

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่อดิจิทัลต่อความพร้อมในการดูแล  
และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง  
The Effects of a Self-Efficacy Promoting Program Using Digital Media on Caregiving  
Preparedness and Role Strain among Caregivers of Intermediate-Care Patients

จิรัชยา จุลมนต์<sup>1</sup>, อรรถวิทย์ จันทศิริ<sup>2\*</sup>

Jiratya Julamon<sup>1</sup>, Utthawit Jansiri<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>โรงพยาบาลสันทราย, <sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

<sup>1</sup>Sansai Hospital, <sup>2</sup>McCormick Faculty of Nursing, Payap University

(Received: February 14, 2024; Revised: June 1, 2024; Accepted: June 3, 2024)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่อดิจิทัลต่อความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา และกลุ่มควบคุม 26 รายที่ได้รับการดูแลตามปกติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.0 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และ .97 ตามลำดับ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและสื่อดิจิทัลดำเนินการ 3 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-square สถิติ Dependent t-test และสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความพร้อมในการดูแลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความพร้อมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

จากผลการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นแนวปฏิบัติการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลและลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยระยะกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โปรแกรมส่งเสริม ความพร้อมในการดูแล ผู้ดูแล

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: utthawit\_j@payap.ac.th)

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a self-efficacy promoting program by using digital media on caregiving preparedness and role strain among caregivers of intermediate-care patients. The samples consisted for 52 caregivers of intermediate-care patients, selected by inclusion criteria. They were equally assigned either into an experimental group or control group (26 per group). Whilst the subjects in the control group received standard care, those in the experimental group were undergoing a 3-week self-efficacy promoting program based on the conceptual framework of self-efficacy model. The data were collected between November 2023 and February 2024, inclusively. Data collection comprised demographic data as well as two questionnaires: one on readiness to provide care, and the other on caregiver's role strain. Content validity index of those instruments was 1.0, and reliability yielded .94 and .97, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, chi-square, independent t-test and paired t-test. The results showed that:

1. After receiving the self-efficacy promoting program, the readiness to provide care of the experimental group increased significantly ( $p\text{-value} < .001$ ), while the caregiver's role strain decreased significantly ( $p\text{-value} < .001$ ).

2. In addition, the experimental group's readiness to provide care was significantly higher than that of the control group ( $p\text{-value} < .001$ ), and a caregiver's role strain was significantly lower than that of the control group ( $p\text{-value} < .001$ ).

Therefore, this self-efficacy promoting program can be used caregivers of Intermediate care patients for enhanced readiness to provide care and reduce the caregiver's role strain.

**Keyword:** Intermediate-Care Patients, Self-efficacy, Promoting Program, Caregiving Preparedness, Caregivers

## บทนำ

ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermittent Care) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมอง การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และผู้ป่วยภายหลังกระดูกหัก โดยเฉพาะผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ภายหลังอาการผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (The Health Foundation, 2024) ปัจจุบันพบว่าการเจ็บป่วยดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั่วโลก (World Stroke Organization, 2023) สำหรับประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560 - 2565 สูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2565 และอัตราการเสียชีวิตจาก 11.02 ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 10.92 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2565 (Kaeowichian, Suthamchai, Chuenklin, Rungnoei, Girdwichai, & Pannarunothai, 2021) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยระยะกลางซึ่งเป็นผู้ป่วยที่พ้นจากระยะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น มีอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สภาวะผู้ป่วยที่สมองได้รับความเสียหาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความคิด ความจำ สติปัญญา มีความผิดปกติด้านการสื่อสาร และสภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง นำไปสู่การขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (Rudberg, Berge, Laska, Jutterstrom, Nasman, Sunnerhagen, et al., 2020) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำ

กิจกรรมประจำวันลดลง เช่น การเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมภายในบ้าน รวมทั้งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อยึดติด ปอดอักเสบ และสูญเสียประสาทรับความรู้สึก อันส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Jovanovic, Dickov, Knezevic, Pejin, & Nikovic, 2023) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุดและอยู่ในภาวะพึ่งพำน้อยลง

ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันหรือเครือญาติที่มีความสัมพันธ์และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยมีระดับของการพึ่งพาอยู่ในระดับสูงมากขึ้นผู้ดูแลก็จะยิ่งมีความสำคัญมากขึ้น (Lobo, Abdelrazek, Grundy, Kensing, Livingston, Rasmussen, et al., 2021) ฉะนั้นหากผู้ดูแลมีความรู้ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทของผู้ดูแล จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ส่วนผู้ดูแลมักจะเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยและทำให้ความผาสุกในชีวิตลดลง (Bakas, McCarthy, & Miller, 2022) ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพเพียงพอ รวมถึงมีทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยที่จำกัดและการบริหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังพบว่าผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายและไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยเฉพาะการออกกำลังกาย การดูแลความสะอาด และการดูแลจิตใจผู้ป่วย (Muhrodji, Wicaksono, Satiti, Trisnantoro, Setyopranoto, & Vidyanti, 2020) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Chen, Xiao, Chamberlain, Newman, 2021) ดังนั้นการที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุผลสำเร็จ เกิดจากการเรียนรู้จากแหล่งต่าง ๆ 4 กลยุทธ์ ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การเรียนรู้โดยประสบการณ์หรือตัวแบบจากผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา และการส่งเสริมสถานะทางสรีระและอารมณ์จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลของผู้ป่วยหลายกลุ่มโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงผู้ดูแล เช่น การศึกษาของ Lalaloos, Thongthawee & Muengtawepong (2023) พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพด้วยโมบายแอปพลิเคชัน พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ( $p\text{-value} < .05$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนการสื่อสารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $p\text{-value} < .05$ ) และจากการศึกษาของ Piyahirun, Kasiphol, & Prasertsong (2018) พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลอง ( $p\text{-value} < .01$ ) จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล อีกทั้งปัจจุบันสื่อดิจิทัลมีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่อดิจิทัลต่อความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลและลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

## วัตถุประสงค์วิจัย

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

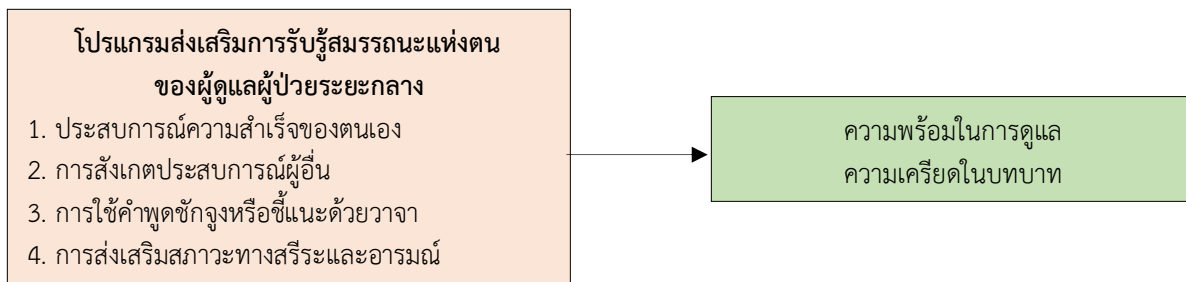
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่อดิจิทัลต่อความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะกลางที่เกิดขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ดูแลต้องเข้ารับบทบาทใหม่อย่างกะทันหัน ซึ่งทำให้ผู้ดูแลไม่พร้อมในการดูแลและเกิดความเครียดกับบทบาทใหม่ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจ เพื่อจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยผ่านการเรียนรู้ 4 กลยุทธ์ ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive Mastery Experience) 2) การสังเกตประสบการณ์ผู้อื่นที่จะประสบผลสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกัน หรือได้เห็นตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง (Vicarious Experience) 3) การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา (Verbal Persuasion) และ 4) การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and Affective State) หากบุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีสมรรถนะในการมีพฤติกรรมก็จะมีคามอดทนและสามารถทำให้บรรลุผลพฤติกรรมนั้นได้ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลและช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้ ดังภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups, Pretest-Posttest Design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารพื้นที่สหภาพระยะกลางที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารพื้นที่สหภาพระยะกลางที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ดูแลหลัก ได้แก่ 1) เป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) ผู้ดูแลที่ไม่เคยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารพื้นที่สหภาพระยะกลางมาก่อน 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และ 5) มีโทรศัพท์ที่สามารถใช้ในการติดต่อสื่อสารได้ ส่วนผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารพื้นที่สหภาพระยะกลางตลอดระยะเวลา 14 วัน 2) มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และ 3) ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยผู้ดูแลหลัก

