

ผลของโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวล ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Effect of the Family Centered Care Program on Anxiety Among Caregivers of Stroke Patients

ปวีณา ยศสุรินทร์ *

Paweena Yotsurin *

จินดารัตน์ ชัยอาจ **

Jindarat Chaiard **

ชมพูนุท ศรีรัตน์ **

Chomphoonut Srirat **

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้การดูแลที่เน้นความสำคัญต่อครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าการรักษาตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนสิ้นสุดการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดหลักของการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของสถาบันการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และเครื่องมือที่วัดความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของ สปิธเบอร์กเกอร์ และคณะ ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยดาราธรรม ต๊ะปินตา (Tapinta, 1992) สำหรับการประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในงานวิจัยครั้งนี้ ได้นำเอาเฉพาะแบบวัดความวิตกกังวลที่เป็นแบบประเมิน A-state หรือความวิตกกังวลตามสถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติบรรยาย และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีผลทำให้ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงได้ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีบทบาทมากขึ้นในการร่วมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยที่ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่

* Corresponding Author, Instructor, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, paweena@bcnc.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 16 พฤษภาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 26 กันยายน 2559 วันที่ตอบรับบทความ 16 กุมภาพันธ์ 2560

คำสำคัญ: การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ความวิตกกังวล ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Stroke is an acute condition of the neurological system. This illness affects caregivers by increasing their anxiety related to the patients' condition. Therefore, it is necessary to provide care which centers on the patients' family. The purpose of this quasi experimental research study was to evaluate the effect of the Family-Centered Care Program on anxiety among caregivers of stroke patients. The sample consisted of primary caregivers who were family members of stroke patients hospitalized in the stroke unit at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and acting as caregivers for these stroke patients. These participants were purposively selected and assigned equally into control and experimental groups, with fifteen participants in each group. The instruments used in this study were the Family-Centered Care Program developed by the researcher based on the concept of family-centered care and the State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) of Spielberger et al., which was translated into Thai by Tapinta (1992) to assess of anxiety in caregivers of stroke patients. In this study, A-state anxiety was used. Data were analyzed descriptive statistics and t-test.

This study generated two findings: 1) anxiety scores of caregivers in the experimental group were significantly lower after participating in the Family Centered Care Program than before participating in the program ($p < .001$); and 2) anxiety scores of the caregivers in the experimental group were significantly lower than scores for the control group ($p < .05$).

The results of this study indicated that the Family-Centered Care Program could decrease anxiety among caregivers of stroke patients. Therefore, this program should be used to enhance participation of caregivers in caring for stroke patients in order to decrease the anxiety of the caregivers.

Keywords: *Family-centered care, Anxiety, Caregivers, Stroke patients*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยสาเหตุเกิดจากการอุดตัน หรือมีการแตกของหลอดเลือดสมอง (Limphasathan, 2010) ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของโลก สำหรับประเทศไทย จากรายงานจำนวนผู้ป่วยในผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามจังหวัดในเขตบริการสาธารณสุข พบว่าจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ ปี 2554-2556 มีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับที่สองของจังหวัด

ในภาคเหนือตอนบน เท่ากับ 414.29, 427.16 และ 412.76 รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (Office of Strategic Policy, Ministry of Public Health, 2012) รวมทั้งจากสถิติของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในปี 2556-2558 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจำนวน 248, 288 และ 259 รายต่อปี ตามลำดับ (Stroke unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2013)

จากความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่เข้าสู่ระยะ

วิกฤตที่ต้องเข้ารับการรักษาย่างเร่งด่วน (World Health Organization, 2015) ซึ่งอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลง หมดสติ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันทางระบบประสาทขึ้นได้ เช่น ภาวะสมองบวมส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง เกิดภาวะชัก เป็นต้น (Charnnarong & Chutinet, 2010) ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายให้เกิดความผิดปกติ และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นดังกล่าว เมื่อผู้ดูแลทราบว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรง ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Nation Stroke Association, 2012)

