

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้
และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
Effects of the Empowerment Program on Knowledge and
Skills for Caregivers of Stroke Patients

ศุภลักษณ์ ใจบุญ*

Supalak Jaiboon

ศุภวรรณ ใจบุญ**

Supawan Jaiboon

กานิตฐา วิศิษฐ์เจริญ**

Khanitta Wisitcharoen

*โรงพยาบาลฝาง เชียงใหม่ 50110

*Fang Hospital, Chiang Mai, 50110 Thailand

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เชียงใหม่ 50290

**Faculty of Nursing, Maejo University, Chiang Mai, 50290 Thailand

Corresponding author, E-mail: supawan_jb@mju.ac.th

Received: April 30, 2024; Revised: May 3, 2024; Accepted: 5 June, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน และหลังการทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ และทักษะของผู้ดูแลระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 27 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล แบบประเมินทักษะของผู้ดูแล และแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล และแบบประเมินทักษะของผู้ดูแลเท่ากับ .72 และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) และบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรม ในวันจำหน่าย และหลังจำหน่าย 14 วัน มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) และไม่พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่าย 14 วัน ดังนั้นโปรแกรมนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแล และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายได้

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรู้ ทักษะ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This study was a quasi-experimental research, single-group pretest-posttest design, aimed at comparing the knowledge and skills of caregivers before and after receiving an empowerment program. It also tracked the occurrence of complications in caregivers of discharged stroke patients. The sample comprised 27 caregivers of a newly admitted stroke patient at Fang Hospital, Chiang Mai Province, who were selected through purposive criteria. Data collection tools included caregiver knowledge assessment, caregiver skills assessment, and post-discharge complication incidence recording. The content validity index was 1, and the reliability coefficients for knowledge and skills assessments were .72 and .74, respectively. Descriptive statistics, Repeated Measures ANOVA, and Bonferroni post hoc tests were used for analysis.

The results found that the mean knowledge score and skill score of caregivers after receiving the program on discharge day and 14 days post-discharge were significantly higher than before, with a p-value < .001. No complications were observed in any of the stroke patients after discharge, including pressure sores, pneumonia, and urinary tract infections. Therefore, this program can enhance caregiver performance in caring for stroke patients and prevent post-discharge complications.

Keywords: Empowerment program, Knowledge, Skills, Caregivers of stroke patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) ถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุข และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 2 และเป็นสาเหตุของความพิการ อันดับ 3 ของโลก โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ 12.20 ล้านคน จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 101 ล้านคน มีผู้เสียชีวิต 6.50 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 - 2565 พบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร 318.89, 328.01, 330.22 และ 330.72 ตามลำดับ

อัตราการตาย ร้อยละ 10.24, 10.35, 11.00 และ 10.92 ตามลำดับ² อีกทั้ง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มักมีผลกระทบจากรอยโรคที่เหลือนอยู่ตามความรุนแรงของโรค³ ต้องอาศัยการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องระยะหนึ่ง แล้วจึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ถึงร้อยละ 60.00 และอีกร้อยละ 20.00 มีความพิการสูง ต้องการการช่วยเหลือตลอดเวลา⁴ ทั้งนี้ หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลรักษา และตอบสนองความต้องการอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่วะยะแรก (early recovery) จะส่งผลให้อาการและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁵ ในขณะที่เดียวกันหากไม่ได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพ

ที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้เกิดปัญหา และภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ ปอดอักเสบ แผลกดทับ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งพบได้บ่อยในระยะ 1 เดือนหลังเกิดโรค⁶ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลช่วยเหลือ กระตุ้น และแนะนำผู้ป่วย ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการให้กำลังใจผู้ป่วยอีกด้วย⁷

ปัญหาที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรก ตั้งแต่เกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ดูแลขาดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย⁸ ขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ และอารมณ์เมื่อเผชิญกับปัญหาขาดการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ไม่กล้าตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา และขาดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย⁹ อีกทั้ง ผู้ดูแลควรมีความต้องการด้านข้อมูล ความรู้ และทักษะ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วย^{8,10} ทั้งนี้ ความสามารถของผู้ดูแลนั้นมีผลต่อการฟื้นฟู และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะระยะหลังเฉียบพลัน ซึ่งผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้ทักษะที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้⁷ การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแล ส่งผลให้ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสม¹¹ โดย Gibson¹² ได้นิยามว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เป็นกระบวนการทางสังคม ที่สนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ค้นพบ เข้าใจ และตระหนักถึงปัญหาความต้องการของตนเอง รวมถึงทำให้เกิดการพัฒนาปรับเปลี่ยนการตอบสนองความต้องการ การแก้ปัญหา การแสวงหาทางเลือก และการบริหารทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ทักษะความสามารถของตนเอง เป็นสำคัญ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบความจริง (discovery reality) ซึ่งบุคคลจะมีการตอบสนอง 3 ด้าน คือ การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional response) การตอบสนองด้านความรู้สึก

