

# ผลของโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร ต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแล

กรกนก รีมินิล\* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ศุภร วงศ์ทัตญญ\*\* Ph.D. (Nursing)

สุปรีดา มั่นคง\*\*\* Ph.D. (Gerontological Nursing)

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารต่อความรู้การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังผลลัพธ์ และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อโปรแกรมฯ ที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร จำนวน 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ พัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรา และติดตามผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในวันที่ 2, 7, และ 14 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือสำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบทดสอบหมวดหมู่ 2) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร 3) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน แบบประเมินความคาดหวังผลลัพธ์ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตน และค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในวันที่ 2 วันที่ 7 และวันที่ 14 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในวันที่ 14 อยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาดังกล่าวส่งเสริมให้บุคลากรที่มีสุขภาพ นำโปรแกรมไปปรับใช้ในการส่งเสริมญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความเหมาะสมกับบริบท เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล

**คำสำคัญ:** ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความบกพร่องด้านการสื่อสาร ความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังผลลัพธ์

\*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล)

\*\*Corresponding author, อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: suporn.won@mahidol.ac.th

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

# Effects of the Communication Support Program on the Caregiver's Knowledge and Self-Efficacy to Care for Stroke Patients with Communication Impairment

Kornkanok Rimnin\* *M.N.S. (Adult Nursing)*

Suporn Wongvatuny\*\* *Ph.D. (Nursing)*

Supreeda Monkong\*\*\* *Ph.D. (Gerontological Nursing)*

## Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to test the effects of the communication support program on the caregivers' knowledge, self-efficacy, outcome expectation of their care, and satisfaction in the program for stroke patients with communication impairments. A sample of 30 family caregivers for stroke patients with communication impairments were recruited by purposive sampling. The communicating support program for caregivers was developed based on Bandura's Self-Efficacy theory. Data were collected on 2<sup>nd</sup>, 7<sup>th</sup>, and 14<sup>th</sup> days after the program. The research instruments consisted of: 1) screening instruments including the Thai version of the National Institutes of Health Stroke Scale and The Set Test; 2) the experimental instruments was the communication support program for caregivers of stroke patients with communication impairment; and 3) the instruments for collecting data including the the Caregiver's Knowledge Test, the Self-Efficacy Scale, the Outcome Expectation Assessment, and Caregiver's Satisfaction Questionnaire. Data were analyzed using One-Way Repeated Measures ANOVA statistics. The results revealed that the knowledge, self-efficacy, and outcome expectations of the caregivers of stroke patients were improved significantly after the program finished and there was a moderate level for caregiver's satisfaction with the program. This study suggested that the program may be of benefit for nurses and healthcare team who take care of stroke patients with communication impairments. However, modification to suit the context of each facility may be needed

**Keywords:** Stroke caregiver, Communication impairment, Knowledge, Self-efficacy, Outcome expectation

---

\*Master's Student, Master of Nursing Program (Adult Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\*Corresponding author, Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: suporn.won@mahidol.ac.th

\*\*\*Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากสถิติทั่วโลกในปี พ.ศ. 2558 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 6,500,000 ราย<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยมีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 5<sup>2</sup> ปัจจุบันวิวัฒนาการด้านการรักษาที่ทันสมัยทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น แต่อาจมีความพิการหลงเหลืออยู่และสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันจำเป็นต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และเป็นภาระหนักของญาติผู้ดูแล จากการศึกษารอคหลอดเลือดสมอง พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร<sup>3,4</sup> จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาในด้านการพูดและการสื่อสารเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ พบว่า ในระยะแรกผู้ป่วยส่วนใหญ่จะแสดงอารมณ์ออกมาในด้านลบ ได้แก่ อารมณ์โกรธและความคับข้องใจ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้<sup>5</sup> เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ความบกพร่องด้านการสื่อสาร ความบกพร่องด้านร่างกาย ความสามารถในการรับรู้ที่เปลี่ยนไปส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง<sup>6</sup> ผู้ป่วยเหล่านี้จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเพื่อทดแทนการทำกิจกรรมต่างๆ ในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ซึ่งผู้ที่รับหน้าที่นี้ส่วนมากมักเป็นบุคคลในครอบครัว<sup>6,7</sup>

งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนมากเน้นให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลเมื่อกลับบ้าน<sup>8</sup> การสื่อสารกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังผ่านพ้นช่วงวิกฤตจึงถูกให้ความสำคัญน้อย โดยเริ่มให้ความรู้เรื่องการสื่อสารแก่ญาติผู้ดูแลในช่วงใกล้จำหน่ายกลับบ้าน

ประกอบกับประสบการณ์ของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักพบว่าญาติผู้ดูแลจะสอบถามวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการแนะนำ สอน และช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงแรกหลังพ้นภาวะวิกฤตก่อนที่จะมีการส่งต่อให้นักรรณบำบัดฝึกทักษะด้านการสื่อสารแก่ผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาในเรื่องความบกพร่องด้านการสื่อสารต่อไป หากญาติผู้ดูแลได้รับคำแนะนำการใช้สื่อทดแทนเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยในระยะแรกหลังผ่านพ้นช่วงวิกฤตทันทีจะช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลในการสื่อสารกับผู้ป่วยและส่งผลให้ผู้ป่วยพัฒนาสภาพในด้านอื่น ๆ ดีขึ้น<sup>9</sup>

จากการศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบจำเพาะเจาะจงจากนักรรณบำบัดให้ผลการฟื้นฟูด้านการสื่อสารแก่ผู้ป่วยไม่แตกต่างจากการกระตุ้นโดยอาสาสมัครที่ได้รับการชี้แนะเกี่ยวกับปัญหาการสื่อสารด้วยความเอาใจใส่และคอยดูแลอย่างใกล้ชิด<sup>9</sup> และส่งผลดีทั้งทางด้านจิตใจและภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลจะสามารถช่วยส่งเสริมการสื่อสารในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและลดความยากลำบากในการสื่อสารได้<sup>10</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรามมาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนทั้งต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล<sup>6</sup> ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรามมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารเพื่อให้ญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารมีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าการ

## ผลของโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนของญาติผู้ดูแล

รับรู้ความสามารถของตนเองคือ การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้<sup>11</sup> หากบุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น โดยการรับรู้ความสามารถจะเกิดขึ้นได้บุคคลนั้นต้องมีพื้นฐานการพัฒนาความสามารถของแ่งตน<sup>12</sup> ได้แก่ การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (performance accomplishment) การให้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (modeling) การได้รับการสื่อสารชักจูงใจด้วยคำพูด (verbal persuasion) และการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (emotional arousal) จึงจะเกิดการรับรู้ความสามารถแ่งตน

คณะผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสาร ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความบกพร่องด้านการสื่อสาร และแนวทางการส่งเสริมการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สื่อการสอนและคู่มือรวมถึงการฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ทดแทนการสื่อความหมายให้กับญาติผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยหลังพ้นระยะวิกฤตและติดตามผลจนถึงระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อญาติผู้ดูแลมีความรู้จะทำให้มีการรับรู้ความสามารถที่เพิ่มขึ้นและส่งผลให้ความคาดหวังผลลัพธ์ในการดูแลเพิ่มขึ้น<sup>13,14</sup> โดยมีเป้าหมายให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร และสามารถรับรู้ความสามารถแ่งตนในการที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารจนญาติผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และเกิดความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ทั้งนี้สามารถนำโปรแกรมฯ มาปรับปรุงให้เกิดความเหมาะสมแก่กลุ่มญาติผู้ดูแลต่อไป

โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เน้นเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถแ่งตน และความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 2, 7, และ 14
2. ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อโปรแกรมฯ

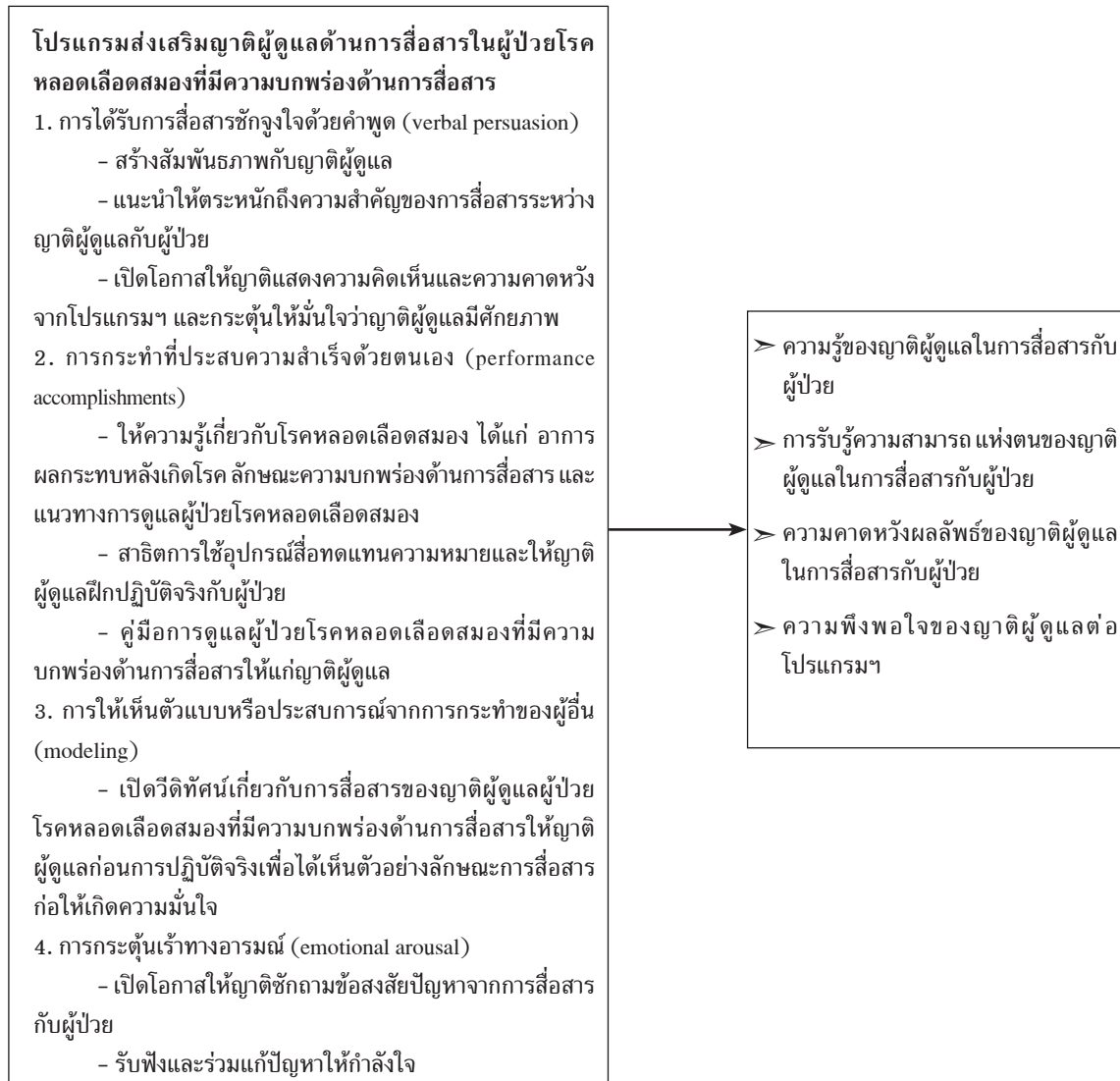
### กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแ่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสาร ประกอบด้วย 1) การได้รับการสื่อสารชักจูงใจด้วยคำพูด โดยการสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแลให้ตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสารระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นและความคาดหวังผลลัพธ์ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลมั่นใจว่าทำได้ 2) การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองโดยการบรรยายความรู้ทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะความบกพร่องด้านการสื่อสาร และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการฝึกปฏิบัติจริงโดยการใช้อุปกรณ์ทดแทนการสื่อสารกับผู้ป่วย 3) การให้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น ผู้วิจัยเปิดวิดิทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการสื่อสารของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารให้ญาติผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ ความคาดหวังผลลัพธ์และก่อให้เกิด

