

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

The Effect of Readiness Preparation Program for Caregivers in the Ischemic Stroke Patient Discharge Plan at Chiangmai Neurological Hospital.

กนกวรรณ ชั้นอินทร์งาม¹ สุชารินทร์ ศรีสวัสดิ์² สิริยากร สมอินทร์³ อลิปรียา จันทะวาลย์³

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมประสาท

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เชียงใหม่ 50200

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เชียงใหม่ 50200

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมประสาท

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เชียงใหม่ 50200

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองอย่างเฉียบพลัน อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เพิ่มขึ้นตั้งแต่พ.ศ. 2560 ถึงปัจจุบัน แม้ระบบการรักษาในปัจจุบันจะสามารถช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้จำนวนมาก แต่เมื่อรักษาแล้วมักจะมีอาการหลงเหลืออยู่ไม่มากนักน้อย ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและอยู่ในภาวะพึ่งพิง กลายเป็นภาระของครอบครัวและจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีผลดีต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเพราะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ กระตุ้นการฟื้นตัวของสมอง ผู้ป่วยพึ่งพาคนอื่นน้อยลงเป็นการลดภาระ ความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ งานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 56 ราย โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม 26 ราย และกลุ่มทดลอง 26 ราย โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.14, p < .001$) คะแนนเฉลี่ย หลังการทดลองในกลุ่มควบคุมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.14, p = .001$) คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.70, p < .001$) คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.70, p = .869$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลอง

(M = 170.94, SD = 2.35) อยู่ในระดับสูง สูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (M = 145.42, SD = 3.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.26, p = .015$) จากผลการวิจัยพบว่าพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้และเป็นแนวทางในการพัฒนาสื่อการพยาบาลที่มีความเหมาะสมต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ทั้งนี้ควรมีการศึกษาขยายผลไปสู่เรื่องภาระและปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาระของผู้ดูแลหลังจากกลับบ้าน การศึกษาต่อยอดพัฒนาสื่อที่ใช้ในโปรแกรมการเตรียมความพร้อมให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับผู้ดูแลกลุ่มต่างๆ เป็นการเฉพาะ และควรมีการศึกษาปัจจัยข้อจำกัดเฉพาะของหน่วยงานแต่ละแห่งในการดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่าย การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ดูแล

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งพบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองอย่างเฉียบพลัน ทำให้การขนส่งเลือดไปยังสมองไม่เพียงพอ เซลล์สมองได้รับออกซิเจนน้อยลงส่งผลให้เกิดการเสียหายที่ เมื่อสมองขาดเลือดเป็นเวลานานจะส่งผลให้สมองถูกทำลายมากยิ่งขึ้น (Marx, Walls, & Hockberger, 2023 อ้างถึงใน สุพจน์ ดีไทย, 2565) ทั้งนี้ โรคดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ชนิดได้แก่ 1) โรคหลอดเลือดสมองตีบและ อุดตัน (ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 80 2) โรคหลอดเลือดในสมองแตก (hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 20 และ 3) โรคหลอดเลือดสมองแบบชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) (World Stroke Organization, 2017) ขณะที่สาเหตุของโรคเกิดจากสองปัจจัยได้แก่ 1) ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ เช่น เพศ อายุ พันธุกรรม และ 2) ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน ความเครียด เป็นต้น (American Heart Association/ American Stroke Association, 2021)

องค์การอนามัยโลก รายงานว่า ในแต่ละปีประชากรทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในจำนวนนั้นเป็นผู้เสียชีวิตประมาณ 5 ล้านราย และกลายเป็นผู้พิการอย่างถาวรราว 5 ล้านคนซึ่งกลายเป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมในการช่วยเหลือดูแลรักษา (World Health Organization, 2023) เฉพาะ พ.ศ. 2563 ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 7.03 ล้านราย โดยพบว่าอัตราการเสียชีวิตสูงสุดด้วยโรคดังกล่าวอยู่ในกลุ่มประชากรจากประเทศเอเชียกลาง เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โอเชียเนีย และกลุ่มประเทศแอฟริกาใต้ซาร่า (American Heart Association, 2023)

ในส่วนของประเทศไทยนั้น โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ที่ทำให้ประชากรเสียชีวิตและจากรายงานอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย พบว่า อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เพิ่มขึ้นตั้งแต่พ.ศ. 2560 ถึงปัจจุบัน โดยในปัจจุบันอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง คือ 330.72 โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด คือ 222.19 โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก คือ 88.38 ต่อประชากร

แสนคนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อัตราการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดคือ ร้อยละ 7.36 อัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.92 (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2565) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี มีความสัมพันธ์กับการก้าวเข้าสู่การเป็นประเทศสังคมผู้สูงอายุหรือการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุของประเทศ โดยมีอัตราป่วยทั่วประเทศ 354 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 และเพิ่มขึ้นเป็น 399.88, 423.27 และ 471.72 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2559, 2560 และ 2561 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ขณะที่ระบบการรักษาผู้ป่วย stroke fast track ของประเทศไทยเป็นระบบเครือข่ายการบริการมีอายุรแพทย์ระบบประสาท (neurologist) เป็นหัวหน้าเครือข่าย ประกอบด้วย ระบบการให้คำปรึกษาต่อทีมผู้ให้การรักษาที่โรงพยาบาลลูกข่าย ดังนั้นการให้ยาละลายลิ่มเลือดมีทั้งแบบการส่งต่อมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด การให้ยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลลูกข่ายและให้การดูแลต่อเนื่อง หรือการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลลูกข่าย และส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย โดยปัจจุบันโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาผู้ป่วย ischemic stroke ด้วยยาละลายลิ่มเลือดในประเทศไทยมีจำนวน 182 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมระบบบริการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2565)

อย่างไรก็ตาม แม้ระบบการรักษาข้างต้นจะสามารถช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้จำนวนมาก แต่ทว่าผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวเกิดขึ้นหลายมิติ อาทิ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การเกิดความพิการทุพพลภาพ ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หดท้อกำลังใจ เครียด วิตกกังวล ขณะที่ด้านสังคมต้องลดสถานภาพทางสังคม ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงาน และอยู่ในภาวะพึ่งพิง ส่วนด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อรอดชีวิตบางรายเกิดความพิการทางร่างกาย เช่น แขนขาอ่อนแรง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง ไม่สามารถสื่อสารหรือบอกความต้องการของตนเองได้ ไม่สามารถทำงานหารายได้เลี้ยงตนเองกลายเป็นภาระของครอบครัวและจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด (Ugur, Hacer, and Erci, 2019) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นเรื่องระยะยาวและจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในหลายด้านโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจยังมีความพิการหลงเหลือจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม ขณะเดียวกันการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีผลดีต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเพราะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ กระตุ้นการฟื้นตัวของสมอง ผู้ป่วยพึ่งพาคนอื่นน้อยลงเป็นการลดภาระ ความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ (นันทกาญจน์ ปักซี่ และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2559) ในภาพรวม การเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และมีทักษะในการดูแลความเจ็บป่วย การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนการแสวงหาความช่วยเหลือและการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนได้ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดและความวิตกกังวลลดลง (Weiss, 2015, ปริมล หงษ์ศรี, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และ วณิชชา พิงชมภู, 2560, และ Supot Deethai, Sirirat Panuthai, and Totsaporn Khampolsiri, 2021)

อนึ่ง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลชั้นนำทางด้านระบบประสาทของภาคเหนือที่ให้บริการในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาท จากสถิติในปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเข้ารับบริการจำนวน 473, 444 และ 512 ราย ตามลำดับ แต่ในทางปฏิบัติ พบว่า

ยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่าย ด้วยเหตุนี้ งานวิจัยนี้จึงต้องการทดลองใช้แนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ให้มีความครอบคลุมทั้งระบบยิ่งขึ้น โดยมุ่งหวังว่าการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

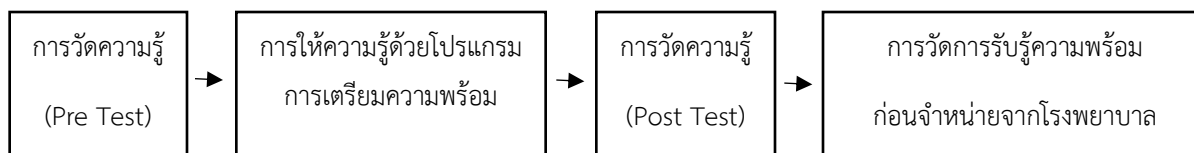
สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้ด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่าย มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับความรู้ด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่าย
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้ด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่าย มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้ความรู้ตามแนวทางปกติ
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้ด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่าย มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้ความรู้ตามแนวทางปกติ

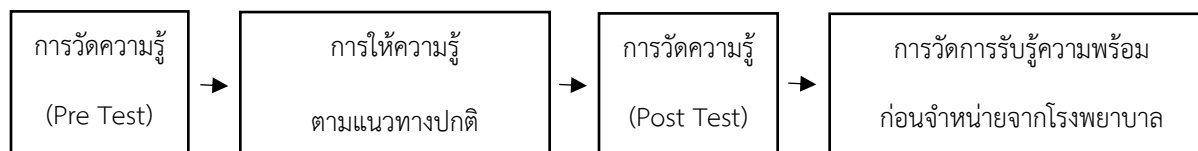
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดเรื่องรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของไวส์และคณะ (Weiss & et al., 2008) โดยเป็นชุดกิจกรรมในการเตรียมความพร้อมแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การวางแผนก่อนจำหน่าย มีการประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในด้านต่างๆ 2) การสอนก่อนจำหน่าย เป็นขั้นตอนการสอนครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และ 3) การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย และการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มทดลอง



กลุ่มควบคุม



รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัด 2 ครั้ง คือก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่บ้านอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หรือญาติ อย่างน้อย 1 คนขึ้นไป ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่บ้านอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 8 ชั่วโมงขึ้นไป ตั้งแต่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่จำนวน 52 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแล (Inclusion Criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันครั้งแรก

2. มีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ปกติ

3. ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

5. ผ่านเกณฑ์คะแนนแบบสอบถามภาวะการรู้คิดฉบับสั้น (SPMSQ) ตั้งแต่ 8 ขึ้นไป

เกณฑ์ในการคัดออกผู้ดูแล (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยในความดูแลไม่สามารถเข้าร่วมโครงการก่อนสิ้นสุดโครงการวิจัย
2. ผู้ป่วยในความดูแลมีการย้ายโรงพยาบาลเพื่อไปรักษาตามสิทธิ์
3. มีการเปลี่ยนผู้ดูแล

เกณฑ์ในการคัดเข้าผู้ป่วย (Inclusion Criteria)

อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมประสาทว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันครั้งแรก

เกณฑ์ในการคัดออกผู้ป่วย (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมโครงการก่อนสิ้นสุดโครงการวิจัย
2. ผู้ป่วยมีการย้ายโรงพยาบาลเพื่อไปรักษาตามสิทธิ์
3. มีการเปลี่ยนตัวผู้ดูแล

โดยการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (Power analysis) กำหนดให้ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (level of power) เท่ากับ 0.80 และค่าอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง (medium effect size) ผู้วิจัยกำหนดไว้ที่ 0.5 เมื่อนำมาเปิดตารางขนาดตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 ราย (Burns & Grove, 2009) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Poli & Beck, 2004) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 4 ราย ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงเป็นกลุ่มละ 26 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2. แบบประเมินผู้ป่วยตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) 3. แบบสอบถามภาวะการรู้คิดฉบับสั้น (A Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) สำหรับผู้ดูแล 4. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5. แบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อวัดความรู้ก่อน - หลัง 6. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 7. แบบประเมินการรับรู้ความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ฉบับผู้ดูแล (Readiness for Hospital Discharge Scale: RHD-Parent Form) ของศิริรัตน์ ปานอุทัย (2557ก) ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงแบบสอบถาม (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence) และแบบประเมินการรับรู้ความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผ่านการทดสอบในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัวความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ระยะเวลาอนโรงพยาบาลและจำนวนยาที่ใช้

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัวความพอเพียงของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และแบบสอบถามภาวะการรู้คิดฉบับสั้น (SPMSQ)

ส่วนที่ 2 การให้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม

1. แบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวัดความรู้ก่อน - หลัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนของทั้ง 2 กลุ่ม โดยแบบวัดความรู้มีจำนวนทั้งหมด 32 ข้อประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

- ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ
 - อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ข้อ
 - การรักษาโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลระยะฟื้นฟู จำนวน 21 ข้อ
- โดยสร้างคำถามให้ผู้ตอบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้
- 1) ข้อความที่ถูกต้อง ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง
 - ใช่ 1 คะแนน
 - ไม่ใช่ 0 คะแนน
 - 2) ข้อความที่ผิด ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง
 - ใช่ 0 คะแนน
 - ไม่ใช่ 1 คะแนน

2. แบบประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้แบบประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ฉบับผู้ดูแล (Readiness for Hospital Discharge Scale: RHD-Parent Form) ของ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (2557ก) ที่แปลจากแบบประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย ฉบับผู้ปกครองของ ไวส์ และคณะ (Weiss et al., 2008) โดยปรับคำว่า “บุตร” เป็น “พ่อ/แม่” “คู่สมรส” หรือ “ญาติ” ประกอบด้วยคำถามจำนวน 29 ข้อ โดยคำถามข้อที่ 1 เป็นข้อคำถามที่วัดความพร้อมโดยรวม (ข้อ 1a และ 1b ไม่นำมาคิดคะแนน) คำถามอีก 23 ข้อผู้วิจัยใช้เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความพร้อมเพื่อการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่

- ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (ข้อ 2a, 3a, 4a, 5a, 6a, 7a, 8a)
- ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย (ข้อ 2b, 3b, 4b, 5b, 7b, 8b)
- ด้านความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยที่บ้าน (ข้อ 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17)
- ด้านความสามารถในการปรับตัวแก้ปัญหา (ข้อ 18, 19, 20)
- ด้านความคาดหวังการได้รับการสนับสนุน (ข้อ 21, 22, 23, 24)

ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนนในแต่ละข้อคำถาม โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 290 คะแนน แบ่งคะแนนความพร้อมเป็น 3 ระดับ โดยการหาอันตรายภาคชั้น ดังนี้

คะแนน 0 - 73	หมายถึง การรับรู้ความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 74 - 147	หมายถึง การรับรู้ความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 148 - 290	หมายถึง การรับรู้ความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อยู่ในระดับสูง

3. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากงานของ สุพจน์ ดีไทย (2021) ประกอบด้วย การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหารและการจัดการเรื่องยา การจัดทำและพลิกตัวผู้ป่วย การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการศึกษาเอกสารข้อมูล การศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาดำเนินการศึกษาให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบประโยชน์รวมทั้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใดๆทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอโดยภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล หรือคำอธิบาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้ศึกษาจึงลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เขียนโครงร่างการวิจัยและวางแผนการเก็บข้อมูล
2. เสนอโครงการต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
3. หลังจากได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการชี้แจงโครงการแก่ผู้ป่วยในเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล โดยขั้นตอนแรกผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีระยะเวลาการทำกิจกรรมดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล เมื่อผู้ดูแลยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายเวลาในการดำเนินกิจกรรม พร้อมทั้งวัดความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการดูแลก่อนการให้โปรแกรม (Pre test)

