



Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแล
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

อริสรา

สุขวัจน์*

Arissara

Sukwatjaneer*

เพชรรัตน์

รุจิพงศ์**

Pecharat

Rujipong**

Abstract

Stroke patients have limitations in performing daily activities and rely on caregivers. It has been found that caregivers lack care skills, and the burden of caring affects their psychophysiology and socioeconomics. The objective of this randomized controlled trial was to study the effects of a caregiver preparation program on care skills and care burden for stroke patients. The research sample was 72 caregivers of stroke patients, divided into 36 persons each in an experimental and a control group by simple random sampling. Research instruments consisted of a personal data record form, a care skills assessment, a care burden questionnaire, and a caregiver preparation program. For the care skills assessment and the care burden questionnaire, the Content Validity Indexes (CVI) were .81 and .75, respectively, and the reliabilities were .87 and .82, respectively. The experimental group received a caregiver preparation program in which they practiced patient care skills at a hospital for 3 days before discharge. During the 6 months after discharge, there were 3 home visits (1st week, 3rd month, 6th month), and telephone once a week (24 times). Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test, and independent sample t-test.

The research results found that after receiving the caregiver preparation program, the experimental group had significantly higher mean care skills scores ($M = 3.21$, $SD = 0.12$) than the control group ($M = 1.81$, $SD = 0.18$, $t = 33.44$, $p < .001$). Moreover, the experimental group had significantly lower mean care burden scores ($M = 15.12$, $SD = 1.93$) than the control group ($M = 43.19$, $SD = 1.10$, $t = -64.63$, $p < .001$).

The caregiver preparation program helped caregivers gain confidence in performing patient care activities effectively.

Keywords: Caregiver; Caregiver preparation program; Care skills; Burden of caring; Stroke patients

* Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, e-mail: arissara@g.swu.ac.th

** Lecturer, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University



บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงต้องพึ่งพาผู้ดูแล พบปัญหาผู้ดูแลขาดทักษะการดูแล และภาระการดูแลส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมเศรษฐกิจของผู้ดูแล งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง 72 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คน ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการดูแล แบบวัดภาระผู้ดูแล และโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล สำหรับแบบประเมินทักษะการดูแล และแบบวัดภาระผู้ดูแล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .81, และ .75 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และ .82 ตามลำดับ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล โดยได้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 3 วันก่อนจำหน่าย ระหว่าง 6 เดือนหลังจำหน่ายมีการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง คือสัปดาห์ที่ 1 เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 และติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 24 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย paired samples t-test และ independent samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อม ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแล ($M = 3.21, SD = 0.12$) มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 1.81, SD = 0.18, t = 33.44, p < .001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล ($M = 15.12, SD = 1.93$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 43.19, SD = 1.10, t = -64.63, p < .001$)

โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้ดูแล โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ทักษะการดูแล ภาระการดูแล ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

* ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ e-mail: arissara@g.swu.ac.th

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการบกพร่องทางระบบประสาท เกิดความพิการ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Phongprapai et al., 2022) ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลเรื่องอาหารและยา การทำความสะอาดร่างกาย การทำกายภาพบำบัด ดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ให้การสนับสนุนด้านสังคมและจิตใจ (Pitthayapong et al., 2023) ซึ่งการดูแลนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคมเศรษฐกิจ ด้านร่างกายพบว่า ผู้ดูแลมักเกิดความเหน็ดเหนื่อย มีปัญหาสุขภาพ เช่น ปวดไหล่ ปวดแขน อ่อนเพลีย รวมถึงการรับประทานอาหารได้น้อยลงจากความเครียดและขาดการดูแลตนเอง (Vielvoye et al., 2023) ด้านจิตใจพบว่า ผู้ดูแลมักเกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ท้อใจ มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธ ไม่พึงพอใจ (Farahani et al., 2021) ด้านสังคมพบว่า ผู้ดูแลมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ส่งผลให้ขาดเครือข่ายทางสังคมและเกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต (Utaisang et al., 2021) และด้านเศรษฐกิจคือผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษา ต้องปรับเปลี่ยนงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (Boonsin et al., 2021) ผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระการดูแล (Junsiri, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลจะสูงที่สุดในช่วง 2 สัปดาห์ หลังผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล และจะยังคงอยู่เป็นเวลา 1 ปี หลังจำหน่าย (Kuptniratsaikul et al., 2018) โดยในระยะ 6 เดือนแรก ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกต้องการความช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทักษะการดูแลของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้กลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ อย่างไรก็ตาม การรับรู้การเป็นภาระของผู้ดูแลเกิดจากความยากลำบากในการปรับตัวให้เข้ากับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบใหม่ (Boonsin et al., 2021)

