วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ผลของโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล[1]

EFFECTS OF TRANSITIONAL CARE PROGRAM FOR STROKE PATIENTS ON FAMILY CAREGIVER'S READINESS AND BURDEN

ภาสิกา กิมหงษ์[2] ดวงกมล วัตราดุลย์[3,*] อรอุมา ชุติเนตร[4]
Pasika Kimhong Duangkamol Wattradul Aurauma Chutinet

[1]ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย และได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนักศึกษา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
Part of Master Degree, Thesis of Nursing Science, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing
This research was funded by Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing.

[2]นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Graduated student in the Degree of Master of Nursing Science, Department of Adult and Gerontological Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Prathumwan, Bangkok, 10330, Thailand
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต อำเภอเมือง ปทุมธานี 12000
Assistant Professor, APN, D.N.S., Faculty of nursing, Rangsit University, Mueang Pathumthani District, Pathumthani, 12000, Thailand
[4]รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) แพทย์หญิง ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร แห่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Associate Professor, Aurauma Chutinet, MD, Chulalongkorn Stroke Center, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Pathumwan, Bangkok, 10330, Thailand
[*]Corresponding author E-mail: duangkamol.w@rsu.ac.th

Received: *November 20, 2023* Revised: *April 25, 2024* Accepted: *May 14, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล ตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทำการคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มควบคุม (n = 28) ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง (n = 28) ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านขณะอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นเวลา 6 สัปดาห์ สื่อการสอนญาติผู้ดูแล คือบัญชีทางการของไลน์ ประกอบด้วยวีดิทัศน์และอินโฟกราฟฟิก 5 เรื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล และแบบสอบถามภาระในการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ไคสแควร์ และสถิติที

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมของญาติผู้ดูแลหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -14.00, p = .00) คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -29.86, p = .00) คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 12.32, p = .00) คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (t = 26.38, p = .00) ดังนั้น พยาบาลควรนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านและบัญชีทางการของไลน์ที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้เพื่อส่งเสริมความพร้อมในการดูแลให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำสำคัญ : ความพร้อม, ญาติผู้ดูแล, โปรแกรมดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ภาระในการดูแล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of the transitional care program for stroke patients on family caregivers' readiness and burden. The sample consisted of family caregivers of stroke patients admitted to King Chulalongkorn Memorial Hospital, the Thai Red Cross Society. Purposive sampling was used to select subjects. The control group (n = 28) received routine nursing care, while the experimental group (n = 28) received routine nursing care along with the transitional care program for seven consecutive days during hospitalization, followed by six weeks of continuous follow-up phone visits after discharge. Caregivers were provided with teaching material through the LINE official account, consisting of video clips and five infographics. Data were collected using questionnaires for the family caregiver's readiness, and the family caregiver's burden. Descriptive statistics, Chi-square tests, and t-tests were employed for data analysis.

The results revealed that the mean score of family caregivers' readiness after the experiment in the experimental group was significantly higher than that of the control group (t = -14.00, p = .00). Additionally, the mean score of family caregivers' readiness after the experiment in the experimental group was significantly higher than that before the experiment (t = -29.86, p = .00). Moreover, the mean score of family caregivers' burden after the experiment in the experimental group was significantly lower than that of the control group (t = 12.32, p = .00), and lower than that before the experiment (t = 26.38, p = .00). Therefore, nurses are encouraged to utilize the transitional care program and the LINE official account to enhance the readiness of stroke patients' family caregivers.

Keywords: readiness, family caregiver, transitional care program, stroke patients, burden

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการเป็นอันดับ 3 และอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของโลก ในปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 143 ล้านคน พบเป็นเพศชายประมาณ 77 ล้านคน และเพศหญิงประมาณ 66 ล้านคน โดยพบอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เท่ากับ 96.4 และ 73.5 ตามลำดับ (World Stroke Organization, 2022)

และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) โดยสถิติปี พ.ศ. 2560 - 2563 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราการตายเท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (Public Health Statistics, 2020)

ผลกระทบหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาจทำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และอาจมีความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม

อย่างไรก็ตามในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมักประสบปัญหาต่าง ๆ ญาติผู้ดูแลขาดความพร้อม โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีนโยบายการวางแผนจำหน่ายให้เร็วที่สุด โดยกระบวนการจะเริ่มทันทีที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล (Srisakhot, Kuleelung, Aungvanit, Sondos, & Sriruksa, 2022) ทำให้ระยะเวลาในการเตรียมผู้ดูแลสั้นลง เมื่อมีการวางแผนเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลมักให้เหตุผลว่ายังไม่พร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยคือภาระหนักและเกิดความเครียด เนื่องจากต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (Junsiri, 2021)

ภาระของญาติผู้ดูแลจะลดลงได้ หากมีการเตรียมพร้อมที่ดี ซึ่งการเตรียมพร้อมสามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การสอน การให้ความรู้ การสาธิตฝึกทักษะ ก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเตรียมพร้อมที่ดีของญาติผู้ดูแลเป็นการประเมินการรับรู้ในด้านภาระหน้าที่การดูแลในบทบาทญาติผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการปัญหา และความเครียดที่เกิดมาจากการรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลได้เหมาะสม (Schumaker, Stewart, & Archbold, 2008)

จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่ามีผู้ป่วยมารับการรักษา 825 รายในปี พ.ศ.2564 และ 843 ราย ในปี พ.ศ.2565 มีจำนวนเตียงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วย 17 เตียง (King Chulalongkorn Memorial Hospital Stroke Unit, Thai Red Cross Society, 2023) ดังนั้นขณะผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนพ้นระยะวิกฤต มีอาการคงที่และเข้าสู่ระยะฟื้นฟู แพทย์จะวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด เพื่อเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงรับผู้ป่วย โดยมีอัตราการครองเตียง (length of stay: LOS) เท่ากับ 4.96 วัน

งานวิจัยที่ผ่านมาโปรแกรมที่ใช้สอนญาติผู้ดูแลมุ่งเน้นที่การให้ความรู้และฝึกทักษะให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่ได้ให้ความสำคัญในการดูแลด้านจิตใจของญาติผู้ดูแลควบคู่ไปด้วย ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีด้านการสื่อสารมีความก้าวหน้าอย่างมาก ประชาชนส่วนใหญ่มีสมาร์ทโฟนใช้ สามารถหาข้อมูลความรู้ออนไลน์ได้ตลอดเวลาทำให้เข้าถึงระบบสุขภาพได้ง่ายมากขึ้น และสอดคล้องกับสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยังไม่หายไปจากสังคมและยังคงดำรงอยู่ บุคคลจำเป็นต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จากการทบทวนงานวิจัยผู้วิจัยยังไม่พบการนำบัญชีทางการของไลน์ (LINE Official Account หรือ LINE OA) มาใช้เป็นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับญาติผู้ดูแล นอกจากนี้การประเมินผลลัพธ์ในการดูแลมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วย

มากกว่าการเตรียมพร้อมญาติผู้ดูแล ซึ่งจำเป็นต้องมีการวางแผนจำหน่าย และการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่เป็นมาตรฐานในการดูแล (Jadboonnak, 2019) ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนปัญหา พบว่ามีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ไม่ชัดเจน และขาดการเตรียมความพร้อมให้ญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญเป็นลำดับต้น และส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเมื่อต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีบทบาทด้านการบำบัดทางการพยาบาลจึงมีความสนใจเลือกโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่าน โดยใช้บัญชีทางการของไลน์การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง (LINE OA stroke nursing) เป็นสื่อในการให้ความรู้ ทักษะการดูแล และการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 2010) ในการเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแลที่ทำให้รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้เป็นภาระการดูแลที่หนัก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนผ่านที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

สมมุติฐานวิจัย

1. ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสูงกว่าก่อนการทดลอง

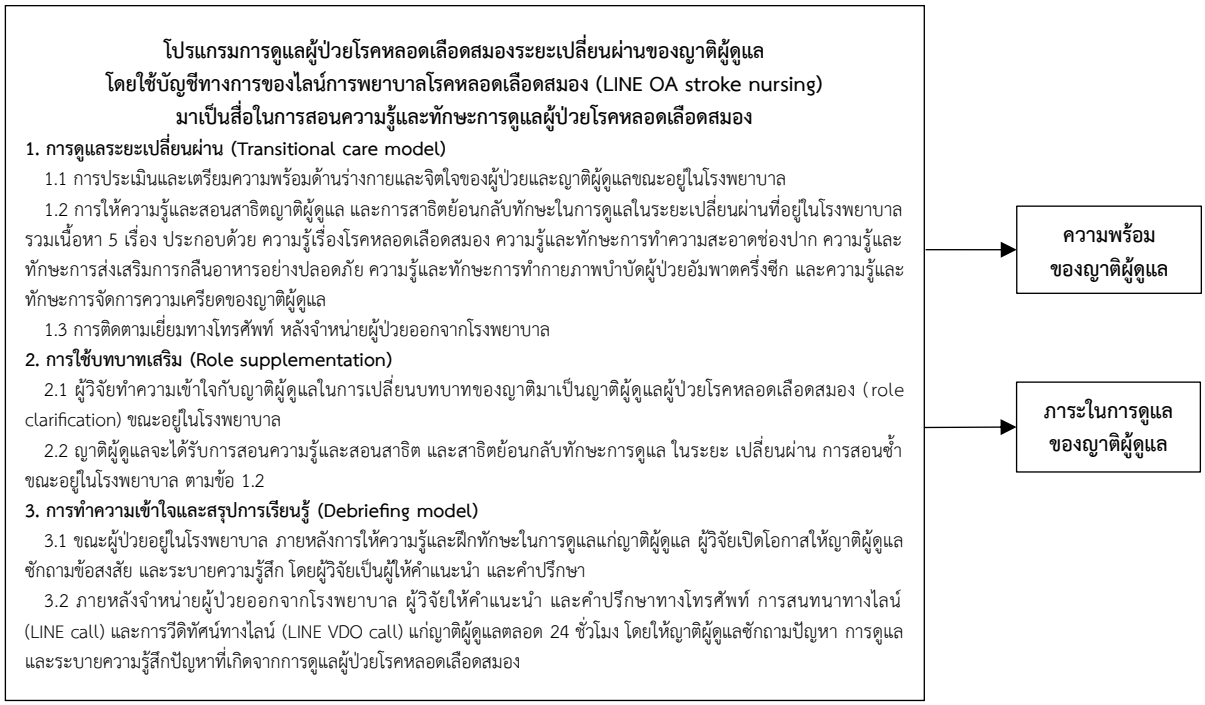
4. ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 2010) ด้านการบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutics) ประกอบด้วย 3 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care model) 2) การใช้บทบาทเสริม (role supplementation) และ 3) การทำความเข้าใจและสรุปการเรียนรู้ (debriefing model) ดังนี้ คือ 1) รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care model) เป็นการเข้าใจธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านว่าญาติผู้ดูแลเคยเป็นสมาชิกในครอบครัวแต่ต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแล โดยมีการประเมินเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพร้อม ผู้วิจัยจะสอนความรู้และสอนสาธิต และให้ญาติผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับทักษะการดูแล ขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยใช้บัญชีทางการของไลน์การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นช่องทางการนำเสนอสื่อการสอนในรูปแบบวีดิทัศน์ (clip video) และอินโฟกราฟฟิก (infographic) ที่สรุปเนื้อหาความรู้และทักษะการดูแลรวม 5 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ความรู้เรื่อง