เกณฑ์การคัดออก ผู้ดูแลหลัก ได้แก่ 1) ไม่สามารถหาผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นประจำได้ 2) ผู้ดูแลวางแผนที่จะส่งผู้ป่วยไปอยู่ศูนย์พักฟื้น หรือจ้างเจ้าหน้าที่จากศูนย์พักฟื้น 3) ผู้ดูแลที่ได้รับเงินค่าจ้างเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และ 4) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด 14 วัน ส่วนผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน 2) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่สามารถหายใจออกซิเจนได้ และ 3) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*Power กำหนด Test Family: t-test, Statistical test: Means: Difference between two independent means (two groups), one-tail กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ เท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .05 ส่วนค่าขนาดอิทธิพล ได้จากงานวิจัยใกล้เคียงของ Moonthee, Monkong, Sirapo-ngam, & Leelacharas (2016) เท่ากับ 1.06 จากนั้นผู้วิจัยปรับขนาดอิทธิพลเป็น .80 เพื่อให้สอดคล้องตามเกณฑ์ค่าอิทธิพลของ Cohen (1977) ซึ่งคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล (Drop Out) จึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 52 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 26 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 26 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ บทบาทในครอบครัว ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และโรคประจำตัวหรือโรคร่วมอื่น ๆ

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประวัติโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลและผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

1.3 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลของ Wirojratana (2002) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วย ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ด้านร่างกาย อารมณ์ การหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น การดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 32 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลน้อย

1.4 แบบสอบถามความเครียดในบทบาท ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความเครียดในบทบาทของ Wirojratana (2002) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อเป็นการถามความรู้สึกในระหว่างดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลว่ามีผลกระทบทางลบต่อชีวิตหรือไม่ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 56 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความตึงเครียดจากการดูแลเพิ่มขึ้นมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความตึงเครียดในการดูแลเพิ่มขึ้นน้อย

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 3 สัปดาห์ ดำเนินการเป็นรายบุคคล ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ คือ 1) ประสพการณ์ความสำเร็จของตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล

เล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลางและการสาธิตฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 2) การสังเกตประสบการณ์ผู้อื่นที่จะประสบผลสำเร็จ โดยการสังเกตพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ 3) การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา โดยการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางผ่านสื่อดิจิทัล การติดตามเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 1 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล และ 4) การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพและการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล

2.2 สื่อดิจิทัลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางผู้วิจัยใช้คลังสื่อและช่องทางสนับสนุนระบบบริการบริหารพื้นที่ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีเนื้อหาวิดีโอที่ค้นช่องทาง YouTube และ QR Code

2.3 โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสื่อสารได้ เพื่อใช้เป็นช่องทางติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในวันที่ 3, 5 และ 7 ครั้งละ 15 - 20 นาที เพื่อกระตุ้นให้เกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และติดตามความคงอยู่ของความพร้อมในการดูแลภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ส่งผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 1 ท่าน และนักกายบำบัดที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI] เท่ากับ 1.0)

การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลและแบบสอบถามความเครียดในบทบาท มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94 และ .97 ตามลำดับ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย (Gunawan, Marzilli, & Aungsuroch, 2021) สำหรับโปรแกรมฯ ผู้วิจัยนำไปศึกษานำร่อง (Pilot Study) กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พบว่า โปรแกรมฯ มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ เมื่อผ่านการรับรองแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามแผนกิจกรรมที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดตามช่วงเดือน ซึ่งเริ่มจากกลุ่มควบคุมเมื่อครบตามจำนวนที่กำหนดได้ ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันปัจจัยภายนอกจากการถ่ายทอดสิ่งทดลองระหว่างกลุ่ม (Diffusion of Treatment)

