

ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน  
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

นางสาวพัชราภรณ์ สิริรัตนานนท์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF CAREGIVERS COACHING PROGRAM ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING  
IN ADULT STROKE PATIENTS

Miss Patcharaporn Sirintaranont



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

โดย นางสาวพัชราภรณ์ สิริธรรานนท์

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

พัชราภรณ์ สิริรัตนานนท์ : ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ (THE EFFECT OF CAREGIVERS COACHING PROGRAM ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN ADULT STROKE PATIENTS) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 176 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 18-59 ปี จำนวน 40 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลรามาริบัติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนแนะ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ โปรแกรมการสอนแนะ แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถาม 2 ฉบับมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และได้ค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81, .76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ภายหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการสอนแนะมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ภายหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการสอนแนะมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5577221036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: ACTIVITIES OF DAILY LIVING, STROKE PATIENTS, COACHING, CAREGIVERS

PATCHARAPORN SIRINTARANONT: THE EFFECT OF CAREGIVERS COACHING PROGRAM ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN ADULT STROKE PATIENTS.

ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 176 pp.

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of caregivers coaching program on activities of daily living in adult stroke patients. Males and females aged 18-59 years admitted to the acute stroke unit at Ramathibodi Hospital were recruited in this study. Participants were selected by a purposive sampling. They were divided into the control (n=20) and the intervention groups (n=20). The control group received usual nursing care while the intervention group received coaching program. The instruments composed of demographic information form (Caregivers and Patients), Coaching Program, an Evaluation of Caregivers Ability and a Barthel Index. The content validity index (CVI) of these questionnaires were 1.00 and reliabilities of Cronbach's alpha coefficient of these questionnaires were .81, .76. Descriptive statistics and t-test were used to analyze data. The results revealed that

1. The mean scores of ADL of stroke patients post caregivers receiving coaching program was higher than that of before the coaching program.
2. The mean scores of ADL of stroke patients in the intervention group was higher than that of the control group.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2015

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ ตลอดจนการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีระ สินเดชารักษ์ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกคณะฯ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะซึ่งเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ช่วยให้มีคุณสมบัติยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเรื่องมีวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเรื่องมีวิจัยให้เหมาะสมกับงานวิจัย และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามธิบดี รวมทั้งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาล อายุรศาสตร์ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความเมตตาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดจนประสบการณ์ต่างๆ ที่มีคุณค่า รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจให้ต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ และคอยช่วยเหลือในหลายๆ อย่างจนสามารถผ่านมาได้ด้วยดี

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณผู้ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จในครั้งนี้ บิดามารดาและครอบครัวที่เป็นกำลังใจ คอยดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนให้การสนับสนุนเป็นอย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาที่ศึกษา สำหรับคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บิดามารดา ครอบครัว ครูบาอาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
คำถามการวิจัย .....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย .....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	10
โรคหลอดเลือดสมอง .....	11
ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง.....	11
ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง.....	11
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด .....	12
พยาธิสรีรวิทยา.....	13
กลไกการเกิดสมองขาดเลือด .....	14

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด .....	14
อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง .....	15
การรักษา.....	21
ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ป่วย.....	24
ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ดูแล .....	29
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	30
ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	30
การดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง .....	31
การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ....	37
ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง.....	39
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล .....	43
ความหมายของผู้ดูแล .....	43
บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง .....	45
ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง .....	46
การเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน.....	48
แนวคิดทฤษฎีการสอนแนะ.....	49
ความหมายของการสอนแนะ .....	49
ความแตกต่างระหว่างการสอนแนะกับการสอนตามปกติ.....	51
กระบวนการสอนแนะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน .....	51
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	53
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	56
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	61



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	65
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย .....	68
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง .....	70
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	83
สรุปผลการวิจัย.....	86
อภิปรายผลการวิจัย.....	87
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	90
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	91
รายการอ้างอิง .....	92
ภาคผนวก.....	105
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	106
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล วิจัย .....	108
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรมและเอกสิทธิ์พิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง .....	113
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	119
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	168
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	176

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	การเปรียบเทียบระหว่างการสอนตามปกติกับการสอนแนะ .....	51
ตารางที่ 2	คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามอายุ และ คะแนนระดับความรู้สึกร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	64
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว และสิทธิการ รักษา.....	76
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว และ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล.....	78
ตารางที่ 5	ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและ หลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	80
ตารางที่ 6	ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	81

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	60
ภาพที่ 2 การดำเนินการรวบรวมข้อมูล.....	73



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งพบได้โดยประมาณ 15 ล้านคนจากประชากรของโลก (Dai & Gyi, 2009; Zeng et al., 2012) และพบว่าประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6.5 ล้านคน แล้วเป็นอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ประมาณ 795,000 คนต่อปี นับว่าเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยอันดับต้นๆ ของประเทศ และพบว่าทุกๆ 4 นาทีจะมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 คน (American Heart Association, 2015; Camak, 2015) สอดคล้องกับสถิติของประเทศไทย พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2557 มีอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันเลือดสูงและหลอดเลือดสมองต่อประชากร 100,000 คน คิดเป็นอัตรา 37.4, 44.0 และ 49.6 ราย ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขไทย เนื่องจากเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและทำให้มีการเสียชีวิต ก่อให้เกิดความพิการสูง และเป็นโรคที่ทำให้คนไทยต้องเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ (สุภาพร ดีเจริญเกียรติ, 2552; นันทกาญจน์ ปกษียุพาพิน ศิริโพธิ์งาม สุปรีดา มั่นคงและสิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2559)

ความเจริญของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาลได้มีการพัฒนามากขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รอดพ้นจากระยะวิกฤตได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้น (อรอนงค์ กุลณรงค์ เพลินพิศ ฐานิวัฒนา นนท์และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, 2555) แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่รอดชีวิตก็มีความพิการหลงเหลืออยู่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (physical changes) การทำหน้าที่ (functional changes) และการรู้คิด (cognitive changes) ผู้ป่วยร้อยละ 90 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Periard & Ames, 1993) และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่พิการมีความรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จากแขนขาอ่อนแรง (กรรณิกา รักยิ่งเจริญ, 2557) ต้องการผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Corrozzella & Janch, 2002) ก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจและสังคมตามมา

ผลกระทบต่อด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยมักมีความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่มีพยาธิสภาพ เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา ใบหน้า ช่องปาก ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกาย (สุทธิพันธ์ ทิพชาติ

โยธิน อัญชลี พันธุ์แก้วและวิษณุ กัมทรทิพย์, 2549) มีปัญหาทางด้านการเคี้ยวและการกลืนอาหาร สูญเสียประสาทสัมผัส มีความผิดปกติเกี่ยวกับการสื่อสาร มีความบกพร่องด้านความคิดและความจำมี ปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น รวมทั้งมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่าย (Absher & Toole, 2000; Miller et al, 2010)

ผลกระทบด้านจิตใจ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการ ดำเนินชีวิต ส่งผลต่อสุขภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียควมมีคุณค่าใน ตัวเอง เกิดภาวะเครียด และซึมเศร้าขึ้นได้ (Popovich, Fox, & Bandagi, 2007) จากภาวะดังกล่าวนี้ จะทำให้การฟื้นตัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า

ผลกระทบด้านสังคม จากความพิการทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอายที่ต้อง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จึงลดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เกิดการแยกตัวจากผู้อื่น ขาด ความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง และอาจนำไปสู่การไม่ให้ความร่วมมือในการ ดูแลรักษาได้ (นันทนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2549; เพ็ญวิสาข์ เจริญอุฒิมากร, 2555)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีอาการพิการ ต่างๆ เกิดขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายประการ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจาก การขาดเลือดเมื่ออาการดีขึ้นจะมีความพิการหรือมีความบกพร่องของร่างกายหลงเหลืออยู่ พบใน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตประมาณ 2 ใน 3 หรือประมาณร้อยละ 90 (Stroud et al., 2009; พนมกร หิรัญญัต ฐิติ, 2555) ทั้งด้านร่างกายทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติได้เต็มที่ จำเป็นต้องพึ่งพา ญาติผู้ดูแล รวมถึงไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ และการทำงานที่เคยทำซึ่งจะส่งผลต่อด้านจิตใจเกิด ปัญหาทางด้านจิตใจ อาจเกิดเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเอง นอกจากนั้นยังกระทบต่อด้านสังคม ของผู้ป่วยเพราะอาจรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีคุณค่า บทบาทของสังคมเปลี่ยนแปลง ทำให้ขาดการติดต่อกับ สังคม ซึ่งดิษยา รัตนกร ชาญพงศ์ ตั้งคณะกุล และสามารถ นิธินันท์ (2554) กล่าวว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิต ส่วนใหญ่ก็มีความพิการหรือความบกพร่องของร่างกายหลงเหลืออยู่ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่พิการ จากโรคนี้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวันและเข้ารับการรักษาบำบัดเพื่อส่งเสริมการ ฟื้นฟู ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ตามมาจากการสูญเสียการทำงานที่ต่างๆ ของร่างกาย และ จากการทบทวนวรรณกรรมของสินุช ขำดี มณี อภาณันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2557) พบว่าในช่วง 3 เดือนแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเริ่มมีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อแขนและ ขา และจะมีการฟื้นตัวอย่างค่อยเป็นค่อยไปถึงเดือนที่ 6 หลังเกิดโรค หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลเป็นประจำทุกวัน โดยผู้ให้การดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่เป็นบุคคลใน ครอบครัว

ผู้ดูแลผู้ป่วยในที่นี้คือญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งญาติหรือบุคคล ในที่นี้อาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือบุคคลสำคัญในชีวิตและผู้ป่วยต้องเป็น

บุคคลที่มีภาวะเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ที่มีผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการ การดูแลรักษาเฉพาะตามแผนการรักษา (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) นอกจากนี้ ความหมายของญาติ ผู้ดูแลที่บ้านยังจำแนกตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล กล่าวคือ primary caregiver หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าผู้อื่น มักเป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางกฎหมายหรือทาง สายเลือด ในขณะที่ secondary caregiver จะเป็นบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแล เท่านั้นอาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Bakas, Austin, Okonkwo, Lewis, & Chadwick, 2002; กรรณิกา รักยิ่งเจริญ, 2557)

ปัจจุบันโรงพยาบาลจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียง ในการรับผู้ป่วย ระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีเวลาสั้นลง เฉลี่ย 3-4 วัน (งานสารสนเทศคลังข้อมูล โรงพยาบาลรามารัตน์, 2558) ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองซึ่งจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ เมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่ จะต้องช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน (จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547; เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์และจรรยา ลักษณ์ ป้องเจริญ, 2554) ทำให้ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้านต้องรับบทบาทของ ผู้ดูแลโดยไม่ได้วางแผน มีระยะเวลาสั้นมากในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอาจมี ผลกระทบต่อการดำรงบทบาทได้ ซึ่งผู้ดูแลอาจเกิดความเครียด หมดหวังในการให้การดูแลผู้ป่วย ไม่ มั่นใจในการจัดการกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และมีปัญหาการปรับตัว หรือปรับตัวเองไม่ได้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลให้ คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยไม่ดี และผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนได้ (Suha et al., 2005; Camak, 2015; สินีช ชำดี มณี อาภานันท์กุล และยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2557)

จากการศึกษาความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของสุรี รัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์ (2541) พบว่าญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความต้องการ ทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ด้านเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการประคับประคองจิตใจ ด้านการ จัดการภายในบ้าน ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ และด้านข้อมูลในการ ดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษาของรสสุคนธ์ เจืออุบลมัย (2553) พบว่าความต้องการของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการประคับประคองจิตใจ ด้านการเงิน ด้านการจัดการภายในบ้าน ด้านการดูแลสุขภาพ และด้าน การพักผ่อน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการ ด้านข้อมูลมากที่สุด สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Dai & Gyi (2009) พบว่าเมื่อผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการความรู้ คำปรึกษา การสนับสนุน

ในการดูแลจากทีมแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแล ช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาทิเช่น จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2540) พบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสอนและการฝึกทักษะร่วมกับการแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับคำแนะนำแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของจูไร เกลี้ยงเกล้า (2547) พบว่าคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการเตรียมผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของเครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์และจรูญลักษณ์ ป้องเจริญ (2554) พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการจำหน่าย 30 วัน มากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เช่นการสอนของพยาบาล รวมถึงการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน การประคับประคองด้านจิตใจในระยะพักฟื้น (สมนึก สกุลหงส์โสภณ สิริวรรณ อนันตโชคและกฤษณี โหลสกุล, 2554) อาจกล่าวได้ว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุดในการทำหน้าที่เป็นผู้สอนผู้ดูแล ด้วยเหตุนี้การเตรียมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ จึงควรเตรียมความพร้อมทั้งในด้านความรู้และทักษะในการดูแลควบคู่กันไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546)

ทั้งนี้พบว่า การเตรียมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระหว่างที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลมีแบบแผนที่ไม่ชัดเจน ขาดการมีส่วนร่วมระหว่างสหวิชาชีพ และมีรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายที่ไม่เป็นระบบ ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันฟื้นตัวช้า เป็นภาระพึ่งพากับญาติผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น (เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์และจรูญลักษณ์ ป้องเจริญ, 2554) จากที่กล่าวมาข้างต้นพยาบาลในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีการเตรียมญาติและผู้ดูแลตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยวิธีการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลและผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผ่านกระบวนการสอนอย่างเป็นระบบ

การสอนแนะ (coaching) เป็นกลวิธีหรือกลยุทธ์ในการสอนที่มีประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่งของพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีขั้นตอน Girvin (1999) ซึ่งเป็นรูปแบบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนโดยมีพยาบาลเป็นผู้ฝึก ให้การสนับสนุน ชี้แนะช่วยเหลือให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสอนแนะจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นตามขอบเขตความสามารถของตน สอดคล้องกับวิราวรรณ คล้ายหิรัญ (2544) พบว่าการสอนแนะส่งผลต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 งานวิจัยฉบับนี้ศึกษากับตัวอย่างจำนวน 20 คน โดยศึกษาความพึงพอใจต่อการสอนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแบบแผนการทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังเรียน ไม่มีการวัดซ้ำภายหลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และนพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง (2551) ศึกษาพบว่าผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 งานวิจัยฉบับนี้ศึกษากับตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยใช้โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาดังกล่าวพบว่าไม่มีการติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะโดยใช้แนวคิดของ Girvin (1999) มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสอนแนะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและที่บ้านโดยมีการติดตามเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์และมีการวัดระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้ง 10 ด้าน จำนวน 3 ครั้งคือ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์และหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 4 สัปดาห์ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การให้โปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสำคัญเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้การฟื้นฟูสุขภาพและการพยากรณ์โรคดีขึ้นและสามารถดูแลตนเองได้ในระดับสูงขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น อีกทั้งส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแลด้วย



## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแล
2. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## คำถามการวิจัย

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลมีความแตกต่างกันหรือไม่
2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสอนแนะของ Girvin (1999) มาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกระบวนการสอนแนะประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

1. การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย รับฟังปัญหาด้วยความเห็นใจ และกระตุ้นหรือรื้อฟื้นที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การพยาบาลต่อไป
2. การวางแผนการปฏิบัติ ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สอนแนะร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นการร่วมกันวางแผนในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน และใช้คู่มือประกอบการสอนแนะ โดยระหว่างให้ความรู้ผู้สอนแนะจะสอบถามความเข้าใจจากผู้ดูแลเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าด้านความรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
3. การลงมือปฏิบัติกิจกรรม เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยผู้สอนแนะได้สาธิตการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้อง

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับญาติผู้ดูแล หลังจากนั้นผู้สอนแนะนำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ในระหว่างที่ญาติผู้ดูแลลงมือปฏิบัติ ผู้สอนแนะนำการให้กำลังใจ ชี้แนะและสนับสนุนญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นวิธีการส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ผู้สอนแนะนำให้คำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน เปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ

4. การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม เป็นระยะสิ้นสุดของการสอนแนะนำ โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา และร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการฝึกปฏิบัติเพื่อนำไปวางแผน ปรับปรุงหรือพัฒนากิจกรรมให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นการสอนแนะนำช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ดังเช่นงานวิจัยของวิรวรรณ คล้ายหิรัญ (2544) ศึกษาพบว่าผลของการสอนแนะนำมีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของนพรัตน์ รุจิราษฎร์เรือง (2551) ศึกษาพบว่าผลของโปรแกรมการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะนำผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ โดยมี

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

## 2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแล

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**โปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแล** หมายถึง กิจกรรมการสอนที่จัดให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีการติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วยเป็นเวลา 4 สัปดาห์ตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Girvin (1999) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

**ขั้นตอนที่ 1** สร้างสัมพันธภาพเพื่อการประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อทำความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยประเมินและวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ดูแลจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดง การดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นตอนนี้จะเกิดในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**ขั้นตอนที่ 2** วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลเพื่อหาวิธีปฏิบัติให้ครอบคลุม พร้อมทั้งทักษะการปฏิบัติ ประกอบด้วย

2.1 การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แผนการสอนแนะและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง “การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือด”

2.2 การฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผู้วิจัยสอนและสาธิตให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**ขั้นตอนที่ 3** ลงมือปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ลองปฏิบัติกิจกรรมตามที่วางแผนไว้ และในระหว่างที่ผู้ดูแลผู้ป่วยฝึกนั้น ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะเพิ่มเติมหรือทบทวนในกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้นพร้อมกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติ ขั้นตอนนี้จะเกิดในวันที่ 2 และ 3 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและพักผ่อนในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**ขั้นตอนที่ 4** ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา โดยมีการกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติกิจกรรม ขั้นตอนนี้จะเกิดในวันที่ 4 ซึ่งเป็นวันที่จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 6 ครั้งเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ครั้งที่ 1-4 ผู้วิจัยได้ทำการสอนแนะผู้ดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและพักผ่อนในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 5 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้ว 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 6 ติดตามผู้ป่วยที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุกรรมหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 4 สัปดาห์

**ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic ADL) ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดยสถาบันประสาทวิทยา (2554) เพื่อใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การขึ้นลงเตียง 3) ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 4) การเข้าห้องน้ำ 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน 7) การขึ้นบันได 8) การแต่งตัว 9) การถ่ายอุจจาระ 10) การปัสสาวะ

**ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี ที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลรามาริบัติ มีระดับความรู้สึกตัวปกติ อ่อนแรงแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือสายให้อาหาร มีการรับรู้หรือสื่อความหมายที่ดี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะสมองขาดเลือด และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

**ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง บุคคลหรือญาติที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การช่วยเหลือโดยที่ไม่ได้รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้เป็นประจำของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการดูแลรักษาและแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพระหว่างแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและนักโภชนาการมาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยและมีการส่งต่อให้กับพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
  - 1.4 พยาธิสรีรวิทยา
  - 1.5 กลไกการเกิดสมองขาดเลือด
  - 1.6 สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
  - 1.7 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.8 การรักษา
  - 1.9 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ป่วย
  - 1.10 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ดูแล
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
  - 2.1 ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
  - 2.2 การดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 2.3 การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
  - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล
  - 3.1 ความหมายของผู้ดูแล
  - 3.2 บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.4 การเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
4. แนวคิดทฤษฎีการสอนแนะ
  - 4.1 ความหมายของการสอนแนะ
  - 4.2 ความแตกต่างระหว่างการสอนแนะกับการสอนตามปกติ

- 4.3 กระบวนการสอนและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
5. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง

### ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease or stroke) หมายถึง ภาวะที่สมองหยุดทำงานเฉียบพลันเนื่องจากการอุดตันของลิ้มเลือดหรือหลอดเลือดแตกส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองตรงตำแหน่งที่มีการเกิดพยาธิสภาพ เมื่อเนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเซลล์เริ่มตาย ทำให้สูญเสียหน้าที่ในการสั่งการของสมองส่วนนั้น เช่น ในเรื่องการพูด ความสามารถในการเคลื่อนไหวและความจำ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการพึ่งพา ขึ้นกับการถูกทำลายของเนื้อสมองส่วนนั้นๆ (National Stroke Association, 2009)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้สมองขาดเลือดและสมองสูญเสียหน้าที่ และมีอาการและอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง (Beal, 2010) จัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองจากการตีบหรืออุดตันภายในเส้นเลือดของสมอง (ischemic stroke) ซึ่งอาจเป็นก้อนเลือด ลิ้มเลือดหรือการมีปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนเลือดสมองลดลงทำให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลายจากการขาดเลือด พบได้ร้อยละ 80-85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (ก้องเกียรติ กุณท์กันทรากร, 2553) และโรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของเส้นเลือดสมอง (hemorrhagic stroke) ทำให้เนื้อเยื่อสมองส่วนหนึ่งถูกทำลายจากการมีเลือดซึมออกนอกเส้นเลือดกดเบียดในช่องเยื่อหุ้มสมองหรือในสมอง (Hickey & Todd, 2009) พบได้ร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Caplan, 1997; Hickey & Hock, 2003)

### ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Michael, Julien, & Ralph., 2005)

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) พบได้ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากสาเหตุดังนี้

1.1 ลิ้มเลือดอุดตันผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (cerebral thrombosis) ซึ่งเกิดได้ทั้งหลอดเลือดแดงและดำ รวมทั้งในหลอดเลือดฝอยและมักเกิดบริเวณที่หลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ้มเลือด หลอดเลือดที่ส่งเลือดไปเลี้ยงสมองถูกอุดตันจากการก่อตัวของลิ้มเลือด (thrombi) จากกระบวนการเกิดผนังหลอดเลือดตีบแข็งและการ

