ผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวในรูปแบบการพยาบาลทางไกลต่อการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

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

ศรารินทร์ พิทธยะพงษ์* จารุณี นุ่มพูล ดวงกมล วัตราดุลย์*** สายสมร กลยณี**** อรุณวรรณ ศรีศาสตร์****
Sararin Pitthayapong* Jarunee Numpoon** Duangkamol Wattradul*** Saisamorn Kolyani **** Arunwan Srisart****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวรูปแบบการพยาบาลทางไกล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มรายชื่อผู้ป่วยตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว กิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ทางโทรศัพท์และวิดีโอคอล กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัวและความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและระยะติดตามผลที่ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ chi - square test, Fisher's exact test, two - way repeated measures ANOVA และ Bonferroni test

Received: November 23, 2022 Revised: March 2, 2023 Accepted: April 1, 2023

* Corresponding Author, อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย E - mail: sararin.p@stin.ac.th

* Corresponding Author, Instructor, Fundamental of Nursing and Nursing Administration, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing. E - mail: sararin.p@stin.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

** Assistant professor, Fundamental of Nursing and Nursing Administration, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

*** Assistant professor, School of Nursing, Rangsit University.

**** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

**** Registered Nurse, Nopparatrajathanee Hospital.

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (M = 25.60, SD = 2.57) และผู้ป่วยมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (M = 43.13, SD = 15.55) มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและระยะติดตามผลที่ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุป โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวในรูปแบบการพยาบาลทางไกลสามารถพัฒนาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ถูกต้อง และช่วยให้ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น

คำสำคัญ: การส่งเสริมศักยภาพ ผู้ดูแลในครอบครัว การพยาบาลทางไกล การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of a capacity building program delivered by telenursing to family caregivers of post-stroke patients. A total of 30 pairs of post-stroke patients and their family member caregivers were randomly recruited to the study based on the inclusion criteria. The experimental group received the intervention that consisted of a four-weeks program via once-a-week telephone and video calls. The control group received only routine care from the hospital. Data collection related to the family caregivers' practices of post-stroke care and the patients' activities of daily living (ADLs) were evaluated at the baseline immediately after the intervention and again at 3-months follow-up. Statistical analysis included chi-square test, Fisher's exact test, two-way repeated measures' analysis of variance, and Bonferroni test.

The results of this study revealed that the mean scores of post-stroke care practices of family caregivers in the experimental group (M = 25.60, SD = 2.57) significantly improved as compared to those in the control group ($p <. 001$). ADLs among the stroke patients in the experimental group significantly increased over time (M = 43.13, SD = 15.55) and were higher than those in the control group at immediately after the intervention and at 3-month follow-up ($p < .001$).

In conclusion, the family caregivers' capacity building program by telenursing can improve family caregivers' stroke care practices to be more suitable and can improve the activities of daily of life of stroke patients.

Keywords: capacity building, family caregivers, telenursing, post-stroke care, activities daily of life

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญ อาจทำให้เกิดความพิการ ภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้ รวมทั้งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years) อันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก ประเทศไทยมีรายงานอัตราการป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 มีอัตราการป่วยเท่ากับ 467.46 และ 572.73 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ[1] ผลกระทบจากโรคทำให้เกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การรับความรู้สึก การมองเห็น การพูด ความจำ และการคิดรู้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่น และหากได้รับการดูแลไม่ถูกต้องอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ[2]

ประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองคือการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วที่สุด (early recovery) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องในช่วง 3 - 6 เดือนแรก (golden period) สามารถฟื้นฟูสภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ[3] จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่ออาการและการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีระดับอาการปานกลางขึ้นไป พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญยิ่ง ซึ่งการปฏิบัติของผู้ดูแลที่ถูกต้องส่งผลต่ออาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูผู้ป่วยได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนมากขาดประสบการณ์ ความเข้าใจ และความมั่นใจในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ซึ่งแสดงถึงการมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างน้อย[4] สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลมาดูแลต่อที่บ้าน (transition period) ก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากภาระการดูแลผู้ป่วยที่หนักและซับซ้อนกระทันหัน[5] ซึ่งผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับอาการผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพ ด้านทักษะการปฏิบัติ เช่น วิธีเคลื่อนย้ายผู้ป่วย วิธีกายภาพบำบัด และวิธีการดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น วิธีการให้อาหารทางสาย วิธีทำแผล และวิธีดูแลสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง[6,7] นอกจากนี้ด้านแรงจูงใจ ผู้ดูแลต้องการคำแนะนำ คำปรึกษา กำลังใจ และการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยจากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นและผลักดันให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาและพยายามดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการที่เหมาะสม[8,9] โดยผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องย่อมนำไปสู่อาการที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น[10]