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น เป็นความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ (state anxiety) เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เป็นผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เริ่มตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Menlove et al., 2014) การได้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ไม่เพียงพอ (Balhara, Verma, Sharma, & Mathur, 2012) การถูกจำกัดเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ภาระเบียด (Ostojic et al., 2014) รวมทั้งสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย วิกฤตโรคหลอดเลือดสมองที่มีอุปกรณ์ในการดูแลต่าง ๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือในการติดตามการทำงานของร่างกายต่าง ๆ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ดูแลคาดการณ์สิ่งไม่ดีที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลอันเป็นที่รักไว้ล่วงหน้าเสมอ และเป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก (Singdong & Jitpanya, 2011) ซึ่งความวิตกกังวล

ของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อผู้ดูแล เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป และมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล เช่น สับสน ร้องไห้คร่ำครวญ และเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ (Steiner et al., 2008; Balhara et al., 2012)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรค การรักษา และการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือ และสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่สนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษานต่อเนื่องถึงการดูแลเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเป็นรูปแบบหนึ่งของการบริการสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานของการเป็นหุ้นส่วนที่ได้รับประโยชน์ร่วมกัน (mutually beneficial partnerships) ระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ และครอบครัว โดยการเป็นหุ้นส่วนซึ่งกันและกันประกอบด้วยคุณลักษณะ 4 ประการได้แก่ 1) การยอมรับและเคารพ (respect) โดยให้ความสำคัญกับการสร้างความไว้วางใจ การให้เกียรติ การยอมรับและเคารพในเหตุผลและการตัดสินใจของครอบครัว โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม สังคม และศาสนาของแต่ละครอบครัว 2) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) กล่าวคือต้องมีการสื่อสารแบบสองทางระหว่างครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ ทั้งนี้จะช่วยให้เกิดความไว้วางใจและการมีสัมพันธภาพที่ดี นอกจากนี้บุคลากรในทีมสุขภาพจะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาแก่ครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจและมีทางเลือกจากการที่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ 3) การมีส่วนร่วม (participation) โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และ 4) การประสานความร่วมมือ

(collaboration) เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัวและบุคลากรที่มีสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์และประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย (Institute for Patient-and Family-Centered Care, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้นำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยหนัก (Gooding et al., 2010) ผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการสมองช้า (Zajick-Farber et al., 2015) ผู้ป่วยเด็กในแผนกฉุกเฉิน (Omalley, Brown, & Krug, 2008) ซึ่งลักษณะการนำแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการสนับสนุนครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา และการให้ข้อมูล ซึ่งมีการประเมินผลลัพธ์เป็นความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ดูแล และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ในผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า มีการศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กับการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งประเมินผลลัพธ์เป็นการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (Mitra, Pravaneh, Fatemeh, & Hamid, 2015) ส่วนการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวล เช่น ในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งลักษณะของโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ใช้ในการศึกษาของงานวิจัยข้างต้น ส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูล และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของผู้ดูแลมาใช้ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยประเมินผลลัพธ์เป็นความพึงพอใจ การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และความวิตกกังวลของผู้ดูแล (Baning, 2012; Davidson, 2009; Mitchell, Chaboyer, Burmeister, & Foster, 2009) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่นำเพียงมโนทัศน์ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล ที่มีการประเมินผลลัพธ์เป็นความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยใน

หอผู้ป่วยวิกฤต (Panyasai, 2010; Sanawong, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษาแนวทางการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมการวิจัยเกี่ยวกับการใช้แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ มีการนำเพียงบางองค์ประกอบของแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของแนวคิดนี้ มาใช้ลดความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ถือเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวอย่างแท้จริง ที่จะช่วยส่งเสริมผู้ดูแลให้เข้ามามีส่วนร่วม และมีบทบาทในทุกกระบวนการเพื่อดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน และด้วยลักษณะของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟู และต้องการกำลังใจจากผู้ดูแลเป็นอย่างมาก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการส่งเสริมตามแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้อาจจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ และเป็นผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลที่

เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมองทำให้มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทสมองที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัว โดยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้เป็นความวิตกกังวลตามสถานการณ์ที่เผชิญในขณะนั้นทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกกลัว ตึงเครียด กระวนกระวาย ตามแนวคิดความวิตกกังวลของ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972) โดยปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกายของผู้ป่วย ประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และ ความพิการที่หลงเหลืออยู่ อีกทั้งยังมีปัจจัยด้านการได้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ไม่เพียงพอ การขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการถูกจำกัดเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย กฎระเบียบสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ซึ่งการลดความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ควรให้ผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล โดยการนำแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Institute for Family Centered Care, 2015) ที่เป็นการให้บริการด้านสุขภาพบนพื้นฐานของการเป็นหุ้นส่วนที่ได้ประโยชน์ร่วมกัน ระหว่างบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว และผู้ป่วย ซึ่งมีคุณลักษณะ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การยอมรับและเคารพต่อผู้ดูแล (respect) 2) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) โดยเน้นการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาของผู้ป่วย 3) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (participation) และ

4) การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ (collaboration) มาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม และมีบทบาทในทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ความสำคัญ ให้เกียรติให้การยอมรับเคารพต่อผู้ดูแล สนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ส่งเสริมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และการตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพ การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ รวมทั้งให้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ดูแล ซึ่งจากกระบวนการดังกล่าวตามแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนี้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และอาจจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าการรักษาตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนสิ้นสุดการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าการรักษาตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนสิ้นสุดการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาที่ใช้แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวล จึงใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามที่เดมเซย์และเดมเซย์ (Dempsey & Dempsey, 1992) ได้สรุป

แนวทางการกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงทดลอง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ตามการประเมินของสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorders and Health Stroke Scale [NIHSS], 1999) ในระดับเดียวกัน จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) โปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดหลักของการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของสถาบันการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Institute for Family Centered Care, 2015) ประกอบด้วย แผนกกิจกรรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และ คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (NIHSS score) และ แบบวัดความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของ สปิธเบอร์เกอร์ และคณะ ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ดารารวรรณ ต๊ะปินตา (Tapinta, 1992)) สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ ได้นำเอาเฉพาะแบบวัดความวิตกกังวลที่เป็นแบบประเมิน A-state หรือความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ มีจำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ได้แก่ อาจารย์พยาบาล ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดการดูแล

ที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม และตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลที่เป็นแบบประเมิน A-state ไปทดสอบกับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเลขที่เอกสารรับรองโครงการวิจัย FULL-070-2558 และ 3933 / Study Code: NONE-2559-03933 ตามลำดับ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ให้ลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งในระหว่างเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือตลอดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมจนครบ 15 ราย หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจนครบ 15 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมจำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที คือ ครั้งแรกผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมภายใน

1-2 วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำแบบวัดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กลุ่มควบคุมตอบ ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมในวันที่ผู้ป่วยมีแผนการรักษาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พร้อมให้กลุ่มควบคุมตอบแบบวัดความวิตกกังวลอีกครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ดูแลต้องการ มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองจำนวน 3 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองพร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล ใช้เวลา 30 นาที และดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางใช้เวลา 60 นาที เริ่มจากการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับกลุ่มทดลอง พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกับผู้ดูแล ตามสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในขณะนี้ การศึกษาผู้ป่วย อุปกรณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อการรักษา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ การปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และเบอร์โทรศัพท์ของหอผู้ป่วย ที่กลุ่มทดลองสามารถสอบถามอาการผู้ป่วยได้ตลอดเวลา รวมทั้งประสานกับแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อให้ข้อมูลต่างๆ ที่กลุ่มทดลองต้องการรับทราบ หรือสอบถามเกี่ยวกับผู้ป่วย และผู้วิจัยนัดหมายเพื่อเข้าพบกลุ่มทดลองในครั้งที่ 2 ที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งที่ 2 ในระยะ 48-72 ชั่วโมง ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางใช้เวลา 60 นาที เริ่มจากการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับกลุ่มทดลอง พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกับผู้ดูแลตามสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในขณะนี้ สอบถามความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในด้านต่างๆ เป็นต้น และให้กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา โดยมีแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ให้ข้อมูล เช่น การเจาะคอ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน เป็นต้น รวมทั้งสอบถามความต้องการของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับการร่วมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดปากฟัน และร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การได้รับอาหาร (ป้อนทางปาก และการให้อาหารทางสายยาง ตามสภาพของผู้ป่วย) การออกกำลังกายตามพิสัยข้อ (ROM) โดยผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้ ทำการสาธิต และสอนกลุ่มทดลองในกิจกรรมดังกล่าว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมที่จะร่วมปฏิบัติของกลุ่มทดลองเป็นสำคัญ และสอบถามความต้องการเกี่ยวกับการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ได้แก่ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป จากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายเพื่อเข้าพบกลุ่มทดลองในครั้งที่ 3 ที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งที่ 3 ในระยะก่อนที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางใช้เวลา 60 นาที เริ่มจากการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับกลุ่มทดลอง พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกับผู้ดูแลตามสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในขณะนี้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อติด เป็นต้น รวมทั้งผู้วิจัย

