

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์หลังการทดลอง (Two Group Post Test Only Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ต่อ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากการตีบ หรือ อุดตัน ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยครั้งแรก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี และผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ดูแลหลักอยู่ในครอบครัวเดียวกัน มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสังคมหรือกฎหมายพักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วย โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 15 รายก่อน ซึ่งกลุ่มควบคุมนี้ผู้ดูแลจะได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยในระหว่างผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงการติดตามเยี่ยมที่บ้านด้วยวิธีติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ส่วนสัปดาห์ที่ 2 มีการติดตามเยี่ยมที่บ้าน จำนวน 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง คู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ของ ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์ (2542) ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ตามวิธีของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .96 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งมี 2 กรณีคือ กรณีผู้ดูแลได้รับการสอนใส่อุปกรณ์พิเศษ และกรณีผู้ดูแลไม่ได้รับการสอนใส่อุปกรณ์พิเศษ แบบประเมินนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ จารึก ธานีรัตน์ (2545) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ตามวิธีของครอนบาคได้ค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .72 และ .80 ตามลำดับ และ แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย แบบประเมินการเกิดปอดติดเชื้อ แบบประเมินการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และแบบประเมินการเกิดแผลกดทับ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรง เท่ากับ .82, .82 และ 1.00 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และผู้ดูแล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ ส่วนคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติที แบบ 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Independent Sample t-test) และจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนวิเคราะห์ด้วย การแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ข้อมูลทั้งกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square Test)

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล มีลักษณะข้อมูลดังต่อไปนี้

1.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 60) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 72 ปี (SD = 12.01) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.67) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 93.33) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 80.09) มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 46.66) รองลงมา เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.66) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงด้านขวา (ร้อยละ 60) มีที่พักอาศัยอยู่ใกล้โรงพยาบาลกบินทร์บุรี และ สถานีนอนมัยเมืองเก่าในจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 33.33) มีความสามารถในการทำกิจกรรมระดับต่ำ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 53.30) และระดับปานกลาง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 46.70)

ส่วนในกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ มากกว่า 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 53.34) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.34) ทั้งหมดจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 100) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 46.66) รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 33.33) มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงด้านขวา (ร้อยละ 53.34) มีที่พักอาศัยอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลกบินทร์บุรี (ร้อยละ 33.33) รองลงมา คือสถานีนอนมัยบ้านนา และ สถานีนอนมัยวังท่าช้างในจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 20.01) มีความสามารถในการทำกิจกรรมระดับต่ำ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 53.30) และ ระดับ

ปานกลาง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 46.70) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

1.2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ในกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 40) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.80 ปี (SD = 9.54) รองลงมา อยู่ในกลุ่มอายุ 51- 60 ปี (ร้อยละ 33.33) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.67) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 46.67) รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 26.67) มีรายได้ต่อเดือน 5,100-10,000 บาท (ร้อยละ 53.33) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60) ผู้ดูแลทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่เป็นบุตรผู้ป่วย (ร้อยละ 80) ทั้งหมดไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 100)

ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม อยู่ในกลุ่มอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 40) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.80 ปี (SD = 13.14) รองลงมา อยู่ในกลุ่มอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 20.01) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 46.67) รองลงมา มีอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 40) มีรายได้ต่อเดือน 5,100-10,000 บาท (ร้อยละ 46.67) รองลงมา ต่ำกว่า 5,000-5,000 บาท (ร้อยละ 33.33) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 66.66) ผู้ดูแลทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่เป็นบุตรผู้ป่วย (ร้อยละ 53.33) และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 100) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม จะเน้นความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสอດใส่อุปกรณ์พิเศษ และกรณีดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอດใส่อุปกรณ์พิเศษ ผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคะแนนมากกว่า กลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

3. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม จะเน้นความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคะแนนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

4. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม การเกิดโรคแทรกซ้อน กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง มีจำนวนการเกิดโรคน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ โดยการเกิดปอดติดเชื้อ และการเกิดแผลกดทับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน การติดเชื้อระบบทางเดิน