โรคหลอดเลือดสมอง 2) ความรู้และทักษะการทำความสะอาดช่องปาก 3) ความรู้และทักษะการส่งเสริมการกลืนอาหารอย่างปลอดภัย 4) ความรู้และทักษะการทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และ 5) ความรู้และทักษะการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแล และทำการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลรวม 6 ครั้ง คือ วันที่ 3, 7, 14, 21, 28 และ 35 เพื่อให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประสานการดูแลระหว่างทีมการรักษาและญาติผู้ดูแล 2) การใช้บทบาทเสริม (role supplementation) โดยผู้วิจัยทำความเข้าใจกับญาติผู้ดูแลในการเปลี่ยนบทบาทของญาติมาเป็นญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (role clarification) ซึ่งจะได้รับการสอนความรู้และสอนสาธิต และสาธิตย้อนกลับทักษะการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน การสอนซ้ำในส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (role rehearsal) จนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนบทบาทของญาติผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และ 3) การทำความเข้าใจและสรุปการเรียนรู้ (debriefing model) มีรูปแบบ ดังนี้ 1) ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ภายหลังการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลแก่ญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึก แสดงความเต็มใจในการให้ความช่วยเหลือด้วยความจริงใจ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและได้ปัญหาที่แท้จริง โดยผู้วิจัย เป็นผู้ให้คำแนะนำและคำปรึกษา 2) ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยให้คำแนะนำ และคำปรึกษาทางโทรศัพท์ การสนทนาทางไลน์ (LINE call) และการวีดิทัศน์ทางไลน์ (LINE VDO call) แก่ญาติผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง โดยให้ญาติผู้ดูแลซักถามปัญหาในการดูแล และระบายความรู้สึกถึงปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อเสร็จสิ้นการให้โปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ดูแล จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดความพร้อมในการดูแล โดยผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจะรับรู้ว่าตนมีภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลงดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัด 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2565

ตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมประสาทว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก อุดตัน หรือตีบครั้งแรก ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) และหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหลอดเลือดสมอง (ICU Stroke) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) จากผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกันได้ .68 ความเชื่อมั่น .05 อำนาจการทดสอบ .80 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 28 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 ราย

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเข้า สำหรับญาติผู้ป่วย ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นญาติของผู้ป่วยที่โรคหลอดเลือดสมองที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นหลักอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน อย่างน้อย 7 สัปดาห์ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง 3) ไม่เคยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และ 4) มีอุปกรณ์สื่อสารสมาร์ทโฟนระบบแอนดรอยด์ (Android) หรือไอโอเอส (iOS) ที่ติดต่อได้

เกณฑ์การคัดออก ญาติผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมโครงการก่อนสิ้นสุดโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมประสาทว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตันหรือแตกครั้งแรก และ 2) รู้สึกตัวดี โดยกำหนดคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) เท่ากับ 5 - 14 คะแนน ระดับความพิการ (modified Rankin Scale: mRS) 3 คะแนน และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) 50 - 70 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องย้ายไปเข้ารักษาตัวที่หอผู้ป่วยอื่น 2) ผู้ป่วยย้ายโรงพยาบาลเพื่อไปรักษาตามสิทธิ์ และ 3) เปลี่ยนญาติผู้ดูแลหรือไม่สามารถติดต่อได้หลังจำหน่าย

อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการติดต่อสื่อสารกันระหว่างกลุ่มและป้องกันการปนเปื้อนในการศึกษา (Polit & Beck, 2021) ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบก่อน หลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งในการทดลองนี้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองออกจากการวิจัย กลุ่มละ 3 ราย เนื่องจากในระยะติดตามผลกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเปลี่ยนญาติผู้ดูแล 3 ราย ส่วนกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยย้ายกลับโรงพยาบาลต้นสังกัดเพื่อไปรักษาตามสิทธิ์ 2 ราย และเปลี่ยนญาติผู้ดูแล 1 ราย จึงทำให้มีญาติผู้ดูแลคงเหลือในการศึกษารวมทั้งสิ้น 56 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 28 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ไม่มีการปรับแก้ไข ได้แก่

