

# ผลของโปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว

## Effect of the Patient and Family Centered Care Program on Family Caregivers' Confidence in Caring for Stroke Patients

มณฑนา สาขันธ์โคตร\* จินดารัตน์ ชัยอาจ จันทร์ฉาย โยธาใหญ่

Mounthana Sakuncote\* Jindarat Chaiard Chanchai Yothayai

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200

Faculty of Nursing Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand, 50200

### บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องให้การดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัวโดยใช้โปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของสถาบันการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 46 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และ แบบประเมินความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัว มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมนเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติไคสแควร์ และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความมั่นใจในการดูแลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติทั้งในระยะก่อนจำหน่ายและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) คะแนนความมั่นใจในการดูแลในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าในระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแล และคะแนนความมั่นใจในการดูแลในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 ไม่แตกต่างกับระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ มีการประเมินความมั่นใจสิ้นสุดที่สัปดาห์ที่สี่ ดังนั้นควรมีการติดตามต่อเนื่องหลังสัปดาห์ที่สี่ เพื่อประเมินคะแนนความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัวในระยะยาว

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง, ความมั่นใจในการดูแล, ผู้ดูแลในครอบครัว, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### Abstract

Stroke is an acute condition of the neurological system. This illness affects caregivers by decreasing their confidence in the patient's condition. Therefore, providing care centered on the patient's family is necessary. The aims of this study were to compare the confidence scores of caregivers using patient- and family-centered care developed by the Institute for Patient- and Family-Centered Care combined with Bandura's self-efficacy theory. A two-group post-test design was used for this quasi-experimental research.

Corresponding Author \* E-mail: mounthanas@gmail.com

วันที่ได้รับ(received) 14 ธ.ค. 2566 วันที่แก้ไขสำเร็จ(revised) 22 ก.พ. 2567 วันที่ตอบรับ(accepted) 2 มี.ค. 2567

The 46 participants were purposively selected. The instruments included the Patient- and Family-Centered Care Program and the Family Caregiver Confidence Scale. The Family Caregiver Confidence Scale demonstrated a content validity index (CVI) of 0.80 and Cronbach's alpha of 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and t-test.

The results of this study revealed that: The family caregiver confidence scores in the experimental group who received the program were statistically significantly higher than those in the control group who received standard care predischage and at the 4-week follow-up period ( $p < .05$ ). The family caregiver confidence scores at the 4-week follow-up period were statistically significantly higher than those predischage in the experimental group who received the program. The family caregiver confidence scores at the 4-week follow-up period did not differ from those predischage in the experimental group who received the program ( $p < .05$ ). This study's recommendations were assessed with confidence at the end of the fourth week. Therefore, follow-up should be continued after the fourth week. To assess the confidence scores of long-term family caregivers.

**Keywords:** Patient and Family Centered Care Program, Confidence in Caring, Family Caregiver, Stroke Patients,

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดหนึ่ง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความผิดปกติต่อระบบประสาทอย่างกะทันหัน<sup>1</sup> จากรายงานการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2561 พบจำนวนและอัตราการป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2561 เท่ากับ 84,375 และ 92,578 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 820.75 และ 863.16 ต่อประชากรแสนคน<sup>2</sup> โรคหลอดเลือดสมองแตก มีสาเหตุหลักจากการฉีกขาดของหลอดเลือด<sup>3</sup> การรักษาหลักคือการผ่าตัด<sup>4</sup> ภายหลังผ่าตัดอาจพบภาวะแทรกซ้อน<sup>5</sup> เมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและตกอยู่ในภาวะพึ่งพาที่ ต้องมีผู้ดูแล<sup>6</sup> ดังนั้นผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือผู้ดูแลในครอบครัว<sup>7</sup> ซึ่งจะต้องดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมักขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน<sup>8</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี การสร้างโปรแกรมลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ<sup>9</sup> แต่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

