

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวต่อความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

Effects of the Family Caregiver Capacity Development Program
on the Activities of Daily Living (ADL) and Complication Prevention
in Stroke Patients in the Intermediate Care System, Nong Ruea District,
Khon Kaen Province

วิภาพร ภูสง่า¹ กันนิษฐา มาเห็ม^{*2} ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์³

Wipaporn Poosanga¹ Khannistha Mahem^{*2} Piyathida Kuhirunyaratn³

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย 11000

¹Master's Student, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Nonthaburi, Thailand, 11000

^{*2}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ขอนแก่น ประเทศไทย 40000

^{*2}Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Khon Kaen, Thailand, 40000

³คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40000

³Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand, 40000

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลางมีความซับซ้อนกว่าการดูแลทั่วไป ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง โดยวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 คู่ ดำเนินโปรแกรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ Paired t-test การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการวิจัย G-EC-Fb-17/2568 รับรองวันที่ 4 เมษายน 2568

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการทดลอง ($M = 17.75$, $SD = 3.01$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M = 12.75$, $SD = 3.07$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.42$, และ $p < .001$) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายหลังการทดลอง ($M = 16.73$, $SD = 1.48$) ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($M = 11.61$, $SD = 2.35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.35$, และ $p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายหลังการทดลอง ($M = 6.18$, $SD = 1.40$) ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($M = 10.64$, $SD = 2.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.66$, และ $p < .001$) ดังนั้นโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลสามารถส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยได้และลดความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนบางด้าน เช่น แผลกดทับและการพลัดตกหกล้ม

คำสำคัญ: ผู้ดูแลในครอบครัว, โรคหลอดเลือดสมอง, การดูแลระยะกลาง, กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน, การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

Abstract

Care for patients with stroke in the intermediate care system is more specialized and complex than general patient care. Therefore, family caregivers need to develop their knowledge and caregiving skills to prevent complications, promote patients' activities of daily living, and enhance their quality of life effectively. This study aimed to examine effects of the family caregiver capacity development program on the ADL and complication prevention in stroke patients in the intermediate care system. A one-group quasi-experimental study with a pretest-posttest design was conducted. The participants consisted of family caregivers and stroke patients receiving intermediate care services. A total of 33 caregiver-patient dyads were recruited. The intervention was implemented for 12 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. This study was approved by the Human Research Ethics Committee of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, approval number G-EC-Fb-17/2568, on April 4, 2025.

The results revealed that the mean knowledge score for patient care after the intervention ($M = 17.75$, $SD = 3.01$) was significantly higher than before the intervention ($M = 12.75$, $SD = 3.07$) ($t = 8.42$, and $p < .001$). The mean activities of daily living score after the intervention ($M = 16.73$, $SD = 1.48$) was significantly higher than before the intervention ($M = 11.61$, $SD = 2.35$) ($t = 16.35$, and $p < .001$). In addition, the mean quality-of-life score after the intervention ($M = 6.18$, $SD = 1.40$) was significantly higher than before the intervention ($M = 10.64$, $SD = 2.32$) ($t = 13.66$, and $p < .001$). These findings suggest that the caregiver capacity development program enhanced caregivers' ability to provide care, improved patients' functional outcomes and quality of life, and contributed to a reduction in the risk of certain complications, including pressure ulcers and falls.

Keywords: Family Caregiver; Stroke; Intermediate Care; Activities of Daily Living; Prevention of Complications

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก ชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ ชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาคือ ชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) คิดเป็นร้อยละ 28^{1,2} ประเทศไทยพบอัตราอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองระหว่างปี พ.ศ. 2564–2566 เท่ากับ 330, 332 และ 336 ต่อประชากรแสนคน

ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้าถึงการรักษาในช่วงเวลาสำคัญ (Golden period) และการฟื้นฟูระยะกลางยังมีสัดส่วนน้อย มีเพียงร้อยละ 4³ ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายกลับบ้านอย่างรวดเร็ว ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า พ.ศ. 2565–2567 มีอัตราอุบัติการณ์ 110.38, 132.67 และ 154.94 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁴ กระทรวงสาธารณสุขจึงพัฒนาระบบบริการสุขภาพ “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” และระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) สำหรับผู้ป่วยที่พ้นระยะ