อีกเสบของหลอดเลือดแดงที่ผนังถูกทำลาย การเพิ่มการแข็งตัวของเลือด (coagulation) (McCance & Huether, 2006; Caplan, 2010) พบว่าตีบตันเกิดจากการมีคราบไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด (atherosclerotic plaque) ทำให้ขนาดรูของหลอดเลือดตีบแคบลง พบได้บ่อยบริเวณง่ามแฉก (bifurcation) และบริเวณส่วนโค้งของหลอดเลือด

1.2 ลิ่มเลือดลอยมาอุดตันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (cerebral embolism) ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากโรคลิ้นหัวใจพิการและผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation) ที่เกิดจาก emboli จากตำแหน่งอื่นหลุดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มาจากก้อนเลือดหลุดลอยจากหัวใจไปอุดตันหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง (cardiac emboli) (Smith, Johnston, & Easton, 2006)

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากสาเหตุ

2.1 เลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) เกิดจากความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ หลอดเลือดแดงแข็งและแตกหรือฉีกขาด เกิดขึ้นทันทีทันใดและทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาท เซลล์สมองถูกทำลายบริเวณที่เลือดออกและทำให้เนื้อสมองตาย

2.2 เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองใต้ชั้นอแรคโนอิด (subarachnoid hemorrhage) มีสาเหตุจากการแตกของหลอดเลือดสมองผิดปกติ เช่น หลอดเลือดแดงโป่งพอง (ruptured aneurysm) หลอดเลือดพิการแต่กำเนิด (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547)

### ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดสมองขาดเลือด แบ่งได้เป็น

1. ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพบความชุกของความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึงร้อยละ 62-73 ทั้งนี้หากผู้ป่วยสามารถลดความดันโลหิต systolic ทุก 10 มม.ปรอทจะทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง 1 ใน 3 ของผู้ป่วย (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555) สอดคล้องกับ นิจศรี ชาญณรงค์ (2556) ที่กล่าวว่า การลดความดันโลหิต systolic ลง 10-12 มม.ปรอท หรือลด diastolic ลง 5-6 มม.ปรอท จะทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลงได้ถึงร้อยละ 38 (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555)

2. โรคเบาหวาน เป็นโรคที่มีความซับซ้อนและมีความสัมพันธ์กับโรคมากมาย ซึ่งหากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด 1.8-6 เท่า ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานควรมีการควบคุมความดันโลหิตและไขมันในเลือดให้ดีเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (นิจศรี ชาญณรงค์, 2556; ก้องเกียรติ ฤทธิ์กันทรารกร, 2553)

3. การสูบบุหรี่ สารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์จากบุหรี่เป็นอันตรายต่อระบบไหลเวียนของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เพิ่มความหนืดของเลือด มีการเพิ่มโปรตีน เพิ่มการจับของเกล็ดเลือด (นิจศรี ชาญณรงค์, 2543) เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดประมาณ 1.9 เท่า แต่การหยุดสูบบุหรี่มากกว่า 5 ปีจะสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้เกือบเท่าคนปกติ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2556)

4. การมีไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะการมี LDL สูงและ HDL ต่ำ พบว่าการรักษา โดยเฉพาะการให้ยาในกลุ่ม statin สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2556) จากการศึกษาพบว่า การลดระดับ LDL มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยระดับ LDL ที่ลดได้ 25 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลงประมาณร้อยละ 10 และการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 11 (จรรยา สันตยากร, 2554)

5. การมีโรคหัวใจชนิดต่างๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation (AF) เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดประมาณ 6 เท่า และยิ่งอายุเพิ่มมากขึ้นความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น จากรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตรวจพบหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF ถึงร้อยละ 28 (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555) แต่ถ้ามีภาวะ AF ร่วมกับโรคหัวใจรูห์มาติก (rheumatic heart disease) จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง 17 เท่าของคนปกติ ดังนั้นจึงพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะหลอดเลือดอุดตันมีภาวะ AF ร่วมด้วยหรือประมาณร้อยละ 45 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (นิตยา อินทร์ภักษ์, 2551)

6. การมีหลอดเลือดใหญ่ internal carotid บริเวณคอติบถึงแม้ไม่มีอาการ แต่จะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

7. ปัจจัยอื่นๆ เช่น การรับประทานยากุมกำเนิด การได้รับฮอร์โมนหลังวัยหมดประจำเดือน การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การมีภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกาย รวมถึงการมีโรคหลอดเลือดที่อื่น เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดส่วนปลาย

8. ปัจจัยอื่นๆ ที่มีข้อมูลสนับสนุนว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง แต่หลักฐานไม่ชัดเจน เช่น การเป็นโรคไมเกรนชนิดที่มี aura, metabolic syndrome, การใช้สารเสพติด, การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก, การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น การขาด Protein C, Protein S และ Antithrombin III

### พยาธิสรีรวิทยา

โดยปกติสมองมีเลือดไปเลี้ยงประมาณ 50-55 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที ถ้ามีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง (18 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที) เซลล์ประสาทจะไม่ทำงานหรือสมองจะมี electrical failure (inhibition of electrical excitability ของเซลล์ประสาท) (พรภัทร