ภาระการดูแลจะสัมพันธ์กับระดับความเจ็บป่วย การพึ่งพา และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Kuptniratsaikul et al., 2018) จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย (Monkong, et al., 2016) และผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยต่ออาชีพผู้ดูแล (Junsiri, 2021) ภาระการดูแลของผู้ดูแลจะลดลงได้ หากมีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย (Senasana et al., 2017) เพราะการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง จะช่วยให้ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น (Pitthayapong et al., 2023) ลดภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยต่อผู้ดูแล (Boonsin et al., 2021) การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลจะช่วยพัฒนาทักษะการดูแล ลดภาระการดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Uhm et al., 2023)

จากการทบทวนงานวิจัย เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองพบว่า เป็นการพัฒนาความสามารถผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่าย (Farahani et al., 2021; Pitthayapong et al., 2023; Senasana et al., 2017) มีงานวิจัยที่เป็นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำสำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษา แต่ระยะเวลาดังกล่าวเป็นเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะเฉียบพลันของโรค ความสนใจของผู้ดูแลในกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะการดูแลจึงไม่เพียงพอ เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเพียง 1 วัน อีกทั้งไม่ได้รับการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลนั้นถูกต้อง และขาดการติดตามผลการดูแลที่บ้าน (Budratana, 2020)

ระยะเวลาที่จำกัดในการฝึกทักษะ ขาดการสาธิตย้อนกลับ และขาดการติดตามเยี่ยมบ้านอาจไม่เพียงพอต่อการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ดังนั้นโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลของงานวิจัยนี้จึงเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลตั้งแต่ดูแลผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล มีการเพิ่มระยะเวลาที่เพียงพอในการฝึกทักษะผู้ดูแลก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน และมีการประเมินทักษะการดูแลของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ตลอดจนการติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินทักษะการดูแลและสุขภาพของผู้ป่วย



โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลของงานวิจัยนี้ พัฒนาตามกรอบแนวคิดการสอนผู้ดูแลพัฒนาผลลัพธ์การดูแลภาวะเรื้อรังซับซ้อน (Coaching framework for improving outcomes in complex chronic care) ของ อุบลรัตน์ เพียมจริยากุล และคณะ (Piamjariyakul et al., 2013) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) Teaching/ Reinforcement การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วย 2) Teach-back การสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) Health action plan examples การทดลองปฏิบัติการดูแลกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง 4) Supporting partnerships การประสานงานของทีมสุขภาพเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแล และ (5) Reinforcing health action plan การสนับสนุนให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแผนที่วางไว้และการติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน งานวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดจุดดีคือผู้ดูแลมีความรู้ ความเชื่อมั่นและความพร้อมในการดูแล เพิ่มทักษะการดูแลและการแก้ปัญหา เพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะและภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลและภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลและภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลลดลง
2. หลังเข้าร่วมวิจัยผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในการวิจัยนี้ ใช้กรอบแนวคิดการสอนผู้ดูแลพัฒนาผลลัพธ์การดูแลภาวะเรื้อรังซับซ้อน (Coaching framework for improving outcomes in complex chronic care) ของ อุบลรัตน์ เพียมจริยากุล และคณะ (Piamjariyakul et al., 2013) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 Teaching/Reinforcement เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลโดยการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 Teach-back เป็นการสาธิตย้อนกลับขณะผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยว่าถูกต้องเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 Health action plan examples เป็นการให้ผู้ดูแลทดลองปฏิบัติทักษะการดูแลกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงขณะผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 Supporting partnerships เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย โดยช่วยประสานงานกับแหล่งประโยชน์เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลที่เหมาะสม