ครั้งที่ 1 การวางแผนก่อนจำหน่ายและการสอนก่อนจำหน่าย เพื่อเป็นการนำแผนการดูแลทั้งความรู้และทักษะนำสู่การปฏิบัติ เป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล

- การสอนเป็นทั้งการสอนในรูปแบบกลุ่มหรือการสอนแบบเดี่ยวแล้วแต่ความเหมาะสม เป็นระยะเวลา 45 นาที
- ใช้วิธีการสอนแบบการบรรยายโดยใช้ power point และการถาม-ตอบ
- ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแล ทักษะในการดูแล การใช้แหล่งช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลในชุมชนและการปรับตัว โดยใช้แบบประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนก่อนจำหน่าย
- สอนก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ในหัวข้อโรคหลอดเลือดสมอง บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน การดูแลสภาพจิตใจ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน

ครั้งที่ 2 การสอนและการฝึกทักษะการดูแล เว้นระยะจากการสอนครั้งแรกเป็นระยะเวลา 1 - 3 วัน

- การสอนเป็นทั้งการสอนในรูปแบบกลุ่มหรือการสอนแบบเดี่ยวแล้วแต่ความเหมาะสม เป็นระยะเวลา 60 นาที
- ผู้วิจัยสอนทักษะด้วยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สื่อ power point และการสาธิตโดยการกระทำกับผู้ป่วยจริงและให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ
- ผู้วิจัยสอนและฝึกทักษะการดูแลในด้านการดูแลต่างๆ ประกอบด้วย
 - ทักษะการดูแลการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย และการแต่งตัว การรับประทานอาหาร การจัดท่านอน การดูแลการขับถ่าย การช่วยเหลือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - การดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
 - การจัดการเรื่องยา
 - การดูแลด้านโภชนาการ แนะนำอาหารที่มีประโยชน์ อาหารที่เพิ่มพลังงานให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
 - การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยทบทวนการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยด้วยการสาธิต

ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะการดูแล เว้นระยะการสอนจากครั้งที่ 2 เป็นเวลา 1 วัน

- การสอนเป็นทั้งการสอนในรูปแบบกลุ่มหรือการสอนแบบเดี่ยวแล้วแต่ความเหมาะสม เป็นระยะเวลา 60 นาที
- การสอนทักษะด้วยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ในการสอนครั้งที่ 3 เป็นการสอนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในภาวะฟังฟังได้แก่ ผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องดูแลกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมดทักษะด้วยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- หลังจากที่ทำการสอนเสร็จ ทบทวนความรู้ที่ผู้วิจัยได้สอน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย
- จากนั้นให้ผู้ดูแลทำแบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Post test) และทำแบบประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ครั้งที่ 4 การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย

- ประสานงานส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านทั้งด้าน COC link ทางโทรศัพท์ ทางแอปพลิเคชันไลน์และทาง Email

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล เมื่อผู้ดูแลยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายเวลาในการดำเนินกิจกรรม พร้อมทั้งวัดความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการดูแล (Pre test) หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลได้รับการให้ความรู้และการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปกติ เมื่อผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงให้ผู้ดูแลทำแบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการดูแล (Post test) และทำแบบประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. หลังจากเก็บข้อมูลแล้ว ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์และสรุปผล

5. นำเสนอผลการวิจัยและเผยแพร่ โดยการเผยแพร่นั้นจะเป็นการนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุตัวข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาผู้วิจัยจะเป็นผู้รู้ข้อมูลเพียงผู้เดียว และถูกทำลายทิ้งอย่างเหมาะสมเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยในตัวอย่าง 2 กลุ่มไม่อิสระจากกัน (Paired t- test)

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระจากกัน (Independent t-test)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n= 26)		กลุ่มทดลอง (n= 26)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	22	84.6	22	84.6
ชาย	4	15.4	4	15.4
อายุ				
Mean, Std. deviation	49.62, 15.968		46.58, 12.45	
Min - Max	17 - 74		22 - 70	
สถานภาพ				
โสด	5	19.2	7	26.9
แต่งงาน	20	76.9	18	69.2
หย่า/หม้าย	1	3.8	1	3.8
การศึกษา				
ประถมศึกษา	7	26.9	9	34.6
มัธยมศึกษา	9	34.6	9	34.6
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	3.8	5	19.2
ปริญญาตรี	6	23.1	2	7.7
สูงกว่าปริญญาตรี	3	11.5	1	3.8
อื่นๆ	-	-	-	-
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	11.5	-	-
รับจ้าง	6	23.1	7	26.9
ธุรกิจส่วนตัว	6	23.1	9	34.6
เกษตรกรกรรม	3	11.5	4	15.4
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	7.7	1	3.8
อื่นๆ	6	23.1	5	19.2

ตาราง ๑ แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - ต่อ -

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n= 26)		กลุ่มทดลอง (n= 26)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	11.5	-	-
รับจ้าง	6	23.1	7	26.9
ธุรกิจส่วนตัว	6	23.1	9	34.6
เกษตรกรกรรม	3	11.5	4	15.4
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	7.7	1	3.8
อื่นๆ	6	23.1	5	19.2
รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน)				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	7	26.9	5	19.2
5,001-10,000 บาท	4	15.4	9	34.6
10,001-15,000 บาท	3	11.5	6	23.1
15,001- 20,000 บาท	4	15.4	1	3.8
20,001-25,000 บาท	1	3.8	3	11.5
มากกว่า 25,000 บาท	7	26.9	2	7.7
ความเพียงพอของรายได้				
พอใช้	21	80.8	19	73.1
ไม่พอใช้	5	19.2	7	26.9
โรคประจำตัว				
มี	18	69.2	16	61.5
ไม่มี	8	30.8	10	38.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
สามี/ภรรยา	8	30.8	5	19.2
หลาน	-	-	2	7.7
บุตร	12	46.2	15	57.7
ญาติพี่น้อง	5	19.2	1	3.8
อื่นๆ	1	3.8	3	11.5

ตาราง ๑ แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - ต่อ -

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n= ๒๖)		กลุ่มทดลอง (n= ๒๖)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะการอยู่อาศัย				
อยู่คนเดียว	2	7.7	2	7.7
อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น	9	34.6	4	15.4
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	10	38.5	9	34.6
อยู่กับบุตรหลานและญาติ	1	3.8	6	23.1
อื่นๆ	4	15.4	5	19.2
คะแนนการตอบแบบสอบถามภาวะการรู้คิด				
ฉบับสั้น				
Mean, Std. deviation	9.23 - .65		9.4, .57	
Min - Max	8 - 10		8 - 10	

จากตาราง 1 ผลการแสดงผลข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ผู้ดูแลจากทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิงมากที่สุด เท่ากัน จำนวน 22 คนคิดเป็นร้อยละ 84.6 มีอายุเฉลี่ยต่างกันเล็กน้อย ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 49.62 ปี ($SD = 15.96$) ($Min-Max = 17-74$) ขณะที่กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 46.58 ปี ($SD = 12.45$) ($Min-Max = 22-70$) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคือ แต่งงาน โดยในกลุ่มควบคุมแต่งงานแล้ว ร้อยละ 76.9 ส่วนกลุ่มทดลองแต่งงานแล้วร้อยละ 69.2 ด้านการศึกษา กลุ่มควบคุมมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 34.6 ส่วนกลุ่มทดลองมีการศึกษาสูงสุด ทั้งในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา เป็นส่วนมาก คิดเป็นร้อยละ 34.6 ในด้านอาชีพ กลุ่มควบคุม ประกอบอาชีพรับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว และอื่นๆ อาทิ ข้าราชการบำนาญ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 23.1 เท่ากัน ส่วนกลุ่มทดลอง ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.6 ด้านรายได้ ครอบครัวต่อเดือน ในกลุ่มควบคุมมีรายได้อยู่ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท และมากกว่า 25,000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 26.9 เท่ากัน กลุ่มทดลองมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.6 ความเพียงพอของรายได้ ในกลุ่มควบคุม ระบุว่าพอใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.8 กลุ่มทดลอง ระบุว่าพอใช้ มากที่สุดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 73.1 ในส่วนของโรคประจำตัว กลุ่มควบคุม มีโรคประจำตัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.2 กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.5 โดยโรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุม เป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.2 กลุ่มทดลองเป็นบุตรมากที่สุดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 57.7 ด้านลักษณะการอยู่อาศัย กลุ่มควบคุม อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.5 กลุ่มทดลอง อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานมากที่สุดเช่นกัน คิดเป็น

