

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์หลังการทดลอง (Two Groups Post Test Only Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด ขาดเลือดโดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ได้แก่ โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 180 เตียง ให้บริการระดับตติยภูมิ โดยให้บริการ ดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในเขตอำเภอกบินทร์บุรีและอำเภอใกล้เคียง ตามระบบการส่งต่อของ กระทรวงสาธารณสุข ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มีแพทย์เฉพาะ ทางอายุรกรรมให้การตรวจรักษา มีหอผู้ป่วยสามัญทั้งชาย หญิงและหอผู้ป่วยพิเศษ ที่รับดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ซึ่งในการเก็บข้อมูลครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลที่ศึกษาผู้ป่วยอายุรกรรม ชายซึ่งมีจำนวนเตียงที่รับผู้ป่วยได้ 52 ราย ทั้งนี้ได้รวมถึงห้องพิเศษที่เปิดรองรับผู้ป่วยเฉพาะในหอ อายุรกรรมชาย ตึกอายุรกรรมหญิง มีจำนวนเตียงทั้งหมดที่รับผู้ป่วยได้ 41 ราย สามารถเสริมเตียง ได้สูงสุดเป็น 54 ราย และตึกพิเศษมีจำนวนห้องพัก 10 ห้องที่รับผู้ป่วยได้ สำหรับหอผู้ป่วยทั้งสาม แห่งนี้ จะรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดไว้ดูแลรักษา ประมาณ 4-6 คน/เตียง/ หอผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดจะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โดยมีระยะเวลา ในการดูแลรักษา 3 วัน ต่อรายตาม Clinical Path Way ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด ขาดเลือดของโรงพยาบาลถ้าหากไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ซึ่งการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล จะเกิดขึ้นในวันแรก โดยจะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ อาการแสดงการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ดูแลด้วย พยาบาลเจ้าของทีมที่รับผู้ป่วย มีการสอนทักษะการดูแลตามสภาพปัญหาที่พบในผู้ป่วยวันที่ 3 ซึ่ง เป็นวันจำหน่าย การจำหน่ายด้วยแพทย์มีคำสั่งจำหน่าย และมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังทีมติดตาม เชื่อมผู้ป่วย (Home Health Care) ซึ่งประกอบด้วยทีมเจ้าหน้าที่พยาบาล โดยจะติดตามเฉพาะผู้ป่วยที่ อยู่เขตตำบลกบินทร์ และตำบลเมืองเก่า ซึ่งเป็นตำบลที่ใกล้เคียง โรงพยาบาลมากที่สุด ส่วนที่อยู่ นอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ จะเป็นเจ้าหน้าที่อนามัยที่อยู่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยติดตามเชื่อมผู้ป่วยแทน

ซึ่งจัดเป็นทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วย (Home Health Care) ของโรงพยาบาล การติดตามมีการเลือกผู้ป่วย ที่มารับบริการก่อน ส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการภายหลัง จะยังไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมในทันที ซึ่งในแต่ละรายจะได้รับการติดตามเยี่ยมภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังจากการจำหน่าย หรือโดยเฉลี่ย 5 วัน หลังจำหน่าย กรณีบางครั้งเกิดเหตุขัดข้องบางประการ ผู้ป่วยก็จะไม่ได้รับการติดตามเยี่ยม จนกระทั่งได้รับการตรวจตามนัดเมื่อครบ 1 เดือน หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วย กลับเข้ารับรักษาซ้ำ ในโรงพยาบาล

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่มีสาเหตุจากเส้นเลือด ในสมอง เกิดการตีบ หรืออุดตัน และผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน มีความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้ รับค่าตอบแทน ขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลและที่บ้าน ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล และผู้ดูแล โดยกำหนดมีคุณสมบัติดังนี้

คุณสมบัติของผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้รับการวินิจฉัย ครั้งแรก
2. มีระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง อยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ (18-35) ถึงระดับปานกลาง (36-53) โดยประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Functional Independent Measure) ที่พัฒนาขึ้นโดย เวด และแลงตัน (Wade & Langton, 1987) ซึ่งมีการแปลและปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในบริบทคนไทย โดย ฉัญญา จิตประไพ และภาวิศ วงศ์แพทย์ (2542)

คุณสมบัติของผู้ดูแล

1. เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลหลัก ในการดูแลดูแลผู้ป่วยโดยตรง สม่ำเสมอตลอด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน
2. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
3. ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ ชัดเจน

การออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วย (Exclusion Criteria)

1. มีภาวะของโรคหลอดเลือดสมองแตกเกิดขึ้น ในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย
2. มีการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะโรคเดิม และมีความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น
3. มีภาวะของโรคอื่นเกิดขึ้นในระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัย จนส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล
4. มีภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มจากโรคเดิม โดยแพทย์ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย ปอดติดเชื้อจากการสำลัก ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับความรุนแรง ระดับ 3

การกำหนดขนาดและกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจาก การคิดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) โดยการทบทวนวรรณกรรมได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 เรื่อง คือ ผลของการพยาบาลสนับสนุนให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ นิภาภัทร ภักธรพงษ์บัณฑิต (2548) พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความสามารถในการดูแลเฉลี่ย 96.20 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการดูแลเฉลี่ย 63.20 และมีคะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม 40.11 (นิภาภัทร ภักธรพงษ์บัณฑิต, 2548) สามารถคำนวณหาขนาดอิทธิพลจากสูตร (Hedges, 1982 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2550)

$$D = \frac{\overline{X}_E - \overline{X}_C}{SD \text{ pool}}$$

เมื่อกำหนดให้

d = ค่า Effect size

$\overline{X}_E$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\overline{X}_C$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$SD \text{ pool}$ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม

นำไปแทนค่าในสูตร

$$d = \frac{96.20 - 63.20}{40.11} = 0.8227$$

มีการกำหนดค่า แอลฟา (Alpha) = .05 และ เบต้า $1 - \beta = 0.8$ เมื่อนำไปเปิดตารางของ โพลิต แอนด์ ฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1995 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2550) ไม่มีค่า Effect Size ตามที่กำหนดจึงได้ เลือกค่าที่ใกล้เคียงที่สุด โดยยึดค่าที่ต่ำกว่าค่าที่คำนวณได้ เพื่อให้

เกิดความผิดพลาดชนิดที่ 2 จึงได้ใช้ค่า Effect Size = .80 ซึ่งจัดอยู่ในขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะต้องใช้ในการศึกษา คือกลุ่มละ 15 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 30 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีการสุ่มตามความสะดวก (Convenience Sampling) คือ คัดเลือกผู้ดูแล และผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดทุกราย ซึ่งได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย แผนกอายุรกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษ ในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกบินทร์บุรีมีจำนวนจำกัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลของกลุ่มควบคุมก่อนจนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 15 ราย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลของกลุ่มทดลอง เพื่อลดการปนเปื้อนกันของข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการศึกษาครั้งนี้ มีการกำหนดความคล้ายคลึงกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนน ความสามารถอยู่ในระดับเดียวกัน คือ ระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ ปานกลาง (36-53) และระดับต่ำ (18-35) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ ของโปรแกรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความสามารถ ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดสำหรับผู้ดูแล และ วิดีทัศน์เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1.1 โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นแผนการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ดูแล โดยผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจาก แนวคิดความเป็นพลวัตในการดูแล (Caregiver Dynamics) ของวิลเลียม (Williams, 2008) ร่วมกับการ ทบทวนเอกสาร ตำราวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยโปรแกรมนี้อาจแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย ระยะที่ 2 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะที่ผู้ป่วย กลับบ้าน จนกระทั่งผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัดเป็นเวลา 1 เดือน (ดังภาคผนวก ข)

1.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดสำหรับผู้ดูแล เป็นเอกสารประกอบในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล มีภาพประกอบการบรรยายด้วยตัวอักษร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ภายในเอกสารประกอบไปด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ อุปสรรคในการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค อาการ และอาการแสดงที่บ่งบอกว่า เป็นโรค การรักษา ผลกระทบของโรค การดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูผู้ป่วย การดูแลด้านจิตใจ (ภาคผนวก ข)

1.3 วิทัศน์เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ที่มีภาพเคลื่อนไหว ประกอบคำบรรยายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของโรค อาการและอาการแสดง ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค การดูแลรักษาเมื่อเกิดโรค และการฟื้นฟูดูแลภายหลังการเกิดโรค ซึ่งใช้ประกอบในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในกลุ่มทดลอง จัดทำขึ้นโดยสถาบันประสาทวิทยา (สถาบันประสาทแห่งประเทศไทย, 2547) เพื่อเผยแพร่ประชาชนทั่วไปให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ภาษาคือภาษาไทยเข้าใจง่าย ความยาวของเนื้อหาใช้เวลา 25-30 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว สภาพร่างกาย ที่อ่อนแรง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย สถานบริการใกล้บ้าน

2.2.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (Functional Independent Measure : FIM) พัฒนาขึ้น โดย เวค และแลงตัน (Wade & Langton, 1987) ภายใต้แนวคิด ความต้องการได้รับการดูแลของผู้ป่วยเรื้อรังของ บาร์เทล และ มาโฮนี ปี ค.ศ. 1965 โดยแบบประเมิน FIM ที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความครอบคลุมในการประเมินทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อใช้เป็นแบบ ประเมินความต้องการความช่วยเหลือในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ได้มีการแปลและปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทคนไทยโดย จัญญา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์ (2542) เพื่อนำไปใช้ในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในข้อคำถามจัดเป็นหมวดหมู่ได้ 6 หมวด 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนี้

หมวดที่ 1 การดูแลช่วยเหลือตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเรื่อง การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนศีรษะและใบหน้า การอาบน้ำ การแต่งตัวร่างกายตอนบน การแต่งตัวร่างกายตอนล่าง

หมวดที่ 2 การควบคุมระบบขับถ่าย ประกอบด้วยข้อคำถามเรื่อง การขับถ่าย การกลั้นปัสสาวะ การกลั้นอุจจาระ

หมวดที่ 3 การเปลี่ยนอิริยาบถ ประกอบด้วยข้อคำถามเรื่อง การเคลื่อนไหวจากเตียงสู่รถเข็นและนั่งเก้าอี้ข้างเตียง

หมวดที่ 4 การเคลื่อนไหว ประกอบด้วยข้อคำถามเรื่อง การเคลื่อนที่ในห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตัวเองสู่ที่อาบน้ำ การเคลื่อนที่ในทางราบ การขึ้นบันได

หมวดที่ 5 การสื่อความหมาย ประกอบด้วยข้อคำถามเรื่อง การสื่อสารทางด้านการเข้าใจ การสื่อสารในด้านการแสดงออก

หมวดที่ 6 การกำหนดรู้ด้านสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามเรื่อง การรับรู้การตอบสนองทางสังคม การแก้ปัญหา ความจำ

จากข้อคำถามทั้ง 6 หมวด เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย จำนวน 13 ข้อ ซึ่งอยู่ในหมวดที่ 1-4 ข้อคำถามเกี่ยวกับด้านจิตใจ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งอยู่ในหมวด 5-6 รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Rating Scale มีระดับคะแนน 1-4 คะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 4 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เองทั้งหมด

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เองส่วนใหญ่ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรมบางส่วน ไม่เกินร้อยละ 25

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เองบางส่วน ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรม ส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 75

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้เองต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรมทั้งหมด

การแปลผลโดย คัดคะแนนรวมของทุกหมวด รวมทั้งสิ้น 18 ข้อ และจัดเป็นระดับคะแนนได้ดังนี้ (จิรญา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์, 2542) .