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างก่อนการดำเนินการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมผู้วิจัยดำเนินการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### ขั้นทดลอง

4. กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้เวลาในการดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาวินาที 1 ถึง 1 สัปดาห์ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 - 2 ดำเนินการตลอดระยะเวลา 14 วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

วันที่ 1 ภายหลังจากเข้ารับการรักษาน กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมิน

ความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลก่อนเริ่มดำเนินการกิจกรรม (Pre-test) จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายถึงความรู้สึกและความคิดเห็นในการเป็นผู้ดูแล

วันที่ 2 - 14 ภายหลังเข้ารับการรักษากิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมการเรียนรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ดูแล คลังสื่อและช่องทางสนับสนุนระบบบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ใช้เวลาประมาณ 1 - 2 ชั่วโมงต่อครั้ง จำนวน 13 ครั้ง อย่างต่อเนื่องทุกวัน ได้แก่ การสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและให้กำลังใจ การดูแลความสะอาดและสุขอนามัยของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วย การดูแลจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแล การฟื้นฟูทักษะผู้ป่วยและการออกกำลังกาย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฟื้นฟูและสิทธิสำหรับผู้ป่วย รวมถึงการใช้อุปกรณ์และการดัดแปลงอุปกรณ์ในบ้านสำหรับผู้ป่วย

วันที่ 14 ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที ผู้วิจัยทบทวนและสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างและแนะนำช่องทางติดต่อกับผู้วิจัยผ่านทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 3 ติดตามเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ในวันที่ 3, 5 และ 7 ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุน กระตุ้น และติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลา 15 - 20 นาทีต่อครั้ง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน และติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และในวันที่ 7 ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เมื่อดำเนินการกิจกรรมเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม (Post-test) จากนั้นแจ้งสิ้นสุดการวิจัยและยุติสัมพันธภาพ

กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 โดยใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทก่อนเริ่มดำเนินการกิจกรรม (Pre-test) จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลรักษาและให้การพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

#### ขั้นหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 3 วันที่ 7 ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผ่านทางโทรศัพท์ โดยใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที ผู้วิจัยทำการประเมินความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาท (Post-test) จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางผ่านทางโทรศัพท์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัยและยุติสัมพันธภาพ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) สำหรับตัวแปรช่วงมาตรา (Interval Scale) และระดับอัตราส่วนมาตรา (Ratio Scale) ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) หรือสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) สำหรับตัวแปรระดับนามมาตรา (Nominal Scale) และอันดับมาตรา (Ordinal Scale)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีคู่ (Dependent t-test) ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองไม่เป็นอิสระต่อกัน ( $p\text{-value} > .05$ ) 2) มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ โดยคำนวณ Skewness/Standard Error และ Kurtosis/ Standard Error มีค่าอยู่ระหว่าง 1.16 ถึง 1.48 และ 3) กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (Independent t-test) ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า 1) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ โดยคำนวณ Skewness/Standard Error และ Kurtosis/Standard Error มีค่าอยู่ระหว่าง 0.11 ถึง 1.06 2) ข้อมูลมีมาตรวัดอยู่ในระดับช่วงมาตรา 3) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากกลุ่มประชากร 4) ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีขนาดมีเท่ากัน และ 5) ความแปรปรวนของกลุ่มประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน ( $p\text{-value} > .05$ )