ร้อยละ 34.6 และคะแนนการตอบแบบสอบถามภาวะการรู้คิดฉบับสั้น พบว่า ในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 9.23 ($SD = .65$) ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย 9.4 ($SD = .57$)

ตาราง 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n= 26)		กลุ่มทดลอง (n= 26)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	7	26.9	16	61.5
ชาย	19	73.1	10	38.5
อายุ				
Mean, Std. deviation	68.31, 9.56		70.96, 11.70	
Min - Max	43 - 86		45 - 94	
สถานภาพ				
โสด	-	-	3	11.5
แต่งงาน	22	84.6	11	42.3
หย่า/หม้าย	4	15.4	12	46.2
การศึกษา				
ประถมศึกษา	11	42.3	17	65.4
มัธยมศึกษา	5	19.2	3	11.5
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	3.8	1	3.8
ปริญญาตรี	3	11.5	2	7.7
สูงกว่าปริญญาตรี	4	15.4	2	7.7
อื่นๆ	2	7.7	1	3.8
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	23.1	9	34.6
รับจ้าง	2	7.7	1	3.8
ธุรกิจส่วนตัว	3	11.5	3	11.5
เกษตรกรกรรม	10	38.5	5	19.2
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.8	1	3.8
อื่นๆ	4	15.4	7	26.9

ตาราง 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - ต่อ -

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n= 26)		กลุ่มทดลอง (n= 26)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน)				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	2	7.7	11	42.3
5,001-10,000 บาท	8	30.8	3	11.5
10,001-15,000 บาท	6	23.1	3	11.5
15,001- 20,000 บาท	4	15.4	1	3.8
20,001-25,000 บาท	1	3.8	5	19.2
มากกว่า 25,000 บาท	5	19.2	3	11.5
ความเพียงพอของรายได้				
พอใช้	21	80.8	22	84.6
ไม่พอใช้	5	19.2	4	15.4
ลักษณะการอยู่อาศัย				
อยู่คนเดียว	2	7.7	3	11.5
อยู่กับคู่สมรสลำพัง	8	30.8	4	15.4
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	13	50	5	19.2
อยู่กับบุตรหลาน หรือ ญาติ	2	7.7	14	53.8
อื่นๆ	1	3.8	-	-
โรคประจำตัว				
ไม่มี	4	15.4	6	23.1
มี	22	84.6	20	76.9
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล				
Mean, Std. deviant	11.23, 9.54		9.62, 3.54	
Min - Max	3 - 42		3 - 15	
จำนวนยาที่ใช้				
1 รายการ	4	15.4	2	7.7
2 - 3 รายการ	13	50.0	13	50.0
4 - 5 รายการ	6	23.1	6	23.1
มากกว่า 5 รายการขึ้นไป	3	11.5	5	19.2

ตาราง 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - ต่อ -

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n= 26)		กลุ่มทดลอง (n= 26)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนประเมิน ADL				
Mean, Std. deviant	7.03, 4.60		3.27, 3.42	
Min - Max	0 - 19.0		0 - 11	

จากตาราง 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า กลุ่มควบคุม เป็นเพศชายมากที่สุด จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.1 กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.5 ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ยที่ 68.31 ปี ($SD = 9.56$) ($Min - Max = 43 - 86$) ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ยที่ 70.96 ปี ($SD = 11.70$) ($Min - Max = 45 - 94$) ด้านสถานภาพสมรส กลุ่มควบคุม มีสถานภาพแต่งงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.6 ขณะที่กลุ่มทดลอง มีสถานภาพการหย่าร้าง/เป็นหม้าย มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.2 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหม้าย ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 42.3 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.6 ด้านรายได้ครอบครัวต่อเดือน ในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ในระหว่าง 5,001 - 10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.8 ส่วนกลุ่มทดลอง มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.3 ความเพียงพอของรายได้ พบว่า กลุ่มควบคุมมีรายได้พอใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.8 ในกลุ่มทดลอง มีรายได้พอใช้มากที่สุดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 84.6 ด้านลักษณะการอยู่อาศัย ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มทดลอง อาศัยอยู่กับบุตรหลาน หรือญาติ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.8 ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีโรคประจำตัวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 84.6 เช่นเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีโรคประจำตัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.9 โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง ด้านระยะเวลาอนโรงพยาบาล กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.23 วัน ($SD = 9.54$) ($Min-Max = 3 - 42$) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.62 วัน ($SD = 3.54$) ($Min-Max = 3 - 15$) ด้านจำนวนยาที่ใช้ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีจำนวนยาที่ใช้ระหว่าง 2-3 รายการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 เช่นเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีจำนวนยาที่ใช้ระหว่าง 2 - 3 รายการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนคะแนนประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนประเมินเฉลี่ย 7.03 ($SD = 4.60$) ($Min-Max = 0 - 19$) ส่วนกลุ่มทดลอง มีคะแนนประเมินเฉลี่ย 3.27 ($SD = 3.42$) ($Min-Max = 0 - 11$)

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
ควบคุม (n = 26)	25.07	3.14	27.38	3.21	-3.72	.001
ทดลอง (n = 26)	25.65	2.78	31.85	2.36	-10.14	<.001***

***p < 0.001

จากตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยในตัวอย่าง 2 กลุ่มไม่อิสระจากกัน (Paired t- test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง อยู่ที่ 25.65 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.78 ($M = 25.65, SD = 2.78$) และหลังการทดลอง อยู่ที่ 31.85 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.36 ($M = 31.85, SD = 2.36$) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.14, p < .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองอยู่ที่ 25.07 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.14 ($M = 25.07, SD = 3.14$) และหลังการทดลอง อยู่ที่ 27.38 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.21 ($M = 27.38, SD = 3.21$) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองในกลุ่มควบคุม สูงกว่าก่อนทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.72, p = .001$)

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	กลุ่มควบคุม (n = 26)		กลุ่มทดลอง (n = 26)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	25.07	3.14	25.65	2.78	-.70	.869
หลังการทดลอง	27.38	3.21	31.85	2.36	-5.705	<.001***

*** p < 0.001

จากตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระจากกัน (Independent t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุม อยู่ที่ 27.38 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.21 ($M = 27.38, SD = 3.21$) ในกลุ่มทดลอง อยู่ที่ 31.85 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.36 ($M = 31.85, SD = 2.36$) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.70, p < .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ในกลุ่มควบคุม อยู่ที่ 25.07 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.14 ($M = 25.07, SD = 3.14$) ในกลุ่มทดลอง อยู่ที่ 25.65 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.78 ($M = 25.65, SD = 2.78$) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.70, p = .869$)

ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุม (n = 26)			กลุ่มทดลอง (n = 26)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล	145.42	3.14	ปานกลาง	170.94	2.35	สูง	-2.26	.015

