

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอยต่อความสามารถในการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล

Effects of an enhancement adaptation program applying Roy Adaptation Model on the adaptation and self-efficacy of family caregivers

น้ำฝน บุญเรือง*, ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์*,
ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร*, เอี่ยมพร หลินเจริญ *

Namfon Boonruang*, Chuleekorn Danyuthasilpe*,
Chanita Praditsathaporn*, Aumporn Lincharearn*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอยต่อความสามารถในการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน คัดเลือกจากโรงพยาบาลในเขตพื้นที่อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม ($n = 25$) ได้รับการพยาบาลตามปกติ ขณะที่กลุ่มทดลอง ($n = 25$) ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอย 12 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการปรับตัว และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบทีชนิดสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน และที่เป็นอิสระต่อกัน และ สถิติโค-สแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$) สัดส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปรับตัวหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=50.00, p < .001$)

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอยต่อความสามารถในการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล สามารถนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทที่ใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ: การปรับตัวของรอย ความสามารถในการปรับตัว การรับรู้ความสามารถ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Faculty of Nursing , Naresuan University

Corresponding author: Namfon Boonruang

Email: namfonb66@nu.ac.th

Received 19/03/2026

Revised 02/04/2026

Accepted 24/09/2026

ABSTRACT

This quasi-experimental study examined the effects of an adaptation promotion program based on Roy's Adaptation Model on adaptation ability and perceived caregiving ability among stroke caregivers. The sample consisted of 50 caregivers of patients with ischemic or obstructive stroke who were selected from hospitals in Si Samrong District, Sukhothai Province. They were divided into the control group (n = 25) received usual nursing care, while the experimental group (n = 25) received the adaptation promotion program based on Roy's Adaptation Model for a period of 12 weeks. The research instruments included an adaptation ability assessment form and a perceived caregiving ability assessment form for stroke caregivers. Reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, which yielded values of .86 and .88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t tests, independent t-tests, and chi-square test.

The results showed that the mean adaptation ability score of the experimental group after receiving the program was significantly higher than that before receiving the program ($p < .001$). The mean adaptation ability score of the experimental group after receiving the program was also significantly higher than that of the control group ($p < .05$). In addition, the mean perceived caregiving ability score of stroke caregivers in the experimental group after the intervention was significantly higher than that before receiving the program ($p < .001$). The mean perceived caregiving ability score in the experimental group after receiving the program was also significantly higher than that of the control group ($p < .001$). The proportion of stroke caregivers who had adaptation ability after receiving the program was significantly higher than before receiving the program ($X^2 = 50.00, p < .001$).

The results showed that the program based on Roy's Adaptation Model improved caregivers' adaptation and self-efficacy in caring for stroke patients. This program can be applied in other similar contexts.

Keywords: Roy's adaptation, Adaptation Perceived self-efficacy, Stroke' family caregivers

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นอุบัติการณ์ทางระบบประสาทที่รุนแรงและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลก โดยในปี 2566 พบผู้ป่วยสะสมกว่า 101 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 12.2 ล้านรายต่อปี ซึ่งร้อยละ 62 เป็นชนิดตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke)¹ สำหรับประเทศไทย สถิติระหว่างปี 2564-2566 ชี้ให้เห็นว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 2 จังหวัดสุโขทัย² สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความพิการที่หลงเหลืออยู่ ทั้งด้านการเคลื่อนไหว การกลืน การสื่อสาร และพฤติกรรมอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลของครอบครัว³ แม้ระบบบริการสุขภาพจะมีการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD และติดตามต่อเนื่องด้วยหลัก INHOMESSS แต่กระบวนการส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ ในขณะที่การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยศักยภาพของญาติผู้ดูแลเป็นปัจจัยเกื้อหนุนหลัก⁴

ญาติผู้ดูแลมีบทบาทครอบคลุมทั้งการดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁵ ทว่าการปฏิบัติหน้าที่ต่อเนื่องส่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกายที่เกิดความเหนื่อยล้าและอาการปวดเรื้อรัง⁶ และด้านจิตใจที่ต้องเผชิญกับความเครียดสะสม ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 68.8⁷ ความเครียดเป็นปัจจัยลบต่อความสามารถในการปรับตัวและเพิ่มภาระในการดูแล⁸ ซึ่งหากผู้ดูแลปรับตัวได้ดีจะช่วยให้อาการการปรับสภาพผู้ป่วยสูงขึ้น⁹ นอกจากนี้ ภาระการดูแลยังสัมพันธ์กับการสูญเสียรายได้ร้อยละ 30-50¹⁰ และความรู้สึกเป็นภาระ (Caregiver burden) ที่พบความชุกร้อยละ 31.11¹¹ ซึ่งปัจจัยมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง¹² หากญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถที่ดีจะเกิดความมั่นใจในการจัดการปัญหา ลดการรับรู้ภาระ และส่งเสริมให้มีระดับการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ¹³⁻¹⁵

แนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) การปรับตัวเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมผ่านกลไกการรับรู้ (Cognator) และกลไกการควบคุม (Regulator) เพื่อรักษาความสมดุลใน 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาระหว่างกัน¹⁶ โดยกระบวนการปรับตัวถูกอิทธิพลจากสิ่งเร้าตรง คือ ภาระการดูแล¹⁷ สิ่งเร้าร่วม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาการดูแล^{18,19} และสิ่งเร้าแฝง เช่น ค่านิยม ประสพการณ์เดิม²⁰ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง²¹ การประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการสิ่งเร้าและมีพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาพที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้ป่วย²² อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ยังเน้นที่ตัวผู้ป่วยเป็นหลัก และการศึกษาในญาติผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดในด้านรูปแบบการวิจัยที่ขาดกลุ่มเปรียบเทียบ รวมถึงขาดการประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลในบริบทชุมชนอย่างเป็นระบบ²³

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของรอย เพื่อจัดการสิ่งเร้าและเสริมกระบวนการเผชิญปัญหาผ่าน 6 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินพฤติกรรม การประเมินสิ่งเร้า การวินิจฉัย การกำหนดเป้าหมาย การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและส่งเสริมพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้านอย่างเป็นรูปธรรม อันจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอย
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอย และกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
5. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปรับตัวได้กับปรับตัวไม่ได้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีกลุ่มควบคุม (The non-equivalent control group pretest-posttest design) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอยต่อความสามารถในการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล โดยดำเนินการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่พำนักในเขตอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย ซึ่งคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ดูแลที่อาศัยอยู่รวมบ้านกับผู้ป่วยและไม่มีภาวะเจ็บป่วยทางกายหรือจิตเวชที่รุนแรง ซึ่งมีเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) คือ เกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงกะทันหันระหว่างการศึกษา จนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือให้ข้อมูลจนครบถ้วนตามขั้นตอนของโปรแกรม ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะคำนวณขนาดตัวอย่างจาก **วัตถุประสงค์ที่สะท้อนถึงตัวแปรตามหลัก (Dependent Variable)** ซึ่งในงานวิจัยนี้คือ "ความสามารถในการปรับตัว" หรือ "การรับรู้ความสามารถในการดูแล" โดยเลือกข้อที่ให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอต่อการทดสอบทางสถิติที่มีความซับซ้อนที่สุดในงานวิจัย ผ่านการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยอ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 2.85 ซึ่งคำนวณจากผลการทบทวนวรรณกรรมที่มีบริบทใกล้เคียงกัน²⁴ จัดเป็นอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) ตามเกณฑ์ของ Cohen²⁵ เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05 และอำนาจการทดสอบ ($1 - \beta$) ที่ .80 ผ่านโปรแกรม G*Power พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำคือกลุ่มละ 21 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้สำรองจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการถอนตัวระหว่างการศึกษา²⁶ ส่งผลให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและควบคุมลักษณะพื้นฐานให้มีความคล้ายคลึงกัน การป้องกันการปนเปื้อนข้อมูล (Contamination Control) ผู้วิจัยดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่แยกพื้นที่ตำบลกันอย่างชัดเจน กล่าวคือ กลุ่มทดลองเป็นญาติผู้ดูแลที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในโซนใต้ (ประกอบด้วย 4 ตำบล) ขณะที่กลุ่มควบคุมเป็นญาติผู้ดูแลในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในโซนเหนือ (ประกอบด้วย 5 ตำบล) ซึ่งพื้นที่ทั้งสองส่วน

มีระยะทางห่างกันเฉลี่ยประมาณ 7 กิโลเมตร ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีโอกาสน้อยในการปฏิสัมพันธ์หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมระหว่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอย ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล 6 ขั้นตอนของรอย เพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการปรับตัวใน 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านร่างกาย อุตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาระหว่างกัน รายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้

กระบวนการพยาบาล 6 ขั้นตอนของรอย (Nursing Process) ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผ่านกระบวนการที่เป็นระบบ เริ่มจากการประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวและสิ่งเร้า เพื่อระบุปัญหาและสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อ การดูแล นำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ดูแล จากนั้นจึงปฏิบัติการพยาบาลผ่าน กิจกรรมส่งเสริมความรู้และทักษะ และสิ้นสุดด้วยการประเมินผลการปรับตัวหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมแบ่งเป็น 12 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมเริ่มต้นในสัปดาห์แรกด้วยกิจกรรมกลุ่มการฝึกอบรมทักษะการดูแลผ่านการสาธิตร่วมกับการใช้สื่อ วิดีทัศน์ เพื่อกระตุ้นกลไกการคิดรู้ (Cognator subsystem) และส่งเสริมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน

สัปดาห์ที่ 1-2 การกระตุ้นกลไกการคิดรู้ (Cognator Subsystem) ผู้วิจัยใช้กระบวนการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมกลุ่ม และการให้ความรู้เชิงทักษะ การส่งวิดีโอ 9 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งเสริมการปรับตัว ผ่าน LINE เพื่อส่งเสริมการปรับตัวและปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ดูแล โดยมุ่งเน้นการจัดการสิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) คือความบกพร่องทางกายของผู้ป่วย และสิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) คือความเหนื่อยล้าจากการดูแล เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมให้เป็นการปรับตัวที่ส่งเสริมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 6 การประเมินและจัดการสิ่งเร้าในสถานการณ์จริง (Stimuli Manipulation) ผ่านการเยี่ยมบ้าน เพื่อ ประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวในสภาวะแวดล้อมจริง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ประคับประคองเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ (Self-efficacy) ในการจัดการกับสิ่งเร้าที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป็นการสร้างเสริมกลไกการปรับตัวทางด้านอุมโนทัศน์ และด้านร่างกายให้มีความเข้มแข็ง

สัปดาห์ที่ 8 การเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม (Interdependence Mode) การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการมุ่งเน้นความต้องการพื้นฐานด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependence) โดยใช้แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support) ช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าและไม่โดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้กลไกการปรับตัวใน ภาพรวมมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Outcome Evaluation) เป็นการวัดผลลัพธ์สุดท้าย (Final Evaluation) ของกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของรอย โดยใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถ ในการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถ เพื่อพิสูจน์นัยสำคัญทางสถิติและยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในการปรับ ระดับการปรับตัว (Adaptation Level) ของผู้ดูแลให้สูงขึ้นอย่างเป็นระบบ

ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ด้วยการนำเครื่องมือทั้งหมด ได้แก่ โปรแกรม ส่งเสริมการปรับตัว คู่มือ แผนการสอน แผนการเยี่ยมบ้าน และแบบประเมินทั้ง 2 ชุด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 ท่าน) ตรวจสอบ ความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา และความตรงตามวัตถุประสงค์ พบว่า แบบประเมินทั้ง 2 ชุด มีค่าดัชนีความ สอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.8 - 1.0 และโปรแกรมและเครื่องมือประกอบ มีค่าดัชนี

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินความสามารถในการปรับตัว พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 26 ข้อ แบ่งเนื้อหาเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านร่างกาย (8 ข้อ) ด้านอัตมโนทัศน์ (6 ข้อ) ด้านบทบาทหน้าที่ (5 ข้อ) และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (7 ข้อ) การให้คะแนนแบ่งเป็นข้อความเชิงบวก (5 ถึง 1 คะแนน) และข้อความเชิงลบ (1 ถึง 5 คะแนน) โดยแปลผลจากค่าเฉลี่ยคะแนนรวม หากค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-2.61 หมายถึงมีการปรับตัวระดับน้อย 2.62-3.42 ระดับปานกลาง และ 3.43-5.00 ระดับมาก และ 2) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับเช่นเดียวกัน เพื่อวัดระดับความมั่นใจของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ครอบคลุมสมรรถนะ 3 ด้าน คือ การดูแลกิจวัตรประจำวัน (6 ข้อ) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (7 ข้อ) และการดูแลด้านจิตใจ (3 ข้อ) การแปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยคะแนนรวม โดยเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.61 แสดงถึงการรับรู้ความสามารถระดับน้อย 2.62-3.42 ระดับปานกลาง และ 3.43-5.00 ระดับมาก ซึ่งเครื่องมือทั้งสองชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.8-1.0 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ .86 และ .88 ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงความเหมาะสมในการนำไปจัดเก็บข้อมูลทางสถิติ²⁷

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร แบบเร่งรัด (Expedited Review) เลขที่ IRB No. P2-0237/2568 ลงวันที่รับรองเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2568 ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างทุกรายลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent) และข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปได้รับการวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย สำหรับการทดสอบสมมติฐานใช้สถิติเชิงอนุมานโดยตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) ผู้วิจัยใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง และใช้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบค่าสัดส่วนของตัวแปรเชิงกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลองร้อยละ 92.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 64.0) มีช่วงอายุเฉลี่ยระหว่าง 50-59 ปี มีสถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด และสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ (กลุ่มทดลองร้อยละ 60.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 56.0) ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยประมาณ 3 เดือน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (กลุ่มทดลองร้อยละ 92.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 80.0) และร้อยละ 96.0 ไม่เคยผ่านการอบรมการเป็นผู้ดูแล สำหรับปัจจัยสนับสนุนพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีผู้ช่วยในการดูแล (ร้อยละ 60.0) ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีผู้ช่วย 1 คน ซึ่งมักเป็นบุตรหรือพี่น้อง

(ร้อยละ 68.0) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มระบุว่าไม่มีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.0 และ 92.0 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

การศึกษาครั้งนี้ผู้ปวยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ในกลุ่มทดลองร้อยละ 68.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 60.0 โดยอายุผู้ปวยของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 40.0 อายุผู้ปวยของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 28 ด้านสถานภาพพบว่า ผู้ปวยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส กลุ่มทดลองเท่ากับ ร้อยละ 80.0 กลุ่มควบคุมเท่ากับ ร้อยละ 60.0 สถานะสุขภาพผู้ปวยที่ดูแลของกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ร้อยละ 76.0 เท่ากับกลุ่มควบคุม ร้อยละ 88.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ปวยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25)	กลุ่มควบคุม (n=25)	p-value
เพศหญิง	23 (92.0)	16 (64.0)	0.332
อายุเฉลี่ยช่วง 50 ปีขึ้นไป	17 (68.0)	19 (76.0)	-
สถานภาพสมรส	22 (88.0)	17 (68.0)	0.353
ระดับประถมศึกษา	19 (76.0)	15 (60.0)	0.683
อาชีพเกษตรกร	13 (52.0)	14 (56.0)	0.857
รายได้ไม่เพียงพอ	15 (60.0)	14 (56.0)	0.774
ความสัมพันธ์ (คู่สมรส)	16 (64.0)	10 (40.0)	0.010*
ระยะเวลาดูแล 3-4 เดือน	19 (76.0)	18 (72.0)	0.979
ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแล	23 (92.0)	20 (80.0)	1.000
ไม่มีโรคประจำตัว	13 (52.0)	13 (52.0)	0.075
ไม่มีผู้ช่วยดูแล	15 (60.0)	8 (32.0)	0.230
มีแหล่งประโยชน์ในชุมชน	17 (68.0)	23 (92.0)	0.000**

หมายเหตุ: ข้อมูลแสดงเป็น จำนวน (ร้อยละ), * $p < .10$, ** $p < .05$, *** $p < .001$

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปวยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25)	กลุ่มควบคุม (n=25)	p-value
อายุเฉลี่ย (ปี)	62.04 (SD=13.74)	62.04 (SD=13.74)	0.209
อายุ 60 ปีขึ้นไป	17 (68.0)	18 (72.0)	-
เพศชาย	17 (68.0)	15 (60.0)	1.000
สถานภาพสมรส	20 (80.0)	15 (60.0)	0.181
สถานะสุขภาพ			0.045*
- ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน	19 (76.0)	22 (88.0)	
- ช่วยเหลือไม่ได้/ติดเตียง	6 (24.0)	3 (12.0)	

หมายเหตุ: ข้อมูลแสดงเป็น จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน), * $p < .10$, ** $p < .05$, *** $p < .001$

จากวัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอย พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มทดลอง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.44, p = .045$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ($n = 50$)

ความสามารถในการปรับตัว	กลุ่มทดลอง ($n = 25$)		กลุ่มควบคุม ($n = 25$)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง ($n = 25$)	2.82	0.41	3.57	0.45	-6.05	0.675
หลังทดลอง ($n = 25$)	4.12	0.52	3.71	0.70	2.44	0.045**

* $p < .10$, ** $p < .05$, *** $p < .001$

จากวัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.44, p < .05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม ($n = 50$)

ความสามารถในการปรับตัว	กลุ่มทดลอง ($n = 25$)		กลุ่มควบคุม ($n = 25$)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
หลังทดลอง	4.12	.52	3.71	.70	2.44	.045**

* $p < .10$, ** $p < .05$, *** $p < .001$

จากวัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอย พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มทดลอง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.49, p < .001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ($n = 50$)

การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง ($n = 25$)		กลุ่มควบคุม ($n = 25$)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง ($n = 25$)	3.11	.77	3.54	.72	-1.99	.992
หลังทดลอง ($n = 25$)	4.67	.42	3.71	.70	4.11	<.001***

* $p < .10$, ** $p < .05$, *** $p < .001$

จากวัตถุประสงค์ที่ 4 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถใน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.11$, $p < .001$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ($n = 50$)

การรับรู้ความสามารถ	กลุ่มทดลอง ($n = 25$)		กลุ่มควบคุม ($n = 25$)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
หลังทดลอง	4.67	.42	3.71	.70	4.11	<.001***

* $p < .10$, ** $p < .05$, *** $p < .001$

จากวัตถุประสงค์ที่ 5 เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปรับตัวได้กับปรับตัวไม่ได้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปรับตัวได้อยู่ในระดับมาก 2 คน และปรับตัวไม่ได้ 23 คน การปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง 14 คนและระดับน้อย 9 คน และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปรับตัวได้ 21 คน อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 15 คน ระดับมาก 6 คน และปรับตัวไม่ได้ 4 คน อยู่ในระดับปานกลาง 4 คน เมื่อเทียบสัดส่วนของกลุ่มทดลองที่มีความสามารถในการปรับตัวก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของความสามารถในการปรับตัวอยู่ในระดับมาก มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 50.00$, $p < .001$) ดังตาราง 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองที่มีความสามารถในการปรับตัวหลังได้รับโปรแกรม ($n = 50$)

กลุ่มทดลอง	ปรับตัวได้	ปรับตัวไม่ได้	χ^2	p-value
ก่อนการทดลอง ($n = 25$)	2	23	50.00	<.001***
หลังการทดลอง ($n = 25$)	21	4		

* $p < .10$, ** $p < .05$, *** $p < .001$

วิจารณ์ (Discussions)

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.05$, $p = .675$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.44$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ปรากฏการณ์นี้แสดงให้เห็นว่ากระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของรอยช่วยให้ญาติผู้ดูแลตระหนักรู้และจัดการกับสิ่งเร้าได้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะสิ่งเร้าตรง (Focal stimulus) คือความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และสิ่งเร้าร่วม (Contextual stimulus) คือความขาดมั่นใจในทักษะการดูแล การที่ผู้วิจัยใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับการใช้นวัตกรรมสื่อผสมผสาน (Multimedia) และการสนับสนุนออนไลน์ผ่านวิดีโอช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างความมั่นใจในบทบาทหน้าที่ (Role function) และอัตมโนทัศน์ (Self-concept) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พบว่าระดับการปรับตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ²⁴ รวมถึงการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง^{26,28} และผู้ป่วยพาร์กินสัน²⁹ ที่พบพฤติกรรมปรับตัวดีขึ้นในทุกมิติ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนการปรับตัวต่ำกว่า อาจเนื่องจากการพยาบาลตามปกติเป็นการให้ข้อมูลระยะสั้นและเน้นรายบุคคล ซึ่งยังไม่ครอบคลุมกระบวนการปรับตัวเชิงจิตสังคมของญาติผู้ดูแลอย่างเพียงพอ²³

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ในด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t = -1.99, p = .992$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.11, p < .001$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4 ผลลัพธ์นี้เป็นอิทธิพลจากการออกแบบกิจกรรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติ (Skill training) และการจัดทำคู่มือร่วมกับวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถทบทวนทักษะซ้ำได้ตามต้องการ (Self-paced learning) สอดคล้องกับการศึกษาการใช้ Video education และ Tele-support ที่ช่วยเพิ่มความเข้าใจและการรับรู้ความสามารถในตนเองอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การติดตามเยี่ยมบ้านและสาธิตซ้ำในรายที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรือการป้องกันแผลกดทับ ถือเป็นเสริมแรง (Reinforcement) ตามกลไกการคิดรู้ (Cognitor subsystem) ของรอย ช่วยให้ญาติเกิดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจแก้ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยพาร์กินสันที่พบว่าความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ²⁹

3. การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนความสามารถในการปรับตัวภายหลังได้รับโปรแกรม ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5 พบว่าสัดส่วนของญาติผู้ดูแลที่มีความสามารถในการปรับตัวระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 50.00, p < .05$) ผลลัพธ์นี้เป็นผลจากการประยุกต์ใช้ขั้นตอนการพยาบาล 6 ขั้นตอนของรอยอย่างต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ตั้งแต่การประเมินพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการสะท้อนตนเอง (Self-reflection) ไปจนถึงการวินิจฉัยและตั้งเป้าหมายร่วมกัน กิจกรรมออนไลน์ผ่านไลน์กลุ่มไม่เพียงแต่ช่วยลดข้อจำกัดด้านการอ่านเขียนในผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาผ่านสื่อภาพและเสียง แต่ยังสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (Social support network) ที่เข้มแข็ง³⁰ สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผ่าน Line OA ที่ช่วยลดภาระในการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ³¹ ซึ่งภาระการดูแลที่ลดลงย่อมส่งผลโดยตรงต่อศักยภาพการปรับตัว³² นอกจากนี้ กิจกรรมสนทนากลุ่มและการเยี่ยมบ้านยังช่วยให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจและปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความเข้มแข็งของครอบครัวและการปรับตัวที่สมบูรณ์ในทุกมิติ³³

ข้อสรุป (Conclusions)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอยมีประสิทธิภาพในการพัฒนาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบชี้ชัดว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นกว่าช่วงก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ สัดส่วนของผู้ดูแลที่มีความสามารถในการปรับตัวในระดับที่ดีขึ้นยังปรากฏความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ผลลัพธ์ดังกล่าวจึงยืนยันได้ว่าการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของรอยร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดกระบวนการเรียนรู้และจัดการกับปัจจัยเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการทางสุขภาพในระดับชุมชนสามารถนำรูปแบบของโปรแกรมไปบูรณาการเข้ากับระบบการบริหารผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและสมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในบริบททางคลินิกควรเพิ่มการประเมินดัชนีชี้วัดพื้นฐาน ได้แก่ ระดับความเครียด และระดับการปรับตัวของผู้ดูแลก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลองมีความแม่นยำและสะท้อนประสิทธิภาพของโปรแกรมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น สำหรับแนวทางการวิจัยในลำดับถัดไป ควรขยายขอบเขตการติดตามผลการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแลในระยะยาว อาทิ ระยะ 6 เดือน

หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์จากการเรียนรู้ ตลอดจนควรศึกษาประสิทธิผลของการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทอื่นที่มีความซับซ้อนของการดูแลแตกต่างกัน เช่น โรคเบาหวาน หรือ โรคอัลไซเมอร์ เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่ครอบคลุมการบริหารจัดการผู้ดูแลในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างยั่งยืน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผลการวิจัยยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอยที่นำมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบของกิจกรรมพยาบาล 6 ขั้นตอนร่วมกับนวัตกรรมสื่อผสมผสมผสาน (Hybrid media) องค์ความรู้ที่ค้นพบระบุว่า การจัดการสิ่งเร้าตรงและสิ่งเร้าร่วมผ่านกลไกการคิดรู้ (Cognator) โดยใช้เทคโนโลยีออนไลน์ (Line Application) เข้ามาช่วยเสริมการทบทวนความรู้ด้วยตนเอง และการเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมแรงในสถานที่จริง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดการปรับตัวใน 4 ด้านอย่างสมดุล ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ทัศนคติ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาระหว่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วยยกระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม แม้ในกลุ่มผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาก็สามารถเข้าถึงและพัฒนาทักษะได้ผ่านสื่อภาพและเสียง

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Stroke Organization. World Stroke Organization [cited 2026 Mar 19].
Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/impact-of-stroke>
2. กรมการแพทย์. ตัวชี้วัดที่ 018.1: อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69). 2567 [อ้างเมื่อ 19 มีนาคม 2569].
จาก: https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=2139&kpi_year=2567&utm_source=chatgpt.com
3. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
4. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2550.
5. กุลพัฒน์ วีรสาร, บรรณานิกร. คู่มือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์; 2562.
6. อาจารย์ จันทน์พานิชย์, วรณรัตน์ ลาวัณ, ชนัญชิตา ดุษฎี ทุลศิริ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2561; 11(2): 61–73.
7. Sohkhet G, Thakur K, David SI, Verma P, Jadav V, S J, et al. Stress in Caregivers of Stroke Patients During Rehabilitation: An Observational Study. Cureus 2023; 15(4): e37410. DOI: 10.7759/cureus.37410
8. ฟางพาน เชียน, นิภาวรรณ สามารถกิจ, เขมราดี มาสิงบุญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2567; 19(1): 81–88.
9. Aguiló S, Lopez-Barbeito B, García E, Aguiló J. Stress Management in Primary Caregivers: A Health Challenge. Transactions on Engineering and Computing Sciences 2017; 5(4).
DOI: 10.14738/tmlai.54.3292

10. ผ่องพักตร์ จันทศิริ. ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลาง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. **วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม** 2564; 18(2): 72–80.
11. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. **Age Ageing**. 2003; 32(2): 218–23. DOI: 10.1093/ageing/32.2.21812.
12. Boonsin S, Deenan A, Wacharasin C. Factors Influencing the Burden of Family Caregiving for Survivors of Stroke. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research** 2021; 25(1): 102–13.
13. Bandura A. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
14. Phongtankuel V, Moxley J, Reid MC, Adelman RD, Czaja SJ. The Relationship of Caregiver Self-efficacy to Caregiver Outcomes: A Correlation and Mediation Analysis. **Aging Ment Health** 2023; 27(7): 1322–8. DOI: 10.1080/13607863.2022.2118666
15. Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. **Lancet Neurol** 2003; 2(1): 43–53. DOI: 10.1016/S1474-4422(03)00266-7
16. พงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์, วัลภา อรัญนะภูมิ, วรณัน ธีรสุตาพรรณ, ปารย์วัชร จิตอารีย์. การประยุกต์ใช้แบบจำลองการปรับตัวของรอยกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว: กรณีศึกษา. **วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ** 2567; 9(2): 1–10.
17. พรหมทิพา ขำโพธิ์, ชนิดา แป๊ะสกุล, กฤษมน เมธาธิรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง. **วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล** 2568; 31(3): 76–93.
18. จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, นุชนาด แก้วมาตร, พิชามณัฐ ปุณโณทก, จันทนา เกิดบางแถม, สาวิตรี หลักทอง, ปณิชา พลพินิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแล เด็กออทิสติกในภาคตะวันออกของประเทศไทย. **วารสารกรมการแพทย์** 2563; 45(2): 31–37.
19. Aman Z, Liew SM, Ramdzan SN, Philp I, Khoo EM. The impact of caregiving on caregivers of older persons and its associated factors: a cross-sectional study. **Singapore Med J** 2020; 61(5): 238–45. DOI: 10.11622/smedj.2019100
20. อนันต์ พวงคำ, ดวงสุดา สุวรรณศรี, ธนพร แยมศรี, มณิดา แสงเรืองเอก, รุ่งอรุณ ไทวันนัง. ผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์** 2563; 35(2): 303–16.
21. Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Górna K, Jaracz J, Moczko J, Kozubski W. Burden in caregivers of long-term stroke survivors: Prevalence and determinants at 6 months and 5 years after stroke. **Patient Educ Couns** 2015; 98(8): 1011–6. DOI: 10.1016/j.pec.2015.04.008
22. ศรัณยา แสงมณี, มณี อาภานันท์กุล, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน. **วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล** 2555; 18(1): 119–33.
23. สุรีย์พร โพธิ์ช่วย, พัชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, พิชัย จันทร์ศรีวงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัด. **วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล (วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร)** 2563; 36(3): 105–22.

24. นุชจรินทร์ ไชยสัจ. ผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน. **วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม** 2561; 15(3): 45–54.
25. Cochran WG. **Sampling Techniques**. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
26. บุญใจ ศรีสถิตยโนรากร. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
27. Bujang MA, Omar ED, Baharum NA. A Review on Sample Size Determination for Cronbach's Alpha Test: A Simple Guide for Researchers. **Malays J Med Sci** 2018; 25(6): 85–99. DOI: 10.21315/mjms2018.25.6.9
28. สมพร มีมะโน, จตุพร เสือมี, สุนี จิรสมิทธา. ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีของรอยต่อพฤติกรรมการปรับตัว และระดับการควบคุมโรคหืด. **พุทธชินราชเวชสาร** 2561; 35(2): 215–81.
29. Chen L. Effectiveness of the Roy adaptation model-based nursing intervention in improving physiological, psychological, and social outcomes in patients with Parkinson's disease. **BMC Neurol** 2025; 25(1): 219. DOI: 10.1186/s12883-025-04232-2
30. Bartoli D, Petrosino F, Nuccio E, Damico V, Rago C, Veronese M, et al. The Impact of a Video-Educational and Tele-Supporting Program on the Caregiver–Stroke Survivor Dyad During Transitional Care (D-STEPS: Dyadic Support Through Tele-Health and Educational Programs in Stroke Care): A Longitudinal Study Protocol. **Healthcare** 2025; 13(16): 2039. DOI: 10.3390/healthcare13162039
31. ภาสิกา กิมหงษ์, ดวงกมล วัตราดุลย์, อรรณมา ชูติเนตร. ผลของโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล. **วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ** 2567; 16(1): 52–66.
32. Xu Q, Ma J, Zhang Y, Gan J. Family resilience and social support as mediators of caregiver burden and capacity in stroke caregivers: a cross-sectional study. **Front Psychol** 2024; 15: 1435867. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1435867
33. Chaknum P, Hamirattisai T, Somprasert C, Chiang LC. Development of the Family-Based Care Model for Stroke Survivors to Promote Healthy Family Dynamics: Participatory Action Research. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research** 2023; 27(2): 244–59. DOI: 10.60099/prijnr.2023.262033