## กรรณก रिมนिद และคณะ

ความมั่นใจ รวมถึงการให้คู่มือแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อนำกลับไปทบทวนและฝึกปฏิบัติตาม และ 4) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ เปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย ปัญหาจากการสื่อสารกับผู้ป่วย รับฟังและร่วมแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น จากกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นคณะผู้วิจัยคาดว่า

ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 3 วัน ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของแบนดูรา ดังแสดงในแผนภาพ ที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ผลของโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนของญาติผู้ดูแล

### สมมติฐานการวิจัย

1. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ ญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน และความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่ม วัดซ้ำ (one group pretest-posttest design) วัดก่อนการทดลองและหลังการทดลองเป็นช่วงระยะเวลา

ประชากร หมายถึง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม อายุรกรรม ทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤต กึ่งวิกฤต และหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ที่คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. มีความสัมพันธ์หรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตร รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนืองที่บ้าน โดยดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะดังนี้

1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

1.2 ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการสื่อสารโดยประเมินจากแบบประเมินวัดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับภาษาไทย (Thai version of the

National Institutes of Health Stroke Scale: NIHSS-T) ในด้านที่ 9 ด้านความสามารถทางภาษา หรือด้านที่ 10 ด้านการออกเสียง ผู้ป่วยต้องได้รับคะแนนรวมทั้งสองด้านมากกว่า 0 คะแนนขึ้นไป จึงถือว่าผ่านเกณฑ์

1.3 ผู้ป่วยมีอาการคงที่ โดยประเมินจากค่าสัญญาณชีพปกติ (ความดัน  $\geq 90/60$  มม.ปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60-120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12-30 ครั้งต่อนาที) และในขณะร่วมการวิจัยผู้ป่วยไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

2. มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ถ้าอายุมากกว่า 60 ปีต้องผ่านแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) โดยกลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน

3. ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร สามารถพูด อ่าน เขียนและฟังภาษาไทยได้

4. ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยการลงนามหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

เกณฑ์การคัดออก คือ ญาติผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ครบ 3 วัน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย เครื่องมือสำหรับคัดกรอง เครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

#### 1. เครื่องมือสำหรับคัดกรอง

1.1 แบบประเมินวัดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับภาษาไทย (NIHSS-T) เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดยบรอตและคณะ<sup>12</sup> และแปลเป็นภาษาไทยโดย ยงชัย นิละนนท์ และคณะ<sup>15</sup> คุณลักษณะเป็นข้อคำถามประกอบด้วย การประเมิน 11 ด้าน คือ การประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกตัว การตอบคำถาม และการทำตามคำสั่ง การเคลื่อนไหวของตา การมองเห็น การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า กำลังของกล้ามเนื้อแขน กำลังของกล้ามเนื้อขา การประสานงาน

ของแขนขา การรับรู้ความรู้สึก ความสามารถด้านภาษา การออกเสียง และการขาดความสนใจในด้านหนึ่งด้านใดของร่างกาย การแปลผลคะแนน แบ่งเป็นแต่ละด้าน 0-4 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 25 คะแนน โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์การประเมินใน ด้านที่ 9 ด้านความสามารถด้านภาษา หรือด้านที่ 10 ด้านการออกเสียง ซึ่งต้องได้คะแนนรวมทั้งสองด้านมากกว่า 0 คะแนนขึ้นไป จึงถือว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร แบบประเมินนี้มีความเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (interclass correlation coefficient; ICC) เท่ากับ .99 และผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง จำนวน 10 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .91

1.2 แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองความจำและการรู้คิดของญาติผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พัฒนาโดย ไอแซกส์และเคนนี่<sup>16</sup> แบบทดสอบประกอบด้วย 4 หมวด ประกอบด้วย ชื่อสี สัตว์ ผลไม้ และจังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน คะแนนเต็มแต่ละหมวด 10 คะแนน ญาติผู้ดูแลได้คะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ได้

## 2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยในโครงการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา<sup>17</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดการฟื้นฟูสภาพสมอง และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<sup>18,19</sup> คุณภาพของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับคณะผู้วิจัยฯ ก่อนนำไปใช้ โดยมีอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1) แผนการสอน 2 เรื่อง ได้แก่ เรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และเรื่องความบกพร่องด้านการสื่อสารและแนวทางการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) คู่มือ 2 เล่ม ประกอบด้วย เล่มที่ 1 เรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือเล่มที่ 2 เรื่องความบกพร่องด้านการสื่อสารและแนวทางการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) สื่อการสอนพาวเวอร์พอยท์ เนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนทั้ง 2 เรื่องดังกล่าวข้างต้น 4) วิดีทัศน์เรื่องการสื่อสารของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร 5) สื่อทดแทนการสื่อสาร ได้แก่ แผ่นภาพรูปคน และสิ่งของ แผ่นภาพรูปคำศัพท์รูปภาพบัตรคำ กระดานรองเขียนพร้อมปากกา กระดานไวท์บอร์ด และ 6) สมุดบันทึกการทำกิจกรรมของญาติผู้ดูแลเพื่อให้ญาติผู้ดูแลใช้บันทึกผลของการสื่อสาร ซึ่งพัฒนาโดยคณะผู้วิจัยฯ ตามดังกล่าวข้างต้น