ระดับคะแนน 18-35 หมายถึงระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่ำ

ระดับคะแนน 36-53 หมายถึงระดับความสามารถในการทำกิจกรรมปานกลาง

ระดับคะแนน 54 ขึ้นไป หมายถึงระดับความสามารถในการทำกิจกรรมสูง

แบบประเมินชุดนี้ ได้นำไปใช้ในสถาบันประสาทเป็นครั้งแรก แต่ไม่มีรายงาน ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ต่อมา นันทวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ (2552) นำไปใช้ครั้งที่ 2 เพื่อศึกษา ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ผ่านการหาความความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .96

ในการศึกษาครั้งนี้ ค่าคะแนนในแต่ละหมวด มีการจัดระดับโดยใช้สถิติทางคณิตศาสตร์คือ ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (เดมศรี ชำนิจารกิจ, 2554) ตามค่าคะแนนในหมวดนั้น โดยระดับคะแนนได้กำหนดไว้ 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และ ระดับสูง ทั้งนี้ จึงได้มีการจัดระดับคะแนนตามหมวดความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ดังนี้

ด้านการดูแลช่วยเหลือตนเอง ค่าคะแนนสูงสุด 20 คะแนน คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน ดังนั้น ระดับคะแนนที่ได้เป็นดังนี้

5.00-9.99	ระดับความสามารถระดับต่ำ
10.00-14.99	ระดับความสามารถระดับปานกลาง
15.00-20.00	ระดับความสามารถระดับสูง

ด้านการควบคุมการขับถ่าย ค่าคะแนนสูงสุด 12 คะแนน คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน ดังนั้น ระดับคะแนนที่ได้เป็นดังนี้

3.00-5.99	ระดับความสามารถระดับต่ำ
6.00-8.99	ระดับความสามารถระดับปานกลาง
9.00-12.00	ระดับความสามารถระดับสูง

ด้านการเปลี่ยนอิริยาบถ ค่าคะแนนสูงสุด 4 คะแนน คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน ดังนั้น ระดับคะแนนที่ได้เป็นดังนี้

1.00-1.99	ระดับความสามารถระดับต่ำ
2.00 -2.99	ระดับความสามารถระดับปานกลาง
3.00-4.00	ระดับความสามารถระดับสูง

ด้านการเคลื่อนไหว ค่าคะแนนสูงสุด 12 คะแนน คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน ดังนั้น ระดับคะแนนที่ได้เป็นดังนี้

3.00-5.99	ระดับความสามารถระดับต่ำ
6.00-8.99	ระดับความสามารถระดับปานกลาง
9.00-12.00	ระดับความสามารถระดับสูง

ด้านการสื่อความหมาย ค่าคะแนนสูงสุด 8 คะแนน คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน ดังนั้นระดับคะแนนที่ได้เป็นดังนี้

2.00-3.99	ระดับความสามารถระดับต่ำ
4.00-5.99	ระดับความสามารถระดับปานกลาง
6.00-8.00	ระดับความสามารถระดับสูง

ด้านการกำหนดรู้ทางสังคม ค่าคะแนนสูงสุด 12 คะแนน คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน ดังนี้

3.00-5.99	ระดับความสามารถระดับต่ำ
6.00-8.99	ระดับความสามารถระดับปานกลาง
9.00-12.00	ระดับความสามารถระดับสูง

2.3 แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งใช้ในการประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ไปติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย (ดังภาคผนวก ก)

2.3.1 แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดปอดติดเชื้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ควบคุมกับการประเมินสภาพผู้ป่วยที่พบ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ปัญหาการเคี้ยวกลืน อายุ การใส่สายให้อาหาร ลักษณะการมีน้ำลายในปากและลำคอบ้าง ส่วนที่ 2 อาการและอาการแสดงจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อาการ ไอ ไข้ หอบ พังเสียงหายใจมีเสียงผิดปกติ สีเสมหะปน เกณฑ์การประเมิน หากพบความผิดปกติเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดง 2 ข้อขึ้นไป ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคตั้งแต่ 1 ปัจจัยขึ้นไป ให้แนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาล

2.3.2 แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ควบคุมกับการประเมินสภาพผู้ป่วยที่พบ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ การมีปัญหาในการขับถ่าย ประวัติการได้รับการสวนปัสสาวะ โรคร่วม อายุ เพศ และ ส่วนที่ 2 อาการ และอาการแสดงจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย สีของปัสสาวะขุ่นเข้ม มีอาการปัสสาวะขัด กระปริดกระปรอย ปัสสาวะลำบาก อาการปวดฉี่บ่อยๆ อุณหภูมิร่างกายที่มากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส อาการหนาวสั่น เกณฑ์การประเมิน หากพบความผิดปกติเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดง 2 ข้อขึ้นไป ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคตั้งแต่ 1 ปัจจัยขึ้นไป ให้แนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาล

2.3.3 แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ เป็นการประเมินเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินสภาพผิวหนัง (Skin Assessment Tool) ของ จูตินันท์ วัฒนชัย น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และอำภาพร พัววิไล (2552) เพื่อใช้ตรวจสอบสภาพผิวหนัง บริเวณต่างๆของร่างกาย มีการประเมินเป็น 2 ข้อ คือ เกิดแผลที่ผิวหนัง และไม่เกิด กรณีเกิดแผล มีการแบ่งเป็นระดับความรุนแรง ประกอบด้วย 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 บริเวณที่ถูกกดจะมีรอยแดง ไม่หายภายใน 30 นาที เมื่อลดการกดทับมีรอยกดทับ แต่ผิวหนังที่ปกคลุมยังไม่มีย่อยลึกขนาด ระดับที่ 2 มีการฉีกขาดของผิวหนังชั้นนอก เช่น แผลถลอกหรือพองเป็นคูนน้ำ เป็นแผลตื้น ๆ รอบแผล แดง อาจมีน้ำเหลืองซึม ระดับที่ 3 แผลลึกถึงชั้นใต้ผิวหนัง พบพังผืดเป็นหลุมลึกอาจเจาะไปยัง เนื้อเยื่อบริเวณนั้น มีน้ำเหลืองหรือหนองจากแผล ระดับที่ 4 มีการตายของเนื้อเยื่อชั้นลึกถึง กล้ามเนื้อ กระดูก เอ็น หรือเยื่อหุ้มข้อต่อเนื้อเยื่อที่ตายจะสีม่วงคล้ำหรือดำ

