

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ และความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พริลาลักษณ์ ลากหลาย* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ศุภร วงศ์ทิพย์** Ph.D. (Nursing)

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม*** D.S.N. (Adult Health Nursing)

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ และความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรา ในการพัฒนาโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ญาติผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 25 คู่ และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คู่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้เวลาในการจัดโปรแกรมเป็นระยะเวลา 3 วัน ประเมินผลโปรแกรมฯ จากการตอบแบบสอบถามของญาติผู้ดูแลก่อนและในระยะเวลา 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรมฯ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ปัจจัย แบบวัดซ้ำ 1 ปัจจัย โดยประเมินก่อนการทดลอง หลังทดลองในระยะเวลา 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลและความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน จากการติดตาม 2 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 รายในกลุ่มควบคุมกลับเข้ารับการรักษาด้วยภาวะปอดติดเชื้อจากการสูดสำลัก ในขณะที่ไม่พบในกลุ่มทดลอง ซึ่งแสดงถึงความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: การรับประทานอาหารอย่างปลอดภัย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแล ความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

***รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

The Effects of the Program to Promote Safe Eating in Stroke Patients on Family Caregivers Knowledge, Self-efficacy, Outcome Expectation, Family Caregivers Satisfaction, and Safe Eating in Stroke Patients

Piraluk Laplai M.N.S. (Adult Nursing)*

*Suporn Wongvatunyu** Ph.D. (Nursing)*

*Yupapin Sirapo-ngam*** D.S.N. (Adult Health Nursing)*

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of the program to promote safe eating in stroke patients on family caregivers' knowledge, self-efficacy, outcome expectation of their care, and family caregivers' satisfaction with the program, and safe eating in stroke patients. The program was developed based on Bandura's Self-Efficacy theory. The fifty family caregivers of the stroke patients were recruited by purposive sampling, and divided into 25 in the control group and 25 in the experimental group. The control group received regular nursing care whereas the experimental group received the program lasted for 3 day. The effect of the program was evaluated when the caregivers completed the questionnaires before and at 48 hours and 2nd week after the program. Data were analyzed with descriptive statistics and two-factor repeated measures design with repeated measure on one measure factor. The results revealed that family caregivers in the experimental group had significantly higher score on knowledge and perceived self-efficacy than those in the control group both at 48 hours and at 2nd week after the program. However, there was no significant difference in outcome expectation and caregivers' satisfaction between the experimental group and the control group. On the 2nd week of follow up, two of the samples in the control group had readmitted to the hospital as a consequence of aspiration pneumonia, whereas no one in the experimental group had readmitted, which signified safe eating in the stroke patients.

Keywords: Safe eating, Stroke patient, Family caregivers, Knowledge, Self-efficacy

* *Master's Student, Master of Nursing Science 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.von@mahidol.ac.th*

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

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้
การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ
และความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่นับว่ามีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบันเป็นอันดับ 1 ของสาเหตุใหญ่ ๆ ที่ทำให้เกิดความพิการ หรือทุพพลภาพ^{1,2} สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองจากรายงานสถิติสาธารณสุขในรอบ 10 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2546-2555 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข³ พบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 100,000 คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตนั้น จะยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากนักน้อย ซึ่งความพิการดังกล่าวเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years: DALYs) ในปี 2556 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียอันดับ 3 ในผู้ชายรองจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอุบัติเหตุจราจร แต่เป็นอันดับ 1 ในผู้หญิง^{3,4} จากความรุนแรงของโรคได้ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การทรงตัว พฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความบกพร่องในการรับรู้การสื่อสาร และการกลืน^{5,6}

ข้อมูลจากหน่วยเวชสถิติโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา⁷ มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างปี พ.ศ.2552-พ.ศ. 2554 เท่ากับ 1,135 ราย 1,140 ราย และ 1,679 ราย ตามลำดับจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตตั้งแต่ในระยะแรก ส่วนที่เหลือเมื่อเข้ารับการรักษาจนผ่านระยะวิกฤติแล้ว มักเหลือความพิการที่เป็นผลมาจากโรคโดยส่วนใหญ่แพทย์มักจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านก่อนการฟื้นฟูสภาพเสร็จสมบูรณ์ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องไปฟื้นฟูสภาพ และได้รับการดูแลต่อเนื่องจากญาติที่บ้านหรือตามโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก จากการศึกษาของ

ดอนและคณะ⁸ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปฟื้นฟูที่บ้าน มักจะกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้งด้วยอาการปอดอักเสบจากการสูดสำลัก และสอดคล้องกับสถิติการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มารักษาโรงพยาบาลด้วยภาวะปอดติดเชื้อจากการสูดสำลัก คิดเป็นร้อยละ 58.30⁷ ดังนั้นความบกพร่องด้านการกลืนจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น การติดเชื้อที่ปอดจากการสูดสำลัก และการขาดสารน้ำสารอาหาร เป็นต้น

สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา⁹ และสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกา¹⁰ แนะนำว่าโภชนาการที่ดีจากการรับประทานอาหารได้เพียงพอปลอดภัยไม่เกิดอาการสำลัก ส่งผลต่อการฟื้นฟูหลังภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ลดความพิการซ้ำซ้อนจากการสำลักอาหาร ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น แต่เนื่องจากระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้น การเตรียมพร้อมในการดูแลจึงทำได้เพียงเรื่องกิจวัตรประจำวันทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจงเรื่องการรับประทานอาหารทางปาก ซึ่งมีความซับซ้อนมากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบเพียงการฝึกกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กระทำโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล^{2,8} เมื่อจำหน่ายกลับบ้านญาติผู้ดูแลจึงต้องการความรู้ และทักษะสูงกว่าการดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป^{11,12} ในขณะที่ญาติผู้ดูแลบางรายอาจมองข้ามความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานอาหารอย่างปลอดภัย หรือขาดความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อการดูแลทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลไม่เป็นไปตามความคาดหวังของตนเอง และครอบครัว¹² เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานอาหารทางปากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสามารถนำมาใช้อธิบายถึง