1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) เป็นแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษที่พัฒนาโดย ดร.โฟลสเตน (Dr. Folstein) ใช้ในการคัดกรองญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องมีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน กรณีมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน และในกรณีที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

1.2 แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National institute of health stroke scale: NIHSS) ใช้สำหรับการวัดระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 11 รายการ โดยแต่ละรายการมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน 0 คะแนน คือ ปกติ และคะแนนที่เพิ่มมากขึ้น หมายถึงความผิดปกติที่มากขึ้น คะแนนมากที่สุด คือ 42 คะแนน (Prasat Neurological Institute, 2015) ผู้ป่วยที่มี NIHSS เท่ากับ 5 - 14 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง จะได้รับการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.3 แบบประเมินระดับความพิการ (modified Rankin Scale: mRS) ใช้ประเมินระดับความพิการ (level of disability) เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Prasat Neurological Institute, 2015) แบ่งการประเมินออกเป็น 6 ระดับ 0 คะแนน คือ ปกติ และคะแนนที่เพิ่มมากขึ้น หมายถึง มีความผิดปกติที่มากขึ้น คะแนนมากที่สุด คือ 6 คะแนน (Prasat Neurological Institute, 2015) ผู้ป่วยที่มี mRS เท่ากับ 3 คะแนน คือ มีความพิการปานกลาง ต้องมีคนช่วยเหลือบ้าง แต่เดินเองได้หรืออาจใช้อุปกรณ์ช่วยจะได้รับการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Index of Activities of Daily Living: Barthel ADL) (Prasat Neurological Institute, 2015) พัฒนาโดยมาโฮนี่และบาร์เธล (Mahoney & Barthel, 1965) มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดย 0 - 20 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เอง 21 - 49 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมได้น้อย 50 - 70 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมได้ปานกลาง 71 - 99 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมได้เองเป็นส่วนใหญ่ และ 100 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองทั้งหมด โดยผู้ป่วยที่มี Barthel ADL เท่ากับ 50 - 70 คะแนน คือ ปฏิบัติกิจกรรมได้ปานกลาง จะได้รับการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 2010) ประกอบด้วย สื่อการสอน 3 เรื่อง ได้แก่

2.1 บัญชีทางการของไลน์การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง (LINE OA stroke nursing) มีเนื้อหาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย วีดิทัศน์และอินโฟกราฟฟิก รวม 5 เรื่อง เนื้อหาวีดิทัศน์ได้มีการแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ การปรับเพิ่มเนื้อหาให้ครอบคลุม การใช้ภาษาที่กระชับ เข้าใจง่าย ปรับภาพที่ใช้ในการสื่อสารให้ตรงกับเนื้อหาอย่างชัดเจนมากขึ้น ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95 (Polit & Beck, 2021) ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 2) ความรู้และทักษะการทำความสะอาดช่องปาก 3) ความรู้และทักษะการส่งเสริมการกลืนอาหารอย่างปลอดภัย 4) ความรู้และทักษะการทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และ 5) ความรู้และทักษะการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแล

การจัดทำบัญชีทางการของไลน์การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสอนและคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน จากบริษัทเอสซีจี (SCG-Cement Building Material and SCG Building

Materials Co., Ltd.) โดยทำการปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องและเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และทำการเผยแพร่วีดิทัศน์ในเว็บไซต์ยูทูบ (YouTube) อยู่ในรูปแบบไม่เป็นสาธารณะ (Unlist) คือ ผู้ที่มีลิงค์ (Link) เท่านั้นจึงสามารถเข้าดูวีดิทัศน์ได้ โดยญาติผู้ดูแลสามารถเลือกดูได้ตามความต้องการ

2.2 ตารางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อวางแผนการดูแลให้ญาติผู้ดูแลได้เห็นภาพการดูแล และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

2.3 แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ประยุกต์จากแบบประเมินการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง เป็นแบบประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาสอดคล้องกับการสอนญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง เพื่อประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลทั้ง 5 เรื่อง รวมทั้งหมด 7 ชุด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .92, .85, 1.00, .98, 1.00, .98 และ 1.00 ตามลำดับ แบ่งเป็นแบบทดสอบ (Test) จำนวน 3 ชุด และแบบสังเกต (Observation) จำนวน 4 ชุด ดังนี้

3.1 แบบทดสอบ (Test) ผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ทำแบบทดสอบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (ถูก – ผิด) ตอบถูก ได้ 1 คะแนน และตอบผิด ได้ 0 คะแนน แบ่งเป็น 1) ความพร้อมด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 10 ข้อ 2) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านร่างกาย 7 ข้อ และ 3) ความพร้อมด้านการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแล 14 ข้อ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบนี้ไปทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .77, .74 และ .87 ตามลำดับ นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลต้องตอบคำถามได้ถูกต้อง 100% จึงถือว่ามีความพร้อมในการดูแล