เกณฑ์การให้คะแนน กรณีที่เกิดความผิดปกติ จะให้คะแนนเป็น 1 และ ถ้าไม่เกิดความผิดปกติจะให้คะแนนเป็น 0

2.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแล

2.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเรื่อง อายุ เพศ รายได้ อาชีพ การศึกษา ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และประสบการณ์ในการดูแล

2.2.2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล เป็นแบบประเมินที่ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ จารึก ธานีรัตน์ (2545) เพื่อประเมินการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางของการจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วยความสามารถในการดูแล 4 ประการ ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน 13 ข้อ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 10 ข้อ การฟื้นฟูสภาพ 5 ข้อ การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย 7 ข้อ รวมทั้งหมด 35 ข้อ แบ่งการให้คะแนนเป็นระดับคะแนน 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแก้ไขและเพิ่มเติมในรายข้อให้ตรงกับลักษณะของผู้ป่วย เพื่อครอบคลุมในการดูแลรายด้านดังนี้ ด้านกิจวัตรประจำวันปรับเป็นการดูแลเรื่อง ความสะอาด จำนวน 5 ข้อ การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร มีการแยกเป็นการดูแลกรณีผู้ป่วย รับประทานอาหารได้เอง จำนวน 5 ข้อ กรณีผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง จำนวน 8 ข้อ ด้านการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีการแบ่งออกเป็น การป้องกันการเกิดแผลกดทับ จำนวน 5 ข้อ การ

ป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แบ่งออกเป็นกรณีผู้ป่วยไม่ได้ใส่สายสวนปัสสาวะ จำนวน 4 ข้อ กรณีผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะจำนวน 7 ข้อ การป้องกันการติดเชื้อที่ปอดมีจำนวน 5 ข้อ ด้านการฟื้นฟูสภาพ มีจำนวน 5 ข้อ ด้านการดูแลด้านจิตใจมีจำนวน 7 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 51 ข้อ และให้ความหมายของระดับคะแนนในการปฏิบัติ คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติทุกครั้งที่ทำให้การดูแลผู้ป่วย
ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติ 2 ครั้งขึ้นไป ใน 1 สัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติน้อยกว่า 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์

การคำนวณและแปลผลคะแนน จะมีการแปลผลคะแนนในแต่ละกลุ่มผู้ดูแล คือ กลุ่มผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยได้รับการสอติสอยู่เป็นพิเศษ มีคะแนน 0-84 คะแนน และกลุ่มผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยไม่ได้รับการสอติสอยู่เป็นพิเศษ มีคะแนน 0-72 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ความสามารถในการดูแลสูง คะแนนน้อย หมายถึงความสามารถในการดูแลต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างโดยประกอบด้วย ดังนี้

1. การตรวจสอบค่าความตรงของเครื่องมือ (Content Validity: CVI)

1.1 โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ภายหลังจากผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยนำไปตรวจความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน

1.2 แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังจากผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยนำไปตรวจความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 1 ท่าน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 4 ท่าน

เพื่อพิจารณาความครอบคลุม ความถูกต้อง รวมถึง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และการจัดลำดับของเนื้อหา โดยนำไปหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาโดยนำรายข้อในความเห็น ที่ตรงกันของผู้เชี่ยวชาญระดับ 3 และ 4 นำไปหารด้วยจำนวนข้อคำถามที่มีทั้งหมด ซึ่งค่า CVI ที่ได้ดังแสดงในตารางที่ 1 หลังจากนั้นนำเครื่องมือ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง คู่มือใน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดสำหรับผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปหาค่าความเชื่อมั่นต่อไป

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในโรงพยาบาลกบินทร์บุรีที่เข้ารับการรักษาด่วนในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความตรง และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลำดับที่	รายการ	CVI	Reliability
1.	โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง	.85	-
2.	คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด	.80	-
3.	แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล		
	- กรณีผู้ป่วยได้รับการสอดใส่อุปกรณ์พิเศษ	.98	.72
	- กรณีผู้ป่วยไม่ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์พิเศษ	.98	.80
4.	แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดปอดติดเชื้อ	.82	-
5.	แบบประเมินความเสี่ยงภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	.82	-
6.	แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ	1.00	-
7.	แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย	-	.96

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกรายโดยปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะในการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้

2. ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธ เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ว่าจะไม่มีผลต่อการพยาบาล บริการ หรือ การนำมารับรักษาแต่อย่างใด

3. ชี้แจงให้ทราบว่า ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ดูแลมิได้อยู่กับผู้ป่วยจะมีพยาบาล และเจ้าหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทั่วถึง และผู้ป่วยปลอดภัย รวมทั้งกรณีการฟื้นฟูสภาพที่เป็นารออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟู หาย หากมีความผิดปกติเกิดขึ้นมีทีมเจ้าหน้าที่ และแพทย์เจ้าของไข้ ประเมินติดตามผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ทันที

4. ในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ โดยไม่มีผลต่อการรับบริการ และการรักษาที่จะได้รับ

5. การศึกษาครั้งนี้ จะเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ เพื่อการศึกษาวิจัย จะไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนามสกุลจริง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมในการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่ผู้ดูแล และผู้ป่วยไม่สามารถอ่านได้ ผู้วิจัยจะอ่านข้อความใบยินยอม ให้รับฟังจนเข้าใจจึงให้ลงนาม หรือประทับลายนิ้วมือในใบยินยอมการเก็บรวบรวมข้อมูล