ธรรมสโรช, 2555) แต่ยังสามารถฟื้นตัวได้ถ้าได้รับเลือดมาเลี้ยงทันเวลา คำว่า “ischemic penumbra” ใช้เรียกบริเวณสมองที่ขาดเลือดและหยุดทำงานชั่วคราวแต่ยังไม่ตาย คือมีเลือดไปเลี้ยงอยู่ระหว่าง 8-18 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที แต่ถ้าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงลดลงมากกว่า 8 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที เซลล์ประสาทจะตาย (Zazulia, Markham, & Powers, 2004)

เมื่อหลอดเลือดสมองอุดตันทันที จะทำให้สมองส่วนนั้นๆ ขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เซลล์ประสาทไม่สามารถสร้างพลังงานไปใช้ มีผลทำให้เกิด failure of ionic pump เกิด oxygen free radicals, mitochondrial injury, กระตุ้นเม็ดเลือดขาว และทำให้เกิดการคั่งของไอออนของ calcium, sodium and chloride ในเซลล์ประสาท ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ phospholipase and protease ทำให้ดีเอ็นเอ (deoxyribonucleic acid: DNA) และโครงสร้างของเซลล์เสียหาย การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ทางกล้องจุลทรรศน์ (microscopic) จะพบภายใน 6 ชั่วโมงหลังขาดเลือด โดยเซลล์ประสาทจะบวมขึ้นในช่วงแรก ต่อมาจะหดตัว เกิด hyperchromasia and pyknosis ร่วมกับพบการบวมของเซลล์และแตกของ astrocytes พบเนื้อเยื่อโพรงหลอดเลือดบวม (endothelial swelling) มีเซลล์ neutrophils เข้ามาบริเวณที่ขาดเลือดและเพิ่มจำนวนมากขึ้น เซลล์ microglia เพิ่มจำนวน และเก็บกินปลอกประสาท (myelin) ที่เสียหาย เกิดเป็น foamy macrophages ในระยะต่อมาจะพบสร้างหลอดเลือดฝอยใหม่ (neovascularization) ในสมองส่วนที่ตายจะค่อยๆ ถูกดูดซึมกลับเกิดเป็นโพรง (cavity) ที่ล้อมรอบด้วยส่วนของ glial and fibrovascular tissues (Auer, 2004)

### กลไกการเกิดสมองขาดเลือด

เมื่อเกิดสมองขาดเลือดจะส่งผลให้การสร้าง ATP ใน mitochondria ลดลง ทำให้จำนวน ATP ในเซลล์ลดลง เกิดภาวะ depolarize ของเยื่อหุ้มเซลล์และการ influx ของ  $Ca^{2+}$  และ  $Na^+$  เข้าสู่เซลล์ร่วมกับการ efflux ของ  $K^+$  ออกจากเซลล์ ทำให้เกิดการปลดปล่อยสารสื่อประสาทจำนวนมาก โดยเฉพาะ glutamate ในขณะเดียวกัน neuron และ glia cell จะสูญเสียความสามารถในการนำ glutamate กลับมาใช้ใหม่ ส่งผลให้เกิดการคั่งของ  $Ca^{2+}$  ในเซลล์จนเกิดภาวะ hyperexcitation ของเซลล์ และเกิดการตายของเซลล์ในที่สุด กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นมากในส่วนที่เป็นแกนกลางของสมองส่วนที่ขาดเลือด (infarct core) ในขณะที่เนื้อสมองส่วนที่อยู่รอบๆ infarct core ซึ่งเป็นบริเวณที่ปริมาณเลือดลดลง แต่ยังไม่รุนแรงพอจนเกิดการตายของเซลล์หรือที่เรียกว่า penumbra ซึ่งเป็นบริเวณที่เป็นเป้าหมายหลักในการรักษา (สิริกัลยา พูลผล, 2558)

### สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

สมองขาดเลือดเกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2556)

1. large vessel atherosclerosis หรือภาวะหลอดเลือดแข็ง เป็นสาเหตุสำคัญของสมองขาดเลือด พบในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง

2. โรคหัวใจ เป็นสาเหตุของสมองขาดเลือดประมาณร้อยละ 20 กลไกที่สำคัญคือการมี emboli หลุดไปยังหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจที่เสี่ยงต่อการเกิด embolism ได้แก่

- atrial fibrillation
- valvular heart disease รวมทั้งกลุ่ม rheumatic heart disease, congenital heart disease, endocarditis รวมทั้งผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
- myocardial infarction ที่มีผนังหัวใจทำงานผิดปกติ
- cardiomyopathy ที่มี ventricle ขยายขนาดมากและบีบตัวได้ไม่ดี
- สาเหตุอื่นๆ เช่น paradoxical emboli ที่พบร่วมกับ cardiac septal defect หรือ patent foramen ovale, โรคแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหัวใจ, intracardiac thrombus, atrial myxoma

3. โรคของหลอดเลือดขนาดเล็ก (small vessel disease) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดที่เป็น perforating branch ในตำแหน่งลึกของสมองทำให้เกิด Lacunar infarction

4. โรคของหลอดเลือดชนิดอื่นๆ เช่น arterial dissection ซึ่งอาจเกิดตามมาหลังการเกิดอุบัติเหตุหรือบางครั้งอาจไม่มีประวัติได้รับอุบัติเหตุ (spontaneous dissection) เกิดเนื่องจากมีเลือดเซาะเข้าไปในผนังของหลอดเลือดใหญ่ มักเกิดที่บริเวณหลอดเลือด carotid หรือ vertebral บริเวณคอ

5. hemodynamic stroke หรือ low flow state เกิดเมื่อมีการลดลงของ cerebral blood flow ทั่วๆ ไปทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดบริเวณส่วนปลายของหลอดเลือดใหญ่หรือในผู้ป่วยที่มีการตีบของหลอดเลือดสมองอยู่

