

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแล

คุณหญิง ไตรยวงศ์, พย.ม.(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)*, สุนีย์ ละกะปิ่น, กศ.ค.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)**,
ทัศนีย์ รวีรกุล, ปร.ค. (การพยาบาล)**

*นักศึกษาลัทธิศาสตร์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Received: March 30, 2020 Revised: April 21, 2020 Accepted: June 12, 2020

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่พ้นระยะวิกฤติและอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน เป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแล ดังนั้นความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จึงมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้สามารถกลับสู่ปกติสภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถช่วยเหลือตนเองและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดรายใหม่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 28 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยประยุกต์ให้ทฤษฎีการดูแลตนเองประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การฝึกทักษะและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้านรายบุคคล 2 ครั้ง รวมถึงการโทรศัพท์ติดตามและให้คำปรึกษาตามปัญหาที่พบ รวมระยะเวลาการศึกษา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบสอบถามและการสังเกตตามแบบตรวจสอบรายการภาวะแทรกซ้อน

ที่เกิด ที่ก่อนทดลองและสิ้นสุดการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ทดสอบสมมติฐานด้วย Independent t-test และ Paired t-test

ผลการศึกษา: หลังการทดลอง ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น คือมีความมั่นใจในการดูแลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองและมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) หลังการทดลองผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถช่วยเหลือตนเองมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป: โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้, โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดรายใหม่, ผู้ดูแลผู้ป่วย, การดูแลระยะกลาง

Original article

**Effect of The Supportive–Educative Nursing Program
on Capability of Family Caregiver For Caring Post Stroke****Dussadee Triyawong, MNS. (Community Nurse Practitioner)*,****Sunee Lagampan, Ed.D. (Curriculum Research & Development)** , Tassanee Rawiworrakul, Ph.D.(Nursing)****

*Student of MNS. (Community Nurse Practitioner), Faculty of Public Health, Mahidol University

**Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

Background : Stroke patients who have recovered from the critical period and are undergoing the recovery period at home are highly dependent on caregivers. Therefore, the caregiver's ability is essential for the patient's potential recovery and prevention of disability complications.

Objectives: To determine the effectiveness of the supportive educative nursing programme on the capability of the family caregivers, self-care ability, and complications in post-stroke patients.

Materials and Methods: This research was a quasi-experimental study of two groups with a pre-post intervention design. The intervention group comprised newly diagnosed stroke patients and their main caregivers. There were 28 participants in each intervention and comparison group. The experimental group received supportive and educative nursing care in a stroke rehabilitation programme, which applied a self-care theory, disease literacy, and two sessions of home visits and telephone counselling over a period of eight weeks. The data were collected from questionnaires, a guided interview, and direct observation of any disease complications at the baseline and post-intervention period. Data analysis was performed by descriptive statistics, and

the hypothesis was tested by using an independent t-test and paired t-test.

Results: The results revealed that the main caregiver in the experimental group demonstrated a higher caregiver ability and confidence score in the post-intervention period than the pre-intervention period that displayed statistical significance (p -value < 0.01). The mean difference of the caring practices score among the intervention group at the post-intervention period was also higher than the baseline score and the comparison group that displayed statistical significance (p -value < 0.01). In addition, the self-care ability in stroke patients in the experimental group was statistically significantly higher than the comparison group, and the incidence of stroke complications was also lower than the baseline period and the comparison group that displayed statistical significance. (p -value < 0.05).

Conclusion: This supportive educative nursing programme was effective, and could be applied in the strengthening of the caregivers' capability in stroke patient home rehabilitation.

Keywords: supportive educative nursing system, new case ischemic stroke, family caregiver, intermediate care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะของประเทศไทย ซึ่งในจังหวัดนครราชสีมาพบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากปี 2550 เป็น 2 เท่าในปี 2557 และพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4¹ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มักมีความพิการทางร่างกายหลงเหลือเล็กน้อยตามความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น^{2,3} ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ต้องพึ่งพาและเป็นภาระในการดูแลของคนในครอบครัว⁴ ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต้องเริ่มทำอย่างรวดเร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้ว คือควรเริ่มตั้งแต่ 24-48 ชั่วโมงหลังการเกิดโรค⁵ และมีการฟื้นฟูต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยควรทำภายในระยะเวลาไม่เกิน 3-6 เดือน จึงจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวกลับสู่สภาวะที่ใกล้เคียงความปกติและลดโอกาสเกิดความพิการหลงเหลือติดตัวไปตลอดชีวิต⁵ การส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและคนในครอบครัว

โอริมได้อธิบายแนวคิดการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น มนุษย์มีความสามารถที่จะรู้และกระทำซึ่งเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานต่อการดูแลตนเอง โดยมีพลังความสามารถ 10 ประการคือ 1) ความตระหนักและใส่ใจต่อการดูแลตนเอง 2) การที่จะควบคุมพลังงานทางร่างกาย 3) การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อการดูแลตนเอง 4) การใช้เหตุผลในการดูแลสุขภาพตนเอง 5) มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง 6) ใช้ทักษะในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง 7) การแสวงหาความรู้เพื่อการนำมาใช้ในการดูแลตนเอง 8) มีทักษะในกระบวนการความคิด 9) มีการดูแลตนเองอย่างเป็นระบบและ 10) การปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการตอบสนองความ

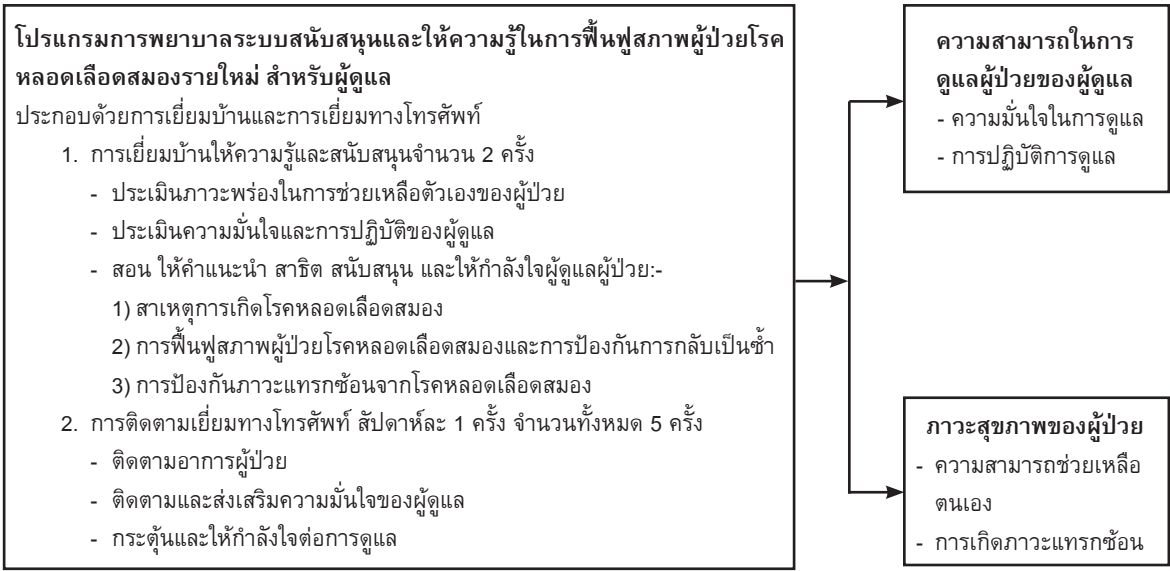
ต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด เพื่อให้สามารถมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี⁶

การดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่บ้านนั้น ช่วงเวลาที่สำคัญคือการดูแลระยะกลาง (intermediate care) และบุคคลที่สำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยคือผู้ดูแลที่บ้าน ที่ต้องมีความมั่นใจในความสามารถตนเอง และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับระยะของการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ลดความพิการที่เกิดจากโรค แต่รูปแบบการดูแลในระบบปกติของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมา แม้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายใน 2 สัปดาห์เมื่อได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล มีการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การจัดทำนอนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและการบริหารข้อ แต่ไม่เพียงพอให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเอง⁶ ที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ ฝึกทักษะ และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการโทรศัพท์ติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ให้คำปรึกษาแนะนำตามปัญหาที่พบ ระวังปัญหาของผู้ดูแล และให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์จะสามารถทราบการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถสอบถามข้อสงสัยตามปัญหาที่พบ และให้คำแนะนำแกปัญหาอย่างใกล้ชิดทันที่ทั้งนี้ เป็นการช่วยส่งเสริมกำลังใจในการดูแลตนเองเพื่อช่วยฟื้นฟูสุขภาพจากการเจ็บป่วย⁷ ผลจากการศึกษาที่ได้จะสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วัตถุประสงค์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย

กึ่งทดลอง (quasi - experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-test – post-test design) การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา หมายเลขโครงการวิจัยเลขที่ไปรับรอง 050/2017

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ อยู่ในระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และผู้ดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดไปเลี้ยงรายใหม่ ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจนมีอาการคงที่ สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจาก ผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคือ จำหน่ายกลับบ้านภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน อยู่ในระยะ Early Recovery ไม่มีปัญหาด้านการรับรู้ ส่วนผู้ดูแลเป็นญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยและญาติต้องพำนักขณะฟื้นฟูอยู่ในเขตอำเภอเมืองเป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ เป็นบุคคลสัญชาติไทยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติจนต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าจากตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน^๑ คำนวณค่าอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของสวรินทร์ หงษ์สร้อย, วัลภา คุณทรงเกียรติ

และเขมาวดี มาสิงบุญ^๒ เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลต่อเนื้อต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในการทำกิจกรรมและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดได้ค่า $d = 2.06$ ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 กำหนดค่า α เท่ากับ 0.5 และค่าอำนาจการทดสอบ $(1-\beta)$ เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพิ่มขนาดตัวอย่างมากกว่าที่คำนวณไว้อีกร้อยละ 10 ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 56 คน สุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 28 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ สำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน จำนวน 2 ครั้ง ห่างกันสองสัปดาห์ กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ปฏิบัติการพยาบาลตามแบบแผนการสนับสนุนและให้ความรู้ โดยทบทวนและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน สาธิตการช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยทางด้านการเคลื่อนไหว และแนะนำการจัดสิ่ง

แวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และ 3) ทบทวนประเมินผลการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย และการปฏิบัติกรดูแลของผู้ดูแล มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยกิจกรรมการพยาบาลคือ สอบถามความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย รับฟังปัญหาของผู้ดูแล และส่งเสริมความมั่นใจของผู้ดูแล ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจต่อการดูแล โดยโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 5 ครั้ง โปรแกรมนี้ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาสาระ และกิจกรรม และนำมาปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จากการทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์เครื่องมือมาตรฐานในส่วนของดัชนีบาร์เธลเอ็ดิตแอล มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามปลายปิด ตามเกี่ยวกับ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความตามจริง มีทั้งหมด 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีแบบวัด 2 ส่วน คือ

2.1 แบบวัดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลตามความต้องการจำเป็นของผู้ป่วย การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย มีคำถามทั้งหมด 24 ข้อ เป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากมั่นใจมากที่สุด (4 คะแนน) ถึงไม่มั่นใจมากที่สุด (1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 24 - 96 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึงมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมาก

2.2 แบบวัดการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยเป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปของผู้ป่วย และการดูแลตนเองในภาวะที่ผู้ป่วยที่เบี่ยงเบนทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การป้องกันกรกลับเป็นซ้ำ การออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีทั้งหมด 34 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นชนิดมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากปฏิบัติทุกครั้ง

(3 คะแนน) ถึง ปฏิบัติน้อยมากหรือไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 34-102 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึงมีการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยมาก

เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทั่วไปและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามปลายปิด ตามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มีแบบวัด 2 ส่วนคือ

1) แบบวัดความสามารถช่วยเหลือตนเอง ใช้แบบดัชนีบาร์เธลเอ็ดิตแอล (artherl activities of daily living: ADL)¹⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย และการแต่งตัวเอง การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการควบคุมการขับถ่าย แบบวัดมีทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนรวมมีค่า 0 - 20 คะแนน คะแนนมากหมายถึงผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มาก ฟังพาน้อย

2) แบบวัดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นแบบประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ประเมินภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อ การเกิดข้อติด การกลับเป็นซ้ำ มีทั้งหมด 11 ข้อ เป็น แบบตรวจสอบรายการ มีอาการได้ 1 คะแนน ไม่มีอาการ 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-11 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึงเกิดภาวะแทรกซ้อนมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content Validity Index; CVI) อยู่ระหว่าง 0.8 - 1 และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อดูความเข้าใจ ความชัดเจนของรายการคำถาม นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha's Cronbach Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 0.82 แบบวัดการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 0.86 แบบวัดความสามารถช่วยเหลือตนเองเท่ากับ 0.91 เท่ากับ 0.86 ส่วน

แบบการเกิดภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.81

การดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและประเมินปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทบทวนความรู้เดิมและให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดและผลกระทบต่อสุขภาพของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และการออกกำลังกายตามสภาพผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การสังเกตอาการการกลับเป็นซ้ำ โดยให้ความรู้ประกอบภาพพลิกและแบบจำลองหลอดเลือด สาธิตเกี่ยวกับการช่วยฟื้นฟูกล้ามเนื้อแขนขา เพื่อป้องกันข้อติด และกล้ามเนื้อใบหน้าเพื่อลดการเกิดการสำลักเมื่อรับประทานอาหารและช่วยเรื่องการพูด ให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยไว้ทบทวน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยประเมินความก้าวหน้าและปัญหาที่พบในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้และสาธิตวิธีการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้อาหาร การจัดสิ่งแวดล้อม การช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย การช่วยฟื้นฟูสภาพทางกายให้กับผู้ป่วย แนะนำและสาธิตเกี่ยวกับการออกกำลังกายแขนขาแบบ Passive-Active Exercise ของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ การออกกำลังกายฟื้นฟูกล้ามเนื้อมัดเล็ก การออกกำลังกายข้อต่อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติด สอนให้ผู้ป่วยใช้ร่างกายด้านที่ดีช่วยด้านที่มีพยาธิสภาพ และให้ผู้ดูแลช่วยออกกำลังกายแบบ Passive-Active Exercise ให้แก่ผู้ป่วยในด้านที่มีพยาธิสภาพ กระตุ้นย้ำเตือนให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้มีกำลังใจและเกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ให้กำลังใจเพื่อสนับสนุนการดูแลของญาติและนัดติดตามประเมินผลใน

สัปดาห์ที่ 8

กิจกรรมติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละครั้งในสัปดาห์ที่ 2, 4, 5, 6, 7 ใช้เวลาในการสนทนาครั้งละ 5 - 10 นาที โดยซักถามอาการผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ภาวะไข้ ภาวะอ่อนแรงของแขนขา การพักผ่อนนอนหลับ ความรู้สึกและสภาพจิตใจของผู้ดูแล และให้กำลังใจผู้ดูแล ชมเชยในสิ่งที่ทำได้ดีและถูกต้อง ย้ำเตือนการดูแล การรับประทานยาตามเวลา การติดตามวัดความดันโลหิตสัปดาห์ละครั้ง การตรวจตามแพทย์นัด การออกกำลังกายกล้ามเนื้อครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น การสังเกตอาการผิดปกติ