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. นำหนังสือจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงนารางบุรีเพื่อ ขออนุมัติการทำวิจัยในโรงพยาบาลบึงนารางบุรี

2. หลังจากได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการ การจริยธรรมของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะงาน และขอความร่วมมือเพื่อความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเพื่อทำหน้าที่ในการประเมินผลการวิจัย โดยมีคุณสมบัติคือ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในฝ่ายติดตามเยี่ยมผู้ป่วย (Home Health Care) อย่างน้อย 1 ปี และยินดีที่จะเป็นผู้ช่วยวิจัย แล้วจึงมีการอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยโดยรวม ขั้นตอนในการวิจัยทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด มีการฝึกทักษะการใช้แบบประเมินในการรวบรวมข้อมูล โดยเฉพาะ แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 5 ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการใช้แบบประเมินและไม่มีข้อสงสัย

4. ประสานงานกับนักกายภาพบำบัดเกี่ยวกับ การออกกำลังกาย ซึ่งเป็นการฟื้นฟูผู้ป่วยตามคู่มือการสอน ซึ่งมีการพัฒนาขึ้นภายใต้การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลกบินทร์บุรี และ การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน

5. ประสานงานกับนักโภชนาการ เกี่ยวกับการสอนเรื่องอาหารป็นผสมในกรณีผู้ป่วยได้รับอาหารสายยางเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

ขั้นตอนการ

หลังจากผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ชาย หญิง และหอผู้ป่วยพิเศษแล้ว มีการเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามกำหนดเพื่อเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายภายในระยะเวลา 3-5 วัน

วันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

1. ผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพในวันแรกของการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย โดยการแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การลงนามเข้าร่วมวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และพินัยสิทธิ์เข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

2. ผู้วิจัยประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ และประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ด้วยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (Functional Independent Measure: FIM) (ใช้เวลา 25-30 นาที)

3. ผู้วิจัย บอกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในผู้ป่วย ซึ่งมีความต้องการผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย พร้อมกับซักถามความสมัครใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว จนกระทั่งได้ข้อสรุปในการดูแล

4. พยาบาลประจำทีมที่ในวันนั้น จำนวน 1 คน เข้ามาทักทายและให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยการประเมินอาการผู้ป่วย ซักประวัติอื่นเพิ่มเติม และปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ร่วมกับให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรค แนวทางการดูแลรักษา ตามประสบการณ์ของพยาบาลแก่ผู้ดูแลในวันแรก (ใช้เวลา 30-45 นาที)

วันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

1. พยาบาลประจำทีมที่ดูแลผู้ป่วยในแต่ละเวร มีการประเมินผู้ป่วยประจำวัน และรับส่งเวรเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละราย

2. พยาบาลประจำทีมในเวรนั้น แจ้งหัวหน้าเวรในการติดต่อประสานกับนักโภชนาการ และนักกายภาพเพื่อร่วมในการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วย

3. พยาบาลประจำทีมในเวรนั้น ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ วันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

1. พยาบาลประจำทีมในเวรนั้น ให้การดูแลโดยประเมินความเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย ในแต่ละวัน

2. พยาบาลประจำทีมในเวรนั้น ให้ผู้ดูแลได้ไปรับความรู้เรื่องอาหารปั่นที่ให้แก่ผู้ป่วย ที่ฝ่ายโภชนาการ โดยมีเจ้าหน้าที่นำพาไป กรณีผู้ป่วยต้องใส่สายให้อาหาร เมื่อเสร็จสิ้นพยาบาล ประจำทีมในเวรนั้น ทำการสอนทักษะในการให้อาหารทางสายยาง และการดูแลขณะผู้ป่วยใส่สาย สวนปัสสาวะในกรณีที่ผู้ป่วยต้องใส่สายสวนปัสสาวะกลับไปบ้าน ตามประสบการณ์ในการดูแล ผู้ป่วยของพยาบาลผู้สอน (ใช้เวลา 25-30 นาที)

3. นักกายภาพบำบัดสอนทักษะการออกกำลังกายให้ผู้ป่วย พยาบาลประจำทีมในเวรนั้น จัดให้ผู้ดูแลได้เข้ามาเรียนรู้การออกกำลังกายด้วย (ใช้เวลา 20-25 นาที)

4. พยาบาลประจำทีมในเวรนั้น จะแจ้งเกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วย และวันตรวจตามนัด ของผู้ป่วยในวันที่ผู้ป่วยจำหน่าย และจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในกรณีให้อาหารทางสายยาง ได้แก่ ขวดใส ใบใหญ่ 1 ใบ ขนาด 1,000 มิลลิลิตร, Syringe Irrigate 1 ชุด

5. ผู้ช่วยวิจัยประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ด้วยแบบ ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (Functional Independent Measure: FIM)

6. พยาบาลประจำทีมในเวรนั้นที่ดูแลผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยส่งหน่วยติดตาม เยี่ยมบ้าน หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 ระยะหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล จนผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัดเป็น เวลา 1 เดือน

สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 3 หลังจำหน่าย

มีการติดตามเยี่ยมโดยทีมพยาบาลฝ่าย Home Health Care กรณีผู้ป่วยอยู่ในเขต พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบึงนาราง ส่วนนอกพื้นที่รับผิดชอบมีการติดตามโดยเจ้าหน้าที่ ประจำสถานีอนามัยที่อยู่ใกล้กับผู้ป่วย เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย หากพบ ความผิดปกติให้การดูแลเบื้องต้น และแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจที่โรงพยาบาล

สัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 1 เดือน (ใช้เวลา 25-30 นาที)

1. ผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกปฏิบัติในการใช้เครื่องมือ ประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยแบบประเมิน

2. ผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดแก่ผู้ดูแลทุกราย

3. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลผู้ป่วย โดยใช้คู่มือเป็นเอกสารประกอบ

4. จัดให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามนัดด้วยแพทย์ทุกราย

กลุ่มทดลอง

คัดเลือกกลุ่มทดลอง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุม ในระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมความพร้อมผู้ดูแล และ ระยะส่งเสริมความสามารถอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล (ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล – จำหน่ายภายในระยะเวลา 3-5 วัน)

วันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้ป่วย (ใช้เวลา 30-45 นาที)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวผู้ป่วย และผู้ดูแล ที่หอพักผู้ป่วยในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ด้วยการแนะนำตนเอง สถานที่ และอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การลงนามเข้าร่วมวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และพหัทภษัษฐิผู้เข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

2. ผู้วิจัยประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ หลังจากนั้นทำการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (Functional Independent Measure: FIM)

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดงในผู้ป่วย แผนการดูแลรักษาที่จะได้รับต่อไปของผู้ป่วยแก่สมาชิกในครอบครัว และบอกถึงความต้องการได้รับการดูแลของผู้ป่วย พร้อมกับซักถามความสมัครใจในการทำหน้าท่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว จนกระทั่งได้ข้อสรุปในการดูแล

4. ผู้วิจัยประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล โดยการซักถามเกี่ยวกับเรื่องข้อมูลความเจ็บป่วยที่เกิดในผู้ป่วย ข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และความต้องการ ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ร่วมกับการใช้แบบประเมินข้อมูลทั่วไปในผู้ดูแลเพื่อประเมินข้อมูล พร้อมกับให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่เกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้

วันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับ นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัดที่จะเข้าร่วม ในการให้ความรู้ ซึ่งมีแบบแผนแก่ผู้ดูแลในทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้ร่วม ประเมินปัญหาในผู้ป่วยและประเมินผู้ดูแลร่วมกันก่อนให้ความรู้ ซึ่งมีแบบแผน

2. ผู้วิจัย ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลแบบรายบุคคล ณ ห้องพักรักษาพยาบาล ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลชมวิดีโอ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของโรค อาการและอาการแสดง ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค การดูแลรักษาเมื่อเกิดโรค และ การฟื้นฟูดูแลภายหลังการเกิดโรค (ใช้เวลา 25-30 นาที)

2.2 ผู้วิจัยสรุปจากการดูวิดีโอ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามในประเด็นที่ยัง ไม่เข้าใจพร้อมกับให้ความรู้เพิ่มเติมให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ (ใช้เวลา 15-20 นาที)

2.3 ผู้วิจัยให้คู่มือเป็นเอกสารประกอบแก่ผู้ดูแลซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด สมองชนิดขาดเลือด ปัจจัยในการเกิดโรค ผลกระทบจากโรค การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย หลังจากนั้นให้ ผู้ดูแลพักผ่อนตามอัธยาศัยและนัดเวลาในการเรียนรู้เรื่องทักษะการปฏิบัติดูแลที่เตียงผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยสาธิตทักษะการดูแลผู้ป่วย ณ เตียงผู้ป่วย (ใช้เวลา 1-1 1/2 ชั่วโมง) ในกิจกรรม เกี่ยวกับเรื่องการดูแล

3.1 ด้านกิจวัตรประจำวันประกอบด้วย การทำความสะอาดร่างกายครบทุกส่วน การสวมใส่เสื้อผ้า การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีการจับถ่าย การทำทางเดินหายใจให้โล่งก่อนให้อาหาร การจัดและให้อาหารทั้งในกรณีผู้ป่วยรับประทานได้เอง และให้อาหารทางสายยาง การดูแลให้ผู้ป่วย พักผ่อนนอนหลับ

3.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การเฝ้าระวังการเกิดปอดติดเชื้อ การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

3.3 การดูแลทางด้านจิตใจประกอบด้วย การแสดงความเข้าใจในพฤติกรรมผู้ป่วย ไม่ตำหนิผู้ป่วย ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง

4. กรณีผู้ป่วยได้รับการใส่สายให้อาหาร ผู้วิจัยนำพาผู้ดูแลไปที่ฝ่ายโภชนาการหลังจาก ที่ได้มีการประสานไว้แล้ว เพื่อให้ผู้ดูแลเรียนรู้การทำอาหารปั่นให้แก่ผู้ป่วย โดยผู้วิจัยแนะนำนัก โภชนาการให้ผู้ดูแลได้รู้จัก แล้วทำการเรียนรู้เรื่องอาหารปั่นกับนักโภชนาการ ซึ่งผู้วิจัยอยู่ร่วมด้วย ตลอดการสอน นักโภชนาการสอนทักษะการทำอาหารปั่นที่ฝ่ายโภชนาการประจำโรงพยาบาล ซึ่งมี วัตถุประสงค์ในการฝึกปฏิบัติ (ใช้เวลา 25-30 นาที) หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำผู้ดูแลเรียนรู้ทักษะในการให้ อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลพักผ่อนตามอัธยาศัย

5. ผู้วิจัยนำพาผู้ดูแลไปที่ห้องกายภาพบำบัด นักกายภาพให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการ ออกกำลังกายให้ผู้ป่วย รวมถึงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การขึ้นลงบันได การใช้อุปกรณ์เสริม เช่น ไม้เท้าเพื่อเดิน รดเงิน เพื่อเป็นการฟื้นฟูผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลร่วมปฏิบัติ (ใช้เวลา 20-25 นาที)

หมายเหตุ: กรณีผู้ป่วยเคลื่อนย้ายลำบากนักกายภาพจะทำการสอนที่หอผู้ป่วย

6. ภายหลังการสอนทั้งหมดเสร็จสิ้น ผู้วิจัยมีการสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ได้สอนทักษะ และให้ผู้ดูแลทดลองปฏิบัติการดูแลในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่หอพักผู้ป่วย (ใช้เวลา 1-1 1/2 ชั่วโมง)