วิกฤติแต่ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต^{5,6}

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่า อัตราอุบัติการณ์ และอัตราป่วยตายจากโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงจำนวนผู้ป่วยในระบบ IMC และการกลับมารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบคิดเป็นร้อยละ 2.93, 3.05 และ 3.67 ตามลำดับ และแผลกดทับคิดเป็นร้อยละ 0.24, 0.29 และ 0.32 ตามลำดับ ขณะที่อัตราการได้รับกายภาพบำบัดมีแนวโน้มลดลง ซึ่งกระทบต่อการดูแลระยะยาว ผู้วิจัยสำรวจครอบครัวผู้ป่วยในอำเภอหนองเรือ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 84 เข้ารับการกายภาพบำบัดเพียงร้อยละ 44 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร และครอบครัวร้อยละ 80 ไม่มีความพร้อมในการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับเป็นซ้ำ

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ผ่านมาของประเทศไทย ยังมีข้อจำกัดในการจัดบริการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการเฉพาะในระดับครอบครัว รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมชี้ชัดว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีความสำคัญต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 7 ยังมีข้อจำกัดในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการดำเนินงานในระดับอำเภอ พบว่ายังขาดรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว⁷ ในระบบการดูแลระยะกลาง และการติดตามประเมินผลถึงบ้านในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องและลดภาระการดูแลในครอบครัว

วัตถุประสงค์

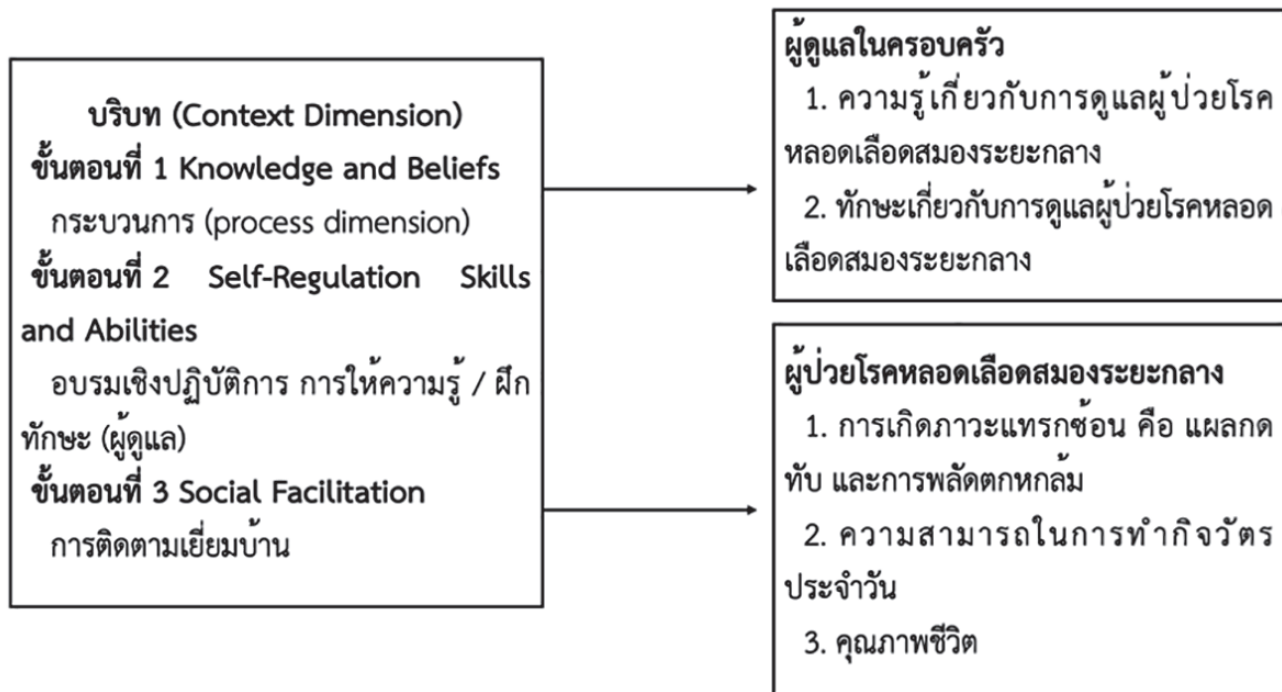
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลางระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม

สมมติฐาน

1. ภายหลังใช้โปรแกรมฯ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง มากกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลางมีคะแนนเฉลี่ยการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง
3. ภายหลังใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self - Management Theory: IFSMT) ของ Ryan & Sawin⁷ มีกิจกรรม 3 ขั้นตอน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว⁷

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ระหว่างวันที่ 28 มิถุนายน ถึงวันที่ 20 กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์ทางคลินิกในระบบการดูแลระยะกลาง คือคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าหรือเท่ากับ 5-15 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน) ที่อาศัยในอำเภอหนองเรือ ในระหว่างเดือนมีนาคม 2568 ถึง มิถุนายน 2568 จำนวน 40 คู่

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง โดยวิธีการรับสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ จากการประชาสัมพันธ์คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power โดยใช้สถิติ two-tailed paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size, d) โดยใช้สูตรของ Cohen จากการศึกษาของศุภลักษณ์ ใจบุญ, ศุภวรรณ ใจบุญ และชนิษฐา วิชาญเจริญ (2567)⁸ เท่ากับ .66 ค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ .05 และอำนาจทดสอบ เท่ากับ .95 ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ 27 คน ทั้งนี้ได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการขาดหายไปจากโครงการวิจัยร้อยละ 20 ดังนั้นการศึกษานี้กำหนดขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 33 คู่เพียงพอต่อการทดสอบความแตกต่างก่อน-หลังตามสมมติฐาน แต่ยังจำกัดการอ้างอิงผลไปยังประชากรอื่น

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 6 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ดูแลจำนวน 16 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุม เนื้อหาด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 20 ข้อสำหรับผู้ดูแล เป็นคำถาม 2 ตัวเลือก “ใช่” และ “ไม่ใช่” แผลผล คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับถูกต้องมากผ่านการประเมินคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .98 มีความเชื่อมั่น (Reliability) จากการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้สูตร Kuder-Richardson Formula-20 (KR 20) เท่ากับ .98

ชุดที่ 3 แบบสังเกตทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางสำหรับผู้ดูแล ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุม 4 ทักษะประกอบด้วย 1) ทักษะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจำนวน 10 ข้อ 2) ทักษะด้านระบบทางเดินอาหาร/โภชนาการจำนวน 7 ข้อ 3) ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยขณะอยู่บ้านจำนวน 10 ข้อ 4) ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพ การทำกายภาพบำบัดจำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 37 ข้อเป็นคำถาม 2 ตัวเลือก “ปฏิบัติถูกต้อง” และ “ปฏิบัติไม่ถูกต้อง” แผลผล คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีทักษะปฏิบัติระดับมาก ผ่านการประเมินคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 มีค่า Reliability จากการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้สูตร KR 20 เท่ากับ 1.00 และทดสอบความน่าเชื่อถือ Inter-rater reliability ได้ค่า Cohen’s Kappa เท่ากับ 0.88 ทั้งนี้ ค่าความเชื่อมั่นที่สูงมากอาจสะท้อนถึงความสอดคล้องเชิงเนื้อหาตามเกณฑ์มาตรฐาน หรือความซ้ำซ้อนของบางข้อคำถาม (Item Redundancy) ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนและคงข้อคำถามไว้ทั้งหมดเพื่อความครอบคลุมของเนื้อหาและไม่มีข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนเกินจำเป็น

ชุดที่ 4 แบบประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถาม 2 ตัวเลือก “มี” และ “ไม่มี” แผลผล คะแนน 5-6 คะแนน หมายถึง เสี่ยงติดเชื้อสูง 2) ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ

ในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถาม 2 ตัวเลือก “มี” และ “ไม่มี” เกณฑ์การให้คะแนน แผลผล คะแนน 5-7 คะแนน หมายถึง เสี่ยงติดเชื้อสูง 3) ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ใช้แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับโดยประยุกต์ใช้แบบประเมินของบราเดน⁹ จำนวน 6 ข้อ แผลผล คะแนน 6-9 คะแนน หมายถึง เสี่ยงเกิดแผลกดทับสูง 4) ภาวะเสี่ยงต่อการการพลัดตกหกล้ม ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม Morse¹⁰ จำนวน 6 ข้อ แผลผล คะแนนมากกว่า 51 คะแนน ขึ้นไปหมายถึง เสี่ยงต่อการหกล้มสูง ผ่านการประเมินคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ .98 มีค่า Reliability จากการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้สูตร KR 20 เท่ากับ .98