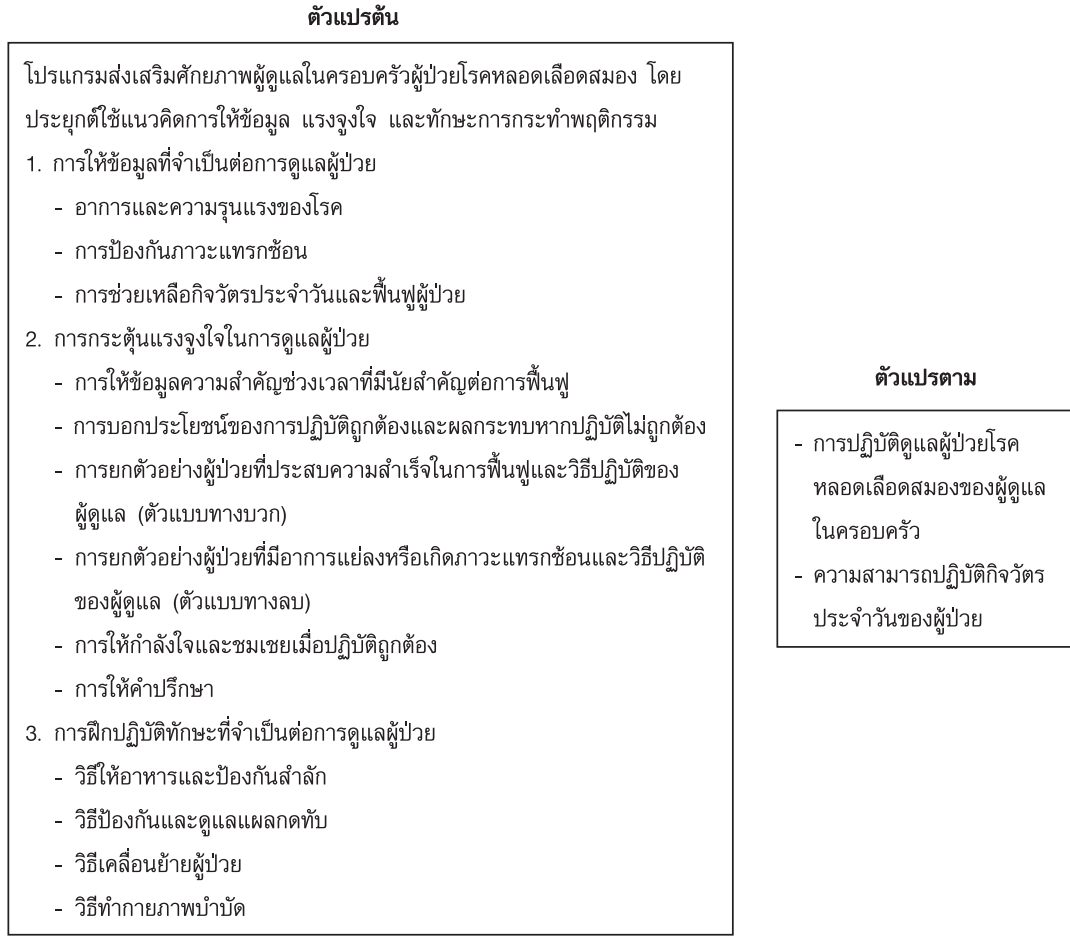
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทั่วไปยังมีข้อจำกัดบางประการที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน ได้แก่ จำนวนวันเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูในโรงพยาบาลค่อนข้างสั้นประมาณ 1 สัปดาห์ เนื่องจากการควบคุมอัตราครองเตียงให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และทักษะไม่เพียงพอและครบถ้วนตามความต้องการ[7] อีกทั้งส่วนใหญ่ผู้ดูแล

ได้รับความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นประมาณ 1 ครั้ง ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และยังพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้รับการเตรียมความพร้อมไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากวิธีปฏิบัติของผู้ดูแลไม่ถูกต้อง[6] นอกจากนี้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในช่วงที่มีอุบัติการณ์การเกิด COVID - 19 ที่สูง ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งปรับนโยบายและรูปแบบการให้บริการ ได้แก่ การงดเยี่ยมในหอผู้ป่วย การงดเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลและการติดตามให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่เพียงพอ และมีบางรายไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านในช่วงนั้น[11] รวมทั้งพบว่ามีข้อจำกัดอื่นซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การส่งต่อเอกสารข้อมูลไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขล่าช้าและไม่ครบถ้วน อาสาสมัครสาธารณสุขบางส่วนขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ข้อจำกัดเหล่านี้ส่งผลต่อการติดตามช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความล่าช้าและไม่ต่อเนื่องตามไปด้วย[12] ดังนั้นการส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ด้วยตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติวิธีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง[5]