6.1 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถาม หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลที่ผู้ป่วยควรได้รับเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่เป็นผู้เจรจาต่อรองในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่

6.2 ผู้วิจัยกล่าวถึงการเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่เป็นอยู่ ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญในการทำหน้าที่เพื่อดูแลผู้ป่วยและให้ข้อตกลงในการดูแลผู้ป่วย

6.3 มีการนัดหมายวันเวลาการพบกันในวันต่อไป

วันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ณ หอพักผู้ป่วย

1. ผู้วิจัยมีการทบทวนกิจกรรมที่ได้มีการเรียนรู้ไป และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมที่สามารถทำได้ให้ผู้วิจัย ผู้วิจัยชี้แนะทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้อง และส่งเสริมทักษะที่ยังปฏิบัติไม่ได้ให้ครอบคลุมครบ 4 ด้าน คือ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลด้านจิตใจ (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) และจัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลพบกันในห้องพักเวรเจ้าหน้าที่ (ใช้เวลา 30-45 นาที)

2.1 ผู้วิจัยมีการสรุปปัญหา และประเมินความเข้าใจกับผู้ดูแลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคในผู้ป่วย พร้อมกับให้ข้อมูลเพิ่มเติมและส่งเสริมการทำหน้าที่แก่ผู้ดูแลให้ผู้ดูแลได้ซักถามในหัวข้อเรื่องที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่พบเจอ และให้ผู้ดูแลร่วมกันวางแผน และตั้งหมายพร้อมกับทำข้อตกลงในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้แสดงบทบาทเป็น ผู้เจรจาต่อรองการดูแลแทนผู้ป่วย

2.2 ผู้วิจัยพุดชักนำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและมีการบอกถึงแหล่งสนับสนุนที่จะให้การช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้านได้แก่ สถานีอนามัยใกล้บ้าน เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน 1669 และบอกถึงการติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน การปรึกษาทางโทรศัพท์เกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

3. ผู้ช่วยวิจัยประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ด้วยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (Functional Independent Measure: FIM)

หมายเหตุ: กรณีผู้ป่วยยังไม่ได้กลับบ้าน การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง มีดังนี้

วันที่ 4 และ วันที่ 5 ของการเข้ารับการรักษ ในหอผู้ป่วย ณ.เตียงผู้ป่วย (ใช้เวลา 1-1 ½ ชั่วโมง)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้สาธิตย้อนกลับในทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและแนะนำทักษะการดูแลที่ถูกต้องให้แก่ผู้ดูแล

2. ให้ผู้ดูแลได้ซักถามในประเด็นเกี่ยวกับทักษะความรู้ที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยมีการสาธิตให้ดู และให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามจนผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลได้ ระยะที่ 2 การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง (การติดตามหลังผู้ป่วยจำหน่าย-กลับมาตรวจตามนัดเป็นเวลา 1 เดือน)

สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 3) ติดตามด้วยโทรศัพท์หลังจำหน่ายภายใน 3 วัน (ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที) ในประเด็นดังนี้

1. ผู้วิจัยประเมินปัญหาเกี่ยวกับผู้ดูแล

1.1 ด้านร่างกาย ความเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ แบบแผนการนอนหลับ อาการปวดเมื่อยตามร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง

1.2 ด้านจิตใจ ความรู้สึกกลัวในการปฏิบัติการดูแล เสรีระหว่างการดูแล รู้สึกมีภาระเพิ่มขึ้น ท้อแท้หรือไม่ มีความคับข้องใจเรื่องใดระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยประเมินปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้ดูแล

2.1 การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การจัดและให้อาหารผู้ป่วย (ทั้งกรณีใส่สายให้อาหาร และรับประทานเอง) มีปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติการดูแลอย่างไร

2.2 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเคลื่อนไหวนให้ผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัว ประเมินความเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การดูแลทางเดินหายใจ การประเมินอาการไอ เสมหะคั่งในหลอดลม การประเมินทางเดินปัสสาวะ ลักษณะปริมาณปัสสาวะเป็นอย่างไร

2.3 การฟื้นฟูสภาพ มีปัญหาในการจัดทำ การออกกำลังกายให้ผู้ป่วยหรือไม่

2.4 การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย มีปัญหา หรือขาดทักษะในเรื่องใดเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจ

3. ผู้วิจัยมีการทบทวนและส่งเสริมความสามารถที่เป็นปัญหาในผู้ดูแลโดยใช้คู่มือเป็นเอกสารประกอบการสอนภายหลังการซักถาม

4. มีการให้กำลังใจ และกล่าวชมเชยในความสามารถที่ให้การดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 2 (วันที่ 10) ของการจำหน่าย การติดตามเยี่ยมที่บ้าน (ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง)

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย มีการกล่าวทักทายผู้ดูแล และผู้ป่วย

2. การประเมินปัญหาผู้ดูแลดังนี้

2.1 ผู้วิจัยประเมินปัญหาเกี่ยวกับผู้ดูแล ด้วยการซักถามและสังเกตความเปลี่ยนแปลง

2.1.1 ด้านร่างกาย ความเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ แบบแผนการนอนหลับ อาการปวดเมื่อยตามร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง

2.1.2 ด้านจิตใจ ความรู้สึกกลัวการดูแล อาการซึมเศร้าระหว่างการดูแล รู้สึกมีภาระเพิ่มขึ้น ท้อแท้หรือไม่ มีความคับข้องใจเรื่องใดเกี่ยวกับการดูแล