ชุดที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)¹¹ เป็นคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะ 24-48 ชั่วโมง มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ 3 ข้อ จาก 0 คะแนน ถึง 2 คะแนน มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ แผลผล คะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะพึ่งพา มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 มีค่า Reliability จากการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้สูตร Cronbach’s alpha coefficient เท่ากับ .98

ชุดที่ 6 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L (The European Quality of Life Measure-5Domain) ผู้วิจัยใช้เฉพาะส่วนที่ 1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ^{12,13} แผลผล คะแนน 5-11 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับสูง มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 มีค่า Reliability จากการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้สูตร Cronbach’s alpha coefficient เท่ากับ .99

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคล และครอบครัว⁷ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 คน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน

พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาเวชปฏิบัติชุมชน 1 คน
ได้ค่า CVI อยู่ระหว่าง 0.98-1 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้
สามารถนำไปใช้ได้

เก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. สรรหาทีมผู้ช่วยผู้วิจัย ประกอบไปด้วย พยาบาล
วิชาชีพที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในระบบการดูแลระยะกลาง ในรพ.สต. อำเภอหนองเรือ รวม
ทั้งหมด 4 คน

2. การเตรียมทีมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดการนัด
หมายทีมผู้ช่วยวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและ
แนวทางการดำเนินงาน รวมทั้งให้ความรู้และฝึกทักษะในการ
ใช้เครื่องมือวิจัยอย่างถูกต้องและเหมาะสม

3. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ทั้งใน
ส่วนผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วย โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือ ชุดที่
1-6 อธิบายวิธีตอบแบบประเมินอย่างละเอียด
ขึ้นดำเนินการทดลอง แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 Knowledge and Beliefs ใช้ระยะ
เวลา 1 วัน โดยผู้ดูแลในครอบครัวสะท้อนสถานการณ์
ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อกระตุ้นการรับรู้ผลกระทบ
จากนั้นใช้กระบวนการสนทนายสนทนาเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยน
ประสบการณ์และปัญหา ผู้วิจัยมีบทบาทเสริมพลังและสร้างแรง
จูงใจ เน้นให้เห็นว่าการดูแลที่มีประสิทธิภาพสามารถเรียนรู้ได้

ขั้นตอนที่ 2 Self-Regulation Skills and Abilities
ผู้วิจัยกับทีมผู้ช่วยวิจัย เป็นวิทยากรการอบรมเชิงปฏิบัติการ
ให้ความรู้ / ฝึกทักษะ (ผู้ดูแล) ตามโปรแกรมฯ ประกอบด้วย
เนื้อหาความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบ
การดูแลระยะกลางจำนวน 3 หน่วยการเรียนรู้ 1) ความรู้
ผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว 2) ความรู้การป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน 3) การฝึกทักษะเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย
4 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
2) ทักษะด้านระบบทางเดินอาหาร/โภชนาการ 3) ทักษะ
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 4) ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพ
การทากายภาพบำบัด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย

ตัวแปร			ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		95% CI	t	p-value	Cohen's d
	M	SD	M	SD	M	SD				
ความรู้	12.75	3.07	17.75	3.01	3.79, 6.20	8.42	<0.001*	1.64		

*p < 0.001

ขั้นตอนที่ 3 Social Facilitation ใช้ระยะเวลา 5 วัน
ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งเพื่อส่งเสริม
ให้กำลังใจและแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย
ทั้ง 33 ครอบครัว เมื่อดำเนินกิจกรรมครบสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัย
เก็บข้อมูลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้เครื่องมือ
ชุดที่ 2-6 ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์
ของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีนครทุ่งพร รพ.สต.โครงการวิจัย G-EC-Fb-17/2568
รับรองวันที่ 4 เมษายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลส่วนบุคคล
ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ 0.05 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)
และสถิติ paired t-test จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น
ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็น
โค้งปกติ (Normal distribution)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแล
ในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.80 อายุต่ำสุด
27 ปีและสูงสุด 57 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี อยู่ในช่วงวัยทำงาน และ
ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 71.80 รายได้ส่วนใหญ่
อยู่ระหว่าง 2,501 – 5,000 ร้อยละ 51.30 ขาดการฝึกอบรม
และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 71.80
กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 78.80 อายุต่ำสุด
48 ปีและสูงสุด 63 ปี อายุเฉลี่ย 58 ปี ประวัติการเจ็บป่วย
ส่วนใหญ่พบโรคร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง
ร้อยละ 42.40