(cognitive response) และการตอบสนองด้านพฤติกรรม (behavioral response) 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) เป็นการทบทวนเหตุการณ์เพื่อประกอบการตัดสินใจ และใช้วิจารณญาณในการประเมิน วิเคราะห์ปัญหา นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น 3) การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม (taking charge) จะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ เป็นวิธีที่สามารถแก้ไขปัญหาของตนเอง สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (hold on) โดยเมื่อเกิดปัญหาขึ้น พยาบาล และผู้รับบริการจะร่วมมือกันจัดการ โดยนำวิธีการที่เลือกไปปฏิบัติ เมื่อประสบความสำเร็จ จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ และถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการจัดการแก้ไขปัญหานั้น จะเห็นได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการส่งเสริมผู้ดูแลให้นำศักยภาพของตนเองมาใช้อย่างเต็มที่ สร้างความตระหนัก และเข้าใจปัญหาตามสภาพการณ์จริง เพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการดูแล สามารถตัดสินใจ แก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อีกทั้ง ยังสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดพัฒนาศักยภาพของตนเองในการดูแลตนเอง และผู้ป่วยให้มีสุขภาพที่ดี⁷

จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผวจ จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 316, 277 และ 270 ราย ตามลำดับ อัตราตาย ร้อยละ 4.08, 5.05 และ 4.81 ตามลำดับ อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ร้อยละ 6.01, 4.73 และ 5.19 ตามลำดับ และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 3.16, 3.27 และ 4.81 ตามลำดับ อัตราการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 3.16, 3.27 และ 6.30 ตามลำดับ และ อัตราการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ .63, 1.09 และ 1.48

ตามลำดับ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมปี พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายมีความต้องการพึ่งพาผู้ดูแล ระดับปานกลางถึงรุนแรงมากเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งมีปัญหาการกลืน และการขับถ่าย จึงได้รับการคําอุปกรณ์การแพทย์ ได้แก่ สายยางให้อาหารทางจมูก และสายสวนปัสสาวะ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย ส่วนใหญ่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลผ่างภายใน 7-14 วัน¹³

จากสถิติ บ่งชี้ได้ว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ป้องกันได้ มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้ และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ถูกต้องหรือเพียงพอ อีกทั้ง ผู้ป่วยมีความบกพร่อง และต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจ และส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร¹⁴ โดยจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นพบว่า ทำให้ระดับความรู้ และทักษะของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น^{8,15-17}

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment)¹² เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ของผู้ดูแล ในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

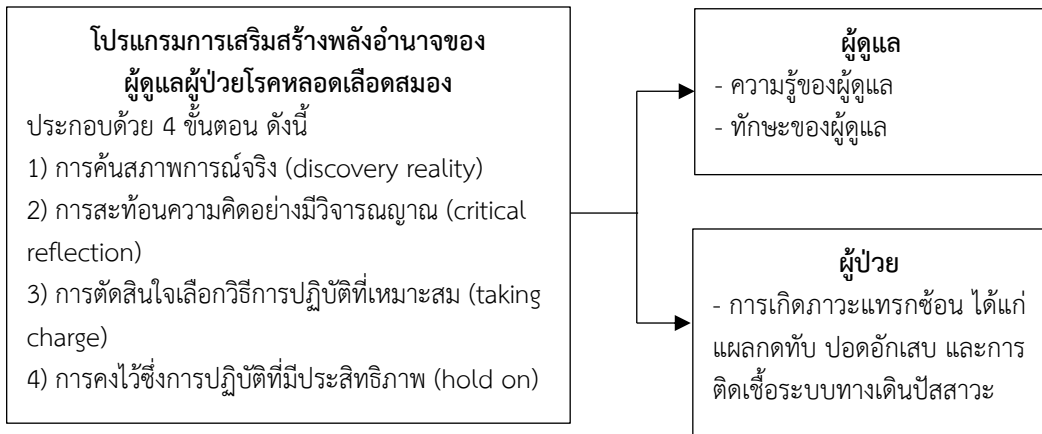
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อน และหลังของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะของผู้ดูแลก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมมากกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม
3. หลังได้รับโปรแกรม ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ของ Gibson¹² มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบ 1 กลุ่ม วัดผล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง (วันที่จำหน่าย) และ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 14 วัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 27 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันรายใหม่ ที่มีผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ได้ค่าน้อยกว่า 15 คะแนน อ้างอิงตามเกณฑ์การจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่¹⁸