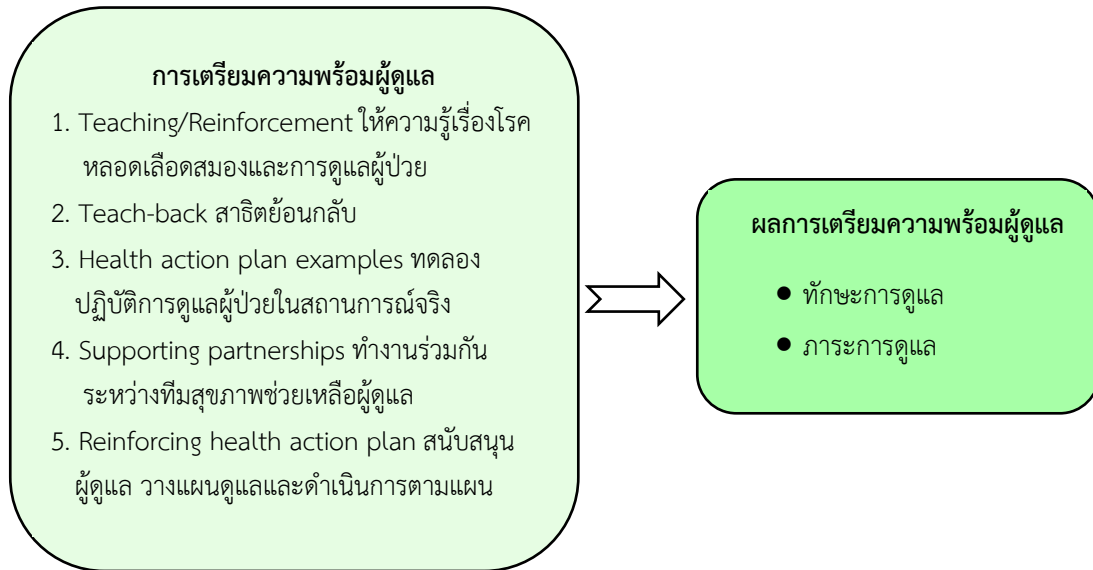
ขั้นตอนที่ 5 Reinforcing health action plan เป็นการให้ผู้ดูแลเตรียมแผนการดูแลและดำเนินการตามแผนที่วางไว้ มีการติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องในการดูแล ผลลัพธ์การเตรียม



Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแล
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

ความพร้อมผู้ดูแลประเมินจากทักษะการดูแลและภาระการดูแล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Randomized Control trial: RCT)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกของหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิใน 77 จังหวัด

กลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิระยะเวลาดำเนินงานวิจัยเป็นเวลา 6 เดือน (กุมภาพันธ์-กรกฎาคม พ.ศ. 2564)

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของ สุพิมล บุตรรัตน์ (Budratana, 2020) ร่วมกับการคำนวณด้วยโปรแกรม G * Power กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ 0.8 อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .95 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 (Gray & Grove, 2020) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้คือ 12 คน เพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัย ดังนั้นได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 72 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (Multi-stage Sampling) เริ่มจากสุ่มได้ 10 โรงพยาบาลจาก 77 จังหวัด ต่อมาสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม 12 แห่ง ๆ ละ 6 คน ของ 10 โรงพยาบาล ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 72 คน ขั้นตอนสุดท้ายโรงพยาบาลแต่ละแห่งสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลาก โดยเขียนชื่อหน่วยตัวอย่างมาทำฉลากแล้วหยิบทีละใบแล้วใส่คืน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเท่าเทียมกันในการถูกสุ่ม ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คน

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และอาการของผู้ป่วยประเมินด้วย National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) มีคะแนนระหว่าง 5-14 คะแนน ซึ่งเป็นระดับรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง (ACLS Medical Training,



2024) 2) เพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 20-70 ปี และ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูด อ่าน เขียน และ ฟังภาษาไทยได้ ผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งประเมินด้วย Mini-Mental State Examination (MMSE) มีคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป (Tanglakmankhong et al., 2020)

เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) มีอาการของโรคประจำตัวระยะรุนแรง เช่น หัวใจล้มเหลว ไตวาย เป็นต้น 2) ขาดสถานภาพการเป็นผู้ดูแลหลัก และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามเวลาที่กำหนด 2 ครั้งขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลจำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยคำถามแบบเติมคำและ check list เกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล และระยะเวลาการดูแล

2. แบบประเมินทักษะการดูแล จำนวน 8 ข้อ พัฒนาจากแบบวัดทักษะผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ สุภารัตน์ สิริประภาพล และคณะ (Siriprapapol et al., 2022) ประกอบด้วยคำถามแบบ check list เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย อารมณ์ การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน เป็นต้น แปลผลโดยแบ่งคะแนนทักษะการดูแลแต่ละข้อออกเป็น 3 ระดับโดยวิธีหาอันตรายภาคชั้น (0.00-1.33 คะแนน = ทักษะการดูแลอยู่ในระดับต่ำ 1.34-2.66 คะแนน = ทักษะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และ 2.67-4.00 คะแนน = ทักษะการดูแลอยู่ในระดับสูง)