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้รับรองจริยธรรม เลขที่ NKP. No. 169/66 เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2566 สำหรับกลุ่มควบคุมภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ตัวแปร                                                           | กลุ่มทดลอง (n = 26) |        | กลุ่มควบคุม (n = 26) |        | p-value           |
|------------------------------------------------------------------|---------------------|--------|----------------------|--------|-------------------|
|                                                                  | จำนวน               | ร้อยละ | จำนวน                | ร้อยละ |                   |
| <b>เพศ</b>                                                       |                     |        |                      |        | .775 <sup>b</sup> |
| ชาย                                                              | 16                  | 61.54  | 17                   | 65.39  |                   |
| หญิง                                                             | 10                  | 38.46  | 9                    | 34.61  |                   |
| <b>อายุ (Mean=66.81, SD=15.04)</b>                               |                     |        |                      |        | .602 <sup>a</sup> |
| น้อยกว่า 60 ปี                                                   | 2                   | 7.69   | 5                    | 19.24  |                   |
| 60 - 69 ปี                                                       | 9                   | 34.62  | 9                    | 34.62  |                   |
| มากกว่า 70 ปี                                                    | 15                  | 57.69  | 12                   | 46.14  |                   |
| <b>อาชีพ</b>                                                     |                     |        |                      |        | .284 <sup>a</sup> |
| เกษตรกร                                                          | 5                   | 19.24  | 5                    | 19.24  |                   |
| ค้าขาย/ธุรกิจ                                                    | 2                   | 7.69   | 6                    | 23.08  |                   |
| รับจ้าง                                                          | 4                   | 15.39  | 6                    | 23.08  |                   |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ                                                | 15                  | 57.69  | 9                    | 34.62  |                   |
| <b>บทบาทครอบครัว</b>                                             |                     |        |                      |        | .500 <sup>b</sup> |
| หัวหน้าครอบครัว                                                  | 21                  | 80.77  | 20                   | 76.92  |                   |
| สมาชิกครอบครัว                                                   | 5                   | 19.23  | 6                    | 23.08  |                   |
| <b>Glasgow Coma Scale</b>                                        |                     |        |                      |        | .272 <sup>a</sup> |
| น้อยกว่า 8                                                       | 2                   | 7.69   | 3                    | 11.54  |                   |
| 9 - 12                                                           | 9                   | 34.62  | 4                    | 15.38  |                   |
| 13 - 15                                                          | 15                  | 57.69  | 19                   | 73.08  |                   |
| <b>ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index)</b> |                     |        |                      |        | .932 <sup>a</sup> |
| พึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0 - 4 คะแนน)                                   | 4                   | 15.38  | 5                    | 19.23  |                   |
| พึ่งพาปานกลาง (5 - 11 คะแนน)                                     | 17                  | 65.39  | 16                   | 61.54  |                   |
| ไม่เป็นการพึ่งพา (12 - 20 คะแนน)                                 | 5                   | 19.23  | 5                    | 19.23  |                   |

<sup>a</sup>Chi-Square Test, <sup>b</sup>Fisher's Exact Test

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 61.54 อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.69 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 57.69 เป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 80.77 Glasgow Coma Scale (GCS) ระหว่าง 13 - 15 ร้อยละ 57.69 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในภาวะพึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 65.39 ส่วนกลุ่มควบคุมเพศชาย ร้อยละ 65.39 อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.14 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 34.62 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 53.85 GCS ระหว่าง 13 - 15 ร้อยละ 73.08 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในภาวะพึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 61.54 ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีแตกต่างกัน

