

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การเปรียบเทียบผลของกระบวนการฟื้นฟู
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้
เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
และผู้ดูแล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

นิภาภรณ์ เกื้อกุล ส.ม.*

ดุชนีย์ สุวรรณคง Ph.D.*

ตัม บัญรอด ปร.ด.*

ชำนาญ ชินสีห์ ปร.ด.**

*หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง

** ภาควิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการกีฬา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

ติดต่อผู้เขียน: ดุชนีย์ สุวรรณคง Email: dusanee.s@tsu.ac.th

วันรับ:	30 เม.ย. 2567
วันแก้ไข:	20 พ.ค. 2567
วันตอบรับ:	30 พ.ค. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ รายใหม่ที่ต้องเข้ารับการฟื้นฟูร่างกายต่อเนื่องหลังพ้นระยะวิกฤติและผู้ดูแล ในโรงพยาบาลชะวอดและ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช วัดผลระยะก่อนและหลังเข้ารับกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คู่ กลุ่มทดลองได้รับ กระบวนการฟื้นฟูที่ประยุกต์แนวคิดการให้ข้อมูลแรงจูงใจและทักษะพฤติกรรมของฟิชเชอร์และฟิชเชอร์ ปี ค.ศ. 2003 เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับกระบวนการฟื้นฟูร่างกายตามแนวปฏิบัติเดิม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด- เลือดสมอง และ (3) โปรแกรมส่งเสริมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลเพื่อฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Fisher's exact test, Independent t-test, Wilcoxon signed-rank test และ Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยและผลต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตรงกันข้ามกับผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มที่มี ค่าดังกล่าวไม่แตกต่างกัน ดังนั้น กระบวนการฟื้นฟูร่างกายตามแนวความคิดการให้ข้อมูล แรงจูงใจและทักษะพฤติกรรม ที่มีการให้ความรู้ผู้ป่วยแบบจำเพาะตามกิจกรรมที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามความต้องการและเหมาะสมกับบริบท และควร ใช้การพูดคุยแบบตัวต่อตัว เช่นโต้ตอบ มีการอภิปรายรวมถึงให้คำปรึกษาที่เสริมพลังแก่ผู้ป่วย ทำให้ความรู้เกี่ยวกับ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น นำสู่การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและลดโอกาสพิการ

คำสำคัญ: กิจวัตรประจำวัน; ความรู้; โรคหลอดเลือดสมอง; กระบวนการฟื้นฟู

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดจากการไหลเวียนเลือดไม่เป็นปกติในบริเวณสมอง ส่งผลกระทบต่อร่างกายส่วนต่าง ๆ แตกต่างกันขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของสมองส่วนที่ได้รับบาดเจ็บ⁽¹⁾ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้เกิดความผิดปกติของร่างกายชั่วคราว มีอาการแสดงไม่ชัดเจน เช่น เวียนศีรษะ ตามัว แขนขาอ่อนแรง หมดสติ จนกระทั่งเสียชีวิตได้⁽²⁾ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตและเป็นสาเหตุอันดับสามของความทุพพลภาพจนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.92⁽³⁾ ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 102 และปีชีวิตที่สูญเสียสุขภาพจากความพิการ (disability-adjusted life years: DALY) เพิ่มขึ้นร้อยละ 143⁽⁴⁾ ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย ซึ่งผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี⁽⁵⁾ ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มักจะมีความพิการทางร่างกายที่เกิดขึ้นชั่วคราวหรือจนกระทั่งเกิดเป็นความพิการถาวร ผลกระทบด้านอื่น ๆ ที่อาจตามมา เช่น ภาวะเครียด อาการซึมเศร้า ความสามารถในการเข้าถึงสังคมเปลี่ยนแปลงหรือผลกระทบด้านความเป็นอยู่ของผู้ป่วย รวมทั้งส่งผลต่อผู้ดูแลอาจเกิดภาวะเครียดกังวล ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค ไม่ได้เตรียมพร้อมดูแล ต้องการการสนับสนุนการดูแลจากสังคม และมีภาระค่าใช้จ่ายจากการดูแลต่อเนื่อง อาจเกิดปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพิ่มความกังวลทางการเงิน⁽⁶⁾

หลังพ้นระยะวิกฤต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองควรได้รับการฟื้นฟูร่างกายจากทีมสหวิชาชีพอย่างเข้มข้นในระยะ 3 ถึง 6 เดือนแรก โดยกระบวนการฟื้นฟูร่างกายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย การตรวจประเมินร่างกาย การวางแผนจำหน่ายครอบคลุม

สภาพปัญหาของผู้ป่วยหลายมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การจำหน่ายผู้ป่วยและติดตามต่อเนื่องในชุมชน⁽⁷⁾ ปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการฟื้นฟูร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีหลายด้าน เช่น การวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง การจัดการกับโรคร่วม การรักษาอย่างเหมาะสม รวมถึงการดูแลและสนับสนุนอย่างเหมาะสมจากผู้ดูแลที่แตกต่างกัน ขึ้นกับอายุ เพศ ระดับความรู้ ชั่วโงมการดูแล หรือประสบการณ์การดูแล⁽⁸⁾ ทั้งนี้การออกแบบโปรแกรมจำเพาะต่อผู้ป่วยแต่ละรายและสื่อสารที่ดีมีส่วนช่วยลดภาระการดูแล เพิ่มโอกาสสำเร็จในการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วย⁽⁹⁾ แต่จากประสบการณ์ทำงานของผู้วิจัยเกี่ยวกับการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับพบปัญหาผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่จำเพาะเกี่ยวกับโรค ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและต้องการความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล⁽¹⁰⁾ สิ่งนี้จึงเป็นอุปสรรคในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพัฒนาศักยภาพของตนให้ได้ตามเป้าหมายที่เหมาะสม^(4,11)

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เชิงลึก จนสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความสามารถนั้น ต้องอาศัยการบูรณาการกิจกรรมตามกรอบแนวคิดที่มีหลากหลายองค์ประกอบ แนวคิดการให้ข้อมูล แรงกระตุ้นและทักษะพฤติกรรม (information motivation and behavioral skill model: IMB) ของพิชเชอร์และพิชเชอร์ ปี ค.ศ. 2003⁽¹²⁾ เป็นแนวคิดที่เริ่มต้นด้วยการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง จำเพาะ และง่ายต่อความเข้าใจแก่ผู้ป่วย บนฐานความต้องการและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เน้นข้อมูลที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีอันมีผลถึงความเชื่อและการรับรู้ในอดีตที่มีอยู่เดิมต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถจัดการตนเองได้ จนนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นทักษะและพฤติกรรมที่ดี⁽¹³⁾ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีเป้าหมายเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง⁽¹⁴⁾ ส่งผลต่อภาระการดูแลที่ลดลง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

และโอกาสพิการ^(8,15)

โรงพยาบาลชะอวด เป็นโรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่ในชุมชนชนบทจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2561-2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ถึงร้อยละ 53.85, 68.75, 77.78, 67.12 และ 67.86 ตามลำดับ เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับบริการฟื้นฟู เช่น ภาวะข้อยึดติดหรือข้อไหล่หลุดและแผลกดทับร้อยละ 9.60, 31.25, 37.78, 30.18 และ 10.71 ตามลำดับ กระบวนการฟื้นฟูเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลเพิ่มระดับความสามารถตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ให้บริการและทีมสหวิชาชีพใช้แนวปฏิบัติตามกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁶⁾ จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐานดังกล่าวระยะเวลา 5 ปี พบว่า กระบวนการฟื้นฟูยังมีข้อจำกัดของวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความรู้ถึงขั้นที่จะทำให้สามารถนำสู่การปฏิบัติได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาจากโรคและความต้องการของแต่ละราย ในกระบวนการมักขาดการประเมินความรู้ซ้ำเพื่อทวนสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่าย

ดังนั้น ผู้วิจัยตระหนักถึงประโยชน์ของการนำกรอบแนวคิดใหม่ที่ประสบผลสำเร็จในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาพัฒนากระบวนการฟื้นฟูร่างกายตามมาตรฐานเดิมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นและมีความรู้ที่นำสู่การปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน จึงประยุกต์แนวคิดการให้ข้อมูล แรงจูงใจและทักษะพฤติกรรมมาออกแบบการรักษาในขั้นตอนเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นการให้ข้อมูลในเรื่องที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังเข้าใจคลาดเคลื่อนให้เข้าใจได้ถูกต้องยิ่งขึ้น มีขั้นตอนการทวนสอบจนมั่นใจว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝึกกิจวัตรประจำวันจนถึงระดับที่สามารถปฏิบัติได้เองและเพิ่มศักยภาพให้แก่ผู้ดูแล ใช้วิธีการพูดคุย อธิบาย

แบบตัวต่อตัวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ซักถามโต้ตอบ อภิปรายประเด็นต่าง ๆ โดยเฉพาะเกณฑ์และผลประเมินคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันด้านที่ต่ำ จนเกิดความเข้าใจที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบรายใหม่และผู้ดูแลในโรงพยาบาลชะอวด อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ความรู้ตามรูปแบบการรักษาที่ประยุกต์แนวคิดการให้ข้อมูล แรงจูงใจและทักษะพฤติกรรมกับกลุ่มควบคุม รวมถึงเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ผลจากการวิจัยที่ได้สามารถนำสู่การพัฒนากระบวนการให้มีความรู้ที่จำเพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล เกิดประสิทธิภาพของกระบวนการฟื้นฟูร่างกายอย่างสูงสุด

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมและเปรียบเทียบก่อนทดลองและหลังทดลอง ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยโรคหลอดเลือดสมองรับบริการที่โรงพยาบาล ชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 197 คน ผู้ป่วยรับบริการที่โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จำนวน 134 คน และผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน มีอายุตั้งแต่ 45-70 ปี⁽¹⁷⁾ ทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับบริการกายภาพบำบัดในปี พ.ศ. 2566 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่รับบริการโรงพยาบาลชะอวด จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่รับบริการจากโรงพยาบาลเชียรใหญ่จำนวน 40 คน ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย กลุ่มละ 40 คน รวมจำนวน 80 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ทั้งหมด 160 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2566 ถึงพฤศจิกายน

พ.ศ. 2566 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณีประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹⁸⁾ ด้วยสูตร

$$n/gr = \frac{2\sigma^2(z_\alpha + z_\beta)}{(\mu_1 - \mu_2)}$$

กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ เท่ากับ 28.80 ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อเพิ่มความมั่นใจในผลลัพธ์จากการทดลองจึงกำหนดการสุ่มหายระหว่างการวิจัยร้อยละ 27⁽¹⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 39.45 ดังนั้น การศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยกำหนดรหัสประจำตัวกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงจับฉลาก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด มีเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกทั้งกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุ 45-70 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ครั้งแรก (first stroke episode) ด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (รวมถึงเนื้อสมอง) ที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตันหรือเส้นเลือดอุดตัน (ischemic stroke) มีรหัสการวินิจฉัยในการสรุปการรักษาอ้างอิงตาม ICD 10 คือ I63 ถึง I66 อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน (sub-acute stage) มีระดับความรู้สึกตัวดี (alert) สัญญาณชีพคงที่ (vital sign stable) และอาการทางระบบประสาทไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางแยลง⁽¹⁶⁾

1.2 ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองวัดด้วยแบบประเมิน modified ranking scale (MRs) อยู่ในระดับ 2-3^(20,21)

1.3 ความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาท (muscle tone) ทดสอบด้วยแบบประเมินมาตรฐาน Modified Ashworth Scale (MAS) เกณฑ์การให้คะแนน 6 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 0 คือ ไม่มีการเพิ่มขึ้นของความตึงตัวกล้ามเนื้อ จนถึง 4 คือ แข็งเกร็งอยู่ในท่าองหรือเหยียด ความตึงตัวของกล้ามเนื้อของ

กลุ่มตัวอย่างต้องอยู่ในระดับ 0 ถึง 1+ (ความตึงตัวของกล้ามเนื้อสูงในช่วงแรกของเคลื่อนไหวและยังมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อเล็กน้อย แต่ไม่ถึงครึ่งของช่วงการเคลื่อนไหว) เป็นระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่ไม่ขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

1.4 ระบบประสาทสั่งการเคลื่อนไหว ทดสอบด้วยการประเมินคุณภาพการเคลื่อนไหว (quality of movement) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้คะแนน 4 ระดับ ตั้งแต่ ระดับ 0 คือ ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ระดับ ดี คือ เคลื่อนไหวได้ใกล้เคียงปกติมีการเกร็งของกล้ามเนื้อน้อย (hypertonicity) โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีผลการประเมินอยู่ในระดับพอใช้ - ดี ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

1.5 สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

1.6 มีผลการประเมินการรู้คิด (cognition assessment) ด้วยแบบประเมินมาตรฐานสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination -Thai version; MMSE-Thai 2002)⁽²²⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ ต้องมีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนขึ้นไป

1.7 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดอักเสบจากการสำลัก ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และการหดเกร็งของข้อต่อ เป็นต้น รวมถึงไม่มีประวัติโรคที่ทำให้ร่างกายอ่อนแรง เช่น โรคจิตเภท โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือโรคสมองเสื่อม เป็นต้น

1.8 เป็นผู้ป่วยในที่ถูกส่งตัวเพื่อรักษาที่โรงพยาบาล-ชุมชน และจำเป็นต้องรับแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน

1.9 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ผู้ที่มีโรคประจำตัวและมีอาการผิดปกติระหว่างการดำเนินงานวิจัย เช่น อาการหอบหืด อาการปวดข้อรุนแรง และอาการเวียนศีรษะบ้านหมุน เป็นต้น

2.2 สัญญาณชีพไม่คงที่ (unstable vital signs) ได้แก่ (1) อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 34-35 หรือสูงกว่า 37.5

องศาเซลเซียส (2) ซ้ำจรต่ำกว่า 60 หรือสูงกว่า 100 ครั้งต่อนาที (3) ความดันโลหิต SBP สูงกว่า 140 หรือต่ำกว่า 90 และ DBP สูงกว่า 90 หรือต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท และ (4) การหายใจ ต่ำกว่า 12 หรือสูงกว่า 26 ครั้งต่อนาทีขณะพัก

2.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับรุนแรงที่มีการพยากรณ์โรคและการฟื้นตัวไม่ดี แพทย์ประเมินตามคะแนน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) แรกรับ >20/42 คะแนน ร่วมกับมีปัจจัยที่บ่งการพยากรณ์การฟื้นตัวไม่ดี ได้แก่ (1) ระดับความรู้สึกตัวต่ำ (2) รอยโรคในสมอง 2 ข้าง (3) โรคหลอดเลือดสมองเป็นซ้ำ (4) มีภาวะละลายร่างกายข้างที่อ่อนแรงอย่างมาก (5) มีโรคร่วมทางอายุรกรรมที่รุนแรงและควบคุมได้ยาก ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคหัวใจ และ (6) มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้⁽¹⁶⁾

2.4 ขณะทำการศึกษาดำเนินการรักษาร่วมด้วย ได้แก่ (1) การฝังเข็ม (acupuncture) (2) กัวซา (gua sha) (3) การครอบแก้ว (cupping therapy) (4) การใช้สารอื่นๆ เช่น กัญชง (hemp) กัญชา (cannabis) และพืชกระท่อม (kratom) และ (5) การเข้าคลินิกเฉพาะทางระบบประสาทของภาคเอกชน

3. เกณฑ์การคัดเข้าผู้ดูแลในครอบครัว

3.1 ผู้ดูแลหลักอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์ทางครอบครัวและเป็นผู้ดูแลรายใหม่

3.2 ไม่รับคำตอบแทนจากการดูแล

3.3 มีเวลาดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวันหลังจากออกจากโรงพยาบาล

3.4 สามารถอ่านออกเขียนได้และไม่มีปัญหาการสื่อสารภาษาไทย

3.5 ผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประเมินผลการประเมินการรู้คิดด้วยแบบประเมินมาตรฐาน สมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai Version; MMSE-Thai 2002) 11 ข้อ มีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนขึ้นไป

3.6 สามารถติดต่อทางโทรศัพท์และผ่านสื่อออนไลน์

ได้

3.7 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

4. เกณฑ์การคัดออกผู้ดูแลในครอบครัว

4.1 ไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

4.2 ถอนตัวออกจากการศึกษาระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเป็นคำถามแบบปลายเปิดและเลือกตอบ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองด้านที่มีความผิดปกติ โรคร่วม ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว และความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว) (2) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ลักษณะแบบปลายเปิดและเลือกตอบ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคประจำตัว ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ที่อยู่ แผนที่บ้าน และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้) และ (3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 2 ตัวเลือก ใช้ ไม่ใช่ ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์⁽²³⁾ มีเกณฑ์แบ่งคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 8 – 10 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79.99 (ช่วงคะแนน 6 – 7 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 0 – 59.99 (ช่วงคะแนน 0 – 5 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ (1) แบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เทิล⁽²⁴⁾ (2) รายการตรวจสอบลำดับ

การให้ความรู้เรื่องกิจวัตรประจำวัน และ (3) คู่มือการฝึกกิจวัตรประจำวัน⁽²⁵⁾

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์จากแนวคิดการให้ข้อมูล แรงกระตุ้นและทักษะพฤติกรรม และเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (นักกายภาพบำบัดชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและสมอง 1 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 1 ท่าน) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index=CVI) ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามความรู้เท่ากับ 0.73 และคู่มือการฝึกกิจวัตรประจำวัน 0.67 จากนั้นจึงได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในการทดลอง 30 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยสูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.74 และ 0.77 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. การเก็บข้อมูลได้ดำเนินการหลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยทักษิณ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอวด อำเภอชะอวด และโรงพยาบาลเชียรใหญ่ อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลการดำเนินการวิจัย แจกการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับ

กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์จากแนวคิดการให้ข้อมูล แรงกระตุ้นและทักษะพฤติกรรม (IMB) ของพิชเชอร์และพิชเชอร์ ปี ค.ศ. 2003⁽¹²⁾ ใช้อ้างอิงประกอบที่ 1 คือ การให้ข้อมูล มาออกแบบกิจกรรม เป็นการจัดกิจกรรมแบบตัวต่อตัว ระยะเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวม ทั้งหมด 12 ครั้ง ทำการวัดผลในระยะก่อนทดลอง และหลังทดลอง ประเมินผลในสัปดาห์ที่ 13 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตามแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เทิล เน้นข้อที่ได้ผลประเมินต่ำ แนะนำข้อปฏิบัติตัวตามคู่มือการฝึกกิจวัตรประจำวัน และบันทึกการตรวจสอบลำดับการให้ความรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย

สัปดาห์ที่ 2 และ 8 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน ทวนสอบความรู้ ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล โดยเน้นเฉพาะข้อที่ผลการประเมินต่ำ

สัปดาห์ที่ 3 - 7 และ 9-11 ผู้วิจัยให้คำแนะนำทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้สำหรับการฝึกกิจวัตรประจำวันที่ได้ผลประเมินต่ำ สอบถามความต้องการอาการของผู้ป่วย ภาวะการดูแล ปัญหาและอุปสรรคขณะอยู่ที่บ้าน เน้นย้ำเป้าหมายที่กำหนดและแนวทางการรักษาในอนาคต อธิบายความเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยสื่อตารางคะแนน Barthel Index รวมถึงโทรศัพท์สอบถามเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแจ้งข้อสงสัยหรือปัญหาที่เป็นอุปสรรคระหว่างฝึกที่บ้าน และความต้องการของผู้ดูแลขณะฝึกที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 12 การสิ้นสุดของโปรแกรม มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาทั้งหมดและทำการวัดผลในระยะหลังการ

ทดลอง ซึ่งดำเนินการในสัปดาห์ที่ 13

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป STATA กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 มีรายละเอียดโดยสรุปดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ร่างกายข้างที่ได้รับผลกระทบ ระยะเวลาของการดำเนินโรค ประวัติโรคร่วมภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (เพศ อายุ สถานภาพการสมรส รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์ ระยะเวลาการดูแล และผู้ช่วยเหลือ) ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (median) และ IQR

2. การวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและระดับความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi square test กรณีละเมิดข้อกำหนดใช้สถิติ Fisher's exact test

3. การวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test ใช้สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ สถิติ Wilcoxon sign rank test ใช้สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

4. การวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ สถิติ Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ วันที่ 21 กันยายน 2566 เลขที่ COA No. TSU 2023_190 REC No.0473

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.00) อายุเฉลี่ย 60.50 ปี ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (ร้อยละ 50.00) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 80.00) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.50) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 70.00) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 50.00) มีอาการอ่อนแรงของแขนขาด้านขวาและซ้ายใกล้เคียงระยะเวลาของการดำเนินโรคน้อยกว่า 3 เดือน (ร้อยละ 67.50) มีประวัติโรคร่วม (ร้อยละ 90.00) มีภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 27.50) มีประวัติสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน (ร้อยละ 42.50 และ 40.00 ตามลำดับ) สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.50) อายุเฉลี่ย 59.75 ปี ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (ร้อยละ 50.00) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 55.00) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.50) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 65.00) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 32.50) มีอาการอ่อนแรงของแขนขา ด้านขวาและซ้ายใกล้เคียงกัน มีระยะเวลาของการดำเนินโรคน้อยกว่า 3 เดือน (ร้อยละ 75.00) มีประวัติโรคร่วม (ร้อยละ 92.50) มีภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 37.50) มีประวัติสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน (ร้อยละ 62.50 และ 40.00 ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบสัดส่วน ค่าเฉลี่ยและค่ากลางของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.50) อายุเฉลี่ย 47.25 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 75.00) มีรายได้ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 47.50) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 42.50) อาชีพรับจ้าง

(ร้อยละ 4.00) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะสามีมักรรยา (ร้อยละ 42.50) ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่ 0-3 เดือน (ร้อยละ 90.00) ใช้ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยต่อวัน ระหว่าง 7-12 ชั่วโมง (ร้อยละ 85.00) มีผู้ช่วยดูแล (ร้อยละ 67.50) สำหรับผู้ดูแลกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) อายุเฉลี่ย 47.23 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.00) รายได้ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 40.00) การศึกษาชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 47.50) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 40.00) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะสามีมักรรยา (ร้อยละ 55.00) ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 0-3 เดือน (ร้อยละ 97.50) ใช้ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยต่อวันระหว่าง 7-12 ชั่วโมง (ร้อยละ 82.50) มีผู้ช่วยดูแล (ร้อยละ 70.00) ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนและค่ากลางของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ยกเว้นระยะเวลาการดูแลต่อวัน (ชั่วโมง) มีค่าสัดส่วนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าเฉลี่ยของตัวแปรนี้ในระยะก่อนทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล

ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อนทดลองระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีระดับความรู้และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) แต่ในผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในระยะก่อนทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) (ตารางที่ 1)

ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ระยะก่อนกับหลังทดลอง 12 สัปดาห์ ภายในแต่ละกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2)

ผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความ

ตารางที่ 1 ผลของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนทดลอง (n=80)

ความรู้	กลุ่มตัวอย่างรวม (n=80)		กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับความรู้ของผู้ป่วย							0.878 ^b
ต่ำ	6.00	7.50	3.00	7.50	3.00	7.50	
ปานกลาง	49.00	61.25	23.00	57.50	26.00	65.00	
สูง	25.00	31.25	14.00	35.00	11.00	27.50	
Mean±SD	6.85±1.03		6.85±1.09		6.85±0.97		1.000 ^t
ระดับความรู้ของผู้ดูแล							0.031 ^b
ต่ำ	7.00	8.75	4.00	10.00	3.00	7.50	
ปานกลาง	49.00	61.25	19.00	47.50	30.00	75.00	
สูง	24.00	30.00	17.00	42.50	7.00	17.50	
Mean±SD	6.92±1.02		7.05±1.15		6.8±0.88		0.279 ^t

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ b=Fisher's exact test และ t=Independent t-test, ค่า $p<0.05$

การเปรียบเทียบผลของกระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

รู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในระยะหลังทดลองระหว่างกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เท่ากับ 1.32 ± 1.28 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เท่ากับ 0.30 ± 0.56 ส่วนผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้

ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลของกระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผลการศึกษา พบว่า

1) ระดับความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ภายในกลุ่มก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง (n=80)

ความรู้	กลุ่มทดลอง				z	กลุ่มควบคุม				
	ก่อน		หลัง			ก่อน		หลัง		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
ระดับความรู้ของผู้ป่วย										
ต่ำ	3.00	7.50	0	0.00		3.00	7.50	0	0.00	
ปานกลาง	23.00	57.50	8.00	20.00		26.00	65.00	27.00	67.50	
สูง	14.00	35.00	32.00	80.00		11.00	27.50	13.00	32.50	
Median (IQR)	7.00 (6.00-8.00)		8.00 (8.00-9.00)		-5.016*	7.00 (6.00-8.00)		7.00 (6.50- 8.00)		-3.157*
ระดับความรู้ของผู้ดูแล										
ต่ำ	4.00	10.00	0	0.00		3.00	7.50	0	0.00	
ปานกลาง	19.00	47.50	18.00	45.00		30.00	75.00	22.00	55.00	
สูง	17.00	42.50	22.00	55.00		7.00	17.50	18.00	45.00	
Median (IQR)	7.00 (6.00-8.00)		8.00 (7.00-8.00)		-2.824*	7.00 (6.00-7.00)		7.00 (7.00- 8.00)		-3.848*

หมายเหตุ: * วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test, * ค่า $p < 0.05$

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=80)

คะแนนความรู้	กลุ่มทดลอง ผลต่างคะแนนความรู้		กลุ่มควบคุม ผลต่างคะแนนความรู้		z	p
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
คะแนนของผู้ป่วย						
ระยะก่อนทดลอง	6.85±1.09	1.32±1.28	6.85±0.97	0.30±0.56	4.219	<0.001
ระยะหลังทดลอง	8.17±1.00		7.15±0.89			
คะแนนของผู้ดูแล						
ระยะก่อนทดลอง	7.05±1.15	0.40±0.87	6.8±0.88	0.62±0.97	-1.509	0.131
ระยะหลังทดลอง	7.45±0.87		7.42±0.71			

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test, ค่า $p < 0.05$

ก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ในกลุ่มผู้ดูแลมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ระดับความรู้และคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังได้รับกระบวนการฟื้นฟูร่างกายที่มีโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์จากแนวคิดการให้ข้อมูล แรงกระตุ้นและทักษะพฤติกรรมสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง หลังได้รับกระบวนการฟื้นฟูร่างกายที่มีโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์จากแนวคิดการให้ข้อมูล แรงกระตุ้นและทักษะพฤติกรรมสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลต่างของคะแนนในผู้ดูแลกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ในกระบวนการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดแนวทางการให้ข้อมูลที่สำคัญขณะวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เน้นการให้ความรู้เรื่องโรคและคำปรึกษาที่สามารถช่วยเหลือแก่ผู้ดูแล ข้อมูลอาจแตกต่างกันในแต่ละรายขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การดำเนินโรคภาวะแทรกซ้อน ยารักษาโรคและการรักษาเฉพาะตัวในโรงพยาบาล การดูแลทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่คาดว่าจะต้องใช้ในอนาคต ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลักษณะบ้านและสภาพแวดล้อม หรือการสนับสนุนของครอบครัว เพื่อให้มีความเข้าใจผู้ป่วยได้ดีขึ้น ลดความเครียดและความซึมเศร้าของผู้ดูแล⁽¹⁶⁾ อาจส่งผลให้หลังทดลอง ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มแตกต่างจากก่อนทดลอง การศึกษานี้กลุ่มทดลองมีระดับความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม อาจเป็นผลจากโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดการให้ข้อมูล แรงกระตุ้นและ

ทักษะพฤติกรรม⁽¹²⁾ ใช้วิธีการพูดคุยอย่างใกล้ชิดแบบตัวต่อตัว ให้ข้อมูลจำเพาะเกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินบาร์เชลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล กิจวัตรประจำวันที่ได้ผลการประเมินต่ำ ได้แก่ การใช้ห้องน้ำด้วยตนเอง การอาบน้ำด้วยตนเอง และการขึ้นลงบันไดหรือทางต่างระดับ รวมถึงให้ข้อมูลการฝึกกระตุ้นสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการเคลื่อนไหวของขาและการทรงตัวด้วยเทคนิคการสอนต่างๆ เช่น การอภิปรายเชิงโต้ตอบ การให้คำปรึกษาและสอนแบบเพื่อน ซึ่งเป็นวิธีการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยสามารถเกิดความเข้าใจได้ง่าย⁽⁹⁾ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้ดี สามารถทำให้เกิดความเข้าใจใหม่ที่มีผลต่อความเชื่อและการรับรู้ในอดีตที่มีอยู่เดิม ระดับความรู้ของผู้ป่วยจึงมีการเปลี่ยนแปลงจากระยะเริ่มต้นและแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ข้อมูลที่ส่งเสริมสุขภาพเป็นองค์ประกอบอิสระที่ทำงานร่วมกับแรงจูงใจที่ผู้ป่วยได้รับจากผู้ดูแล ทั้งนี้ส่วนสำคัญคือ แรงจูงใจภายในที่เกิดจากการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้วิจัย อีกทั้งกระบวนการฟื้นฟูร่างกายตามแนวคิดการให้ข้อมูล แรงกระตุ้นและทักษะพฤติกรรม มีการให้ข้อมูล โต้ตอบ อภิปรายเป็นการสร้างแรงจูงใจภายในจากการได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ถ่ายทอดความรู้สึก ทวนสอบความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างดี จึงทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่ดีสามารถเกิดพฤติกรรมได้อาจไม่ต้องอาศัยทักษะพฤติกรรม⁽¹²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของศรา-รินทร์ พิทยะพงษ์ และคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 62 คู่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดการให้ข้อมูล แรงกระตุ้น และทักษะพฤติกรรม เป็นเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์แรกเป็นกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านการดูแลและการฝึกกิจวัตรประจำวันแก่กลุ่มตัวอย่าง ผลหลังการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีระดับความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยดีกว่ากลุ่มควบคุม

และคะแนนกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มทดลองเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอธิบายได้ว่าความรู้ที่จำเพาะเจาะจงกับความต้องการและปัญหาของกลุ่มตัวอย่างมีผลโดยตรงกับประสิทธิภาพของพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลที่ให้ในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพควรเป็นข้อมูลที่ผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ง่ายต่อความเข้าใจด้วยตนเองและการปฏิบัติตามมีผลต่อความเชื่อและการรับรู้ในอดีตที่มีอยู่เดิมซึ่งสามารถนำไปสู่ทักษะที่ดีขึ้น

จากการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสองกลุ่มระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ซึ่งประกอบด้วยแผนการจำหน่ายที่มีโครงสร้างเป็นรูปธรรมในลักษณะของการมีคู่มือบทบาทบุคลากรทีมสุขภาพพร้อมแนวทางปฏิบัติคู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบบันทึกการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย พร้อมสื่อการสอนที่สามารถนำกลับไปใช้ประโยชน์เพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁶⁾ จึงเห็นได้ว่ารูปแบบการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม สื่อความรู้ที่ง่ายต่อความเข้าใจมีผลต่อระดับความรู้ที่ดี กลุ่มทดลองเกิดแรงจูงใจภายในจากการที่มีความเข้าใจในข้อมูลดี จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแล จัดให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคตามความต้องการที่จำเป็นและมีผลต่อสุขภาพผู้ป่วย ร่วมกับการฝึกทักษะและสนับสนุนด้วยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายบุคคล โทรศัพท์ติดตามและให้คำปรึกษา เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีระดับความมั่นใจในการดูแลเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁷⁾

สำหรับผลการศึกษาของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรค-

หลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ดูแลทั้งสองกลุ่ม พบว่า ระยะก่อนทดลอง ระดับความรู้ของทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งค่าเฉลี่ยเป็นค่ากลางทางสถิติที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์การศึกษาและลักษณะการวัดเป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง⁽²⁸⁾ จึงควรพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งสองกลุ่ม แสดงว่าความรู้ของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันเฉลี่ยระหว่างผู้ดูแลทั้งสองกลุ่ม ระยะหลังทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สาเหตุอาจเนื่องจากการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง เน้นกิจกรรมของการฝึกทักษะแก่ผู้ป่วย มีความจำเพาะต่อระดับความรู้ของผู้ดูแลที่ไม่ต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁶⁾ แตกต่างกับงานวิจัยของสุพิมล บุตรรัตน์⁽²⁹⁾ ที่พัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ประกอบด้วยกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐานและเฉพาะด้าน ทำให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความพร้อมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁹⁾

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการประเมินผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์จากแนวคิดการให้ข้อมูล แรงกระตุ้นและทักษะพฤติกรรมที่วัดเพียงระดับความรู้ ขาดการวัดผลในองค์ประกอบของแรงจูงใจและทักษะพฤติกรรม โดยอาจต้องประเมินจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพของผู้ป่วย หรือภาวะการดูแล ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของกระบวนการฟื้นฟูร่างกาย การนำไปใช้จริงของผู้ป่วยและผู้ดูแล อีกทั้งควรติดตามผลระยะยาวของกระบวนการฟื้นฟูต่อความรู้ที่ได้รับ อาจทำให้ทราบข้อปรับปรุงสู่การนำไปปฏิบัติที่บ้านได้มากขึ้น นอกจากนี้

นี้ องค์ประกอบของกระบวนการฟื้นฟูอาจต้องนำไปปรับใช้ให้เข้ากับกลุ่มผู้ป่วย หรือพื้นที่ก่อนนำไปประยุกต์ใช้เชิงปฏิบัติในพื้นที่อื่น

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยนี้พบว่ากระบวนการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวแนวคิดการให้ข้อมูล แรงจูงใจและทักษะพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล โรงพยาบาลชะวอด จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นกระบวนการที่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น แต่ในผู้ดูแลยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ถึงระดับที่นำสู่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เพิ่มขึ้น ลดภาระผู้ดูแลได้ดีขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของกระบวนการฟื้นฟูในระยะติดตามหลังจบโปรแกรมการรักษาทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนการฟื้นฟูต่อความรู้ที่สามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน
2. ศึกษาปัจจัยของแต่ละองค์ประกอบในโปรแกรม IMB ที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล เพื่อเป็นฐานสำหรับการทำวิจัยและพัฒนาผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อไป
3. ผู้รับผิดชอบหรือผู้เกี่ยวข้องควรปรับองค์ประกอบของโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้เหมาะสมกับผู้ดูแล เช่น รูปแบบการให้ข้อมูล คุณสมบัติของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน เพื่อสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJB, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke [Internet]. 2013 [cited];44(7):2064–89. Available from: [https://www.aha-](https://www.aha-journals.org/doi/10.1161/str.0b013e318296aeca)

2. Barthels D, Das H. Current advances in ischemic stroke research and therapies. Biochimica et biophysica acta Molecular basis of disease 2018;1866(4):165260.
3. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2565; 39(2):39–46.
4. Yang CP, Cheng HM, Lu MC, Lang HC. Association between continuity of care and long-term mortality in Taiwanese first-ever stroke survivors: an 8-year cohort study. PLoS ONE 2019;14(5):e0216495.
5. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. อัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 18 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://hdc-service.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/format1.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=b717285d1ebab38e6cf30ca2846317cd
6. Lin S, Wang C, Wang Q, Xie S, Tu Q, Zhang H, et al. The experience of stroke survivors and caregivers during hospital-to-home transitional care: a qualitative longitudinal study. International Journal of Nursing Studies 2022;130:104213.
7. Leigh JH, Kim WS, Sohn DG, Chang WK, Paik NJ. Transitional and long-term rehabilitation care system after stroke in Korea. Frontiers in Neurology 2022;13: 786648.
8. Pitthayapong S, Thiangtam W, Powwattana A, Leelacharas S, Waters CM. A community-based program for family caregivers for post stroke survivors in Thailand. Asian Nursing Research 2017;11(2):150–7.
9. Vielvoye M, Nanninga CS, Achterberg WP, Caljouw MA. Informal caregiver stroke program in geriatric rehabilitation of stroke patients: a qualitative study. J Clin Med 2023;12(9):3085.

10. คัดนัมพร วรรณศักดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เขตการดูแลของโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัด อุบลราชธานี. ยโสธรเวชสาร 2566; 25(2):35-54.
11. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke [Internet]. 2016 [cited 2022 Aug 16];47(6):e98-e169. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000098>
12. Fisher WA, Fisher JD, Harman J. The information-motivation-behavioral skills model: a general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. In: Suls J, Wallston KA, editors. Social Psychological Foundations of Health and Illness [Internet]. 2003 [cited 2022 Oct 25]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470753552.ch4>
13. Kim SR, Kim S, Kim HY, Cho KH. Predictive model of self-management in patients with stroke based on the information-motivation-behavioral skills model. J Cardiovasc Nurs [Internet]; 2022 [cited 2023 Jan 30]; 38(2):158-67. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/JCN.0000000000000883>
14. Lee KE, Choi M, Jeoung B. Effectiveness of rehabilitation exercise in improving physical function of stroke patients: a systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 30];19(19):12739. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9566624/>
15. Wang P, Qi Y, Zhao R, Aini B, Pei J, Wang S, et al. Exploring the influence of continuous nursing based on the IMB model on quality of life and inflammatory factors in patients after thrombolysis. Int J Clin Exp Med [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 28];13(5):3226-35. Available from: <https://e-century.us/files/ijcem/13/5/ijcem0108128.pdf>
16. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 16 มิ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/A2.pdf
17. Lee MH, Park YH. The effectiveness of the information-motivation-behavioral skills model-based intervention on preventive behaviors against respiratory infection among community-dwelling older adults. Patient Educ Couns 2021;104(8):2028-36.
18. นิคม ถนอมเสียง. Experimental & quasi-experimental research [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 1 มิ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://home.kku.ac.th/nikom/516201_sample_size_nk2561.pdf
19. Chalermwannapong S, Panuthai S, Srisuphan W, Panya P, Ostwald SK. Effects of the transitional care program on functional ability and quality of life of stroke survivors. Chiang Mai University Journal of Natural Sciences 2010;9(1):49-66.
20. van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke 1988;19(5):604-7.
21. Lee J, Wisco D, Olitsky L, Pamer S, Green K, Johnson J. Implementing high intensity home-based rehabilitation following stroke: a descriptive study. Arch Phys Med Rehabil 2022;103(12): e64.
22. สุภาพ อารีเอื้อ, พิชญ์ประอร ยังเจริญ. แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ฉบับภาษาไทย: การทดสอบ

- คุณสมบัติทางจิตวิทยา. งามาธิบดีพยาบาลสาร 2563; 26(2):188-202.
23. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: Mc Graw-Hill; 1971.
24. Mahoney FJ, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Md State Med J 1965;14(2):61-5.
25. สถาบันประสาทวิทยา. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 1 มิ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Old_Content/dmsweb/publish/publish28062019100655.pdf
26. ยุพาพร หัตถโชติ. ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์-โรงพยาบาลอุดรธานี 2560;25(2):136-42.
27. ดุษฎี ไตรยวงศ์, สุนีย์ ละกำป็น, ทศนีย์ รวีวรกุล. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแล. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2563;37(3):240-9.
28. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์. การเลือกใช้สถิติในการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 18 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <http://cai.md.chula.ac.th/lesson/research/re10.htm>
29. สุพิมล บุตรรัตน์. ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วารสารการพยาบาล-สุขภาพและการศึกษา 2563;3(1):56-64

Comparison of the Effects of Stroke Patient Rehabilitation Process on the Knowledge of Daily Activities Performance among Patients and Caregivers, Community Hospitals, Nakhon Si Thammarat Province

Nipaporn Kuakool, M.P.H.*; Dusanee Suwankhong, PhD.*; Tum Boonrod, PhD.*; Chamnan Chinasee, PhD.**

* Master of Public Health Program, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University;

**Department of Health and Sport Science, Mahasarakham University, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2024;33(6):1133-47.

Corresponding author: Dusanee Suwankhong, Email: dusanee.s@tsu.ac.th

Abstract: This quasi-experimental research aimed to compare the knowledge of daily activity performance among the first diagnosed stroke patients who required continuous physical rehabilitation after the acute phase and their caregivers in Cha-uat Hospital and Chian Yai Hospital, Nakhon Si Thammarat province. The measurements were taken before and after undergoing the physical rehabilitation process. A sample group was selected using simple random sampling, divided into experimental and control groups; each consisting of 40 pairs. The experimental group received a rehabilitation program based on the Fisher and Fisher's concept of providing information, motivation, and behavioral skills, 2003 over a period of 12 weeks. The control group obtained regular physical rehabilitation activity. The research instruments included: (1) personal data questionnaire, (2) questionnaire about the knowledge of daily routines of stroke patients, and (3) program aimed at promoting stroke patients and caregivers to practice daily routines. Fisher's exact test, independent t-test, Wilcoxon signed-rank test, and Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test were used to analyzed the data. It was found that experimental group had significantly higher average scores and differences in average scores of knowledge of daily activities compared to control group, with statistical significance at the 0.05 level. However, there was no significant difference in knowledge scores of daily activities between the caregivers of both groups Therefore, the process of physical rehabilitation based on the concept of providing information, motivation, and behavioral skills, which includes educating patients specifically about activities that have not yet met their goals and are appropriate to their context, should involve interactive one-on-one conversations, discussions, and empowering counseling. This approach would enhance stroke patients the knowledge about their daily routines, leading to greater independence in performing daily activities and reducing the possibility of disability.

Keywords: activity of daily living; knowledge; stroke; rehabilitation process