บทความวิจัย

The Effectiveness of a Caregiver Competency Enhancement Program on Caregiving Competency among Stroke Patient Caregivers in Lampang Province

Received: Feb 16, 2025
Revised: Jan 20, 2026
Accepted: Feb 10, 2026

Esara Yoriya, M.N.S.[1*]
Kamoltrip Thipsungwan, Ph.D.[2]

Abstract

Introduction: Stroke is the second leading cause of illness after cancer, and its incidence has been rising steadily. Among stroke survivors, approximately one-third suffer from permanent disabilities, leading to long-term dependence on caregivers. This growing burden underscores the vital role of caregivers in delivering ongoing care and support.

Research objectives: This study aims to develop a competency enhancement program for caregivers of stroke patients and to compare the caregiving competencies of these caregivers before and after participating in the program.

Research methodology: A quasi-experimental design with a pre-posttest two-group design. The comparison of mean knowledge scores and caregiving competencies before the experiment between the experimental group and the control group was conducted using an Independent t-test. The comparison of scores before and after the competency enhancement program in both groups was conducted using a Paired t-test.

Results: The results showed that the experimental group had statistically significant differences in mean knowledge and caregiving competency scores ($p < .001$ and $< .05$, respectively).

Conclusions: The program effectively enhanced caregivers' knowledge and competency in caring for stroke patients.

Implications: Healthcare professionals should apply the programs in care settings. It can improve caregiver competency and knowledge, which can lead to better patient outcomes.

Keywords: stroke caregivers, caregiver competency, competency promotion program, stroke patient care

Funding: Fundamental Fund by National Science Research and Innovation Fund, 2024

[1]Corresponding author: Lecturer, Email: chirra_noom@hotmail.com*

[2] Lecturer, Email: kamolthip@g.lpru.ac.th

[1-2]Faculty of Nursing, Lampang Rajabhat University, Lampang, Thailand.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลต่อสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดลำปาง

Received: Feb 16, 2025
Revised: Jan 20, 2026
Accepted: Feb 10, 2026

อิสรา โยริยะ พย.ม.[1*]
กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์ ปร.ด.[2]

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยอันดับสองรองจากโรคมะเร็ง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ประมาณหนึ่งในสามมักเผชิญกับภาวะทุพพลภาพถาวร ทำให้ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลต่อสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเปรียบเทียบสมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้และสมรรถนะในการดูแลระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย: ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ ($p < .001$ และ $< .05$ ตามลำดับ)

สรุปผล: โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะนี้ช่วยเพิ่มความรู้และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรทางด้านสุขภาพควรนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาความสามารถและความรู้ของผู้ดูแลนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมรรถนะผู้ดูแล โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ได้รับทุนสนับสนุนจาก กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2567

[1]Corresponding author อาจารย์ Email: Chirra_noom@hotmail.com*

[2]อาจารย์ Email: kamolthip@g.lpru.ac.th

[1-2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ลำปาง ประเทศไทย

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและก่อให้เกิดความพิการของประชากรทั่วโลก โดยเป็นอันดับที่สองรองจากโรคมะเร็ง ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด พบมากที่สุด และมีอัตราความชุกของโรคค่อนข้างสูงในประเทศที่กำลังพัฒนา[1] เช่นเดียวกับในทวีปยุโรป คาดการณ์ว่าภาระของโรคหลอดเลือดสมองยังคงเพิ่มขึ้นในทศวรรษต่อไปหรืออาจยาวนานกว่านั้น โดยปัจจัยที่สำคัญ คือ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 35 ในช่วง ค.ศ. 2017 - 2050[2]

สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ ปี 2560 ถึง ปี 2565 พบว่าอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง สูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2565 รวมถึงอัตรารับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2564 เป็น 219.71 ต่อแสนประชากร และมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 9.38[3] ในส่วนของจังหวัดลำปาง อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศ โดยพบอัตราตาย 81.26 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2563 อัตราป่วยสูงเท่ากับอันดับ 1 ของเขตบริการสุขภาพที่ 1 และสูงกว่าภาพรวมของประเทศไทย โดยมีอัตรารับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 198.37 ต่อแสนประชากร และมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 13.23 จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ปี พ.ศ. 2563 ระบุว่า อำเภอเถิน มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุดจำนวน 61 คน อัตรารับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็น 105.56 ต่อแสนประชากร ลำดับรองลงมา คือ อำเภอแจ้ห่ม จำนวน 56 คน อัตรารับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็น 146.28 ต่อแสนประชากร[4]