## 2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ตัวแปร                                                    | กลุ่มทดลอง (n = 26) |        | กลุ่มควบคุม (n = 26) |        | p-value           |
|-----------------------------------------------------------|---------------------|--------|----------------------|--------|-------------------|
|                                                           | จำนวน               | ร้อยละ | จำนวน                | ร้อยละ |                   |
| <b>เพศ</b>                                                |                     |        |                      |        | .754 <sup>b</sup> |
| ชาย                                                       | 7                   | 26.92  | 6                    | 23.08  |                   |
| หญิง                                                      | 19                  | 73.08  | 20                   | 76.92  |                   |
| <b>อายุ (M=50.12, SD=13.82)</b>                           |                     |        |                      |        | .244 <sup>a</sup> |
| น้อยกว่า 50 ปี                                            | 11                  | 42.31  | 11                   | 42.31  |                   |
| 51 - 60 ปี                                                | 9                   | 34.62  | 8                    | 30.77  |                   |
| มากกว่า 60 ปี                                             | 6                   | 23.08  | 7                    | 26.92  |                   |
| <b>สถานภาพสมรส</b>                                        |                     |        |                      |        | .818 <sup>b</sup> |
| คู่                                                       | 6                   | 23.08  | 5                    | 19.23  |                   |
| โสด                                                       | 17                  | 65.38  | 19                   | 73.08  |                   |
| หม้าย/หย่าร้าง                                            | 3                   | 11.54  | 2                    | 7.69   |                   |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                                      |                     |        |                      |        | .742 <sup>b</sup> |
| ประถมศึกษา                                                | 9                   | 34.62  | 10                   | 38.45  |                   |
| มัธยมศึกษา                                                | 6                   | 23.08  | 8                    | 30.78  |                   |
| ปวช./ปวส.                                                 | 6                   | 23.08  | 6                    | 23.08  |                   |
| ระดับปริญญาตรีขึ้นไป                                      | 5                   | 19.23  | 2                    | 7.69   |                   |
| <b>อาชีพ</b>                                              |                     |        |                      |        | .684 <sup>a</sup> |
| เกษตรกร                                                   | 5                   | 19.23  | 5                    | 19.23  |                   |
| รับจ้าง                                                   | 5                   | 19.23  | 6                    | 23.08  |                   |
| ค้าขาย/ธุรกิจ                                             | 16                  | 61.54  | 15                   | 57.69  |                   |
| <b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (Mean=14,250.00, SD=7,231.80)</b> |                     |        |                      |        | .672 <sup>a</sup> |
| ต่ำกว่า 10,000 บาท                                        | 10                  | 38.46  | 12                   | 46.15  |                   |
| 10,001 - 15,000 บาท                                       | 4                   | 15.38  | 6                    | 23.08  |                   |
| 15,000 - 20,000 บาท                                       | 8                   | 30.78  | 6                    | 23.08  |                   |
| มากกว่า 20,000 บาท                                        | 4                   | 15.38  | 2                    | 7.69   |                   |
| <b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>                             |                     |        |                      |        | .688 <sup>a</sup> |
| สามี/ภรรยา                                                | 6                   | 23.08  | 7                    | 26.92  |                   |
| บุตร                                                      | 15                  | 57.69  | 12                   | 46.15  |                   |
| พี่น้อง                                                   | 5                   | 19.23  | 7                    | 26.92  |                   |

<sup>a</sup>Chi-Square test, <sup>b</sup>Fisher's Exact test

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.08 อายุน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 42.31 สถานภาพโสด ร้อยละ 56.38 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.62 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 61.54 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 38.46 เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 57.69

ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.92 อายุน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 42.31 สถานภาพโสด ร้อยละ 73.08 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.45 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 57.69 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 46.15 เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 53.85 ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ( $p\text{-value} > .05$ )

3. ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

ตาราง 3 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะกลาง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ( $n = 52$ ) โดยใช้สถิติทดสอบทีคู่ (Dependent t-test)

| ตัวแปร                      | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>t</i> | <i>df</i> | <i>p-value</i> (1-tailed) |
|-----------------------------|----------|-----------|----------|-----------|---------------------------|
| ความพร้อมในการดูแล          |          |           |          |           |                           |
| กลุ่มทดลอง (n = 26)         |          |           |          |           |                           |
| ก่อนการทดลอง                | 3.19     | 3.12      | -39.36   | 25        | <.001                     |
| หลังการทดลอง                | 27.15    | 2.98      |          |           |                           |
| ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล |          |           |          |           |                           |
| กลุ่มทดลอง (n = 26)         |          |           |          |           |                           |
| ก่อนการทดลอง                | 45.92    | 3.70      | 33.39    | 25        | <.001                     |
| หลังการทดลอง                | 17.15    | 2.62      |          |           |                           |