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของผู้ดูแล
ในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแล
ระยะกลาง

จากตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง มีคะแนนความรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะของผู้ดูแลในครอบครัว

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		95% CI	t	p-value	Cohen's d
	M	SD	M	SD				
1. ทักษะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0.78	0.39	0.98	0.28	0.08, 0.32	3.38	<0.001*	0.59
2. ทักษะด้านระบบทางเดินอาหาร/โภชนาการ	0.74	0.17	0.94	0.20	0.13, 0.27	5.82	<0.001*	1.07
3. ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการสังเกตอาการผิดปกติขณะอยู่บ้าน	0.73	0.14	0.96	0.08	0.17, 0.29	7.44	<0.001*	2.03
4. ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพการท่ายากภาพบำบัด	0.81	0.15	0.96	0.09	0.09, 0.21	4.72	<0.001*	1.21

*p<0.001

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ

กลาง มีทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นสัดส่วนคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติทักษะที่ถูกต้อง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		95% CI	t	p-value	Cohen's d
	M	SD	M	SD				
ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	18.00	0.86	23.73	0.62	5.36, 6.10	31.66	<0.001*	7.64
ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	39.55	12.07	18.91	8.52	17.34, 23.94	12.74	<0.001*	1.98

* p<0.001

จากตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง มีคะแนนความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนบางด้านดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเนื่องด้วยในช่วง

ที่ทำการศึกษาดำเนินมาจนถึงเดือนมิถุนายน 2568 ไม่มีผู้ป่วยในระบบการดูแลระยะกลางที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจึงไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการประเมินอยู่ในภาวะเสี่ยงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		95% CI	t	p-value	Cohen's d
	M	SD	M	SD				
ADL								
คุณภาพชีวิต	11.61	2.35	16.73	1.48	4.48, 5.76	16.35	<0.001*	2.60
	10.64	2.32	6.18	1.40	3.79, 5.13	13.66	<0.001*	2.32

* p<0.001

จากตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยอธิบายประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลาง ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐาน ดังนี้

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการเฉพาะบุคคล เนื่องจากผู้ดูแลได้เสนอข้อจำกัดในการดูแลและการแก้ไขปัญหาเชิงบริบทของแต่ละครอบครัว ทำให้สามารถระบุประเด็นสำคัญได้อย่างชัดเจน มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพ เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fadilah และคณะ¹⁴ ที่มีกระบวนการสนับสนุนความรู้แก่ผู้ดูแลอย่างเหมาะสม สามารถเพิ่มสมรรถนะการดูแลและทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งช่วยลดการเกิดภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden) ได้ในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า^{13,15,16} การพัฒนาศักยภาพความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพมีคะแนนที่สูงขึ้น รองลงมาคือทักษะด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยขณะอยู่บ้านและทักษะด้านระบบทางเดินอาหาร/โภชนาการ ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การลดลงของความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและการพลัดตกหกล้มภายหลังการส่งเสริมทักษะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมฯ มีศักยภาพในการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งได้รับการกำกับติดตามแบบมีส่วนร่วม และการฝึกปฏิบัติซ้ำ (Repeated skill practice) ซึ่งช่วยเปลี่ยนความรู้เชิงทฤษฎีให้เกิดเป็นความชำนาญ พฤติกรรมการดูแลที่

ถูกต้อง และเพิ่มความตระหนักรู้ต่อสัญญาณเตือนความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาในการพัฒนาทักษะการดูแลและกระบวนการติดตามอย่างเป็นระบบสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ (Readmission) ได้¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{18,19,20,21,22} พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งครอบครัว ผู้ดูแลยังเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น ลดความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาได้²³