## 3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพัฒนาโดยคณะผู้วิจัยฯ ประกอบด้วย อายุ สถานะภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนก่อนการเจ็บป่วย สิทธิการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้

3.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยฯ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว บทบาทในครอบครัว ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลต่อวัน

## ผลของโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแล

3.3 แบบประเมินความรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารใช้วัดระดับความรู้ของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยฯ จากการทบทวนวรรณกรรมโดยมีเนื้อหาความรู้ที่นำมาใช้เป็นข้อสอบ แบ่งเนื้อหาเป็น 3 หัวข้อหลัก จำนวน 20 ข้อ โดยให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียง 1 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .80 และนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารจำนวน 10 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้เท่ากับ .90 และในการศึกษาคครั้งนี้ได้เท่ากับ .71

3.4 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Scale) ใช้วัดระดับการรับรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยฯ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรา<sup>17</sup> และจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง รู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง รู้สึกมั่นใจมากที่สุด การแปลผลคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 17-85 คะแนน โดยคะแนนมาก แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถแห่งตนในการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารมาก ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

(CVI) เท่ากับ .94 และนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารจำนวน 10 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 และในการศึกษาคครั้งนี้ได้เท่ากับ .97

3.5 แบบประเมินความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลใช้วัดระดับความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยฯ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรา<sup>17</sup> และจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยมากที่สุด การแปลผลคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 17-85 คะแนน โดยคะแนนมาก แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีความคาดหวังในการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บกพร่องด้านการสื่อสารมาก ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารจำนวน 10 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72 ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .98

3.6 ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อโปรแกรมฯ เพื่อประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อโปรแกรมฯ โดยใช้แบบวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ Satisfaction Questionnaire (CQS-8) ที่สร้างขึ้นโดยลาเซน<sup>20</sup> และแปลเป็นภาษาไทยโดยรณชัย คงสกนธ์ และธีรเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์<sup>21</sup> ซึ่งคณะผู้วิจัยฯ นำมาปรับภาษาให้เข้ากับการศึกษาในครั้งนี้ โดยมีคุณลักษณะ



เป็นข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ การแปลผล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน<sup>14,21</sup> คะแนนมาก แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในโปรแกรมฯ เมื่อแบ่งเป็นระดับความพึงพอใจ คะแนน 8-20 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย คะแนน 21-26 หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง และคะแนน 27-32 หมายถึง ความพึงพอใจมาก ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารจำนวน 10 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .77 และในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .86

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้โครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เลขที่ 2557/489 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย ผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยการปฏิเสธนั้นไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาหรือบริการที่ได้รับ ผู้ป่วยจะไม่มีภาระสูญเสียสิทธิประโยชน์ใดๆ ที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ การเข้าร่วมการวิจัยต้องได้รับการลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษา ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการศึกษาคณะผู้วิจัยฯ เก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ให้แก่ญาติผู้ดูแล ในการศึกษาครั้งนี้ เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินที่กำหนดไว้ การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนการตามโปรแกรมฯ และขั้นสิ้นสุดโปรแกรมฯ

1. ขั้นเตรียมการ เมื่อได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ และหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อรับทราบวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

2. ขั้นดำเนินการตามโปรแกรมฯ เมื่อผู้วิจัยได้คัดเลือกญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนดแล้วจึงเริ่มโปรแกรมที่มีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 3 วัน โดยวันที่ 1 ของโปรแกรมฯ ผู้วิจัย แนะนำตัว ชื่อ สกุล และสนทนากับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เมื่อญาติผู้ดูแลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยลงชื่อเข้าร่วมการวิจัยในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (วันที่ 1 ของโปรแกรมเริ่มเมื่อญาติผู้ดูแลลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย) ถ้าญาติผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปี ให้ทำแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) โดยต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป จึงถือว่าผ่านเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ผู้วิจัยเริ่มการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล แบบประเมินวัดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS-T)

## ผลของโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแล

2.1 วันที่ 2 ของโปรแกรมฯ เริ่มเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลทำแบบประเมินความรู้ของญาติผู้ดูแล แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแล และแบบประเมินความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแล โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามฉบับละไม่เกิน 30 นาที แล้วส่งคืนให้กับผู้ช่วยวิจัย หลังจากนั้นให้พักประมาณ 5-10 นาที จึงเริ่มการสอนตามแผนการสอนที่ 1 เรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ใช้รูปแบบการสอนแบบพาวเวอร์พอยท์ เวลาประมาณ 40 นาที และใช้สถานที่ห้องประชุมในแต่ละหอผู้ป่วย เมื่อเสร็จสิ้นการสอน ผู้วิจัยมอบคู่มือเล่มที่ 1 เรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 วันที่ 3 ของโปรแกรมฯ ผู้วิจัยเปิดวิดีโอทัศน์เกี่ยวกับการสื่อสารของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ญาติผู้ดูแลรับชมใช้เวลาประมาณ 10 นาที หลังจากนั้นเริ่มแผนการสอนที่ 2 เรื่องความบกพร่องด้านการสื่อสารและแนวทางการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเสร็จสิ้นแผนการสอนให้ญาติผู้ดูแลทดลองฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย โดยมีผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำและฝึกใช้สื่อทดแทนการสื่อสารตามความจำเป็นของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยสอนญาติผู้ดูแลตามลักษณะอาการแสดงและความบกพร่องด้านการสื่อสารของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติผู้วิจัยมอบคู่มือเล่มที่ 2 เรื่องความบกพร่องด้านการสื่อสารและแนวทางการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสมุดบันทึกการทำกิจกรรมของญาติผู้ดูแล จึงเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ ครบ 3 วัน