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีความพร้อมในการดูแลหลังการทดลอง ( $M = 27.15, SD = 2.98$ ;  $M = 16.46, SD = 4.13$  ตามลำดับ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M = 3.19, SD = 3.12$ ;  $M = 5.12, SD = 3.88$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลหลังการทดลอง ( $M = 17.15, SD = 2.62$ ;  $M = 33.62, SD = 3.66$  ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ( $M = 45.92, SD = 3.70$ ;  $M = 42.15, SD = 5.13$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ( $n = 52$ ) โดยใช้สถิติ Independent t-test)

| ตัวแปร                      | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>t</i> | <i>df</i> | <i>p-value</i> (1-tailed) |
|-----------------------------|----------|-----------|----------|-----------|---------------------------|
| ความพร้อมในการดูแล          |          |           |          |           |                           |
| กลุ่มทดลอง                  | 27.15    | 2.98      | -10.71   | 50        | <.001                     |
| กลุ่มควบคุม                 | 16.46    | 4.13      |          |           |                           |
| ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล |          |           |          |           |                           |
| กลุ่มทดลอง                  | 17.15    | 2.62      | 18.67    | 50        | <.001                     |
| กลุ่มควบคุม                 | 33.62    | 3.66      |          |           |                           |

จากตาราง 4 พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลอง ( $M = 27.15, SD = 2.98$ ) มีความพร้อมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 16.46, SD = 4.13$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และกลุ่มทดลอง ( $M = 17.15, SD = 2.62$ ) มีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 33.62, SD = 3.66$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

## อภิปรายผล

1. ความพร้อมในการดูแลของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองมีความพร้อมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เนื่องจากจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดورا Bandura (1997) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการและปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ผ่านกระบวนการเรียนรู้ 4 กลยุทธ์ (Bandura, 2001) โดยการส่งเสริมสถานะทางสรีระและอารมณ์ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้าถึงประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ และการฝึกปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้เกิดทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยตนเอง รวมทั้งการใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 3, 5, 7 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อกระตุ้นให้เกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และติดตามความคงอยู่ของความพร้อมในการดูแลภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Katetanee, Pongwilai, Chanthadech, Duangmartpol, & Yota (2023) พบว่า การให้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดุกข้อสะโพกหัก มีความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันผลกตทัບอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ Panthong, Wattanaburanon, Abdullakasim & Chotigawin (2023) พบว่า การให้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 เนื่องจาก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการและปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ผ่านกระบวนการเรียนรู้ (Bandura, 2001) โดยการส่งเสริมสถานะทางสรีระและอารมณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้าถึงประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ให้ความรู้ การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ และการฝึกปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้เกิดทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยตนเอง รวมทั้งการใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะ และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ดูแล อันนำไปสู่ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลลดลงได้ (Phongtankuel, Moxley, Reid, Adelman, & Czaja, 2022) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lalaloes, Thongthawee & Muengtawepongsa (2023) พบว่า การให้ความรู้ผู้ดูแล การสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนนัดหมายตรวจเยี่ยม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาของ Ko, Wongvibul, Rose, & Jun (2023) พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ส่งผลให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง และจากการศึกษาของ Leung, Chan, Chiu, Lo, & Lee (2020) พบว่า การส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

### การนำผลวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางร่วมกับผู้ดูแล
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำรูปแบบของโปรแกรมนี้นี้มาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความพร้อมในการดูแลและลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น คุณภาพชีวิต อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ ตลอดจนการติดตามประเมินผลโปรแกรมในระยะยาว เช่น 3, 6 หรือ 12 เดือน