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ตอบสนองความต้องการที่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริง ตามรูปแบบการดำเนินกิจกรรมทั้ง 3 ขั้นตอน ตั้งแต่การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ การให้ความรู้ การฝึกทักษะป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ซ้ำ ๆ นำไปสู่การฟื้นฟูร่างกายและการเคลื่อนไหวร่างกายและช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนการฝึกอบรมผู้ดูแล การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การสนับสนุนสวัสดิการทางสังคมอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า^{24,25} กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้และทักษะดูแลตนเองทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้คำนึงถึงปัจจัยกวนสำคัญจากการฟื้นตัวตามธรรมชาติของระบบประสาท (Spontaneous neurological recovery) ดังนั้นการได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะที่ถูกต้องตั้งแต่แรกถือเป็นปัจจัยส่งเสริมสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อกระบวนการฟื้นตัวตามธรรมชาติ รวมทั้งป้องกันการถดถอยของสมรรถภาพร่างกายที่เหมาะสม^{15,23}

สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงต่อการ

เกิดภาวะแทรกซ้อนบางด้าน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตดีขึ้น จึงสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวและชุมชนได้ต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เพิ่มขึ้นอาจเกิดจากการได้รับโปรแกรม และการฟื้นตัวตามธรรมชาติของระบบประสาท ซึ่งการนำวิจัยไปใช้อาจจำเป็นต้องมีการควบคุมปัจจัยกวนเพิ่มเติม

2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามาจากพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เพียงแห่งเดียว ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและรูปแบบการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจ ซึ่งการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกับประชากรหรือบริบทการดูแลในพื้นที่อื่นอาจมีลักษณะแตกต่างกันของผลการวิจัยได้

3. การศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้มีการวัดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจริงในระยะยาว เช่น Readmission, Pneumonia, UTI, Pressure injury incidence ส่งผลให้ไม่สามารถสรุปผลกระทบที่ยั่งยืนของการส่งเสริมการดูแลต่อการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้อย่างสมบูรณ์

4. การประเมินทักษะโดยผู้ช่วยวิจัยอาจมีข้อจำกัดด้านอคติในการสังเกต (Observer bias) เนื่องจากข้อจำกัดในการปกปิดสถานะของผู้เข้าร่วมการทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ร่วมกับการไม่ได้ทดสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater agreement) ซึ่งอาจทำให้ผลการประเมินมีความเอนเอียงตามการรับรู้ของผู้ประเมินได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล อันจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. หน่วยบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์พัฒนาระบบการดูแลและขยายผลไปยังผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มโรคเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลและลดความ

เสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวตั้งแต่ระยะวางแผนจำหน่าย

3. หน่วยงานด้านสุขภาพควรผลักดันให้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบ Intermediate Care ภายใต้ Service Plan Stroke เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย และสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ขยายพื้นที่การวิจัยและกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายเพื่อประเมินความสามารถในการประยุกต์ใช้โปรแกรมในบริบทที่แตกต่างกัน พร้อมทั้งติดตามผลระยะยาวเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป เพื่อประเมินความยั่งยืนของทักษะผู้ดูแล

2. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาแอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มออนไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเนื้อหาครอบคลุม จากผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนและมีความพร้อมต่อการใช้เทคโนโลยี

References

1. Mendis S. Stroke disability and rehabilitation of stroke: World Health Organization perspective. International Journal of Stroke. 2013; 8(1): 3-4. doi:10.1111/j.1747-4949.2012. 00969.x
2. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, et al. World stroke organization: global stroke fact sheet 2025. International Journal of Stroke. 2025; 20(2): 132-144. doi: 10.1177/17474930241308142
3. Jokkraj P, Thanapattiwaku P, Poopitukkul J. Public awareness on early sign and first aids management of stroke. Christian University Journal. 2023; 29(3): 108-120. (in Thai).
4. Health Administration Division. Guideline for intermediate care for healthcare providers (service plan). Samut Sakhon: Born to be publishing CO., LTD; 2019. (in Thai).

