ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในรูปแบบการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแล

ศรารินทร์ พิทธยะพงษ์ ส.ด.* จารุณี นุ่มพูล พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบการพยาบาลทางไกล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มรายชื่อผู้ป่วยตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดจำนวน กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัวในรูปแบบการพยาบาลทางไกล โดยโปรแกรมใช้กรอบแนวคิดที่ประยุกต์รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และไลน์วิดีโอคอล เพื่อประเมินภาวะสุขภาพทางกายและจิตสังคม ให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ให้ความรู้วิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายบุคคล กิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ การทดสอบความแม่นยำของฟิชเชอร์ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางแบบวัดซ้ำ และการทดสอบบอนเฟอร์โรนี

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$, $p<.05$ ตามลำดับ) 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$, $p<.05$ ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัวโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น อาจส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ และควรวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาลทางไกล ผู้ดูแลในครอบครัว พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

เลขที่จริยธรรมการวิจัย IRB - STIN 2562/03.13.11, 9/2564 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
วันที่รับบทความ 10 ตุลาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 14 กันยายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 21 กุมภาพันธ์ 2569

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย**
****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ผู้ประพันธ์บรรณกิจ**
อีเมล jarunee.n@stin.ac.th

The effects of a telenursing health promotion program on health-promoting behaviors of the family caregivers of stroke patients

Sararin Pitthayapong Dr.P.H.* Jarunee Numpoon M.S.N.**

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a health promotion program for family caregivers of stroke patients through a telenursing approach. The sample consisted of 60 family caregivers of stroke patients, selected using simple random sampling with computer program to randomly select 30 caregivers per group based on inclusion criteria. The experimental group received a telenursing health promotion program for family caregivers, which was designed based on Pender's Health Promotion Model. The program included telephone and Line video calls to assess physical and psychosocial health, behavior-specific emotional and cognitive counseling, and deliver individualized health promotion education for caregivers. The intervention consisted of three sessions. The control group received standard care. Data were collected using a health-promoting behavior assessment questionnaire before participating in the program, and at 3 and 6 months after participating in the program. Data were analyzed using chi-square test, Fisher's exact test, two-way repeated measures ANOVA, and Bonferroni test.

The results showed that 1) The experimental group had a significantly higher mean score for health-promoting behaviors at 3 months and 6 months after participating in the program compared to before participating in the program ($p<.05$, $p<.05$, respectively). 2) The experimental group had a significantly higher mean score for health-promoting behaviors than the comparison group at 3 months and 6 months after participating in the program ($p<.05$, $p<.05$, respectively).

In conclusion, caregivers who participated in the health promotion program for family caregivers of stroke patients showed improved health-promoting behaviors, which may contribute to better health and provide effective patient care. The program could be adapted for caregivers of patients with other chronic diseases, and further experimental research should be conducted to evaluate its effectiveness.

keywords: family caregiver; health-promoting behavior; telenursing

Ethical approval: IRB - STIN 2562/03.13.11,9/2564, Plagiarism checked, 3 Reviewers.
Received 10 October 2024, Revised 14 September 2025, Accepted 21 February 2026