3.2 แบบสังเกต (Observation) ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) ใช้สังเกตและประเมินการฝึกปฏิบัติทักษะของญาติผู้ดูแล หากทำถูกต้อง ได้ 1 คะแนน และทำผิด ได้ 0 คะแนน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการทำความสะอาดช่องปาก 8 ข้อ 2) ขั้นตอนการส่งเสริมการกลืนอาหารอย่างปลอดภัย 15 ข้อ 3) ขั้นตอนการทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก 25 ข้อ และ 4) ขั้นตอนการฝึกหายใจคลายเครียด 7 ข้อ ผู้วิจัยได้นำแบบสังเกตไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่าง จำนวน 10 ราย โดยใช้การวิเคราะห์ความเท่าเทียมกันของการประเมิน 2 ครั้ง ให้ระยะเวลาห่างกัน 8 ชั่วโมง ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) เท่ากับ .98, .95, .87 และ .95 ตามลำดับ ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติตามขั้นตอนได้ถูกต้อง 100% จึงถือว่าผ่านเกณฑ์

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

4.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล จำนวน12 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ การสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว ผู้ช่วยเหลือในการดูแล บุคคลในครอบครัวที่ช่วยดูแลผู้ป่วย และแหล่งประโยชน์ในชุมชน และ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ การเป็นหัวหน้าครอบครัว สิทธิ์ในการรักษา ที่มาของรายได้ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว และภาวะแทรกซ้อน

4.2 แบบสอบถามความพร้อมของญาติผู้ดูแล สร้างโดยสจ๊วต และอาร์ชโบล (Stewart & Archbold, 1986) แปลเป็นภาษาไทยโดยวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ (Wirojratana, 2002) มี

ข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ 3) ด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพ 4) ด้านการจัดการความเครียด 5) ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ 6) ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน 7) ด้านการขอความช่วยเหลือ และ 8) ด้านการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 - 4 คือ ญาติผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในกิจกรรมนั้นเลย (0) จนถึง มีความพร้อมมากที่สุด (4) ผลรวมของคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 32 แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยที่สูง หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลมาก และใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ (Thato, 2018) ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 21.36 - 32 หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลในระดับมาก

คะแนนตั้งแต่ 10.68 - 21.35 หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลระดับปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 0 - 10.67 หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลระดับน้อย

แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผู้วิจัยได้ขออนุญาตปรับเนื้อหาจากเจ้าของเครื่องมือเพื่อให้มีความสอดคล้องกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .92 และนำไปทดลองใช้ โดยได้ความค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

4.3 แบบสอบถามภาระในการดูแล สร้างขึ้นโดยซาริทและซาริท (Zarit & Zarit, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, และ วรรณรัตน์ ลาวัง (Toonsiri , Sunsern , & Lawang, 2011) ใช้วัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 - 4 คือ ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้สึกเป็นภาระตามข้อความนั้นเลย (0) จนถึง มีความรู้สึกเป็นภาระตามข้อความนั้นเป็นประจำ (4) ผลรวมของคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 88 แปลผลโดยใช้การแบ่งอันตรภาคชั้น ดังนี้

คะแนน 61 - 88 หมายถึง รู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับมาก (severe burden)

คะแนน 41 - 60 หมายถึง รู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลาง (moderate burden)

คะแนน 21 - 40 หมายถึง รู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับน้อย (mild burden)

คะแนน 0 - 20 หมายถึง ไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแล (no burden)

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ปรับเนื้อหาของแบบสอบถามได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .97 และนำไปทดลองใช้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัส COA No. 1224/2021 IRB No. 592/64 วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2564 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษาวิจัยโดยละเอียด และเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ผลการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามและตอบข้อสงสัยจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และแนะนำญาติผู้ดูแลที่สนใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล

ตามปกติจนครบ แล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลแบบสอบถามความพร้อมในการดูแลและแบบสอบถามภาระในการดูแล ครั้งที่ 1 (pretest) และครั้งที่ 2 (posttest) ใช้เวลาครั้งละ 10 - 15 นาที ซึ่งการดำเนินโปรแกรมมีขั้นตอน ดังนี้

<u>กลุ่มควบคุม</u> ได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมบุคลากรหอผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพให้ข้อมูลการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยให้ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 (pretest) และนัดหมายญาติผู้ดูแลในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 (posttest) โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ญาติผู้ดูแลฟังทุกราย และให้ญาติผู้ดูแลตอบคำถามตามตัวเลือกที่แบบสอบถามได้กำหนดไว้ ซึ่งหลังสิ้นสุดการทดลองมีญาติผู้ดูแลให้ความสนใจโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่าน 5 ราย แต่มีธุระจึงขอรับเพียงสื่อการสอนในบัญชีทางการของไลน์ (LINE OA stroke nursing) เพื่อนำไปทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

<u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่าน ขณะอยู่ในโรงพยาบาลวันละ 45 - 60 นาที เป็นเวลา 7 วัน สื่อการสอนญาติผู้ดูแล คือบัญชีทางการของไลน์ประกอบด้วยคลิปวีดิทัศน์และอินโฟกราฟิกส์รวม 5 เรื่อง และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ครั้งละ 15 - 20 นาที ในวันที่ 3 (72 ชั่วโมงหลังจำหน่าย) หลังจากนั้นติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (วันที่ 7, 14, 21, 28, 35 และ 42 หลังจำหน่าย) เป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีรายละเอียด ดังนี้

ขณะอยู่โรงพยาบาล (วันที่ 1 - 7)

วันที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และผู้ช่วยวิจัยให้ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามความพร้อมในการดูแลและแบบสอบถามภาระในการดูแล (pretest) และนัดหมายพบญาติผู้ดูแลในวันถัดไป

วันที่ 2 - 5 ผู้วิจัยใช้สื่อการสอน คือ บัญชีทางการของไลน์การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองที่มีวีดิทัศน์ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5 เรื่อง โดยทำการสอนและแนะนำวิธีการใช้บัญชีทางการของไลน์จนญาติผู้ดูแลเข้าใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยปฏิบัติในแต่ละวันใช้เวลาทำกิจกรรมวันละ 45 - 60 นาที ดังต่อไปนี้ 1) ผู้วิจัยเปิดวีดิทัศน์ให้ญาติผู้ดูแลได้รับชม 2) ผู้วิจัยสาธิตทักษะการดูแลที่ได้รับชม 3) ให้ญาติผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับทักษะการดูแล 4) ผู้วิจัยประเมินความรู้โดยให้ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามความรู้ (Test) และประเมินการฝึกปฏิบัติของญาติผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินความรู้และทักษะในการดูแล (checklist) และ 4) หากญาติผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลปฏิบัติซ้ำจนสามารถทำได้ถูกต้อง 100% จึงถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยมีผู้วิจัยคอยช่วยเหลือให้คำแนะนำและคำปรึกษา

วันที่ 6 - 7 ทบทวนความรู้และทักษะการดูแลที่ได้สอนไป

ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (สัปดาห์ที่ 1 - 5) ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ผ่านการสนทนาทางไลน์ (LINE call) และการวีดิทัศน์ทางไลน์ (LINE VDO call) ครั้งละ 15 - 20 นาที ในวันที่ 3 (72 ชั่วโมงหลังจำหน่าย) หลังจากนั้นติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (วันที่ 7, 14, 21, 28 และ 35 หลังจำหน่าย) เพื่อให้ความช่วยเหลือ และญาติผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์หาผู้วิจัยได้ตลอดเวลาหากพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 6 (วันที่ 42) ผู้วิจัยขอบคุณญาติผู้ดูแล และผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 (posttest) โดยให้ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามความพร้อมและแบบสอบถามภาระในการดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's Exact Test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent *t*-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) โดยญาติผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน ในช่วงอายุ 36 - 59 ปี เท่า ๆ กัน โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 82.1 (M = 49.32, SD = 10.28) และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 82.1 (M = 48.25, SD = 10.43) กลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 74.9 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 67.9 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 89.3 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 96.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 32.1 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 35.7 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพ โดยมีธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 25 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 28.6 ทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยเพียงพอเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 71.4 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากที่สุด คือ เป็นภรรยาที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 39.2 และมีระยะเวลาในการดูแลมากที่สุดคือ 9 - 16 ชั่วโมงต่อวันที่เท่ากัน โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 67.9 (M = 14.86, SD = 5.80) และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 67.9 (M = 14.89, SD = 5.82) กลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 50 และกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 53.6 และพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 21.4 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 14.3 จำนวนสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด คือ 3 คน โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 28.6 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 32.1 ส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 89.3 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 85.7 บุคคลภายในครอบครัวที่ช่วยในการแบ่งเบาภาระในการดูแลมากที่สุดคือ บิดา มารดา ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 32.1 และในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 39.3 รองลงมา คือ บุตร ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 28.6 และในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 32.1 ทั้งสองกลุ่มไม่มีแหล่งประโยชน์ในชุมชนมากที่สุด กลุ่มควบคุมร้อยละ 57.1 และกลุ่มทดลองร้อยละ 60.7 ซึ่งแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่คอยให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลมากที่สุดในกลุ่มควบคุม คือญาติ ร้อยละ 21.4 และในกลุ่มทดลองคือ ศูนย์บริการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 17.9

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศชายมากที่สุด ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 57.1 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 64.3 โดยเป็นเพศหญิงกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 42.9 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 35.7 พบว่าอยู่ในวัยสูงอายุ ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เท่ากัน โดยกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 64.3 (M = 64.25, SD = 20.42) และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 64.3 (M = 65.57, SD = 20.61) ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 75 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 60.7 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ

89.3 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 96.4 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุดที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 32.1 ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มควบคุมยังคงประกอบอาชีพอยู่คิดเป็นร้อยละ 53.6 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 46.4 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นหัวหน้าครอบครัว กลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 35.7 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 50 ทั้งสองกลุ่มมีสิทธิในการรักษา คือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) มากที่สุด โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 53.6 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 60.7 ที่มาของรายได้มากที่สุด คือ การทำงาน โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 53.6 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 67.9 ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัวทุกคน และพบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูงและมีโรคร่วม กลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 39.2 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 60.7 ทั้งสองกลุ่มไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 100

2. ผลของการใช้โปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -14.00, p = .00) และคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 12.32, p = .00) ดังตาราง 1

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -29.86, p = .00) และคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 26.38, p = .00) ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลและภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (N = 56)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 28)			กลุ่มทดลอง (n = 28)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความพร้อมในการดูแล								
ก่อนการทดลอง	16.89	2.74	ปานกลาง	16.79	3.06	ปานกลาง	.14	.89
หลังการทดลอง	22.11	2.56	มาก	30.07	1.59	มาก	-14.00	.000
	t = -12.26, p = .00			t = -29.86, p = .00				
ภาระในการดูแล								
ก่อนการทดลอง	30.07	5.36	น้อย	30.11	5.36	น้อย	-.03	.98
หลังการทดลอง	24.54	3.33	น้อย	14.14	2.98	ไม่รู้สึกเป็นภาระ	12.32	.00
	t = 7.44, p = .00			t = 26.38, p = .00				

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านสามารถส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมใน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นได้ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มเดียวกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง แต่ยังคงน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของกลุ่มทดลอง อธิบายได้ว่า ทั้งสองกลุ่มได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติเหมือนกันซึ่งเป็นการสอนด้วยปากเปล่า ประกอบด้วย การให้ข้อมูลแนวทางการดูแลรักษา การสอนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านซึ่งเป็นระยะเวลาสั้น อาจทำให้หลงลืมและปฏิบัติได้จริงไม่ถูกต้องเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน

ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมีสื่อการสอนออนไลน์ผ่านวีดิทัศน์ที่อยู่ในบัญชีทางการของไลน์การพยาบาลโรคหลอดเลือด ซึ่งในขณะนั้นเป็นช่วงที่มีสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) และต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งเป็นผลดีต่อญาติผู้ดูแลที่ได้กลับไปเปิดทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลที่บ้านซ้ำได้ทุกเวลาที่ต้องการ และภายหลังจำหน่ายผู้วิจัยได้ทำการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

2. ผลของโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านต่อภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านสามารถช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับญาติผู้ดูแลได้ เมื่อนำมาเปรียบเทียบภายในกลุ่มเดียวกันพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง แต่ลดลงน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของกลุ่มทดลอง อธิบายได้ว่า ทั้งสองกลุ่มได้รับการสอนความรู้และฝึกทักษะการดูแลด้วยปากเปล่าในช่วงแรก แล้วทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ในช่วงหลังจากอบรมไปแล้ว อาจจะลืมเนื้อหาความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลทำให้เกิดความเครียด นำไปสู่การเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลในที่สุด (Wonginyoo, Prasarnnate, & Wongcharee, 2019)

กลุ่มทดลองที่ได้รับทั้งการพยาบาลตามปกติและการพยาบาลตามโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านนั้น ตรงกับความต้องการของญาติผู้ดูแลแต่ละรายตามแนวคิดทฤษฎีเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 2010) เนื่องจากในระยะแรกญาติผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลในการปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และวิตกกังวลในอาการและสภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแล โปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านมีการสอนความรู้และทักษะการดูแลอย่างครอบคลุมตรงตามความต้องการของญาติผู้ดูแล โดยญาติผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและถูกต้องร้อยละ 100 อีกทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลยังสามารถทบทวนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย และการจัดการความเครียดของตนเองได้จากการศึกษาวีดิทัศน์และอินโฟกราฟฟิกในบัญชีทางการของไลน์การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองได้ตลอดเวลาที่ต้องการจนกระทั่งกลับบ้าน ซึ่งผลการวิจัยนี้ใกล้เคียงกับงานวิจัยเรื่องประสิทธิผล

ของโมบายแอปพลิเคชันต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้รับโมบายแอปพลิเคชันประกอบด้วย การแจ้งเตือนการรับประทานยาและนัดหมาย ข้อมูลยา อาการของโรคหลอดเลือดสมอง และระบบบันทึกสถิติการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Nakhornriab, Wattanakitkrileart, Charoenkitkarn, Chotikanuchit, & Vanijja, 2017)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมญาติผู้ดูแลทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องตลอด 6 สัปดาห์ เพื่อติดตามประเมินผล ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแล อีกทั้งญาติผู้ดูแลยังสามารถโทรศัพท์กลับมาหาผู้วิจัยได้ตลอดเวลา จึงทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่ามีคนเข้าใจ ได้รับการเอาใจใส่ ส่งผลให้มีความรู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยลดลง และมีอารมณ์เชิงบวกในการจัดการความเครียดขณะให้การดูแลได้ดีขึ้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกอึดอัดใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่น้อย เพราะเข้าใจว่าผู้ป่วยก็ต้องการความรักและความเอาใจใส่ในยามเจ็บป่วยเช่นเดียวกัน และโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านนี้ ยังส่งเสริมความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวให้เป็นไปในเชิงบวก อธิบายได้ว่า เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ญาติผู้ดูแลได้ตกลงกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวให้เข้ามาช่วยเหลือ เช่น การแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบทำงานบ้าน ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในบ้าน จึงทำให้ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าตนเองแบกรับภาระการดูแลเพียงคนเดียว และสามารถจัดสรรเวลาส่วนตัว มีเวลาพักผ่อน คลายความเครียด จึงทำให้รู้สึกว่ามีปัญหาสุขภาพจากการดูแลผู้ป่วยน้อยลง เมื่อระยะเวลาผ่านไป ญาติผู้ดูแลได้เกิดการเรียนรู้จนมีความเข้าใจ และยอมรับกับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ (Seangmanee, Arpanantikul, & Siripo-ngam, 2013) จึงเกิดการดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเอาใจใส่และความเข้าใจ ส่งผลผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความรัก ความเอาใจใส่ และความปรารถนาดีที่ญาติผู้ดูแลมอบให้ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา และผู้ป่วยเองก็ไม่ได้ร้องขอความช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแลเกินความเป็นจริง