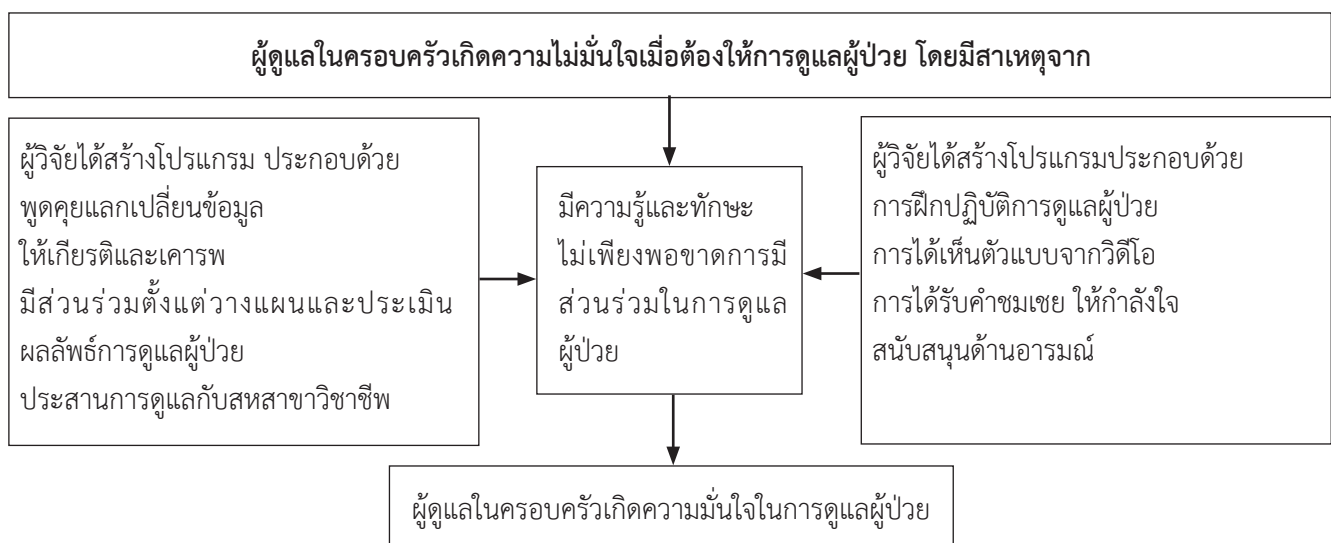
แตกหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมักกว่า ผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ซับซ้อน ยิ่งขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยนั้น ยังไม่พบมีการศึกษาโปรแกรมที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา มีการสร้างโปรแกรมเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ อาทิ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุระยะ ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต<sup>10</sup> ผู้ป่วยเด็กก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต<sup>11</sup> พบว่าการที่จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลนั้น จะต้องมีการส่งเสริมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ให้ความรู้ ฝึกทักษะ และการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการรับรู้ความสามารถ จากเหตุผลดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจสร้างโปรแกรมเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว โดยนำเอาแนวคิดการดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง<sup>12</sup> ร่วมกับร่วมกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา<sup>13</sup> มาใช้เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหลังผ่าตัด โดยมีกลไกที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจประกอบด้วย การให้เกียรติและเคารพส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความไว้วางใจ การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลตลอดกระบวนการดูแล การสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการรับรู้ในความสามารถของตน การกระตุ้นอารมณ์ทางบวก การกล่าวคำชมเชยทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวพิจารณาความสามารถของตน มีความ

สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ และการประสานความร่วมมือ  
ส่งต่อการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจ  
เมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการดูแล  
ของผู้ดูแลในครอบครัว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่  
ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล ทั้งในระยะ  
ก่อนจำหน่ายและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการดูแล  
ของผู้ดูแลในครอบครัว ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับ  
การดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาลทั้งในระยะก่อน  
จำหน่ายและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการดูแลที่ยึด  
ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของสถาบันการดูแลที่ยึด  
ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง<sup>12</sup> ร่วมกับวิธีการส่งเสริม  
ความมั่นใจของแบนดูรา<sup>13</sup> นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้าง  
โปรแกรม ซึ่งผลของโปรแกรมส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัว  
เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวได้  
เรียนรู้การวางแผนดูแลผู้ป่วย ร่วมกันแก้ปัญหา แลกเปลี่ยน  
ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่าย ได้รับการ  
ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจนเกิดความชำนาญและรับรู้  
ถึงความสามารถของตน ซึ่งก่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแล  
ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

### สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลใน  
ครอบครัวของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแล  
ตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล ทั้งในระยะก่อนจำหน่าย  
ผู้ป่วยและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4
2. คะแนนความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลใน  
ครอบครัวในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าในระยะ  
ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และมีคะแนน  
ไม่แตกต่างกันในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของ  
โรงพยาบาล

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม  
วัดหลังการทดลองและวัดระยะติดตามผล

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรที่ศึกษา** คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล  
หลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ให้  
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่เข้ารับการรักษ  
โดยการผ่าตัด มีอายุ 18-60 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย  
ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย โดยไม่รับค่าตอบแทนใด ๆ พุด  
อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมให้ความร่วมมือในการ

เข้าร่วมการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน  
ทั้งหมด 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ  
เท่ากันจำนวน 23 ราย

**เกณฑ์การเข้าร่วมการวิจัย** ได้แก่ ผู้ดูแลใน  
ครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตามที่  
กำหนดทุกครั้ง ผู้ดูแลในครอบครัวปฏิเสธขอถอนตัวออกจาก  
งานวิจัย เปลี่ยนผู้ดูแลในครอบครัวในระหว่างเข้าร่วมงานวิจัย  
ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยมีความ  
จำเป็นต้องย้ายโรงพยาบาลในขณะที่เข้าร่วมงานวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการ  
ดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น  
จากแนวคิดการดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง<sup>12</sup>  
ซึ่งประกอบด้วย 1) การเคารพผู้ดูแลในครอบครัว 2) การ  
สนับสนุนข้อมูล 3) การให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม  
และ 4) การประสานความร่วมมือในการดูแล ร่วมกับวิธีการ  
ส่งเสริมความมั่นใจ<sup>13</sup> ซึ่งประกอบด้วย 1) การสนับสนุนให้ผู้ดูแล  
ในครอบครัวได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ 2) การ  
เห็นตัวแบบจากผู้ดูแลในครอบครัว 3) การกล่าวคำชมเชย  
และ 4) การสนับสนุนให้กำลังใจ โดยดำเนินการใน 8 ครั้ง ตั้งแต่  
แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และติดตามต่อที่บ้าน  
หลังจำหน่ายผู้ป่วย 4 สัปดาห์ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรค  
หลอดเลือดสมองแตกหลังผ่าตัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่  
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 11 ข้อ  
และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจำนวน 5 ข้อ แบบ  
ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน แบบ  
ประเมินการพึ่งพาดัชนีบาร์เธลเอดีเอล (Barthel ADL Index)  
ดัดแปลงโดย สถาบันประสาท (2550) แบบประเมินความมั่นใจ  
ของผู้ดูแลในครอบครัว ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวน  
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถาม  
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับแบบลิเกตสเกล (Likert  
type scale) การแปลผลคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลใน  
ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมาก

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมองแตกหลังผ่าตัด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 6 ท่าน และผู้วิจัยนำ  
โปรแกรมไปดำเนินการศึกษานำร่อง ก่อนนำไปใช้จริง สำหรับ  
แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว  
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน  
คำนวณหาตรงตามเนื้อหาได้ค่า Content  
validity index (CVI) เท่ากับ 0.8 และค่าความเชื่อมั่นของ  
เครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's  
alpha) เท่ากับ .88

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองเชิงจริยธรรมการวิจัย  
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 057/2565 วันที่ 27 มิถุนายน  
2565 และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาล  
ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เลขที่ IRB No.30/65  
วันที่ 27 เมษายน 2565 การเข้าร่วมการศึกษานี้ของกลุ่ม  
ตัวอย่างเป็นไปโดยความสมัครใจ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัย  
ถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอเป็นแบบภาพรวม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง  
ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด  
โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา สิ้นสุดการรักษา  
ในหอผู้ป่วย จนกระทั่งติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก  
โรงพยาบาล 4 สัปดาห์ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง  
ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางในการ  
ดำเนินวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วม  
ในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงเลือกเป็น  
กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ดำเนินการรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุม  
ก่อน 23 ราย หลังจากนั้นจึงรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน  
23 ราย เพื่อลดการปนเปื้อน โดยมีรายละเอียดดังนี้