* $p < 0.05$

จากตาราง 5 ผลการแสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระจากกัน (Independent t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลอง ($M = 170.94, SD = 2.35$) อยู่ในระดับสูง สูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 145.42, SD = 3.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.26, p = .015$)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการวัด 2 ครั้ง คือก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (pretest-posttest control

group design) เพื่อวัดผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2567 ทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมจำนวน 52 คน จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 84.6 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเฟื่องฟ้า สีสวย (2550) จินตนา จักรปิง (2552) อริญาพร จันทราสินธุ์ (2560) และผ่องพักตร์ จันทรศิริ (2564) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และปัจจัยเรื่องเพศมีส่วนกำหนดคุณลักษณะของผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากเพศที่ต่างกันทำให้ความเชื่อเจตคติและค่านิยมที่แตกต่างกัน กล่าวคือในสังคมไทย ผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูปลูกฝังดูแลงานบ้านและดูแลสมาชิกในบ้าน เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้สังคมของเพศหญิงเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย ดังนั้นการยอมรับและการปรับตัวเมื่อต้องเข้าบทบาทเป็นผู้ดูแลจึงเป็นไปได้มากกว่าเพศชาย

ขณะที่อายุเฉลี่ยของผู้ดูแล ในกลุ่มควบคุม คือ 49.62 ปี (M 49.62, SD 15.968) อายุต่ำสุด-สูงสุด อยู่ระหว่าง 17-74 ปี และ ในกลุ่มทดลอง คือ 46.58 ปี (M 46.58, SD 12.45) อายุต่ำสุด-สูงสุด อยู่ระหว่าง 22-70 ปี ซึ่งอายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มอยู่ในวัยกลางคน สอดคล้องกับงานของภาสิกา กิมหงษ์ (2566) นันทกาญจน์ ปักชี และคณะ (2559) พัชราภรณ์ สิริทรานนท์ (2558) และนิตยา อินทรักษ์ (2551) ที่อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 40-50 ปี การที่ผู้ดูแลมีอายุมากจะมีกิจกรรมในครอบครัวและสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้ดูแลยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) ซึ่งเงื่อนไขดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ ช่วงวัยกลางคนยังส่งผลต่อประสบการณ์และความสามารถของผู้ดูแล กล่าวคือประสบการณ์ในชีวิตจนถึงวัยกลางคนช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ (Orem, 2002)

ข้อมูลด้านสถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพการสมรสกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลอยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.9 และ 69.2 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลภูมิหลังประชากรในงานของภาสิกา กิมหงษ์ (2566) นันทกาญจน์ ปักชี และคณะ (2559) พัชราภรณ์ สิริทรานนท์ (2558) นิตยา อินทรักษ์ (2551) และ (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเช่นกัน คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในสถานภาพสมรส แสดงให้เห็นเงื่อนไขที่อาจก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการเป็นผู้ดูแล เนื่องจากสถานภาพสมรสหมายถึงผู้ดูแลมีสถานภาพทางสังคมอื่นๆ ในครอบครัวร่วมด้วย เช่น การเป็นแม่ หรือการเป็นภรรยา ดังนั้น บทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวจึงเป็นเหมือนบทบาทที่เพิ่มภาระในครอบครัวให้แก่ผู้ดูแล อันนำไปสู่แรงกดดัน ความเครียดทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้ (ธีรนุช ห่านิรัติกัย, 2556, สุดารัตน์ เลียบเลิศศิริ, 2558) ในงานของ Luz et al., (2016) ชี้ให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ดูแลต้องมีบทบาท

ผู้ดูแลที่ทำงานเต็มเวลา ทำให้บทบาทอื่นๆ ในครอบครัวลดน้อยลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ชีวิตของผู้ดูแลไม่มีวันกลับไปเป็นเหมือนเดิม

ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.6 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ภูมิหลังด้านการศึกษามีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (นันทกาญจน์ ปภี และคณะ, 2559; นิตยา อินทรรักษ์, 2551; นัยน์ปพร จันทริมา และคณะ, 2561; วาสนา มูลฐีและคณะ, 2559) และต่างจากงานของภาสิกา กิมหงษ์ (2566) และ เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ทั้งนี้ ระดับการศึกษาส่งผลต่อการแสวงหาข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค โดยผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมักจะตระหนักถึงปัญหาและมีความเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี มีการใช้เหตุผล และสามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้ดี ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยพึ่งพาความรู้ที่ได้จากการศึกษาจากประสบการณ์การดำเนินชีวิต การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี ดังนั้นผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆรวมทั้งการปฏิบัติดูแลที่ถูกต้อง ดังนั้นผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถสืบค้นข้อมูลและหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (อรทัย วงศ์อินอยู่ และคณะ, 2562) การวิจัยที่ให้ความสำคัญกับระดับการศึกษาของผู้ดูแลจึงชี้ให้เห็นว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อศักยภาพของผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม เกณฑ์การประเมินดังกล่าวมีความแตกต่างออกไปในงานวิจัยต่างประเทศ อาทิ งานวิจัยเรื่อง Improving Stroke Caregiver Readiness for Transition From Inpatient Rehabilitation to Home โดย Luz et al., (2016) ประเมินความพร้อมของผู้ดูแล โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับระดับการศึกษา แต่ใช้ตัวแปรดังนี้คือ ปัจจัยเรื่องการมีความรับผิดชอบต่อกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย (commitment) อันประกอบด้วย ความเข้มแข็งในความสัมพันธ์ และความตั้งใจ ตัวแปรเรื่องศักยภาพของผู้ดูแล เน้นการวัดปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ดูแล ประสบการณ์ในการรับมือกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงการคมนาคม ปัจจัยทรัพยากร เน้นที่เรื่องความสามารถทางเศรษฐกิจ ปัจจัยเรื่องความสามารถในการดำรงตนเป็นผู้ดูแล ให้ความสำคัญกับเรื่องแผนการดูแลตนเองของผู้ดูแล และการมีระยะห่างกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเน้นที่การประเมินสภาวะการตอบสนองต่อวิกฤตทางอารมณ์ ความโศกเศร้า การสูญเสียและความวิตกกังวล

ข้อมูลด้านอาชีพของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 23.1 และ 34.6 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อค้นพบในงานของภาสิกา กิมหงษ์ (2566) ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว แต่แตกต่างจากงานวิจัยอื่นที่ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้าง (พัชราภรณ์ สิรินทรานนท์, 2558; นิตยา อินทรรักษ์, 2551; และ เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) อย่างไรก็ตาม เช่นเดียวกับปัจจัยเรื่องระดับการศึกษา เนื่องจากปัจจัยเรื่องอาชีพของผู้ดูแลก็ไม่ใช้ตัวแปรสำคัญในการประเมินความสามารถของผู้ดูแล (Luz et al., 2016; Edilloran, 2022)

ข้อมูลเรื่องรายได้ และความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล พบว่า รายได้ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่า 5,000 บาท และในระดับมากกว่า 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.9 เท่ากัน ขณะที่ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับรายได้ระหว่าง 5,001, - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.6 สอดคล้องกับข้อค้นพบในงานของ

นิตยา อินทรรัักษ์ (2551) และ เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) ที่พบว่ารายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลต่อเดือนอยู่ในระดับต่ำกว่า 10,000 บาท อย่างไรก็ตาม พบว่า ความเพียงพอของรายได้ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองต่างก็อยู่ในระดับเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80.8 และ 73.1 ตามลำดับ ทั้งนี้ภาวะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแล ผู้ดูแลที่มีรายได้สูงสามารถจัดความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย วิธีการการดูแลผู้ป่วยตลอดจนความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายทำให้เกิดอุปสรรคในการดูแล (Camicia et al., 2021)