***Assistant professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok**
****Assistant professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok,**
Corresponding author, E-mail: jarunee.n@stin.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ บริบทประเทศไทย ในปี พ.ศ.2561-2565 พบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 534.4-731.5 รายต่อประชากร 100,000 คน[1] ปี พ.ศ.2560-2564 พบอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับสองรองจากโรคมะเร็ง อัตราตาย เท่ากับ 46.7-55.5 รายต่อประชากร 100,000 คน[2] ซึ่งอัตราป่วยและตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักพิการจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูและการดูแลสุขภาพในระยะยาว ผู้ป่วยมักต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver) โดยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน ส่วนใหญ่มักจะเป็นสามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง ซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น[3] โดยปกติผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันใกล้ชิดในบทบาทที่ต่างกัน เช่น บิดา มารดา คู่สมรส แต่เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับสมาชิกในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลในครอบครัว งานวิจัยที่ศึกษาคู่ผู้ดูแลผู้ใหญ่กับบิดามารดาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เกิดปัญหาความสัมพันธ์ที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนบทบาททั้งกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ รวมถึงหน้าที่ความรับผิดชอบในครัวเรือน โดยความสัมพันธ์เป็นทั้งเชิงลบ เช่น ด้านผู้ป่วยอาจไม่พอใจกับความบกพร่องทางร่างกายของตนเองและการต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลต่อการใช้อารมณ์รุนแรงต่อผู้ดูแลในครอบครัวโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ ผู้ดูแลอาจเกิดความโกรธ เสียใจ มีความเครียดสูง นอกจากนี้ ยังมีความคาดหวังการดูแลของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลที่เป็นบุตร จากคู่สมรสของผู้ป่วยและผู้ดูแลบางคู่ไม่สามารถทำกิจกรรมด้วยกันเหมือนก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ส่งผลให้ความใกล้ชิดลดลง คู่สมรสบางรายมีความใกล้ชิดทางเพศลดลง แต่ก็พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การทบทวนลำดับความสำคัญในชีวิตใหม่ ความรู้สึกผูกพันที่แน่นแฟ้นขึ้น และคุณภาพความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังพบความแตกต่างในประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสกับผู้ดูแลที่เป็นบุตรผู้ใหญ่กับบิดามารดา โดยพบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีสุขภาพร่างกายที่แย่กว่า ได้รับการสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการน้อยกว่า ใช้เวลามากกว่าในการดูและมีความเครียดมากกว่า[4] ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในประเด็นหลัก“การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นงานเต็มเวลา” พบว่าผู้ดูแลมีผลกระทบ ดังนี้ 1) การปรับโครงสร้างชีวิต เช่น ปรับบทบาทแทนที่ผู้ป่วยเคยทำ เช่น ทำงานบ้าน เลี้ยงดูบุตร ปรับกิจวัตรประจำวัน 2) การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพ เช่น ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ ออกกำลังกายพบปะเพื่อนฝูง 3) สุขภาวะด้านร่างกาย ผลกระทบทางร่างกายที่พบมากที่สุดคือความอ่อนล้า ปัญหาการนอนหลับในตอนกลางคืน 4) สุขภาวะด้านจิตสังคม พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกหมดไฟ วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกตัดขาดจากสังคม[5] และผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า 1) ผู้ดูแลประสบกับความเครียดทางอารมณ์ในระหว่างการดูแล แต่ยังสามารถให้ความเมตตาและดูแลผู้ป่วยได้ผ่านการปรับตัวเชิงบวก 2) ผู้ดูแลเผชิญกับความยากลำบากในกระบวนการดูแล เช่น สุขภาพร่างกายแย่ลง[6] ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิต อารมณ์ และสังคมของผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดความเครียดกระตุ้นระบบฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความเครียด เช่น คอร์ติซอล หากมีความเครียดเรื้อรัง คอร์ติซอลจะถูกผลิตออกมาในปริมาณที่สูงติดต่อกัน ซึ่งอาจนำไปสู่ผลเสียต่อร่างกาย เช่น การลดประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกัน ความดันโลหิตสูง และการสะสมไขมันในร่างกาย นอกจากนี้ ความเครียดยังส่งผลต่อพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาหรือใช้สารเสพติด การรับประทานอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตและไขมันที่ให้พลังงานสูง[7] ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

รายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางปัญญา ด้านการบริโภคอาหาร ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด และคะแนนเฉลี่ยระดับต่ำคือ ด้านกิจกรรมทางกาย[8] ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงต้องการการช่วยเหลือดูแลเพื่อลดภาระการดูแล ลดความเครียดจากการดูแล ช่วยสนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ภาวะสุขภาพทางกายและทางจิตสังคมที่ดีขึ้น[6] นอกจากนี้ มีปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแล ได้แก่ ความรุนแรงของความบกพร่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คุณลักษณะเฉพาะของผู้ดูแล เช่น อายุมากและมีปัญหาสุขภาพอยู่เดิม บุคลิกภาพทัศนคติเชิงบวกจะสามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลได้ง่าย การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น การให้ข้อมูลความรู้ การฝึกทักษะการดูแล การสนับสนุนทางอารมณ์ และสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพหรือจากแหล่งสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการ เช่น สมาชิกในครอบครัวช่วยทำงานบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนบ้าง หรือช่วยดูแลเป็นครั้งคราวให้ผู้ดูแลได้ไปเข้าสังคมหรือทำกิจกรรมผ่อนคลาย[5] และยังพบว่า ปัจจัยด้านผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ได้แก่ ระดับการศึกษามัธยมหรืออุดมศึกษา การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าดี รายได้สูง และเพศชาย[8]

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาผลของการให้กิจกรรมการดูแล (intervention) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า รูปแบบการดูแลมีความหลากหลาย เช่น การฝึกฝนทักษะการดูแล การผ่อนคลายเพื่อจัดการความเครียด การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducational) กลุ่มสนับสนุน โดยได้สรุปว่า กิจกรรมการดูแลที่ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ รูปแบบการผสมผสานระหว่างการฝึกฝนทักษะการดูแลและการให้สุขภาพจิตศึกษา การออกแบบกิจกรรมที่เฉพาะรายบุคคลตามความต้องการในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือขึ้นกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา รูปแบบกิจกรรมแบบตัวต่อตัว (face-to-face) ร่วมกับทางโทรศัพท์ ความถี่ของกิจกรรมระหว่าง 5-9 ครั้ง สามารถช่วยให้สุขภาพหรือสุขภาวะ (well-being) ดีขึ้น เช่น ภาระการดูแล ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า[9] และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า รูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่สุด ได้แก่ รูปแบบการให้ความรู้และฝึกทักษะโดยเริ่มตั้งแต่ขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและต่อเนื่องไปจนกลับบ้าน ร่วมกับการให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้ผลลัพธ์ที่ดีในการลดภาระทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[3] ซึ่งยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบงานวิจัยด้านที่ศึกษาผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจในการลดภาระการดูแลและการมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีในผู้ดูแลในครอบครัวโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) แบบรายกลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นแตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] การศึกษาเพื่อทดสอบโปรแกรม “First You should Get Stronger” เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่มีสุขภาพดีในผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (dementia) รายบุคคล ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่มีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นแตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11] การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เนื้อหาโปรแกรมเกี่ยวข้องกับอุปสรรคจากการดูแลผู้ป่วยต่อการมีกิจกรรมทางกายและออกแบบการมีกิจกรรมทางกายให้เหมาะสมกับผู้ดูแลแต่ละราย โดยการเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม 6 และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีกิจกรรม

ทางกายระดับปานกลางเพิ่มขึ้นแตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12] และการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตามต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิดตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กิจกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้เป็นรายบุคคล ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13] และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สถานพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลสุขภาพ เช่น การจำกัดการเข้าถึงทรัพยากร นโยบายการงดเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ดูแลขาดโอกาสเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยและรู้สึกไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย[14] และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมบ้านมีข้อจำกัดจากที่บุคลากรต้องปฏิบัติตามมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง การแก้ปัญหาโดยการพยาบาลทางไกลเป็นทางเลือกหนึ่งในแก้ปัญหาได้ ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การประชุมทางวิดีโอแบบสด แอปพลิเคชันทางสมาร์ทโฟนหรืออุปกรณ์ดิจิทัลแบบเคลื่อนที่ ช่วยให้การเข้าถึงบริการได้สะดวกสบายและมีความพึงพอใจมากขึ้น ลดต้นทุนด้านการรักษาพยาบาล ขยายการเข้าถึงกลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาส ตลอดจนสามารถติดตามและจัดการภาวะเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ[15] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบการพยาบาลทางไกล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[16] ซึ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มาออกแบบกิจกรรมการให้ความรู้และคำปรึกษาที่คำนึงถึงอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมของผู้ดูแลรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลในครอบครัวปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ดีและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มศักยภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[16] เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบบจำลองกล่าวถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลประพฤติหรือปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดีและมีศักยภาพที่สมบูรณ์ของตนเอง

ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งช่วยให้บุคคลมีชีวิตที่ยืนยาว บุคคลมีบทบาทหลักในการตัดสินใจเลือกหรือกำหนดพฤติกรรมด้วยตนเองและบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต แบบจำลองนี้ประกอบด้วย มโนทัศน์ที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล 2) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม และ 3) ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ประกอบด้วย 3.1) ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม การระบุวิธีการที่แน่นอนที่จะปฏิบัติและการเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม 3.2) ความต้องการและความชื่นชอบอื่นในขณะนั้นเป็นทางเลือกอื่นที่เข้ามาทันที ก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามที่ตั้งเจตจำนงไว้ก่อน 3.3) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นผลลัพธ์ที่คาดหวังในทางบวกของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนี้ มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์เชิงบวก ก็ต่อเมื่อบุคคลนำมาปฏิบัติโดยบูรณาการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง มีผลทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งในสองมโนทัศน์แรกมีความสัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล มักเป็นปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้หรือแก้ไขได้ยาก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมวัฒนธรรม เช่น เพศ อายุ ฐานะ การศึกษา ภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง อิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 2) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะต่อพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และมีความสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจหรือยับยั้งไม่ให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลจากสถานการณ์ โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การมีกิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวออกแรง 3) การบริโภคอาหาร 4) การสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 5) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ 6) การจัดการกับความเครียด ทั้งนี้ การออกแบบกิจกรรม คำนึงถึงผลการประเมินด้านอารมณ์และความคิด ที่เฉพาะกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และให้ความรู้ ให้คำปรึกษาปัญหา และความต้องการเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาหรือปรับปรุงอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้คงอยู่

วิธีการวิจัย

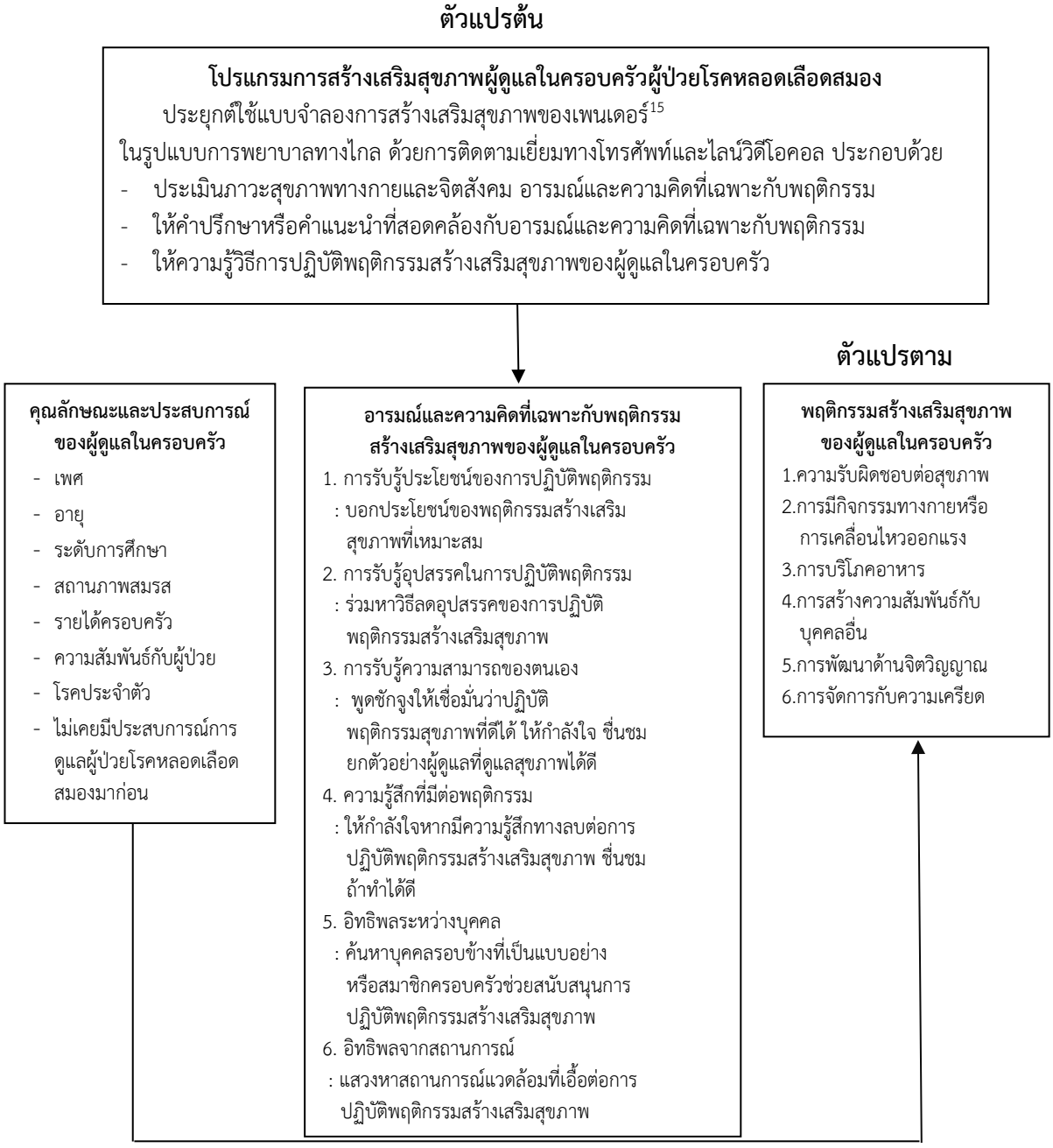
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบแบ่งกลุ่มการศึกษาออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (pretest-posttest two group design) วัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2563 ถึงกันยายน พ.ศ.2564 จำนวน 192 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการ power analysis ด้วยโปรแกรม G*Power3 [17] โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม (ระดับ α) ที่ .05 ขนาดของอิทธิพลที่ .80 และอิทธิพลของการทดลองที่ขนาดกลาง สำหรับสถิติ f-test (anova: repeated measures, within-between factors) ที่ระดับ .25 แบบ 2 กลุ่ม วัด 3 ครั้ง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 28 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10[18] ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น กลุ่มละ 30 คน การแบ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจับคู่ (matched pair) ให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ อายุ และเพศของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วย และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์การคัดเข้าโครงการวิจัยเกณฑ์คัดเข้าผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ อายุ 30 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน สื่อสารภาษาไทย มีโทรศัพท์รุ่นที่มีโปรแกรมไลน์วิดีโอคอลและสามารถใช้โปรแกรมไลน์วิดีโอคอลในการติดต่อได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีความเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามที่กำหนด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และโรคประจำตัว

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[16] และการทบทวนวรรณกรรม ในเนื้อหา ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน จำนวนทั้งหมด 28 ข้อ ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 5 ข้อ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 4 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกาย 4 ข้อ ด้านโภชนาการ 5 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 4 ข้อ และด้านการจัดการกับความเครียด 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย เท่ากับ 0 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หรือ 1-3 วันต่อสัปดาห์ เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งหรือ 4-5 วันต่อสัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนน และปฏิบัติสม่ำเสมอหรือ 6-7 วันต่อสัปดาห์ เท่ากับ 3 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-28 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย 29-56 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 57-84 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

2. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง โดยใช้การโทรศัพท์และไลน์วิดีโอคอลเป็นรายบุคคล ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ประเมินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางกายและจิตสังคม พฤติกรรมสุขภาพ อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแล ให้ข้อมูลความสำคัญและประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม รวมทั้งให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้ดูแลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อธิบายประกอบสื่อสไลด์ ประกอบการสอนที่มีเนื้อหา และภาพประกอบที่น่าสนใจถึงวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง โดยให้ข้อมูลความรู้และแนะนำ การแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือ สื่อสังคมออนไลน์ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย การแจ้งหรือบอกเล่าอาการผิดปกติกับบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งหากมีโรคประจำตัว ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ และไปพบแพทย์ตามนัด 2) ด้านกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย โดยให้ข้อมูลความรู้และแนะนำรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแลแต่ละรายบุคคล เช่น วิธีบริหารร่างกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ การเดินแกว่งแขน หรือการวิ่งเหยาะ ๆ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อและข้อต่อ หรือการทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ได้ออกแรง เช่น การทำงานบ้าน ควรออกกำลังกายเป็นประจำครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน 3) ด้านการบริโภคอาหาร โดยให้ข้อมูลความรู้และแนะนำการบริโภคอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแลแต่ละรายบุคคล เช่น รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ พลังงานเพียงพอต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงหรือลดอาหารรสเค็มจัด รสหวานจัด ไขมันสูง และควรรับประทานอาหารที่ช่วยเสริมภูมิต้านทาน รวมทั้งการปรับพฤติกรรมจัดแบ่งเวลาในการดูแลผู้ป่วยกับการรับประทานอาหารของผู้ดูแล เพื่อให้สามารถรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ และรับประทานให้ตรงเวลา เป็นต้น เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม ให้คำปรึกษาและคำแนะนำสอดคล้องอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ติดตามเยี่ยม ประเมิน อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เคยได้รับคำแนะนำ ในสัปดาห์ที่ 1 ปัญหาและอุปสรรคที่พบ อธิบายประกอบสื่อสไลด์ประกอบการสอนที่มีเนื้อหาและภาพประกอบที่น่าสนใจ ถึงวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ 4) ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยอธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และแนะนำวิธีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง การดูแลความรู้สึกตัวเอง โดยพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท หรือกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาระคล้ายกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการขอรับคำปรึกษาและความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น 5) ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ โดยให้ข้อมูลความรู้และแนะนำเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายและวางแผนชีวิต ทำจิตใจให้มีความสุขและพอใจกับสิ่งที่เป็นอยู่ พยายามจัดสรรเวลาทำในสิ่งที่ชอบในแต่ละวัน และปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสงบสุข อาจใช้วิธีหาที่ยึดเหนี่ยวจิตใจโดยศาสนา และควรมองการดูแลผู้ป่วยในแง่ดีว่า เป็นการแสดงการช่วยเหลือผู้อื่นและการตอบแทนบุญคุณต่อผู้มีพระคุณ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด โดยให้ข้อมูลความรู้และแนะนำเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียด โดยการประเมินความเครียดของตนเอง ค้นหาสาเหตุ และวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ซึ่งผู้ดูแลควรเลือกใช้วิธีผ่อนคลายความเครียดตามที่ตนเองชอบหรือถนัด การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม ให้คำปรึกษา และคำแนะนำสอดคล้องอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 ติดตามเยี่ยม สอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ปัญหาและอุปสรรคที่พบ รวมทั้งโดยให้กำลังใจ ชมเชย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม ให้คำปรึกษาและคำแนะนำสอดคล้องอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ภายหลังโปรแกรมสิ้นสุด นัดหมายการโทรศัพท์เพื่อติดตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และให้คำแนะนำ คำปรึกษารายบุคคลอีก เดือนละ 1 ครั้ง จนครบ 6 เดือน

กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การให้ความรู้และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ จากพยาบาลหน่วยงานการพยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตที่อาศัยอยู่ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการเยี่ยมบ้านหรือติดตามทางโทรศัพท์ อย่างน้อย 1-2 ครั้ง โดยมีการประเมินติดตามอาการ ภาวะแทรกซ้อน วิธีการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัว การให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยตามประเด็นปัญหาที่พบ รวมทั้งมีการนัดมาตรวจตามนัดหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการพิจารณาของแพทย์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้ความสมบูรณ์และชัดเจนมากขึ้นก่อนนำไปใช้ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.84 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวิจัย (reliability) โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมสร้างเสริม

สุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตปทุมวัน อายุ 30 ปีขึ้นไป ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient; cronbach α) ซึ่งมีค่า 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหน่วยงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลกลุ่มเปรียบเทียบให้เสร็จก่อนแล้วจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง

ก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูลต่อกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ภายใน 2 สัปดาห์ ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมที่กำหนด จำนวน 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ติดตามผลหลังโปรแกรมสิ้นสุดโดยเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 ครั้ง คือ หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 และ 6 เดือน ผู้วิจัยโทรศัพท์และไลน์วิดีโอคอลชี้แจงให้ผู้ดูแลในครอบครัวตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบออนไลน์รูปแบบ google form แต่หากผู้ดูแลไม่สามารถเปิด google form ได้จากโทรศัพท์ผู้วิจัย จะอ่านข้อคำถามให้ฟัง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS version 23 ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการเลือกใช้สถิติ และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งใช้สถิติไคสแควร์ (Pearson's chi-square) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวก่อนเริ่มโปรแกรมการวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ independent t-test ซึ่งมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน และมีการกระจายตัวของข้อมูลทั้งสองกลุ่มเป็นโค้งปกติ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างช่วงเวลาของการทดลอง ซึ่งมีการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า มีการกระจายตัวของข้อมูลทั้งสองกลุ่มเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ two-way repeated measures ANOVA และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคู่เวลา โดยใช้สถิติ Bonferroni test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เลขที่อนุมัติ IRB-STIN 2562/03.13.11 และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่อนุมัติ 9/2564 ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในวัยกลางคน ในกลุ่มเปรียบเทียบเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 44.23 (+9.32) ในกลุ่มทดลองเพศหญิง ร้อยละ 70.0 อายุเฉลี่ย 44.87 (+9.73) กลุ่มเปรียบเทียบผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามีหรือภรรยา และญาติ จำนวนเท่ากัน ร้อยละ 36.7 เป็นบุตร ร้อยละ 26.6 ส่วนกลุ่มทดลองเป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 43.3 รองลงมาเป็นบุตร ร้อยละ 33.3 และญาติ ร้อยละ 23.3 ผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.7 และ 60.00 การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 50.0 และ 36.6 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.7 และ 70.0 จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลทุกด้าน พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณสมบัติทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งระยะติดตามผล 3 เดือน มีผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง 1 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 2 ราย ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้จึงต้องออกจากการวิจัย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ทำการหากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าทดแทน ดังนั้น จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าร่วมอยู่ในกระบวนการวิจัยได้ครบถ้วนทั้งหมด กลุ่มละ 30 คน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนเริ่มโปรแกรมการวิจัย คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 40.08 และ 41.10 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองก่อนเริ่มโปรแกรมการวิจัย (n=60)

ตัวแปร	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแล	40.08	9.99	41.10	10.05	31.933	0.156

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.001$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละช่วงเวลาที่ต่างกันภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากการวัด ทั้ง 3 ช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($p<.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=60) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measures ANOVA)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแล					
ระหว่างกลุ่ม	2675.756	1	2675.756	27.504	<0.001 [a]
ช่วงเวลาที่ต่างกันภายในกลุ่ม	1356.133	2	678.067	6.970	.001 [a]
อิทธิพลร่วมระหว่างกลุ่มและเวลา	163.378	2	81.689	.840	.434
ความคลาดเคลื่อน	1692.533	174	97.285		

[a]p<.05

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเ ท่ากับ 42.26 (SD=9.55) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 6 เดือน เพิ่มขึ้นเป็น 44.71 (SD=9.98) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ 46.80 (SD=9.51) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 6 เดือน เพิ่มขึ้นเป็น 50.03 (SD=10.06) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระหว่างช่วงเวลา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 6 เดือน มากกว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน และก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 6 เดือน มากกว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน และก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 และ 6 เดือน โดยใช้สถิติ Bonferroni test (n=60)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (1)		ระยะติดตามผล 3 เดือน (3)		ระยะติดตามผล 6 เดือน (4)		Post hoc [b]
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
กลุ่มเปรียบเทียบ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	40.08	9.99	42.26	9.55	44.71	9.98	3>2>1
กลุ่มทดลอง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	41.10	10.05	46.80	9.51	50.03	10.06	3,2>1a

[a] p<.05, [b] Bonferroni's method

1 คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2 คือ ระยะติดตามผล 3 เดือน 3 คือ ระยะติดตามผล 6 เดือน

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในวัยกลางคน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามีหรือภรรยา และญาติ บุตร มีสถานภาพสมรสแล้ว จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ไม่มีโรคประจำตัว จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการศึกษาระดับมัธยมหรืออุดมศึกษา มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีการศึกษา หรือมีเพียงการศึกษาระดับประถม ผู้ดูแลที่รายได้ที่สูงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่ดีกว่าผู้ดูแลที่รายได้น้อย ผู้ดูแลเพศชายมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดที่ดีกว่าผู้ดูแลเพศหญิง เช่นเดียวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือได้รับน้อย[8] รวมทั้งในแง่ของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ที่พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีสุขภาพร่างกายที่แย่กว่าผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มอื่น[4] แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้ ไม่ได้ออกแบบศึกษาตัวแปรคุณลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ รวมทั้งภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ คือ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาโปรแกรมจากกรอบแนวคิดที่ประยุกต์มาจากแบบจำลองการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์[16] ออกแบบกิจกรรมเป็นรายบุคคลที่คำนึงถึงอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบอกให้เห็นประโยชน์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผลกระทบหากไม่ดูแลสุขภาพตัวเอง ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้ประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากนั้นมีการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การให้คำปรึกษาในการลดการรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากภาระการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพราะการรับรู้อุปสรรคเป็นสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น อุปสรรคจากการไม่มีเวลาซื้อและปรุงอาหารที่มีประโยชน์ อาจให้สมาชิกครอบครัวช่วยหาอาหารปรุงสำเร็จที่มีประโยชน์ ซึ่งเป็นอิทธิพลระหว่างบุคคลคือสมาชิกครอบครัวมาช่วยสนับสนุนได้อีกด้วย รวมทั้งการให้กำลังใจช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อรับรู้ว่าตนมีความสามารถก็จะเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และถ้าการรับรู้ความสามารถมากการรับรู้อุปสรรคก็น้อยลง ซึ่งเป็นจากผลของการที่ผู้วิจัยได้พูดชักจูงให้เชื่อมั่นว่าปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ ให้กำลังใจ ชื่นชมทุกครั้ง

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบผลการศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัวโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง โดยพบงานวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่พัฒนาโปรแกรมจากกรอบแนวคิดที่ประยุกต์มาจากรูปแบบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตามต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการส่งเสริมการเรียนรู้เป็นรายบุคคลแบบเฉพาะเจาะจงกับบริบท ประกอบด้วย การเรียนรู้ (L) เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องหรือภาวะเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สำหรับวิธีการการจัดการกับความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสำเร็จในชีวิต ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง และการกระตุ้นให้เกิดการตระหนักและเรียนรู้มากขึ้น (A) ผ่านสถานการณ์ที่นำมาให้ญาติ

ผู้ดูแลวิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ เช่น โภชนาการ สำหรับการติดตามและให้คำปรึกษาด้วยการโทรศัพท์ (T) และการเยี่ยมบ้าน (H) เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อสังเกต สอบถามและเป็นที่ปรึกษาด้านต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย โดยกิจกรรม L และ A ดำเนินการภายในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 กิจกรรม T ดำเนินการภายในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 และกิจกรรม H ดำเนินการภายในสัปดาห์ที่ 10 ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13] และสอดคล้องกับ การศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจในลดภาระการดูแลและการมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีในผู้ดูแลในครอบครัวโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) โดยวิธีเสมือนจริงผ่านแอปพลิเคชัน WhatsApp โปรแกรม ประกอบด้วย เนื้อหาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 4 หัวข้อ จัดกิจกรรมทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที เป็นการสอนแบบกลุ่มและให้แผ่นพับความรู้ในรูปแบบวิดีโอและคลิป ครั้งที่ 1 การส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสุขภาพในบทบาทของผู้ดูแลต่อการเลือกการมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี ครั้งที่ 2 การมีกิจกรรมทางกายและการบริโภคอาหาร ครั้งที่ 3 วิธีการการจัดการกับความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการเติบโตทางจิตวิญญาณ ครั้งที่ 4 ทบทวนเนื้อหาทุกด้าน การอภิปรายซักถามข้อสงสัย ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลลดลง และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10]

นอกจากนี้ ในช่วงที่ทำการศึกษาวิจัยเกิดการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกแรกของประเทศไทย ผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ซึ่งย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ เช่น การขาดโอกาสในการออกไปเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์หรือออกกำลังกายในที่สาธารณะ ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบการพยาบาลทางไกล จึงมีความเหมาะสมที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่บ้านได้ไม่ต้องทิ้งบทบาทหน้าที่ผู้ดูแล และอยู่ภายใต้นโยบายการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับพบงานวิจัยที่พัฒนารูปแบบการเรียนแบบออนไลน์กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ โดยใช้โปรแกรม Zoom ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น ระดับความเครียดลดลง[19]

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยใช้การพยาบาลทางไกลในการให้ความรู้และคำปรึกษารายบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาและปรับปรุงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ซึ่งหากผู้ดูแลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี อาจส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี สามารถดูแลผู้ป่วยได้เต็มความสามารถและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1.บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้สร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนเริ่มโปรแกรม ซึ่งอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทำได้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายงดเยี่ยมในหอผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้แก้ไขข้อจำกัดนี้ โดยประสานงานกับพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนัดหมายวัน เวลา และสถานที่กับผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนเข้าไปดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อีกประการหนึ่ง คือ งานวิจัยนี้ไม่ได้ออกแบบการวิจัยที่ศึกษาถึงตัวแปรด้านปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว จึงไม่สามารถอธิบายถึงผลจากตัวแปรต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวได้ รวมทั้งไม่ได้ศึกษาในแง่ของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย บุคลากรหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหน่วยงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

References

1. Secretariat Office for the National Non-Communicable Disease Plan, Non-Communicable Disease Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. National plan for the prevention and control of non-communicable diseases (2023-2027) Thailand [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 2]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf (in Thai)
2. Strategy and planning division. Public health statistics A.D. 2021 [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 27]. Available from: https://spd.moph.go.th/wpcontent/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf (in Thai)
3. Srichote W, Pitchayakoon N. Effectiveness of home-based continuing care programs on burden among caregivers of stroke patients: a systematic review and meta-analysis. Nurs J CMU 2024;51(4):146-65. (in Thai)
4. McCarthy MJ, Lyons KS, Schellinger J, Stapleton K, Bakas T. Interpersonal relationship challenges among stroke survivors and family caregivers. Soc Work Health Care 2020;59(2):91-107. doi:10.1080/00981389.2020.1714827.
5. Kokorelias KM, Lu FKT, Santos JR, Xu Y, Leung R, Cameron JI. “Caregiving is a full-time job” impacting stroke caregivers' health and well-being: a qualitative meta-synthesis. Health Soc Care Community 2020;28(2):325-40. doi:10.1111/hsc.12895.
6. Wang L, Liu J, Wu L, Zhang J, Fang H. Caregiving experiences of stroke caregivers: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. Medicine (Baltimore) 2023;102(13):e33392. doi:10.1097/MD.0000000000033392.

7. Kennedy A, Date D. Health psychology and stress management [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 2]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/358606469_Health_Psychology_Stress_Management.
8. Kavga A, Govina O, Galanis P, Kalemikerakis I, Vlachou E, Fotos N, et al. Determinants of health promotion behaviors among family caregivers of stroke survivors. Diseases 2021;9(1):1-15. doi:10.3390/diseases9010010.
9. Bakas T, McCarthy MJ, Miller EL. Systematic review of the evidence for stroke family caregiver and dyad interventions. Stroke 2022;53(8):2093-102. doi:10.1161/STROKEAHA.121.034090.
10. Homayouni A, Vasli P, Estebsari F, Nasiri M. Reducing care burden and improving adherence to health-promoting behaviors among family caregivers of patients with multiple sclerosis through a healthy lifestyle empowerment program. BMC Nurs 2022;21(1):1-12. doi:10.1186/s12912-022-00961-8.
11. Lök N, Bademli K. Pilot testing of the “first you should get stronger” program among caregivers of older adults with dementia. Arch Gerontol Geriatr 2017;68:84-9. doi:10.1016/j.archger.2016.09.006.
12. Farran CJ, Paun O, Cothran F, Etkin CD, Rajan KB, Eisenstein A, et al. Impact of an individualized physical activity intervention on improving mental health outcomes in family caregivers of persons with dementia: a randomized controlled trial. AIMS Med Sci 2016;3(1):15-31. doi:10.3934/medsci.2016.1.15.
13. Rerkluenrit J. Effect of learning-awareness-telephone-home visiting (LATH) program on health-promoting behavior among family caregivers of patients with heart failure. J Nurs Health Care 2017;35(4):61-71. (in Thai).
14. Yuan M, Srirat C, Wangsrikhun S. Caregiver burdens and perceived self-efficacy of family caregivers of stroke survivors during the COVID-19 pandemic in Chengdu, the people’s republic of China. Nurs J CMU 2023;50(4):1-13.
15. Vorarakса J, Ongiem A, Molek R, Vichitvejpaisal P. Telemedicine and telenursing: revolutionizing remote healthcare delivery. J Med Health Sci 2024;31(1):128-39. (in Thai)
16. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5th ed. New Jersey: Pearson Education; 2006.
17. Faul F. G*Power version 3.1.9.2 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 9]. Available from: https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower.
18. Chow SC, Shao J, Wang H, Lokhnygina Y. Sample size calculations in clinical research. 3rd ed. New York: Chapman and Hall/CRC; 2017.

19. Liu Y, Hughes MC, Baumbach A, Derain L. An online intervention to improve the health and well-being of informal caregivers of individuals with Alzheimer's disease: a pilot study. PEC Innov 2023;3:100229. doi:10.1016/j.pecinn.2023.100229.