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแลตามระบบปกติของโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยมายังหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยในกรณีที่ผู้ป่วยติดเตียงให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยภายใน 3 วัน หากผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตัวเองได้ให้เข้าเยี่ยมภายใน 3 สัปดาห์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลเข้าเยี่ยมพร้อมนักกายภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ครั้ง ด้วยการสัมภาษณ์ตามโครงสร้างคำถาม และการสังเกตผู้ป่วย ครั้งแรกสัปดาห์ที่ 1 เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง และในสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่ม ด้วย สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบสมมติฐานที่ 0.05

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ

ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 51.6 ปี (SD = 13.9) กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 53 ปี (SD = 16.7) ประมาณสามในห้าของทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67.8 และ 53.6 ตามลำดับ) เกือบทั้งหมดของทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.4 เท่ากัน)

ประกอบอาชีพกระจายหลากหลาย มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด รองลงมาคือแม่บ้านตามลำดับ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย รองลงมาคือคู่สมรส ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (Mean = 4.2, SD = 1.9; Mean = 4.2, SD = 1.6 ตามลำดับ) โดยพบว่าลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และรายได้ ของสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ยกเว้นด้านการศึกษา พบว่าการศึกษาสูงสุดของกลุ่มทดลองคือปริญญาตรี และส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกลุ่มเปรียบเทียบระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี และครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.6) ของกลุ่มเปรียบเทียบจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา พบว่ามากกว่าครึ่งของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 57.1) และเกือบครึ่งของกลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 42.9) ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 17.8 ไม่เคยไปตรวจร่างกาย โรคประจำตัวที่ทั้งสองกลุ่มเป็นมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 50 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 36.3 ในกลุ่มเปรียบเทียบ) ทั้งสองกลุ่มรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีการรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและการไปตรวจร่างกายประจำปีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 65.6 ปี (SD = 11.9) กลุ่มเปรียบเทียบอายุเฉลี่ย 66.2 ปี (SD = 13.1) กลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสคู่มาก

ที่สุด ร้อยละ 64.3 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก มากที่สุด ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่ามากที่สุด คือ ร้อยละ 50 และ 78.6 ตามลำดับ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39.3) ประกอบอาชีพ ค้าขายและธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกรรม ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.8 ประกอบอาชีพ แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ ข้อมูลทางด้านสุขภาพพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 60.7) มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง มีระยะเวลาเป็นโรคเฉลี่ยที่ 9.04 ปี ร้อยละ 78.6 ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.04 วัน มีคะแนนความสามารถช่วยเหลือตนเองมากกว่า 12 คะแนนขึ้นไปและเฉลี่ยอยู่ที่ 16.8 คะแนน ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบเกือบครึ่ง ร้อยละ 42.9 มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด เฉลี่ยระยะเวลาการเป็นโรคประจำตัวคือ 7.3 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.4 ได้รับการรักษาต่อเนื่อง จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.7 วัน ร้อยละ 75.0 มีคะแนน ความสามารถช่วยเหลือตนเองมากกว่า 12 คะแนนขึ้นไปและเฉลี่ยอยู่ที่ 14.9 คะแนน

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย พบว่า หลังการทดลอง ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นจากก่อนทดลอง และ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง

ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ก่อนการทดลอง	84.5	4.6	82.5	5.5	1.47	0.15
หลังการทดลอง	94.3	3.8	78.0	3.1	17.82	< 0.01
	$t = 13.5, p < 0.01$		$t = 5.2, p < 0.01$			

การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล พบว่า หลังการทดลอง ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันกรเกิดภาวะแทรกซ้อน และด้านการ

ปฏิบัติกรฟื้นฟูสภาพมากกว่าก่อนทดลอง และมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติโดยรวม และรายด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย ภายในกลุ่มทดลองที่ระยะก่อนกับหลังการทดลอง

การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย	ก่อนทดลอง (n = 28)		หลังการทดลอง (n = 28)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโดยรวม	80.6	5.1	98.5	2.4	18.30	< 0.01
ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน	37.6	2.2	43.4	1.4	14.85	< 0.01
ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน	33.5	2.6	41.0	1.0	12.95	< 0.01
ด้านการฟื้นฟูสภาพ	9.6	1.5	14.1	0.9	17.14	< 0.01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 28)		t	p-value
	Mean Diff	SD	Mean Diff	SD		
การปฏิบัติกรดูแลโดยรวม	17.8	5.1	3.5	5.3	10.2	< 0.01
ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน	5.8	2.1	2.8	2.9	4.4	< 0.01
ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน	7.4	3.1	1.4	2.6	7.9	< 0.01
ด้านการฟื้นฟูสภาพ	4.5	1.4	-0.7	1.8	12.1	< 0.01

ด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ความสามารถช่วยเหลือตัวเอง พบว่าหลังทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถช่วยเหลือตัวเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 4

การเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าหลังการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและที่ระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

สภาวะสุขภาพผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ความสามารถช่วยเหลือตนเอง	ก่อนการทดลอง	16.6	2.8	14.9	4.4	1.7	0.09
	หลังการทดลอง	18.8	1.7	14.8	4.7	4.2	< 0.01
		$t = 6.7, p < 0.01$		$t = 0.3, p = 0.80$			
การเกิดภาวะแทรกซ้อน	ก่อนการทดลอง	0.8	0.7	1.1	1.1	-1.0	0.32
	หลังการทดลอง	0.1	0.3	0.8	0.8	-4.5	< 0.01
		$t = 6.2, p < 0.01$		$t = 2.4, p = 0.03$			

อภิปรายผล

โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยมีการประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และให้ความรู้ตามความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยเน้นการดูแลเรื่องยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานตามแผนการ

รักษา อาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย ฝึกทักษะของผู้ดูแลและให้สาธิตย้อนกลับจนเกิดความมั่นใจในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกายตามสภาพของผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อแขนขาป้องกันการติดยึดของข้อต่อต่างๆ ฝึกการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าเพื่อลดการสำลักอาหารและช่วยฟื้นฟูเรื่องการฝึกพูด รวมทั้งมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นให้ผู้ดูแลไว้ทบทวนในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้

ผู้วิจัยประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านและแนะนำการปรับสิ่งแวดล้อมให้สนับสนุนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย เช่น การมีที่เกาะยี่ด การจัดเก็บสิ่งของบริเวณทางเดินให้เรียบร้อย การดูแลเรื่องแสงสว่างที่เพียงพอ ให้คำแนะนำเรื่องการให้ผู้ป่วยนอนชั้นล่างเพื่อหลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันไดที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ในระยะที่ร่างกายยังไม่อยู่ในสภาพที่ปกติ ซึ่งวิธีการให้ความรู้ประกอบการอธิบายโดยใช้สื่อภาพพลิกสีและใช้หลอดเลือดจำลองประกอบช่วยให้ผู้ดูแลเห็นภาพที่ชัดเจน ง่ายต่อการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรค ซึ่งส่งเสริมผู้ดูแลมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพของผู้ป่วยได้ ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม⁶ ที่อธิบายว่าความสามารถในการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่พึ่งพาเป็นพลังความสามารถของบุคคลที่จะเรียนรู้ สามารถควบคุมพลังงานด้านร่างกาย สามารถใช้เหตุผล และมีแรงจูงใจ มีทักษะ สามารถจัดระบบการดูแล และปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง โปรแกรมการพยาบาลระบบให้ความรู้และสนับสนุนนี้ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพลังความสามารถเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่พึ่งพาตามสภาพปัญหาที่ผู้ป่วยพบจากโรคหลอดเลือดสมอง และการฝึกฝนทักษะ รวมทั้งการสนับสนุนจากผู้วิจัยอย่างต่อเนื่องโดยการโทรศัพท์ติดตามของผู้วิจัย เป็นการเสริมพลังความสามารถของผู้ดูแลให้คงมีความมั่นใจและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลให้คำปรึกษาให้คำแนะนำให้กำลังใจผู้ดูแล ซึ่งระยะฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะที่ต้องการการดูแลส่งเสริมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นช่วงระยะสำคัญที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่ภาวะปกติได้ หากได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องจากผู้ดูแล ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลงจากก่อนทดลองและน้อยกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ออกแบบโปรแกรมการพยาบาลที่ใช้การให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลตนเอง ในการเสริมความสามารถผู้ดูแลและผู้ป่วย และได้ผลการศึกษาที่

ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความมั่นใจ สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น โดยสามารถปฏิบัติการดูแลกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง การปฏิบัติตัวเพื่อช่วยฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำได้อย่างถูกต้อง

สรุปได้ว่าโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่นี้ สามารถส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยสามารถสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น มีอาการแทรกซ้อนน้อยลง พบข้อเสนอนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและครอบครัว สามารถนำโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้นี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลครอบครัวในการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย และสถาบันการศึกษาสามารถนำไปเป็นรูปแบบในการสอนนักศึกษาพยาบาลในการเยี่ยมบ้านได้ และพบข้อเสนอนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป คือ ควรศึกษาว่าถ้าปรับรูปแบบการให้ข้อมูลความรู้คำปรึกษาทดแทนจำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้าน และโทรศัพท์ เป็นการใช้สื่อสังคมออนไลน์ชนิดอื่นๆ เช่น ไลน์ ในการติดตามสนับสนุน จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหรือไม่ และสามารถลดภาระเรื่องเวลา และค่าใช้จ่าย จากการเยี่ยมบ้านของพยาบาลซึ่งมีภาระงานมากได้หรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการทุนสนับสนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ประจำปี 2561 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ความร่วมมือจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่และครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงได้รับความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้องของสถิติในงานวิจัยจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลัทขณ์ เอื้อกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้มีส่วนสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จของการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Non Communicable Diseases. The number and morbidity rate of stroke patient (I60-I69) per 100,000 population (including all diagnosis) 2007-2014 classified by province, health service area and big picture of Thailand (including Bangkok) [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 3]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020&searchText=หลอดเลือด+สมอง+I60-I69>.
2. Baumann M, Peck S, Collins C, Eades G. The meaning and value of taking part in a person-centred arts programme to hospital-based stroke patients: Findings from a qualitative study. *Disabil Rehabil* 2013; 35:244–56.
3. Korpershoek C, van der Bijl J, Hafsteinsdottir TB. Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *J Adv Nurs* 2011; 67:1876-94.
4. Oupra R, Ruengkhome C, Wongpalee J, Kantawong E. Stroke caregiver care giving experience. *Rajabhat Journal of Sciences, Humanities & Social Sciences* 2011;12(2):50-9.
5. National Institute of Neurological Disorder and Stroke. Preventing stroke [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 25]. Available from: <https://catalog.ninds.nih.gov/pubstatic//15-3440B/15-3440B.pdf>.
6. Orem DE. *Nursing: concept of practice*. 4th ed. St Louis: Mosby Year Book;1991.
7. Sanghuachang W. Effects of education program using group process and telephone follow up on stroke prevention knowledge and practice in elderly with chronic illness. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 2013; 30: 260-73.
8. Cohen J. A power primer. *Psychol Bul* 1992; 112:155-9.
9. Suchawadee Senasana; Patcharee Komjakraphan; Sangarun Isaramalai. Development of the Home-Based Skill Training Program for Caregivers of Stroke Patients. *JPMAT* [Internet]. 7(2):212-2. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/128737>.
10. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL index: a reliability study. *Int Disabil Stud* 1988;10:61-3.