### กลุ่มควบคุม

**ครั้งที่ 1** ระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก สร้างสัมพันธภาพ  
ขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย ทำการรวบรวมข้อมูลทั่วไปของ  
ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ประเมินความรุนแรงของโรค  
หลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

**ครั้งที่ 2** ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล  
1 วัน ทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแบบประเมินการพึ่งพา

และประเมินความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวตามแบบบันทึก

**ครั้งที่ 3** ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ ติดตามเยี่ยมโดยใช้วิธีโทรศัพท์มือถือประเมินความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัว ให้คำปรึกษาเพิ่มเติม สอบถามที่อยู่เพื่อจัดส่งคู่มือการดูแลผู้ป่วย และลิงก์วิดีโอ กล่าวขอบคุณ แจ้งสิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัย

### กลุ่มทดลอง

**ครั้งที่ 1** ระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกในหอผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพ ค้นหาผู้ดูแลหลัก ขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มอบคู่มือและทำการนัดหมายครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 2** ระยะ 48-72 ชั่วโมงในหอผู้ป่วย ชักถามการรับรู้เกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วย ประสานพยาบาลและแพทย์ ให้ข้อมูลผู้ป่วย เสนอกิจกรรมที่ต้องให้การดูแลเบื้องต้น สาธิตการดูแล ให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ดูวิดีโอและทำการนัดหมายครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 3,4,5** ผู้ป่วยมีแผนฟื้นฟูสภาพ ประเมินการรับรู้สถานะผู้ป่วย บอกเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพ เสนอกิจกรรมการดูแล พุดคุยแบ่งปันข้อมูล สาธิตกิจกรรมการดูแล ติดต่อประสานสหสาขาวิชาชีพ ให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ดูวิดีโอและทำการนัดหมายครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 6** ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 วัน รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแบบประเมินการพึ่งพาและประเมินความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว

**ครั้งที่ 7** ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ติดตามเยี่ยมโดยใช้วิธีโทรศัพท์มือถือสอบถามการนำความรู้ไปใช้ ปัญหา อุปสรรค สิ่งที่ต้องการให้ช่วยเหลือ และทำการนัดหมายครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 8** ภายในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ติดตามเยี่ยมโดยใช้วิธีโทรศัพท์มือถือ รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแบบประเมินความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว กล่าวขอบคุณในความร่วมมือ และแจ้งสิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในครอบครัวโดยใช้สถิติบรรยาย เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ส่วนข้อมูลที่เป็นค่าเฉลี่ยใช้สถิติที (t-test)

2. เปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัวในระยะก่อนจำหน่ายและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลพบว่าการแจกแจงเป็นโค้งปกติจึงใช้สถิติ independent-t-test, paired t-test

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 23 ราย โดยส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองร้อยละ 78.30 และร้อยละ 95.70 เป็นเพศหญิง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 73.90 และร้อยละ 56.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 30.40 และร้อยละ 26.10 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็นสามีหรือภรรยาร้อยละ 34.80 และร้อยละ 52.2 ทั้งสองกลุ่มไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 69.60 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 87.00 และร้อยละ 78.30 โดยมีผู้ช่วยเหลือเป็นบุตรคิดเป็นร้อยละ 30.40 และร้อยละ 34.80 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 73.90 และร้อยละ 60.90 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา ระดับการศึกษา และผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน

#### 2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว



**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในระยะก่อนจำหน่ายและระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 (n = 46)

| กลุ่มตัวอย่าง            | กลุ่มควบคุม (n = 23) |       | กลุ่มทดลอง (n = 23) |      | t      | p-value |
|--------------------------|----------------------|-------|---------------------|------|--------|---------|
|                          | $\bar{X}$            | S.D.  | $\bar{X}$           | S.D. |        |         |
| ก่อนจำหน่าย              | 97.26                | 10.54 | 111.91              | 7.91 | -5.330 | .000*   |
| ติดตามผล<br>สัปดาห์ที่ 4 | 100.61               | 12.50 | 116.61              | 6.23 | -5.653 | .000*   |