### References

- Bakas, T., McCarthy, M. J., & Miller, E. L. (2022). Systematic review of the evidence for stroke family caregiver and dyad interventions. *Stroke*, 53(6), 2093–2102. doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.034090
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26.
- Chen, L., Xiao, L. D., Chamberlain, D., & Newman, P. (2021). Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 30(19), 2786–2807. doi.org/10.1111/jocn.15807
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Rev. ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns & Grove's the Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. (8<sup>th</sup> Ed.). New York, St. Louis.
- Gunawan, J., Marzilli, C., & Aungsuroch, Y. (2021). Establishing appropriate sample size for developing and validating a questionnaire in nursing research. *Belitung Nursing Journal*, 7(5), 356–60. doi:10.33546/bnj.1927
- Jovanovic, A., Dickov, A., Knezevic, V., Pejin, R., & Nikovic, J. (2023). Quality of life in patients after stroke. *Experimental and Applied Biomedical Research*, 61(1). 101-108.
- Kaeowichian, N., Suthamchai, B., Chuenklin, T., Rungnoei, N., Girdwichai, W., & Pannarunothai, S. (2021). Intermediate care policy in Thailand: What should be done. *Journal of Health Science of Thailand*, 30(5), 894–906. (in Thai)
- Katetanee, R., Pongwilai, J., Chanthadech, K., Duangmartpol, K., & Yota, W. (2023). Effect of self-efficacy program in caregiver's pressure ulcer for elderly patient with hip fracture at Maha Sarakham hospital. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 7(14), 64-80. (in Thai)
- Ko, E., Wongvibul, T., Rose, K., & Jun, J. (2023). The effects of self-guided interventions on stress, burden, and mental health in caregivers of people living with dementia: A systematic review. *Innovation in Aging*, 7(1), 1-23. doi.org/10.1093/geroni/igad104.2219

- Lalaloos, P., Thongthawee, B., & Muengtaweepongsa S. (2023). The effects of a caregiver self-efficacy promoting program in rehabilitation combined with use of a mobile application on self-efficacy of caregivers and aphasia of stroke patients. *Nursing Journal CMU*, 50(2), 14-26. (in Thai)
- Leung, D. Y. P., Chan, H. Y. L., Chiu, P. K. C., Lo, R. S. K., & Lee, L. L. Y. (2020). Source of social support and caregiving self-efficacy on caregiver burden and patient's quality of life: A path analysis on patients with palliative care needs and their caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 1-13. doi.org/10.3390/ijerph17155457
- Lobo, E. H., Abdelrazek, M., Grundy, J., Kensing, F., Livingston, P. M., Rasmussen, L. J. et al. (2021). Caregiver engagement in stroke care: Opportunities and challenges in Australia and Denmark. *Frontiers in Public Health*, 26(9), 1-15. doi.org/10.3389/fpubh.2021.758808
- Moonthee, W., Monkong, S., Sirapo-ngam, Y., & Leelacharas, S. (2016). Impact of transitional care program and family caregiver on stroke patients; routine activity performance, complication and satisfaction. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(1), 95-110. (in Thai)
- Muhrodji, P., Wicaksono, H. D., Satiti, S., Trisnantoro, L., Setyopranoto, I., Vidyanti, A. N. (2022). Roles and problems of stroke caregivers: A qualitative study in Yogyakarta, Indonesia. *F1000Research*, 10(38), 1-24. doi.org/10.12688/f1000research.52135.2
- Panthong, W., Wattanaburanon, A., Abdullakasim, P., & Chotigawin, R. (2023). Effectiveness of a self-efficacy program on knowledge, practices and expectations on elderly care in relation to physical therapy of caregivers in Tambon Takasem, Meuang district, Sa kaeo province. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 33(2), 71-84. (in Thai)
- Phongtankuel, V., Moxley, J., Reid, M.C., Adelman, R. D., & Czaja, S. J. (2022). The relationship of caregiver self-efficacy to caregiver outcomes: A correlation and mediation analysis. *Aging & mental health*, 27(7), 1322-1328. doi.org/10.1080/13607863.2022.2118666
- Piyahirun, C., Kasiphol, T., & Prasertsong, C. (2018). Effects of a self-efficacy promotion program for stroke caregivers. *HCU Journal*, 22(43), 130-142. (in Thai)
- Rudberg, A. S., Berge, E., Laska, A. C., Jutterstrom, S., Nasman, P., Sunnerhagen, K. S., et al. (2020). Stroke survivors' priorities for research related to life after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 28(2), 153-158. doi.org/10.1080/10749357.2020.1789829
- The Health Foundation. (2024). *The Challenges and Potential of Intermediate Care*. Retrieved April 7, 2024 from <https://www.health.org.uk>.
- Wirojratana V. (2002). *Development of the Thai Family Care Inventory* [Doctoral dissertation]. Portland: Oregon Health & Science University.
- World Stroke Organization. (2023). *About Stroke*. Retrieved November 7, 2022 from <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke>.