ข้อมูลเรื่องโรคประจำตัวของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 80.8 และ 73.1 ตามลำดับ แตกต่างจากข้อค้นพบในงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ภาสิกา กิมหงษ์, 2566; พัชราภรณ์ สิริทรานนท์, 2558; นิตยา อินทรรัักษ์, 2551 และ เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) อย่างไรก็ตาม โรคประจำที่พบในกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับงานของภาสิกา กิมหงษ์ (2566) ทั้งนี้ โรคประจำตัวของผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญต่อการประเมินความสามารถของผู้ดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางกายและจิตใจการดูแลจึงสามารถดำเนินไปได้โดยไม่เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล สุขภาพของผู้ดูแลอาจเป็นผลกระทบจากพฤติกรรมดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากภายหลังจากการดูแล (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550; Luz et al., 2016)

ด้านข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตร คิดเป็นร้อยละ 46.2 และ 57.7 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุตรของผู้ป่วย (นันทกาญจน์ ปักชี และคณะ, 2559; นัยน์ปพร จันทรธิมา และคณะ, 2561; วาสนา มุลฐีและคณะ, 2559; พัชราภรณ์ สิริทรานนท์, 2558; นิตยา อินทรรัักษ์, 2551 และ เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) ต่างจากงานวิจัยของภาสิกา กิมหงษ์ (2566) เรื่องผลของโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล งานของวีรยุทธ ศรีทุมสุข และคณะ (2563) เรื่อง ปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันรายใหม่ ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลเป็นภรรยามากที่สุด รวมทั้งงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่าครอบครัวกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่คือ ภรรยา อย่างไรก็ตาม ทั้งภรรยาและบุตร ต่างก็เป็นผู้ดูแลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือโดยไม่ได้รับการตอบแทนค่าจ้างหรือรางวัล (พัชราภรณ์ สิริทรานนท์, 2558) อีกทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลผ่านสถานภาพดังกล่าวก็มีผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ในงาน Luz et al. (2016) ย้ำให้เห็นชัดเจนว่าสถานภาพที่ใกล้ชิดในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลพยายามอดทนภายใต้แรงกดดันและวิกฤตที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตพักฟื้นที่บ้าน นอกเหนือจากสถานภาพผู้ดูแล ลักษณะครอบครัวก็ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวใหญ่ที่ประกอบด้วยคู่สมรสและบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 38.5 และ 34.6 ตามลำดับ ทั้งนี้ การอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวทั้งในด้านการเงินและจิตใจได้ โดยอาจเป็นการช่วยเหลือในการเป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ ปลอดภัย แนะนำทางเลือกในการแก้ปัญหาหรือการช่วยเหลือในด้านการงาน หรือช่วยเหลือในการปรับตัวจากสมาชิกครอบครัว (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) นอกจากนี้ การสนับสนุนจาก

ครอบครัวยังเพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย คุณภาพชีวิต ความสามารถในการรับรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วย (Self-Efficacy) (Choliq, 2020)

1.2 ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในส่วนของข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 73.1 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 โดยเพศของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างโดยรวม เป็นเพศชายโดยส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 55.7 อายุเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม 68.31 ปี (M 68.31, SD 9.56) อายุต่ำสุด-สูงสุด 43-86 ปี ส่วนในกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 70.96 ปี (M 70.96, SD 11.70) อายุต่ำสุด-สูงสุด 45-94 ปี ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 84.6 ส่วนกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีสถานภาพหย่าร้าง/หม้าย คิดเป็นร้อยละ 46.2 ด้านระดับการศึกษา ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 42.3 และ 65.4 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 38.5 ส่วนกลุ่มทดลอง ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 34.6 ด้านรายได้ครอบครัวต่อเดือน ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.8 ส่วนกลุ่มทดลองมีรายได้ครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.3 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 80 และ 84.6 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือญาติ คิดเป็นร้อยละ 53.8 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 84.6 กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.9 ด้านระยะเวลาอนโรงพยาบาล ในกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.23 วัน (M 11.23, SD 9.54) จำนวนวันนอนต่ำสุด-สูงสุด 3-42 วัน ส่วนในกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.62 วัน (M 9.62, SD 3.54) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีจำนวนยาที่ใช้ 2-3 รายการ โดยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน ส่วนคะแนนประเมิน ADL เฉลี่ยในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 7.03 (M 7.03 SD 4.60) ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.27 (M 3.27 SD 3.42) ลักษณะประชากรของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความสอดคล้องกับงานวิจัยและข้อมูลก่อนหน้าที่พบว่า เพศชายมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง (พรทิพย์ เดชพิชัย และคณะ, 2566; กรมควบคุมโรค, 2566, อัญชลี ยศกรณ์, 2551) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป (นันทกาญจน์ ปักซี และคณะ, 2559) จากคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแล (Barthel ADL Index อ้างถึงใน ศรีรัตน์ คัมสิน, 2546) ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 7.03 คะแนน (M 7.03, SD 4.60) อยู่ในช่วงคะแนน 5-8 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้หรือต้องพึ่งพาคนอื่นอย่างมาก ส่วนกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.27 คะแนน (M 3.27, SD 3.42) อยู่ในช่วงคะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย หรือต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดทำให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจึงต้องพึ่งพาอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมากเนื่องจากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับผู้ดูแล (จินตนา สมนึก, 2540) กล่าวคือผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บป่วยรุนแรง มีโรคหรือมีความพิการมาก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความยุ่งยากซับซ้อน

ผู้ดูแลจะต้องใช้ระยะเวลาเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพและเป็นการยากที่จะคาดเดาด้วยว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้มากนักเพียงใด ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อผู้ดูแล ทำให้เกิดความไม่แน่ใจ ท้อแท้หมดกำลังใจที่จะแสวงหาวิธีการดูแลผู้ป่วย เกิดความรู้สึกเครียดเป็นภาระได้ (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550)

2. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ต่อความพร้อมของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย 1 กลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้ด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่าย มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับความรู้ด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่าย

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.14, p < 0.001$) ที่ระดับ $P < 0.001$ ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุม สูงกว่าก่อนทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.14, p = .001$) ที่ระดับ $P < 0.001$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่ายทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมากขึ้นแตกต่างจากก่อนการทดลอง ในขณะที่การให้ความรู้ตามแนวทางปกติแม้จะทำให้กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมากขึ้น แต่ความรู้ดังกล่าวไม่มีความแตกต่างจากก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า ในโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่าย ซึ่งทำการสอน 3 ครั้งโดยเน้นการประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแล ทักษะในการดูแล การใช้แหล่งช่วยเหลือสนับสนุน การดูแลในชุมชนและการปรับตัว เน้นการสอนทักษะการดูแลการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายและการแต่งตัว การรับประทานอาหาร การจัดทำอาหารการดูแลการขับถ่าย การช่วยเหลือการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ การดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบกับการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลทั้งในรูปแบบกลุ่มหรือการสอนแบบเดี่ยวแล้วแต่ความเหมาะสม เป็นระยะเวลา 60 นาที และทบทวนความรู้ที่ผู้วิจัยได้สอนไป รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย เป็นวิธีการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงข้อมูล ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญได้โดยตรง ง่ายตาย ทันท่วงที การที่พยาบาลผู้สอนเป็นผู้ประเมินความรู้ที่ตนเองช่วยลดความพร่องในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลได้ เนื่องจากในบางครั้ง ผู้ดูแลมักไม่รู้วาทนเองขาดความรู้เรื่องใดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจนกว่าจะประสบกับปัญหาด้วยตนเองเมื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Luz et al., 2016) การสอนอย่างมีส่วนร่วมจึงช่วยยกระดับบทบาทของพยาบาลในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ (อัญชลี ยศกรรม, 2551) อีกทั้งยังสอดคล้องกับข้อเสนอของ นิตยา อินทรรักษ (2551) เรื่องแนวทางที่พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยได้ เช่น การให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคและการดูแลตามที่คุณดูแลต้องการเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้นและสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น การ