และเป็นผู้ดูแล ทั้งขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ผู้ดูแลให้การดูแล มีอาการรุนแรง และต้องย้ายเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนัก รวมถึงมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบ

จำนวนอาสาสมัคร หรือขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การประมาณค่าขนาดตัวอย่างจากโปรแกรม G* power version 3.1.9.7 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบ .80 และกำหนดค่าขนาดของผลได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 24 คน ทั้งนี้ได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่าง เพื่อป้องกันการขาดหายไปจากโครงการวิจัย และการถอนตัวออกจากโครงการร้อยละ 10.00 จากการคำนวณด้วยสูตรคำนวณปรับขนาดตัวอย่าง ($n_{new} = 24 / (1 - .10)$) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และเบอร์โทรศัพท์ ติดต่อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ Barthel ADL Index แรกรับก่อนจำหน่าย การคาอุปกรณ์การแพทย์ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ

3. แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้พัฒนา และปรับปรุงจากแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลของ สวงษ์ ลักษณะไทย²⁰ จำนวน 10 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 0 คะแนน ตอบผิด ให้ 1 คะแนน

4. แบบประเมินทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้พัฒนา และปรับปรุงจากแบบสอบถามทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ดูแลของ สวงษ์ ลักษณะไทย²⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 56 คะแนน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 0 = ไม่มั่นใจ 1 = มั่นใจ และ 2 = มั่นใจมาก ทักษะที่ประเมิน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย และการขับถ่าย การจัดทำผู้ป่วย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

5. แบบบันทึกปฏิบัติการการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย แบบบันทึกปฏิบัติการการเกิดแผลกดทับ แบบบันทึกปฏิบัติการการเกิดปอดอักเสบ และแบบบันทึกปฏิบัติการการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยอ้างอิงจากการวินิจฉัยของแพทย์เจ้าของไข้ในเวชระเบียนผู้ป่วย เป็นแบบเลือกตอบ คือ เกิด/ไม่เกิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovery reality) ครั้งที่ 1

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และจัดสถานที่บรรยากาศให้เหมาะสมกับการทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่น และความไว้วางใจ ใช้เทคนิคคำถามกระตุ้น เพื่อให้ผู้ดูแลประเมินปัญหาของผู้ป่วย นำไปสู่การค้นพบสภาพการณ์จริง

2. อภิปราย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างผู้ดูแลกับผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจรรณญาณ (critical reflection) ครั้งที่ 2 - 4

1. จัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม (group discussion) ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ดูแลกับผู้วิจัย โดยผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ดูแลคิดทบทวน และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างคำถามที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลคิดทบทวน เช่น “...ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลความสะอาดร่างกายหลังการขับถ่าย ท่านคิดว่าผลที่ตามมาจะเกิดอะไรขึ้นได้บ้าง...” เป็นต้น

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง อาการ ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง และมีการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ของคณะกรรมการบริการบริบาลฟื้นฟู

ผู้ป่วยระยะกลาง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด เชียงใหม่²¹ สิรีอร สิ้นธุ์²² และงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกรุงเทพอุดร²³

3. ผู้ดูแลสารถีย้อนกลับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย และการขับถ่าย การจัดทำนอน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

4. ผู้ดูแลฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกายและการขับถ่าย การจัดทำนอน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม (taking charge) ครั้งที่ 5 (วันจำหน่ายผู้ป่วย) ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ตนดูแลตามบริบทสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (hold on)

ครั้งที่ 6 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ ติดตามวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ดูแลบอกถึงจุดแข็งในการให้การดูแลผู้ป่วย และข้อบกพร่องของตนเอง ประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติม รวมทั้งเสริมแรงบวก ให้กำลังใจ เป็นการเพิ่มพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง และมีความมั่นใจมากขึ้น