2.2 ผู้วิจัยประเมินปัญหาเกี่ยวกับการดูแล ทั้ง 4 ด้าน โดยการ สังเกต ซักถาม และให้ผู้ดูแลสาธิตให้ดู หากพบว่าผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้ หรือทำการดูแลไม่ถูกต้อง จะมีการส่งเสริมความสามารถในการดูแลอย่างถูกต้องครอบคลุม

3. ผู้ช่วยวิจัย ประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำการตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อดูความเปลี่ยนแปลง หากพบปัญหาภายหลังการตรวจร่างกายที่เป็นความเสี่ยง แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาล

4. ผู้วิจัย นำประเด็นปัญหาที่ประเมินได้ในการติดตามเยี่ยม บอกแก่ผู้ดูแล และให้ผู้ดูแลร่วมวางแผนการดูแล และทบทวนเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่วางแผนไว้เมื่อผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล และ ส่งเสริมการปฏิบัติการดูแล ที่เป็นปัญหาให้ถูกต้องเหมาะสม

5. ผู้วิจัยมีการให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และย้ำเตือนในวันตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล

สัปดาห์ที่ 3 หลังการจำหน่าย การติดตามด้วยโทรศัพท์ (ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที)

1. ประเมินปัญหาดังเช่นในสัปดาห์ที่ 1

2. ส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่พบว่าเป็นปัญหา

3. มีการให้กำลังใจผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 4 การตรวจตามนัดของผู้ป่วย (ใช้เวลา 25-30 นาที)

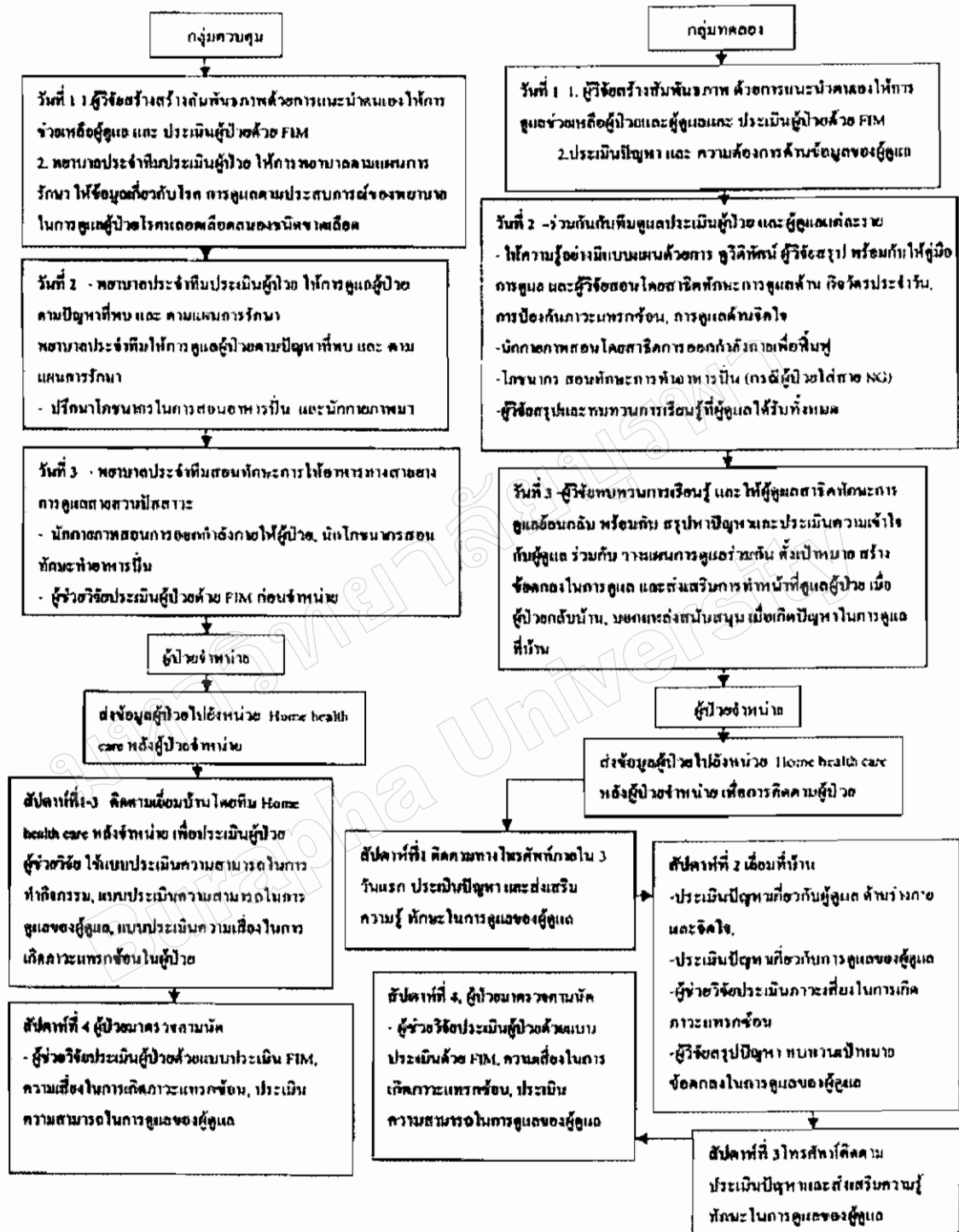
1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มารับการตรวจ และจัดให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อยู่ใกล้ชิดกัน ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด

2. ผู้ช่วยวิจัยประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยแบบประเมิน
3. จัดให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามนัดด้วยแพทย์ทุกราย
4. ผู้วิจัยทำการยุติการเข้าร่วมวิจัย และกล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และ ผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ร่างกายข้างที่เป็นอัมพาต/ ที่มีอาการอ่อนแรง สถานบริการสาธารณสุข ที่ใกล้บ้าน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลทั้งกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์
2. คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย มีการวิเคราะห์ด้วย สถิติทีที่ 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Independent Sample t-test)
3. จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนวิเคราะห์ด้วย การแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ข้อมูลทั้งกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง