

ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความพร้อมและ ภาระของญาติผู้ดูแล

นันทยา เสนีย์*

พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)

วราณี สัมฤทธิ์**

ค.ด. (การอุดมศึกษา)

(รับ: 27 เมษายน 2569, แก้ไข: 20 พฤษภาคม 2569, ตอรับ: 30 พฤษภาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) เปรียบเทียบความพร้อมและภาระของญาติผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และ (2) เปรียบเทียบผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน เครื่องมือคัดกรอง ได้แก่ MMSE-Thai 2002, NIHSS, mRS และ ADL มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.89 เครื่องมือเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความพร้อมของญาติ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.81 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และภาระในการดูแล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.76 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล อยู่ในระดับมาก (M 30.87, SD 1.10) และมีภาระในการดูแล อยู่ในระดับไม่รู้สึกรับภาระ (M 102.52, SD 3.96) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีความพร้อมและมีคะแนนการจัดการภาระในการดูแล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความพร้อมของญาติผู้ดูแล

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก_Corresponding e-mail: waranee.s@bcnt.ac.th

Effects of a Discharge Planning Program for Stroke Patients on Readiness and Caregiving Burden among Family Caregivers

Nuntaya Sanee*

MS.N. (Nursing)

Waranee Sumrit**

Ph.D. (Education)

(Received: April 27, 2026, Revised: May 20, 2026, Accepted: May 30, 2026)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to (1) compare the readiness and burden of caregivers between experimental and control groups and (2) compare the effects of the discharge program in the experimental group before and after receiving the program. The sample consisted of 46 primary caregivers of stroke patients, selected using purposive sampling. The sample were divided into 23 persons in the experimental and 23 persons in the control groups. The Screening instruments consisted of MMSE-Thai 2002, NIHSS, mRS, and ADL, which yielded a Content Validity Index (IOC) of 1.00. The research instrument was a stroke patient discharge planning program, which yielded a Content Validity Index (IOC) of 0.89. Data collection instruments consisted of questionnaires on personal information, caregiver readiness (IOC = 0.81, reliability = 0.92) and caregiver burden (IOC = 0.76, reliability = 0.87). Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results revealed that after the experiment, the experimental group had a high level of caregiver readiness (M 30.87, SD 1.10) and did not feel caregiving burden (M 102.52, SD 3.96). A comparison between groups revealed that the experimental group had significantly higher readiness scores and caregiving burden management scores than the control group ($p < .05$).

Keywords: Discharge planning program, Stroke patients, Readiness of family caregivers

* Assistant Professor, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

** Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. Corresponding e-mail: waranee.s@bcnt.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรงระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก¹ รายงานว่าโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 และเป็นสาเหตุความพิการถาวรอันดับที่ 3 ของโลก มีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 143 ล้านคน² ซึ่งเกิดจากการที่การไหลเวียนเลือดไปยังสมองถูกขัดขวางไม่ว่าจะเป็นจากหลอดเลือดอุดตัน (Ischemic stroke) หรือหลอดเลือดแตก (Hemorrhagic stroke) ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองเริ่มตายภายในไม่กี่นาที ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา³ สำหรับประเทศไทย สถานการณ์มีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 349,126 ราย และเสียชีวิต 36,214 ราย ซึ่งผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี⁴ อัตราการป่วยต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นจาก 479 ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 645 ในปี พ.ศ. 2563⁵ ในระดับพื้นที่ โรงพยาบาลตรังพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเช่นกัน จาก 2,240 ราย ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 2,272 และ 2,305 ราย ในปี พ.ศ. 2564 และ 2565 ตามลำดับ⁶ สะท้อนให้เห็นถึงภาระงานที่เพิ่มขึ้นและความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างยั่งยืน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมักเผชิญกับความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจในระยะยาว ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน (24-48 ชั่วโมงแรก) ระยะหลังเฉียบพลัน (1-14 วัน) และระยะฟื้นฟูสภาพ ความบกพร่องที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ และต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในระยะยาว ญาติผู้ดูแลจึงต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การลดชั่วโมงการทำงานหรือการย้ายถิ่นฐาน เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด และความไม่มั่นใจในการดูแล

โดยเฉพาะความกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยได้ไม่ถูกต้องหรือไม่สามารถรับมือกับภาวะฉุกเฉินได้⁷ ซึ่งภาระในการดูแล (Caregiver Burden) ครอบคลุมความยากลำบากทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจสังคม

ทั้งนี้ ความพร้อมในการดูแล (Caregiver Readiness) ซึ่งหมายถึงการรับรู้ของญาติว่าตนมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยครอบคลุม 8 ด้าน เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน วัดโดยแบบวัดความพร้อมฯ ส่วนภาระในการดูแล (Caregiving Burden) หมายถึงการรับรู้ความยากลำบากทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ จากการดูแลผู้ป่วย งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมช่วยเพิ่มความพร้อมและลดภาระของญาติผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ⁸ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีนโยบายจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด ทำให้ญาติมักขาดความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้านและนำไปสู่ปัญหาตามมา เช่น การพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ และความเครียดสะสมของผู้ดูแล⁹ นอกจากนี้ การวางแผนจำหน่ายในบริบทโรงพยาบาลตรัง เป็นการดำเนินการโดยใช้ รูปแบบ D-METHOD ผ่านแผ่นพับประชาสัมพันธ์ แต่ทั้งนี้ยังไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

แนวทางสำคัญที่ใช้ในการวางแผนจำหน่ายคือ รูปแบบ D-METHOD ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ด้าน ได้แก่ Diagnosis, Medication, Environment and Economic, Treatment, Health, Outpatient referral และ Diet ¹⁰ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย ลดการดูแลแบบแยกส่วน และส่งเสริมความต่อเนื่องในการดูแล⁵ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีโครงสร้างชัดเจนครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนด้านจิต

สังคม จึงมีศักยภาพในการเพิ่มความมั่นใจและศักยภาพของญาติ คาดว่าจะลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

ด้วยเหตุดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมวางแผนจำหน่ายตามแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis)¹¹ ซึ่งมุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลใน 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน การเสริมบทบาท และการสรุปเรียนรู้ และนำมาศึกษาผลของโปรแกรمدังกล่าวต่อความพร้อมและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งหวังเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตรัง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

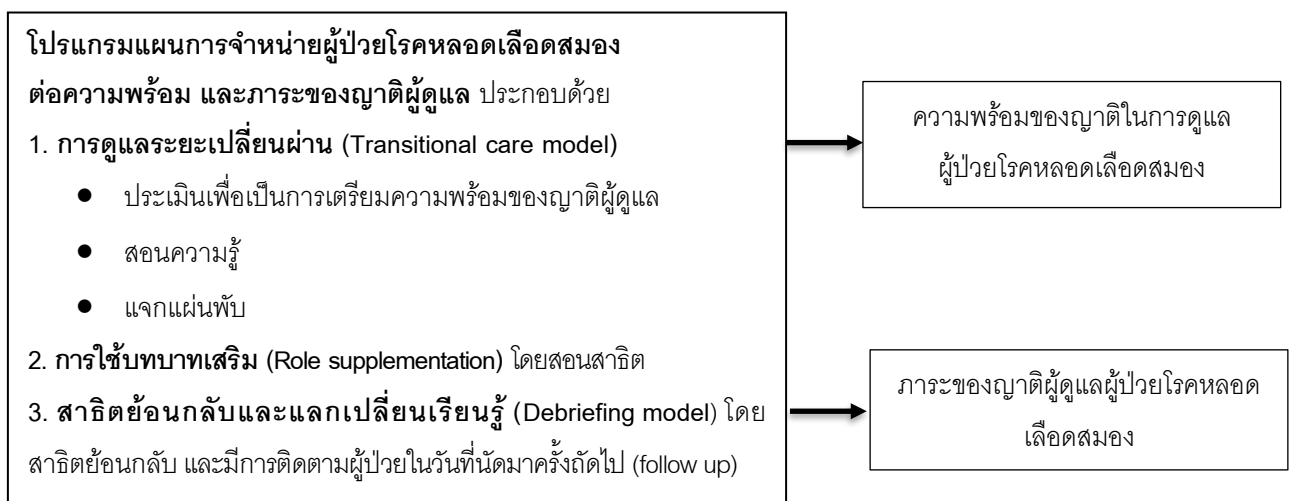
1. เปรียบเทียบความพร้อมและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
2. เปรียบเทียบความพร้อมและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของระหว่างกลุ่ม

ทดลองที่ได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับแผนการจำหน่ายปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเมลิส⁹ ซึ่งอธิบายว่าการเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่บุคคลต้องปรับตัวจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่ง ซึ่งหากได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดี จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวก องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน รูปแบบการตอบสนอง และการบำบัดทางการพยาบาล

