



ผลของโปรแกรมการโค้ชต่อการเตรียมพร้อมและภาระของพี่ดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

Effects of Coaching Program on Preparedness and Burden among Caregivers of Older Persons with Stroke

นัยน์ปพร	จันทริมา	พย.ม*	Naipaporn	Junthontima	M.N.S.*
ทศพร	คำผลศิริ	ปร.ด**	Totsaporn	Khampolsiri	Ph.D.**
เดชา	ทำดี	ปร.ด**	Decha	Tamdee	Ph.D.**

บทคัดย่อ

ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และส่งผลให้เป็นภาระต่อผู้ดูแล ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความพร้อมในการดูแล ดังนั้นการเตรียมพร้อมของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพซึ่งการโค้ชเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยในการเตรียมผู้ดูแล การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ชนิดเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการเตรียมพร้อมและภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโค้ชและกลุ่มที่ไม่ได้รับการโค้ช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด 52 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการโค้ชจากผู้วิจัยเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากทีมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการโค้ชสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2) คู่มือประกอบการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3) สมุดบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) วัตถุประสงค์การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล 2) แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแล และ 3) แบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าทีชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน และสถิติทดสอบค่าทีชนิดสองกลุ่มที่สัมพันธ์กัน ผลการศึกษาพบว่า

1. การเตรียมพร้อมและภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง
2. การเตรียมพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการโค้ชสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการโค้ช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )
3. ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการโค้ชน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการโค้ช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )
4. การเตรียมพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการโค้ชสูงกว่าก่อนได้รับการโค้ช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

\* นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
 \* Student, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, supp61\_1\_nuy.naipaporn@gmail.com  
 \*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
 \*\* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



5. ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการโค้ชน้อยกว่าก่อนได้รับการโค้ช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

**คำสำคัญ:** การโค้ช, การเตรียมพร้อม, ภาระ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

### Abstract

Stroke is a disease of the nervous system caused by disorders of the cerebral blood vessels, which often are found in the elderly. Stroke survivors may have disabilities which limit their activities of daily living (ADL) and create a burden on caregivers. Therefore, caregivers need to be prepared, so that they can provide more efficient care. This quasi experimental study aimed to compare the preparedness and the burden among caregivers of older persons with stroke between a coached and non-coached group. The subjects were 52 caregivers of older persons with stroke living in Chiang Mai. The subjects were equally divided and randomly assigned into an experimental group and a control group, 26 in each group. The experimental group participated in a 12-week coaching program run by researchers and the control group received the usual care from the health team. Research instruments consisted of 1) the Coaching Program for Caregivers of older persons with stroke 2) Educational handbook for caregivers of older persons with stroke 3) Health profile notebook of older persons with stroke and 4) Stroke rehabilitation for older person video. The instrument used for data collections include 1) demographic data of caregiver 2) preparedness of care questionnaire and 3) caregiver burden questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics independent t-test and paired t-test.

Findings of this study showed:

1. Preparedness and Burden among caregivers of older persons with stroke were at a moderate level.
2. Preparedness among caregivers of older persons with stroke of the coached group was statistically significant higher than the non-coached group. ( $p < .001$ )
3. The burden among caregivers of older persons with stroke of the coached group was statistically significant less than the non-coached group. ( $p < .001$ )
4. Preparedness among caregivers of older persons with stroke was significantly higher after coaching than before coaching. ( $p < .001$ )
5. Burden among caregivers of older persons with stroke, after coaching was significantly less than before coaching. ( $p < .001$ )

**Key words:** Coaching Program, Preparedness, Burden, Caregivers of Older Persons with Stroke



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคของระบบประสาทที่เกิดจากการมีความผิดปกติของหลอดเลือดซึ่งพบมากในผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพหลอดเลือดในสมองของผู้สูงอายุ มีลักษณะแข็งและเปราะง่าย (Eliopoulos, 2014) เกิดการตีบ แดง หรืออุดตันได้ง่าย เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการ การเสียชีวิต นำมาซึ่งความสูญเสียทางเศรษฐกิจของหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย มีการรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีประมาณ 795,000 คนต่อปีและ 3 ใน 4 ของผู้ป่วยจะพบในประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ในจำนวนนี้พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตถึง 137,000 รายต่อปี ที่เหลือจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ (American Stroke Association, 2013) สำหรับประเทศไทยจากการรายงานสถิติสาธารณสุขในรอบ 10 ปีของไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 ถึง พ.ศ.2555 พบว่ามีความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับที่ 3 รองจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือด โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่นี่มารับการรักษาเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นอัตราส่วน 6:1 เมื่อเทียบกับประชากรในวัยอื่นๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) อีกทั้งยังเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-adjusted life years หรือ DALYs) ของคนไทยในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มประชากรสูงอายุ ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนี้ ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพนานกว่าวัยอื่น ประกอบกับสภาพร่างกายที่มีความเสื่อมตามวัยร่วมด้วย ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ง่าย เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง เป็นต้น ส่วนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีสูญเสียด้านความคิด การตัดสินใจ เกิดความกลัว โมโห หรือบางรายอาจมีภาวะซึมเศร้าได้ (Blake, Lincoln, & Clarke, 2003) รวมทั้งปัญหาเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่

เป็นหัวหน้าครอบครัว อาจส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว (กรรณิกา รักยิ่งเจริญ, 2557) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะเป็นคนในครอบครัวหรือญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรเพศหญิงที่อยู่ในวัยกลางคน เนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคมไทยและค่านิยมทางวัฒนธรรม ส่วนบุตรเพศชายมักจะทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่ายและเรื่องอื่นๆ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) ผู้ดูแลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การดูแลเรื่องอาหารและยา การทำกายภาพบำบัด รวมถึงการดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย นอกจากนั้นยังต้องให้การสนับสนุนด้านสังคมและด้านจิตใจอีกด้วย (อรุณี ชุนหบดี, ธิรัตน์ สุภานันท์, โรชนี อูปรา และ สุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2555) จากบทบาทการดูแลดังที่กล่าวมาทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายๆ ด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมเศรษฐกิจ (Pereira, Santos, Fhon, Marques, & Rodrigues, 2013) โดยทางด้านร่างกายพบว่าผู้ดูแลอาจเกิดความเหน็ดเหนื่อย มีปัญหาด้านสุขภาพจากการทำงานหนัก เช่น ปวดไหล่ ปวดแขน ส่วนผลกระทบด้านจิตใจพบว่าผู้ดูแลมักเกิดความเครียด เบื่อหน่าย (จรรยาลักษณ์ บึงเจริญ และ จันทร์ฉาย มณีวงษ์, 2557) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวอาจทำให้เกิดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้

การเกิดภาวะในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลรวมถึงความรู้สึกที่คนคิดและประสบการณ์จากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจากความพิการของโรค ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีเวลาน้อยในการดูแลตนเองในแต่ละวัน (Sales, 2003) ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ จากการศึกษาเชิงคุณภาพในญาติ



ผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ภาวะที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้แก่ ภาวะทางด้านการเงิน การพักผ่อน และสุขภาพทางร่างกาย ขาดการสังสรรค์กับเพื่อน มีความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน เบื่อหน่าย แต่อย่างไรก็ตาม ญาติผู้ดูแลก็ยังมีความรู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแลบิดามารดาของตนเอง (อรุณี ชุนหบดี และคณะ, 2555) แต่ภาวะของผู้ดูแลจะลดลงได้ หากมีการเตรียมพร้อมที่ดี ซึ่งการเตรียมพร้อมสามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การสอน การให้ความรู้ การสาธิต ฝึกทักษะ หรือการใช้กระบวนการกลุ่ม แต่ผลลัพธ์ที่ต้องการคล้ายๆ กันคือเพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลและนำความรู้ที่ได้ไปเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติ ในปัจจุบันก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะมีการเตรียมพร้อมให้กับผู้ดูแล ทั้งการให้ความรู้และการฝึกทักษะ แต่ยังคงพบว่า ผู้ดูแลยังไม่มี ความมั่นใจ จำไม่ได้ ปฏิบัติไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับ การรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้เห็นได้ว่าในการเตรียมพร้อมอาจจำเป็นต้องเพิ่มกลยุทธ์บางอย่างเข้าไป เพื่อให้การเตรียมพร้อมมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การเตรียมพร้อมเป็นสภาวะของบุคคลที่พร้อม ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเตรียมพร้อมจะเป็นปัจจัยทำนายผลที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรม ว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีเพียงใด และบรรลุผลสำเร็จได้อย่างราบรื่น การเตรียมพร้อมที่ดีของผู้ดูแลเป็นการประเมินการรับรู้ในด้านภาระหน้าที่การดูแลในบทบาทผู้ดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการปัญหา และความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ด้านการหาข้อมูล บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ด้านความต้องการทางอารมณ์ และด้านความต้องการทางร่างกาย เพราะเมื่อผู้ดูแลมีการเตรียมพร้อมในการดูแล จะส่งผลทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดการรับรู้ภาระจากการ

ดูแล เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลมากขึ้น สามารถแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล และสามารถดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเตรียมพร้อมที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลที่บ้าน (สุดศิริ หิรัญขุนนะ, 2541) การช่วยผู้ดูแลให้มีการเตรียมพร้อมที่ดี จะช่วยลดความรู้สึกรออันเป็นภาระ ความเหนื่อยและความเครียดของผู้ดูแล ส่งผลทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่เหมาะสม

จากผลการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยนักวิจัยจากสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับแนวทางการเตรียมพร้อมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจำนวน 8 ฉบับ สรุปว่าแนวทางการเตรียมพร้อมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงโรคหลอดเลือดในสมองควรประกอบด้วย การให้ความรู้ในการดูแล และการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการเตรียมพร้อมดังกล่าว จะช่วยลดภาระในการดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Corry, While, Neenan, & Smith, 2015) แนวทางการให้ความรู้ เพื่อสร้างเสริมทักษะของผู้ดูแล และการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่องนี้ แตกต่างจากการสอนแบบดั้งเดิมที่มักจะสอนให้ความรู้ แต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งผู้ดูแลสามารถให้การดูแลในช่วงแรก แต่ในช่วงหลังจากอบรมไปแล้ว มักจะลืมน ขาดความรู้ในบางส่วน ส่งผลให้ไม่มั่นใจ และเกิดความเครียด นำไปสู่การเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลในที่สุด ในการเตรียมพร้อมผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการโค้ชเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล ซึ่งมีกลุ่มนักวิจัยทางการแพทย์จากมหาวิทยาลัยแคนซัส สหรัฐอเมริกา ได้พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติสำหรับการโค้ช (Piamjariyakul, Reeder, Wongpiriyayothar, & Smith, 2011) และได้นำไปประยุกต์สร้างโปรแกรมที่ใช้โทรศัพท์เป็นหลัก สำหรับการโค้ชญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว (Piamjariyakul, Smith, Russell, Werkowitch, & Elyachar, 2013) ใช้ระยะเวลาในการโค้ชเวลา 3 เดือน โดยการใช้กลยุทธ์ดังนี้ คือ การสอน / การสนับสนุนเรื่องความรู้ การสาธิตย้อนกลับ การวางแผน การดูแล การสนับสนุนผู้ร่วมการดูแลและการสนับสนุน



ให้ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ พบว่าญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นมากขึ้น ภาระในการดูแลลดลง และลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การโค้ช (coaching) คือวิธีการที่ทำให้เกิดความมุ่งมั่น ทัศนคติที่ดี การจัดการตนเอง การแก้ปัญหา และสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ (Bennett, Coleman, Parry, Bodenheimer, & Chen, 2010) การโค้ชเป็นวิธีการสอนรูปแบบหนึ่ง ที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อส่งเสริมปรับปรุงและพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติให้สูงขึ้นตามศักยภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง สร้างการตระหนักรู้ความเป็นจริง และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยจะเน้นเรื่องการเรียนรู้มากกว่าการถูกสอน โดยการโค้ชเป็นความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างโค้ชกับผู้ที่ถูกโค้ช และทักษะความเชี่ยวชาญของโค้ช ในการเอื้ออำนวยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ การโค้ชไม่ใช่การให้คำปรึกษา การสอนให้จำหรือการสั่งให้ทำ แต่การโค้ชเป็นการผสมผสาน โดยผู้โค้ชจะเป็นเหมือนผู้ที่สนับสนุน ส่งเสริมกำลังใจ และคอยให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับการโค้ช โดยผู้โค้ชจะทำหน้าที่รับฟัง รับรู้ถึงค่านิยม ความเชื่อของผู้ที่ถูกโค้ช เพื่อชี้ให้เห็นช่องว่างของวิสัยทัศน์กับความเป็นจริง เพื่อผลักดัน สนับสนุน และปลูกฝังความเชื่อมั่นแก่ผู้ที่ถูกโค้ช (Donner & Wheeler, 2009) จะเห็นได้ว่า หากนำการโค้ชมาประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะเป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์อย่างมาก เพราะสามารถผลักดันให้เกิดกิจกรรมการดูแลที่มีความต่อเนื่องกัน และสามารถพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมและรับรู้ถึงภาระในการดูแลที่ลดลง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมโค้ชต่อการเตรียมพร้อมและภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า การศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์แก่วิชาชีพพยาบาล ในการนำนวัตกรรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเตรียมพร้อมและภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการเตรียมพร้อมและภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโค้ชและกลุ่มที่ไม่ได้รับการโค้ช
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการเตรียมพร้อมและภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังได้รับการโค้ช

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลจะรับรู้ถึงภาระในการดูแล ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีความพร้อมในการดูแล โดยในการวิจัยนี้ใช้แนวคิดการเตรียมพร้อมของอาร์ชโบลด์ และคณะ (Archbold et al., 1990) ซึ่งแบ่งเป็นความพร้อม 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ 3) ด้านข้อมูลการให้บริการ สุขภาพ และจัดหาแหล่งในการดูแล 4) ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล 5) ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ 6) ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน 7) ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และ 8) ความพร้อมในการดูแลโดยรวม และเมื่อผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล จะทำให้เกิดการรับรู้ถึงภาระในการดูแลลดลง โดยการวิจัยนี้ใช้แนวคิดการรับรู้ภาระของมอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery et al., 1985) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การโค้ชสามารถช่วยเพิ่มความพร้อมในการดูแล และช่วยลดการรับรู้ภาระของผู้ดูแลได้ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ขั้นตอนการโค้ชตามกรอบแนวคิดของเปี่ยมจริยกุล และคณะ (Piamjariyakul et al., 2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม รูปแบบกิจกรรมประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลโดยการสอนและสนับสนุนในเรื่องความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 2) การสาธิตย้อนกลับเพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจในการดูแล 3) ให้ผู้ดูแลทดลองปฏิบัติทักษะการดูแลก่อนที่จะให้ปฏิบัติในสถานการณ์



จริง 4) ทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุ  
โรคหลอดเลือดสมอง ช่วยประสานงานกับแหล่งประโยชน์  
เพื่อการช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสม และ 5) ให้ผู้ดูแล  
ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ซึ่งผลของการโค้ชจะช่วยเพิ่ม  
ความรู้และพัฒนาทักษะของผู้ดูแล รวมถึงช่วยส่งเสริม  
สนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ให้  
เกิดความมั่นใจ มีการเตรียมพร้อมในการดูแลและเมื่อ  
ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลก็จะไม่เกิดการรับรู้ภาวะ  
ในการดูแล สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือด  
สมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-  
experimental research) ชนิดมีกลุ่มควบคุม วัตถุประสงค์  
และหลังการทดลอง เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมการ  
โค้ชต่อการเตรียมพร้อมและภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่  
เป็นโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่  
ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองซึ่งได้รับ  
การวินิจฉัยครั้งแรกที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วย  
นอกโรงพยาบาลมหาราชและโรงพยาบาลแมคคอร์มิค  
จังหวัดเชียงใหม่ เลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการ  
วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนด  
อำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 ระดับความเชื่อมั่น  
ที่ .05 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .50  
ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม  
กลุ่มละ 22 ราย (Burns & Grove, 2009) และเพิ่มขนาด  
กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 ราย  
เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่  
กำหนดไว้ โดยผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ  
ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป  
มีอายุตั้งแต่ 20-75 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถ  
พูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ และผู้สูงอายุโรค  
หลอดเลือดสมองที่อยู่ในการดูแลไม่อยู่ในระยะวิกฤติของ  
โรคซึ่งประเมินจากแบบประเมินของสถาบันประสาท  
วิทยา National Institute of Health Stroke Scale  
(NIHSS) มีคะแนนระหว่าง 5-24 และสามารถติดต่อได้  
ทางโทรศัพท์ หลังคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่

กำหนดแล้วจะทำการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีเพศ อายุ  
คะแนน NIHSS ที่ใกล้เคียงกัน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่  
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบสัมภาษณ์ความ  
พร้อมในการดูแลของวิไลพร ศรีธเรศ (Sritares, 2003) ซึ่ง  
พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความพร้อมในการดูแลของอาร์ช  
โบลด์ และคณะ (Archobold et al., 1986) และแบบ  
สัมภาษณ์ภาวะของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นโดยมอนต์โกเมอรี  
กอนเยียและฮูย์แมน (Montgomery, Gonyea,  
& Hooyman, 1985) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลง  
โดยเพ็ญลดา เคนไชยวงศ์ (2539) ซึ่งแบบสัมภาษณ์  
ดังกล่าวค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.97 และ 0.90 ตาม  
ลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่  
โปรแกรมการโค้ชผ่านการตรวจสอบและแก้ไขให้มีความ  
ถูกต้องตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน  
และผ่านการทดลองใช้เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในทาง  
ปฏิบัติก่อนการนำไปใช้จริง คู่มือประกอบการให้ความรู้  
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง สมุดบันทึก  
สุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และวิธีที่ศึน  
การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือด  
สมองของสถาบันประสาทวิทยา (2556)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยคัดลอกรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
จากเวชระเบียน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่  
กำหนดไว้ และเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ด้วยตนเองใน  
แต่ละกลุ่มที่แผนกผู้ป่วยนอก

**กลุ่มควบคุม** หลังจากเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ผู้ดูแล  
และผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการดูแล  
ตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพเป็นเวลา 11  
สัปดาห์ และผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค  
หลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ 12 และให้ผู้ดูแลตอบแบบ  
สัมภาษณ์ความพร้อมในดูแลและภาวะการดูแลของ  
ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองครั้งที่ 2



**กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลาในโค้ชจำนวน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยโค้ช 4 ครั้งโดยครั้งที่ 1 และ 2 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งละ 90 - 120 นาที ครั้งที่ 3 และ 4 เป็นการกิจกรรมผ่านทางโทรศัพท์ครั้งละ 20 - 30 นาที หลังจกสิ้นสุดการโค้ชทั้ง 4 ครั้ง จะมีการติดตามทางโทรศัพท์ 7 ครั้งๆ ละ 15-20 นาที และครั้งที่ 12 จะเป็นการติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมทั้งประเมินผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 ดำเนินการโค้ชร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านใช้เวลา 90 -120 นาที เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกด้วยการกล่าวทักทายแนะนำตัวเอง พูดคุย สอบถามถึงปัญหาและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นเริ่มการโค้ชครั้งที่ 1 โดยใช้วิธีการทั้ง 5 ขั้นตอน (การเตรียมความพร้อม, สาธิตย้อนกลับ, ทดลองดำเนินการตามแผนการดูแลที่วางไว้, การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ และดำเนินการตามแผนการดูแล) การโค้ชครั้งนี้ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในเรื่องการสื่อสาร การดูแลกิจวัตรประจำวัน การแต่งตัว การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสุขภาพช่องปาก และการดูแลเรื่องยา

ครั้งที่ 2 ดำเนินการโค้ชร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน ใช้เวลา 90 -120 นาที เริ่มจากการพูดคุย สอบถามถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและการแก้ไขปัญหาที่พบทวนความรู้ที่ได้ในการโค้ชครั้งที่ 1 จากนั้นเริ่มการโค้ชครั้งที่ 2 โดยใช้วิธีการทั้ง 5 ขั้นตอน ดังที่กล่าวมาข้างต้น การโค้ชครั้งนี้ประกอบด้วย การให้ความรู้ในเรื่อง การดูแลการส่งเสริมความสามารถเคลื่อนไหวของแขน มือ และขา การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลเรื่องการนอน (ด้วยวิธีการสอนร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การดูแลจิตใจผู้ป่วย และการปรับสภาพบ้านหรือสิ่งแวดล้อมต่างๆ

ครั้งที่ 3 ดำเนินการโค้ชทางโทรศัพท์ ใช้เวลา 20 - 30 นาที ให้การสนับสนุนเพื่อการจัดการสำหรับผู้ดูแล

ที่บ้านโดยการโทรศัพท์ เริ่มจากพูดคุยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตระหนักถึงอารมณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นจากการดูแล พร้อมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเพื่อจัดการกับอารมณ์เชิงลบ โดยการสอนและสนับสนุน เช่น การหาเวลาในการพักผ่อน การฟังเพลง การนั่งสมาธิ หรือสอบถามเกี่ยวกับเข้าร่วมกลุ่มกับสมาชิกที่มีประสบการณ์เดียวกันในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อจะได้รับความรู้ใหม่ๆ และแบ่งปันประสบการณ์ต่างๆ ร่วมกัน

ครั้งที่ 4 ดำเนินการโค้ชทางโทรศัพท์ ใช้เวลา 20 - 30 นาที เตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินโดยการโทรศัพท์ เริ่มจากให้ความรู้โดยการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นขั้นตอน เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับโดยการบอกเล่าอย่างเป็นขั้นเป็นตอน พร้อมทั้งฝึกทักษะการแก้ปัญหาต้องทำอะไรเป็นอันดับแรก มีการจำลองเหตุการณ์ แล้วให้ผู้ดูแลอธิบายถึงวิธีการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หลังจกดำเนินการโค้ชเสร็จสิ้นทั้ง 4 ครั้ง ก็ดำเนินการติดตามผ่านทางโทรศัพท์เมื่อถึงจำนวน 7 ครั้งๆ ละ 15-20 นาที เพื่อติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง ช่วยตอบคำถามที่ผู้ดูแลยังไม่เข้าใจหรือมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และให้ผู้ดูแลดำเนินการตามแผนการดูแลได้ และประเมินผลในครั้งที่ 12 ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมที่บ้านของผู้ป่วย

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และให้กลุ่มตัวอย่างเขียนใบยินยอมที่จะเข้าร่วมในการทำวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ โดยการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลตามลักษณะข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุที่



เป็นโรคหลดเล็ดสมองวเ็คราะห์โดยใช้สถิตเ็ชงบรราย  
จ่านวน ร้อยละ ค่าเฉล็ย เปร็ยบเท็ยบควมแตกต่า  
ระหว่างกลุ่มด้วยสถิต Chi-square test และ Fisher's  
exact probability test

2. เปร็ยบเท็ยบคะแนนเฉล็ยการเตร็ยมพร้อมและ  
ภาระของพู่ฒเลพู่ฒงอายุทีเป็นโรคหลดเล็ดสมองของ  
กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รบการค้ช โดยใช้สถิต  
paired t-test

3. เปร็ยบเท็ยบคะแนนเฉล็ยการเตร็ยมพร้อมและ  
ภาระของพู่ฒเลพู่ฒงอายุทีเป็นโรคหลดเล็ดสมอง  
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควคุม โดยใช้สถิต  
independent t-test

### ผลการวเ็จย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบ  
ว่า กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80.8 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77  
มีอายุระหว่าง 36-59 ปี ทั้หมดมีสถานภพสมรสคู่  
ร้อยละ 65.4 จบการศกษาระดบประถมศกษ ร้อยละ  
61.5 นบถศกษนาพฐร ร้อยละ 80.8 ประกอบอาชีพชง

ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.2 มีรายได้น้อย  
กว่า 10,000 บาท ร้อยละ 80.8 มีความสั่มพันธเป็นบุตร  
ของพู่ฒสูงอายุโรคหลดเล็ดสมอง ร้อยละ 80.8 มีระยะ  
เวลาคูแลพู่ฒสูงอายุโรคหลดเล็ดสมอง 9-16 ช่วโมงต่อ  
วัน และร้อยละ 50 มีระดับควมรุนแรงของโรคหลด  
เล็ดสมองโดยใช้แบบประเมิน NIHSS ในระดับคะแนน  
5-14 (Moderately Impairment) และ 15-24 (Severe  
Impairment) เท่ากัน ส่วนกลุ่มควคุม ร้อยละ 84.6  
เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.1 มีอายุระหว่าง 36-59 ปี  
ร้อยละ 96.2 มีสถานภพสมรสคู่ ร้อยละ 61.6 จบการ  
ศกษาระดบประถมศกษ ร้อยละ 69.2 นบถศกษนา  
พฐร ร้อยละ 80.8 ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกร ร้อยละ  
57.7 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 80.8 มีความ  
สั่มพันธเป็นบุตรของพู่ฒสูงอายุโรคหลดเล็ดสมอง  
ร้อยละ 80.8 มีระยะเวลาคูแลพู่ฒสูงอายุโรคหลดเล็ด  
สมอง 9-16 ช่วโมงต่อวัน และร้อยละ 53.8 มีระดับควม  
รุนแรงของโรคหลดเล็ดสมองโดยใช้แบบประเมิน  
NIHSS ในระดับคะแนน 15-24 (Severe Impairment)

ตารางที่ 1 เปร็ยบเท็ยบค่าเฉล็ยคะแนนการเตร็ยมพร้อมของพู่ฒเลพู่ฒงอายุโรคหลดเล็ดสมองระหว่างกลุ่มทดลอง  
และกลุ่มควคุม

ควมพร้อมของพู่ฒเล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควคุม			t	p-value
	ค่าเฉล็ย	S.D.	ระดับ	ค่าเฉล็ย	S.D.	ระดับ		
ก่อนได้รบการค้ช	1.92	0.199	ปานกลาง	1.88	0.213	ปานกลาง	0.595	.554
หลังได้รบการค้ช	3.21	0.117	สูง	1.81	0.178	ปานกลาง	33.442	.000

จากการเปร็ยบเท็ยบค่าเฉล็ยของคะแนนการ  
เตร็ยมพร้อมของพู่ฒเลพู่ฒงอายุโรคหลดเล็ดสมอง  
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควคุม โดยใช้สถิต  
Independent t-test พบว่าคะแนนเฉล็ยควมพร้อม

ของพู่ฒเลพู่ฒงอายุโรคหลดเล็ดสมอง หลังได้รบการ  
ค้ชของทั้ 2 กลุ่มแตกต่ากัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิต  
(p < .001)





ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะของผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ		
ก่อนได้รับการโค้ช	42.73	1.251	สูง	42.96	1.038	สูง	-0.724	.473
หลังได้รับการโค้ช	15.12	1.925	ปานกลาง	43.19	1.096	สูงสุด	-64.625	.000

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับการโค้ชของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

### การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชต่อการเตรียมพร้อมและภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 52 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการโค้ชจำนวน 26 ราย และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการโค้ชแต่ได้รับการดูแลตามปกติจากทีมสุขภาพจำนวน 26 ราย ซึ่งผลการศึกษาอธิบายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. การเตรียมพร้อมและภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

การเตรียมพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการได้รับการโค้ช ผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการเตรียมพร้อมของในทุกด้านและความพร้อมในการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นการเตรียมพร้อมด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยกลางคนและมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ซึ่งมีบทบาทในการดูแลบิดามารดาและสมาชิกในครอบครัวอยู่แล้ว ก่อนที่จะมารับบทบาทเพิ่มในการดูแลภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ก็ล้วนแต่เป็นกิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ส่วนในด้านของการเตรียมพร้อมด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค

หลอดเลือดสมองครั้งแรก จึงไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ๆ การเตรียมพร้อมด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นจึงอยู่ในระดับน้อย และเมื่อกลุ่มทดลองได้รับการโค้ชก่อนที่จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลได้รับความรู้และมีการทำงานร่วมกับผู้วิจัยตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนสามารถปรึกษาได้ตลอดเวลาทำให้เกิดความมั่นใจและรับรู้ถึงการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในความดูแล จึงทำให้การเตรียมพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการโค้ชจึงมีคะแนนการเตรียมพร้อมอยู่ในระดับปานกลางเหมือนเดิม

ภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการได้รับการโค้ช ผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รับรู้ภาวะในการดูแลในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรุนแรงของโรคและระดับการพึ่งพาอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ทำให้ต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมากพอควร ส่งผลให้กิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลต้องกระทำมากขึ้นตามไปด้วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแล (Sales, 2003) แต่หลังจากกลุ่มทดลองได้รับการโค้ชที่มีที่ปรึกษาทำให้มั่นใจในการดูแลเพิ่มขึ้นจึงรับรู้ภาวะในการดูแลลดลงเหลือระดับปานกลางในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการ



รับรู้ถึงภาวะเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูงสุด

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับการโค้ชมีการเตรียมพร้อมแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการโค้ช และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีการเตรียมพร้อมหลังได้รับการโค้ชแตกต่างจากก่อนได้รับการโค้ช

ผลการศึกษาพบว่า การเตรียมพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการโค้ชของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยการเตรียมพร้อมของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่าหลังได้รับการโค้ช ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนการเตรียมพร้อมมากขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนการเตรียมพร้อมเท่าเดิม ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมีการเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งครอบคลุมการดูแลทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย, ด้านการดูแลความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย, ด้านการหาข้อมูลเกี่ยวกับบริการและจัดหาบริการการดูแล, ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างดูแลผู้ป่วย, ด้านการดูแลให้ผู้ป่วยให้เกิดความพึงพอใจทั้งตัวผู้ดูแลและผู้ป่วย, ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น, ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุข และด้านความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมทำให้รับรู้ถึงความพร้อมในแต่ละด้านในระดับสูง (ตารางที่ 1) ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการดูแล ตลอดจนสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลมีประสิทธิภาพ ซึ่งความพร้อมที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลที่บ้าน (สุดศิริ หิรัญขุนนะ, 2541) ซึ่งต่างจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ได้รับการโค้ชที่รับรู้ถึงความพร้อมในแต่ละด้านในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1) ซึ่งการเตรียมพร้อมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแล เพราะเมื่อผู้ดูแลมีการเตรียมพร้อมในการดูแล เกิดความเชื่อมั่นในการดูแล

มากขึ้น และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการโค้ชตามกรอบแนวคิดของเปี่ยมจริยกุล และคณะ (Piamjariyakul et al., 2013) และพัฒนารูปแบบกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยเริ่มจากการเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสอนและสนับสนุน ในเรื่องความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับมีการใช้สื่อวีดิทัศน์การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมอบคู่มือประกอบการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ล้วนช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจอย่างเพียงพอในการปฏิบัติกรดูแล มีการสาธิตย้อนกลับเพื่อเพิ่มทักษะ และความมั่นใจในการดูแล ทดลองปฏิบัติทักษะการดูแลก่อนที่จะให้ปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทดลองดำเนินการตามแผนการดูแลที่วางไว้ และดำเนินการตามแผนที่วางไว้ รวมถึงมีการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ในโปรแกรมการโค้ชนี้ ผู้วิจัยดำเนินการโค้ชที่บ้าน ทำให้สามารถประเมินสถานการณ์ต่างๆ และแก้ไขปัญหาได้ตามจริง ประกอบกับมีการปรับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ปรับอุปกรณ์ต่างๆ ให้เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้นด้วย จากกระบวนการที่ได้กล่าวมาทั้งหมด หลังให้การโค้ชผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีคะแนนเฉลี่ยการเตรียมพร้อมสูง นั้นแสดงถึงผู้ดูแลมีการเตรียมพร้อมที่ดีในการดูแล เกิดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความมั่นใจในกิจกรรมการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการจัดการตนเอง สามารถตั้งเป้าหมายการดูแล เกิดกระบวนการแก้ปัญหา และสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ นำไปสู่การดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของเปี่ยมจริยกุล, สมิต, รัชเชล, เวย์โควิทซ์ และเอลยาชาร์ (Piamjariyakul, Smith, Russell, Werkowitch, & Elyachar, 2013) ซึ่งได้นำการใช้โปรแกรมโค้ชไปประยุกต์ใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 10 ราย ระยะเวลาการโค้ช 3 เดือน พบว่าญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นมากขึ้นและ



ภาระในการดูแลลดลงทั้งยังลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค และลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับการโค้ชมีภาระแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการโค้ช และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการโค้ชมีภาระแตกต่างจากก่อนได้รับการโค้ช

ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับการโค้ชของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และยังพบว่า หลังได้รับการโค้ช ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยภาระน้อยลง แต่กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการโค้ชมีคะแนนเฉลี่ยภาระมากขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีเวลาให้กับตัวเองน้อยลง ส่งผลให้มีสุขภาพแย่ลง ไม่มีความเป็นส่วนตัว ซึ่งต่างจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการโค้ช จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการโค้ช มีการรับรู้ภาระลดลง (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าการโค้ชทั้ง 5 ขั้นตอน ช่วยทำให้ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการโค้ช มีความรู้ในการดูแล เกิดความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ในการดูแล ทำให้ความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานในการดูแลลดลง และยังได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำปรึกษาในการแก้ปัญหา ในการดูแลจากโค้ช และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมต่างๆ ส่งผลให้การรับรู้ภาระเกี่ยวกับความยุ่งยากหรือความยากลำบากจากหน้าที่ การงาน และความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลลดลง และนอกจากนั้นผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการโค้ชรู้สึกได้รับความเห็นอกเห็นใจ ความเอาใจใส่จากโค้ช ทำให้ความเครียด ความกังวลในการดูแลลดลง และผู้ดูแลสามารถตระหนักถึงอารมณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นจากการดูแล และสามารถจัดการกับอารมณ์เชิงลบนั้นได้ ส่งผลให้การรับรู้ภาระด้านความรู้สึกทัศนคติและ

ปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลลดลงด้วยตลอดจนช่วยให้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จึงส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระน้อยลง โดยสอดคล้องกับการศึกษาของเพียงใจ ตรีไพรวงศ์ (2540) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย จะมีการรับรู้การเป็นภาระในการดูแลที่น้อย ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดี

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการโค้ชไปใช้ตั้งแต่กระบวนการก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งหมด และส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง
2. เป็นแนวทางสำหรับการประกอบการเรียนการสอนบุคลากรและนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับการการจัดการกับความพร้อมในการดูแลและภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและสถานที่อื่น เพื่อสามารถสรุปผลการวิจัยและอ้างอิงสู่กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองต่อไป
2. ควรมีการศึกษาและนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น
3. ควรมีการนำผลการวิจัยในการพัฒนาในการจัดการกับความพร้อมในการดูแลและภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



## เอกสารอ้างอิง

- จรรยาภรณ์ ป้องเจริญ และ จันทร์ฉาย มณีวงษ์.(2557). ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมต่อความพร้อมของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 21(1), 58-70.
- เพียงใจ ติรโพรงศ์. (2540). *สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยและภาวะการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). *ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย. แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). กรุงเทพมหานคร.*
- สุดศิริ หิรัญชุนนะ.(2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณี ขุนหบดี, ธิธาร์ตัน สุภานันท์, โรชินี อูปรา และ สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2555). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(1), 1-9.
- American Stroke Association. (2013). *Let ' s talk about complication After Stroke* . Retrieved March 18, 2013, from [www.StrokeAssociation.org](http://www.StrokeAssociation.org).
- Archbold, P G., Stewart,B. J., Geenlick, M.R. & Harvarth, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role stain. *Research in Nursing and Health*, 13, 375-384
- Bennett, H. D., Coleman, E. A., Parry, C., Bodenheimer, T., & Chen, E. H.. (2010). Health coaching for patients. *Research on Family Practice Management*, 17, 24-29.
- Corry, M., While, A., Neenan, K., & Smith, V. (2015). A systematic review of systematic reviews on interventions for caregivers of people with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 718-734.
- Donner, G. J., & Wheeler, M. M. (2009). *Coaching in nursing: An introduction, International Council of Nurses: Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International*
- Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological Nursing (eight edition ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Montgomery, R.J.V., Stull, D.E., & Borgatta, E.F. (1985). Measurement and the analysis of Burden. *Research on Aging*, 7(1), 137-152.
- Pereira, R. A., Santos, E. B. d., Fhon, J. R. S., Marques, S., & Rodrigues, R. A. P. (2013). *Burden on caregivers of elderly victims of cerebrovascular accident*. Rev. esc. enferm. USP 47(1) 182-188.
- Piamjariyakul, U., Reeder, K., Wongpiriyayothar, A., & Smith, C. (2011). *Coaching: An Innovative Teaching Strategy in Heart Failure Home Management* (J. Henderson & A. Lawrence Eds.). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.



- Piamjariyakul, U., Smith, C. E., Russell, C., Werkowitch, M., & Elyachar, A. (2013). The feasibility of a telephone coaching program on heart failure home management for family caregivers: Heart & Lung: *The Journal of Acute and Critical Care*, 42, 32-39.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of life research*, 12, 33-41.
- Schumacher, K.L., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (2008). Effect of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcome during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 35(1), 49-56.

#### Translated Thai Reference

- Pongcharoen, C., & Maneewong, J. (2014). The effects of preparing program on readiness among hemorrhagic stroke patients caregivers before discharge at Chaophrayayommaraj Hospital, Suphanburi. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 21(1), 58-70. (in Thai)
- Tirapaiwong, P. (1997). *The relationship among caregiver and burden of family caregiver with stroke patients*. Master's thesis. Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner. Mahidol University. Bangkok. (in Thai)
- Yodpet, S., Sasat, S., Bundhamcharoen, K., Damrikarnlerd L., Limsaku, U., & Pagaiya, N. (2009). *Long-term Care for Older Persons: Thailand's direction*. Research for improve the quality of life in Older Persons. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Bangkok. (in Thai)
- Hirunchunha, S. (1998). *Development of Home Care Model for Caregivers of stroke*. Doctoral dissertation. Philosophy Program Nursing Science. Mahidol University. Bangkok. (in Thai)
- Chunhabordee, A., Supanunt, T., Oupra, R., & Thongsai, S. (2011). Caregivers Stress and Needs in stroke patients at home. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, 24(1), 1-9. (in Thai)