ครั้งที่ 7 วันที่มาตรวจตามนัด โรงพยาบาลฝาง หลังจำหน่าย 14 วัน ติดตามวิธีการดูแลผู้ป่วย รวมถึงประเมินอาการ และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน นักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 1 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลฝาง ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ซึ่งเพียงพอสำหรับการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ²⁴ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยได้ผลดังนี้ แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้เท่ากับ .72 และแบบประเมินทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลได้เท่ากับ .74 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่เชื่อถือได้²⁵⁻²⁶

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลฝาง เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 07/2566 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยินยอมเข้าการวิจัย โดยไม่มีการบังคับหรือให้ผลประโยชน์ และได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิในการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้ง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม โดยไม่มี

การเปิดเผยชื่อสกุลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จะให้มีการลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ก่อนที่ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่โรงพยาบาลฝาง ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 ดังนี้

1. ประสานงานกับพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลฝาง ขอรายชื่อและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นจึงขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว พร้อมทั้งขอความร่วมมือ และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงข้อมูลอย่างชัดเจนเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในยินยอม

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความรู้ของผู้ดูแล และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (T1) ครั้งที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม โดยประเมินในวันที่จำหน่าย (T2) และครั้งที่ 3 หลังจำหน่าย 14 วัน โดยนัดตรวจติดตามผลที่แผนกผู้ป่วยนอก (T3) ในส่วนการติดตามอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ได้รับการประเมินหลังจำหน่าย 14 วัน ซึ่งเป็นวันนัดตรวจติดตามผลที่แผนกผู้ป่วยนอก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แบ่งเป็น 2 ส่วนตามประเภทของข้อมูล ดังนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การคาสายอุปกรณ์การแพทย์ รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่ (frequency)

และร้อยละ (percentage) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา Barthel ADL Index รายงานด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความรู้ และทักษะของผู้ดูแลระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม (T1) กับหลังได้รับโปรแกรมในวันจำหน่าย (T2) และวันนัดตรวจติดตามหลังจำหน่าย 14 วัน ที่แผนกผู้ป่วยนอก (T3) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ (pairwise comparison) ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

3. การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่าย 14 วัน รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ (อัตราอุบัติการณ์) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95.00 (95% confidence interval)

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk, NY, USA: IBM Corp) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 53.26 ปี (SD = 6.68) ส่วนมาก เพศหญิง ร้อยละ 92.60 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 100 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.70 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 7,333.33 บาท (SD = 2349.3) และส่วนมากมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สมรส และบุตร เท่ากัน ร้อยละ 40.70

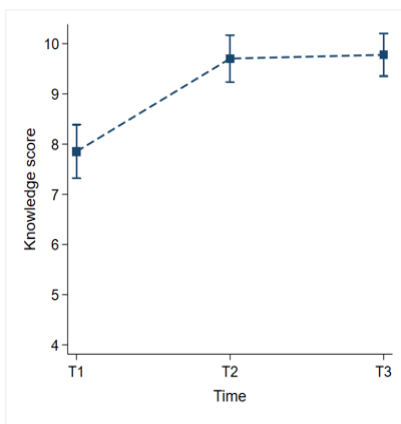
ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุเฉลี่ย 68.26 (SD = 7.97) ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 81.50 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระหว่างเมื่อแรกรับ และก่อนจำหน่ายพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) เมื่อแรกรับและก่อนจำหน่ายเฉลี่ย 11.59 ± 1.01 คะแนน และ $12.89 \pm .69$ คะแนน ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ก่อนจำหน่ายมากกว่าเมื่อแรกรับเฉลี่ย 1.30 คะแนน (95%CI: 1.03, 1.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $< .001$) การคาสายอุปกรณ์การแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อแรกรับ และก่อนจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการคาสายอุปกรณ์การแพทย์เมื่อแรกรับได้แก่ สายยางให้อาหารทางจมูก ร้อยละ 29.60 และสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 18.5 และการคาสายอุปกรณ์การแพทย์ก่อนจำหน่าย ได้แก่ สายยางให้อาหารทางจมูก ร้อยละ 22.20 และสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 18.50

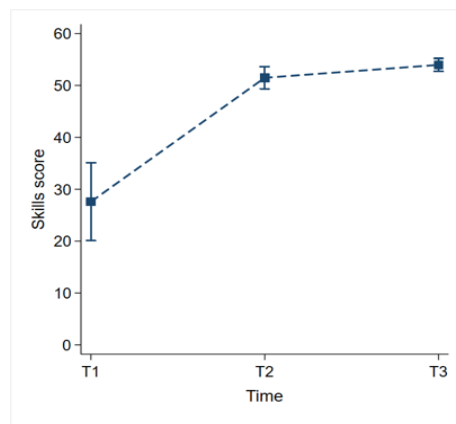
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับโปรแกรม

และหลังได้รับโปรแกรมในวันจำหน่าย และหลังจำหน่าย 14 วัน เฉลี่ย $7.85 \pm .53$ คะแนน $9.70 \pm .47$ คะแนน และ $9.78 \pm .42$ คะแนน ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมในวันจำหน่าย และหลังจำหน่าย 14 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $< .001$)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนทักษะของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมในวันจำหน่าย และหลังจำหน่าย 14 วัน เฉลี่ย 27.59 ± 7.50 คะแนน 51.48 ± 2.12 คะแนน และ 53.96 ± 1.26 คะแนน ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดของผู้ดูแลระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมในวันจำหน่าย และหลังจำหน่าย 14 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $< .001$) ดังภาพที่ 2



A



B

ภาพที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (A) และทักษะของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล (B) ก่อนได้รับโปรแกรม (T1) และหลังได้รับโปรแกรมในวันจำหน่าย (T2) และหลังจำหน่าย 14 วัน (T3)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลรายคู่ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมในวันจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 1.85 คะแนน (95%CI: 1.59, 2.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) และหลังจำหน่าย 14 วัน มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 1.93 คะแนน (95%CI: 1.54, 2.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) ดังตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลรายคู่ พบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมในวันจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 23.89 คะแนน (95%CI: 20.91, 26.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) และหลังจำหน่าย 14 วัน มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 26.37 คะแนน (95%CI: 22.90, 29.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001)

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และทักษะของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลรายคู่ ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมกับหลังได้รับโปรแกรมในวันจำหน่ายและหลังจำหน่าย 14 วัน ($n = 27$)

ตัวแปร	Mean	SD	Mean difference (95%CI)	p-value†
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง				
ก่อนได้รับโปรแกรม (T1)	7.85	.53	Reference	
หลังได้รับโปรแกรมในวันจำหน่าย (T2)	9.70	.47	1.85 (1.59, 2.12)	< .001*
หลังจำหน่าย 14 วัน (T3)	9.78	.42	1.93 (1.54, 2.31)	< .001*
ทักษะของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด				
ก่อนได้รับโปรแกรม (T1)	27.59	7.50	Reference	
หลังได้รับโปรแกรมในวันจำหน่าย (T2)	51.48	2.12	23.89 (20.91, 26.87)	< .001*
หลังจำหน่าย 14 วัน (T3)	53.96	1.26	26.37 (22.90, 29.84)	< .001*

†Bonferroni test, *Significant at p -value < .05

ภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม เนื่องจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ¹² เป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงปัญหา และความต้องการของตนเอง เพราะผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา จึงมีความเข้าใจปัญหาจากประสบการณ์ของผู้ป่วย และสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยได้²⁷⁻²⁸ โดยโปรแกรมช่วยให้ผู้ดูแลประเมินสภาพปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง โดยผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ พัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ มีทัศนคติที่ดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังสามารถที่จะเข้าใจ และปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น^{8,15,17} สอดคล้องกับการศึกษา ของสวงษ์ ลักษณะไทย²⁰ และ พัชร ฤทธิ์ศรี¹⁶ ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ในการส่งเสริมการปฏิบัติของครอบครัวในการบริหารข้อสำหรับผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมองที่บ้านพบว่า ภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการบริหารข้อสำหรับผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม²⁹

วิธีการสอนโดยการอภิปรายกลุ่ม (group discussion) เป็นวิธีการที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการอภิปรายกลุ่มเป็นกิจกรรมที่ใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ตามประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยช่วยในการสนับสนุนการตัดสินใจการเชื่อมโยงระหว่างวัตถุประสงค์ของโครงการ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และช่วยเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ข้อมูลของผู้ป่วย³⁰ เพื่อให้เกิดการวางแผน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การสาธิต (demonstration) เกี่ยวกับการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล โดยการอธิบาย และสาธิตทีละขั้นตอนพร้อมกับให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ เป็นอีกหนึ่งวิธีที่ผู้วิจัยเลือกใช้ใโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เนื่องจากช่วยให้ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้พูดคุยในปัญหาต่าง ๆ รวมถึงได้อภิปรายร่วมกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ อีกทั้ง ทำให้ทราบว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ ทั้งนี้การสอนแบบสาธิตจะเป็นกระบวนการที่เป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้ผู้ดูแลได้อภิปราย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ

รวมถึงผู้สอนสามารถรวบรวมข้อมูล และให้คำตอบตรงตามความต้องการของผู้ดูแลได้³¹

จากการติดตามภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นผลมาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้จัดกิจกรรมให้ความรู้ และสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการลดความวิตกกังวล และภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล²⁷ ทำให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ³² โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะให้แนวทางแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง นำไปสู่การแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และการปฏิบัติที่ถูกต้อง มีการพัฒนาตนเอง และมีการตัดสินใจที่ดี ทำให้สามารถปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ภายหลังจากจำหน่ายได้^{8,20} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชร ฤทธิ์ศรี¹⁶ โดยพบว่า เมื่อติดตามผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 93.50 และผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 93.50 อีกทั้ง ยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพียงพอ จะทำให้เกิดความมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้²⁷⁻²⁸ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ ในการส่งเสริมการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีความรู้ เพิ่มพูนความสามารถ และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมผู้ดูแล เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมั่นใจ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผลของการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อประชุมหารือในการสร้างแนวนโยบายหรือกำหนดมาตรการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย

3. ด้านบริการพยาบาล นำผลการวิจัยไปถ่ายทอดแก่พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลต่าง เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอต่อความต้องการ ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลที่สามารถป้องกันหรือควบคุมได้

4. ด้านวิชาการ นำองค์ความรู้วิธีการที่ได้จากกระบวนการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล ไปเสนอต่อบุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อการเรียนรู้ และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาส่งเสริมผู้ดูแล และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวข้องในงานสาธารณสุขด้านอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลการศึกษาในระยะ 1 เดือนขึ้นไป เพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อน และความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควบคู่ไปด้วย เพื่อจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลต่างต่อไป

2. ควรถอดบทเรียนจากการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และต่อยอดความสำเร็จที่เกิดขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน Barthel ADL Index ต่างระดับกัน

4. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนกลุ่มอื่น ๆ ที่รักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อค้นหาสาเหตุ และพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization: WSO. World stroke day [Internet]. 2021. [cited 2023 Aug 14] Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/impact-of-stroke>
2. Tiamkao S. Incidence of stroke in Thailand. Thai Journal of Neurology 2022;39(2):39-46. (in Thai)
3. Triyawong D, Lagampam S, Rawiworrakul T. Effect of the supportive-educative nursing program on capability of family caregiver for caring post stroke. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2020;37(3):204-46. (in Thai)
4. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Manual for screening and evaluating the health of the elderly, 2021. 1st ed. Bangkok: Najanta Creation; 2021. (in Thai)

5. Pitthayapong S. Situations, problems, and barriers of post-stroke care in the transitional period from hospital to home. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2018;11(2):26-39. (in Thai)
6. Junsree V. The effects of a family management-enhancing program on the caregiver's skill, and early mobility, and complications of stroke patients [Dissertation]. Pathum Thani: Thammasat University; 2017. (in Thai)
7. Chansri P, Samrannet W, Kor-issaranuphab N. Empowerment of caregivers for rehabilitation of stroke patients. *Journal of MCU Nakhondhat* 2021;8(11):112-25. (in Thai)
8. Panthong P, Phatisena T. The empowerment of caregivers for rehabilitation of stroke patients at Maharat Nakhon Ratchasima hospital. *The Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima Journal* 2018;24(2):57-66. (in Thai)
9. Srihabandith W. Needs of the caregivers of patients with cerebrovascular disease and the predicting factors of their needs [Dissertation]. Pathum Thani: Rangsit University; 2017. (in Thai)
10. Srithumsuk W, Jaipong S, Setchoduk K, Teerawongsa N, Nilnate N. Factors predicting needs of caregivers of new patients with post-acute stroke. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2020;13(2):144-58. (in Thai)
11. Sukwatjane A, Amatayakul A. The development of competencies of caregivers in caring stroke patients. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2019;31(2):112-25. (in Thai)
12. Gibson CH. A Concept analysis of empowerment. *Journal of Advance Nursing* 1991;16:354-61. doi: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x.
13. Chiang Mai Provincial Public Health Office. CMI data reporting system [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 24] Available from: <https://cmi.ciorh1.com/web/index.php?r=site%2Findex> (in Thai)
14. Uthissampankul A. Development and effect of video-based education to knowledge and skill in hemiplegia stroke patient for caregivers. *Medical Journal of Sisaket Surin Burirum Hospitals* 2022;37(1):77-89. (in Thai)
15. Sangseechan T. Provision of information and skill training to caregivers for reducing anxiety in stroke patients care at Banphaeo hospital (public organization) [Dissertation]. Nakorn Prathom: Slipakorn University; 2014. (in Thai)
16. Rittsorn P. Effects of knowledge and skill promotion program for caregivers of stroke patients while Banphue hospital. *Journal of Environment and Community* 2023;8(1):287-93. (in Thai)
17. Kommom D. Effects of knowledge and skill promotion program for caregivers of stroke patients. *Journal of the Phrae Hospital* 2020;28(1):92-6. (in Thai)
18. Chiang Mai Provincial Public Health Office. Manual for organizing rehabilitation care services for intermediate care, Chiang Mai province. 1st ed. Chiang Mai: Nana; 2021. (in Thai)
19. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd rd. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
20. Laksanathai S. The empowerment of caregivers on rehabilitation for stroke patients in Uthai hospital. *Journal of Nursing and Health Research* 2021;1(3):89-101. (in Thai)

21. Intermediate Care, Chiang Mai Provincial Public Health Office. General knowledge about rehabilitation and patient rights [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 15]. Available from: https://www.youtube.com/playlist?list=PLnnXrZAPa_aB2s1kJpJkdj0XvWBC1br6d (in Thai)
22. Sindhu S, Konggumnerd R, Noonin N, Fukfon K, Santwanpas N, Adunwatanasiri P, et al. Development of primary healthcare model for the elderly in new normal society: a proposed policy for healthcare reform [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 15]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5779/hs2917.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (in Thai)
23. Physical Therapy Department Bangkok - Udon Hospital. Positioning and moving on patients with hemiparesis [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 3] Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=GAx6D68MjWM> (in Thai)
24. Hertzog MA. Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health* 2008;31(2):180-91. doi: 10.1002/nur.20247.
25. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference*. 11.0 update. 4th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003.
26. Vaske JJ, Beaman, J, Sponarski C. Rethinking internal consistency in Cronbach's alpha. *Leisure Sciences* 2017;39(2):163-73. doi: 10.1080/01490400.2015.1127189.
27. Deyhoul N, Vasli P, Rohani C, Shakeri N, Hosseini M. The effect of family-centered empowerment program on the family caregiver burden and the activities of daily living of Iranian patients with stroke: a randomized controlled trial study. *Aging Clinical and Experimental Research* 2020;32(7):1343-52. doi: 10.1007/s40520-019-01321-4.
28. Dharma KK, Damhudi D, Yarden N, Haeriyanto S. Increase in the functional capacity and quality of life among stroke patients by family caregiver empowerment program based on adaptation model. *International Journal of Nursing Sciences* 2018;5(4):357-64. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.09.002.
29. Sutthirak T, Narin R, Tuanrat W. Impacts of an empowerment programme on family caregivers' ability to assist stroke patients to perform joint exercise. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery* 2020;35(4):70-83. (in Thai)
30. Doria N, Condran B, Boulos L, Maillet DGC, Dowling L, Levy A. Sharpening the focus: differentiating between focus groups for patient engagement vs. qualitative research. *Research Involvement and Engagement* 2018;4(19):1-8 doi: 10.1186/s40900-018-0102-6.
31. Pangaribuan BW, Purba N, Siahaan KWA, Sidabutar EF, Sihombing VT, Simamora DF, et al. The implementation of demonstration method to increase learning outcome in natural science lessons. *Jurnal Obsesi Jurnal Pendidikan Anak Usia Din* 2022;6(4):3680-92. doi: 10.31004/obsesi.v6i4.1711.
32. Kariasa IM, Waluyo A. The effectiveness of post-stroke patient care education intervention in stroke caregivers: a literature review. *Indonesian Journal of Nursing Practices* 2021;5(2):67-75. doi: 10.18196/ijnp.v5i2.11437.