6. โรคของส่วนประกอบของเลือด เช่น มีความผิดปกติของ coagulating factors ทำให้มี thrombosis ได้ง่ายขึ้นหรือมีความผิดปกติของเม็ดเลือดและเกล็ดเลือด พบในโรคต่างๆ เช่น Protein C deficiency, Protein S deficiency, Polycythemia vera, Hyperviscosity syndrome, Thrombotic Thrombocytopenic Purpura

#### อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรคในสมองที่เลี้ยงโดยหลอดเลือดที่ตีบตันนั้นๆ โดยอาการผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายใน

เวลาเป็นนาที จากคำนิยามเดิมในกรณีที่อาการผิดปกตินั้นคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงจะเรียกว่า “ischemic stroke” (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

### อาการที่บ่งถึงความผิดปกติจากหลอดเลือด carotid arteries

ตาข้างเดียวกับรอยโรคมองไม่เห็นภาพชั่วคราว (amaurosis fugax)  
 แขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรงหรือใช้งานไม่ถนัด (clumsiness)  
 แขนขาข้างตรงข้ามชาหรือความรู้สึกสัมผัสเพี้ยน (paresthesia)  
 ภาวะเสียการสื่อความ (aphasia) ในกรณีที่สมองด้านเด่นขาดเลือด  
 ตาบอดครึ่งซีกด้านตรงข้าม (contralateral homonymous hemiamopia)  
 อาการพูดไม่เป็นความ (dysarthria) โดยส่วนใหญ่จะพบร่วมกับความผิดปกติอื่น

### อาการที่บ่งถึงความผิดปกติจากหลอดเลือด vertebrobasilar

อ่อนแรงหรือใช้งานไม่ถนัดทั้งสองข้าง (แต่อาจจะมีอาการด้านใดด้านหนึ่งได้)  
 ชาหรือความรู้สึกสัมผัสเพี้ยนทั้งสองข้าง shifting หรือ crossed (ชาหน้าด้านเดียวกับรอยโรคและชาลำตัวด้านตรงข้าม)  
 ตาบอดครึ่งซีกด้านตรงข้ามหรือทั้งสองข้าง  
 ร่วมกับอาการอย่างน้อยสองอย่างดังต่อไปนี้ ได้แก่ เวียนหัว เห็นภาพซ้อน กลืนลำบาก อาการพูดไม่เป็นความ (dysarthria) ภาวะกล้ามเนื้อเสียสหการ (ataxia)

### กลุ่มอาการจาก carotid artery system (anterior circulation) ตีบและอุดตัน

1. กลุ่มอาการจากหลอดเลือด carotid arteries ตีบและอุดตัน (carotid artery syndrome)

ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการมองเห็นที่แย่งกันที่และเป็นชั่วคราว (อาจทำให้เกิดตามองไม่เห็นถาวรได้ในกรณีที่จอตาตาย (retinal infarction) ร่วมด้วย) โดยอาจมีลักษณะเป็นฝ้าๆ คล้ายหมอกหรือมองชัดหรือมีลักษณะเหมือนม่านเลื่อนลงมาหรือเลื่อนขึ้นมาบ้างหรือเป็นลักษณะ concentric vision อาการส่วนใหญ่เป็นประมาณ 1-5 นาที มักไม่เกิน 15 นาที (Mohr & Gautier, 2004)

2. กลุ่มอาการจาก middle cerebral artery (MCA) ตีบและอุดตัน

กลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุด (Toole, 1999) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหลอดเลือด internal carotid cerebrum เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือด middle cerebral จะทำให้เกิดการขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างในสมอง ทำให้เกิดการอ่อนแรงและสูญเสียการรับรู้ลึกของร่างกายซีกตรงข้าม โดยส่วนของหน้าและแขนจะแสดงอาการรุนแรงกว่าขา ถ้าสมองซีกที่ขาดเลือดเป็นสมองซีกเด่น (dominant hemisphere) ผู้ป่วยจะมีปัญหาการใช้ภาษา (aphasia) ซึ่งมักจะรุนแรงจนถึงระดับสูญเสียความสามารถในการสื่อสารทุกด้าน (global aphasia) แต่ถ้าสมองซีกที่ขาด

เลือดเป็นสมองซีกด้อย (nondominant hemisphere) ผู้ป่วยจะสูญเสียการรับรู้ของร่างกายซีกตรงข้าม (neglect or inattention) ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียลานสายตาด้านตรงข้าม (homonymous hemianopia) มีการกรอกตาไปด้านตรงข้ามกับสมองด้านที่ขาดเลือดไม่ได้ ทำให้ลูกตาเอียงไปด้านที่มีสมองขาดเลือด (gaze deviation) อีกทั้งผู้ป่วยอาจมีการสูญเสียการทำงานระดับสูงของสมองอื่นๆ ทำให้เกิด apraxia เกิดความผิดปกติของ visuospatial หรือ astereognosia ได้ การเกิดหลอดเลือด middle cerebral อุดตันทำให้เกิดสมองขาดเลือดในปริมาตรสูงเมื่อมีภาวะสมองบวมตามมาจะทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ทำให้เกิดการกดเบียดสมองส่วนอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถูกกดเบียดของก้านสมองซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (พรพจน์ ประภาอนันตชัยและสมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2557)