จากการศึกษางานวิจัยในประเทศและต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่าการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้ คำแนะนำวิธีดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยให้ความสำคัญเรื่องกายภาพบำบัดเป็นอย่างมาก ส่วนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวหลังจากกลับไปอยู่บ้านเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยในชีวิตประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างมีน้อย[13] และเนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องคำนึงถึงการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเคร่งครัด จากการศึกษาพบว่ามีงานวิจัยที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยใช้การพยาบาลทางไกลด้วยวิธีการหลากหลายในการติดตามและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วย เช่น การโทรศัพท์ การวิดีโอ การใช้แอปพลิเคชัน เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าผู้รับบริการมีความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถดูแลสุขภาพดีขึ้น และรู้สึกพึงพอใจในวิธีการพยาบาลทางไกล ซึ่งช่วยให้มีช่องทางการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพที่ง่ายและสะดวก ช่วยลดค่าใช้จ่ายการเดินทางมาโรงพยาบาล และลดความเลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ[14] อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบงานวิจัยที่ทดลองใช้การพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวในรูปแบบการพยาบาลทางไกล ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย โดยใช้กรอบแนวคิดการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะการกระทำพฤติกรรม (Information - Motivation - Behavioral Skills: IMB model) ออกแบบกิจกรรมโดยมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะการกระทำพฤติกรรม (Information-Motivation-Behavioral Skills: IMB model) ของ Fisher (2003)[15] เป็นกรอบพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวในรูปแบบการพยาบาลทางไกล โดยแนวคิดนี้อธิบายว่าการส่งเสริมให้เกิดศักยภาพพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบ คือ 1) ข้อมูล (information) 2) แรงจูงใจ (motivation) และ 3) ทักษะการกระทำพฤติกรรม (behavioral skill) โดยข้อมูล (information) เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ซึ่งควรเป็นข้อมูลที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม จะนำไปสู่รูปแบบการปฏิบัติของแต่ละบุคคล ส่วนแรงจูงใจ (motivation) จะเป็นตัวผลักดันให้กระทำพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจระดับบุคคลคือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น จากการได้รับรู้ประโยชน์ข้อดี และข้อเสียของการกระทำ จะทำให้เกิดแรงผลักดันที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ และแรงจูงใจระดับสังคม คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเป็นแรงเสริมในการทำพฤติกรรม เช่น การชื่นชม ยกย่อง หรือให้รางวัล และทักษะการกระทำพฤติกรรม (behavioral skill) การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดต้องมีทักษะปฏิบัติที่จำเป็น ซึ่งเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการได้รับข้อมูลและแรงจูงใจเป็นองค์ประกอบร่วมกันที่นำไปสู่การกระทำของบุคคล ประกอบกับการมีทักษะจะส่งผลต่อการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะเกิดขึ้นได้จากการได้รับข้อมูลที่จำเป็นและมีความเฉพาะต่อการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการและความรุนแรงของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันและฟื้นฟูผู้ป่วย การได้รับการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจดูแลผู้ป่วย โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของช่วงเวลาที่มีนัยสำคัญต่อการฟื้นฟูผู้ป่วย ประโยชน์ของการปฏิบัติถูกต้องและผลกระทบหากปฏิบัติไม่ถูกต้อง การยกตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูและวิธีปฏิบัติของผู้ดูแล (ตัวแบบทางบวก) และกรณีตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอาการแย่ลงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนและวิธีปฏิบัติของผู้ดูแล (ตัวแบบทางลบ) การให้กำลังใจและชมเชยเมื่อปฏิบัติถูกต้อง รวมถึงการให้คำปรึกษา และการได้ฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น วิธีให้อาหารและป้องกันสำลัก วิธีป้องกันและดูแลแผลกดทับ วิธีเคลื่อนย้าย และวิธีทำกายภาพบำบัด ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวพัฒนาศักยภาพตนเองโดยมีพฤติกรรมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ตามมาโดยมีอาการและการฟื้นฟูสภาพดีขึ้นซึ่งประเมินได้จากความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังโปรแกรมสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังโปรแกรมสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังโปรแกรมสิ้นสุดทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน ผู้ดูแลในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. ภายหลังโปรแกรมสิ้นสุดทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบแบ่งกลุ่มการศึกษาออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (pretest - posttest two group design) วัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังโปรแกรมสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ถึง กันยายน 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการ Power Analysis ด้วยโปรแกรม G*Power 3[16] โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม (ระดับ α) ที่ .05 ขนาดของอิทธิพลที่ .80 และอิทธิพลของการทดลองที่ขนาดกลางสำหรับสถิติ F test (ANOVA: repeated measures, within - between factors) ที่ระดับ .25 แบบ 2 กลุ่ม วัด 3 ครั้ง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 28 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน การแบ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจับคู่ (matched pair) ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ อายุ และเพศ ของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วย และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดเข้าผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ อายุ 30 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน สื่อสารภาษาไทย สามารถใช้โทรศัพท์และไลน์วิดีโอคอลในการติดต่อ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีความเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามที่กำหนด สำหรับเกณฑ์คัดเข้าผู้ป่วย ได้แก่ อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีอาการระดับคะแนน 4 ตามเกณฑ์ The Modified Rankin Scale[17] คือ มีความผิดปกติค่อนข้างมาก ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีคนช่วย สามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง จำหน่ายจากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีความเจ็บป่วยภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินระดับอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง The Modified Rankin Scale[17] มีคะแนน 6 ระดับ คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความผิดปกติเลย 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