ช่วยผู้ดูแลในการจัดการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือนเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลได้ มีความมั่นใจในบทบาทของผู้ดูแล และการส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลหรือการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ การประมวลผลความรู้ ข้อมูลยังเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาของผู้ดูแล ขณะที่กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยกลางคนอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 40-50 ปี ปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลต่อความสามารถในการสืบค้นข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมักจะตระหนักถึงปัญหาและมีความเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) นอกจากนี้ เงื่อนไขของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกลายเป็นผู้ดูแลภายในระยะเวลาเพียงไม่กี่วัน อีกทั้งผู้ป่วยบางรายมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลสั้น ทำให้ผู้ดูแลมีระยะเวลาจำกัดในการศึกษาหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Luz et al., 2016, Moon, 2016) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการสื่อสาร ส่งต่อความรู้ รวมทั้งตรวจสอบความรู้ที่ผู้ดูแลได้รับในระหว่างการเข้ารับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลจึงส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการที่คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองในกลุ่มควบคุม สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.14, p = .001$) ที่ระดับ $P < 0.001$ แสดงให้เห็นว่าความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลุ่มควบคุมได้รับหลังการให้ความรู้ตามแนวทางปกติ ไม่มีความแตกต่างจากก่อนทดลอง ส่วนหนึ่งอธิบายได้ว่า การให้ความรู้ตามแนวทางปกติ ไม่มีกระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วม เน้นการสื่อสารในทางเดียวเพื่อการให้ข้อมูลที่จำเป็นพยาบาลมีบทบาทในการส่งต่อความรู้ที่น้อย และขาดกระบวนการประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแลที่มีต่อโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งไม่มีกระบวนการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ดูแลหลังจากได้รับข้อมูลความรู้ ทำให้ในบางกรณีผู้ดูแลอาจเกิดความสับสน ไม่แน่ใจในความรู้ที่ได้ ดังปรากฏในกรณีที่คะแนนจากแบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองในกลุ่มควบคุมบางรายได้คะแนนต่ำลง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

สมมติฐานการวิจัย 2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้ด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่าย มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้ความรู้ตามแนวทางปกติ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.70, p < .001$) ที่ระดับ $p < .001$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าความรู้ที่ผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่ายมีความแตกต่างจากความรู้ที่กลุ่มควบคุมได้รับ อธิบายได้ว่า ในรูปแบบการให้ความรู้ตามแนวทางปกติ เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (สุดารัตน์ เรียบเลิศศิริ, 2557) ส่วนใหญ่แนวทางการให้ความรู้ปกติมักเป็นแนวทางที่ใช้สืบต่อกันมาตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยปกติ ขาดการให้ความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายของพยาบาล ขาดความชัดเจนของนโยบายในเรื่องการวางแผนจำหน่าย และละเลยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ แผนการจำหน่ายผู้ป่วยแบบมาตรฐานที่ใช้ตามปกติไม่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วย นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกที่สำคัญก็คือ ในหลายแห่งไม่มีแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การขาดความร่วมมือกับบุคลากรสหวิชาชีพ และการขาดการสื่อสารระหว่างพยาบาลจากโรงพยาบาลเดิมกับโรงพยาบาลใหม่หรือผู้ดูแลต่อ (ฉวีวรรณ เกตุน้อย, 2561, อวยพร จงสกุล, 2563, Kurniati, Nursalam, and Kartini, 2021) แม้ว่าจะมีงานศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสมรรถนะด้านการพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง และสมรรถนะด้านการติดต่อสื่อสารประสานงานก็ตาม (สุจารี บัวเจียม, 2553) ขณะที่การให้ความรู้ด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่ายให้ความสำคัญต่อการประเมินความสามารถเบื้องต้นของผู้ดูแล ดังนั้นจึงมีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับเงื่อนไขของผู้ดูแลแต่ละราย สอดคล้องกับแนวคิดของสุรีย์ ธรรมิกบรร (2554) ที่เสนอเรื่องการวางแผนจำหน่ายในกระบวนการที่คนใหม่ ให้มีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อันประกอบด้วยมุมมองสุขภาพที่เป็นองค์รวม และส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินและการออกแบบกิจกรรมการดูแล การติดตามผลที่สอดคล้อง และมีความไวทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละคน แต่ละวัย มีความกลมกลืน เชื่อมโยง กับชุมชน สังคม โดยเริ่มต้นที่การประเมินศักยภาพของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือครอบครัว ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ศักยภาพด้านร่างกาย ศักยภาพด้านจิตใจ ศักยภาพด้านสังคม ศักยภาพด้านจิตวิญญาณ ศักยภาพด้านอารมณ์ เพื่อประเมินจุดที่จะต้องพัฒนาเพิ่มเติมให้ก่อนจำหน่าย เช่น มีการให้ความรู้ เน้นย้ำข้อมูลแนวทางการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน และการชี้แนะแนวทาง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสวัสดิการที่ผู้ป่วยควรได้รับจากระบบสาธารณสุข เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญและเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการเป็นอย่างมากเพราะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและลดภาระของตนได้ (Tosun & Temel, 2021; Edilloran, 2022) ด้วยเหตุนี้การให้ความรู้ด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่ายจึงก่อให้เกิดความแตกต่างจากการให้ความรู้ตามแนวทางปกติในทางบวกได้

ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.70, p = .869$) ที่ระดับ $p < .001$ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรู้ก่อนการทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อภิปรายได้ว่า การเข้าสู่สถานะของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีเวลาเตรียมตัวหาความรู้ข้อมูล นอกจากนี้ภูมิหลังด้านประชากรที่มีความใกล้เคียงกันทั้งด้านระดับการศึกษา เพศ อายุ อาชีพ และรายได้ ต่างส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

3. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ต่อการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย 3 หลังการกลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้ด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่าย มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้ความรู้ตามแนวทางปกติ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลอง ($M = 170.94, SD = 2.35$) อยู่ในระดับสูง สูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 145.42, SD = 3.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.26, p = .015$) ที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่ายทำให้เกิดการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลสูงกว่าการให้ความรู้ตามแนวทางปกติ อภิปรายได้ว่า ชุดความรู้และวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่าย ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนในฐานะผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับ Ibrahim et al., (2021) ซึ่งทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วย (Self-Efficacy) โดยพบว่า หลังจากการใช้โปรแกรมแล้ว ระดับความรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับน่าพอใจ อีกทั้งการใช้โปรแกรมฝึกผู้ดูแลมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) นอกจากนี้หากพิจารณาการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในรายข้อ จะพบว่า การให้ความรู้ด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่าย ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจเงื่อนไข ประเมินความต้องการส่วนของผู้ป่วย เช่น สุขอนามัย การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การรับประทาน อาหาร หลังจากกลับบ้านได้ในระดับมาก สอดคล้องกับงานของ ศิล เทพบุตร (2563) ในงานเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่พบว่า หลังการได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งการมีข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่ควรเฝ้าระวังหลังจากกลับบ้าน แหล่งสนับสนุนทรัพยากรที่ให้บริการในชุมชนใกล้ตัวผู้ป่วย ข้อมูลด้านสิทธิ์ของผู้ป่วยในฐานะผู้พิการ ต่างมีส่วนสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความพร้อมด้านจิตใจ และช่วยให้ผู้ดูแลคาดหวังพัฒนาการของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจมากขึ้น อันส่งผลลดความรู้สึกแง่ลบเช่นความรู้สึกกดดัน เบื่อหน่าย สิ้นหวัง โดดเดี่ยวของผู้ดูแลลงได้ (โรชนี อุปรา และคณะ (2554) ขณะที่ความรู้ตามแนวทางปกติ แม้จะส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง แต่ส่วนใหญ่ประเมินว่าตนในฐานะผู้ดูแลรับมือกับความต้องการของผู้ป่วย ประเมินความต้องการส่วนตัวของผู้ป่วย ดูแลความเจ็บป่วย เช่น การจัดยา การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้ในระดับกลางเท่านั้น ดังนั้นการให้ความรู้ด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนการจำหน่าย จึงก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลได้มากกว่าการให้ความรู้ตามแนวทางปกติ