3. แบบวัดภาระการดูแล จำนวน 14 ข้อ พัฒนาจากแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ ผ่องพักตร์ จันทรศิริ (Junsiri, 2021) ประกอบด้วยคำถามแบบ check list เกี่ยวกับความยากลำบากจากการดูแล ได้แก่ ควบคุมเวลาส่วนตัว ไม่ได้ประกอบอาชีพ ขาดความมีอิสระและความเป็นส่วนตัว การเข้าถึงคมนาคม การควบคุมด้านการเงินและปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ความรู้สึก ทศนคติ และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแล แปลผลโดยแบ่งคะแนนทั้งหมดเป็น 4 ช่วงโดยวิธีหาอันตรายภาคชั้น (0-14 คะแนน = ภาระการดูแลอยู่ในระดับต่ำ 15-28 คะแนน = ภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง 29-42 คะแนน = ภาระการดูแลอยู่ในระดับสูง และ 43-56 คะแนน = ภาระการดูแลอยู่ในระดับสูงสุด)

4. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ฉบับผู้ป่วยและผู้ดูแลของกรมการแพทย์ (Department of Medical Services, 2011) มีเนื้อหาและภาพประกอบจำนวน 61 หน้า ได้แก่ การทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยสามารถทรงตัว นั่ง ยืน เดิน ส่งเสริมให้แขนหรือมือใช้งานได้มากขึ้นจนสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ เช่น สวมเสื้อผ้า ล้างหน้าแปรงฟัน เข้าห้องน้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ท้องผูก พลัดตกหกล้ม การดูแลจิตใจผู้ป่วย การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแลจะได้รับคู่มือไว้อ่านทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

5. โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล พัฒนาตามกรอบแนวคิดการสอนผู้ดูแลพัฒนาผลลัพธ์การดูแลภาวะเรื้อรังซับซ้อน (Coaching framework for improving outcomes in complex chronic care) ของ อุบลรัตน์ เพียมจริยากุล และคณะ (Piamjariyakul et al., 2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมซึ่งมี 5 ขั้นตอน: 1) Teaching/Reinforcement ได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วย 2) Teach-back สาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการช่วยเหลือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ได้แก่ การสื่อสาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูแลสุขภาพช่องปาก และการดูแลเรื่องยา 3) Health action plan examples ทดลองปฏิบัติการดูแลกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง 4) Supporting partnerships ได้รับความร่วมมือจากทีมสุขภาพเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแล และ 5) Reinforcing health action plan ได้รับการสนับสนุนให้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแผนที่วางไว้ ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมเริ่มนับตั้งแต่การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล



ก่อนจำหน่าย 3 วัน มีการโทรศัพท์และเยี่ยมบ้านระหว่าง 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 และติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 24 ครั้ง

6. สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วย พัฒนาโดยผู้วิจัย สำหรับให้ผู้ดูแลบันทึกอาการของผู้ป่วยในแต่ละวัน มีคำถามแบบเติมคำเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และอาการผิดปกติที่พบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินทักษะการดูแล และแบบวัดภาระการดูแล ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบประสาท นักกายภาพบำบัด และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความสอดคล้องและความเที่ยงตรงของเนื้อหา ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .81 และ .75 ตามลำดับ หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินทักษะการดูแล แบบวัดภาระการดูแล ไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .87 และ .82 ตามลำดับ

โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบประสาท นักกายภาพบำบัด และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง SWUEC/E-155/2563 ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการบริการสุขภาพที่จะได้รับ รวมทั้งไม่เปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากผู้วิจัยมีความลำเอียงให้ความสนใจกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (Na-Ek, 2020) ดังนี้

1. ผู้วิจัยให้บุคคลที่ไม่ได้อยู่ในทีมวิจัย ไม่เป็นผู้วัดผลและวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย และไม่ทราบข้อมูลโปรแกรมเป็นผู้สัมผัสผู้ดูแลเข้ากลุ่มแต่ละกลุ่ม โดยการทำให้ผู้ดูแลรายใดอยู่กลุ่มใด
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เก็บข้อมูลกลุ่มทดลองเป็นผู้ทราบข้อมูลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล แต่ผู้ช่วยวิจัยที่เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมจะไม่ทราบข้อมูลของโปรแกรมฯ และให้การดูแลตามปกติ
3. ผู้ช่วยวิจัยติดตามเก็บข้อมูลแบบสอบถามหลังการวิจัยสิ้นสุดแล้วเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เป็นผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมวิจัยที่เกิดจากกลุ่มตัวอย่างโดยแท้จริงโดยปราศจากอคติ