ปกติ 2 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติเล็กน้อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่าง 3 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติพอควร ต้องการคนอื่นช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่เดินได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย 4 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติค่อนข้างมาก ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีคนช่วย สามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง 5 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติรุนแรงต้องนอนกับเตียง และต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด และ 6 คะแนน หมายถึง เสียชีวิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบการพยาบาลทางไกล ผู้วิจัยพัฒนามาจากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล การทบทวนวรรณกรรม และการประยุกต์ใช้แนวคิดการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (IMB model) ซึ่งกิจกรรมมี 4 สัปดาห์ โดยใช้การโทรศัพท์และไลน์วิดีโอคอล ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 การให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการกระตุ้นแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย สัปดาห์ที่ 2 การสาธิตและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยตามรายกรณี และทบทวนข้อมูลของสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 3 การติดตามเยี่ยม สอบถามปัญหา ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจต่อเนื่อง และทบทวนข้อมูลความรู้ของสัปดาห์ที่ผ่านมา และสัปดาห์ที่ 4 การติดตามเยี่ยม ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และทบทวนข้อมูลความรู้ตั้งแต่สัปดาห์ 1 ถึง 3 โดยกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง นอกจากนี้ หลังสัปดาห์ที่ 4 มีการติดตามและให้คำแนะนำตามรายกรณีอีกเดือนละ 1 ครั้ง จนสิ้นสุด 3 เดือน

3. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว โรคประจำตัว และการมีผู้อื่นช่วยดูแล รวมทั้งข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว และระดับการศึกษา

3.2 แบบประเมินการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปรับมาจากแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Pitthayapong et al.[12] ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือแล้ว ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ วิธีการให้อาหารและป้องกันสำลัก วิธีป้องกันและดูแลแผลกดทับ วิธีป้องกันการหกล้ม วิธีเคลื่อนย้าย และวิธีกายภาพบำบัด มีทั้งหมด 8 ข้อ แต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน 1 ถึง 4 ดังนี้ ปฏิบัติไม่ถูกต้องทั้งหมดหรือไม่มีการปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติถูกต้องเล็กน้อยหรือปฏิบัติถูกต้อง 1 ใน 3 ของขั้นตอนในกิจกรรมนั้น เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติถูกต้องบางส่วนหรือปฏิบัติถูกต้อง 2 ใน 3 ของขั้นตอนในกิจกรรมนั้น เท่ากับ 3 คะแนน และปฏิบัติถูกต้องทั้งหมด เท่ากับ 4 คะแนน คะแนนรวม 8 - 32 คะแนน แบ่งระดับการแปลผลเป็นการปฏิบัติในระดับต่ำ 8 - 16 คะแนน การปฏิบัติในระดับปานกลาง 17 - 24 คะแนน และการปฏิบัติในระดับสูง 25 - 32 คะแนน

3.3 แบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้แบบประเมิน Modified Barthel Index

ของ Loharjun et al.[18] ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือแล้วประกอบด้วยคำถามประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ ได้แก่ การดูแลสุขลักษณะส่วนตัว (0 - 5 คะแนน) การอาบน้ำ (0 - 5 คะแนน) การรับประทานอาหาร (0 - 10 คะแนน) การใช้ห้องสุขา (0 - 10 คะแนน) การสวมใส่เสื้อผ้า (0 - 10 คะแนน) การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ (0 - 10 คะแนน) การควบคุมการถ่ายอุจจาระ (0 - 10 คะแนน) การเคลื่อนไหว (0 - 15 คะแนน) การเคลื่อนย้าย (0 - 15 คะแนน) และการขึ้นลงบันได (0 - 10 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 0 - 20 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด 21 - 60 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือเกือบทั้งหมด 61 - 90 คะแนน หมายถึง ต้องการความเหลือช่วยปานกลาง 91 - 99 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย และ 100 คะแนน หมายถึง ไม่ต้องการความช่วยเหลือเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1) ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมและแบบประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา และการใช้ภาษา ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะและคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ของแบบประเมินการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ได้ค่าเท่ากับ .86 และ .94 ตามลำดับ

3) การหาความเชื่อมั่นเครื่องมือการวิจัย โดยนำแบบประเมินการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย หลังจากนั้นทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยหาความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach α) มีค่าความเชื่อมั่น .82 และ .88 ตามลำดับ นอกจากนี้ ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินในกลุ่มตัวอย่างการศึกษานี้ 60 ราย ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .93 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เลขที่อนุมัติ IRB - STIN 2562/03.13.11 และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่อนุมัติ 18/2563 ผู้วิจัย

อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจอย่างอิสระ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลทั้งหมดจะปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและหน่วยงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อวางแผนดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบให้เสร็จก่อนแล้วจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนเริ่มโปรแกรม

ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูลต่อกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติดูแลผู้ป่วย และความสามารถทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้การสอบถามผู้ดูแลร่วมกับการสังเกตตามแบบประเมินการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย หลังจากนั้นมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจัดทำโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

ระยะดำเนินโปรแกรม

กลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีกิจกรรม 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ผ่านช่องทางการโทรศัพท์และไลน์วิดีโอคอล ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 2 สัปดาห์) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการ ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย โดยอธิบายข้อมูลช่วงเวลาสำคัญและประโยชน์ของการฟื้นฟูผู้ป่วยโดยเริ่มให้เร็วที่สุด ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูและการปฏิบัติของผู้ดูแล และตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการแย่ลงและการปฏิบัติของผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ซักถาม และสรุปเนื้อหา