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมวางแผนจำหน่ายขึ้นตามแนวคิดดังกล่าว โดยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model) ประกอบด้วย ประเมินความพร้อมและภาระของผู้ดูแลก่อนให้ความรู้ 2) การใช้บทบาทเสริม (Role Supplementation) ให้ความรู้และทักษะผ่านสื่อวิดีโอและแผ่นพับ และการสรุปเรียนรู้ (Debriefing) 3) สาธิตย้อนกลับและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โปรแกรมนี้มุ่งหวังให้ญาติมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น และมีภาระการดูแลลดลง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมประสาทว่าเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันหรือตีบ ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและโลหิตวิทยา (Stroke and Hematology Unit) โรงพยาบาลตรัง จากจำนวนผู้ป่วย 171 คน (ในปัจุบันประมาณที่ผ่านมา)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมประสาทว่าเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันหรือตีบ ระยะหลังเฉียบพลัน (1-14 วัน) ที่มีคะแนนความรุนแรงตามเกณฑ์ที่กำหนด (NIHSS=15-24, mRS=5, ADL=5-8) ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและโลหิตวิทยา (Stroke and Hematology Unit) โรงพยาบาลตรัง กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดโดยใช้โปรแกรม G*Power ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Jacob Cohen Version 3.0.10 ที่ค่า $\alpha = 0.05$, effect size = 0.8 (large), power = 0.80 สำหรับการทดสอบแบบ two-tailed independent t-test คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 46 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเข้ากลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 23 คน รวมทั้งหมด 46 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

คัดเลือกแบบเจาะจงเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า โดยกำหนดคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกญาติผู้ดูแล (Inclusion Criteria)

1. เป็นญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์และยืนยันว่าญาติจะดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงหลังกลับบ้าน

2. อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย
3. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด สามารถสื่อสารได้ด้วย ภาษาไทยได้ ในกรณีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีการประเมินสมรรถภาพทางสมองโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002)¹² ในกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน กรณีที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน และในกรณีที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

4. มีอุปกรณ์สื่อสารสมาร์ตโฟนที่สามารถติดต่อได้

5. ให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดเวลา

เกณฑ์ในการคัดออกญาติผู้ดูแล (Exclusion Criteria)

1. ญาติผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมโครงการก่อนสิ้นสุดโครงการวิจัย
2. มีการเปลี่ยนญาติผู้ดูแลหรือไม่สามารถติดต่อได้หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Inclusion Criteria)

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมประสาทว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน

2. คะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) 15-24 คะแนน ระดับความพิการ (modified Rankin Scale: mRS) 5 คะแนน และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) 5-8 คะแนน¹²

3. มารับการรักษาติดตามอาการต่อเนื่อง (Follow up) ที่โรงพยาบาลตรัง

เกณฑ์ในการคัดออกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนและต้องย้ายไปเข้ารับรักษาตัวที่อื่น
2. ผู้ป่วยในความดูแลของโรงพยาบาลไปรักษาเพื่อใช้สิทธิในการรักษาตามเขต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น¹⁰ เป็นแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ¹⁰ ใช้ในการคัดกรองญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ (1) แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National institute of health stroke scale no NIHSS)¹⁰ ใช้สำหรับการวัดขนาดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (2) แบบประเมินระดับความพิการ (modified Rankin Scale หรือ mRS) เป็นการประเมินระดับความพิการ (level of disability) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน และนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมอง¹⁰ โดยประเมินจากการสูญเสียความสามารถในการทำงานและกิจกรรมต่างๆ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยเพียงใด ใช้งานได้ง่าย ประเมินได้รวดเร็ว และมักใช้ในงานวิจัยต่างๆ (3) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living: ADL) คือ ดัชนีบาร์เธล (Barthel index) เป็นแบบวัดที่สร้างแบบ

composite scales ที่นำตัวแปลผลหลายตัวที่ใช้วัดผลเรื่องเดียวกันมารวมกัน ผ่านขั้นตอนการสร้าง มีระบบการให้คะแนนของคำตอบที่ได้จากแต่ละตัวแปร (คำถาม) ผ่านการประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 1.00

2) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเปลี่ยนผ่าน⁹ และแนวคิดการเสริมสร้างบทบาท (Role Supplementation) โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 4 สัปดาห์ ใช้เวลาสัปดาห์ละ 30-60 นาที ผู้วิจัยและพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการฝึกอบรมโปรแกรมร่วมกันเป็นผู้ดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การประเมินปัญหาและให้ความรู้ผ่านสื่อวิดีโอ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยและญาติในด้านการดูแลที่บ้าน ให้ความรู้ผ่านสื่อวิดีโอจำนวน 4 เรื่อง ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นและเผยแพร่ผ่าน YouTube แต่ละเรื่องมีความยาวไม่เกิน 10 นาที ประกอบด้วย การดูแลความสะอาดและสุขสบายของผู้ป่วยติดเตียง การบริหารร่างกายและกายภาพบำบัดพื้นฐาน การป้องกันแผลกดทับและการให้อาหารทางสายยาง หลังจากดูวิดีโอแล้ว พยาบาลเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและสรุปประเด็นสำคัญ พร้อมมอบแผ่นพับสรุปเนื้อหาที่มี QR Code เชื่อมโยงไปยังวิดีโอทั้ง 4 เรื่อง ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2 การทบทวนความรู้ผ่านสื่อและตอบข้อซักถาม ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาทั้ง 4 เรื่อง โดยใช้แผ่นพับและสื่อวิดีโอประกอบ เปิดโอกาสให้ญาติซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติจริงที่บ้าน (ถ้ามีการเริ่มดูแลแล้ว) หรือข้อสงสัยเพิ่มเติม ให้คำแนะนำปรึกษาเป็นรายบุคคล และเน้นย้ำจุดสำคัญที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ใช้เวลาทั้งสิ้น 40 นาที

สัปดาห์ที่ 3 การสาธิตย้อนกลับ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแก้ไขทักษะ โดยญาติผู้ดูแลสาธิตทักษะการดูแลทั้ง 4 เรื่องให้พยาบาลดู โดยใช้อุปกรณ์จำลองหรือสถานการณ์จำลอง ผู้วิจัยประเมินความถูกต้องของทักษะตามแบบประเมินที่กำหนด (ผ่าน/ไม่ผ่าน) หากไม่ผ่านจะมีการสอนซ้ำเฉพาะส่วนที่บกพร่องจนกว่าจะปฏิบัติได้ถูกต้อง หลังจากสาธิตผ่าน พยาบาลและญาติร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อผิดพลาดที่พบ และแนวทางการแก้ไข ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที

สัปดาห์ที่ 4 การประเมินผลหลังการทดลอง ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามความพร้อมและภาวะในการดูแล (post-test) ให้กำลังใจและแนะนำการดูแลอย่างต่อเนื่อง พร้อมแจ้งช่องทางติดต่อเมื่อมีปัญหา ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (IOC = 0.89) และนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 5 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา ระยะเวลา และกิจกรรม ก่อนนำไปใช้จริง

3) เครื่องมือเก็บข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพ มี 3 ชุด ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ดูแล และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค 2) แบบวัดความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากแนวคิดของ Boonchuaywong et al. (2017)¹¹ จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกเกี่ยวกับการรับรู้ความพร้อมด้านความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และการสนับสนุนทาง

สังคม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่พร้อมอย่างยิ่ง” (1 คะแนน) ถึง “พร้อมอย่างยิ่ง” (5 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8–40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีความพร้อมสูง ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.81 และทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 16 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.917 3) แบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะของญาติผู้ดูแลที่ดัดแปลงจากแนวคิดของ Kimhong (2023) และชานสิริ (2021)⁸ จำนวน 22 ข้อ เป็นแบบวัดภาวะเชิงอัตวิสัย (subjective burden) ที่ประเมินการรับรู้ความยากลำบากครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เป็นภาระเลย” (5 คะแนน) ถึง “เป็นภาระอย่างยิ่ง” (1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 22–110 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงไม่รู้สึกรเป็นภาระหรือสามารถจัดการภาระได้ดี ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.76 และทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 16 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.874

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ได้รับการอนุมัติหมายเลข IRB of BCNT 54/2567
2. ผู้วิจัยมีการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Inclusion Criteria)
3. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ป่วย โดยอธิบายตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant information Sheet) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์

วาระการพิจารณา

การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ หากผู้ป่วยให้ความยินยอม ผู้วิจัยจะให้เซ็นใบยินยอม (Inform Consent Form)

4. ผู้วิจัยให้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองต่อความพร้อมและภาระของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างดังนี้

4.1 สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และประเมินความพร้อมและภาระของญาติในการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 15 – 30 นาที

4.2 สัปดาห์ที่ 2-3 ให้โปรแกรมการ วางแผนจำหน่าย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมญาติ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย เรื่อง การดูแลความสะอาดสุขสบายของ ผู้ป่วยติดเตียง การให้อาหารทางสายยาง การทำ กายภาพบำบัด และการป้องกันแผลกดทับ ใช้เวลา 40 – 60 นาที

2) ให้ญาติผู้ดูแลสแกน QR code ที่มีอยู่ในแผ่นพับเพื่อเปิดดูวิดีโอการสอนสาธิตที่ ผู้จัดทำวิจัยให้สร้างสื่อการสอนขึ้น มีความยาวของ วิดีโอในการให้ความรู้แต่ละเรื่องมีความยาว 10 นาที รวมทั้งหมด 4 วิดีโอ ในการฝึกปฏิบัติและทบทวน ความรู้ และมีการติดตามในครั้งถัดไป

4.3 สัปดาห์ที่ 4 รวบรวมข้อมูลโดยให้ ญาติ ผู้ดูแล ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ทำ แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทาง สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติเชิงพรรณนาหา

ปีที่ 53 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test (สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง) หรือ Chi-square (สำหรับตัวแปรหมวดหมู่)

2. เปรียบเทียบคะแนนความพร้อมและภาระ ภายในกลุ่ม (ก่อน-หลัง) ด้วย Paired t-test และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลองด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 (two-tailed)

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านกาพิจารณาของ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ได้รับการอนุมัติ หมายเลข IRB of BCNT 54/2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.6) อายุระหว่าง 36-59 ปี (ร้อยละ 54.3) สถานภาพ คู่ (ร้อยละ 65.2) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 32.6) อาชีพทำสวน (ร้อยละ 39.1) รายได้เพียงพอในการดูแล (ร้อยละ 63.0) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นบุตร ผู้ป่วย (ร้อยละ 52.2) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นคู่ สมรส (ร้อยละ 39.1) สองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ทางสถิติในด้านอายุ เพศ สถานภาพ รายได้ ภาวะ สุขภาพ และผู้ช่วยดูแล ($p>.05$) แต่มีสัดส่วน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ต่างกันเล็กน้อย ($p=.08$)

การเปรียบเทียบก่อนการทดลองระหว่าง กลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนน ความพร้อมเฉลี่ย ($M=26.35$, $S.D.=4.09$) สูงกว่ากลุ่ม ควบคุม ($M=21.92$, $S.D.=5.03$) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($t=3.56$, $p=.001$) ในขณะที่คะแนนภาระเฉลี่ย ก่อนทดลองไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลอง $M=84.57$, $S.D.=11.18$; กลุ่ม ควบคุม $M=84.48$, $S.D.=9.47$; $t=0.03$, $p=.98$) ความไม่เท่าเทียมกันของ

วาระของการพยาบาล

คะแนนความพร้อมก่อนทดลองนี้เป็นข้อจำกัดสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาในการแปลผล

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมและภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับแผนการจำหน่ายปกติ โดยความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับแผนการจำหน่ายปกติ เท่ากับ 21.92 และค่าเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมหลังได้รับแผนการจำหน่ายปกติ เท่ากับ 29.13 ซึ่งกลุ่มควบคุมหลังได้รับแผนการจำหน่ายปกติ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมก่อนได้รับแผนการจำหน่ายปกติ ($t=8.81$, $p<.05$) และภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับแผนการจำหน่ายปกติ เท่ากับ 84.48 และค่าเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมหลังได้รับแผนการจำหน่ายปกติ เท่ากับ 90.35 ซึ่งกลุ่มควบคุมหลังได้รับแผนการจำหน่ายปกติมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมก่อนได้รับ

แผนการจำหน่ายปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($t=6.63$, $p<.05$) ตามตารางที่ 1

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมและภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการทดลอง เท่ากับ 26.35 และค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองหลังได้รับการทดลอง เท่ากับ 30.87 ซึ่งกลุ่มทดลองหลังได้รับการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลองก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($t=6.77$, $p<.05$) และภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการทดลอง เท่ากับ 84.57 และค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองหลังได้รับการทดลอง เท่ากับ 102.52 ซึ่งกลุ่มทดลองหลังได้รับการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลองก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($t=10.04$, $p<.05$) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความพร้อมและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับแผนการจำหน่ายปกติ ($n=23$)

กลุ่ม	คะแนน	ก่อนได้รับแผนฯ	หลังได้รับแผนฯ	<i>t</i>	<i>p</i>
กลุ่มควบคุม	ความพร้อม	21.92 (5.03)	29.13 (5.65)	8.81	<.001*
	ภาระ	84.48 (9.47)	90.35 (8.19)	6.63	<.001*
กลุ่มทดลอง	ความพร้อม	26.35 (4.09)	30.87 (1.10)	6.77	<.001*
	ภาระ	84.57 (11.18)	102.52 (3.96)	10.04	<.001*

* $p<.05$

คะแนนความพร้อมและภาระระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อยู่ในระดับมาก $\bar{X}=30.87$, S.D.=1.10 และ $\bar{X}=29.13$, S.D.=5.65 (ตามลำดับ) และภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่รู้สึกรับภาระในการดูแล (no burden) ($\bar{X}=102.52$, S.D.=3.96 และ $\bar{X}=90.35$, S.D.=8.19 ตามลำดับ)

โดยความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสำหรับทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาพบว่ากลุ่มทดลองมีความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยและภาระของ

วาระการพยาบาล

ญาติในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก และไม่รู้สึกรับภาระในการดูแล (no burden) กลุ่มควบคุมมีความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยและภาระของญาติ

ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมากและไม่รู้สึกรับภาระในการดูแล (no burden) โดยความพร้อมของญาติในการดูแล ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความพร้อมและภาระระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง
(Independent t-test) (n=46)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=23) M (S.D.)	กลุ่มควบคุม (n=23) M (S.D.)	t	p
ความพร้อม	30.87 (1.10)	29.13 (5.65)	2.70	.008*
ภาระ	102.52 (3.96)	90.35 (8.19)	6.30	<.001*

* $p < .05$

อภิปรายผล

1. ความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า ความพร้อมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความพร้อมของญาติผู้ดูแลได้จริง ซึ่งสามารถอธิบายกลไกที่ทำให้ความพร้อมเพิ่มขึ้น ได้ตามแนวคิดการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) ของ Meleis และคณะ¹¹ ซึ่งได้มีการปรับปรุงและนำเสนออย่างต่อเนื่อง ในช่วงหลัง โดยระบุว่า การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นช่วงเวลาที่มีบุคคลและครอบครัวต้องเผชิญกับการปรับบทบาท ความรับผิดชอบ และอัตลักษณ์ใหม่ หากได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ จะช่วยส่งเสริมความเชื่อมั่นและนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล⁹

โปรแกรมวางแผนจำหน่ายในงานวิจัยนี้ ได้รับการออกแบบให้ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบผ่าน 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) โดยพยาบาลประเมินปัญหาและความต้องการเฉพาะรายของญาติก่อนให้ความรู้ ทำให้เนื้อหา มีความสอดคล้องกับบริบทจริงของครอบครัว การเสริมบทบาทผู้ดูแล (Role Supplementation) ผ่านสื่อวิดีโอ และแผ่นพับ ซึ่งเปิดโอกาสให้ญาติสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองตามจังหวะการเรียนรู้ และการสรุปและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Debriefing) ส่งผลให้ ญาติได้รับการเสริมสร้างความมั่นใจและพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ซึ่งความมั่นใจเป็นองค์ประกอบสำคัญหนึ่งของความพร้อมในการดูแล (readiness) ตามแนวคิดของ Meleis และคณะ¹¹ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kimhong⁸ ที่พบว่า โปรแกรมดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสามารถเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยของ Liu และคณะ¹³ ที่รายงานว่า โปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลช่วยเพิ่มความพร้อมในการดูแลได้ดีกว่า การให้ความรู้ทางเดียว

อย่างไรก็ตาม ข้อสังเกตสำคัญคือ กลุ่มทดลองมีคะแนนความพร้อมก่อนทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.001$) ซึ่งอาจเกิดจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามลำดับเวลาที่ไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้ทั้งหมด (เช่น ประสบการณ์การดูแลเดิม หรือการรับรู้ความสามารถของตนเอง) ความแตกต่างนี้ทำให้การสรุปว่าความพร้อมหลังทดลองที่สูงกว่าในกลุ่มทดลองเป็นผลจากโปรแกรมเพียงอย่างเดียวทำได้ยาก เพราะอาจได้รับอิทธิพลจากความแตกต่างเดิมร่วมด้วย ถึงแม้ว่าการวิเคราะห์ภายในกลุ่มทดลองพบว่าความพร้อมเพิ่มขึ้น 4.52 คะแนน (จาก 26.35 เป็น 30.87) ซึ่งเป็นขนาดการเปลี่ยนแปลงที่มาก ($d=1.41$) แต่ควรตีผลอย่างระมัดระวัง

อย่างไรก็ตาม แม้กลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น แต่ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มควบคุมมีความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าแผนการจำหน่ายปกติของโรงพยาบาลต้งซึ่งประกอบด้วยแผ่นพับประชาสัมพันธ์และคำแนะนำจากพยาบาลก็สามารถเพิ่มความพร้อมได้ในระดับหนึ่ง การเพิ่มขึ้นของความพร้อมในกลุ่มควบคุมนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nilak & Chantra¹⁰ ที่พบว่าการได้รับเอกสารคำแนะนำและข้อมูลพื้นฐานช่วยเพิ่มความรู้และความมั่นใจในการดูแลได้บ้าง อย่างไรก็ตาม ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่า และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความพร้อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าโปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจน ใช้สื่อหลายรูปแบบ และมีการสาธิตย้อนกลับ ส่งผลให้ความพร้อมเพิ่มขึ้นมากกว่าแผนปกติอย่างชัดเจน

2. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติ ผลการวิจัยพบว่า หลังการ

ทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยการที่คะแนนสูงขึ้นสะท้อนถึงการรับรู้ภาวะที่ลดลงหรือความสามารถในการจัดการภาวะได้ดีขึ้นเนื่องจากแบบวัดที่ใช้เป็นมาตรวัดเชิงบวก นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถช่วยให้ญาติรับมือกับภาวะการดูแลได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน การลดลงของภาวะในการดูแลสามารถอธิบายได้จากผลของโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างทั้งความรู้และทักษะเชิงปฏิบัติ ทำให้ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ลดความวิตกกังวลและความไม่แน่นอนเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การฝึกปฏิบัติและการแก้ไขทักษะอย่างถูกต้องก่อนจำหน่ายช่วยลดความเสี่ยงของปัญหาที่พบบ่อย เช่น แผลกดทับ การสำลักอาหาร หรือการกลับเข้ารักษาซ้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ญาติรู้สึกเครียดและเกิดภาวะในการดูแล¹² นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสนับสนุนทางอารมณ์จากพยาบาลในช่วงท้ายของโปรแกรม ยังช่วยให้ญาติได้ระบายความรู้สึก รับคำแนะนำ และเกิดความรู้สึกว่ามีแหล่งช่วยเหลือ ส่งผลให้ภาวะทางอารมณ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

การลดลงของภาวะสามารถอธิบายได้จาก (1) การเพิ่มความรู้และทักษะเชิงปฏิบัติทำให้ญาติมีความมั่นใจ ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การสำลักอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับ Wu และคณะ¹⁴ ที่พบว่าการฝึกทักษะผู้ดูแลช่วยลดภาวะทางกายและอารมณ์ (2) การสนับสนุนทางจิตสังคมผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการให้กำลังใจช่วยให้ญาติได้ระบายความรู้สึกและรู้สึกว่ามีแหล่งช่วยเหลือ ลดภาวะทางอารมณ์ สอดคล้องกับ Park และ Kim¹⁵ (3) ระยะเวลาของ

โปรแกรมที่ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ และการที่ญาติสามารถ ทบทวนสื่อวิดีโอได้เอง ช่วยเสริมสร้างความสามารถ ในการจัดการปัญหาเฉพาะหน้า นอกจากนี้ การที่กลุ่ม ควบคุมก็มีคะแนนการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อน ว่าแผนการจำหน่ายปกติซึ่งรวมแผนพบและคำแนะนำ จากพยาบาลก็มีประโยชน์ในระดับหนึ่ง แต่โปรแกรมที่ พัฒนาขึ้นให้ผลดีกว่าอย่างชัดเจน

ข้อจำกัดของการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมี คะแนนความพร้อมก่อนทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ซึ่งเกิดจากการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามช่วงเวลา การวิจัย จึงไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้ ทั้งหมด ส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมของกลุ่มตั้งแต่ ก่อนการทดลองบริบทของโรงพยาบาลตรังอาจไม่เป็น ตัวแทนของโรงพยาบาลอื่น อาจไม่สามารถสรุปอ้างอิง ไปยังประชากรทั่วไปได้ ระยะเวลาติดตามผลสั้น (4 สัปดาห์) ไม่สามารถประเมินความคงอยู่ของความ พร้อมและภาระที่ลดลงในระยะยาวได้ นอกจากนี้ ดังนั้นควรตีความผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมการ วางแผนจำหน่ายสามารถเพิ่มความพร้อมและลด ภาระการรับรู้ของญาติได้ดีกว่าแผนปกติ จึงมี ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติทางการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรนำโปรแกรมการวางแผน จำหน่ายที่มุ่งเน้นการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านไป ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเริ่ม ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และดำเนินการเตรียมญาติอย่างต่อเนื่องจนถึงหลัง กลับบ้าน เพื่อเสริมสร้างความพร้อมและลดภาระใน การดูแลของญาติผู้ดูแล