กลุ่มทดลอง

1. ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้ดูแลกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล อธิบายการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการดูแล และแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลให้เข้าใจ แล้วให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม เขียนแผนที่บ้านพร้อมทั้งเบอร์โทรศัพท์ และนัดหมายวันเวลาเยี่ยมบ้านระหว่าง 6 เดือนหลังจำหน่าย โดยเยี่ยมบ้านเป็นเวลา 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 และโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 24 ครั้ง

2. ดำเนินการให้ผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ตามขั้นตอนของกรอบแนวคิดการสอนผู้ดูแลพัฒนาผลลัพธ์การดูแลภาวะเรื้อรังซับซ้อน (Piamjariyakul et al., 2013) รายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 1)



Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล

กิจกรรม	วิธีการ
1. Teaching/ Reinforcement: ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วย (ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 3 วัน)	1. ผู้ช่วยวิจัยอธิบายผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 15 นาที ได้แก่ การสื่อสาร การดูแลกิจวัตรประจำวัน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลเรื่องยา 2. ให้ผู้ดูแลศึกษาวิดีโอและมอเดลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมุดบันทึกสุขภาพแก่ผู้ดูแล
2. Teach-back: สาทีย้อนกลับ (ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 2 วัน)	1. ผู้ช่วยวิจัยสาธิตการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล ได้แก่ การสื่อสาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลเรื่องยา แต่ละทักษะการดูแลใช้เวลา 15 นาที 2. ให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับโดยทดลองฝึกปฏิบัติแต่ละทักษะอย่างน้อย 1 ครั้งกับผู้ป่วยจริงหลังจากได้รับการอธิบายและการสังเกต เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแล โดยผู้ช่วยวิจัยให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง แก้ไข
3. Health action plan examples: ทดลองปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง (ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 วัน)	ให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจริงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกจัดหาอุปกรณ์ให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. Supporting partnerships: ทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพช่วยเหลือผู้ดูแล	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประสานงานกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลให้ออกหนังสือส่งตัวผู้ป่วยหลังจำหน่ายแจ้งไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลในชุมชน
5. Reinforcing health action plan: สนับสนุนผู้ดูแลวางแผนดูแลและดำเนินการตามแผน	เป็นการให้ผู้ดูแลเตรียมแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านและดำเนินการตามแผนที่วางไว้ มีการติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้านเป็นเวลา 6 เดือน หลังจำหน่าย โดยเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 และติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 24 ครั้ง
5.1 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (หลังผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ใช้เวลาเยี่ยมบ้าน 1 ชั่วโมง)	1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล ชักถามปัญหาการดูแลผู้ป่วย ร่วมปรับวิธีแก้ไขปัญหในแต่ละประเด็นกับผู้ดูแล 2. เสริมสร้างความมั่นใจและแนะนำเทคนิคการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลจากง่ายไปยาก เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจได้ง่าย สามารถปฏิบัติการดูแลได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพและเกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง 3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลาในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป
5.2) เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (หลังผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ใช้เวลาเยี่ยมบ้าน 1 ชั่วโมง)	1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลประเมินตนเอง เพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย 2. ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาความรู้ทั้งหมดที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้มา ชักถามปัญหาและแนวทางแก้ไข 3. ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ดูแลเมื่อพบปัญหา 4. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลาในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป



Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล (ต่อ)

กิจกรรม	วิธีการ
5.3) ติดตามทางโทรศัพท์ (สัปดาห์ละครั้งจำนวน 24 ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน ใช้เวลาโทรศัพท์ ครั้งละ 15 นาที)	1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสอบถามถึงอาการทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วย และปัญหาในการดูแลและการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ 2. พุดคุยส่งเสริมให้ผู้ดูแลตระหนักถึงอารมณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นจากการดูแล พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอารมณ์เชิงลบ โดยการหาเวลาพักผ่อน ฟังเพลง นั่งสมาธิ หรือเข้าร่วมกลุ่มกับผู้ที่มีประสบการณ์เดียวกัน พร้อมทั้งสนับสนุนการหาแหล่งช่วยเหลือในชุมชน แนะนำแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่ช่วยลดภาวะเครียดและเหนื่อยล้า
5.4 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (หลังผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ใช้เวลาเยี่ยมบ้าน 1 ชั่วโมง)	1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ดูแลเมื่อพบปัญหา 2. ให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินทักษะการดูแลและแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแล 3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มควบคุม

1. ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลวิจัย ผู้ช่วยวิจัยพบผู้ดูแลกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล อธิบายการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการดูแลและแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลให้เข้าใจ แล้วให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม

2. ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำและฝึกการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย เวลาขับถ่ายใช้เวลา 10 นาที การป้อนอาหารและยาใช้เวลา 30 นาที การให้อาหารทางสายให้อาหารใช้เวลา 60 นาที จากพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยในวันที่แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. ผู้ช่วยวิจัยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ดูแลในเดือนที่ 6 หลังผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินทักษะการดูแลและแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแล

4. หลังจากดำเนินการทำวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ดูแลได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไว้อ่านประกอบการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย และสมุดบันทึกสุขภาพไว้บันทึกอาการของผู้ป่วยในแต่ละวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ chi-square test และ Fisher's exact probability test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะและภาระการดูแลก่อน-หลังเข้าร่วมวิจัยของผู้ดูแลกลุ่มทดลองด้วยสถิติ paired samples t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะและภาระการดูแลหลังเข้าร่วมวิจัยของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent samples t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลกลุ่มทดลองร้อยละ 81.9 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 59.33 ปี ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา รายได้เฉลี่ย 8,361.54 บาท/เดือน ร้อยละ 80.80 เป็นบุตรของผู้ป่วย ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11.9 ชั่วโมง/วัน

ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมร้อยละ 83.50 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 58.61 ปี ร้อยละ 97.30 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.70 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีรายได้เฉลี่ย 9,323.08 บาท/เดือน ร้อยละ 89.70 เป็นบุตรของ



Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

ผู้ป่วย มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10.3 ชั่วโมง ต่อวัน

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

2. ทักษะการดูแล และภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อน-หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อม โดยใช้สถิติ paired t-test พบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยโดยรวมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลก่อน-หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมของกลุ่มทดลอง ($n = 36$)

ทักษะการดูแล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	
การดูแลความต้องการด้านร่างกาย	2.19 (0.75)	ปานกลาง	3.19 (0.40)	สูง	.00
การดูแลความต้องการด้านอารมณ์	1.42 (0.50)	ปานกลาง	2.96 (0.20)	สูง	.00
หาข้อมูลและจัดหาบริการการดูแล	2.00 (0.63)	ปานกลาง	3.00 (0.00)	สูง	.00
การจัดการความเครียดระหว่างดูแลผู้ป่วย	1.96 (0.53)	ปานกลาง	4.00 (0.00)	สูง	.00
การดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจตนเอง	1.96 (0.20)	ปานกลาง	3.00 (0.00)	สูง	.00
การจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น	1.04 (0.20)	ต่ำ	2.88 (0.33)	สูง	.00
การขอความช่วยเหลือและข้อมูลจาก ร.พ.	2.58 (0.50)	ปานกลาง	3.27 (0.45)	สูง	.00
การดูแลผู้ป่วยโดยรวม	2.15 (0.37)	ปานกลาง	3.31 (0.47)	สูง	.00

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อน-หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อม โดยใช้สถิติ paired t-test พบค่าเฉลี่ยคะแนนภาระการดูแลแตกต่างกันครบทุกด้าน โดยคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลหลังทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลก่อน-หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมของกลุ่มทดลอง ($n = 36$)

ภาระการดูแล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	
เวลาสำหรับตัวเอง	42.73 (1.25)	สูง	15.12 (1.93)	ปานกลาง	.00
ความเครียดที่ต้องดูแลญาติที่เจ็บป่วย	51.46 (0.31)	สูงสุด	21.00 (0.00)	ปานกลาง	.00
ความเป็นส่วนตัว	42.88 (0.49)	สูงสุด	23.88 (0.39)	ปานกลาง	.00
ญาติที่เจ็บป่วยให้คุณทำตามใจเขา	21.88 (0.44)	ปานกลาง	11.85 (0.51)	ต่ำ	.00
มีรายได้ในการใช้จ่าย	20.00 (0.00)	ปานกลาง	11.00 (0.00)	ต่ำ	.00
รู้สึกว่าคุณค่าที่เจ็บป่วยไม่เห็นคุณค่าที่ดูแล	11.00 (0.00)	ต่ำ	11.00 (0.00)	ต่ำ	.00
รู้สึกหงุดหงิดล้นหวังกับญาติที่เจ็บป่วย	42.73 (0.35)	สูงสุด	22.73 (0.35)	ปานกลาง	.00



3. ทักษะการดูแลและภาระการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลและภาระการดูแลของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t test พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมวิจัยระหว่างกลุ่มแตกต่างกัน โดยคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลและภาระการดูแลหลังเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มทดลอง ($n = 36$) และกลุ่มควบคุม ($n = 36$)

ทักษะการดูแล/ ภาระการดูแล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ		
ทักษะการดูแล	3.21 (0.12)	สูง	1.81 (0.18)	ปานกลาง	33.44	.00
ภาระการดูแล	15.12 (1.93)	ปานกลาง	43.19 (1.10)	สูงสุด	-64.63	.00

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูงทุกด้าน โดยเฉพาะทักษะการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้เพิ่มจากระดับต่ำเป็นระดับสูง อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนมากอยู่ในช่วงวัยกลางคน ซึ่งมีทักษะในการดูแลสมาชิกครอบครัวอยู่แล้วก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วย และกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ก็ล้วนแต่เป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เหมือนกับการศึกษาของ สุขาวดี เสนาสนะ และคณะ (Senasana et al., 2017) ที่พบว่า โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสามารถพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในการคาดการณ์ ความสามารถในการปรับเปลี่ยน และความสามารถในการลงมือปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรารินทร์ พิทยะพงษ์ และคณะ (Pitthayapong et al., 2023) ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีที่ถูกต้อง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลระหว่างผู้ดูแลกลุ่มทดลองกับผู้ดูแลกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่า อธิบายได้ว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริงเป็นเวลา 3 วัน ซึ่งเพียงพอในการฝึกทักษะการดูแลก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน อีกทั้งได้ศึกษาสื่อวีดิทัศน์สอนการฟื้นฟูร่างกาย และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ส่งผลให้ผู้ดูแล สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอุบลรัตน์ เปี่ยมจริยากุล และคณะ (Piamjariyakul, et al., 2013) ที่พบว่า การที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลลดลงจากระดับสูงสุดเป็นระดับต่ำถึงปานกลาง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่าโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ในการดูแล ทำให้ความรู้สึกยากลำบากในการดูแลลดลง การได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหาทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน การได้รับความเห็นอกเห็นใจและความเอาใจใส่ทำให้ความเครียด



ความกังวลในการดูแลลดลง ตลอดจนการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยนั้นส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ส่งผลให้ความรู้สึกละอายน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาวดี เสนาสนะ และคณะ (Senasana et al., 2017) ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดภาระในการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล นอกจากนี้ การสนับสนุนและประสานความช่วยเหลือผู้ดูแลที่บ้านยังลดความรู้สึกละอายเป็นภาระแก่ผู้ดูแล (Farahani et al., 2021)

การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ตามกรอบแนวคิดการสอนผู้ดูแลพัฒนาผลลัพธ์การดูแลภาวะเรื้อรังซับซ้อน ได้แก่ Teaching/Reinforcement การส่งเสริมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วย Teach-back การสาธิตย้อนกลับเพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยว่าถูกต้องเหมาะสม และ Health action plan examples การให้ผู้ดูแลทดลองปฏิบัติทักษะการดูแลกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ทั้ง 3 ขั้นตอนนี้ ช่วยเพิ่มทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแล สำหรับ Supporting partnerships การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย โดยช่วยประสานงานกับแหล่งประโยชน์เพื่อการช่วยเหลือผู้ดูแลที่เหมาะสม และ Reinforcing health action plan การให้ผู้ดูแลเตรียมแผนการดูแล และดำเนินการตามแผนที่วางไว้ มีการติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องในการดูแล ทั้ง 2 ขั้นตอนนี้ช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบลรัตน์ เปี่ยมจริยากุล และคณะ (Piamjariyakul et al., 2013) พบว่า โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลตามกรอบแนวคิดเดียวกันกับการวิจัยนี้ ช่วยเพิ่มทักษะการดูแลและลดการรับรู้ภาระการดูแลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลใช้กับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง
2. ควรติดตามประเมินทักษะการดูแลของผู้ดูแล โดยการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินประสิทธิภาพการดูแลของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกหลังจำหน่าย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากเงินรายได้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปิงปประมาณ 2563 สัญญาเลขที่ 379/2563

References

- ACLS Medical Training. (2024). *The NIH stroke scale*. <https://www.aclsmedicaltraining.com/nih-stroke-scale>
- Boonsin, S., Deenan, A., & Wacharasin, C. (2021). Factors influencing the burden of family caregiving for survivors of stroke. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(1), 102-113. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/241328/168349>



Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแล
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

- Budratana, S. (2020). Effects of discharge preparedness program among primary caregivers of patients with ischemic stroke in Nong Bua Lamphu Hospital. *Nursing, Health, and Education Journal*, 3(1), 56-64. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/article/view/240666/164332> (in Thai)
- Department of Medical Services. (2011). *Stroke rehabilitation manual for patients and caregivers*. Beyond Publishing. <https://www.cmneuro.go.th/qr/05042561-stroke/download/> (in Thai)
- Farahani, M. A., Ghezeljeh, T. N., Haghani, S., & Alazmani-Noodeh, F. (2021). The effect of a supportive home care program on caregiver burden with stroke patients in Iran: An experimental study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 346. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06340-4>
- Gray, J. R., & Grove, S. K. (2020). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed.). Saunders.
- Junsiri, P. (2021). Caregiver burden among caregivers of stroke patient in intermediate care service of Kosumpisai Hospital. *Maharakham Hospital Journal*, 18(2), 72-80. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/251971/172168> (in Thai)
- Kuptniratsaikul, V., Thitisakulchai, P., Sarika, S., & Khaewnaree, S. (2018). The burden of stroke on caregivers at 1-year after discharge: A multicenter study. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine*, 28(1), 8-14. <https://www.rehabmed.or.th/main/wp-content/uploads/2018/05/L-438.pdf>
- Monkong, S., Sirapo-ngam, Y., & Leelacharas, S. (2016). Effectiveness of transitional care program for stroke patients and family caregivers from hospital to home. *Journal of Public Health Nursing*, 30(3), 84-101. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/96574/75343> (in Thai)
- Na-Ek, N. (2020). The guide to critically appraise a randomized controlled trial (RCT) using a CASP tool. *Chiangrai Medical Journal*, 12(2), 131-155. <https://www.pharmacy.up.ac.th/FileUpload/Journal/J1/s9.pdf> (in Thai)
- Phongprapai, W., Sowanna, N., & Chattrapiban, T. (2022). Time to assess the daily living activities of stroke patients. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 29(3), 149-161. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/260788/175866> (in Thai)
- Piamjariyakul, U., Smith, C. E., Russell, C., Werkowitch, M., & Elyachar, A. (2013). The feasibility of a telephone coaching program on heart failure home management for family caregivers. *Heart Lung*, 42(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.08.004>
- Pitthayapong, S., Numpoon, J., Wattradul, D., Kolyani, S., & Srisart, A. (2023). Effects of a family caregivers' capacity building program by telenursing on practices of post-stroke care and activities of daily life of the stroke patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 16(1), 115-134. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/259999/180237> (in Thai)



Effects of a Caregiver Preparation Program on the Care Skills and Burden of Caring for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อทักษะการดูแลและภาระการดูแล
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

- Senasana, S., Komjakraphan, P., & Isaramalai, S. (2017). Development of the home- based skill training program for caregivers of stroke patients. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 7(2), 212-222. (in Thai)
- Siriprapapol, S., Panprasert, S., & Didsaprae, S. (2022). Development of a care system for hemorrhagic stroke patients from hypertension at Somdetphraphutthaloetla Hospital, Thailand. *Journal of Health Science*, 31(Suppl 2), S353-S364. (in Thai)
- Tanglakmankhong, K., Hampstead, B. M., Ploutz-Snyder, R. J., Potempa, K., Chantarasena, N., Seesing, S., Sinchareonlert, W., & Wisetsit, P. (2020). Development of a cognitive screening process for older adults in community. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(3), 99-114. (in Thai)
- Uhm, K. E., Jung, H., Woo, M. W., Kwon, H. E., Oh-Park, M., Lee, B. R., Kim, E. J., Kim, J. H., Lee, S. A., & Lee, J. (2023). Influence of preparedness on caregiver burden, depression, and quality of life in caregivers of people with disabilities. *Frontiers in Public Health*, 11, 1153588. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1153588>
- Utaisang, A., Pearkao, C., Junsevg, K., Sangsaikaew, A., Boonkong, D., & Korcharoenyos, C. (2021). Experiences of family members in caring of stroke patients: A case study in the border provinces of the upper northeast of Thailand. *Journal of Medical Sciences*, 9(G), 172-179. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.7125>
- Vielvoye, M., Nanninga, C. S., Achterberg, W. P., & Caljouw, M. A. A. (2023). Informal caregiver stroke program in geriatric rehabilitation of stroke patients: A qualitative study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(9), 3085. <https://doi.org/10.3390/jcm12093085>