ประเมินความพร้อมและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ก่อนกลับบ้าน โดยการสนับสนุนช่วยเหลือกลุ่มทดลองในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสอนไปในครั้งที่ 2 เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มศักยภาพ และประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบวัดความวิตกกังวลซ้ำอีกครั้งในวันที่ผู้ป่วยมีแผนการรักษาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้เวลา 30 นาที และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติบรรยายจำนวน ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลที่มีลักษณะเป็นข้อมูลนามบัญญัติของกลุ่มควบคุม และทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square) ส่วนข้อมูลที่เป็นค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบด้วยสถิติที (t-test)

2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล ก่อนและหลังของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample t-test พบว่ามีการแจกแจงปกติจึงใช้สถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample t-test พบว่ามีการแจกแจงปกติจึงใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 60 และร้อยละ 80 เป็นเพศหญิง ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 60 และ 80 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 39.6 ปี (S.D. = 10.09) ส่วนในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 47.4 ปี (S.D. = 10.95) ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จบการศึกษาระดับอนุปริญญาและปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 40 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 73.3 และ 60.0 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 64.2 ปี (S.D. = 17.48) และ 57.6 ปี (S.D. = 17.16) ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองอุดตันคิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 80.0 ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.3 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล และผู้ป่วยโดยสถิติไคสแควร์ (chi-square) สถิติทดสอบฟิชเชอร์เอ็กแซคต์ (fisher exact test) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน

2. คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนเข้าร่วมการวิจัย มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล 57.47 คะแนน (SD = 4.58) และภายหลังเข้าร่วมการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล 60 คะแนน (SD = 5.54) เมื่อใช้สถิติทีชนิดสองกลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน (pair t-test) พบว่าคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัยไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล 61.47 คะแนน (SD = 6.89) และภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล 55.40 คะแนน (SD = 6.44) ซึ่งคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง และของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (N=30)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง (n=15)		หลังการทดลอง (n=15)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มควบคุม	57.47	4.58	60.00	1.687	1.687	.141
กลุ่มทดลอง	61.47	6.89	55.40	5.485	5.485	.000**

** p < .001

3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ใช้สถิติทดสอบทีชนิดสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความวิตก

กังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวล ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (N=30)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนทดลอง	57.47	4.58	61.47	6.89	-1.871	.072
หลังทดลอง	60.00	5.54	55.40	6.45	2.096	.045*

* p < .05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) และความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพบว่า มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) ซึ่งมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัยและเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้งสองข้อ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

สามารถตอบสนองต่อปัจจัยที่เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล ตลอดจนการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ ดังนั้น การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทำให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวนั้นไม่ทันเตรียมตัวต่อการเจ็บป่วย จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลได้ ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ดูแลเกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ความวิตกกังวลของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นนั้นมีหลายสาเหตุ ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยเผชิญในขณะ

นั้นถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกของการเจ็บป่วยถือเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ยิ่งส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Wilz & Kalytta, 2008; Balhara, Verma, Sharma, & Mathur, 2012; Menlove et al., 2014) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางด้านการยอมรับและเคารพ โดยได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล ให้เกียรติ ให้การยอมรับการเป็นปัจเจกบุคคล ความมีศักยภาพ และความมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล เพื่อให้เกิดบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ สร้างความเชื่อใจ ให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการที่จะเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ (Rattana-preechakul, 2012) รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกนึกคิด หรือความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในขณะนั้น การรับฟังด้วยความตั้งใจ เข้าใจและยอมรับความรู้สึกของผู้ดูแล พร้อมทั้งหาวิธีการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนให้สามารถผ่านช่วงเวลานั้นไปได้ (Ahmann & Dokken, 2014) ทั้งนี้จะเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกมีที่พึ่งพา อุ่นใจ คลายความกลัว และความวิตกกังวลลงได้ในระดับหนึ่ง

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้องค์ประกอบในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลที่เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะนั้น บริเวณข้างเตียงเพื่อให้ผู้ดูแลได้เข้าใจ และเห็นสภาพจริงของผู้ป่วย ตลอดจนให้ผู้ดูแลซักถามได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งการอธิบายเกี่ยวกับลักษณะของโรค อาการ และการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการให้ข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และเป็นข้อมูลที่ตรงตามความต้องการแก่ผู้ดูแลนั้นจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องการศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอ

ผู้ป่วยหนักทั่วไป ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลภายหลังได้รับการสนับสนุนข้อมูลมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Panyasai, 2010)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ไม่เพียงพอ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า มีผู้ดูแลบางรายยังไม่กล้าสอบถามอาการ หรือแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เนื่องจากมีความเกรงใจแพทย์ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผู้ดูแลได้รับทราบเฉพาะข้อมูลเพียงบางส่วนที่พยาบาลเจ้าของไข้แจ้งให้ทราบเท่านั้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลจากการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยที่ไม่เพียงพอ และไม่เป็นที่ไปตามความต้องการ ซึ่งในการติดตามเยี่ยมผู้ดูแลทั้ง 3 ครั้งตามโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้วิจัยเน้นองค์ประกอบด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยการสอบถามถึงประเด็นที่ผู้ดูแลยังมีข้อสงสัย หรือต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในขณะนั้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการประเมินความต้องการของผู้ดูแล และให้ข้อมูลการดำเนินของโรคที่เป็นไปตามสถานการณ์การเจ็บป่วยในขณะนั้นแก่ผู้ดูแล จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและเป็นข้อมูลที่ตรงตามความต้องการแก่ผู้ดูแลนั้น สามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แบนนิง (Baning, 2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพอใจ และมีความวิตกกังวลลดลง เนื่องจากผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้องค์ประกอบด้านการยอมรับและเคารพ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก หรือความวิตกกังวลที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยรับฟังด้วยความตั้งใจ เข้าใจ และยอมรับความรู้สึกของผู้ดูแล ทั้งนี้จะยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่า รู้สึกมีที่พึ่งพา และพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งใช้องค์ประกอบ

ด้านการประสานความร่วมมือ ให้ผู้ดูแลได้พูดคุยกับแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการ และรับทราบแผนการรักษาของผู้ป่วยในขณะนั้น อีกทั้งการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ยิ่งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีความสำคัญ และรู้สึกมีบทบาทมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความกลัว และความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เดวิดสัน (Davidson, 2009) ที่พบว่าหลังการให้ความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับประเด็นเกี่ยวกับความพิการที่หลงเหลืออยู่ภายหลังจากการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผลมาจากความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้น พบว่า ยิ่งผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากยิ่งขึ้นทำให้หลงเหลือความพิการ และผู้ป่วยต้องการ การพึ่งพิงมากขึ้น ยิ่งทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลมาก (Balhara et al., 2012; Menlove et al., 2014) รวมทั้งการขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลนั้นเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ และมีความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Keawpralad, 2009) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย การดำเนินการในระยะนี้เน้นด้านการมีส่วนร่วม ในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้วิจัยและพยาบาลเจ้าของไข้ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้ สนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การป้อนอาหาร หรือ การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น รวมทั้งการสอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การออกกำลังกายตามพิสัยข้อ การดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น ทั้งนี้ผู้วิจัยและพยาบาล