เอกสารอ้างอิง

- American Heart Association. (2023). **Heart Disease and Stroke Statistics Update Fact Sheet**. Retrieved March 12, 2024, from <https://professional.heart.org/en/science-news//media/453448D7D79948B39D5851D1FF2A0CFE.ashx>
- American Heart Association/American Stroke Association. **TIA (Transient Ischemic Attack)**. Retrieve March 12, 2024, from <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke/tiatransient-ischemic-attack>.
- Camicia, M., Lutz, B. J., Harvath, T. A., & Joseph, J. G. (2021). Using the preparedness assessment for the transition home after stroke instrument to identify stroke caregiver concerns pre-discharge: Uncertainty, anticipation, and cues to action. **Rehabilitation Nursing**, 46(1), 33–42.
- Deethai, Supot, Sirirat Panuthai, and Totsaporn Khampolsiri. (2021). Effect of Preparation for Discharge Readiness on Post-Discharge Coping Difficulties Among Caregivers of Older People with Stroke **Nursing Journal**, 48(2): 170-180.
- Edilloran, Abigail Tabug. (2022). **Stroke Survivor and Family Caregiver Support Utilizing a Caregiver Assessment Tool**. DNP Scholarly Project Paper, Doctor of Nursing Practice., University of California, Irvine
- Ibrahim et al., (2021). Effect of Caregivers Training Program on Stroke Patients' Self-Efficacy. **Egyptian Journal of Health Care**, 12(3): 1134-1156.
- Kurniati, Nunuk., Nursalam, Nursalam., and Kartini, Yanis. (2021). The Effect of Discharge Planning Combines Audiovisual with The Family Centered Nursing Preparedness Caring for Acute Post Stroke Patients. **Jurnal Ilmu Kesehatan**, 10(2): 154-165.
- Patel, Paula R. and Bechmann, Samuel. (2023). Discharge Planning. Retrieve March 12, 2024, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557819/>.
- Posri, Srisatidnarakul, and Hickman. (2022). Development of a Readiness for Hospital Discharge assessment tool in Thai patients with stroke. **Belitung Nurs J**, 8(1): 75–83.
- Sidek et al., (2022). Experiences and needs of the caregivers of stroke survivors in Malaysia - A phenomenological exploration. **Frontier in Neurology**, 13: 1-10.
- Tosun, Zeynep Kurtulus., and Temel, Munire. (2017). Burden of Caregiving for Stroke Patients and The Role of Social Support Among Family Members: An Assessment Through Home Visits. **International Journal of Caring Sciences**, 10(3): 1696-1704.

Ugur, Gok., Hacer, and Erci, Behice. (2019). The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. *Acta Clinica Croatica*, 58(2): 321-332.

Weiss, M. E., et al. 2015. A Model for Hospital Discharge Preparation from Case Management to Care Transition. *JONA*, 45(12): 606-614.

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). **Non-communicable disease report: Stroke cases and morbidity rate during 2016-2018**. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2566, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>

กัมมันต์ พันธุมจินดา, และ ยุทธชัย ลิขิตเจริญ. (2550). แนวทางการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน **นิจศรี ขาญณรงค์ (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิตาภา บรรเลงสง. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

จินตนา จักรปิง. (2552). ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลโรงพยาบาลน่าน. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพร้อมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ฉวีวรรณ เกตุน้อย. (2561). การพัฒนาคุณภาพการวางแผนการจำหน่ายหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วิทยานิพนธ์, พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ฐกรรต์ ชัยสาม. (2550). ความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจของการให้ยาลดไขมันเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์, วท.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ธีรนุช ห้านิรัตติชัย และปริญญา แร่ทอง. (2556). การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7): 634-639.

นันทกาญจน์ ปักซี่ และ คณะ. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียดการปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. *Rama Nurse Journal*, 22(1): 65-80.

นันทกาญจน์ ปักซี่ และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแลความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. *Rama Nurse Journal*, 22(1): 65-80.

นิตยา อินทร์รักษ์. (2551). ผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- นิพนธ์ พวงวารินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญศรีกา มณีโชติ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ปริมล หงษ์ศรี, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และ วณิชชา พิงชมภู. 2557. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *Nursing Journal*, 44(4): 93-104.
- ปัทมาภรณ์ พุ่มเกาะ. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากและผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์, วท.ม., คณะทันตแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ปิยานุช ลาหุล้าเลิศ. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเสียการสื่อความต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ภาวะเสียการสื่อความ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์, พย.ม., มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ผกาภรณ์ สหเจริญชัย. (2566). ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พรธิรา บุญฉวี. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พัชรา กะทุงกาง. (2562). พฤติกรรมของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์, พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พัชราภรณ์ สิริรัตนานนท์. (2558). ผลของโปรแกรมการสอนแนะนำผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- เพ็ญภา สมสุขจิระวัฒน์. (2564). ผลของการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- เพ็ญฟ้า สีสวย. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์, วท.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ภาสิกา กิมหงษ์. (2566). ผลของโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์, พย.ม., สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย, กรุงเทพฯ.
- ยุพาพร หัตถโชติ. 2560. ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ต่อความรู้ และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) โรงพยาบาลอุดรธานี. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 25(2): 136-142.

- รสรณ์รดี ภาคภากร. (2557). ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์, วท.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- โรชินี อุปรา และคณะ. (2553). ประสบการณ์ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *Life Sciences and Environment Journal*, 12(2): 50–59.
- ลลนา คันธวัฒน์. (2560). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมัลติมีเดียต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์, วท.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วราภรณ์ จิธานนท์. (2547). สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์, วท.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วันวิสา คำสัตย์. (2558). ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะนำการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วันวิสาข์ ปัทมาวิไล. (2557). ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วิมลพร ศรีโชต. (2562). การสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา. วิทยานิพนธ์, พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศีล เทพบุตร. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *สุวรรณค์ประชากรศาสตร์*, 17(3): 112-124.
- สกว ถิ่นนุช. (2561). ผลของโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2558). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2566, จาก <http://1.179.139.230/quality/document/part3/3.3.2.PDF>
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2565). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 39(2): 39-46.
- สิริวรรณ เดียวสุรินทร์. (2542). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์, พย.ม., มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; สงขลา.
- สุจารี บัวเจียม. (2553). การศึกษาสมรรถนะพยาบาลหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สุจิตตรา สาขานาญ. (2563). ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- สุตารัตน์ เรียบเลิศหิรัญ. (2557). ผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์ และ กุลธิดา พานิชกุล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี, 32(2): 68-80.
- สุพจน์ ดีไทย. (2565). การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 28(3): 146-156.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2554). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. การปรับกระบวนการทศน์. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพลส จำกัด.
- แสงสุรีย์ ปาระมีโชค. (2558). การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2566, จาก <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:123672>
- อริญาพร จันทราสินธุ์. (2560). การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา โรงพยาบาลนครนายก. วิทยานิพนธ์, สส.ม., มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- อ้อฤทัย ธนะคำมา. (2553). ประสบการณ์การดูแลและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์, พย.ม., มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- อัญชลี ยศกรณ์. (2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อัญชลี ยศกรณ์. (2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์, พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.