

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัวต่อทักษะการดูแล ของผู้ดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

The Effects of a Family Management-Enhancing Program on The Caregivers' skill of An Early Mobility of Stroke Patients

วิสุณี จันทศรี*, สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์, สมบัติ มุ่งทวีพงษา

Visunee Junsree*, Sunthara liangchawengwong, Sombat Muengtawepongsa

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120

Faculty of nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand 12120

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองวัดแบบอนุกรมเวลา เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัวต่อทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลอายุ 18 ปีขึ้นไป คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการจัดการของครอบครัว วัตถุประสงค์แบบการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรก และคู่มือความรู้สำหรับผู้ดูแลดำเนินการตามโปรแกรมเป็น 3 ระยะ รวบรวมข้อมูลโดย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล 2) แบบประเมินทักษะการดูแลด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 3) แบบประเมินทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ากลุ่มโดยใช้แบบประเมินกลาสโกว์และแบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน ตรวจสอบค่าความตรงกับผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านได้ 0.90-0.93 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.88-0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-squares test, Friedman test, Repeated measures ANOVA, และ Bonferroni test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้านทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกาย พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ $p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันและทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ดูแลสัปดาห์ที่ 1 ไม่แตกต่างกัน แต่สัปดาห์ที่ 4 และ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .05$) ผลการวิจัยสนับสนุนแนวทางการจัดการของครอบครัว คือทำให้ผู้ดูแลเกิดกระบวนการพัฒนาทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัว ทักษะการดูแลของผู้ดูแล การเคลื่อนไหวร่างกาย ระยะแรก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This quasi-experimental and time series research aimed to study the effects of a family management enhancing program on the caregivers' skills of an early mobility among stroke patients. Purposive selection and thirty-six caregivers were separated in an intervention and control group. The research instruments comprised of the early mobility family management Program, the Booklet and symbolic modeling VDO. Data collection used the Caregiver Characteristics Data, Early Mobility Caring Skill of ADL and RMI. The contents validity of the instruments were tested by five experts = 0.90-0.93 and Cronbach's alpha reliability test revealed 0.88 to 0.93. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-squares test, the Friedman test, repeated measures ANOVA, and Bonferroni test

The results revealed: 1) The mean score for the early mobility caring skills of ADL and RMI in both groups during the 1, 4, and the 8 week were increase significantly ($p < .001$) 2) Compared between the intervention and control group, the results revealed that the mean score for the early mobility caring skill of ADL and RMI at the 1 week was not differently, but between the 4 and the 8 week were different significantly ($p < .001$). The family management model and indicate that it can be used to develop the mobility skills of caregiver and help with the early mobility

Keywords: Family management- enhancing program, Caregivers skill, Early mobility, Cerebrovascular disease patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or stroke) เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ทำให้การไหลเวียนเลือดในสมองถูกขัดขวางและสมองเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองให้ผิดปกติอย่างเฉียบพลันและมีอาการแสดงคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงหรือเป็นสาเหตุการตายโดยไม่ปรากฏสาเหตุอื่น¹ หรือเป็นภาวะเฉียบพลันของสมอง (Brain attack)² ปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 500-1000 ต่อประชากรแสนคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกประมาณ 6.5 ล้านคนต่อปี³ สำหรับประชากรไทยมีอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประมาณ 690 คนต่อแสนประชากร โดยในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยใหม่ประมาณ 150,000 คนเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) มากที่สุดถึงร้อยละ 87.664 ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยประมาณ 100,000 บาทต่อคน/ปี และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเฉลี่ย 12,691 บาทต่อเดือน⁵

