บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการวางแผนจำหน่าย ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 60 ราย ผลการศึกษาได้เสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและของผู้ดูแล
2. ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแล ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
3. ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแล ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.87
หญิง	14	46.70	9	30.00	
ชาย	16	53.30	21	70.00	
อายุ					.83
$\leq$ 50 ปี	1	3.30	7	23.30	
51 – 60 ปี	8	21.70	4	13.30	
61 – 70 ปี	14	46.70	10	33.30	
70 ปีขึ้นไป	7	23.30	9	30.00	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					.84
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	16.70	3	10.00	
ประถมศึกษา	24	80.00	22	73.30	
อนุปริญญาและปริญาตรี	1	3.30	5	16.70	
อาชีพ					.84
ทำนา ทำสวน	12	40.00	9	30.00	
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	-	-	3	10.00	
รับจ้าง	3	10.00	4	13.30	
อื่น ๆ	15	50.00	14	46.70	
สภาพทั่วไปของผู้ป่วย					.79
อ่อนแรงของแขนขาขวา	10	33.30	13	43.30	
อ่อนแรงของแขนขาซ้าย	20	66.70	17	56.70	
ระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาล					.29
3 – 5 วัน	5	16.70	12	40.00	
6 – 10 วัน	12	40.00	11	36.70	
11 – 15 วัน	8	26.70	5	16.70	
15 วันขึ้นไป	5	16.70	2	6.60	
การดูแลพิเศษอื่น ๆ					.00*
ใส่ท่อเจาะคอหรือคาท่อหลอดลมคอ	2	6.60	2	6.60	
ให้อาหารทางสายยาง	7	23.30	6	20.00	
ใส่สายสวนปัสสาวะ	2	6.70	-	-	
อื่น ๆ (กายภาพบำบัด)	19	63.30	22	73.300	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ผู้ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย					.39
บุตร	21	70.00	18	60.00	
คู่สมรส	6	20.00	9	30.00	
อื่น ๆ (ญาติ)	3	10.00	3	10.00	

*P < .05

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุม มีจำนวนทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.30 และมีอายุในช่วง 61 – 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80.00 อาชีพส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 50.00 สภาพทั่วไปของผู้ป่วยส่วนใหญ่อ่อนแรงของแขนขาซ้าย คิดเป็นร้อยละ 66.70 ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่พักรักษาตัวใน โรงพยาบาล 6 – 10 วัน คิดเป็นร้อยละ 40.00 การดูแลพิเศษอื่น ๆ เป็นการทำกายภาพบำบัด คิดเป็นร้อยละ 63.30 และผู้ให้การช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วย มากที่สุดเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 70.00

สำหรับผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลอง มีจำนวนทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.00 และมีอายุในช่วง 61 – 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.30 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.30 อาชีพ ส่วนใหญ่ ไม่ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 46.70 สภาพทั่วไปของผู้ป่วยส่วนใหญ่ อ่อนแรงของแขนขาซ้าย คิดเป็นร้อยละ 56.70 ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 – 5 วัน คิดเป็นร้อยละ 40.00 การดูแลพิเศษอื่น ๆ ส่วนใหญ่เป็นการทำกายภาพบำบัด คิดเป็นร้อยละ 73.30 และผู้ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย มากที่สุดเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 60.00

เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยทดสอบไคสแคว์พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .05) ยกเว้นด้านการดูแลพิเศษอื่น ๆ ที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่กลุ่มควบคุมใส่สายสวนปัสสาวะ มีจำนวน 2 ราย แต่กลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยที่ต้องคาสายสวนปัสสาวะ และผู้ป่วยที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดของกลุ่มควบคุมมี จำนวน 19 ราย แต่กลุ่มทดลองมี จำนวน 22 ราย