1.2 ควรส่งเสริมการใช้สื่อการเรียนรู้ที่

หลากหลาย เช่น วิดีโอ แผ่นพับ หรือสื่อดิจิทัลอื่น ๆ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริงและการสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้ญาติสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง และ เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.3 พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการ สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของญาติผู้ดูแล โดย เปิดโอกาสให้ซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และ ระบายความรู้สึกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลด ความเครียดและภาระทางอารมณ์จากการดูแลผู้ป่วย ระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ฝ่ายการพยาบาลควรกำหนดนโยบายการนำ โปรแกรมวางแผนจำหน่ายตามแนวคิดการเปลี่ยน ผ่านของ เมลิสเป็นมาตรฐานการดูแลของหอผู้ป่วย หลอดเลือดสมอง ตั้งแต่แรกรับจนถึงหลังจำหน่าย

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

3.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว ของโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เช่น ระยะเวลา 3-6 เดือนหลังกลับบ้าน เพื่อประเมินความคงอยู่ของ ความพร้อมและภาระในการดูแลของญาติ

3.2 ควรศึกษานำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือภาวะอื่น ๆ ที่ต้องพึ่งพาการดูแล จากครอบครัว เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และขยาย ขอบเขตการใช้งานของโปรแกรม

3.3 ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยส่วน บุคคลของญาติผู้ดูแล เช่น อายุ ระดับการศึกษา หรือ ประสบการณ์ในการดูแล ที่อาจมีผลต่อความพร้อม และภาระในการดูแล เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้ เหมาะสมกับผู้ดูแลแต่ละกลุ่มมากยิ่งขึ้น

3.4 เนื่องจากงานวิจัยนี้พบความไม่เท่าเทียม ของกลุ่มก่อนทดลองในการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้ วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม หรือการจับคู่ เพื่อให้กลุ่ม ตัวอย่างเท่าเทียมกันตั้งแต่เริ่มต้น หากไม่สามารถสุ่ม ได้ ควรใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

วารสารกองการพยาบาล

(ANCOVA) โดยควบคุมคะแนนก่อนทดลองเป็นตัวแปรร่วม หรือใช้การวิเคราะห์คะแนนความแตกต่าง แทนการเปรียบเทียบด้วย Independent t-test เพียงอย่างเดียว

References

1. World Health Organization. The top 10 causes of death. Geneva: WHO; 2020.
2. World Stroke Organization. Global stroke fact sheet 2022. [Internet]. 2022 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://world-stroke-academy.org/media/uploads/2022/02/World-Stroke-Organization-WSO-Global-Stroke-Fact-Sheet-2022.pdf>
3. Natha Chiangpiw, Waraporn Boonchiang, Sivaporn Ungwattana. Effects of participatory learning on stroke prevention on knowledge and perceived self-efficacy among village health volunteers. Nursing Journal. 2018;45(1):87-99. Thai.
4. Ministry of Public Health. Statistics of stroke patients in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. Thai.
5. Kumluang S, et al. Stroke resource utilization and all-cause mortality in Thailand 2017-2020. BMJ Open. 2023;13(6):e072259.
6. Trang Hospital. Stroke patient statistics report. Trang: Trang Hospital; 2023. Thai.
7. Phongpuk Junsiri. Sense of burden among caregivers of intermediate-phase stroke patients receiving treatment at Kosum Phisai Hospital. Mahasarakham Hospital Journal. 2021;18(2):72-80. Thai.
8. Pasika Kimhong. Effects of a transitional stroke care program on readiness and caregiving burden of family caregivers [master's thesis]. Bangkok: Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing; 2023. Thai.
9. Sathitphan S. Nursing management model for discharge planning on outcomes of stroke patients and caregivers. Journal of Nursing Science. 2022;40(3):45-59. Thai.
10. Kamonwan Nilaek, Rungnapa Chantra. Effects of a discharge planning program on self-care ability and quality of life among burn patients in male surgical ward 4, Surat Thani Hospital. Journal of Medical Academic. 2019;33(2):143-156. Thai.
11. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. Advances in Nursing Science. 2021;44(1):14-28.
12. Institute of Neurology, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Nursing care guidelines for stroke patients. Nonthaburi: Institute of Neurology; 2015. Thai.
13. Liu Y, Yang Y, Zhou Y. Effects of transitional care interventions on family caregivers of stroke survivors: A randomized controlled trial. Journal of Clinical Nursing. 2022;31(19-20):2760-2771.

14. Wu CY, Lee SH, Chen MC. Home-based caregiver training and its impact on caregiver burden and patient outcomes after stroke. *Patient Education and Counseling*. 2021;104(8):2019-2026.
15. Park JS, Kim HS. Psychosocial support interventions to reduce caregiver burden in stroke caregiving: An integrative review. *Journal of Nursing Research*. 2022;30(6):e241.