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกมิติ การสูญเสีย

การทำหน้าที่และการควบคุมของระบบประสาทและสมองทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อควบคุมการเคลื่อนไหวบกพร่องร่างกายเป็นอัมพาต ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวันแบบอิสระได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแล และต้องนั่งๆ นอนๆ ไม่สามารถทำงานได้เหมือนก่อน ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันประมาณร้อยละ 83 มีพยาธิสภาพในระดับปานกลางถึงรุนแรง ทำให้ระยะภายหลังการเจ็บป่วย 3 เดือนแรกผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัวมากขึ้น⁶ ซึ่งในระยะการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วยในระยะแรก 0-3 เดือนมีความสำคัญต่อการฟื้นคืนสภาพของการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสำคัญ เนื่องจากเป็นระยะที่สมองต้องการการฟื้นฟูสภาพเพื่อควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อแขนขาให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติ การจำกัดหรือไม่เคลื่อนไหวร่างกายจะส่งผลกระทบต่อภาวะพิการการเคลื่อนไหวแบบถาวร แต่จากผลการศึกษาดิตตามพบว่าผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงระดับการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index and IADL) ในระยะ 3 และ 12 เดือนภายหลังการเจ็บป่วย ซึ่งแสดงถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโดย ผู้ดูแลทำหรือทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ให้ความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายในการเคลื่อนไหวร่างกาย⁷ นอกจากนี้ยัง

พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดการเจ็บป่วยระยะ 1 ปีแรก มีพฤติกรรมนั่ง นอน ใดๆ โดยมีระยะเวลานั่งนอนบนเตียงมากกว่า 19.3 ชั่วโมงต่อวัน⁸ ซึ่งมีผลต่อ motor activity ลดลง ทำให้กล้ามเนื้อลีบเล็กลงเรื่อยๆ เกิดภาวะข้อและเอ็นติดแข็ง ภาวะเกร็ง อวัยวะใช้งานไม่ได้ จนเกิดความพิการและผู้ป่วยกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง (bed ridden) นับเป็นภาวะที่ยากลำบากในการดูแล ก่อให้เกิดความทุกข์และทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล⁹

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อต้องเริ่มต้นเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล พบว่าการได้รับฝึกทักษะได้รับเฉพาะก่อนหน้าที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการเรียนรู้เพราะเป็นภาระที่หนัก และทำให้มีผลกระทบต่อนิสัย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ทำให้เกิดสุขภาพทรุดโทรม เกิดความเจ็บป่วยขึ้น อ่อนล้าและเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตลดลง¹⁰ อย่างไรก็ตามการที่ผู้ดูแลจะสามารถปรับตัวในบทบาทผู้ดูแลได้ต้องเข้าใจบทบาท มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล ได้รับการเรียนรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยและฝึกฝนอย่างชำนาญจะทำให้จัดการปัญหาที่ต้องเผชิญได้เหมาะสม จากการศึกษาพบว่าแนวคิดการจัดการของครอบครัวเป็นรูปแบบที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถปรับบทบาทหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในระยะแรกตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

แนวคิดการจัดการครอบครัว (Individual and family management model [IFM]) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดทางปัญญาสังคม ซึ่งเชื่อว่าสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อระบบการดูแลในครอบครัว การเรียนรู้ที่มีการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ จะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง¹¹ โดยงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวตามแนวคิดของ Ryan & Sawin ซึ่งมีกระบวนการในการจัดการ 3 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการพัฒนาความรู้และการรับรู้ความสามารถของครอบครัว 2) กระบวนการฝึกทักษะการจัดการของครอบครัว และ 3) กระบวนการการสนับสนุนการจัดการของครอบครัวในการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแนวคิดนี้ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่า

การจัดการของครอบครัวทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น¹² มีการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาได้ ความเครียดในการดูแลลดลง มีความรู้สึกที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัย ผู้วิจัยพบว่างานวิจัยที่นำแนวคิดการจัดการของครอบครัวมาเป็นแนวทางในการฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้นยังพบน้อยทั้งในประเทศและต่างประเทศ จึงทำให้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการของครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะและนำไปปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและลดอุบัติเหตุการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยๆ และช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ต่อไป

คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัวส่งผลให้ทักษะการดูแลของผู้ดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแล คือ ทักษะด้านการทำกิจวัตรประจำวัน และทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแล คือ ทักษะด้านการทำกิจวัตรประจำวัน และทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกาย ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลด้านการ
ทำกิจวัตรประจำวัน และทักษะด้านการเคลื่อนไหวร่างกายของ
กลุ่มทดลองสูงในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

2. คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนไหว
ร่างกายของผู้ดูแล คือทักษะการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน และ
ทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ในกลุ่มทดลองสูงกว่า
กลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบกัน ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และ
สัปดาห์ที่ 8

กระบวนการที่ 1 การพัฒนาความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองระยะแรก (Health education and beliefs: self efficacy)

- การสร้างสัมพันธภาพ
- การให้ความรู้เรื่องโรคและการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรก
- วิถีทัศน์ตัวแบบการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรก

กระบวนการที่ 2 การฝึกทักษะการจัดการของครอบครัวในการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
(Specific family-management mobility skill training)

ขั้นตอนที่ 1 ทักษะการกำหนดเป้าหมายการดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย

ขั้นตอนที่ 2 ทักษะการติดตามตนเองและการบันทึก สะท้อนปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย กลวิธีการบันทึกอาการ
เปลี่ยนแปลงและการดูแลในแต่ละวัน การสังเกตปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 ทักษะการตัดสินใจ การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนและเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนและการลงมือปฏิบัติ การฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายกับตัวแบบและการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวร่างกาย
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล

1) Mobility in bed (Range of motion, Passive/Active movement, sitting in bed)

2) Activity daily living และ 3) Early ambulation and walking

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล การฝึกทักษะการประเมินผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย

ขั้นตอนที่ 6 การสะท้อนคิด ฝึกทักษะการสะท้อนคิดในการฟื้นฟูสภาพสามารถประเมินได้ว่าถูกต้องหรือไม่

กระบวนการที่ 3 การสนับสนุนการจัดการของครอบครัว (Family-management support)

- การให้คำปรึกษาและกำลังใจแก่ผู้ดูแลในระยะแรก การกระตุ้นให้ปฏิบัติต่อเนื่องและการบันทึกข้อมูล

ผลลัพธ์ต่อผู้ดูแล :

1. ทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ดูแล
 - 1.1 ทักษะการดูแลด้านการทำกิจวัตรประจำวัน
 - 1.2 ทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย โปรแกรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัวต่อการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดแบบอนุกรมเวลา (Time series analysis) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล อายุ 18 ปีขึ้นไป คัด

เลือกแบบเฉพาะเจาะจง 72 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน กลุ่มทดลองคือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล และกลุ่มควบคุมคือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและดำเนินการที่ละกลุ่ม คือดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวน 36 คน และดำเนินการกับกลุ่มทดลองในลำดับต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) โปรแกรมการจัดการของครอบครัวในการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Early Mobility-Family Management Program)

2) คู่มือความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Knowledge, Immobility Complications and Early Mobility Recovery for Stroke Patients)

3) วิดีทัศน์ตัวแบบเพื่อส่งเสริมทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกสำหรับผู้ดูแล (Stroke and Early Mobility Skills for Caregivers)

4) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (Caregiver Characteristics Data)

5) แบบประเมินทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Early Mobility Caring Skill of Caregivers for Stroke Patients)

ส่วนที่ 1 แบบประเมินทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน มีข้อคำถาม 23 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ ค่าคะแนน 1-4 รวมคะแนนทั้งหมด 92 คะแนน ตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีแอลฟาครอนบาคได้ 0.89

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกาย มีคำถามทั้งหมด 23 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับค่าคะแนน 1-4 คะแนนรวม 92 คะแนน ตรวจสอบความเที่ยง โดยวิธีแอลฟาครอนบาคได้ 0.88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รหัสหนังสือรับรอง COA NO. 245/2560 ชุดที่ 3 ลงวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2560 และดำเนินการวิจัยตามการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

ผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน สัปดาห์ที่ 1 อยู่ในระดับชำนาญ และมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 4 และเพิ่มขึ้นในระดับลึกซึ่งในสัปดาห์ที่ 8 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าสัปดาห์ที่ 1 อยู่ในระดับคล่องแคล่ว และเพิ่มขึ้นเป็นระดับชำนาญในสัปดาห์ที่ 8 และผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายสัปดาห์ที่ 1 อยู่ในระดับชำนาญ และมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 4 และเพิ่มขึ้นในระดับลึกซึ่งในสัปดาห์ที่ 8 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าสัปดาห์ที่ 1 อยู่ในระดับคล่องแคล่ว เพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 4 และเพิ่มขึ้นระดับชำนาญในสัปดาห์ที่ 8

ตารางที่ 1

คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ดูแลสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 72)

ตัวแปร	ระยะเวลา	ค่าที่เป็นไปได้	กลุ่มทดลอง (n = 36)		กลุ่มควบคุม (n = 36)		
			M (SD)	แปลผล	M (SD)	แปลผล	
ทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ดูแล							
ทักษะการดูแล	1	23-92	52.67 (4.25)	ชำนาญ	35.78 (2.55)	คล่องแคล่ว	
กิจวัตร	4	23-92	65.33 (10.30)	ชำนาญ	44.92 (6.57)	คล่องแคล่ว	
ประจำวัน	8	23-92	80.83 (2.01)	ลึกซึ้ง	50.00 (6.01)	ชำนาญ	
ทักษะการดูแล	1	23-92	53.06 (2.78)	ชำนาญ	34.33 (5.63)	คล่องแคล่ว	
การเคลื่อนไหว	4	23-92	67.36 (10.56)	ชำนาญ	43.72 (7.77)	คล่องแคล่ว	
ร่างกาย	8	23-92	81.72 (2.12)	ลึกซึ้ง	48.42 (6.29)	ชำนาญ	

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลทั้งสองด้านเพิ่มขึ้นและแตกต่างกันระหว่างสัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$) ทุกคู่ ส่วนคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ย

เพิ่มขึ้น และเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ยกเว้นคะแนนทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกายสัปดาห์ที่ 4 กับ สัปดาห์ที่ 8 ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p<.05$

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน			เปรียบเทียบระหว่างสัปดาห์		
	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8	1*4 สัปดาห์	1*8 สัปดาห์	4*8 สัปดาห์
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	Mean Diff. (p - value)	Mean Diff. (p - value)	Mean Diff. (p - value)
ทักษะการดูแลด้านการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแล						
กลุ่มทดลอง	52.67 (4.25)	65.33 (10.30)	80.83 (2.01)	-12.68 (.000)	-28.17 (.000)	-15.50 (.000)
กลุ่มควบคุม	35.78 (2.55)	44.92 (6.57)	50.00 (6.01)	-9.14 (.000)	-14.22 (.000)	-5.08 (.000)
ทักษะการดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ดูแล						
กลุ่มทดลอง	53.06 (2.78)	67.36 (10.56)	81.72 (2.12)	-4.50 (.000)	-5.69 (.000)	-1.19 (.000)
กลุ่มควบคุม	34.33 (5.63)	43.72 (7.77)	48.42 (6.29)	-9.39 (.000)	-14.08 (.000)	-4.69 (.012)

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 อย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 อย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 36) และกลุ่มควบคุม (n = 36) ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

Source of variation		Sum of Squares	df	Mean Square	F	P value
ทักษะการดูแล กิจวัตรประจำวัน	ความแปรปรวนร่วม	651531.3	1	651531.3	15327.3	.000
	ระหว่างกลุ่ม	27857.4	1	27857.4	655.3	.000
	ความคลาดเคลื่อน	2975.5	70	42.5		
ทักษะการดูแลการ เคลื่อนไหวร่างกาย	ความแปรปรวนร่วม	647911.5	1	647911.5	13136.8	.000
	ระหว่างกลุ่ม	34352.7	1	34352.7	696.5	.000
	ความคลาดเคลื่อน	3452.4	70	49.3		

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละสัปดาห์ ด้วยวิธี Bonferroni test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 1 ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 1 ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ดูแล ทั้ง 2 ด้านคือ ทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันและทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ดูแล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 36) และกลุ่มควบคุม (n = 36) สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Bonferroni	P value
	(n = 36)	(n = 36)		
	Mean (SD)	Mean (SD)	test	
สัปดาห์ที่ 1				
1. ทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน	52.67 (4.25)	35.78 (2.55)	.002	.964
2. ทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกาย	53.06 (2.78)	34.33 (5.63)	2.52	.117
สัปดาห์ที่ 4				
1. ทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน	65.33 (10.30)	44.92 (6.57)	20.86	.000
2. ทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกาย	67.36 (10.56)	43.72 (7.77)	21.61	.000
สัปดาห์ที่ 8				
1. ทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน	80.83 (2.01)	50.00 (6.01)	17.46	.000
2. ทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกาย	81.72 (2.12)	48.42 (6.29)	13.02	.001

การอภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับในระยะสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 การเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายอาจเนื่องมาจากผลของการจัดโปรแกรมการจัดการของครอบครัว ซึ่งมีกระบวนการทำตั้งแต่การพัฒนาความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยโปรแกรมจะช่วยให้ผู้ดูแลและความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผลของโรคและสาเหตุของพยาธิสภาพภายหลังการเจ็บป่วย ซึ่งความรู้เหล่านี้จะเป็นความรู้พื้นฐานที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดกระบวนการคิดการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมั่นใจ รวมทั้งสามารถคิด วิเคราะห์ปัญหาและหาทางจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเองต่อไป นอกจากนี้การเน้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติทักษะในด้านฟื้นฟูการเคลื่อนไหวร่างกายให้ผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะแรกของการเจ็บป่วย จะทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความกลัว สามารถปฏิบัติได้ด้วย ความมั่นใจ และเมื่อได้ทราบและเข้าใจเรื่องภาวะแทรกซ้อนของการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย หรือความแตกต่างของผลลัพธ์เมื่อปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายให้ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจ คาดหวังผลที่ดีที่จะเกิดกับผู้ป่วย และปฏิบัติการดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกายหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระทำ

ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับในระยะสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 การที่ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้นเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการของครอบครัวในการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกทำให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ตั้งแต่สัปดาห์แรกในระยะที่นอนรักษาในโรงพยาบาล เมื่อได้รับการดูแลโดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหวร่างกายจากผู้ดูแลและมีกระบวนการติดตามให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามโปรแกรมที่กำหนด มีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวร่างกายให้ผู้ป่วยสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และต่อเนื่องไปจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกส่งผลให้มีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง

ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบกับในระยะสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากผลของการจัดกระทำตามโปรแกรมการจัดการของครอบครัว ซึ่งมีกระบวนการทำตั้งแต่การพัฒนาความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยโปรแกรมจะช่วยให้ผู้ดูแลและความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผลของโรคและสาเหตุของพยาธิสภาพภายหลังการเจ็บป่วย ซึ่งความรู้เหล่านี้จะเป็นความรู้พื้นฐานที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดกระบวนการคิดการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมั่นใจ รวมทั้งสามารถคิด วิเคราะห์ปัญหาและหาทางจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเองต่อไป นอกจากนี้การเน้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติทักษะในด้านการช่วยเหลือการเคลื่อนไหวร่างกายให้ผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะแรกของการเจ็บป่วย จะทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความกลัว ไม่กล้าในการปฏิบัติ และเมื่อได้ทราบและเข้าใจเรื่องภาวะแทรกซ้อนของการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย หรือความแตกต่างของผลลัพธ์เมื่อปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายให้ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจ คาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ดีที่จะเกิดกับผู้ป่วยและปฏิบัติการดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกายหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระทำ

ภายหลังการทดลองมี คะแนนเฉลี่ยการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบกับในระยะสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 การที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเคลื่อนไหวร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการของครอบครัวในการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกทำให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ตั้งแต่สัปดาห์แรกในระยะที่นอนรักษาในโรงพยาบาล เมื่อได้รับการดูแลโดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหวร่างกายจากผู้ดูแลและมีกระบวนการติดตามให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามโปรแกรมที่กำหนด มีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวร่างกายให้ผู้ป่วยสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และต่อเนื่องไปจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกส่งผลให้มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัวครั้งนี้ มีการประเมินความพร้อมของผู้ดูแลและความพร้อมของผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดการจัดการของครอบครัวโดยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การฝึกทักษะเฉพาะ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลด้วยการให้ดูวิดีโอของผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลระหว่างผู้ดูแลและพยาบาล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและมีทักษะในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลดีที่ต่อเนื่องผู้ป่วยในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการวางแผนในการเริ่มโปรแกรมภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและอาการคงที่ จึงทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน การให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลนั้นควรให้ในสถานที่ เวลาที่เหมาะสม ที่สำคัญควรให้ข้อมูลก็ต่อเมื่อผู้ดูแลพร้อมหรือต้องการ

จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า การนำแนวคิดการจัดการของครอบครัวมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระยะแรกภายหลังการเจ็บป่วยน่าจะมีประโยชน์ ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้และเกิดกำลังใจ คาดการณ์ผลลัพธ์ที่ดีซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการนำแนวคิดการจัดการของครอบครัวมาใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆเพิ่มเติมเพื่อเป็นแนวทางอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพที่เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่ามีวิธีการจัดการตนเองอย่างไรในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมบุคคลเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลและป้องกันภาวะเครียด

References

1. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality ; 2012
2. Central and Disease Control. CDC Health Information for International Travel. Oxford University Press; 2016
3. World Stroke Organization. Annual report. World Stroke Organization.Retrieved ; 2016
4. Ministry of Public Health Office of Policy and Strategy. New incidence stroke; 2018
5. Neurology. Nursing care for patients with strokes; 2009
6. Kwok T, Lo, R. S, Wong E, Wai-Kwong T, Mok V, & Kai-Sing W. Quality of life of stroke survivors: a 1-year follow-up study. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2006 ; 87(9), 1177-1182.
7. Saposnik G, Mamdani M, Bayley M, Thorpe K. E, Hall J, Cohen L. G, & Teasell R. Effectiveness of Virtual Reality Exercises in Stroke Rehabilitation (EVREST): ationale, design, and protocol of a pilot randomized clinical trial assessing the Wigaming system. International Journal of Stroke 2010; 5(1), 47-51.
8. Tiegies Z, Mead G, Allerhand M, Duncan F, Wijck F, Fitzsimons C., & Chastin S. Sedentary behavior in the first year after stroke: alongitudenal cohort study with objective measures. Archives of Physica Medicine and Rehabilitation 2015; 96(1),15-23.
9. Askim T, Bernhardt J, Salvesen, & Indredavik B. Physical activity early after stroke and its association to functional outcome 3 months later. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases 2014; 23(5), e305-e312.

10. Chainarong I, Pinyopasakul W, Kusuma S Na-Ayuthya, Koositamongkol S. The relationships among attitude toward exercise, subjective norms, perceived behavioral control and walking exercise intention in post stroke patients after hospital discharge. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 2017;18(2): 178-85.(in Thai).
11. Ryan P, & Sawin K. J. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook* 2009; 57(4), 217-225.
12. Mores G, Whiteman R, Knobl P, Ploeg J, Cahn M, Klaponski L, & Lindle A. Pilot evaluation of the family informal caregiver stroke self-management program. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing* 2012; 35(2), 18-26.