5. Department of Medical Service. Guideline for intermediate care in the elderly. Bangkok: Beyond Publishing CO., LTD; 2020. (in Thai).
6. Wei X, Sun S, Zhang M, Zhao Z. A systematic review and meta-analysis of clinical efficacy of early and late rehabilitation interventions for ischemic stroke. *BMC Neurology*. 2024; 24(1): 91. doi: 10.1186/s12883-024-03565-8
7. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*. 2009; 57(4): 217–225. doi: 10.1016/j.outlook.2008.10.004
8. Jaiboon S, Jaiboon S, Wisitcharoen K. Effects of the empowerment program on knowledge and skills for caregivers of stroke patients. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2024; 31(1): 160-173. (in Thai).
9. Bergstrom N, Braden J, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*. 1987; 36(4): 205–210. doi: 10.1097/00006199-198707000-00002
10. Morse J. M. Preventing patient falls: Establishing a fall prevention program (2nded.). Springer Publishing Company; 2009.
11. Jitapunkul S. Assessment of functional ability in the elderly: Barthel ADL Index. *Chulalongkorn Medical Journal*. 1994; 38(5): 297-307. (in Thai).
12. Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M. The Thai version of the EQ-5D-5L health questionnaire. *Health Intervention and Technology Assessment Program*. 2015; 3(24): 3–6. (in Thai).
13. Rittsorn P. Effects of skill training program for caregivers of dependent stroke patients while Banphue hospital. *Journal of Environmental and Community Health*. 2023; 8(1): 287–293. (in Thai).
14. Fadilah N, Rahariyani L. D, Yumni H, Dinarwiyata D. The effect of family-supportive therapy on the burden of caregivers and activities of daily living among stroke patients. *Healthcare in Low-resource Settings*. 2024; 12. doi: 10.4081/hls.2024.13066
15. Chen Y, Chen Y, Zheng K, Dodakian L, See J, Zhou R, et al. A qualitative study on user acceptance of a home-based stroke telerehabilitation system. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2020; 27(2): 81–92. doi: 10.1080/10749357.2019.1683792
16. Blaquera A. P, Hisaka Y, Takase K, Ito H, Yasuhara Y, Soriano G. P, et al. Home care practices that improve performance of activities of daily living of patient's post-stroke: A systematic review. *The Journal of Medical Investigation*. 2024; 71(3.4): 197-204.
17. Nilsawaddi W. Effects of a Hospital-to-Home Transitional Care Program on Activities of Daily Living, Patients' Complications, and Self-Management Ability of Caregivers. *Journal of Nursing and Public Health Research*. 2022; 2(3): 57–70. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/259418>. (in Thai).
18. Siajanboriboon P. The effects of home nursing program intermediate care of patients with stroke on the occurrence of complications patients in the community area of Mueang Ratchaburi District. *The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj*. 2023; 3(2): 1-13. (in Thai).
19. Boonvas K, Jankaew J, Chaiyalap S. Effectiveness of a stroke educational application on knowledge and satisfaction among at-risk groups in Ra-hang community, Lat Lum Kao district, Pathum Thani province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2026; 27(1): 295-303. (in Thai).

20. Farombi T. H, Khan H. T, Lawal M, Akinyemi R. Impact of intermediate home-based care on functional health of older adults with stroke in low-income and middle-income countries: A systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*. 2025; 9, 25424823251318227. doi: 10.1177/25424823251318227
21. Mankong S, Nopparat P, Panyako N. Effects of intermediate phase rehabilitation program for stroke patients at Thapla Hospital. *Journal of Health Environmental Education*. 2022; 7(1): 96–107. (in Thai).
22. Sittichok K. The comparison of the ability to perform daily routine tasks before and after caring for patients in 3 disease groups according to the Ang Thong Province Patient Care Guidelines. *Journal of Environment and Community Health*. 2021; 6(1): 52–56. (in Thai).
23. Mendrofa F. A. M, Iswanti D. I, Saifudin I. M. M. Y. The role of family-centered care in enhancing stroke rehabilitation outcomes: an integrative literature review. *International Journal of Public Health Science*. 2025; 14(2): 1031-39. doi: 10.11591/ijphs.v14i2.24847
24. Kavga A, Kalemikerakis I, Faros A, Milaka M, Tsekoura D, Skoulatou M, et al. The effects of patients' and caregivers' characteristics on the burden of families caring for stroke survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 ; 18(14):7298. doi:10.3390/ijerph18147298
25. Thaicharoen O, Jantacumma N, Waelveerakup W. Effects of a self-management program for stroke prevention among at-risk working age patients in Saraburi province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2025; 26(1): 120-128. (in Thai).