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพ้นภาวะวิกฤตมักประสบปัญหาทางคลินิกสำคัญ ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีกและความผิดปกติด้านการทรงตัว[5] โดยพบว่าอัตราความพิการของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ประมาณร้อยละ 38.25 และมีผลข้างเคียงต่อการทำกิจวัตรประจำวัน[6] ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดทางร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น เป้าหมายหลักของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือการฟื้นฟูสมรรถภาพและการทำกายภาพบำบัด เพื่อส่งเสริมการกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และระดับประเทศ โดยเพิ่มภาระต่อระบบบริการสุขภาพและสร้างภาระทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายในการรักษาและการดูแลระยะยาว รวมทั้งการพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่

การมีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดี จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง รวมทั้งระบบอาสาสมัครซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ทั้งมีความเกี่ยวพันกันเป็นเครือญาติ เพื่อนบ้าน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขจึงเป็นบุคคลในระบบสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพ และสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ ทัศนคติโดยอาศัยการเสริมสร้างพลังอำนาจ ครอบคลุมการดูแลทุกครัวเรือนในชุมชน[7] ดังนั้นทีมวิจัย จึงให้ความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลดภาระของผู้ดูแล ลดภาระทางด้านเศรษฐกิจ และเป็นประโยชน์ต่อระบบบริการทางด้านสุขภาพของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

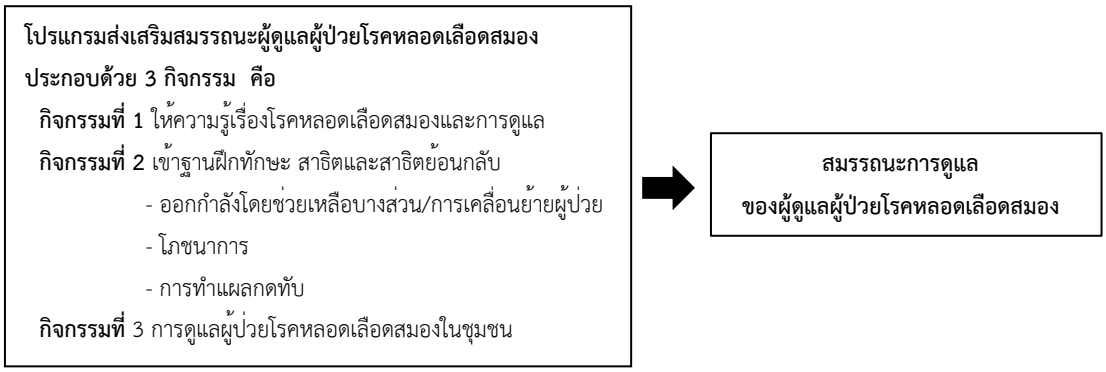
1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลต่อสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีสมรรถนะเชิงภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg model of competencies) ซึ่งพัฒนาโดย McClelland (1973)[8] และต่อมาได้รับการขยายกรอบแนวคิดโดย Spencer & Spencer (1993)[9] เป็นกรอบทฤษฎีหลักในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผสานกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ (Health Empowerment) ของ Gibson (1991)[10] เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะเชิงลึกที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความรู้และเข้าฐานการเรียนรู้ สาธิตและสาธิตย้อนกลับเรื่องการบริหารร่างกายโดยผู้อื่นช่วยออกกำลังกาย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาหารสำหรับผู้ป่วย และการดูแลแผลกดทับ จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะในการบริหารร่างกายโดยผู้อื่นช่วยออกกำลังกาย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาหารสำหรับผู้ป่วย และการดูแลแผลกดทับ ภายหลังให้ผู้ดูแลกลับไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ตนเองรับผิดชอบเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และกลับมาเข้าฐานการเรียนรู้ มีการสาธิตย้อนกลับและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงปัญหา อุปสรรค เพื่อหาแนวทางในการดูแลและแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคร่วมกัน เพื่อให้อาสาสมัครมีสมรรถนะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในความดูแลได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two – groups pre - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการขึ้นทะเบียนที่อยู่ในอำเภอเถิน จำนวน 1,517 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่อยู่ในอำเภอเถิน 60 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) สามารถอ่านออกเขียนได้ 2) สุขภาพร่างกายแข็งแรง 3) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่น้อยกว่า 1 ปี และได้รับการขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง 4) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่า Effect size เท่ากับ 1 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .95 ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน เพื่อให้การวิเคราะห์มีความเชื่อถือได้ และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเป็น 30 คน ทำให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) ประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวน 15 ข้อ ชนิดเลือกคำตอบแบบ ถูก ผิด (True/False) 2) แบบประเมินสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ประเมินความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 30 ข้อ ใช้รูปแบบการให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบ ด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 2) การเข้าฐานสาธิตและสาธิตและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และ 3) ให้ผู้ดูแลกลับไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) กิจกรรมครั้งที่ 1 มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

การวัดความรู้และประเมิน สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยแบบประเมินก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 60 นาที

การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลากิจกรรม 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) ความรุนแรง 2) การดูแลด้านร่างกาย เช่น แผลกดทับ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การดูแลเมื่อเกิดอาการผิดปกติ อาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ 3) การให้ความรู้เรื่องการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การช่วยเคลื่อนย้าย การช่วยออกกำลังกายบางส่วนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวโดยนักกายภาพบำบัด 4) นักโภชนาการให้ความรู้

เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ส่วนคือ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง และการเตรียมอาหารสำหรับให้ทางสายยาง และ 5) ทันตาภิบาลให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพในช่องปาก การเข้าฐานการเรียนรู้สาธิตและสาธิตย้อนกลับ 3 ฐาน ในเวลา 4 ชั่วโมง ประกอบด้วย ฐานที่ 1 ช่วยออกกำลังกายบางส่วน และช่วยเคลื่อนไหวผู้ป่วย 2 ชั่วโมง โดยนักกายภาพบำบัด ฐานที่ 2 การดูแลและทำแผลกดทับ 1 ชั่วโมง โดยพยาบาลวิชาชีพ และฐานที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการและการเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ชั่วโมง โดยนักโภชนาการ

2) กิจกรรมครั้งที่ 2 ทบทวน สาธิตย้อนกลับ กิจกรรมที่เข้าฐานการเรียนรู้ เพื่อประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 ชั่วโมง แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาอุปสรรค หาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน 1 ชั่วโมง และวัดความรู้ สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมินหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม 1 ชั่วโมง

3) กิจกรรมครั้งที่ 3 ให้ผู้ดูแลกลับไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบประสาทจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อประเมินความสอดคล้องของเนื้อหา โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) รวมทั้งการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic induction) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโปรแกรม ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมฐานเรียนรู้ โดยเห็นว่าระยะเวลา 1 ชั่วโมง ไม่เพียงพอสำหรับการฝึกปฏิบัติ จึงได้มีการปรึกษานักกายภาพบำบัดผู้มีประสบการณ์ ซึ่งเสนอว่าการให้ความรู้ การสาธิต และการสาธิตย้อนกลับควรใช้เวลาอย่างน้อย 3 ชั่วโมง ส่งผลให้โปรแกรมได้รับการปรับปรุงเป็นรูปแบบการให้ความรู้ในช่วงแรก และจัดกิจกรรมฐานเรียนรู้เพิ่มเติมเป็นเวลา 2 ชั่วโมง นอกจากนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เช่นเดียวกัน โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่า CVI เท่ากับ .86 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาในระดับดี[11]

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นพบว่า แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 โดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตร KR - 20 ส่วนแบบประเมินสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (Cronbach’s alpha coefficient)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง รหัสโครงการวิจัย เลขที่ E256-028 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2567 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการที่จะได้รับแต่อย่างใด รวมถึงสิทธิในการถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อต้องการ การรักษาความลับจะใช้รหัสแทนชื่อ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม ภายหลังเสร็จการวิจัยและผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอเถิน จังหวัดลำปาง

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และรายละเอียดของโปรแกรมแก่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินงานวิจัย

3. ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการติดต่อเชิญกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย รวมทั้งนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการถอนตัวโดยไม่กระทบต่อการได้รับบริการสุขภาพ และการรักษาความลับของข้อมูล จากนั้นกลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบแสดงความยินยอมเมื่อเข้าใจข้อมูลครบถ้วน

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับ โดยเริ่มจากกลุ่มควบคุมก่อน ตามระยะเวลาที่กำหนดในแผนการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1) กิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม สร้างสัมพันธภาพ เก็บข้อมูลทั่วไป ตอบแบบสอบถาม ให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 ชั่วโมง

2) กิจกรรมครั้งที่ 2 นัดหมายในการพบกันสัปดาห์ที่ 8 ตอบแบบสอบถาม 1 ชั่วโมง โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่จะไม่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลต่อสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มทดลอง

1) กิจกรรมครั้งที่ 1 ใช้เวลาอบรมและฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วยการประเมินความรู้และสมรรถนะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมความรุนแรงของโรค การดูแลด้านร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูการเคลื่อนไหว โภชนาการ และการดูแลสุขภาพช่องปาก ร่วมกับการเข้าฐานการเรียนรู้แบบสาธิตและสาธิตย้อนกลับ 3 ฐาน ได้แก่ การช่วยออกกำลังกายและเคลื่อนไหวผู้ป่วย การดูแลแผลกดทับ และการดูแลด้านโภชนาการ

2) กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นการทบทวนและสาธิตย้อนกลับจากฐานการเรียนรู้ เพื่อประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และแนวทางการแก้ไข รวมทั้งการประเมินความรู้และสมรรถนะของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3) กิจกรรมครั้งที่ 3 ให้ผู้ดูแลนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมรับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 78.33 มีอายุอยู่ระหว่าง 25 - 65 ปี โดยมีอายุ 60 - 65 ปีมากที่สุด จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 38.33 ลองลงมา คือ อายุ 46 - 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 (M = 53.10, SD = 9.52) โดยพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุ รายได้ อาชีพ และระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน คือ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยประมาณ 50 ปี รายได้ของครอบครัวต่อเดือนในกลุ่มทดลองมีรายได้สูงกว่าเล็กน้อย คือมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 4,700 บาทต่อเดือน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 3,900 บาท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 - 5 ปี ร้อยละ 68.40 และร้อยละ 59.50 ตามลำดับ เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ใช้สถิติ Chi-square test เมื่อพิจารณาความแตกต่างทางสถิติพบว่าข้อมูลทั่วไปดังกล่าวข้างต้นระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ระดับสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน ดังนั้นในการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมจึงใช้สถิติ Independent t-test ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ซึ่งเป็นการทดสอบค่าเฉลี่ยของสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	P-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้						
ก่อนการทดลอง	8.70	1.60	8.90	1.60	-.60	.574
หลังการทดลอง	12.53	2.50	10.30	2.40	3.60	.001*
สมรรถนะ						
ก่อนการทดลอง	110.70	11.50	107.70	12.20	-1	.326
หลังการทดลอง	118.70	9.40	112.80	12.10	2.10	.036**

*p < .001, **p < .05

3. คะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001, p <.05 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน (p > .05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์	ก่อน (n = 30)		หลัง (n = 30)		t	P-value
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง						
ความรู้	8.70	1.60	12	4.40	-5.60	.001*
สมรรถนะ	110.70	11.50	118.80	9.40	-3.16	.004**
กลุ่มควบคุม						
ความรู้	10	2.10	10.20	2.40	-.40	.69
สมรรถนะ	107.70	12.20	112.80	12.10	-1.48	.15

*p < .001, **p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลต่อสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละฐานและได้รับการสาธิตพร้อมกับมีการสาธิตย้อนกลับ รวมถึงได้กลับไปฝึกกับคนไข้โรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในความดูแล 2 ครั้งตามโปรแกรม รวมทั้งมีการติดตามโดยเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และผู้วิจัย เมื่อผู้ดูแลฯ ไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้รับการฝึกทักษะการทำแผล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การช่วยออกกำลังกายซ้ำ ทำให้มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรม ในวันจำหน่าย และหลังจำหน่าย 14 วัน มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะหลังจำหน่าย 14 วัน โดยงานวิจัยดังกล่าวนี้มีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ได้แก่ การประเมินความรู้ของผู้ดูแล และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เริ่มตั้งแต่ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมโดยประเมินในวันที่จำหน่าย และหลังจำหน่าย 14 วัน โดยนัดตรวจติดตามผลที่แผนกผู้ป่วยนอก จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และการพัฒนาทักษะจากเจ้าหน้าที่สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องจึงไม่พบภาวะแทรกซ้อน[12] และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยพบว่าการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะทอยู่โรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านและให้ความสำคัญของการให้ ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย หลังการได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลังสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13]

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยชนิดการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมต้า พบว่ารูปแบบการดูแลที่สามารถลดภาระของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิผลมากที่สุด ได้แก่ รูปแบบการให้ความรู้ที่ประกอบไปด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วย การฝึกทักษะในการดูแล การส่งเสริมสุขภาพจิต และการส่งเสริมการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม และฝึกทักษะ โดยเริ่มตั้งแต่ขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และต่อเนื่องจนถึงช่วงเวลาที่กลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ร่วมกับการให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ลดภาระด้านการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14]

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นเครือข่ายสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วย จากการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวม ถึงความไม่มั่นใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชน เพราะไม่เคยการได้รับฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเข้าฐานการเรียนรู้ประกอบด้วยการให้ความรู้และสาธิตการฝึกทักษะให้สาธิตย้อนกลับทั้งการทำแผล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การช่วยออกกำลังกาย รวมทั้งได้กลับไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่รับผิดชอบโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้วิจัยติดตาม สัปดาห์ที่ 4 ในกิจกรรมที่ 2 และได้กลับมาเข้าฐานการเรียนรู้ซ้ำ แลกเปลี่ยนปัญหา อุปสรรค รวมทั้งหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนร่วมกัน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและดำเนินการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และสมรรถนะที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

2. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายหรือวางแผนของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายสุขภาพ ในการพัฒนาและจัดโครงการอบรมฟื้นฟูความรู้ รวมถึงการเสริมสร้างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรนำโปรแกรมไปใช้ในชุมชมหรือพื้นที่อื่นๆ เพื่อการพัฒนาสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างกว้างขวาง หรือนำโปรแกรมไปใช้ประยุกต์ใช้กับการพัฒนาสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อความก้าวหน้าทางด้านการวิจัยทางการพยาบาลในอนาคต ผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยกับตัวผู้ดูแลเอง

References

1. Kuriakose D, Xiao Z. Pathophysiology and treatment of stroke: Present status and future perspectives. International Journal of Molecular Sciences 2020;21(20):1-24. doi: 10.3390/ijms21207609.
2. Norrving B. Stroke management—recent advances and residual challenges. Nature Reviews Neurology 2019;15(2):69-71. doi: 10.1038/s41582-018-0129-1.
3. The National Health Security Office. The National Health Security Office (NHSO) has collaborated in developing a care system for stroke patients, aiming to improve access to treatment and reduce mortality rates [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 12]. Available from: https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News_3345
4. Lampang Provincial Health Office. Statistics of stroke patients [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 12]. Available from: https://ucinfo.nhso.go.th/ucinfo/Rpt-stroke (in Thai)
5. Mizuta N, Hasui N, Kai T, Inui Y, Sato M, Ohnishi S, et al. Characteristics of limb kinematics in the gait disorders of post-stroke patients. Scientific Reports 2024;14(1):3082. doi: 10.1038/s41598-024-53616-w.
6. Ju YW, Lee JS, Kim SJ. Survey and analysis of awareness, participation, and disability among stroke patients: A community-based perspective. Scientific Reports 2025;15:16309. doi: 10.1038/s41598-025-16309-6.
7. Rajsic S, Gothe H, Borba HH, Sroczynski G, Vujicic J, Toell T, et a. Economic burden of stroke: A systematic review on post-stroke care. The European Journal of Health Economics 2019;20(1):107-34. doi: 10.1007/s10198-018-0984-0
8. McClelland DC. Testing for competence rather than for “intelligence”. The American Psychologist 1973;28(1):1–14.
9. Spencer LM, Spencer SM. Competence at work: Models for superior performance. New York: John Wiley & Sons; 1993.
10. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing 1991;16(1):354–61.
11. Polit D F, Beck C T, Owen S V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Research in nursing & health 2007;30(4):459-67.

12. 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):160-73. (in Thai)
13. Sil T. Development of a model of care for stroke patients at home. Sawanpracharak Medical Journal 2020;17(3):112–24.
14. Wimonporn S, Nadanong P. Effectiveness of home-based continuing care programs on burden among caregivers of stroke patients: a systematic review and meta-analysis. Nursing Journal CMU 2024;51(4):145–65.