ความรู้การรับรู้ความสามารถแห่งตน^{13,14} และความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รับประทานอาหารได้อย่างปลอดภัยได้¹³ หากญาติผู้ดูแลมีความรู้การรับรู้ความสามารถแห่งตนว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ญาติผู้ดูแลก็จะมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย¹⁵⁻¹⁷ นอกจากนี้ ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น^{13,14} โดยเฉพาะเมื่อเห็นผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานอาหารทางปาก ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความท้อแท้ มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย นำไปสู่การปฏิบัติที่ต่อเนื่อง งานวิจัยนี้จึงนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนมาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติผู้ดูแล โดยมุ่งเน้นบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้และฝึกทักษะของญาติผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยยังพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ให้สามารถดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้อย่างปลอดภัย เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลส่งผลต่อการดูแลที่ดี โดยผู้ป่วยไม่เกิดภาวะปอดติดเชื้อจากการสูดสำลัก โดยการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เน้นศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องในเรื่องการรับประทานอาหาร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ และความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดของการศึกษา

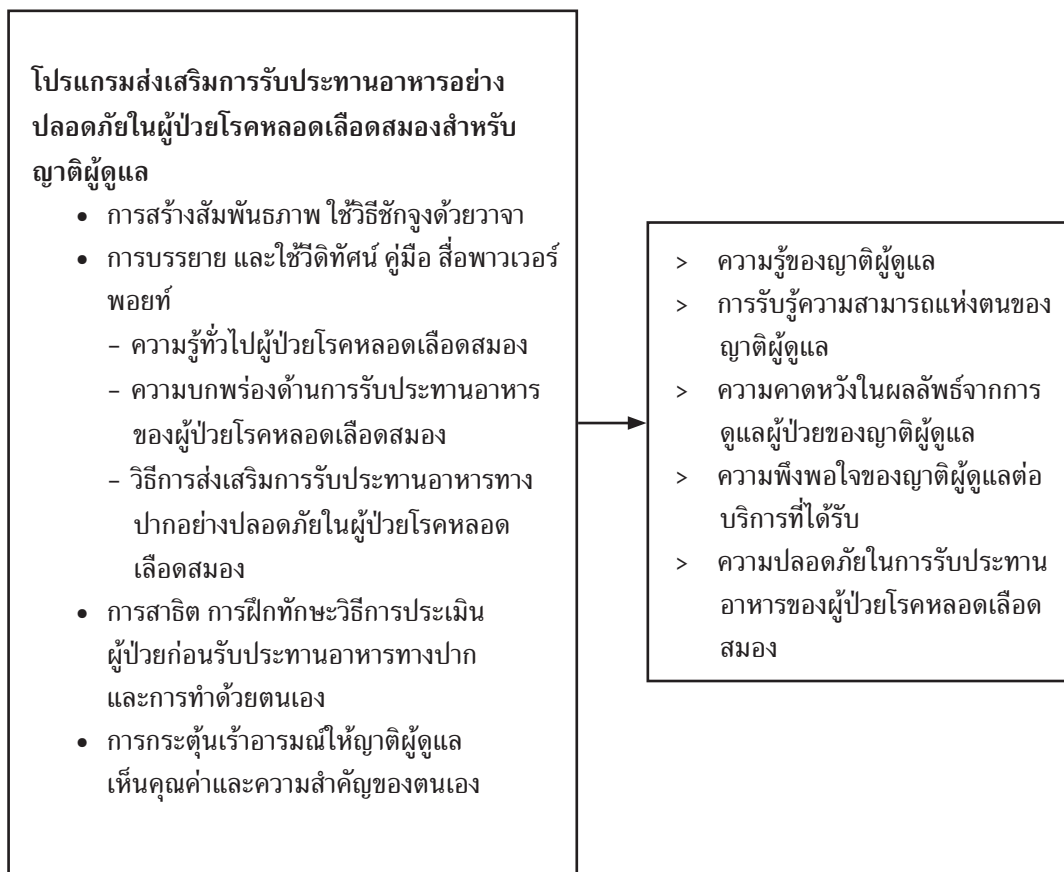
การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรา^{18,19} มาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดทำโปรแกรมฯ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบนดูรา^{18,19} อธิบายว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นการตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้นๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ถ้าบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถก็จะมั่นใจและกล้าที่จะแสดงออกถึงความสามารถเพื่อทำกิจกรรมนั้นให้ลุล่วง โดยคาดหวังว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่สำเร็จตามมา การพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยพื้นฐานองค์ประกอบ 4 อย่าง ได้แก่ 1) การได้รับการชักจูงด้วยวาจา 2) การใช้ตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การประสบความสำเร็จจากการกระทำ และ 4) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์

คณะผู้วิจัยได้ใช้องค์ประกอบดังกล่าวมาพัฒนาโปรแกรมฯ ดังนี้คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี สนทนาให้ญาติผู้ดูแลเห็นความสำคัญของตนเองในการดูแลผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ญาติแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการใช้วิธีชักจูงด้วยวาจาโน้มน้าวในทางบวกสามารถทำให้บุคคลนั้นเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ 2) การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของความบกพร่องด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วย และใช้สื่อวีดิทัศน์ คู่มือ และสื่อพาวเวอร์พอยท์เรื่อง “วิธีการส่งเสริมการรับประทานอาหารทางปากอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” เพื่อใช้เป็นตัวแบบสำหรับญาติผู้ดูแลได้เห็นแบบอย่างการกระทำจากบุคคลที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องดังกล่าวผ่านสื่อซึ่งจะทำให้รู้สึก

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ และความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มั่นใจ ลดความกลัวและวิตกกังวลในการดูแล 3) การสาธิต วิธีประเมินการกลืนร่วมกับการดูแลผู้ป่วยให้รับประทาน อาหารทางปากอย่างปลอดภัย และช่วยพัฒนาทักษะ ดังกล่าวแก่ญาติผู้ดูแลก่อนที่จะให้ญาติผู้ดูแลทำด้วย ตนเอง ซึ่งวิธีการนี้จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึก ประสบความสำเร็จจากการกระทำของตนเอง เกิดความ มั่นใจในการนำความรู้และความสำเร็จที่ผ่านมาปรับใช้ กับสถานการณ์จริงในการดูแลผู้ป่วย และมั่นใจว่าตนเอง มีความสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย และ 4) การเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลกล่าวถึงความ สำคัญของการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร

ทางปากอย่างปลอดภัย เป็นวิธีการกระตุ้นเร้าทาง อารมณ์ให้ญาติผู้ดูแลเห็นคุณค่าและความสำคัญของ ตนเอง บรรยากาศที่เป็นมิตร การได้รับความชื่นชมใน การกระทำจะช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในความ สามารถของตนเองมากขึ้น ด้วยองค์ประกอบดังกล่าวจะ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่ง ตนมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ได้รับประทานอาหารทางปากอย่างปลอดภัย รวมทั้ง มั่นใจว่าสิ่งที่คาดหวังจากการดูแลคือผู้ป่วยจะไม่เกิด อาการสำลัก ปลอดภัยในการรับประทานอาหาร ดังแสดง ในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความ สามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ และ ความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองแตกต่างจากญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) รูปแบบเป็น nonrandomized control group pretest-posttest design โดยเป็นการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม วัด 3 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์

ประชากร หมายถึง ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาระหว่างเดือน มกราคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 จำนวน 50 คู่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ญาติผู้ดูแล เป็นญาติผู้ดูแลหลักที่มีความ เกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง หรือบุตร ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในขณะรักษาตัว ในโรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงระยะพักฟื้นที่บ้าน พัก อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยที่ห่างจากโรงพยาบาล ที่ศึกษาไม่เกิน 70 กิโลเมตร มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในกรณี ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องผ่านการประเมินสมรรถภาพ ทางสมอง ภาวะนึกคิด และความจำ (The Set Test)²⁰ โดยกลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนน 25 คะแนนหรือ

มากกว่าขึ้นไป สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยการลงนามหนังสือ ยินยอม (informed consent form)

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก อยู่ใน สภาพที่ต้องการการดูแลจากญาติผู้ดูแล โดยแพทย์ พิจารณาให้เริ่มรับประทานอาหารทางปากได้ และยินดี เข้าร่วมโครงการด้วยการลงชื่อในหนังสือยินยอมหรือ ลงนามแทนโดยผู้มีอำนาจกระทำแทน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนึงถึง ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 จึงใช้หลักการ วิเคราะห์กำลังของการทดสอบ (power analysis) เพื่อ การวิเคราะห์การแปรปรวนของค่าเฉลี่ย โดยกำหนด ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of the test) ที่ .80 และค่า effect size เท่ากับ .5²¹ และทำการ เปิดตาราง Power Tables สำเร็จรูป²² ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนอย่างน้อยกลุ่มละ 25 คู่ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินสมรรถภาพทางสมอง ภาวะนึกคิด และความจำ (The Set Test)²⁰ เป็นเครื่องมือที่ใช้คัด กรองความจำและการรู้คิดของผู้สูงอายุ เพื่อประเมิน ภาวะสมองเสื่อมในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้คัดกรอง ญาติผู้ดูแลทุกรายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปพัฒนาโดย ไอแซกส์และเคนนี่²⁰ แบบทดสอบประกอบด้วย 4 หมวด ดังนี้ ชื่อสี สัตว์ ผลไม้ และจังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ ตอบถูก 1 ชื่อ ได้ 1 คะแนน คะแนนเต็มแต่ละหมวดคือ 10 คะแนน สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ญาติผู้ดูแลต้องมีภาวะ นึกคิด และการจำในระดับปกติ คือมีคะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหาร อย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับ

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ
และความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

ญาติผู้ดูแล พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยในโครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรา^{18,19} และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง²³ คุณภาพของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับคณะผู้วิจัยในโครงการก่อนนำไปใช้ โดยมีอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1) แผนการสอน 2) เรื่อง ได้แก่ ความรู้ทั่วไป และการส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) คู่มือ 2 เล่ม ประกอบด้วย เล่มที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และคู่มือเล่มที่ 2 การส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการประเมินความบกพร่องด้านการกลืน วิธีการดูแลทำความสะอาดช่องปาก ลักษณะอาหาร วิธีการจัดทำผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมในขณะที่รับประทานอาหารทางปาก เป็นต้น 3) สื่อการสอนพาวเวอร์พอยท์ (PowerPoint) สอดคล้องกับแผนการสอนทั้ง 2 เรื่องดังกล่าวข้างต้น และ 4) วิดีทัศน์เรื่องส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล

3. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพัฒนาโดยคณะผู้วิจัยฯ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลเอง ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเรื้อรังอื่นที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย และข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้

3.2 แบบบันทึกความสามารถในการรับประทานอาหารทางปากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบวัดระดับความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยรายบุคคลทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยฯ จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ข้อคำถามหลัก และ 20 ข้อคำถามย่อย คุณลักษณะเป็นคำถามปลายปิด แบบให้เลือกตอบหลายคำตอบมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-38 คะแนน โดยคะแนนรวมมากหมายถึง ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางปากได้อย่างปลอดภัยไม่เกิดอาการสำคัญ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .83 เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วย จึงหาความเที่ยง (inter-rater reliability) ได้เท่ากับ .80 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 รายเพื่อหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 และในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .89

3.4 แบบประเมินความรู้ของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รับประทานอาหารอย่างปลอดภัย ใช้วัดระดับความรู้ของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยฯ จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม โดยให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียง 1 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความรู้มากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รับประทานอาหารทางปากอย่างปลอดภัย ตรวจสอบ

พหุศาสตร์ หลากหลาย และคณะ

ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านญาติผู้ดูแล และด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .85 วิเคราะห์ค่าความยากง่ายเฉลี่ย (p) = .50 และค่าอำนาจการจำแนก (r) อยู่ระหว่าง .20–.50 และนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลจำนวน 10 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้เท่ากับ .80 และในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .90

3.5 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน ใช้วัดระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยฯ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรา^{18,19} จำนวน 20 ข้อคำถาม คุณลักษณะเป็นข้อคำถามแบบลิเคอร์ท 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง รู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง รู้สึกมั่นใจมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20–100 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจมากในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานอาหารอย่างปลอดภัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านญาติผู้ดูแล และด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 และนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลจำนวน 10 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .90