ปีสภาวะ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่ได้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานข้อ 1

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยได้รับการสอนใส่อุปกรณ์พิเศษ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -4.262$, $df = 14$, $p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลกลุ่มทดลอง ($M = 70.33$, $SD = 3.99$) มากกว่า กลุ่มควบคุม ($M = 42.53$, $SD = 9.89$)

ในกรณีผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยไม่ได้รับการสอนใส่อุปกรณ์พิเศษกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -4.538$, $df = 12$, $p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแล กลุ่มทดลอง ($M = 56.85$, $SD = 5.27$) มากกว่า กลุ่มควบคุม ($M = 40.42$, $SD = 7.99$)

จากผลการศึกษา พบว่าสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุด โปรแกรม มีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ

อธิบายได้ว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่แตกต่างกันนั้น มีผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่ประยุกต์แนวคิดความเป็นพลวัตในการดูแลของผู้ดูแลของวิลเลียม (Williams, 2008) ซึ่งในแนวคิดได้กล่าวถึงความต่อเนื่องในการดูแลจะเกิดขึ้นได้ก็จะต้องมีผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติในการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาโปรแกรมจึงได้นำองค์ประกอบที่ทำให้ผู้ดูแลมีคุณสมบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ประกอบด้วย การสนับสนุนความรู้ความสามารถผู้ดูแล (Support) จากทีมเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันของผู้ดูแลแต่ละคน (New Insight) ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ด้วยวิธีการดูวิดีโอ และอธิบายประกอบจนผู้ดูแลเกิด ความเข้าใจ พร้อมกับให้คู่มือซึ่งเป็นเอกสารประกอบในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการสาธิตทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม 4 ด้าน คือ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ รวมทั้งมีการทบทวนสิ่งที่เรียนรู้ และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ด้วยความรู้ และทักษะที่ได้รับการถ่ายทอด (Self-

care) และยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดง ความคิดเห็น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ในการเจรจาต่อรอง (Negotiation) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม นอกจากนี้การสร้างความเห็นใจ ความเข้าใจในผู้ป่วยให้เกิดขึ้นในผู้ดูแลเพื่อให้เกิดเป็นข้อผูกมัดหรือ ข้อตกลง (Commitment) ในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย อันนำมาซึ่งภาวะของโรคในผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และผู้ดูแลมีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยก่อให้เกิดมีความคาดหวังเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในผู้ป่วยอย่างมีเหตุผล (Expectation Management)

กิจกรรมการติดตามผู้ดูแล และผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในการติดตามจะพบได้ว่าผู้ดูแลต้องการคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่เป็นอย่างมากเมื่อนำผู้ป่วยกลับบ้าน เนื่องจากบริบทที่บ้าน และในโรงพยาบาลแตกต่างกัน หรือถึงแม้จะมีอุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยครบสมบูรณ์คล้ายในโรงพยาบาล แต่เมื่อผู้ดูแลกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลยังต้องการความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 1 ภายหลังผู้ป่วยกลับบ้านได้ 3 วัน เป็นการทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ดูแลในการตัดสินใจปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการติดตามเยี่ยมที่บ้านจะเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมที่บ้าน มักจะพบคำถามที่บอกว่า “รอคุณหมอมาช่วยคุณให้อยู่ท่าอย่างนี้ได้หรือเปล่า” บ่งบอกได้ว่า ผู้ดูแลมีความต้องการที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย อันจะนำไปสู่ความรู้ และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา ไพโรบลย์ (2550) พบว่า ผู้ดูแลต้องการได้รับการสนับสนุนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในเรื่องการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค รวมทั้งการส่งเสริมความรู้ความสามารถ จะส่งผลให้ผู้ดูแลพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ดังการศึกษาของ นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต (2548) ที่พบว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนให้ความรู้ มีผลให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารึก ธาณิรัตน์ (2545) ที่พบว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ดูแล มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนกิจวัตรประจำวันตามปกติ

สมมติฐานข้อที่ 2

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.51$, $df = 28$, $p = .201$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่กำหนดไว้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมมากกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ

อธิบายได้ดังนี้ การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ระดับคะแนนของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความใกล้เคียงกัน ดังเช่น ความสามารถในการดูแลตนเองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 11.87 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 11.33 การเปลี่ยนอิริยาบถและการเคลื่อนไหว กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 10.87 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 10.27 ซึ่งผลที่เกิดขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ประกอบด้วย อายุ ความรุนแรงของโรค ความบกพร่องทางระบบประสาท โรคประจำตัว และการฟื้นฟูหลังเจ็บป่วย (วิญญู กัมพรทิพย์, 2547)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุมากกว่า 70 ปี อายุเฉลี่ย 72 ปี และพบว่ามีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นส่วนมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากจะมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย โดยเฉพาะ หากอายุมากกว่า 65 ปี เมื่อมีความเจ็บป่วย จะต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นสูงเนื่องจาก มีสมรรถภาพทางกายบกพร่องตามวัยร่วมกับเกิดความเจ็บป่วยของโรคร่วมระยะเวลาในการฟื้นหายจากภาวะ โรคจะใช้เวลา 6 เดือนขึ้นไป (Chan & Wong, 2009) พบว่าผู้ป่วยวัยสูงอายุ จะเริ่มมีความบกพร่องในด้านความรู้สึกรู้สึกโดยเฉลี่ยอายุ 55.9 ปีขึ้นไป เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในสมอง การฟื้นฟูด้านความรู้สึกรู้สึกจะล่าช้ากว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า (Carod-Artal et al., 2009) รวมถึงการศึกษาของ เพ็ญศรี ศิริวรารมย์ (2550) พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ที่บ้าน โดยผู้ดูแล จะพบปัญหาและอุปสรรคในการออกกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ ผู้ป่วยจะมีอาการ เกร็ง ปวดไหล่ หรือเจ็บ ขณะทำกายภาพเพื่อฟื้นฟู จึงส่งผลให้การฟื้นฟูได้ไม่เต็มที่

รวมทั้งในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 15 ราย ภายได้ 15 ราย ยังถูก จัดแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมระดับต่ำ ซึ่งมีคะแนน 18-35 คะแนน มีจำนวน 8 ราย และผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมระดับปานกลาง ซึ่งมีคะแนน 36-53 คะแนน มีจำนวน 7 ราย จะเห็นได้ว่ายังมีจำนวนน้อยเกินไป จึงทำให้ไม่เห็นถึง ความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มที่ชัดเจน

สมมติฐานข้อที่ 3

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองไม่เกิดโรคแทรกซ้อน จำนวน 13 คน (ร้อยละ 86.67) กลุ่มควบคุมไม่พบการเกิดโรคแทรกซ้อน 5 คน (ร้อยละ 33.33) กลุ่มควบคุม พบการเกิดโรคแทรกซ้อน 1 โรค 2 คน (ร้อยละ 13.33) เกิดโรคแทรกซ้อน 2 โรค 7 (ร้อยละ 46.67) เกิดโรคแทรกซ้อน 3 โรค 1 คน (ร้อยละ 6.67) สัดส่วนการเกิด ปอดติดเชื้อ และการเกิดแผลกดทับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Fisher's Exact

test = 6.00, df = 1, p = .021, $\chi^2 = 11.56$, df = 2, p = .003) ส่วนเรื่องการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Fisher's Exact test = 2.14, df = 1, p = .241) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่กำหนดไว้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ดูแลโดยผู้ดูแลได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีจำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ

อธิบายได้ว่า ความแตกต่างนั้นเกิดมาจาก โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องที่มีการให้ความรู้และสอนทักษะเพื่อนำไปดูแลผู้ป่วย โดยในการสอน จะแบ่งการสอนทีละส่วน ไม่สอนรวมกันทั้งหมดในวันเดียว สิ่งสำคัญคือจะคำนึงถึงผู้เรียนรู้ที่เป็นผู้ดูแลเป็นสำคัญ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ และเข้าใจอย่างแท้จริง ร่วมกับการส่งเสริมความสามารถด้านทักษะจะมีการสาธิตย้อนกลับ และประเมินความสามารถของผู้เรียนรู้ที่เป็นผู้ดูแลเป็นระยะ และมีการส่งเสริมความสามารถในด้านการดูแลเมื่อพบว่าทักษะการปฏิบัติ หรือความรู้ที่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ จินะรัตน์ ศรีรัตนบุญ (2540) ที่พบว่า การสอนและฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแล จะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งนี้เกิดจาก ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าการไม่ได้รับการสอนและฝึกทักษะ เช่นเดียวกับการศึกษาของ บรรณทวรรณ หิรัญเคราะห์ (2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลฟื้นฟูจากผู้ดูแลที่ได้รับการสอนทักษะการฟื้นฟูที่บ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ เนื่องจากผู้ดูแลมีทักษะ และความรู้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจึงทำให้สามารถฟื้นฟูได้อย่างถูกต้อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีดัชนีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา เช่นเดียวกับผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า การส่งเสริมความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ดูแล จะส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน รวมถึงการตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลที่บ้านของผู้ดูแล (Grant et al., 2006) และการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นที่เหมาะสมที่สุด คือ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้สามารถกลับมาทำกิจกรรมด้วยตนเองได้โดยเร็วและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง แม้ผู้ป่วยจะไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล (Tan et al., 2009)

สัดส่วนของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิตินั้น อาจเกิดจากในการศึกษาครั้งนี้พบจำนวนการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเพียง 2 คน ซึ่งเกิดในกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลองไม่พบการติดเชื้อเกิดขึ้น เมื่อมีการเปรียบเทียบสัดส่วนด้วยสถิติไคสแควร์ จึงส่งผลให้ค่าของตัวเลขที่ได้ไม่มี ความแตกต่าง

กัน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจำนวนครั้งที่เกิดขึ้นจะพบว่า มีความแตกต่างกันจริงโดยกลุ่มทดลองมีจำนวนการเกิดโรคแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการให้การดูแลผู้ป่วย และบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำโปรแกรม การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลอย่างต่อเนื่องไปประยุกต์ใช้ เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแม้ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล เพิ่มศักยภาพในการดูแลที่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำก่อนเวลา

1.2 มีการปรับรูปแบบการติดตามประเมินผล โดยใช้ระยะเวลาให้ยาวนานมากกว่า 4 สัปดาห์ เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่ชัดเจน และเป็นประเมนถึงการคงอยู่ของความต่อเนื่องในการดูแลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ดูแล

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

คณาจารย์ที่จัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล สามารถนำงานวิจัยครั้งนี้ไปเป็นตัวอย่างในการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้

3. ด้านการบริหารทางการพยาบาล

ผู้บริหารสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องไปเป็นนโยบายในการวางแผนดูแลผู้ป่วยกลุ่ม โรคเรื้อรังในการจำหน่ายผู้ป่วย และประสานงานกับ หน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อมีการติดตามผู้ป่วยอย่างจริงจังร่วมกับทีมจากโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. ด้านการวิจัย

4.1 การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

4.2 การศึกษาครั้งนี้ มีระยะเวลาในการศึกษาจำกัด จึงมีการเลือกกลุ่มผู้ป่วย 2 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมระดับต่ำ มีระดับคะแนน 18-35 คะแนน และผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมระดับปานกลาง มีระดับคะแนน 36-53 คะแนน ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเลือกศึกษาในผู้ป่วยเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรืออาจจะใช้ทั้ง 2 ลักษณะแต่เพิ่มจำนวนผู้ป่วยให้มากขึ้นในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากเพียงพอ

4.3 แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ บางข้อ มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ หากจะมีการนำไปใช้ครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาในเรื่องเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อทำให้นำไปใช้ได้เหมาะสม