2.3 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ ครบ 3 วันแล้ว มีระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 2 และวันที่ 7 ญาติผู้ดูแลทำแบบประเมินความรู้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแบบประเมินความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามฉบับละไม่เกิน 30 นาที แล้วส่งคืนให้แก่ผู้ช่วยวิจัย

2.4 ระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 14 ญาติผู้ดูแลทำแบบประเมินความรู้ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน แบบประเมินความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อโปรแกรมฯ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามฉบับละไม่เกิน 30 นาที แล้วส่งคืนให้แก่ผู้ช่วยวิจัย

3. ชั้นสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมงานวิจัย เปิดโอกาสแสดงความคิดเห็น และซักถามข้อสงสัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลก่อนได้รับโปรแกรมฯ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 2, 7, และ 14 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measures ANOVA) โดยมีการทดสอบสมมติฐานข้อตั้ง (assumptions) และทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าทุกตัวแปรมีการกระจายแบบปกติ (normal distribution)

### ผลการศึกษา

#### ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 30 ราย เป็นเพศหญิง 26 ราย (ร้อยละ 86.66) อายุเฉลี่ย 45.83 ปี (SD = 14.04) มีสถานภาพสมรสคู่ 17 ราย (ร้อยละ 56.66) นับถือศาสนาพุทธ 28 ราย (ร้อยละ 93.33) จบการ

ศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป 18 ราย (ร้อยละ 60) ทำงานหาเลี้ยงชีพ 19 ราย (ร้อยละ 63.33) โดยประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ 10 ราย (ร้อยละ 33.33) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 30,000 ขึ้นไป จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 40) และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 63.33) ญาติผู้ดูแลเป็นบุตรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 53.3) มีผู้ช่วยผู้ดูแล (secondary caregiver) จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 73.33) ไม่ต้องดูแลบุคคลอื่นที่เจ็บป่วยในครอบครัว จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 90) และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มาก่อน จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 80) ระยะเวลาที่มาดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 4.83 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 2.65) และญาติผู้ดูแลทั้งหมดให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน

### ผลของโปรแกรมฯ

**ความรู้** ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของญาติผู้ดูแลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 2 วันที่ 7 และวันที่ 14 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และมีอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ post hoc เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ต่อโปรแกรมฯ เป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni ( $p < .05$ ) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนเริ่มโปรแกรมฯ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 7 และ 14 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 2 และวันที่ 7 และ 14 และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 7 และ 14 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**การรับรู้ความสามารถแห่งตน** ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแลหลังสิ้นสุด

โปรแกรมฯ ในวันที่ 2 วันที่ 7 และวันที่ 14 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และมีอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ post hoc เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแลต่อโปรแกรมฯ เป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni ( $p < .05$ ) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนแตกต่างกันทุกคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแล** ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 2 วันที่ 7 และวันที่ 14 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และมีอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ post hoc เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลต่อโปรแกรมฯ เป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni ( $p < .05$ ) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลต่อโปรแกรมฯ ก่อนเริ่มโปรแกรมฯ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 7 และ 14 ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 2 และ 14 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 7 และ 14 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ความพึงพอใจ** กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน 26.90 (SD = 3.22) เมื่อแบ่งตามระดับคะแนนพบว่ากลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.70) และรองลงมา มีความพึงพอใจในระดับสูง (ร้อยละ 43.30)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่อง  
ด้านการสื่อสารต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนของญาติผู้ดูแล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนการรับรู้ความสามารถของตน และคะแนนความคาดหวัง  
ผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 2, 7, และ 14 (N=30)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	p-value
<b>ความรู้</b>					
ภายในกลุ่ม	244.69	2.06	118.89	29.75	<.001
ความคลาดเคลื่อน	238.56	59.69	3.99		
<b>การรับรู้ความสามารถของตน</b>					
ภายในกลุ่ม	3163.69	2.11	1502.31	34.94	<.001
ความคลาดเคลื่อน	2626.06	61.07	43.00		
<b>ความคาดหวังของผลลัพธ์</b>					
ภายในกลุ่ม	1708.37	2.15	793.04	15.64	<.001
ความคลาดเคลื่อน	3168.63	62.47	50.72		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนการรับรู้ความสามารถของตน และคะแนน  
ความคาดหวังของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 2, วันที่ 7, และวันที่ 14 เป็นรายคู่

ระยะเวลา	Mean	SD	ระดับนัยสำคัญ (p-value)			
			ก่อนการเริ่ม โปรแกรมฯ	หลังสิ้นสุด โปรแกรมฯ ในวันที่ 2	หลังสิ้นสุด โปรแกรมฯ ในวันที่ 7	หลังสิ้นสุด โปรแกรมฯ ในวันที่ 14
<b>ความรู้</b>						
ก่อนการเริ่มโปรแกรมฯ	12.77	2.49	-	.121	<.001	<.001
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 2	13.93	2.33		-	.001	<.001
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 7	15.30	2.14			-	.001
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 14	16.57	1.37				-
<b>การรับรู้ความสามารถของตน</b>						
ก่อนการเริ่มโปรแกรมฯ	61.13	10.60	-	.003	<.001	<.001
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 2	66.5	8.89		-	.002	<.001
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 7	71.17	7.08			-	.006
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 14	74.83	4.58				-
<b>ความคาดหวังผลลัพธ์</b>						
ก่อนการเริ่มโปรแกรมฯ	67.57	10.06	-	.092	.001	<.001
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 2	71.63	11.12		-	.188	.016
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 7	74.50	8.01			-	.006
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในวันที่ 14	77.83	5.88				-