3.6 แบบประเมินความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลใช้วัดระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยฯ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรา^{18,19} จำนวน 17 ข้อคำถาม คุณลักษณะเป็นข้อคำถามแบบลิเคอร์ท 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย ถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด มีคะแนนรวมตั้งแต่ 17–85 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่าญาติผู้ดูแลมีความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลสูง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี

ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .94 และนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลจำนวน 10 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .89

3.7 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล เป็นแบบวัดความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อโปรแกรมฯ และบริการที่ได้รับในรูปแบบปกติของโรงพยาบาล โดยใช้รูปแบบวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ Satisfaction Questionnaire (CQS-8) ที่สร้างขึ้นโดยลาเซน²⁴ และแปลเป็นภาษาไทยโดยรณชัย คงสกนธ์ และธีรเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์²⁵ ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม ลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8–32 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่าญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับมาก ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยฯ ได้ทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97 และในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ .80

3.8 ความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด เก็บข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย และการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยด้วยภาวะปอดติดเชื้อจากการดูแล การไม่กลับเข้ารับรักษา แสดงถึงความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจำหน่ายกลับบ้านจนถึง 2 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ ๒๕๕๗/๔๘๘ ภายใต้โครงการวิจัยเรื่องผลของ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ และความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ซึ่งแจ่งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยการปฏิเสธนั้นไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาหรือบริการที่ได้รับ การเข้าร่วมการวิจัยต้องได้รับการเห็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษา ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการศึกษาขณะผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลงานในภาพรวมและนำมาเป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหน้าที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและลงชื่อในยินยอม เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ส่วนผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินที่กำหนดไว้ เมื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจำนวน 25 รายเสร็จสิ้นแล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการทดลองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ประกอบด้วย ความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล โดยวิธีการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับการพยาบาลปกติของโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน นัดเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ในช่วง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์ตามลำดับ ในครั้งที่ 3 ของการเก็บข้อมูลมีการเก็บข้อมูลเพิ่มในเรื่องความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองสำหรับญาติผู้ดูแลของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2. เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองเพิ่มเติมจากการพยาบาลปกติของโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการทดลองตามโปรแกรมฯ 3 ครั้ง ในช่วงเวลา 3 วัน ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและชักจูงด้วยวาจา ส่วนผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และเก็บข้อมูลญาติผู้ดูแล โดยวิธีการสัมภาษณ์ก่อนเข้าโปรแกรมฯ ประกอบด้วย ความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ญาติผู้ดูแลรายบุคคล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และได้เห็นแบบอย่างการกระทำจากบุคคลที่มีความรู้ความชำนาญ การบรรยาย ประกอบด้วย เรื่อง วิธีการประเมินผู้ป่วย วิธีการดูแลทำความสะอาดช่องปาก ลักษณะอาหาร วิธีการจัดทำผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม วิธีการออกกำลังกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนอาหาร พร้อมประกอบสื่อการสอน พาวเวอร์พอยท์ มีการซักถามข้อสงสัย และทวนสอบความรู้ที่ได้รับ พร้อมแจกคู่มือเล่มที่ 1 และเล่มที่ 2 เพื่อไปศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง ใช้เวลา 40-50 นาที

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยนำเสนอวีดิทัศน์เรื่อง วิธีการส่งเสริมการรับประทานอาหารทางปากอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 30 นาที เพื่อให้ญาติผู้ดูแลประสบความสำเร็จจากการกระทำ และให้ญาติผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับวิธีการประเมินการรับประทานอาหารทางปากในผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของตนเองเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 40-50 นาที มีการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์โดยการกล่าวคำชื่นชมจากครอบครัว และผู้วิจัย

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 48 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัยเก็บ

รวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 และติดต่อดนัดหมาย เพื่อเก็บข้อมูลอีกครั้งหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 โดยติดตามผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่บ้าน สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแล โดยเฉพาะการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ และติดตามข้อมูลการเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะปอดติดเชื้อจากการสูดสำลักของผู้ป่วยจากเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะปอดติดเชื้อจากการสูดสำลัก ใช้สถิติเชิงบรรยาย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของตัวแปรทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระจากกันด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square) และสถิติทีแบบ 2 กลุ่มเป็นอิสระจากกัน (independent t-test)

2. เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 48 ชั่วโมงและ 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ปัจจัย แบบวัดซ้ำ 1 ปัจจัย (two-factor repeated measure design with repeated measures on one factor) และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าความรู้ ความรับรู้ความสามารถแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลมีความแปรปรวนลักษณะที่ไม่เป็น compound symmetry จึงใช้การอ่านค่าใน univariate เฉพาะที่ปรับแก้ degree of freedom ด้วยวิธี Greenhouse-Geisser^{21,22}

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมทั้งหมด 25 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิงจำนวน 21 ราย อายุเฉลี่ย 41.6 ปี (SD = 14.91) สถานะภาพสมรสคู่ จำนวน 14 ราย ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/สายอาชีพ จำนวน 10 ราย ประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกร หรือค้าขาย มีรายได้ไม่แน่นอนจำนวน 21 ราย ความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา บุตร และหลานของผู้ป่วยจำนวน 15 ราย ในการดูแลผู้ป่วยพบว่า ญาติผู้ดูแล 15 รายมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ส่วนในญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองทั้งหมด 25 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิงจำนวน 21 รายอายุเฉลี่ย 33.2 ปี (SD = 14.31) สถานะภาพสมรสคู่ จำนวน 16 ราย ระดับการศึกษาพบว่า มีระดับการศึกษาประถมศึกษา และมัธยมศึกษาหรือสายอาชีพเท่ากันจำนวน 9 ราย ประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกร หรือค้าขาย มีรายได้ไม่แน่นอนจำนวน 15 ราย ความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นสามี หรือภรรยาของผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ในการดูแลผู้ป่วยพบว่า ญาติผู้ดูแล 14 รายมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนความสามารถในการรับประทานอาหารทางปากทั้งสองกลุ่ม เฉลี่ยเท่ากับ 35.48 (SD = 2.63) ปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลต่อเนื่องส่วนมากคือ อัมพาตท่อนล่าง (paraplegias) หรือ อัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) จำนวน 13 ราย และ 12 ราย ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการทดสอบความแตกต่างของตัวแปรของกลุ่มตัวอย่างทั้งญาติผู้ดูแล (เพศ อายุ และการมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล) และผู้ป่วย (อายุ ระดับความรู้สึกรัดตัว Glasgow Coma Score แรกรับเข้าโรงพยาบาล คะแนนความสามารถในการรับประทานอาหารทางปาก ชนิดของรอยโรคจากการตรวจด้วย CT-scanning และปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลต่อเนื่อง) ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองเพื่อ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ และความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตรวจสอบในเรื่องความแตกต่างหรือความเท่าเทียมกัน ของตัวแปร พบว่า ตัวแปรดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,48} = 23.018$; $p < .001$) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและ

ช่วงเวลาที่มีผลต่อคะแนนความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,309,48} = 61.453$; $p < .001$) (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni สรุปผลได้ว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลอง มี 2 คู่ที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คือ คะแนนเฉลี่ยความรู้ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกับค่าเฉลี่ยความรู้หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง และคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ (ตารางที่ 2 และแผนภาพที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ปัจจัยแบบวัดซ้ำ 1 ปัจจัยโดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกลุ่ม ($n = 25$)

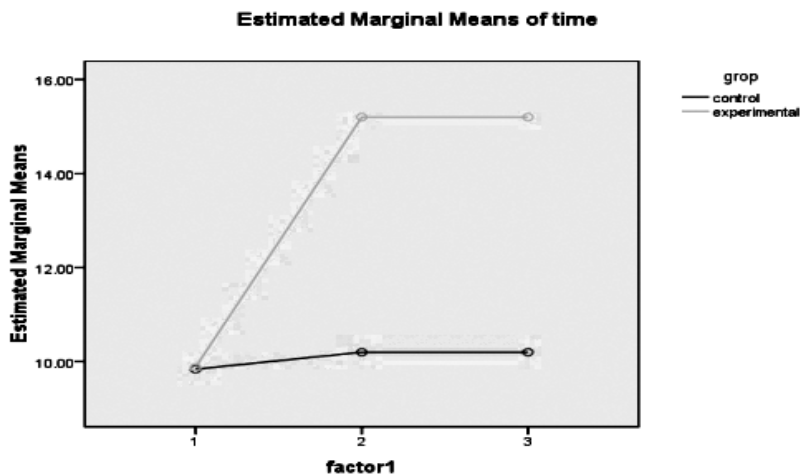
แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
ความรู้	420.007	1	420.007	23.018	< .001
ความคลาดเคลื่อน 1	875.867	48	18.247		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	268.853 ^G	1.341 ^G	200.517 ^G	80.589 ^G	< .001
ความรู้*ระยะเวลา	205.013 ^G	1.341 ^G	152.904 ^G	61.453 ^G	< .001
ความคลาดเคลื่อน 2	105.600 ^G	48 ^G	2.200 ^G		

G = Greenhouse-Geisser, SS = sum of square, df = degree of freedom, MS= mean square

พหุคูณหลาย และคณะ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลอง (n = 25) ในระยะก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์

Time1	Time2	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (1-2)	SE	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง	-2.840	.304	< .001
	หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์	-2.840	.297	< .001
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง	หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์	p < .01	.141	1.000



แผนภาพที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนเริ่มโปรแกรมฯ (1) หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง (2) และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ (3)

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,48} = 5.145; p = .028$) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและช่วงเวลาที่มีผลต่อค่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,309,62.848} = 7.025; p = .006$) (ตารางที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเป็นรายคู่โดยใช้วิธี

Bonferroni สรุปผลได้ว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีเพียง 1 คู่ที่ต่างกันคือ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระยะก่อนเข้าโปรแกรมฯ แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ (ตารางที่ 4 และแผนภาพที่ 3)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ และความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในระยะ ก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ โดยใช้การ วิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ปัจจัยแบบวัดซ้ำ 1 ปัจจัยโดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกลุ่ม (n = 25)

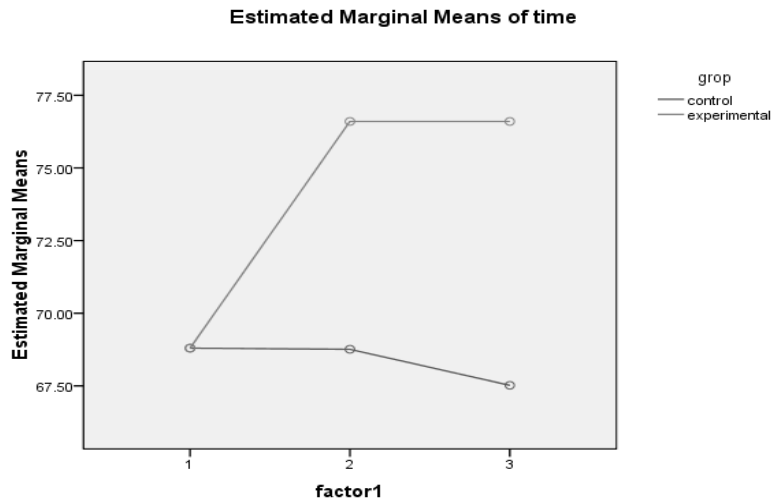
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
การรับรู้ความสามารถแห่งตน	1192.860	1	1192.860	5.145	.028
ความคลาดเคลื่อน 1	11127.947	48	231.832		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	434.440 ^G	1.309 ^G	331.803 ^G	5.036 ^G	.020 ^G
การรับรู้ความสามารถ แห่งตน* ระยะเวลา	606.040 ^G	1.309 ^G	462.863 ^G	7.025 ^G	.006 ^G
ความคลาดเคลื่อน 2	4140.853 ^G	62.848 ^G	65.887 ^G		

G = Greenhouse-Geisser, SS = sum of square, df = degree of freedom, MS = mean square

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลอง (n = 25) ในระยะก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์

Time1	Time2	ความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ย (1-2)	SE	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง	-3.880	1.444	.030
	หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์	-3.260	1.608	.145
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง	หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์	.620	.711	1.000

พหุคูณการวัดหลาย และคณะ



แผนภาพที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระยะก่อนเริ่มโปรแกรมฯ (1) หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง (2) และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ (3)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,48} = 1.88; p = .666$) หรือโปรแกรมฯ ที่จัดขึ้นไม่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล แต่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและช่วงเวลาที่มีผลต่อค่าความคาดหวังในผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,583,75.984} = 3.749; p = .037$) (ตารางที่ 5) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni สรุปผลได้ว่าญาติผู้ดูแลกลุ่ม

ทดลองทุกคู่มีความแตกต่างกัน คือ ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ในระยะก่อนเข้าโปรแกรมฯ แตกต่างกับค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง และค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง แตกต่างกับค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ (ตารางที่ 6 และแผนภาพที่ 4)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ และความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ปัจจัยแบบวัดซ้ำ 1 ปัจจัยโดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกลุ่ม (n = 25)

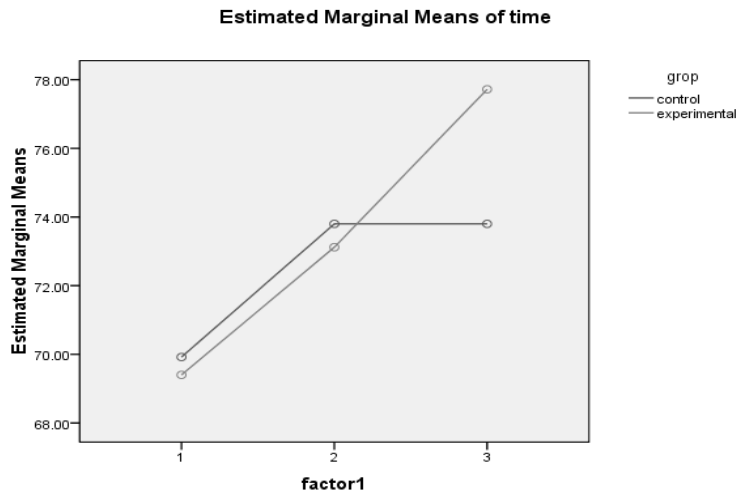
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
ความคาดหวังในผลลัพธ์	30.827	1	30.827	1.88	.666
ความคลาดเคลื่อน1	7851.600	48	163.575		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	949.000 ^G	1.583 ^G	599.493 ^G	20.877 ^G	<.001
ความคาดหวังในผลลัพธ์*ระยะเวลา	170.413 ^G	1.583 ^G	107.652 ^G	3.749 ^G	.037 ^G
ความคลาดเคลื่อน2	2181.920 ^G	75.984 ^G	28.715 ^G		

G = Greenhouse-Geisser, SS = sum of square, df = degree of freedom, MS = mean square

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลอง (n = 25) ในระยะก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์

Time1	Time2	ความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ย (1-2)	SE	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง	-3.800	1.031	.002
	หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์	-6.100	1.102	<.001
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง	หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์	-2.300	.671	.001

พหุคูณหลาย และคณะ



แผนภาพที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระยะก่อนเริ่มโปรแกรมฯ (1) หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง (2) และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ (3)

จากการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล ทุกตัวแปรด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่า ข้อมูลความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล เป็นตัวแปรเดียวที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จึงเลือกใช้สถิตินอนพาราเมตริก วิเคราะห์หาความแตกต่างของระดับความพึงพอใจในญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับในระยะสิ้นสุด

โปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่าได้ค่าสถิติไคสแควร์ เท่ากับ .397 ค่า $p = .529$ ($p > .05$) สรุปผลได้ว่า ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับในระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุม (n = 25) และกลุ่มทดลอง (n = 25)

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล		χ^2	p-value
	ปานกลาง (ราย)	มาก (ราย)		
กลุ่มควบคุม	17	8	.397	.529
กลุ่มทดลอง	19	6		

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ และความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกคนไม่ กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะปอดติดเชื้อ จากการสูดสำลัก ภายในระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ แต่กลุ่มควบคุมพบว่า มีผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดติดเชื้อจากการสูดสำลักใน

ระยะสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ จำนวน 2 ราย ทั้งนี้ได้ มีการทดสอบความแตกต่างหรือความเท่าเทียมกันของ ตัวแปรในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มที่กล่าวมาข้างต้น ดังแสดง รายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (n = 25) และกลุ่มทดลอง (n = 25) จำแนกตามการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดติดเชื้อจากการสูดสำลัก

ข้อมูลการกลับเข้ารับรักษาซ้ำด้วยภาวะปอดติดเชื้อ จากการสูดสำลัก	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เกิด	2	8	-	-
ไม่เกิด	23	92	25	100

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ คະแนนความรู้ของญาติผู้ดูแลกลุ่ม ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า ความรู้ที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากการจัดโปรแกรมฯ ที่ประยุกต์จากทฤษฎีของแบบดورا^{18,19} ได้แก่ การ บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง และความบกพร่องด้านการรับประทานอาหาร การเรียนรู้จากการดูวิดีโอทัศน์และญาติผู้ดูแลที่ ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยการเรียนรู้ส่วนใหญ่ ของคนเกิดจากการมองเห็น ได้ยิน หรือได้ฟัง โดยที่ไม่มี ประสบการณ์ในสิ่งนั้นๆ มาก่อน^{18,19,26} การเรียนรู้ผ่าน ตัวแบบ แนวปฏิบัติจากโปรแกรมฯ สามารถถ่ายทอดทั้ง ความคิด และการแสดงออกได้พร้อมๆ กัน ถึงความรู้ จะเป็นเรื่องใหม่ และซับซ้อน ก็สามารถทำให้ญาติ ผู้ดูแลมีความรู้ที่เพิ่มขึ้น การสาธิตวิธีการประเมินการ กลืนและการรับประทานอาหารทางปากอย่างปลอดภัย การสาธิตย้อนกลับโดยญาติผู้ดูแลฝึกทักษะการปฏิบัติ วิธีการดังกล่าวทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้เห็นการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ตนเองให้การดูแลไปในทางที่

ดีขึ้น เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะที่อยู่ โรงพยาบาลตลอดจนเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน นอกจากนี้ การให้ความรู้ และพัฒนาทักษะของญาติ ผู้ดูแลเป็นการให้ความรู้ในลักษณะรายบุคคลตาม ปัญหาที่พบจากการประเมินร่วมกันระหว่างญาติผู้ดูแล กับผู้วิจัย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าญาติ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ต้องการข้อมูลในการดูแลรักษา พยาบาลที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ และช่วยเหลือ ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย^{13,15} การให้ญาติผู้ดูแลฝึกทักษะ กับผู้วิจัย และญาติผู้ดูแลรายอื่นจนเกิดความมั่นใจ และ ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยคือ สามารถรับ ประทานอาหารทางปากได้อย่างปลอดภัย ทำให้เกิด กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยได้ คำชื่นชมของครอบครัว เพิ่มการกระตุ้นเร้าอารมณ์ช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความ พยายามอย่างมากเพื่อเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ และ บุคคลที่มีความพยายามสูงมักปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ สำเร็จ^{16,17} และยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ที่ได้รับโปรแกรม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันมีความรู้เพิ่มขึ้น เปรียบเทียบกับจากกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ¹³⁻¹⁷

พหุวัฒนธรรม หลากหลาย และคณะ

การรับรู้ความสามารถแห่งตน ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมฯ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลเห็นความสำคัญของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการใช้วิธีชักจูงด้วยวาจา โดยทฤษฎีของแบนดูรา¹⁸ เชื่อว่าการใช้การชักจูงด้วยวาจาอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่สามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนได้หากใช้ร่วมกับการประสบความสำเร็จจากการกระทำของตนเองโดยการทำให้เป็นลำดับขั้นตอน โดยนำความรู้ที่ได้รับจากการบรรยาย และการศึกษาคู่มือด้วยตนเอง มาปรับใช้ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย การสังเกตอาการผิดปกติ มีการสาธิตย้อนกลับวิธีการประเมินผู้ป่วยในการรับประทานอาหารทางปาก ด้วยวิธีการต่าง ๆ จากโปรแกรมฯ ทำให้เกิดการพัฒนารับรู้ความสามารถแห่งตน เมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองก็จะมี ความมั่นใจในการดูแล ลดความกลัวในการเป็นผู้เริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปาก ความสำเร็จจากการกระทำของตนเอง เป็นประสบการณ์โดยตรง ที่ทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่าตนเองมีความสามารถเพิ่มขึ้นที่จะกระทำสิ่งเหล่านั้นได้^{3,18,19} ดังนั้น การพัฒนารับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นต้องฝึกให้ญาติผู้ดูแลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ ว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถที่จะกระทำเช่นนั้นได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ช่วงแรกญาติผู้ดูแลรู้สึกกลัว²⁵ และรู้สึกแย่เมื่อรับรู้อาการของผู้ป่วย²⁷ การใช้วิธีกระตุ้นเร้าทางอารมณ์จะกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลเกิดความตระหนักรู้ในความสามารถแห่งตน เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การรับรู้ความสามารถแห่งตนยังเป็นตัวกำหนดความมากน้อยและความคงทนของการใช้ความพยายามของบุคคล¹⁸ เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตน พบว่า ญาติผู้ดูแล

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตน ก่อนเข้าโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเข้าสู่ระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนลดลง ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีที่ว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นกลไกที่เชื่อมโยงความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมของบุคคล^{18,19} ญาติผู้ดูแลและประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนลดลง หรือคงที่เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ยุ้งยากลำบาก และผลที่ได้ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง¹⁹ ในขณะที่กลุ่มทดลองมีแนวโน้มของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง เมื่อพบว่าผู้ป่วยแนวโน้มของอาการดีขึ้นตามลำดับ

ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล คะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงไม่แตกต่างกันกล่าวคือการดูแลทั่วไปที่ญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมได้รับจากโรงพยาบาลอย่างเดียว หรือญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับเพิ่มเติมจากโปรแกรมฯ ไม่ได้ทำให้ญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์เป็นญาติสายตรง ดังนั้นจึงมีความคาดหวังว่าผู้ป่วยของตนเองจะต้องฟื้นหาย และปลอดภัยจากการดูแลของตนเอง แบนดูรา^{18,19} กล่าวว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของบุคคลจะสูงมากขึ้น หากบุคคลนั้นต้องการให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลของตนเองดี จากผลการศึกษายังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลในช่วงหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 48 ชั่วโมงของญาติผู้ดูแลทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากญาติผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีอาการคงเดิม จากที่มีการวัดผลในระยะที่ใกล้เคียงกันมาก ทำให้ระยะของการติดตามอาจไม่ยาวนานพอที่จะทำให้เห็นแบบแผนความคาดหวังได้ชัดเจน ซึ่ง

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ
และความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

อาจมีผลทำให้คะแนนความหวังในผลลัพธ์จากการดูแลไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าญาติผู้ดูแลที่มีความคาดหวังผลลัพธ์คงเดิม เพราะแนวโน้มของผู้ป่วยดีขึ้นอยู่แล้ว^{13,28,29} แต่ถ้าพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายบุคคลของทั้งสองกลุ่มในช่วง 2 สัปดาห์พบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีแนวโน้มของคะแนนที่เพิ่มขึ้น อาจมาจากโปรแกรมฯ ได้ให้ญาติผู้ดูแลศึกษาคู่มือ 2 เล่มที่กล่าวมาข้างต้นด้วยตนเอง ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยกับผู้วิจัยที่ยังอยู่ในโรงพยาบาล และจำหน่ายกลับบ้าน จนเกิดทักษะทำให้ญาติผู้ดูแลประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยจากการกระทำด้วยตนเอง เห็นความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไปในทางที่ดีขึ้น ได้กำลังใจจากครอบครัว ต่างจากญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่มีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยในระยะ 2 สัปดาห์ คงที่และอาจลดลงเนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการคงเดิม หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นเกิดขึ้น

ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับไม่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติของโรงพยาบาลและยังได้รับการติดตาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบประเมินต่างๆ และติดตามเยี่ยมบ้านในระยะติดตาม 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง อาจทำให้ญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมรู้สึกได้รับการเอาใจใส่จากผู้วิจัย จึงทำให้คะแนนความพึงพอใจไม่แตกต่างกับญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลอง เมื่อพิจารณาในส่วนของโปรแกรมฯ ที่จัดกระทำ อาจเป็นไปได้ว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเพิ่มขึ้นจากการพยาบาลปกติ ซึ่งแตกต่างจากญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติของพยาบาลเพียงอย่างเดียว กิจกรรมจำนวนมากที่ญาติผู้ดูแลต้องกระทำเพิ่มขึ้น มิได้เป็นสิ่งที่ทำให้ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองแตกต่างจาก

กลุ่มควบคุม แต่อาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้ความพึงพอใจไม่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าความพึงพอใจไม่ใช่ดัชนีที่ใช้วัด และประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วย แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่จะละเลยไม่ได้ ต้องมีการประเมินต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแลได้เห็นความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ดูแลในการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองไม่พบผู้ป่วยกลับรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนปอดติดเชื้อจากการสูดสำลัก ในระยะ 2 สัปดาห์ จากความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น อาจทำให้ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองคิดว่า ถึงแม้ว่าจะต้องทำงานหนักในกิจกรรมต่างๆ ที่โปรแกรมฯ กำหนดไว้ แต่ก็ยังมีความมั่นใจจากความสำเร็จของการกระทำที่ได้ช่วยให้ญาติของตนเองปลอดภัยในการรับประทานอาหาร ไม่กลับเข้ารับรักษาซ้ำด้วยภาวะปอดติดเชื้อจากการสูดสำลัก

ข้อเสนอแนะของงานวิจัย

1. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมฯ โดยติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยในระยะเวลาที่นานกว่า 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน
2. เนื่องจากโปรแกรมฯ นี้เป็นโปรแกรมฯ ใหม่ มีกิจกรรมค่อนข้างมาก ควรปรับกิจกรรมให้เหมาะสม กระชับ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากขึ้น สามารถนำโปรแกรมฯ ไปปรับใช้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการวิจัยมุ่งเป้าประจำปี 2557 ของมหาวิทยาลัยมหิดลภายใต้โครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Diseases Control and Prevention. The Internet Stroke Center: an independent web resource for information about stroke care and research. [Internet]. 1997-2013 [cited 2014 January 21]. Available from <http://www.strokecenter.org/patients/about-stroke/stroke-statistics>
2. World Stroke Organization. Facts and Figures about Stroke. [Internet]. 2012. [cited 2013 July 7]. Available from <http://www.world-stroke.org/for-patients/facts-and-figu>
3. The Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Statistic of Stroke groups in Thailand. [Internet]. (2015). [cited 2017 January 2]. Available from <http://www.bps.moph.go.th>
4. The Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Major disease attributable to disability-adjusted life years (DALYs) of Thai people by sex. [Internet]. (2014). [cited 2017 January 21]. Available from http://www.bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistical
5. Satoshi Ho, Yasushi SU. Screening tests in evaluating swallowing function. JMAJ.2011;54(1):31-4
6. Claire La, David BL. Dysphagia in Storke; a new solution. Storke Research and Treatment.2010;10(1):6-13.
7. Pranakron Sri Ayuthaya Hospital. Statustical data. [Internet]. 2012. [cited 2013 July 17.] Available from <http://www.ayhosp.go.th/ayh/>
8. Dawn KL, Jane KH, Charles JM, Kathleen AL, Daniel WO, Matthew LF, et al. Stroke incidence is decreasing in white but not in blacks: A population-based estimate of temporal trends in stroke incidence from the Greater Cincinnati/ Northern Kentucky Stroke Study. J American Heart Association. 2010;41:1326-31.
9. American Heart Association. 2015 Heart and stroke statistical update. Dallas, Texas: American Heart Association; 2015.
10. World Stroke Organization. Facts and Figures about Stroke. [Internet]. 2014. [cited 2016 August 4]. Available from <http://www.world-stroke.org/for-patients/facts-and-figu>
11. Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. [see comment]. Psychology and Aging. 2003;18(2): 250-67.
12. Sirapo-ngam Y. Family caregiver: Concept and research issues. Rama Nurs J. 1996;2(1):84-94. (in Thai)
13. Srijumnong N. The effects of a self-efficacy promotion program for family caregivers of persons with stroke at home. JBCN_BANGKOK. 2016;26(1):28-43. (in Thai)
14. Pheumphul C, Pinyopasakul W, Asdornwised U, Laksanabunsong P. The effectiveness of a structured discharge planning program in patients with acute coronary syndrome on functional status, satisfaction and unexpected sospital revisits. J Nurs Sci. 2011;29(2):120-128. (in Thai)
15. 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)
16. Tuangsin P. The relationships among caregivers self-efficacy, receiving knowledge and support from nurses and perceived caregiving burden caregivers of patients with stroke. [Thesis] Nakhon Pathom: Mahidol; 2006. (in Thai)
17. 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)
18. Bandura, A. Cognitive process: medication behavioral change. J PersSoc Psychol. 1977;85:125-139.
19. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review [Internet]. 1977. [cited 2013 March 13]. Available from: <http://www.org.ezaccess.libraries.psu.edu>
20. 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.

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้
การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ
และความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

21. Polit, DF, Beck, TB. Nursing research: generating and assign evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott; 2008.
22. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates, 1988, p. 281-406.
23. Prasat Neurological Institute. Clinical nursing practice guidelines. 1st ed. Bangkok: Prasat Neurological Institute; 2015. (in Thai)
24. Larsen DL, Attkison, CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/ patient satisfaction: Development of a general scale. Eval Program Plann. 1979;2(3):197-207.
25. 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):155-6. (in Thai)
26. 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)
27. Ragsdale D, Yarbrough, SLasher AT. Using social support theory to care for CVA patients. Rehabilitation Nurs J. 1993;18:154-61.
28. Rukyingchareon K. Self-adaptation of family caregivers of stroke patients. PNCJ. 2013; 25(1): 90-7. (in Thai)
29. Rimmin K, Wongvatunya S, Monkong S. Effects of communication support program on the caregiver's knowledge and self-efficacy to care for stoke patients with communication impairment. Rama Nurs J.2016;22(3):294-309. (in Thai)