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังรายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.66
หญิง	23	76.70	24	80.00	
ชาย	7	23.30	6	20.00	
อายุ					.26
$\leq$ 20 ปี	1	3.30	-	-	
21 – 30 ปี	7	23.30	5	16.70	
31 – 40 ปี	9	30.00	9	30.00	
41 – 50 ปี	6	20.00	7	23.30	
51 – 60 ปี	7	23.30	9	30.00	
ระดับการศึกษา					.30
ไม่ได้เรียนหนังสือ	-	-	1	3.30	
ประถมศึกษา	23	76.60	24	80.00	
มัธยมศึกษา	2	6.60	1	3.30	
อนุปริญญา	4	13.30	2	6.60	
ปริญญาตรี	1	3.30	2	6.60	
อาชีพ					.47
นักเรียน/นักศึกษา	1	3.30	-	-	
รับจ้าง	10	3.30	6	20.00	
ทำนา/ทำสวน	14	46.70	16	53.30	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	13.30	2	6.70	
อื่น ๆ	1	3.30	6	20.00	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้					.65
เพียงพอหาซื้อสิ่งต่าง ๆ ได้ตามต้องการ	-	-	1	3.3	
เพียงพอใช้จ่ายอย่างประหยัด	20	66.6	19	63.3	
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	10	33.3	10	33.3	
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล					.25
มี	8	26.70	4	13.30	
ไม่มี	22	73.30	26	86.70	
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					.11
มี	4	13.30	2	6.60	
ไม่มี	26	86.70	28	93.40	
สุขภาพของผู้ดูแล					.47
แข็งแรง	27	90.00	26	86.70	
ไม่แข็งแรง	3	3.00	4	13.30	

*P > .05

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความคล้ายคลึงกัน คือส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง พบได้ในทุกช่วงอายุใกล้เคียงกัน ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา/ทำสวน รายได้ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายอย่างประหยัด สำหรับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ สุขภาพของผู้ดูแลส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถก่อนและหลังการทดลองในแต่ละกลุ่ม ดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความสามารถของกลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		T-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	
คะแนนความสามารถโดยรวม	22.9	9.69	35.17	7.38	-8.60*
1. ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน	.81	.29	1.08	.23	4.76*
ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง	.69	.74	.85	.44	-1.12
ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง	.19	.26	1.75	.19	-11.18*
2. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	.51	.35	.79	.29	-5.49*
3. ด้านการฟื้นฟูสภาพ	.45	.31	1.01	.29	-8.35*
4. การดูแลด้านจิตใจ	.89	.33	.93	.21	-1.09

*P < .05

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถของผู้ดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน กรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง และด้านจิตใจระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถของผู้ดูแล ด้านกิจวัตรประจำวัน กรณีผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .05) ซึ่งผลคะแนนความสามารถโดยรวมแตกต่างด้วย แสดงว่าหลังให้การสอนตามกิจวัตร ความสามารถของผู้ดูแลมีมากกว่าก่อนสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) เช่นกัน.

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความสามารถของกลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		T-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	
คะแนนความสามารถโดยรวม	27.20	10.81	54.50	6.93	-12.33*
1. ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน	1.14	.33	1.59	.19	-7.93*
ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง	.93	.59	1.69	5.18	-5.46*
ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง	.19	.13	2.00	.00*	-13.78*
2. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	.52	.34	1.41	.34	-12.01*
3. ด้านการฟื้นฟูสภาพ	.31	.24	1.49	.35	-14.89*
4. การดุแลด้านจิตใจ	1.05	.49	1.63	.23	-6.04*

*P < .05

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในทุก ๆ ด้าน หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .05) คะแนนความสามารถโดยรวมแตกต่างด้วย แสดงว่าหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย คะแนนความสามารถของผู้ดูแลมีมากกว่าก่อนสอนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน.

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความสามารถของผู้ดูแลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง ดังตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถของผู้ดูแลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนทดลอง

คะแนนความสามารถ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		T-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	
คะแนนความสามารถโดยรวม	22.90	9.69	27.20	10.81	-2.19
1. ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน	.81	.29	1.14	.34	4.99*
ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง	.57	.54	.93	.59	-2.59*
ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง	.19	.26	.19	.37	.00
2. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	.51	.35	.52	.34	-.35
3. ด้านการฟื้นฟูสภาพ	.45	.31	.31	.24	2.56*
4. การดูแลด้านจิตใจ	.89	.33	1.05	.49	-1.49

*P < .05

จากตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถของผู้ดูแล ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง พบว่าคะแนนความสามารถโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน กรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถสูงกว่า ส่วนด้านการฟื้นฟูสภาพ กลุ่มควบคุมคะแนนความสามารถสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง

คะแนนความสามารถ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		T-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
คะแนนความสามารถโดยรวม	35.17	7.38	54.50	6.92	-9.59*
1. ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน	1.09	.24	1.59	.19	-8.50*
ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง	.85	.44	1.63	.24	-7.41*
ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง	.75	.18	2.00	.00*	-3.74*
2. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	.79	.29	1.41	.34	-6.92*
3. ด้านการฟื้นฟูสภาพ	1.01	.29	1.49	.35	-5.61*
4. การดูแลด้านจิตใจ	.93	.21	1.63	.23	-11.23*

*P < .05

จากตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกัน ในทุก ๆ ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .05) ซึ่งคะแนนความสามารถโดยรวมแตกต่างด้วย แสดงว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองคะแนนความสามารถของผู้ดูแลมีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ.

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของการวางแผนจำหน่าย ต่อความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามลำดับ โดยบอกลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตอบคำถามเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลเป็นลำดับ ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีอายุในช่วง 61 – 70 ปี (ตารางที่ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดโรคโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่าโรคนี้มักเกิดกับผู้สูงอายุ และเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (นิพนธ์ 2534; เจียมจิต, 2535; Denis & Warlow, 1987, Niessen, Barendregt, Bonneure & Koudstoal, 1993) และอาเสนาวท์และมิเชล (Arsenault & Michele, 1998) พบว่า 72 % อายุมากกว่า 65 ปี เนื่องจากเป็นวัยสูงอายุจึงไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ให้ช่วยเหลือ / ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นบุตร แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ยังคงยึดมั่นในขนบธรรมเนียมเดิมของสังคมไทย กล่าวคือบุตรหลานย่อมมีความกตัญญูต่อบิดามารดา ซึ่งแตกต่างจากประเพณีตะวันตก ผู้ดูแลมักเป็นภรรยาของผู้ป่วย สำหรับสภาพปัญหาทั่วไป คือมีอาการอ่อนแรงของแขนขาซ้ายเหมือนกัน นั่นคือมีพยาธิสภาพในสมองลักษณะเดียวกัน

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ตารางที่ 3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรอุษา (2539) พรชัย (2540) และ ดริงก์ (Dring, 1989) พบว่าผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 70.00) และการศึกษาของ เลทิเนน (Latinen, 1994) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.00 สำหรับช่วงอายุของผู้ดูแล เนื่องจากเกี่ยวข้องเป็นบุตรของผู้ป่วย อายุจึงอยู่ในช่วงเฉลี่ย 30 – 41 ปี นับว่าเป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีการพัฒนาความพร้อมในทุก ๆ ด้าน และส่วนใหญ่ระดับการศึกษาผ่านเกณฑ์การศึกษาภาคบังคับ สำหรับรายได้นั้นเพียงพอแต่ต้องใช้จ่ายอย่างประหยัด ทั้งนี้เพราะกลุ่มอายุของผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายทางด้านการรักษาได้รับสิทธิบัตรรักษาฟรี ทำให้ไม่กระทบกระเทือนต่อรายได้ของครอบครัวมากนัก แตกต่างจากการศึกษาของ จินตนา (2540) ที่พบว่ามีปัญหาด้านการเงินมาก เนื่องจากการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง แม้จะใช้สิทธิบัตรผู้สูงอายุก็ตาม สำหรับสุขภาพของผู้ดูแลส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรง จะเห็นว่าแตกต่างจากการศึกษาของ เมโย และคณะ (Mayo, et, al, 1987) พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาจากสุขภาพ เช่น ปวดหลัง ปวดเอว แต่ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากเป็นระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย และเป็นการเจ็บป่วยครั้งแรก จึงไม่พบปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องให้การดูแลเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความอ่อนล้า เครียด และเกิดการเจ็บป่วยได้ (วิมลรัตน์, 2537 ; Burk & Walsh,1992)

ความสามารถของผู้ดูแล

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่า*คะแนนความสามารถของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง* (ตารางที่ 4) เมื่อนำมาเปรียบเทียบค่าทางสถิติแล้ว พบว่าภายหลังทดลองมีคะแนนความสามารถโดยรวมมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) แต่เมื่อศึกษารายด้านพบว่า คะแนนความสามารถด้านกิจวัตรประจำวัน เกี่ยวกับการรับประทานอาหารด้วยตนเอง (ก่อนการทดลอง $\overline{X} = .69$ หลังการทดลอง $\overline{X} = .85$) และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย (ก่อนการทดลอง $\overline{X} = .89$ หลังการทดลอง $\overline{X} = .93$) ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ทั้งนี้เพราะการดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง ซึ่งประกอบด้วยข้อย่อย การจัดหาอาหารให้ถูกต้องกับโรค การกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารด้วยตนเอง การจัดท่าขณะรับประทานอาหาร และการจัดอาหารเสริมผลไม้ / น้ำผลไม้ระหว่างมื้อ ถือว่าเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ไม่ยุ่งยากซับซ้อนซึ่งผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต ถามพยาบาลหรือญาติผู้ป่วยข้างเคียง หรือพยาบาลและแพทย์แนะนำ (สุดศิริ, 2540) ผู้ดูแลสามารถกระทำได้สอดคล้องกับการศึกษาของ จอม (2540) พบว่าญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในระดับดี ในด้านการรับประทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ สำหรับด้านการดูแลด้านจิตใจ ความสามารถของผู้ดูแลของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน สะท้อนให้เห็นว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามกิจวัตรของพยาบาลในคลินิกในโรงพยาบาล ยังคงไม่ครอบคลุมถึงจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ สุดศิริ (2540) พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาขาดความเข้าใจเกี่ยวกับจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแลจะพบกับพฤติกรรมการแสดงออก เช่น อารมณ์โมโห หงุดหงิด พูดจาหยาบคาย เรียกผู้ดูแลด้วยเสียงดังตลอดเวลา ผู้ดูแลไม่ทราบว่าทำไมถึงมีพฤติกรรมเช่นนี้ และช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างไร ซึ่งจะเห็นได้ว่าไม่เป็นไปตามหลักการดูแล (caring) (ฟาริดา, 2539) ที่ต้องดูแลคนเป็นองค์รวม (Fiedman, 1986) ดังจะเห็นได้ว่าลักษณะการปฏิบัติองค์รวม สิ่งสำคัญคือให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม การเข้าถึงผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการ ฉะนั้นการต้อนรับผู้ป่วย ใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ อันเป็นทักษะที่สำคัญที่สุด ไม่ต้องใช้เงิน รวมถึงการมีเวลาให้กับผู้ป่วย ลักษณะดังกล่าวนี้สามารถกระทำให้การดูแลด้านจิตใจเด่นกว่าด้านร่างกายได้ชัดเจน (สมจิต, 2544) ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ (autonomy) ที่สามารถให้บริการเฉพาะและสมบูรณ์ในตัวเองถือเป็นความอิสระสูงสุด (maximize autonomy) ของลักษณะวิชาชีพพยาบาล (นันทนา, 2538) ดังที่ อวียาร์ด (Aveyard, 2000) กล่าวไว้ในแนวคิดของเอกลักษณ์วิชาชีพว่าด้วยความเป็นอิสระ คำมั่นสัญญาในวิชาชีพ และการเคารพในทางเลือกของผู้ป่วย จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าคะแนนความสามารถของผู้ดูแลของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองกับหลัง

การทดลองไม่แตกต่างกัน ฉะนั้นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกิจวัตร ถ้าพยาบาลผู้ซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องให้เวลาในการพูดคุย เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงความต้องการ สื่อความหมายด้วยการสัมผัส ทำให้เกิดความมั่นใจ การให้กำลังใจ การช่วยเหลือด้านจิตสังคมได้ดีที่สุด (ช่อลดา, 2536) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องอาศัยผู้ดูแล จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ดูแลเกี่ยวกับจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงการช่วยเหลือด้านจิตสังคมก่อนการจำหน่าย ถ้าพยาบาลสามารถปฏิบัติได้เช่นนี้ย่อมทำให้คะแนนความสามารถของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น

สำหรับการดูแลกิจวัตรประจำวัน กรณีที่ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง (ก่อนการทดลอง $\overline{X}$ = .19 หลังการทดลอง $\overline{X}$ = 1.75) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ก่อนการทดลอง $\overline{X}$ = .51 หลังการทดลอง $\overline{X}$ = .79) และการฟื้นฟูสภาพ (ก่อนการทดลอง $\overline{X}$ = .45 หลังการทดลอง $\overline{X}$ = 1.01) คะแนนความสามารถของผู้ดูแลกลุ่มควบคุม ภายหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะการให้อาหารทางสายยางเป็นการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะ ต้องอาศัยการฝึกทักษะ พยาบาลในคลินิกได้ให้คำแนะนำและฝึกทักษะให้ทุกราย นอกจากนี้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้จากญาติข้างเตียง สำหรับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยก็เช่นเดียวกัน ระบบการทำงานของโรงพยาบาลแพทย์มีแผนการรักษาเฉพาะ และพยาบาลประสานงานกับหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้สอนผู้ดูแลช่วยในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยด้วย สอดคล้องกับหลักการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ควรให้ผู้ดูแลมีส่วนช่วยสนับสนุน จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือและฟื้นฟูสภาพได้ดียิ่งขึ้น (อารมณ์, 2540 : Stroker, 1983)

จากการศึกษา*คะแนนความสามารถของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองก่อนทดลองและหลังการทดลอง* (ตารางที่ 5) พบว่าคะแนนความสามารถหลังการทดลองโดยรวมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าทางสถิติในแต่ละด้าน พบว่าคะแนนความสามารถของกลุ่มทดลองหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองทุก ๆ ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ทั้งนี้เพราะแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยได้ทดลองปฏิบัตินั้น เกิดจากการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกันของทีมสหวิทยาการ โดยมี แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร และพยาบาลเยี่ยมบ้าน มีการประสานงานและมีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน พยาบาลผู้จัดการ / ผู้ดูแล ประเมินความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนความสามารถของผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับ ติดตามตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้ความรู้ / ฝึกทักษะ ตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย โดยใช้หลักการและขั้นตอนการสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล (นที, 2537) ซึ่งการ

กำหนดแผนการสอนแต่ละครั้ง ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที เมื่อจะดำเนินการสอนครั้งต่อไปจะมีการประเมินผลของการสอนครั้งที่ผ่านมา ถ้าขาดความรู้หรือทักษะส่วนใด จะให้ความรู้และฝึกทักษะซ้ำจนผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง สำหรับกรณีที่ต้องประสานกับทีมสหวิทยาการ จากการทำวิจัยพบผู้ดูแล 2 ราย ต้องการทราบเกี่ยวกับแผนการรักษา จึงได้ปรึกษาแพทย์ผู้รักษา ขณะเยี่ยมตรวจผู้ป่วย แพทย์จึงให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล มีผู้ป่วย 6 ราย ที่ได้รับอาหารทางสายยาง ไม่มีความพร้อมที่จะทำอาหารผสมให้กับผู้ป่วยที่บ้านได้ จึงได้ประสานกับนักโภชนากรเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับสูตร เทคนิคและวิธีการทำอาหารผสมตลอดจนการจัดหาอาหารทดแทน ทำให้ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับอาหารทางสายยาง จนมีความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย มีผู้ป่วย 3 ราย มีปัญหาอัมพาตครึ่งซีก น้ำหนักตัวมาก เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ประกอบกับมีโรคพื้นฐานเบาหวานร่วมด้วย จึงได้ประสานกับพยาบาลเยี่ยมบ้านในการส่งผู้ป่วยเข้าโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน เพื่อติดตามการดูและที่บ้านต่อไป จากกิจกรรมการเตรียมความพร้อมดังกล่าวด้วยการสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การสอน การฝึกทักษะ เป็นการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแล (Chavasse, 1992) สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถ จนกระทั่งผู้ดูแลเกิดการพัฒนาศักยภาพสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ พร้อมที่จะกลับไปดูแลต่อที่บ้าน เมื่อทำการประเมินความสามารถก่อนจำหน่าย จึงพบว่า คะแนนความสามารถของผู้ดูแลหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวราณี (2537) เกี่ยวกับการศึกษาผลของการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนที่บ้าน ต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผลไม่เกิดแผลกดทับทุกรายคะแนนความสามารถของผู้ดูแลก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 6) พบว่าคะแนนความสามารถโดยรวมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) แต่เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่าคะแนนความสามารถด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน กรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง (กลุ่มควบคุม $\overline{X}$ = .57 กลุ่มทดลอง $\overline{X}$ = .93) และด้านการฟื้นฟูสภาพ (กลุ่มควบคุม $\overline{X}$ = .45 กลุ่มทดลอง $\overline{X}$ = .31) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) อย่างไรก็ตาม*ภายหลังการทดลองคะแนนความสามารถของผู้ดูแลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง* (ตางรางที่ 7) เมื่อเปรียบเทียบด้วยค่าทางสถิติพบว่า คะแนนความสามารถโดยรวมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ทุกด้านและเมื่อพิจารณารายด้าน ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มควบคุม $\overline{X}$ = 1.09 กลุ่มทดลอง $\overline{X}$ = 1.59) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (กลุ่มควบคุม $\overline{X}$ = .79 กลุ่มทดลอง $\overline{X}$ = 1.41) ด้านการฟื้นฟูสภาพ(กลุ่มควบคุม $\overline{X}$ = .1.01 กลุ่มทดลอง $\overline{X}$ = 1.49 และการดูแลด้านจิตใจ (กลุ่มควบคุม $\overline{X}$ = .93 กลุ่มทดลอง $\overline{X}$ = 1.63) พบว่าคะแนนความสามารถ

ทุก ๆ ด้านของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกัน และค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันมาก แสดงให้เห็นว่าการนำระบบการวางแผนจำหน่ายมาใช้เป็นระบบการดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต้องอาศัยผู้ดูแล เมื่อได้มีการสอน และฝึกทักษะอย่างเป็นระบบต่อเนื่องย่อมทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีความเข้าใจ และให้ความร่วมมือในกิจกรรมการวางแผน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสศรี (2539) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย มีค่าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาณี และคณะ (2540) เรื่องรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับโรงพยาบาลชุมชน พบว่าญาติของกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินนะรัตน์ (2539) เกี่ยวกับผลการสอนและฝึกทักษะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยพบว่าคะแนนความสามารถของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปว่า การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ฉะนั้นจึงต้องมีการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล มีการวางแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะอย่างเป็นระบบ ตามสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ต้องประสาน / ร่วมกันระหว่างทีมสหวิทยาการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวโดยปกติสุข ตามอัตภาพ และผู้ดูแลไม่ถือเป็นภาระมากเกินไป ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อวัดคะแนนความสามารถของผู้ดูแล พบว่าคะแนนความสามารถของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมากกว่ากลุ่มที่มีการสอนตามกิจวัตรอย่างเห็นได้ชัด และคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย คะแนนมากกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย ซึ่งผลของการวางแผนจำหน่ายย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ในขณะเดียวกันผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ และภาคภูมิใจต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน.