

บทวิจัย

การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน*

EFFECTIVENESS OF TRANSITIONAL CARE PROGRAM FOR STROKE PATIENTS AND FAMILY CAREGIVERS FROM HOSPITAL TO HOME

สุปรีดา มั่นคง**

อุพาพิน ศิริโพธิ์งาม*** สิริรัตน์ ลีลาจรัส**

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านตามแนวคิดของเนลเลอร์ (Naylor, 2006) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลตามเกณฑ์ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 34 คู่ และกลุ่มทดลอง 40 คู่ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการดูแลตามโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแล แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย แบบประเมินความมั่นใจในการดูแล แบบประเมินความเครียดของญาติผู้ดูแล แบบประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติไคสแควร์ และสถิติที

ผลการศึกษา พบว่า ในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือนหลังจำหน่าย ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความพร้อมของญาติผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่าย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้

คำสำคัญ: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน/ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/ ญาติผู้ดูแล โรงพยาบาล/ บ้าน

ผู้รับผิดชอบหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรีดา มั่นคง

* โครงการวิจัยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to investigate the effectiveness of the transitional care program for stroke patients and family caregivers from hospital to home, using Transitional Care Model developed by Naylor (2006) as a framework. The purposive sampling in this study was composed of 34 pairs of stroke patients and caregivers (the control group) and 40 pairs of stroke patients and caregivers (the experimental group). The control group received the standard care while the experimental group received standard care plus the transitional care program. Research instruments were composed of the transitional care program and questionnaires including Demographic Data of Stroke Patient and Caregiver Questionnaire, Barthel Index of Activities of Daily Living, Preparedness Scale, Complication Questionnaire, Self-Efficacy Scale, Caregiver Stress Scale, Adaptation Scale, Mutuality Scale, Quality of Life Index, and Satisfaction Scale. Data were analyzed, using descriptive statistics, Chi-square, and t-test. The results revealed that at 1 month and 3 months after discharge, the mean scores of patient's activities of daily living, caregiver preparedness, and patient and caregiver's satisfaction in the experimental group were significantly higher than those in the control group. Moreover, at 3 months after discharge, the mean scores of caregiver adaptation and quality of life of caregivers were significantly higher than those in the control group; and the mean score of caregiver stress in the experimental group was significantly lower than that in a 1 month after discharge. Therefore, this transitional care program could be applied for caring stroke patients and their family caregivers during the transition from hospital to home.

Keywords: Transitional care/ Stroke patient/ Caregivers/ Hospital/ Home

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทยพบว่า อัตราผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมต่อประชากรแสนคน (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) เพิ่มขึ้นตามลำดับตั้งแต่ปี 2535-2555 โดยเพิ่มจาก 54.5 ต่อแสนประชากร เป็น 233.65 ต่อแสนประชากรใน ปี พ.ศ. 2555 (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2555) โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการประสาทรับสัมผัส ความจำ การสื่อสาร การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และมีผลต่อจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวัน และทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยลดลงหรือหายไป (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) เกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเองไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติต้องได้รับการช่วยเหลือส่วนใหญ่ได้รับการดูแลโดยบุคคลในครอบครัว ปัจจุบันสถานพยาบาลของรัฐที่มีอยู่สามารถรองรับได้แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอย่างเฉียบพลันเท่านั้นยังมีสถานดูแลผู้ป่วยแบบเรื้อรังให้กับประชาชน ขณะเดียวกันนโยบายทางด้านสาธารณสุขและสังคม ได้มีการส่งเสริมให้มีการดูแลในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ตนเองคุ้นเคยและช่วยลดต้นทุนในการให้บริการสุขภาพ บุคคลในครอบครัวจึงต้องเป็นบุคคลที่เข้า

มารับบทบาทเป็นผู้ดูแล (ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, 2556)

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยและผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวของผู้ป่วย (สิริรัตน์ สีลาจรัส และจริยา วิรุฬราช, 2550) โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อที่ปอดจากการสำลัก การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากแผลกดทับ ซึ่งพบได้ทุกระยะของการเจ็บป่วย (Langhorne et al., 2000) เป็นสาเหตุให้ต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (readmission) และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพจะช่วยลดความพิการส่งผลให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายดีขึ้นได้ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแล และความช่วยเหลือจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้นจัดเป็นภาระที่หนักญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล

การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เป็นช่วงระยะเวลาที่สำคัญที่ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูสภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและญาติผู้ดูแลต้องการความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และความช่วยเหลือในการปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่ของญาติผู้ดูแล เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในระยะแรก เป็นระยะที่สำคัญที่มีผลต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องให้มีคุณภาพ ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ (2556) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุสำหรับบริบทในประเทศไทย และพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาล

สู่บ้าน ประกอบด้วย การระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมาตรฐานกระบวนการวางแผนจำหน่าย และการส่งต่อ การทบทวนโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแลเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นหลักโดยมีญาติผู้ดูแลช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งอาจมองข้ามผลลัพธ์ที่ญาติผู้ดูแลไป การดูแลตนเองและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลมีส่วนสำคัญทำให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดี แต่ยังมี การกล่าวถึงกันน้อย ได้แก่ การเตรียมความพร้อม การปรับตัว ความมั่นใจ ความเครียดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลนอกจากนี้การประเมินผลลัพธ์หลังจากการสิ้นสุดโปรแกรมโดยทันที และไม่ได้มีการติดตามประเมิน อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาภายหลังได้ และญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด ไม่สามารถปรับตัวได้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยและคณะพัฒนาโปรแกรมการเปลี่ยนผ่านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ตามแนวคิดของเนลเลอร์ (Naylor, 2006) นอกจากให้ความรู้และฝึกทักษะดังกล่าวเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยังให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล การจัดการความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยและการปรับตัวในขณะที่ทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง และสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

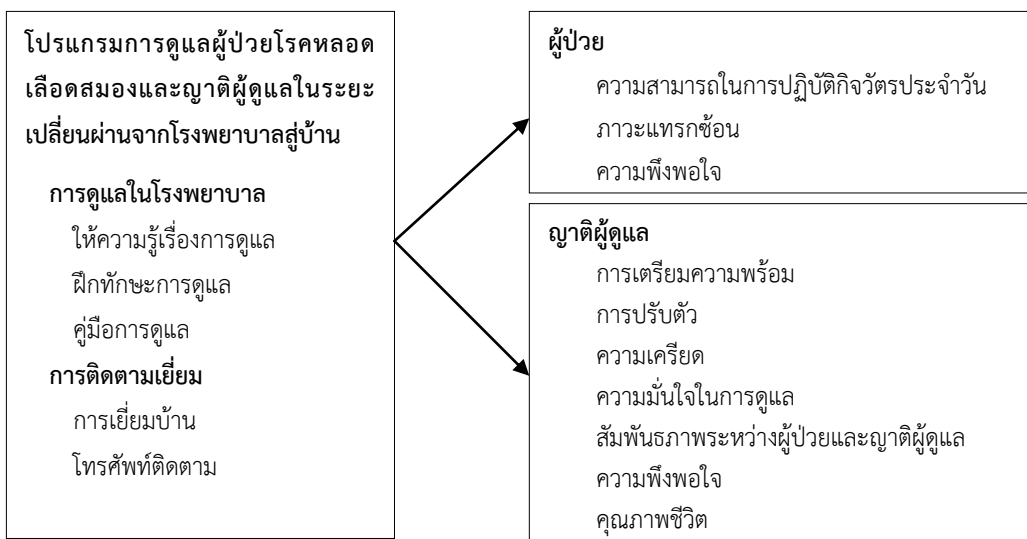
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ (Naylor, 2006) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ (Naylor, 2006) ให้ความสำคัญกับช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านว่าเป็นช่วงวิกฤตลักษณะของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย 1) การประเมินอย่างสมบูรณ์แบบเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ การรู้คิดและการทำหน้าที่ รวมทั้งสังคมและสิ่งแวดล้อม 2) นำแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่อาศัยหลักฐานที่เชื่อถือได้ไปปฏิบัติ 3) การดูแลเริ่มตั้งแต่รับไว้รักษาและต่อเนื่องไปถึงบ้านและติดตามเยี่ยมและโทรศัพท์ติดตาม 4) สร้างกลไกที่จะได้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และสถาบันที่รับส่งต่อ และ 5) การ

ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและเมื่อออกจากโรงพยาบาล

ผู้วิจัยและคณะพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยเน้นบทบาทของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และผู้วิจัย เพื่อให้มีการจัดการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลแต่ละราย โดยมีกิจกรรมการดูแลในโรงพยาบาล และการติดตามเยี่ยมทั้งที่บ้านและทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ ส่วนญาติผู้ดูแลมีความพร้อมและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน สามารถจัดการความเครียดที่เกิดจากการดูแล ปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่ของผู้ดูแล เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล มีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลที่มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดนนทบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันเป็นครั้งแรก 2) มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ค่าคะแนนระหว่าง 9-26 คะแนน 3) สามารถสื่อสารได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยการลงชื่อ เกณฑ์คัดเข้าญาติผู้ดูแล ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง 3) ไม่เคยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยการลงชื่อ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการศึกษ และ 2) ไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังจำหน่าย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตารางประมาณขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 ระดับอำนาจในการวิเคราะห์ 0.80 และประมาณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง (Medium effect size) และใช้ตารางประมาณขนาดตัวอย่างของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 87 ราย เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของค่าที่คำนวณได้ รวมเป็น 96 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 48 รายและกลุ่มทดลอง 48 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ประกอบด้วย ระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยติดตาม 1 และ 3 เดือนหลังจำหน่าย จัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล เริ่มกิจกรรมตั้งแต่ 48 ชั่วโมงแรกของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการค้นหาญาติผู้ดูแลให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม มีการเตรียมพร้อมผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที ในด้านความรู้และทักษะในการดูแลและฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย โดยมีแผนการสอน คู่มือสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเรื่องการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน คู่มือสำหรับญาติผู้ดูแล เรื่อง ความสำคัญของญาติผู้ดูแลและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถจัดการความเครียดจากการดูแล ปรับตัวด้านต่างๆ ในขณะที่ทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีการติดตามที่บ้าน 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ครั้งแรกภายใน 72 ชั่วโมงหลังจำหน่าย เดือนที่ 2 และ 3 หลังจำหน่าย ตามลำดับ เพื่อประเมินกิจกรรมการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และการปรับตัวเข้ากับบทบาทญาติผู้ดูแลที่บ้านรวมทั้งสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และติดตามทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 15 นาที เพื่อติดตามสอบถามอาการของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลตามความเหมาะสม

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล และภาวะสุขภาพ และข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การเป็นหัวหน้าครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การมีผู้ช่วยผู้ดูแล และภาวะสุขภาพ

2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ใช้ในการวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย แบบประเมินพัฒนา โดย มาร์โฮนีและบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเคลื่อนที่ การแต่งตัว การอาบน้ำ การทำความสะอาดสุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องส้วมหรือกระโถน การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และการขึ้นลงบันได ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ฉบับที่แปลเป็นไทยโดยชวลี เข็มวงษ์ (2538, อ้างถึงใน ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, 2539) ปรับทอน คะแนนลงเหลือคะแนนเต็ม 40 การแปลผล 0-8 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เอง 9-17 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมได้น้อย 18-26 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมได้ปานกลาง 27- 35 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมได้เองเป็นส่วนใหญ่ และคะแนน 36 หมายถึง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ด้วยตนเอง

3) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนใช้สำหรับประเมินผู้ป่วยว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ ได้แก่ แบบประเมินภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) แบบประเมินการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) ซึ่งประเมินตามเกณฑ์ Centers of Disease Control and Prevention (CDC, 2013) และแบบประเมิน Staging ของแผลกดทับตามเกณฑ์ National Pressure Ulcer Advisory Panel: NPUAP (2007)

4) แบบประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแล (Preparedness Scale) ใช้สำหรับประเมินความพร้อม ของญาติในการดูแลผู้ป่วยสร้างขึ้นโดย อาร์ชโบล และสจิวต์ (Archbold & Stewart, 1986) แปลเป็นภาษาไทยโดย วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ (Wirojratana, 2002) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบลิเกิต (Likert Scale) มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 32 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมาก

5) แบบประเมินความมั่นใจในการดูแล ใช้สำหรับประเมินความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัย และคณะ ปรับข้อคำถามที่แสดงความมั่นใจในการดูแล ให้สอดคล้องกับแบบประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อคะแนนรวมสูงสุด 32 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมาก

6) แบบประเมินความเครียดของญาติผู้ดูแล ใช้ประเมินความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยพัฒนาขึ้นโดย ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์(2549) จำนวน 34 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรมอารมณ์ ด้านความคิด ความจำ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการจัดหาและจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแล ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม ตั้งแต่ 34-170 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงญาติผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยมาก

7) แบบประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ใช้ประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาขึ้นโดยชูชื่น ชิวพูนผล (2541) ตามกรอบแนวคิดของ Roy Adaptation Model จำนวน 39 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวทางด้านร่างกาย 10 ข้อ ด้านอัตมโนทัศน์ 9 ข้อ ด้านบทบาทหน้าที่ 10 ข้อ และด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน 10 ข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5

ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 39-195 คะแนน
คะแนนสูง หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวดี

8) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย (Mutuality Scale) ใช้สอบถามญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย สร้างขึ้นโดยอาร์ชโบลด์และสจิวต์ (Archbold & Stewart, 1986) แปลเป็นภาษาไทย โดย วิราพรพรรณ วิโรจรัตน์ (Wirojratana, 2002) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 60 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย

9) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (Quality of life index) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย สร้างโดยเฟอร์แรนส์และเพาเวอร์ (Ferrans & Powers, 1985) จำนวน 32 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินที่ สมฤดี สิทธิมงคล (2541, อ้างถึงใน ยุพาพินศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2542) นำมาปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมและสอดคล้องกับเนื้อหาในการปรับตัวทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านพึงพอใจ ในแต่ละข้อคำถามประกอบด้วย การให้ความสำคัญและความพึงพอใจ คิดคะแนนตามเกณฑ์ของเฟอร์แรนส์และเพาเวอร์ (Ferrans & Powers, 1985) คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน และโดยรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

10) แบบประเมินความพึงพอใจเป็นแบบวัดซึ่งมันโร และคณะ (Munro et al., 1994) ปรับจากแบบวัดความพึงพอใจของลาโมนิกา (LaMonica-Oberst Patient Satisfaction Scale: LOPSS) มีข้อคำถาม 28 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 14 ข้อ และเชิงลบ 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบลิเกิต (Likert scale) มีค่าคะแนน 1 ถึง 5 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 140 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง พึงพอใจมาก ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ฉบับที่

รัมภ์รดา อินทร แปลเป็นไทยและชวลี แยม่วงษ์ (2538, อ้างถึงใน ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, 2539) นำมาปรับภาษาและนำมาใช้ในการประเมินความพึงพอใจทั้งของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโปรแกรมฯ คู่มือการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเรื่องความสำคัญของญาติผู้ดูแลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล แผนการสอนตามเนื้อหาและแบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแลความมั่นใจในการดูแล ความเครียดของญาติผู้ดูแล การปรับตัวของญาติผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ 0.87, 0.91, 0.91, 0.79, 0.86, 0.97, 0.91, และ 0.91 ตามลำดับ และใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ 0.88, 0.92, 0.91, 0.85, 0.91, 0.96, 0.94, และ 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2556/208 และคณะกรรมการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เลขที่ 9/2556 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษาโดยละเอียด

และเข้าร่วมด้วยความสมัครใจพร้อมลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ผลการศึกษาถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบ แล้วเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเวลาเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในกลุ่มทดลองตามลำดับ ในระยะก่อนออกจากโรงพยาบาล ผู้ช่วยวิจัยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแล ผู้ช่วยวิจัยติดตามประเมินผลที่บ้านในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ช่วยวิจัยประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจ ประเมินญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความพร้อมของญาติผู้ดูแลความเครียดของญาติผู้ดูแล การปรับตัวของญาติผู้ดูแล และความพึงพอใจผู้วิจัยติดตามในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจ ประเมินญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความพร้อมของญาติผู้ดูแล ความมั่นใจในการดูแล ความเครียดของญาติผู้ดูแล การปรับตัวของญาติผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลังสิ้นสุดการทดลองกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและคู่มือการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล แสดงด้วยจำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ข้อมูลที่เป็นมาตราชนาม บัญญัติทดสอบด้วยไคสแควร์ (Chi-square test) มาตราอันตรภาคด้วยสถิติที (Independent t test)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในช่วงก่อนจำหน่าย 1 เดือนหลังจำหน่าย และ 3 เดือนหลังจำหน่าย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที (Independent t test)

3. เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่ายด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมของญาติผู้ดูแล ความเครียดของญาติผู้ดูแล การปรับตัวของญาติผู้ดูแล ความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที (Independent t test)

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมของญาติผู้ดูแล ความมั่นใจในการดูแล ความเครียดของญาติผู้ดูแล การปรับตัวของญาติผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย (Mutuality) ความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที (Independent t test)

6. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมของญาติผู้ดูแล ความเครียดของญาติผู้ดูแล การปรับตัวของญาติผู้ดูแลภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที (Paired t test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 จำนวนทั้งหมด 96 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 48 คู่ กลุ่มทดลอง 48 คู่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ในระยะติดตามผลมีผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่สูญหายไม่สามารถติดตามได้จำนวน 22 คู่ เป็นกลุ่มควบคุม 14 คู่ กลุ่มทดลอง 8 คู่ คิดเป็นร้อยละ 29 และร้อยละ 16.6 ตามลำดับในการศึกษานี้จึงมีผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจำนวน 74 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 34 คู่ และกลุ่มทดลอง 40 คู่ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่สูญหายและกลุ่มที่คงอยู่ในการศึกษานี้ พบว่าไม่แตกต่างกันในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ การเป็นผู้ปกครองครัว รายได้ และภาวะสุขภาพ

กลุ่มควบคุม

กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 34 ราย เพศชายจำนวน 19 ราย (ร้อยละ 55.88) มีอายุเฉลี่ย 63.32 ปี (SD =13.52, Range 27-88) สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 55.88) ด้านการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับประถมศึกษาขึ้นไปจำนวน 30 ราย (ร้อยละ 88.23) ด้านการประกอบอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 52.94) ไม่ได้รับบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 67.64) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอจำนวน 31 ราย (ร้อยละ 55.88) สิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 48.44) มีโรคประจำตัว จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 58.82) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความ

สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขณะแรกรับเท่ากับ 17.12 คะแนน (SD = 3.65) หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้น้อย ระยะเวลาดเฉลี่ยของการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เท่ากับ 3.68 วัน (SD = 1.06)

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล จำนวน 34 ราย เป็นเพศหญิง จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 76.47) มีอายุเฉลี่ย 42.82 ปี (SD =15.38, Range19-72) สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 67.65) ระดับการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป 32 ราย (ร้อยละ 94.12) ญาติผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ 19 ราย (ร้อยละ 76.47) มีรายได้พอเพียง จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 82.35) มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยจำนวน 17 ราย (ร้อยละ 50) ด้านภาวะสุขภาพพบว่า ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 58.82) และในการดูแลผู้ป่วยพบว่าญาติผู้ดูแลมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย 17 ราย (ร้อยละ 50)

กลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 ราย เป็นเพศชาย 22 ราย (ร้อยละ 55) มีอายุเฉลี่ย 64.32 ปี (SD =10.06, Range 42-84) สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 70) ด้านการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับประถมศึกษาขึ้นไปจำนวน 38 ราย (ร้อยละ 95) ด้านการประกอบอาชีพพบว่าไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 72.5) ไม่ได้รับบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวจำนวน 34 ราย (ร้อยละ 85) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอจำนวน 39 ราย (ร้อยละ 97.5) สิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 82.5) มีโรคประจำตัว จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 72.5) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขณะแรกรับ เท่ากับ 16.70 คะแนน (SD = 3.41) หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้น้อย ระยะเวลาดเฉลี่ยของการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เท่ากับ 4.10 วัน (SD = 1.33)

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล จำนวน 40 ราย เป็นเพศหญิง 30 ราย (ร้อยละ 75) มีอายุเฉลี่ย 41.53 ปี (SD =12.82, Range 19-71) สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 80) ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษาขึ้นไปจำนวน 38 ราย (ร้อยละ 95) การประกอบอาชีพพบว่าไม่ได้ทำงาน จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 52.5) ความเพียงพอรายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่พอเพียง จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 82.5) ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 47.5) ด้านภาวะสุขภาพพบว่าไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 72.5) และในการดูแลผู้ป่วยพบว่าญาติผู้ดูแลมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 60)

ผู้วิจัยได้ทดสอบความแตกต่างของคุณลักษณะสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้ ตัวแปรคุณลักษณะสำคัญด้านผู้ป่วย 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขณะแรกรับ ตัวแปรคุณลักษณะสำคัญด้านญาติผู้ดูแล 4 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ การมีผู้ช่วยเหลือ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะสำคัญไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ยกเว้นการมีผู้ช่วยเหลือ ญาติผู้ดูแล ในกลุ่มทดลองมีผู้ช่วยเหลือมากกว่าญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.636, p\text{-value} = 0.018$)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา

ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติที่ ด้วยการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลทุกตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ตัวแปรทั้งหมดมีการแจกแจงปกติ ตัวแปรที่ศึกษาด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจ ตัวแปรที่ศึกษาด้านญาติผู้ดูแล ได้แก่ การเตรียมความ

พร้อม ความเครียด การปรับตัว ความมั่นใจในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ ส่วนภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดีกว่า

ภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะปอดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ ในระยะเวลา 1 และ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่มีข้อสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล 3 ราย ด้วย recurrent stroke มีอาการแขน ขาอ่อนแรง

ความพึงพอใจของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยในระยะ 1 เดือนและ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแล

ความพร้อมของญาติผู้ดูแล เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนออกจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test พบว่าไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลในระยะ 1

เดือน และ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่าง 1 เดือน และ 3 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยสถิติ paired t-test พบว่าในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ในกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.276$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยในช่วง 3 เดือนหลังจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลน้อยกว่า 1 เดือนหลังจำหน่าย แสดงว่าเมื่อระยะเวลาหลังจำหน่ายนานขึ้นญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมมีความเตรียมพร้อมน้อยลง

ความเครียดของญาติผู้ดูแล เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติผู้ดูแลในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ independent t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติผู้ดูแลในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ($M = 13.25$, $SD = 4.77$) มากกว่าในกลุ่มควบคุม ($M = 10.79$, $SD = 5.36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในกิจกรรมด้านพฤติกรรม อารมณ์ ($t = -2.40$, $p\text{-value} = 0.019$) และด้านความคิดความจำ ($t = -2.97$, $p\text{-value} = 0.004$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติผู้ดูแลในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test

พบว่าไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบความเครียดของญาติผู้ดูแลภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่าง 1 เดือน และ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.262$, $p\text{-value} < 0.001$) ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในระยะ 3 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาลน้อยกว่าความเครียดในระยะ 1 เดือน แสดงว่าญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความเครียดน้อยลงในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่าย

การปรับตัว เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2 แสดงว่าญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่าย เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่าง 1 เดือน และ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้สถิติ paired t-test พบว่าการปรับตัวภายในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ภายในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 34.21$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยในช่วง 3 เดือนหลังจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลน้อยกว่า 1 เดือนหลังจำหน่าย แสดงว่าเมื่อระยะเวลาผ่านไปนานขึ้นญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมปรับตัวได้น้อยลง

ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

คุณภาพชีวิต เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะ 3 เดือน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $< .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในการดูแลและสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย (Mutuality) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่าย พบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

การอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีคุณลักษณะด้านอายุและโรคประจำตัวใกล้เคียงกับการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไช้มนในเลือดสูง (นพวรรณ ผ่องใส, 2552; อุษณีย์ น้อยนระกุล, 2552) ส่วนกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คุณลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Family Caregiver Association Survey, 2000 อ้างใน รัชณี สรรเสริญ, 2551) และในประเทศไทย (จรรยาภรณ์ ป้องเจริญ, 2551; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่เป็นบุตรสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย (ประกอบพร ทิมทอง, 2551; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ซึ่งแตกต่างจากการ

ศึกษาในต่างประเทศที่พบญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส (National Family Caregiver Association Survey, 2000 อ้างใน รัชณี สรรเสริญ, 2551)

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ตามแนวคิดของเนลเลอร์ (Naylor, 2006) เน้นการดูแลตั้งแต่รับไว้รักษาและต่อเนื่องไปถึงบ้านและติดตามเยี่ยมและโทรศัพท์ติดตาม พบว่า ในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือนหลังจำหน่าย ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความพร้อมของญาติผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่าย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ใช้สามารถช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แต่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง และมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนสามารถเกิดได้ทุกระยะของการเจ็บป่วย (Langhorne et al., 2000) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ในระยะแรกต้องการความช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแลจนกระทั่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด

ผู้ป่วยในการศึกษารั้งนี้มีระยะเวลาเฉลี่ยในโรงพยาบาล 3-4 วัน ผู้ป่วยต้องกลับไปฟื้นฟูที่บ้าน โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้เน้นความสำคัญของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องไปที่บ้าน มีผู้วิจัยเป็น

แหล่งสนับสนุนในด้านความรู้ การฝึกทักษะ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีการติดตามดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สิ่งสำคัญ ซึ่งการติดตามเยี่ยมบ้านมีส่วนช่วยแนะนำเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรอย่างปลอดภัยภายใต้ข้อจำกัดของสภาพแวดล้อมที่บ้านในผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งการติดตามเยี่ยมบ้านในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ เช่น เชือก ไม้ เพื่อนำมาใช้ในการฟื้นฟูสภาพ ช่วยให้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสะดวกขึ้น ซึ่งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการใช้อุปกรณ์ เหล่านั้นให้มีความปลอดภัย นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถหาความรู้ และแหล่งประโยชน์ที่มาช่วยในการดูแลที่บ้านได้จากคู่มือสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเนื้อหา สอดคล้องกับความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำไปใช้ที่บ้านได้ การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดและ ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลที่บ้านอย่าง ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแล (สุปรिता มั่นคง และคณะ, 2550) และกิจกรรมการติดตามเพื่อให้ การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามทาง โทรศัพท์ (นพวรรณ ผ่องใส, 2552; Naylor et al., 2011; Naylor et al., 2004; Naylor & Keating, 2008) เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ จากการเจ็บป่วยและช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น

ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ญาติผู้ดูแลในการศึกษานี้เป็นญาติผู้ดูแลใหม่ ไม่เคยดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน โดยเฉพาะในช่วงกลับจากโรงพยาบาลในระยะ 2 อาทิตย์แรกถึง 1 เดือน

ถือเป็นระยะเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ญาติผู้ดูแลรู้สึกขลุกขลักในการจัดการดูแลผู้ป่วยและปรับบทบาทของการเป็นญาติผู้ดูแลที่บ้าน (ประคอง อินทรสมบัติและคณะ, 2556) ญาติผู้ดูแลในการศึกษานี้เป็นญาติผู้ดูแลใหม่ที่ไม่เคยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ต้องเรียนรู้และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ร่วมกับปรับตัวกับบทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งยังต้องทำงานเพื่อหารายได้ จึงต้องปรับตัวต่อบทบาทหลายอย่างในเวลาเดียวกัน จากผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง มีกิจกรรมที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งภาระงานที่มาก ทำให้เกิดความเครียดได้มาก โดยเฉพาะการดูแลด้านพฤติกรรม อารมณ์ และด้านความคิด ความจำซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กิจกรรมดังกล่าวญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ ไม่สามารถวางแผนในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งกิจกรรมการดูแลด้านพฤติกรรม ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้มากกว่ากิจกรรมการดูแลด้านอื่นๆ(ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) อย่างไรก็ตามในการ ศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลองมีการจัดการความเครียดที่ดีขึ้นใน ระยะ 3 เดือนหลังจำหน่ายเมื่อเปรียบเทียบกับระยะ 1 เดือนหลังจำหน่าย และในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่ายมีการปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการติดตามเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์เป็นแหล่งสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยต้องปรับเวลาการติดตามทางโทรศัพท์ให้เหมาะสมกับญาติผู้ดูแลเป็นรายบุคคลในการศึกษาคั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น เริ่มปรับตัวได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ (2556) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูลในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

เนื่องจากผู้ป่วยต้องฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย ญาติผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งการมีเจ้าหน้าที่พยาบาล ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการได้ สร้างความมั่นใจให้แก่ญาติผู้ดูแลที่บ้าน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วางแผนจำหน่าย จนถึง การติดตามหลังจำหน่ายเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อญาติผู้ดูแล (Grant et al., 2002; Shyu et al., 2008)

การศึกษาที่ผ่านมาก่อนหน้านี้เมื่อพิจารณาที่โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไปที่ ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจะเน้นผลลัพธ์ที่ตัวผู้ป่วย เช่น การฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นการสอนญาติผู้ดูแลให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลก็มีความต้องการการดูแลเช่นกัน ซึ่งโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากเน้นผลลัพธ์ที่ตัวผู้ป่วยแล้วยังเน้นผลลัพธ์ที่ญาติผู้ดูแล ได้เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทญาติผู้ดูแล การดูแลตนเองในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเอง สามารถจัดการกับความเครียด ปรับตัวกับบทบาทญาติผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ ซึ่งญาติผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ได้จากคู่มือเรื่องความสำคัญของญาติผู้ดูแลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล

จากบริบทการดูแลที่แตกต่างกันในเบื้องต้นที่ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีผู้ช่วยเหลือดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาในประเด็นดังกล่าว การมีผู้ช่วยเหลือ นับว่าเป็นแหล่งสนับสนุนในการดูแลให้กับญาติผู้ดูแล แต่ในบางรายญาติผู้ดูแลและผู้ช่วยผู้ดูแล อาจขัดแย้งกันในเรื่องของการดูแล ดังนั้นการมีผู้ช่วยเหลืออาจมีทั้งส่วนช่วยสนับสนุนและเป็นอุปสรรคในการดูแล จากผลการศึกษาในครั้งนี้ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

เพิ่มความพร้อม ช่วยลดความเครียด และส่งผลต่อการปรับตัว ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัว ต้องมีการประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ซึ่งโปรแกรมการดูแลที่ผ่านมามุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ตัวผู้ป่วยเป็นหลัก โดยญาติเข้ามามีส่วนร่วม เน้นการให้ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ โปรแกรมนี้แตกต่างจากโปรแกรมการศึกษาที่ผ่านมา ได้เน้นให้เห็นความสำคัญของการดูแล การปรับตัวเข้ากับบทบาท การจัดการกับความเครียดและการดูแลตนเองในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย โปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ในคลินิกเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน มีการจัดการความเครียดและปรับตัวเข้ากับบทบาทญาติผู้ดูแล มีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับการช่วยเหลือตนเองได้ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยเหลือตนเองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อให้ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในโปรแกรม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

อัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 22.9 แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม ร้อยละ 29 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 16.6 เนื่องจากภาวะของโรค ผู้ป่วยและภาวะทางด้านสังคมของผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลที่มีการย้ายถิ่นฐานและจากการประกอบอาชีพของผู้ดูแล ทำให้มีการสูญหายหลัง

จำหน่ายจากออกจากโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงในการศึกษาติดตามประเมินผลระยะยาว ในครั้งต่อไป นอกจากนี้ ความถี่ของกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ สามารถปรับได้ตามความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย และความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม (n = 34) และกลุ่มทดลอง (n = 40)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 34)		กลุ่มทดลอง (n = 40)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน						
แรกรับ	17.12	3.65	16.70	3.41	.508	.613
1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	28.88	3.97	34.10	2.16	-6.854	<0.001
3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	27.79	6.29	35.50	1.62	-6.951	<0.001
ความพึงพอใจ						
1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	108.91	13.47	119.85	11.34	-3.794	<0.001
3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	107.35	13.41	121.55	12.79	-4.653	<0.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม (n = 34) และกลุ่มทดลอง (n = 40)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 34)		กลุ่มทดลอง (n = 40)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความพร้อมในการดูแล						
ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	21.29	5.57	22.30	4.97	-.821	0.414
1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	27.62	5.31	31.68	4.21	-3.595	0.001
3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	24.79	4.43	30.02	3.18	-5.740	<0.001
ความเครียด						
1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	37.93	7.96	43.50	9.18	-2.626	0.011
3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	39.91	8.99	36.62	4.65	1.925	0.060

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม (n = 34) และกลุ่มทดลอง (n = 40) (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 34)		กลุ่มทดลอง (n = 40)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การปรับตัว						
1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	169.00	12.72	157.85	15.34	3.367	0.001
3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	131.50	13.22	158.32	15.72	-7.863	<0.001
ความพึงพอใจ						
1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	108.50	13.95	117.60	14.14	-2.775	0.007
3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	108.29	13.72	118.08	11.62	-3.322	0.001
ความมั่นใจในการดูแล						
3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	25.06	4.71	25.78	3.49	-0.732	0.467
สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย						
3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	40.94	10.78	45.92	12.35	-1.833	0.071
คุณภาพชีวิต						
3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	23.64	2.34	24.86	2.53	-2.141	0.036

เอกสารอ้างอิง

จรรยาฤกษ์ ป้องเจริญ, และจันทร์ฉาย มณีวงษ์. (2551). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้านในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 2*(1), 58-70.

ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. ดุษฎีนิพนธ์พยาบาลศาสตร ดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นพวรรณ ผ่องใส. (2552). *ผลการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บก.). (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

ประกอบพร ทิมทอง. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ประคอง อินทรสมบัติ, ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สิริรินทร์ ฉันทสิริกาญจน, ขวาลี แยมวงษ์, และสุวรรณี มหาภายนันท์. (2539). ผลของการให้ผู้ป่วย และญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ ความผาสุก ภาวะแทรกซ้อน และจำนวน วันที่อยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการ พยาบาลที่ได้รับ. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 2(3), 4-15.
- ประคอง อินทรสมบัติ, สุปรีดา มั่นคง, สมทรง จุไรทัศน์ย์, สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, วิลาวัลย์ ประสารอริคม, ปาริชาติ พรสวัสดิ์ชัย, และ นิชชิตา เสรีวิชัยสวัสดิ์. (2556). การดูแล ผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลอย่าง ครบวงจรและต่อเนื่อง: การดูแลระยะ เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 19(2), 194-205.
- ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาศิษย์ พยาบาลสาร*, 2(1), 84-93.
- ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรรณวดี พุทธวัฒน์, และ สมฤดี สิทธิมงคล. (2542). ความต้องการ ในการดูแลของผู้สูงอายุความเครียด และ การเผชิญความเครียด. *วารสารวิจัย ทางการพยาบาล*, 4(1), 251-268.
- รัชณี สรรเสริญ. (2551). ญาติผู้ดูแล: ชุมพลัง ทวีคูณการดูแลสุขภาพที่บ้าน. *วารสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(3), 1-11.
- ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2549). *ความเครียด การเผชิญกับความเครียด และแรงบันดาลใจ ทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่สมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริรัตน์ สีสัจรัส, และจรรยา วิรุฬราช. (2550). โรคหลอดเลือดสมอง: การให้การพยาบาล และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย. *วารสารพยาบาล สาธารณสุข*, 21(3), 80-93.
- สุปรีดา มั่นคง, สายพร รัตนเรืองวัฒนา, เปรมฤดี ปองมงคล, จีรภั สุนทรกุล ณ ชลบุรี, ลัดดา พูนผลทรัพย์, และศยามล ตี๋ยง. (2550). การพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดและการ เตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 13(3), 369-388.
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2555). *แนวโน้มสุขภาพ อัตราผู้ป่วยใน หลอดเลือดสมอง*. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 29 มีนาคม 2559, จาก Website: <http://www.hiso.or.th/hiso/visualize/Series.php?v=v268>
- อุษณีย์ น้อยนะวะกุล, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, สุวิมล กิมปี, และวิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิมานิช. (2552). ผลของโปรแกรมการเดินออกกำลัง กายต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเองและ ความทนทานในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(4), 45-53.
- Archbold, P. G., & Stewart, B. J. (1986). *Family Caregiving Inventory*. Unpublished manuscript. Oregon Health Science University, School of Nursing, Department of Family Nursing, Portland.

- Centers of Disease Control and Prevention.(2013). *HAI Definitions*. Retrieved May 22, 2013, from <http://www.cdc.gov/>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ferrans, C. R., & Powers, M. J. (1985). Quality of Life Index: Development and psychometric properties. *Advanced in Nursing Science, 8*(1), 15-24.
- Grant, J. S., Elliott, T. R., Weaver, M., Bartolucci, A. A., & Giger, J. N. (2002). Telephone intervention with family caregiver of stroke survivor after rehabilitation. *Stroke, 33*, 2060-2065.
- Langhorne, P., Stott, D. J., Robertson, L., MacDonald, J., Jones, L., McAlpine, C., et al. (2000). Medical complications after stroke: A multicenter study. *Stroke, 31*(6), 1223-1229.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 14*, 61-65.
- Munro, B. H., Jacobson, B. S., & Broothen, D. A. (1994). Re-examination of the psychometric characteristics of The LaMonica Oberst Patient Satisfaction Scale. *Research in Nursing and Health, 17*, 119-125.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2007). *NPUAP Pressure Ulcer Stages/Categories*. Retrieved May 22, 2013, from <http://www.npuap.org/>
- Naylor, M. D. (2006). Transitional care: A critical dimension of the home healthcare quality agenda. *Journal of Healthcare Quality, 28*(1), 48-54.
- Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Old D. M., & Hirschman, K.B. (2011). The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs, 30*(4), 746-754.
- Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, & Schwartz, J. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 52*(5), 675-684.
- Naylor, M. D., & Keating, S. K. (2008). Transitional Care: Movement from one care setting to another. *American Journal of Nursing, 108*(S9), 58-63.
- Shyu, Y. L., Chen, M., Chen, S., Wang, H., & Shao, J. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 2497-2508.
- Wirojratana, V. (2002). *Development of the Thai Family Care Inventory*. Unpublished doctoral dissertation, Oregon Health & Science University, Portland, USA.