สัปดาห์ที่ 2 การสาธิตและให้ผู้ดูแลฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยตามรายกรณี เช่น วิธีให้อาหารทางสายและป้องกันการสำลัก วิธีป้องกันและดูแลแผลกดทับ วิธีเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และวิธีทำกายภาพบำบัด โดยผู้วิจัยสาธิตวิธีปฏิบัติผ่านไลน์วิดีโอคอล รวมทั้งอธิบายวิธีการปฏิบัติโดยใช้ภาพประกอบและคลิปวิดีโอ แล้วให้ผู้ดูแลอธิบายและสาธิตปฏิบัติย้อนกลับ เปิดโอกาสให้ซักถามและทบทวนข้อมูลสัปดาห์ที่ 1

สัปดาห์ที่ 3 ทบทวนข้อมูลความรู้และวิธีปฏิบัติดูแลผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมผู้ดูแลและผู้ป่วยด้วยโทรศัพท์และไลน์วิดีโอคอลซักถามอาการ วิธีดูแลผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรค ให้คำแนะนำและคำปรึกษาตามรายกรณี รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง โดยให้กำลังใจ ชมเชย ให้ข้อมูลที่เน้นถึงความสำคัญและประโยชน์จากการปฏิบัติด้วยวิธีการที่ถูกต้อง และผลกระทบจากการละเลยหรือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีดูแลผู้ป่วย รวมทั้งทบทวนข้อมูลตั้งแต่สัปดาห์ 1 ถึง 3 และภายหลังโปรแกรมสิ้นสุด ผู้วิจัยโทรศัพท์และไลน์วิดีโอคอลติดตามวิธีการดูแลผู้ป่วยและให้คำแนะนำปรึกษาตามรายกรณีอีกเดือนละ 1 ครั้ง จนกว่าการเก็บรวมรวมข้อมูลสิ้นสุดที่ 3 เดือน

กลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติจากหน่วยงานการพยาบาลชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 - 2 ครั้ง โดยพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนพรัตน-ราชธานี และศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตที่อาศัย มีการประเมินติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อน การให้คำปรึกษา และคำแนะนำวิธีการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยตามประเด็นปัญหาที่พบ

ระยะติดตามผลหลังโปรแกรมสิ้นสุดทันที และ 3 เดือน

ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการสอบถามผู้ดูแลร่วมกับการสังเกตตามแบบประเมินการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยผ่านโทรศัพท์และไลน์วิดีโอคอล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการเลือกใช้สถิติและกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งใช้สถิติไคสแควร์ (Pearson's Chi - Square) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว และความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างช่วงเวลาของการทดลอง ด้วยสถิติ Two-way repeated measures ANOVA และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคู่เวลาโดยใช้สถิติ Bonferroni test

ผลการวิจัย

ก่อนการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดเป็นผู้ดูแลในครอบครัว 65 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 65 คน โดยระหว่างดำเนินโปรแกรมการวิจัย มีผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ราย (n = 30) และผู้ดูแลกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 3 ราย (n = 30) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ ซึ่งผลการศึกษามีดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ ผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 44.23 (± 9.32) ส่วนกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 อายุเฉลี่ย 44.87 (± 9.73) โดยผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามีหรือภรรยา และญาติ จำนวนเท่ากันร้อยละ 36.7 เป็นบุตร ร้อยละ 26.6 ส่วนกลุ่มทดลองเป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 43.3 รองลงมาเป็นบุตร ร้อยละ 33.3 และญาติ ร้อยละ 23.3 ผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.7 และ 60.00 การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 50.0 และ 36.6 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.7 และ 70.0 และไม่มีผู้อื่นช่วยดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 56.7 และ 63.3 ตามลำดับ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเป็น ischemic stroke ร้อยละ 100 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 เพศชาย ร้อยละ 46.7 อายุเฉลี่ย 58.23 (± 4.83) ส่วนกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงและชายจำนวนเท่ากันร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 58.36 (± 5.89) การศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.3 และ 70.0 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.7 และ 80.0 ตามลำดับ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง (n = 60)

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		χ^2	p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ผู้ดูแลในครอบครัว						
เพศ					0.077	0.781[a]
หญิง	20	66.7	21	70.0		
ชาย	10	33.3	9	30.0		
อายุ	Mean + SD = 44.23 + 9.32		Mean + SD = 44.87 + 9.73		t = 0.580	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					1.389	0.708[a]
บุตร	8	26.6	10	33.3		
สามี/ภรรยา	11	36.7	13	43.3		
ญาติ	11	36.7	7	23.3		
สถานภาพสมรส					3.529	0.171[b]
โสด	7	23.3	10	33.3		
สมรส	20	66.7	18	60.0		
หม้าย/หย่า/แยก	3	10.0	2	6.7		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง (n = 60) (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		χ^2	p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา					2.252	0.133[a]
ต่ำกว่าปริญญาตรี	15	50.0	19	63.3		
ปริญญาตรีขึ้นไป	15	50.0	11	36.6		
รายได้ครอบครัวต่อเดือน					2.214	0.697[b]
< 10,000 บาท	9	30.0	5	16.7		
≥ 10,000 บาท	21	70.0	25	83.3		
โรคประจำตัว					5.108	0.157[a]
ไม่มี/ไม่ทราบ	20	66.7	21	70.0		
มี	10	33.3	9	30.0		
การมีผู้อื่นช่วยดูแลผู้ป่วย					2.107	0.752[a]
ไม่มี	17	56.7	19	63.3		
มี	13	43.3	11	36.7		