## การอภิปรายผล

### ความรู้ของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร แสดงว่าโปรแกรมฯ มีผลต่อความรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารหลังได้รับโปรแกรม เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้น แต่ความรู้ของญาติผู้ดูแลกลับยิ่งเพิ่มขึ้น และยังคงอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ญาติผู้ดูแลมีระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น<sup>22,23</sup> ซึ่งการส่งเสริมความรู้ตามโปรแกรมฯ การมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล การแนะนำให้ญาติผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสารหลังผู้ป่วยเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง การเปิดวิทัศน์เกี่ยวกับวิธีการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่น และการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย รับฟัง และร่วมกันแก้ไขปัญหา รวมถึงมีการให้ความรู้ทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับอาการ ผลกระทบหลังเกิดโรค ลักษณะความบกพร่องด้านการสื่อสาร และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งอธิบายการใช้อุปกรณ์สื่อทดแทนการสื่อสาร จากการทำข้างต้นเป็นไปตามกรอบแนวคิดของแบนดูรา เชื่อว่า การเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเกิดจากการสังเกตจากตัวแบบ และการเรียนรู้ผ่านตัวแบบสามารถถ่ายทอดทั้งความคิด และการแสดงออกได้พร้อมๆ กัน การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของผู้อื่นทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่โรงพยาบาลตลอดจนเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน<sup>23</sup>

ทั้งนี้การที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของญาติผู้ดูแลเพิ่มมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และเมื่อระยะเวลาผ่านไป ความรู้ยิ่งเพิ่มมากขึ้น อาจเกิดจากในโปรแกรมฯ

มีการให้คู่มือความรู้แก่ญาติผู้ดูแลเพื่อนำกลับไปทบทวนความรู้ที่บ้าน รวมถึงมีการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์และวิธีการสื่อสารทดแทนตามลักษณะอาการของผู้ป่วย ซึ่งการทบทวนและการซักซ้อมหรือการปฏิบัติจริงจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถจดจำได้ดีขึ้น<sup>11</sup> สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า คะแนนความรู้ของญาติผู้ดูแลหลังการได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ<sup>13,22,23,24</sup> อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### การรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มมากขึ้นหลังได้รับโปรแกรมฯ เนื่องจากโปรแกรมฯ มีลำดับขั้นตอน โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้ญาติเล่าเหตุการณ์ และสอบถามเกี่ยวกับความกังวลหรือความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อสร้างความไวใจให้กับญาติผู้ดูแล การสร้างแรงจูงใจให้กับญาติผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร เปิดโอกาสให้ญาติแสดงความคิดเห็นและความคาดหวังจากผลลัพธ์ในการดูแลกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลมั่นใจว่ามีศักยภาพที่จะสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ ซึ่งมีส่วนทำให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถเพิ่มมากขึ้น การสร้างกำลังใจให้กับญาติผู้ดูแลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น หรือในกรณีที่เกิดปัญหาจะร่วมกันหาสาเหตุและแก้ไขร่วมกัน ญาติผู้ดูแลก็จะมั่นใจและรับรู้ความสามารถของตนเองว่า เรื่องใดที่ต้องการคำแนะนำหรือควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ โดยทฤษฎีของแบนดูรา เชื่อว่าการชักจูงด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนได้แต่ควรจะใช้ร่วมกับการแสดงตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ นำมาปฏิบัติเป็นลำดับขั้นตอน พร้อมกับการใช้คำพูดในการชักจูงจะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตน<sup>11</sup>

## ผลของโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแล

การได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น โดยการเปิดวิทัศน์เกี่ยวกับการสื่อสารความรู้สึกและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารให้ญาติผู้ดูแลได้รับชมก่อนการฝึกปฏิบัติจริงเป็นการกระตุ้นญาติผู้ดูแลให้เกิดความสนใจและอยากที่จะเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนชิธมา ศรีจันงค์<sup>14</sup> ที่ให้ญาติผู้ดูแลชมวิทัศน์เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสนใจ และมีความตั้งใจในการเรียนรู้มากขึ้น จนเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจากแนวความคิดทฤษฎีของแบนดูราเชื่อว่าการกระทำที่ประสบความสำเร็จเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตน<sup>11</sup> เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงของความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถในการรับรู้ความสามารถแห่งตนได้

ในการศึกษาครั้งนี้ การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและได้ฝึกปฏิบัติจริงในการสื่อสารกับผู้ป่วยทำให้เกิดประสบการณ์ตรง ญาติผู้ดูแลเกิดทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จในการสื่อสารกับผู้ป่วย และเกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนว่าสามารถดูแลและสื่อสารกับผู้ป่วยได้ จนทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดการพัฒนาความสามารถของตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่หวังไว้ก็คือความคาดหวังของผลลัพธ์นั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของศรีธญา แสงมณี<sup>25</sup> พบว่าญาติผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เพราะไม่เคยดูแลมาก่อน ญาติผู้ดูแลจะแสวงหาข้อมูลในการดูแล และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบ่อยๆ จนเกิดความชำนาญทำให้ญาติผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแล สามารถปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยจากการเรียนรู้ข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น และสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าช่วงแรกญาติผู้ดูแลรู้สึกกลัวและรู้สึกแ่เมื่อรับรู้อาการของผู้ป่วย<sup>26</sup> เกิด

ความเครียดและความวิตกกังวลทำให้การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำ ซึ่งตามแนวคิดของแบนดูรากล่าวว่าบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ในด้านลบจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำลง<sup>11</sup> เมื่อเวลาผ่านไปเริ่มปรับตัวได้ สามารถลดหรือระงับอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ในทางลบได้ และเมื่อได้รับการส่งเสริมอารมณ์ในทางบวก จึงทำให้คะแนนการรับรู้ความสามารถเพิ่มมากขึ้น<sup>14</sup> หลังได้รับโปรแกรมฯ ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและมีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าญาติผู้ดูแลช่วงแรกสับสนเนื่องจากไม่มีความรู้มาก่อนจึงทำให้ญาติผู้ดูแลพยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยบ่อยๆ<sup>25</sup> เพื่อเป็นการฝึกทักษะและทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มมากขึ้น

### ความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแล

ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ต่อโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นเกือบทุกช่วงของการศึกษา เนื่องจากญาติผู้ดูแลเห็นพัฒนาการในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้นในทุกๆ วัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นไปในทิศทางที่ดีและน่าพอใจส่งผลให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความหวังในระดับสูง<sup>26</sup> โปรแกรมฯ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีกำลังใจและคาดหวังผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งการได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่นเป็นการสังเกตตัวเองแบบที่ดีจากวิทัศน์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแล เพื่อเพิ่มความหวังในความสามารถของตนเอง<sup>14</sup> และเพิ่มความหวังในผลลัพธ์จากการดูแล เมื่อได้เห็นตัวเองที่ดีก็จะเกิดความมั่นใจ

โปรแกรมฯ มีการส่งเสริมการกระทำที่ประสบความสำเร็จคือ ให้ญาติผู้ดูแลลงมือฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ทดแทนการสื่อสารกับผู้ป่วยจริง โดยมีการติดตามให้คำแนะนำ เมื่อญาติผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ก็จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

และเกิดการคาดหวังผลลัพธ์จากการดูแลเพิ่มมากขึ้น จากผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นหลังสิ้นสุดโปรแกรมในวันที่ 2 วันที่ 7 และวันที่ 14 ตามลำดับสัมพันธ์กับคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแลมีคะแนนเพิ่มขึ้นหลังสิ้นสุดโปรแกรมมาในวันที่ 2 วันที่ 7 และวันที่ 14 ตามลำดับเช่นกัน ซึ่งจากแนวคิดของแบนดูรา การรับรู้ความสามารถแห่งตนและความคาดหวังของผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กัน โดยที่ความสัมพันธ์ของสองตัวแปรนี้มีผลต่อการที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับสูงและมีความคาดหวังสูงแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ย่อมสูงด้วย แต่ถ้ามีการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำ ความคาดหวังผลลัพธ์ต่ำ ย่อมมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมต่ำไปด้วย<sup>11</sup>

ผลการศึกษายังพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลในช่วงหลังสิ้นสุดโปรแกรมในวันที่ 2 กับวันที่ 7 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าคุณพยาบาลมีอาการเท่าเดิม หรืออาจเกิดจากมีการประเมินผลในระยะที่ใกล้เคียงกันมาก ทำให้ระยะของการติดตามอาจเวลาไม่ยาวนานพอที่จะทำให้มองเห็นแบบแผนความคาดหวังได้ชัดเจน ซึ่งทำให้คะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจน<sup>26</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของนิชิมิมา ศรีจางค์<sup>14</sup> พบว่าญาติผู้ดูแลที่มีความคาดหวังผลลัพธ์คงเดิม เพราะแนวโน้มของผู้ป่วยดีขึ้นอยู่แล้ว

#### ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ในระดับปานกลาง ซึ่งมีหลายการศึกษาที่พบว่าทำให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ<sup>14,26,27,28,29,30,31</sup> โดยในการศึกษาคั้งนี้ได้ให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในโปรแกรมฯ และจากผลการศึกษาคั้งนี้พบว่าญาติผู้ดูแลมีความรู้และการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลจากญาติ

ผู้ดูแลมีอาการดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลเห็นความก้าวหน้าของผู้ป่วย ส่งผลให้คะแนนความคาดหวังของผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของอุมา จันทวิเศษ และคณะ<sup>31</sup> เรื่องผลลัพธ์การใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมากในด้านการให้ความรู้คำแนะนำ การมีส่วนร่วมในการดูแล การร่วมมือของทีมสุขภาพและการสนับสนุนการได้รับกำลังใจ ซึ่งการศึกษาคั้งนี้โปรแกรมฯ มีการให้ข้อมูลความรู้แก่ญาติผู้ดูแลและให้ฝึกปฏิบัติจริง

นอกจากนี้ความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ของญาติผู้ดูแล อาจเกิดจากปัจจัยเกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดไว้ในโปรแกรมฯ ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพ การเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย การให้ข้อมูล การแสดงถึงความห่วงใยตลอดจนร่วมรับฟังปัญหาจากการสื่อสารกับผู้ป่วยและร่วมกันแก้ปัญหา การให้กำลังใจ ทำให้ญาติเกิดความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ นี้ได้ ซึ่งตรงกับการศึกษาของนิชิมิมา ศรีจางค์<sup>14</sup> เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านพบว่า การทำให้ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจ ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพ การดูแลโดยนิกถึงบุคคล ไม่ล่วงละเมิดความเป็นส่วนตัว การให้ความสำคัญและสนใจในความต้องการ ตลอดจนรับฟังปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแล ความกังวลหรือความห่วงใยต่อผู้ป่วย ให้ข้อมูลและดูแลด้วยความอ่อนโยน

การศึกษาคั้งนี้พบว่า โปรแกรมฯ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางส่งเสริมญาติผู้ดูแลสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลในช่วงหลังผ่านพ้นระยะวิกฤต เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารใน

## ผลของโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่อง ด้านการสื่อสารต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนของญาติผู้ดูแล

ระดับเบื้องต้น และตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน  
ของผู้ป่วยในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้บุคลากรที่มีสุขภาพที่เกี่ยวข้อง  
นำโปรแกรมไปใช้ตามความเหมาะสมและปรับให้เข้า  
กับบริบทในแต่ละสถานบริการ โดยให้ญาติผู้ดูแลเข้ามา  
มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี  
ความบกพร่องด้านการสื่อสาร เพื่อให้เกิดประโยชน์  
สูงสุดแก่ผู้ป่วย

