึ้น

2.2 ประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น หรือตัวแบบ

- ชี้ให้เห็นประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันผ่านการเล่าเรื่องและคลิปวิดีโอ

2.3 การพูดชักจูง

- ให้การชื่นชมและกำลังใจ โดยผู้วิจัย พยาบาล และญาติ

2.4 สภาวะทางร่างกายและอารมณ์

- สร้างสัมพันธภาพ พร้อมประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย และอารมณ์ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

- จัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลายเหมาะสมในการปฏิบัติกิจกรรม

- สอบถามปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมและแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหา

3) สอนการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้เวลาไม่เกิน 5 นาที

4) ส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ร่วมส่งเสริมให้เห็นผลสำเร็จในการทำกิจกรรมที่ผ่านมา สาธิตและฝึกทักษะการทำกิจกรรมอย่างปลอดภัย และประสบการณ์ความสำเร็จในการจัดการความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ทำสำเร็จ ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และให้กำลังใจกล่าวคำชมเชยกับผู้ป่วยหลังเสร็จกิจกรรม

5) สรุปกิจกรรมพร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไปโดยจะใช้การติดต่อทางโทรศัพท์

ติดตามทางโทรศัพท์ (สัปดาห์ที่ 2, 3, และ 4 หลังเข้าร่วมการทดลอง) โดยใช้การติดตามทางโทรศัพท์ไม่เกิน 15 นาที โดยเน้นการส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยสอบถามภาวะสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจกรรมและให้คำปรึกษาและการแก้ไข กระตุ้นการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ หากปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจและชมเชยในสิ่งที่ปฏิบัติที่ถูกต้องและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยในระหว่างที่พบปัญหาในการดูแลตนเองและนัดหมายการประเมินผลลัพธ์ครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 และ 4 (ติดตามที่ OPD หรือการโทรติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ12) ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที

1) ประเมินผลลัพธ์ (หลังการทดลองครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2)

2) ให้คำแนะนำการดูแลตนเองเพิ่มเติม โดยหลังดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะแจ้งผลลัพธ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลการดำเนินตามโปรแกรม พร้อมทั้งแจ้งยุติการดำเนินการวิจัยเพื่อนำข้อมูลที่ได้เข้าสู่การดำเนินการทางสถิติในการแปลผลข้อมูลต่อไป

ทั้งนี้ ในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการอ่านคำถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ตอบด้วยตนเอง หลังจากเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบถึงการยุติการดำเนินการวิจัย และนำข้อมูลที่ได้เข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อการแปลผลข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา วิเคราะห์ความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นค่าไม่ต่อเนื่องโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) หรือส่วนบุคคลที่มีลักษณะตัวแปรเป็นค่าต่อเนื่อง โดยใช้การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบที 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน (Independent sample t-test) สำหรับการทดสอบตัวแปรที่เป็นผลลัพธ์ก่อนการทดลอง หลังการทดลองที่ 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)

ซึ่งข้อมูลได้ผ่านการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นว่าแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชาย (ร้อยละ 50) และหญิง (ร้อยละ 50) โดยมีอายุระหว่าง 42-80 ปี อายุเฉลี่ย 61.10 ปี (SD=9.90 ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพคู่ (ร้อยละ 64.00) และเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 62.00) ส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 76.00) ส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 68.10) ดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติเพียง (18.5-24.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ร้อยละ 42 มีระยะเวลาในการนอนเฉลี่ย 7.48 ชั่วโมงต่อวัน (SD=1.22 ชั่วโมง)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 74.00) มีระดับความรุนแรงของโรคเฉลี่ย 4.72 คะแนน (SD = 3.95 คะแนน) ระดับความพิการเฉลี่ย 2.06 คะแนน (SD=.91 คะแนน) ส่วนระยะเวลาที่อาการคงที่ อยู่ในช่วง 1-12 วัน โดยเฉลี่ย 2.38 วัน (SD=1.62 วัน) วันนอนโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 2-12 วัน โดยเฉลี่ย 3.96 วัน (SD=1.82วัน) มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 1.92 คะแนน (SD= 1.52 คะแนน) คะแนนซึมเศร้าเฉลี่ย 1.04 คะแนน (SD= 1.09 คะแนน) และคะแนนการประเมินภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ย 29.26 คะแนน (SD=1.01 คะแนน)

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของแต่ละปัจจัยด้วย Pearson chi-square, Fisher's Exact test และ independent t-test พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้า

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้า และอัตราการฟื้นตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง โดยใช้การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบที พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้า และอัตราการฟื้นตัว (ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความพิการทางระบบประสาท) ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (t=.402, p =.690; t=1.028, p =.309; t=-1.939, p =.580; t=.846, p =.402 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้า และอัตราการฟื้นตัวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมของก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 (n=50)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		Test value	p -value
	Mean	SD	Mean	SD		
1.ความมั่นใจในการดูแลตนเอง						
ก่อนการทดลอง	31.84	5.16	32.60	7.92	.402	.690
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4	37.40	5.45	42.64	4.29	3.779	.000***
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12	40.00	5.06	44.72	3.52	3.830	.000***

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		Test value	*p* -value
	Mean	SD	Mean	SD		
2. ความเหนื่อยล้า						
ก่อนการทดลอง	36.00	10.32	38.60	7.30	1.028	.309
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4	38.20	6.71	26.28	6.01	-6.614	.000***
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12	37.08	6.41	23.24	5.10	-8.448	.000***
3.อัตราการฟื้นตัว						
3.1 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน						
ก่อนการทดลอง	80.00	16.39	71.20	15.70	-1.939	.580
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4	84.00	11.99	85.00	10.99	.307	.760
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12	85.80	10.48	91.00	9.01	1.881	.046*
3.2 ความพิการทางระบบประสาท						
ก่อนการทดลอง	2.04	.84	2.24	.83	.846	.402
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4	1.68	.85	1.72	.89	.162	.872
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12	1.52	.77	1.00	.76	-2.397	.020*

*p< .05, ** p < .01, *** p < .001, Independent Sample T-test

เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,48}$=7.484; p < .01; $F_{1,48}$=.071; p < .001 ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้า และความพิการทางระบบประสาทน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,48}$=26.771; p < .001; $F_{1,48}$=.021; p < .01 ตามลำดับ) และพบว่าโปรแกรมและระยะเวลามีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความพิการทางระบบประสาท ($F_{1.281,61.484}$= 6.325; p < .001; $F_{1.234,59.218}$=25.559; p < .001; $F_{1.255,58.873}$=44.011; p < .001; $F_{1.768,84.869}$= 8.408; p < .01; $F_{1.267,60.814}$=5.281; p < .05 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้า และอัตราการฟื้นตัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ของก่อนและหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ 12 (n=50)

ตัวแปรของผลลัพธ์	SS	Df	MS	F	*p*-value
คะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	478.827	1	478.827	7.484	.009**
ความคลาดเคลื่อน	3,071.173	48	63.983		

ตัวแปรของผลลัพธ์	SS	Df	MS	F	*p*-value
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2,818.920	1.281	2,200.694	118.797	.000***
เวลา กลุ่ม	150.093	1.281	117.176	6.325	.000***
ความคลาดเคลื่อน	1,138.987	61.484	18.525		
ความเหนื่อยล้า					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	2,234.940	1	2,234.940	26.771	.000***
ความคลาดเคลื่อน	4,007.227	48	83.484		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1,348.493	1.234	1,093.034	19.093	.000***
เวลา กลุ่ม	2,019.960	1.234	1,637.297	28.559	.000***
ความคลาดเคลื่อน	3,390.213	59.218	57.249		
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	28.167	1	28.167	.071	.001**
ความคลาดเคลื่อน	19,059.333	48	397.069		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	4,304.333	1.225	3,514.745	48.744	.000***
เวลา กลุ่ม	1,290.333	1.225	1,053.634	14.612	.000***
ความคลาดเคลื่อน	4,238.667	58.783	72.107		
ความพิการทางระบบประสาท					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	.327	1	.327	.201	.004
ความคลาดเคลื่อน	77.840	48	1.622		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	19.360	1.768	10.950	45.553	.000***
เวลา กลุ่ม	3.573	1.768	2.021	8.408	.001**
ความคลาดเคลื่อน	20.400	84.869	.240		

*p< .05, **p< .01, ***p< .001, F = Repeated Measure ANOVA test

การวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple comparison) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Bonferroni correction เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้า และอัตราการฟื้นตัว (ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความพิการทางระบบประสาท) ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง ของกลุ่มทดลองในทุกช่วงเวลา (p<.0 01, p<.001, p<.001 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก็ทำให้การเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง

ในทุกช่วงเวลาเช่นเดียวกัน (p<.01, p<.001, p<.05 ตามลำดับ) แต่กลุ่มทดลองมีค่าผลต่างเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม

โปรแกรม มีผลต่อการลดลงของค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้า ของกลุ่มทดลองในทุกช่วงเวลา (p<.001, p<.001, p<.01 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีผลต่อการลดลงของค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าในทุกช่วงเวลาp>.05, p>.05, p>.05 ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองมีค่าผลต่างของเฉลี่ยความเหนื่อยล้ามากกว่ากลุ่มควบคุม

โปรแกรม มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มทดลองในทุกช่วงเวลา (p<.001, p<.001, p<.001 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก็ทำให้การเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และ 12 เพิ่มขึ้น (p<.05) แต่กลุ่มทดลองมีค่าผลต่างเฉลี่ยมากกว่า

โปรแกรม มีผลต่อการลดลงของค่าเฉลี่ยของคะแนนความพิการทางระบบประสาทของกลุ่มทดลองในทุกช่วงเวลา (p<.01, p<.001, p<.01 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก็ทำให้การลดลงของค่าเฉลี่ยของคะแนนความพิการทางระบบประสาท แต่ในช่วงเวลาหลังการทดลองระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ลดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองมีค่าผลต่างเฉลี่ยมากกว่า (p>.05) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้าและอัตราการฟื้นตัว ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 เป็นรายคู่ด้วยการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple comparison) ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Bonferroni correction (n=50)

ตัวแปรของผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ƌ	S.E.	ƌ	S.E.
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง				
ก่อน-หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4	-5.750**	1.246	-10.040***	1.163
ก่อน-หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12	-8.200***	1.406	12.120***	1.182
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 - สัปดาห์ที่ 12	-2.450*	.731	-2.080***	.356
ความเหนื่อยล้า				
ก่อน-หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4	.500	2.064	12.320***	1.370
ก่อน-หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12	2.050	2.662	15.360***	1.501
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 - สัปดาห์ที่ 12	1.550	1.164	3.040**	.704
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน				
ก่อน-หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4	-3.000	1.792	-13.800***	2.385
ก่อน-หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12	-4.000	2.254	-19.800***	2.389
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 - สัปดาห์ที่ 12	-1.000*	.932	-6.000***	.816
ความพิการทางระบบประสาท				
ก่อน-หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4	.350*	.109	.520**	.117
ก่อน-หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12	.500**	.115	1.240***	.185

ตัวแปรของผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ɗ	S.E.	ɗ	S.E.
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 - สัปดาห์ที่ 12	.150	.082	.720**	.169

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, ɗ = ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้า ทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง และอัตราการฟื้นตัว มากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าน้อยกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง ($F_{1,48}$=7.4; $p < .01$) อาจเป็นเพราะได้รับการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองทั้งหมด 4 แหล่ง ตามแนวคิดของแบนดูรา[21] ได้แก่ ประสบการณ์ตรง (Mastery Experience) คือ ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพและการดูแลตนเองจริง ทำให้เกิดความสำเร็จเล็ก ๆ น้อย ๆ ต่อเนื่อง จึงสร้างความมั่นใจในการทำซ้ำและทำต่อไป ส่วนการเรียนรู้จากผู้อื่น (Vicarious Experience) ผู้ป่วยและญาติได้เรียนรู้จากตัวอย่างหรือประสบการณ์ของผู้ป่วยรายอื่นที่ผ่านการฟื้นฟูสำเร็จ ซึ่งช่วยเสริมแรงจูงใจและทำให้เชื่อว่าตนเองก็สามารถทำได้เช่นกัน นอกจากนี้ ยังมีการให้กำลังใจและคำแนะนำ (Verbal Persuasion) โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลคำแนะนำ และแรงสนับสนุนทางบวกอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตน อีกทั้ง ยังมีการจัดการกับภาวะทางกายและอารมณ์ (Physiological and Emotional States) ด้วยการจัดการความเหนื่อยล้าและความเครียดทางอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยมีสมดุลทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อการรับรู้ว่าตนเองมีพลังและสามารถฟื้นฟูได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภชัย รักแก้ว และคณะ ปี พ.ศ.2565 ที่รายงานว่า การส่งเสริมสมรรถนะตนเองผ่านการให้ความรู้ ฝึกทักษะการเดินด้วยสื่อการสอนและคู่มือที่สามารถทบทวนได้ รวมถึงการติดตามและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความมั่นใจในการฟื้นฟูและสามารถปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูได้อย่างสม่ำเสมอ การเห็นตัวอย่างความสำเร็จของผู้ป่วยรายอื่นยังช่วยเสริมแรงจูงใจและเพิ่มความเชื่อมั่นในสมรรถภาพตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพและปรับตัวในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง[20]

การที่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีอัตราการฟื้นตัวทั้งค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและค่าเฉลี่ยคะแนนความพิการทางระบบประสาทที่เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ($F_{1,48}$=.071; $p < .001$; $F_{1,48}$=.021; $p < .01$) อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเองตามหลัก D-METHOD ร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้า โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โดยเฉพาะกิจกรรมออกกำลังกายด้วยการเดิน เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การปฏิบัติการเดินเป็นแนวทางในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณภาพ สะดวกและปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการฝึกเดิน

เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) หากเริ่มต้นตั้งแต่สัปดาห์แรกหลังจากเกิดโรคเลือดสมองและมีอาการคงที่ จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของเซลล์ประสาทและเกิดการแตกกิ่งก้านสาขาของเซลล์ประสาท เป็นผลทำให้การฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายได้เร็วและมากยิ่งขึ้น[29] สอดคล้องกับการศึกษาของ Klassen และคณะ ปี ค.ศ. 2020 ที่ให้ข้อสรุปไว้ว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกในผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่สัปดาห์แรกติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ จะช่วยเพิ่มความสามารถทางกายภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[19]

ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ทำให้มีค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าน้อยกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,48}$=26.771; $p < .001$) อาจเป็นเพราะการปฏิบัติการเดินเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่นอกจากจะช่วยให้มีการฟื้นฟูของสมองอธิบายโดยใช้ปริมาณสาร Brain derived neurotrophic factor (BDNF) ที่แสดงให้เห็นถึงกระบวนการการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของเซลล์ประสาทและเกิดการแตกกิ่งก้านสาขาของเซลล์ประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว[29] ปริมาณสาร BDNF ที่ลดลงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีความสัมพันธ์กับระดับความเหนื่อยล้าที่เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย[30] สอดคล้องกับการศึกษาของ Zedlitz และคณะ ปี ค.ศ. 2012 และ ศุภชัย รักแก้วและคณะ ปี พ.ศ. 2565 แสดงให้เห็นว่า การฝึกเดินสามารถลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพด้านความสามารถทางกายภาพ[20,31]และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้เป็นอย่างดี[19, 32]

ด้วยเห็นผลดังกล่าวจึงสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยมีอาการคงที่ สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความมั่นใจในการดูแลตนเอง และอัตราการฟื้นตัวที่ดีขึ้น ลดความเหนื่อยล้า ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นได้

ข้อเสนอแนะและแนวทางไปใช้ประโยชน์

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1) นำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้าไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองและลดความเหนื่อยล้า

2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติจริงเกี่ยวกับกิจกรรมฟื้นฟูสภาพและการดูแลตนเอง พร้อมติดตามผลหลังจำหน่าย

3) ใช้แนวคิด D-METHOD และหลักการเสริมสร้างสมรรถนะตนเองของแบนดูราในการออกแบบกิจกรรมฟื้นฟูและให้คำแนะนำ

ด้านการบริหารการพยาบาล

1) สนับสนุนการจัดอบรมพยาบาลให้สามารถใช้ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

2) ใช้ผลลัพธ์จากการศึกษานี้เป็นแนวทางในการวางแผนทรัพยากรและเวลาสำหรับติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายและส่งเสริมการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

3) พัฒนาคู่มือการปฏิบัติและสื่อสนับสนุน สำหรับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้การ

ฟื้นฟูต่อเนื่องและการจัดการความเหนื่อยล้าอย่างสม่ำเสมอ

ด้านการวิจัย

1) แนะนำให้ทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลระยะยาวของโปรแกรม

2) ศึกษาการปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับ บริบทชุมชนหรือโรงพยาบาลอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่สนับสนุนทุนวิจัยและช่วยอำนวยความสะดวกตลอดการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics—2020 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2020;141(9):e139–e596.
2. Pu L, Wang L, Zhang R, Zhao T, Jiang Y, Han L. Projected global trends in ischemic stroke incidence, deaths and disability-adjusted life years from 2020 to 2030. *Stroke*. 2023;54(5):1330–9.
3. Lin Q, Dong X, Huang T, Zhou H. Developmental trajectory of care dependency in older stroke patients. Front Neurol. 2024;15:1374477.
4. Tiamkao S, Ienghong K, Cheung LW, Celebi I, Suzuki T, Apiratwarakul K. Stroke incidence, rate of thrombolytic therapy, mortality in Thailand from 2009 to 2021. Open Access Maced J Med Sci. 2022;10(E):110–5.
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8297
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://dmsic.moph.go.th/index/detail/7829
7. ผ่องพักตร์ จันทร์ศิริ. ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(2):72–80.
8. Taweephol T, Saksit P, Hiransuthikul A, Vorasayan P, Akarathanawat W, Chutinet A. Incidence of recurrent ischemic stroke and its associated factors in a tertiary care center in Thailand: a retrospective cohort study. BMC Neurol. 2024;24(1):152.
9. Cui Y, Xiang L, Zhao P, Chen J, Cheng L, Liao L, et al. Machine learning decision support model for discharge planning in stroke patients. J Clin Nurs. 2024; 33(8):3145-3160.
10. คะนึงนิจ ศีรษะโคตร, พจนีย์ ขูลีลัง, เบญจพร เองวานิช, บุญมี ชุมพล, สุวัลยา ศรีรักษา. การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสภาการพยาบาล. 2565; 37(3):20–43.

11. โสภิต ใจอารีย์. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายของพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช. 2566;3(2):E000553.
12. ผุสดี ก่อเจดีย์, พันนิภา นวลอนันต์, เพ็ญพรรณ จงจิรวงศา, สุภา ธนวังศรี, อมร กัลยพฤกษ์. บทบาทของพยาบาลในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารการแพทย์หัวหิน. 2565;2(2):24–42.
13. Limprayoon C. Development of stroke patients intermediate care discharge planning program of Nong Khai Hospital, Nong Khai Province. J Environ Educ Med Health. 2024;9(2):571–9.
14. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. [เอกสารอิเล็กทรอนิกส์] หน่วยโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท; 2565.
15. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. [เอกสารอิเล็กทรอนิกส์]. หน่วยโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท; 2567.
16. Aarnes R, Stubberud J, Lerdal A. A literature review of factors associated with fatigue after stroke and a proposal for a framework for clinical utility. Neuropsychol Rehabil. 2020;30(8):1449–76.
17. ศุภชัย รักแก้ว. ความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (ออนไลน์). 2566;8(2):1-17.
18. Hamre C, Fure B, Helbostad JL, Wyller TB, Ihle-Hansen H, Vlachos G, et al. Factors associated with level of physical activity after minor stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2021;30(4):105628.
19. Klassen TD, Dukelow SP, Bayley MT, Benavente O, Hill MD, Krassioukov A, et al. Higher doses improve walking recovery during stroke inpatient rehabilitation. Stroke. 2020;51(9):2639–48.
20. ศุภชัย รักแก้ว, ธีรนุช ห้านิรัติศัย, สมบัติ มุ่งทวีพงษา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเดินต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเดิน ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกายภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: การวิเคราะห์เบื้องต้น. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2565;49(3):1-16.
21. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
22. ศุภชัย รักแก้ว, อุไร คำมาก. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2567;51(3):138–52.
23. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191–215
24. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพ็ชร์, ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power. วารสาร

สถาบันเทคโนโลยีสุวรรณภูมิ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2562;5(1):496–507.

25. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ และการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G*Power. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
26. Phonphet C, Suwanno J, Bunsuk C, Kumanjan W, Thiamwong L. Psychometric testing of the cross-culturally adapted Thai version of the Self-Care Self-Efficacy Scale version 3.0 in individuals with chronic illnesses. Int J Nurs Sci. 2024;11(4):473–84.
27. Banks JL, Marotta CA. Outcomes validity and reliability of the modified Rankin scale: implications for stroke clinical trials: a literature review and synthesis. Stroke. 2007;38(3):1091–6.
28. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส แอนด์ กราฟฟิค; 2562.
29. Alcantara CC, García-Salazar LF, Silva-Couto MA, Santos GL, Reisman DS, Russo TL. Post-stroke BDNF concentration changes following physical exercise: a systematic review. Front Neurol. 2018;9:637.
30. Sorenson M, Jason L, Peterson J, Herrington J, Mathews H. Brain derived neurotrophic factor is decreased in chronic fatigue syndrome and multiple sclerosis. J Neurol Neurophysiol. 2014;5:1–6.
31. Zedlitz AM, Geurts AC, Fasotti L. Cognitive and graded activity training can alleviate persistent fatigue after stroke. Clin Rehabil. 2012;26(2):108–19.
32. Jones K, Krishnamurthi R, Barker-Collo S, De Silva S, Henry N, Zeng I, et al. Fatigue after stroke educational recovery program: a prospective, phase III, randomized controlled trial. J Am Heart Assoc. 2025;14(1):e034441.