[a] = Chi-square test ; [b] = Fisher's Exact test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัวและความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างช่วงเวลาของการทดลอง

ก่อนเริ่มโปรแกรมการวิจัย คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวและความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) (ตารางที่ 2) ภายหลังโปรแกรมสิ้นสุดทันที ผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 16.50 (SD = 2.62) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ และระยะติดตามผลที่ 3 เดือน เพิ่มขึ้นเป็น 20.33 (SD = 2.51) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลองภายหลังโปรแกรมสิ้นสุดทันทีมีคะแนนเฉลี่ย 22.43 (SD = 2.21) อยู่ในระดับปานกลาง และเพิ่มขึ้นเป็น 25.60 (SD = 2.57) ซึ่งอยู่ในระดับสูง สำหรับความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ภายหลังโปรแกรมสิ้นสุดทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 21.17 (SD = 7.58) เป็น 31.13 (SD = 14.36) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 27.37 (SD = 10.87) เป็น 43.13 (SD = 15.55) ซึ่งทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต้องการความช่วยเหลือเกือบทั้งหมด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลตัวแปรที่ต้องการศึกษาระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองก่อนเริ่มโปรแกรมการวิจัย (n = 60)

ตัวแปร	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		t	p - value
	Mean	SD	Mean	SD		
การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	15.87	1.55	16.93	1.96	11.701	.165
ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	18.97	6.01	17.07	7.25	22.000	.284

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวและความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างช่วงเวลา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยและความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยในระยะติดตามผลที่ 3 เดือน มากกว่าหลังโปรแกรมสิ้นสุดทันทีและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยและความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยในระยะติดตามผลที่ 3 เดือน มากกว่าหลังโปรแกรมสิ้นสุดทันที และมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <. 05$) ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดสมองของผู้ดูแลในครอบครัวและความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังโปรแกรมสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง (n = 60)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (1)		หลังโปรแกรมสิ้นสุดทันที (2)		ระยะติดตามผล 3 เดือน (3)			F	p	Post hoc
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD				
การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว										
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.87	1.55	16.50	2.62	20.33	2.51	**กลุ่ม**	188.411	< .001	3>2,1*
กลุ่มทดลอง	16.93	1.96	22.43	2.21	25.60	2.57	**เวลา**	139.814	< .001	3>2>1*
							กลุ่ม*เวลา	13.057	< .001	
ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย										
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.97	6.01	21.17	7.58	31.13	14.36	**กลุ่ม**	15.473	< .001	3>2,1*
กลุ่มทดลอง	17.07	7.25	27.37	10.87	43.13	15.55	**เวลา**	72.492	< .001	3>2>1*
							กลุ่ม*เวลา	3.199	.024	

* p - value < .05, 1 คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม, 2 คือ หลังโปรแกรมสิ้นสุดทันที, 3 คือ ระยะติดตามผลที่ 3 เดือน

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวรูปแบบการพยาบาลทางไกลที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิด IMB model[15] ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกิจกรรมในโปรแกรมทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับอาการของโรค ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน การดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และการฟื้นฟูสภาพโดยเริ่มให้เร็วที่สุด ทำให้ผู้ดูแลรับรู้และเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของการสอนตามแผนการดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[19] พบว่าการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทำให้ผู้ดูแลเข้าใจบทบาทหน้าที่และวิธีดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองที่บ้าน ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจให้กับผู้ดูแลในครอบครัวด้วยการให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อตอบคำถามหรือดูแลผู้ป่วยถูกต้อง ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองสามารถทำได้ และการให้คำแนะนำในส่วนที่ผู้ดูแลไม่มีการปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมทั้งยกตัวอย่างการปฏิบัติของผู้ดูแลที่มีผลต่อผู้ป่วยทั้งกรณีที่ประสบผลสำเร็จในการฟื้นฟูและกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการแย่ลง ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทและวิธีปฏิบัติของตนเอง ตลอดจนประโยชน์และผลเสียจากการละเลยหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง และผู้วิจัยได้ชี้ให้เห็นประโยชน์จากการปฏิบัติที่ถูกต้อง ได้แก่ อาการผู้ป่วยที่ดีขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความมั่นใจขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับพยาบาล โดยเปิดโอกาสให้บุคคลในครอบครัวบอกสิ่งที่ตนดูแลผู้สูงอายุ การชมเชยเมื่อปฏิบัติเหมาะสม การให้ข้อมูลเพิ่มเติมจนเข้าใจและสรุปเป็นข้อตกลงร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น[20] สำหรับทักษะการกระทำพฤติกรรมของผู้ดูแลเกิดขึ้นจากการเห็นวิธีปฏิบัติสาธิตของผู้วิจัยในสิ่งที่ผู้ดูแลยังทำไม่ถูกต้องหรือรู้สึกไม่มั่นใจผ่านวิดีโอคอลโดยมีรูปภาพและคลิปวิดีโอประกอบ จากนั้นผู้ดูแลได้ปฏิบัติตามจนถูกต้องด้วยความมั่นใจ และมีการทบทวนความรู้ วิธีปฏิบัติ รวมทั้งได้รับคำปรึกษาตามประเด็นที่ต้องการ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาการพยาบาลทางไกลในการดูแลและป้องกันแผลกดทับผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับความรู้และฝึกอบรมผ่านทางวิดีโอเกี่ยวกับวิธีทำความสะอาดผิวหนัง การจัดเปลี่ยนท่า วิธีทำแผล และวิธีติดตามประเมินแผล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการเรียนรู้และปฏิบัติวิธีป้องกันดูแลแผลกดทับได้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[21] และการศึกษาผลของการพยาบาลทางทางไกลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยสอนวิธีการดูแลผู้ป่วยในสัปดาห์แรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และได้รับคำปรึกษา

ทางโทรศัพท์ 3 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ทำให้ผู้ดูแลตระหนักถึงบทบาทของตนเองและสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ดีขึ้น[22]

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งมีระดับดีขึ้นจากต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดเป็นต้องการความช่วยเหลือเกือบทั้งหมด โดยมีด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เคลื่อนย้าย และขึ้นลงบันได ที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นทั้ง 3 ช่วงเวลา แต่คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากผู้ดูแลนำความรู้ที่ได้รับก่อนจำหน่ายมาใช้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งได้รับคำแนะนำจากพยาบาลในช่วงติดตามเยี่ยมบ้าน 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย ซึ่งจากการสอบถามผู้ดูแลพบว่ามีการปฏิบัติถูกต้องบางส่วนและละเลยการปฏิบัติบางด้าน ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบนั้น เป็นผลจากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งนำไปสู่การฟื้นฟูสภาพร่างกายและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา การให้ความรู้วิธีปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนย้าย และการทำกายภาพบำบัด ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการปฏิบัติของผู้ดูแลและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากขึ้น[19]

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่ากิจกรรมในโปรแกรมได้ผสมผสานหลายวิธีเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูล เกิดแรงจูงใจและทักษะการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงต่อการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อีกทั้งการวิจัยนี้มีการโทรศัพท์และวิดีโอคอลติดตามวิธีการดูแลผู้ป่วย และให้คำแนะนำปรึกษาตามรายกรณีหลังจากที่กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมครบ 4 สัปดาห์ อีกเดือนละ 1 ครั้ง จึงเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลยังคงมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยจนมีความชำนาญและมั่นใจ ส่งผลให้คะแนนการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงและผู้ป่วยมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นที่ระยะติดตามผล 3 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งมีการประยุกต์แนวคิดการให้ข้อมูล แรงจูงใจและทักษะการกระทำพฤติกรรมไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทหน้าที่ของตนเอง รับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตน เกิดทัศนคติที่ดี และสามารถดูแลผู้ป่วยได้มีคุณภาพมากขึ้น[23] ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาการพัฒนาความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่าการให้ความรู้โรคหัวใจ การส่งเสริมแรงจูงใจโดยให้ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค การสนับสนุนทางสังคมในการติดตามและแนะนำวิธีดูแลผู้ป่วย ช่วยสร้างความมั่นใจและคงไว้ในทักษะการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมผู้ดูแลทำให้สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ[9]

นอกจากนี้ การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบการพยาบาลทางไกลมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ในช่วงที่ทำการการศึกษาวิจัยซึ่งมีการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกแรกของประเทศไทย และกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน เนื่องจากโรงพยาบาลหลายแห่งปรับนโยบายงดติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ดังนั้นการพยาบาลทางไกลจึงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาการพยาบาลทางไกลในการดูแลรักษาและป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งมีการสอนอบรมวิธีการดูแลรักษาและป้องกันแผลกดทับโดยใช้วิธีการประชุมสนทนาทางไกลผ่านวิดีโอเป็นรายบุคคล ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลและป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียงได้ดีขึ้น[21]

สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวโดยรูปแบบการพยาบาลทางไกลมีประสิทธิผลที่ดีต่อการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และช่วยพัฒนาความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในทิศทางที่ดีขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพยาบาลทางไกลเป็นอีกช่องทางที่สามารถให้การบริการดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการเชิงรุกและมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในช่วงเปลี่ยนผ่านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนเริ่มโปรแกรมซึ่งอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ทำได้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายงดเยี่ยมในหอผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้แก้ไขข้อจำกัดนี้โดยประสานงานกับพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนัดหมายวัน เวลา และสถานที่กับผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนเข้าไปดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งการประยุกต์ใช้ควรนำสื่อเทคโนโลยีมาใช้ในการให้ข้อมูล เสริมแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะการกระทำพฤติกรรมเพิ่มขึ้น เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ในปัจจุบัน

2. บุคลากรสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ โดยมุ่งเน้นการให้ข้อมูลและพัฒนาทักษะที่เฉพาะเจาะจงต่อผู้ดูแลแต่ละราย และควรสนับสนุนให้สหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยทุกด้านได้มีอย่างประสิทธิภาพขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลการศึกษาในระยะยาว เพื่อติดตามการดำรงอยู่ของผลลัพธ์ที่มีต่อผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนการวิจัย สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย และขอขอบพระคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย บุคลากรหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหน่วยงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนพรัตน-ราชธานี ทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Non - Communicable Diseases, Ministry of Public Health. Public health statistic A.D. 2016 - 2019 [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 12]. Available from: http://www.thaincd.comhttp. (in Thai)
2. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics - 2020 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2020;141(9):e139 - e596. doi: 10.1161/CIR.0000000000000757.
3. Grefkes C, Fink GR. Recovery from stroke: current concepts and future perspectives. Neurol Res Pract 2020;2:17. doi: 10.1186/s42466 - 020 - 00060 - 6.
4. Senasana S, Komjakraphan P, Isaramalai S. Development of the home - based skill training program for caregivers of stroke patients. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2018;7(2):212 - 22. (in Thai)
5. Mores G, Whiteman RM, Ploeg J, Knobl P, Cahn M, Klaponski L, et al. An Evaluation of the family informal caregiver stroke self - management program. Can J Neurol Sci 2018;45(6):660 - 8.
6. Laiwarin W, Liankruea K. Development of care model for cerebrovascular disease patient in Phaholpolpayuhasena hospital. Journal of Nursing Division 2016;43(3):92 - 103. (in Thai)
7. Lobo EH, Abdelrazek M, Grundy J, Kensing F, Livingston PM, Rasmussen LJ, et al. Caregiver engagement in stroke care: opportunities and challenges in Australia and Denmark. Front Public Health 2021;9:758808. doi: 10.3389/fpubh.2021.758808.

8. Pongsuwan C, Ruangroengkulrit P, Balthip K. Motives inspiring long - term care management of caregivers caring for stroke survivors in one district of a southern border province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2020;7(2):85 - 99. (in Thai)
9. Chen Y, Zou H, Zhang Y, Fang W, Fan X. Family caregiver contribution to self - care of heart failure: an application of the information - motivation - behavioral skills model. J Cardiovasc Nurs 2017;32(6):576 - 83.
10. Ugur HG, Erci B. The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. Acta Clin Croat 2019;58(2):321 - 32.
11. Bersano A, Kraemer M, Touz E, Weber R, Alamowitch S, Sibon I, et al. Stroke care during the COVID - 19 pandemic: experience from three large European countries. Eur J Neurol 2020;27(9):1794 - 800.
12. Pitthayapong S, Thiangtham W, Powwattana A, Leelacharas S. Water CM. A community based program for family caregivers for post stroke survivors in Thailand. Asian Nurs Res 2017;11(2):150 - 7.
13. Bushnell CD, Duncan PW, Lycan SL, Condon CN, Pastva AM, Lutz BJ, et al. A person - centered approach to poststroke care: the comprehensive post - acute stroke services model. J Am Geriatr Soc 2018;66(5):1025 - 30.
14. Piscesiana E, Afriyani T. The effect of telenursing on preventing re - admission among patients with heart failure: a literature review. IJNHS 2020;3(2):251 - 60.
15. Fisher WA, Fisher JD, Harman J. The information - motivation - behavioral skills model: a general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. In: Suls J, Wallston KA, editors. Social psychological foundations of health and illness. Malden: Blackwell; 2003. pp. 82 - 106.
16. Faul F. G*Power version 3.1.9.2 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 9]. Available from: https://www.poycho.uni - duessldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/
17. Quinn TJ, Dawson J, Walters MR, Lees KR. Reliability of the modified Rankin Scale: a systematic review. Stroke 2009;40(10):3393 - 5.
18. Loharjun B, Wannapira P, Palivanit J, Cumjun K. Reliability of modified Barthel index (Thai version) assessment in stroke patients. Buddhachinaraj Med J 2008;25(3):842 - 51. (in Thai)

19. Sheha EAAEM, Soultan AAA, Malk RN, Elsherbeny EMM. Effect of a planned health teaching on improving knowledge and competence of home care practice of post stroke patient among caregivers' achievement. Int J Stud Nurs 2020;5(2):51 - 69.
20. Jullamate P, Tretipsatit S, Chunchob C, Jutaphuvadol J, Phuphuang K. The effectiveness of motivation and family participation program on self–care behavior for preventing stroke among community–dwelling hypertensive older adults. [Research]. Chonburi: Burapha University; 2018. (in Thai).
21. Mamom J, Daovisan H. Telenursing: how do caregivers treat and prevent pressure injury in bedridden patients during the COVID - 19 pandemic in Thailand? Using an embedded approach. J Telemed Telecare 2022:1357633X221078485. doi: 10.1177/1357633X221078485
22. Hosseini A, Sharifi N, Dehghanrad F, Sharifipour E. Effect of telenursing on caregiver burden of care and incidence of some complications in patients with acute stroke discharged from neurological wards: a randomized control trial. Shiraz E - Med J 2022;23(8):e123479. doi: 10.5812/semj - 123479.
23. Chen J, Cai L, Ma X, Ren F, Wang X. Effect of transitional care based on IMB model in hematological neoplasms caregivers. Chinese Journal of Practical Nursing 2019;35(33):2612 - 6.