2. สามารถนำโปรแกรมฯ มาปรับใช้ในการสอน  
หรือการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มแทนการสอนแบบราย  
เดี่ยวในญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่  
มีลักษณะเดียวกัน

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการวิจัย  
มุ่งเป้าประจำปี 2557 ของมหาวิทยาลัยมหิดลภายใต้  
โครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟู  
สภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Facts and Figures about stroke. [Internet]. 2012. [cited 2013 January 4]. Available from <http://www.world-stroke.org/for-patients/facts-and-figu>.
2. Thonghong A., Thepsittha K., Jongphiriyaanan P., & Kabphirrom T. Chronic diseases surveillance report, 2012. [Internet]. 2012. [cited 2013 February 12]. Available from [http://epid.moph.go.th/wesr/file/y55/F55171\\_1289.pdf](http://epid.moph.go.th/wesr/file/y55/F55171_1289.pdf) (in Thai)

3. Prasat Neurological Institute. Clinical nursing practice guidelines. 1<sup>st</sup>ed. Bangkok: Prasat Neurological Institute; 2011. (in Thai)
4. National Health Examination Survey Office. Thailand Health Profile Report 2008-2009. Nonthaburi: The Graphgo System; 2009. (in Thai)
5. Vongskan N. Emotional expression among stroke patients with aphasia: perspectives of nurse and caregivers [Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2009. (in Thai)
6. Nimanong U. Stroke caregiving models in a selected community: a case study [Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2011. (in Thai)
7. Chuangsawadsak S. Needs of relatives as caregivers of patients with cerebrovascular disease [Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 1998. (in Thai)
8. Paksee N, Sirapo-ngam Y, Monkong S, Leelachras S. Effect of a Transitional Care Program for stroke patients and family caregivers on caregiver's preparedness, stress, adaptation, and satisfaction. Rama Nurs J. 2016;22(1):65-80. (in Thai)
9. Pajarya K. Stroke rehabilitation. Bangkok: Medical Education Technology Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2004. (in Thai)
10. Kunha S. The development of clinical nursing practice guideline by utilization of research findings to facilitate communication among the intubated patients [Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2003. (in Thai)
11. Iamsupasit S. Theories and techniques in behavior modification. 7<sup>th</sup>ed. Bangkok: Chula Press; 2010.
12. Chueluecha C. Rehabilitation in stroke: Thammasat Medical Journal. 2012;12(1):97-111.
13. Rattanasit B. The effect of a supportive-educative nursing program on knowledge, perceived self-efficacy, and strain from worry of caregiving among caregivers of patients with stroke [Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2004. (in Thai)
14. Srijumnong N. The effects of a self-efficacy promotion program for family caregivers of persons with stroke at home [Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2010. (in Thai)



15. Nilanont, Y, Phattharayuttawat, S, Cheiewit, P, Chotikanuchi, S, Limsriwilai, J, Chalernpong, L, et al. Establishment of the Thai version of National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) and a validity study: *J Med Assoc.* 2012;93(1):171-78.
16. Isaacs, B, Kennie, A. The Set Test as an aid to the detection of dementia in old people. *Br J Psychiatry.* 1973;123:467-70.
17. Bandura, A. Cognitive process: Medication behavioral change. *J Pers Soc Psychol.* 1977;85:125-139.
18. Prasat Neurological Institute & The Neurological Society of Thailand. Clinical nursing practice guideline for stroke. 1<sup>st</sup> ed. Bangkok: Prasat Neurological Institute; 2007. (in Thai)
19. Brooksbire, RH. Introduction to neurogenic communication disorders. 7<sup>th</sup> ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2007.
20. Larsen, DL, Attkisson, CC, Hargreaves, WA, Nguyen, TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale: *Eval Program Plann.* 1979; 2(3): 197-207.
21. Kongsakon, R, Jareonsettasin, T. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction (CSQ-8) Thai version with psychiatric care: *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2000;45(2): 155-63. (in Thai)
22. Pongcharoen C, Maneewong J. The effects of preparing program on readiness among hemorrhagic stroke patient caregivers before discharge at Chaophraya Yommaraj Hospital, Suphanburi. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health.* 2014;22(1):58-70. (in Thai)
23. Piomboriboon K, Pongcharoen C. Development of care model for stroke in Choapraya Yommaraj Hospital, Suphanburi. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health.* 2014;22(1):4-21. (in Thai)
24. Sangseechan T. Provision of information and skill training to caregivers for reducing anxiety in stroke patients care at Banphaeo Hospital. *Veridian E-Journal Silpakorn University.* 2015;8(3):572-95.
25. Saengmanee S, Arpanantikul M, Sirapo-ngam Y. Case study: adaptation of a working caregiver to a stroke patient. *Rama Nurs J.* 2012;18(1):119-33. (in Thai)
26. Pongprom P. Effects of promoting patients' participation in self-care on postoperative recovery from abdominal surgery and satisfaction with care [Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 1991. (in Thai)
27. Arnantapunpong T. Effects of family participation in caring of the hospitalized elderly patients on patients' recovery and family satisfaction with nursing care [Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 1998. (in Thai)
28. Vinya-nguag P. Effects of application of King's theory of goal attainment on patient's recovery from surgery and satisfaction [Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 1989. (in Thai)
29. Malahom O. Effects of promoting patients' participation in self-care on postoperative recovery among patients with renal and ureteral calculi and satisfaction with care [Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 1991. (in Thai)
30. Yamvong C. Effects of application of Orem's system on patients' and relatives' satisfaction with care and function outcome in hospitalized elderly patients [Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 1995. (in Thai)
31. Juntawises U, Sathirapanya P, Voragul C, Wattanasit Y, Yeesakul C, Sasatranuruk S. The result of the clinical pathway implementation for ischemic stroke patients in Songklanagarind Hospital: *Songklanagarind Medical Journal.* 2009;27(2):119-129. (in Thai)