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านที่มีสื่อการให้ความรู้และทักษะในการดูแลผ่านบัญชีทางการของไลน์ในรูปแบบวีดิทัศน์และอินโฟกราฟฟิก การติดตามเยี่ยมและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์กับญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย สามารถส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้น และสามารถจัดการอารมณ์เชิงลบที่ทำให้เกิดความเครียดขณะให้การดูแลผู้ป่วยลดลงได้ เมื่อญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ย่อมส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม เกิดความรู้สึกถึงภาระในการดูแลที่ลดลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนผ่านที่มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท สามารถนำโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านมาส่งเสริมความพร้อม และลดภาระในการดูแลให้กับญาติผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้

2. เป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถแสดงบทบาทปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) ในการใช้นวัตกรรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้

ด้านการวิจัย

1. นักวิจัยทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่าน มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่รุนแรงขึ้น และขยายระยะเวลาการเก็บข้อมูลออกไปที่ 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อให้เห็นประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ชัดเจนขึ้น

2. สามารถนำบัญชีทางการของไลน์ (Line Official Account: Line OA) มาใช้เป็นนวัตกรรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านและการดูแลต่อเนื่องในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

Jadboonnak, B. (2019). Development of transitional care program for bedridden elderly patients from hospital to home care. *Mahasarakham Hospital Journal*, *16(*3), 63-71.

Junsiri, P. (2021). Caregiver burden among caregivers of stroke patient in intermediate care service of Kosumpisai hospital. *Mahasarakham Hospital Journal*, *18*(2), 72-80.

King Chulalongkorn Memorial Hospital Stroke unit, Thai Red Cross Society. (2023). *Statistics on stroke patients 2021-2023.*

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal. 14*, 61-65.

Meleis, A. I. (2010). *Transitional theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, NY: Springer.

Nakhornriab, S., Wattanakitkrileart, D., Charoenkitkarn, V., Chotikanuchit, S., & Vanijja, V. (2017). The Effectiveness of mobile application on medication adherence in patients with stroke. *Nursing Science Journal of Thailand, 35*(3), 58-69.

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Prasat Neurological Institute. (2015). *Clinical nursing practice guideline for stroke* (*Complete version 2015*) (pp. 54-55). Bangkok, Tana Press.

Public health statistics, Ministry of Public Health. (2020). *Public health statistics A.D. 2020*. Retrieved from https://shorturl.asia/dDUoY

Schumaker, K. L., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (2008). Effect of caregiving demand, mutuality, and preparedness of family caregiver outcome during cancer treatment. *Oncology Nursing, 35*(1), 49-56.

Seangmanee, S., Arpanantikul, M., & Siripo-ngam, Y. (2013). A case study: Adaptation of a working caregiver to a stroke patient. *Ramathibodi Nursing Journal, 18*(1), 119-133.

Srisakhot, K., Kuleelung P., Aungvanit, B., Sondos, B., & Sriruksa, S. (2022). Development of integrated discharge-planning programme for stroke patients. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 37*(3), 20-43.

Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (1986). *New measures of concepts central to understanding of a caregiving* (Unpublished manuscript). School of nursing, Oregon Health & Science University, Portland, Oregon.

Thato, R. (2018). *Nursing research: concepts to application* (4th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University.

Toonsiri, Ch., Sunsern, R., & Lawang, W. (2011). Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of Nursing and Education, 4*(1), 62-75.

Wirojratana, V. (2002). *Development of the Thai family care inventory* (Doctor of Philosophy). School of nursing, Oregon Health & Science University, Portland, Oregon.

Wonginyoo, A., Prasarnnate, R., & Wongcharee, A. (2019). The study of stress and burden of caregivers of stroke patients, Mueang, Udon Thani. *Nursing, Health, and Education Journal, 2*(4), 40-19.

World Stroke Organization. (2022). *Global stroke fact sheet 2022*. Retrieved from https://world-stroke-academy.org/media/uploads/2022/02/World-Stroke-Organization-WSO-Global-Stroke-Fact-Sheet-2022.pdf

Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1990). *The memory and behavior problems checklist and the burden interview*. University Park, PA: Pennsylvania State University, Gerontology Center.