\* p < .05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในระยะก่อนจำหน่ายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจ 111.91 คะแนน (S.D. = 7.91) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจ 97.26 คะแนน (S.D. = 10.54) ในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจ 116.61 คะแนน (S.D. = 6.23) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจ 100.61 คะแนน (S.D. = 12.05) ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของกลุ่มที่ได้รับการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล ทั้งในระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาลในระยะก่อนจำหน่ายและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 (n = 46)

| กลุ่มตัวอย่าง | ก่อนจำหน่าย<br>(n = 23) |       | ติดตามผลสัปดาห์ที่ 4<br>(n = 23) |       | t      | p-value |
|---------------|-------------------------|-------|----------------------------------|-------|--------|---------|
|               | $\bar{X}$               | S.D.  | $\bar{X}$                        | S.D.  |        |         |
|               |                         |       |                                  |       |        |         |
| กลุ่มทดลอง    | 111.91                  | 7.91  | 116.60                           | 6.23  | -6.258 | .000*   |
| กลุ่มควบคุม   | 97.26                   | 10.54 | 100.60                           | 12.05 | -1.828 | .081    |

\* p < .05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในกลุ่มควบคุมในระยะก่อนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ย 97.26 คะแนน (S.D. = 10.54) และในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ย 100.60 คะแนน (S.D. = 12.05) ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มควบคุมในระยะก่อนจำหน่ายและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนความมั่นใจในการดูแลไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในกลุ่มทดลองในระยะก่อนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ย 111.91 คะแนน (S.D. = 7.91) และหลังจากที่ได้รับการโปรแกรมในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ย 116.60 คะแนน (S.D. = 6.23) ผลการวิจัย

พบว่าในกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนความมั่นใจสูงกว่าในระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) (ตารางที่ 2)

### การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้พบว่าคะแนนความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัว ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะก่อนจำหน่ายและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมฯ มีคะแนนความมั่นใจในระยะติดตามผล

สัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าในระยะก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มควบคุมมีคะแนนความมั่นใจไม่แตกต่างกันทั้งในระยะก่อนจำหน่ายและระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต<sup>14</sup> และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเด็กก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต<sup>15</sup> พบว่าการที่จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยนั้น จะต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ให้ความรู้ ฝึกทักษะ และเกิดการรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งวิธีดังกล่าวสอดคล้องกับการปฏิบัติตามโปรแกรมประกอบด้วย การให้เกียรติและเคารพ ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการแก้ปัญหาที่ตรงกับความต้องการ การให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่วางแผนและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้เกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวแต่ละราย สอดคล้องกับการศึกษาผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ พบว่าการประเมินความพร้อม การให้ความรู้ การสนับสนุนการมีส่วนร่วม การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว<sup>14</sup>

จากผลการศึกษาครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัว ภายหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองพบว่า มีคะแนนความมั่นใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ารูปแบบของการดูแลตามมาตรฐานปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจำนวนน้อยครั้ง ซึ่งอาจเกิดความสงสัยหรือยังมีข้อซักถามอยู่อีกทั้งการให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยมุ่งเน้นการให้ข้อมูลมากกว่าการแลกเปลี่ยน อาจส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถนำสิ่งที่พยาบาลแนะนำไปปฏิบัติได้จริงเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวจะแสดงอาการตกใจหรือแปลกใจเมื่อทีมสุขภาพแจ้งให้เตรียมรับผู้ป่วยกลับบ้าน ขาดความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับ และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านขาดการเชื่อมโยงข้อมูล จึงส่งผลให้คะแนนความมั่นใจของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติมีคะแนนความมั่นใจต่ำกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ

ผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความมั่นใจในความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมนั้น อธิบายได้ว่าโปรแกรมฯ ได้มีการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งเป็นไปตามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว สอบถามข้อจำกัดการปฏิบัติการดูแลที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถนำไปปฏิบัติได้ ร่วมวางแผนและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำสาธิตและให้ผู้ดูแลในครอบครัวปฏิบัติซ้ำ จนกระทั่งผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อจำหน่ายกลับบ้านผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามช่วยเหลือแก้ปัญหาและให้กำลังใจเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง และมีการแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ศึกษาเพิ่มเติม จึงส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย และได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในด้านการศึกษาปฏิบัติพยาบาล ดังนี้

1. นำเสนอโปรแกรมการดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อฝ่ายการพยาบาลในการกำหนดให้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ศัลยกรรมระบบประสาท
2. พยาบาลที่จะใช้โปรแกรมการดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ควรศึกษาเข้าใจถึงหลักการของแนวคิด เพื่อให้สามารถนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิผล

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีการประเมินความมั่นใจสิ้นสุดที่สัปดาห์ที่สี่ ดังนั้นควรมีการติดตามต่อเนื่องหลังสัปดาห์ที่สี่ เพื่อประเมินคะแนนความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัวในระยะยาว
2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นควรมี

การศึกษาซ้ำเพื่อทดสอบความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัว  
กลุ่มที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล

3. ควรมีการศึกษาซ้ำประเมินความมั่นใจในระยะ  
ก่อนจำหน่าย ระยะสัปดาห์ที่สองหลังจำหน่าย และระยะสัปดาห์  
ที่สี่หลังจำหน่าย เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในแต่ละ  
ระยะ

## References

1. World Health Organization. Cerebrovascular accident. Geneva; 2019.
2. Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D.2018. Strategy and Planning Division. Nonthaburi; 2018. (in Thai)
3. Binthaisong T. Arrival time in patients with acute stroke. Journal of The Police Nurse. 2017; 6(2): 276-82. (in Thai)
4. Prasat Neurological Institute. Caring for patients with hemorrhagic Stroke. Veerasan K, editor. Bangkok publishing: Prasat Neurological Institute; 2018: 6-29. (In Thai)
5. Nanda A. Complications in Neurosurgery 1<sup>st</sup> Edition. Basel: Elsevier; 2019.
6. Steigleder T, Kollmar R, & Ostgathe C. Palliative care for stroke patients and their families: Barriers for implementation. Front Neurol. 2019;164(10): 1-8.
7. Kable A, Pond D, Baker A, Turner A, & Levi C. Evaluation of discharge documentation after hospitalization for stroke patients discharged home in Australia: A cross-sectional, pilot study. Nursing & health science. 2018; 20: 24-30.
8. Hu P, Yang Q, Kong L, Hu L, & Zeng L. Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. Medicine (Baltimore). 2018;97(40):e12638.
9. Yotsurin P, Chaiard J, & Srirat C. Effect of the Family Centered Care Program on Anxiety Among Caregivers of Stroke Patients. Nursing Journal CMU. 2021; 48(2) :132-45. (in Thai)
10. Sapantong J, Thainiwattananon P, & Chinnawong T. The effects of transition nursing program on role confidence among caregivers of elderly patients during transferred from an intensive care unit. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2018; 26(3) :32-41. (in Thai)
11. Chasri D, Pookboonmee R, & Orathai P. Effect of self-efficacy promotion on caregiver's confidence of participation in child care before discharge from pediatric intensive care unit. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(3): 234-42. (in Thai)
12. Institute for Patient Family Centered Care (IPFCC). Patient-and family-centered care. Virginia, United States: Author; 2015.
13. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2): 191-215.
14. Sapantong J, Thainiwattananon P, & Chinnawong T. The Effects of Transition Nursing Program on Role Confidence Among Caregivers of Elderly Patients During Transferred from an Intensive Care Unit. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2018;26(3): 32-41. (in Thai)
16. Chasri D, Pookboonmee R, & Orathai P. Effect of Self-Efficacy Promotion on Caregiver's Confidence of Participation in Child Care before Discharge from Pediatric Intensive Care Unit. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(3): 234-42. (in Thai)