เจ้าของไข้คอยสอนและให้คำแนะนำอยู่ตลอดเวลาของการฝึกปฏิบัติกิจกรรมจนผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ มีความกล้า และมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ดูแลลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของมิเชล และคณะ (Mitchell et al., 2009) ที่พบว่า การส่งเสริมให้คนในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ สามารถลดความวิตกกังวลของคนในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ นอกจากนี้ยังคงให้การพยาบาลตามโปรแกรมในด้านการยอมรับและเคารพ และด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยเน้นการให้ข้อมูล และประเมินความพร้อมของผู้ดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน และใช้องค์ประกอบด้านการประสานความร่วมมือ โดยสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับความต้องการ การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ทั้งนี้เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ที่เพียงพอ สามารถปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องแล้ว รวมทั้งมีแหล่งทรัพยากรที่คอยให้การช่วยเหลือใกล้บ้าน และมีบุคลากรทีมสุขภาพให้คำแนะนำจะยิ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้มากขึ้น (Senawong, 2007)

ในส่วนของการจำกัดการเข้าเยี่ยม กฎระเบียบต่างๆ และสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลได้ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในด้านการยอมรับและเคารพ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ในการชี้แจงเกี่ยวกับกฎระเบียบ และการปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลอย่างละเอียด ได้แก่ การแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ผู้ดูแลเปลี่ยนรองเท้าบริเวณหน้าหอผู้ป่วย ล้างมือก่อนและหลังเข้าเยี่ยม เข้าเยี่ยมตามเวลาที่ระบุไว้ การแนะนำสถานที่ภายในหอผู้ป่วย และให้เบอร์โทรศัพท์ของหอผู้ป่วยเพื่อผู้ดูแลสามารถสอบถามอาการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจ และสามารถปฏิบัติ

ตามภาวะเปียบของหอผู้ป่วยได้อย่างราบรื่น รวมทั้งการชี้แจงลักษณะสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมกับอธิบายเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อติดตามอาการ ให้แก่ผู้ดูแลได้เข้าใจบริเวณข้างเตียง ตลอดจนให้ผู้ดูแลซักถามได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลคลายความกลัว และความวิตกกังวลลดลงต่อสภาพแวดล้อมที่กำลังเผชิญ (Ghazavi, Feshangchi, Alavi, & Keshvari, 2016)

จากผลการศึกษาครั้งนี้อีกประเด็นหนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองพบว่า มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะของการดูแลตามปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองนั้น ส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในหอผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในขณะนั้นที่ข้างเตียง และทางโทรศัพท์ รวมทั้งให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยผ่านวิดีโอโดยที่พยาบาลไม่ได้เข้าอธิบายร่วมด้วย ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องของเวลา และภารกิจที่มากในการพยาบาลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลอาจยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค หรือเข้าใจไม่ครอบคลุม ทำให้เกิดความสงสัย เกิดความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานกระทั่งอาการของผู้ป่วยบรรเทาจน จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแลยังต้องการข้อมูลจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองให้เพียงพอตลอดระยะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในหอผู้ป่วย เมื่อได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอจึงทำให้ญาติยังคงวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง (Rattanapreechakul, 2012) อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า คะแนนความวิตกกังวลหลังการให้การสนับสนุนด้านข้อมูล เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มทดลองเช่น

กัน (Panyasai, 2010)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้โปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มาส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกของครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยทุกระบวนการ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้เมื่อผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำเสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล เพื่อพิจารณากำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง
2. พยาบาลผู้สนใจในการใช้โปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ควรได้รับการฝึกฝนเพื่อให้สามารถนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT)
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ
3. ควรมีการติดตามผลในระยะยาวอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อเป็นการประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
4. ในการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลควรมีผู้ช่วยวิจัยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการลำเอียงในการวัดผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Ahmann, E., & Dokken, D. (2014). Patient-and family-centered transitions from pediatric to adult care. *Pediatric Nursing*, 40(6), 307-309.
- Balhara, Y. P. S., Verma, R., Sharma, S., & Mathur, S. (2012). A study of predictors of anxiety and depression among stroke patient-caregivers. *Journal of Mid-Health*, 3(1), 31-35.
- Baning, K. M. (2012). *Outcomes of a comprehensive patient and family-centered care program in an adult intensive care unit (Doctoral dissertation)*. University of Arizona. Retrieved from <http://gradworks.umi.com/3507312.pdf>
- Charnnarong, N., & Chutinet, O. (2010). *Neuroscience 1*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Davidson, J. E. (2009). Family-centered care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness, *Critical Care Nurse*, 29(3). doi: 10.4037/ccn2009611
- Dempsey, P. A., & Dempsey, A. D. (1992). *Nursing research with basic statistical application*. Boston: Jones & Barlett.
- Ghazavi, Z., Feshangchi, S., Alavi, M., & Keshvari, M. (2016). Effect of family-oriented communication skills training program on depression, anxiety and stress in older adults: A randomized clinical trial. *Nurse Midwifery study*, 5(1), doi: 10.17795/nmsjournal28550
- Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns S. D. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: Origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology*, 35, 20-28. doi:10.1053/j.semperi.2010.10.004
- Institute for Patient-Family Centered Care. (2015). *Patient-and family-centered care*. Retrieved from <http://www.familycenteredcare.org>
- Keawpralad, A. (2009). *The study of family-centered care continuing care in first stroke patients* (Master' s thesis). Hua Chiew Chalermprakiet University. (In Thai)
- Limphasathan, K. (2010). *Stroke*. Chiang Mai: Surgery Unit Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. (in Thai)
- Menlove, L., Crayton, E., Kneebone, L., Crooke, R. A., Otto, E., & Harder, H. (2014). Predictors of anxiety after stroke: A systematic review of observational studies. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*, 24(6), 1118-1119. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.12.036
- Mitra, Z., Pravaneh, A., Fatemeh, B., & Hamid, H. (2015). Comparison of two educational methods (family-centered and patient-centered-care) on hemodialysis: Related complications. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*, 20(1), 87-92.
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 543-552.

- National Institute of Neurological Disorders and Health Stroke scale. (1999). *NIH stroke scale*. Retrieved from <http://www.nihstrokescale.org>
- National Stroke Association. (2012). *Stroke recovery*. Retrieved from <http://www.stroke.org>
- Office of Strategic Policy. (2012). *Individual patient database universal health coverage and welfare for medical treatment of civil servants and families* Office of Strategic Policy Ministry of Public Health. Retrieved <http://www.thai.cd.com/information-statistic/noncommunicable-disease-data.php> (in Thai)
- Omalley, P. J., Brow, K., Krung, S. E., & the Committee on pediatric emergency medicine. (2008). Patient-and family-centered care of children in the emergency department. *American Academy of Pediatrics*, 122(2). doi: 10.1542/peds.2008-1569
- Panyasai, K. (2010). *Effect of information and emotional support on anxiety and satisfaction among family members of patients in general intensive care unit, Lamphang Hospital* (Master' s thesis). Chiang Mai University. (in Thai)
- Rattanapreechakul, B. (2012). *The development of anxiety reduction pattern for family caregivers of stroke patients at the tertiary level hospital in Suphanburi province* (Master' s thesis). Christian University. (in Thai)
- Senawong, P. (2007). *Effect of providing information based on family-centered care concepts on anxiety level of mothers who had a low-birth-weight infant* (Master' s thesis). Mahidol University. (in Thai)
- Singdong, P., & Jitpanya, C. (2011). Caring for relatives of critically ill patients: Relatives' perspectives. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 3(3), 17-32. (in Thai)
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trend in theory and research* (pp. 23-49). New York: Academic press.
- Stroke Unit. (2013). *Statistics of patients admitted to the stroke ward. Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital*. (in Thai)
- World Health Organization. (2015). *Cerebrovascular accident*. Retrieved from http://www.WHO.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
- Wilz, G., & Kalytta, T. (2008). Anxiety symptoms in spouses of stroke patient. *Cerebrovascular Disease*, 25(4), 311-315. doi: 10.1159/000118375
- Zajicek-Farber, M. L., Lotrecchiano, G. R., Long, T. M., & Farber, J. M. (2015). Parental perception of family centered care in medical homes of children with neurodevelopmental disabilities. *Maternal Child Health Journal*, 1-12. doi: 10.1007/s10995-015-1688-z