### 3. กลุ่มอาการจาก anterior cerebral artery (ACA) ตีบและอุดตัน

ACA infarction พบได้ไม่บ่อย (น้อยกว่าร้อยละ 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด) อาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่อุดตันว่าเกิดที่ส่วนต้นหรือแขนงของหลอดเลือด ACA จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของขาซีกตรงข้าม โดยไม่มีอาการอ่อนแรงของ หน้าหรือแขน บางครั้งจะมีการสูญเสียความรู้สึกของขาซีกตรงข้ามร่วมด้วย ถ้าสมองซีกที่ขาดเลือดจากการอุดกั้นของหลอดเลือด anterior cerebral เป็นสมองซีกเด่น (dominant hemisphere) อาจมีอาการสูญเสียการสื่อสารแบบ transcortical motor aphasia ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง พุดน้อย ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง (abulia, akinetic mutism) ลักษณะเฉพาะของ ACA infarction คือ แขนงขาด้านตรงข้ามอ่อนแรงโดยขาอ่อนแรงมากกว่าแขน (Toole, 1999)

### กลุ่มอาการจาก vertebrobasilar artery ตีบและอุดตัน

4. กลุ่มอาการจากหลอดเลือด posterior inferior cerebellar artery (PICA) ตีบและอุดตัน

อาการที่พบในกรณีมีการอุดกั้นเฉพาะแขนงด้านนอกจะมีอาการเวียนศีรษะเช่นกันแต่จะพบความผิดปกติของการใช้ระยะกระระยะ (dysmetria) หรือความผิดปกติในการทรงตัวของรยางค์ (limb ataxia) บ่อยกว่า ความผิดปกติในการทรงตัวของลำตัว (truncal ataxia) (พรพจน์ ประภาอนันตชัยและสมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2557) หลอดเลือด PICA อุดตันอาจทำให้เกิด Wallenberg's (lateral medullary infarction) ได้ (แต่ส่วนใหญ่กลุ่มอาการนี้จะเกิดจากหลอดเลือด intracranial vertebral artery อุดตันมากกว่า) (Patten, 1996; พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

### 5. กลุ่มอาการ anterior inferior cerebellar artery (AICA) ตีบและอุดตัน

การอุดกั้นของหลอดเลือด anterior cerebral พบได้ไม่บ่อยนัก จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของขาซีกตรงข้าม โดยไม่มีอาการอ่อนแรงของ หน้าหรือแขน บางครั้งจะมีการสูญเสียความรู้สึกของขาซีกตรงข้ามร่วมด้วย ถ้าสมองซีกที่ขาดเลือดจากการอุดกั้นของหลอดเลือด anterior

cerebral เป็นสมองซีกเด่น (dominant hemisphere) อาจมีอาการสูญเสียการสื่อสารแบบ transcortical motor aphasia ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง พุดน้อย ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง (abulia, akinetic mutism) (พรพจน์ ประภาอนันตชัยและสมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2557) ลักษณะเฉพาะของ ACA infarction คือ แขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรงโดยขาอ่อนแรงมากกว่าแขน (Toole, 1999; พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 6. กลุ่มอาการ superior cerebellar artery (SCA) ตีบและอุดตัน

ทำให้พบอาการความผิดปกติของการใช้ร่างกายครึ่งซีก (limb dysmetria) ในการออกันเฉพาะแขนงด้านนอกของหลอดเลือด SCA แต่จะพบความผิดปกติในการทรงตัวของลำตัว (truncal ataxia) ในการออกันเฉพาะแขนงด้านในของหลอดเลือด SCA รอยโรคจะอยู่ที่สมองน้อยส่วนด้านบน (dorsal cerebellum) และบางส่วนของก้านสมอง ผู้ป่วยอาจมีอาการเวียนหัว (พรพจน์ ประภาอนันตชัยและสมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2557) ตรวจร่างกายจะพบตากระตุกแกว่ง Horner's syndrome ด้านเดียวกับรอยโรค ร่างกายฝั่งตรงข้ามอาจพบอาการสั่น (intention tremor) (Patten, 1996; พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 7. Weber's syndrome (basal infarction at midbrain)

ตำแหน่งเกิดจากที่หลอดเลือด penetrating branches ของ posterior cerebral artery (PCA) อุดตันทำให้เกิดรอยโรคที่ cerebral peduncle ส่วนตรงกลาง (medial) ผู้ป่วยจะมีแขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรง หนึ่งตาตก รูม่านตาขยายและพบกลอกตาไม่ได้ (oculomotor paresis) ด้านเดียวกับรอยโรค (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 8. Benedikt's syndrome (Paramedian basal infarction at midbrain)

ตำแหน่งจะอยู่ที่ mesencephalic tegmentum เกิดการอุดตันของ penetrating branches (paramedian branch) ของ PCA ผู้ป่วยจะมีอาการกลอกตาไม่ได้ รูม่านตาขยายด้านเดียวกับรอยโรค พบความผิดปกติในการเคลื่อนไหวนอกอำนาจใจด้านตรงข้ามกับรอยโรค (contralateral involuntary movements ได้แก่ อาการสั่นในขณะที่จะทำการ hemiathetosis หรือ hemichorea) (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 9. Claude's syndrome

ตำแหน่งรอยโรคที่ค่อนข้างไปทางด้านหลัง (dorsal) ของ midbrain tegmentum ซึ่งมี red nucleus ส่วนด้านหลัง ผู้ป่วยจะมี cerebellar signs เด่น โดยไม่พบการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ อาจพบการกลอกตาไม่ได้ร่วมด้วย (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 10. Nothnagel's syndrome (dorsolateral infarction at midbrain)

ทำให้พบกล้ามเนื้อเสียสหการด้านเดียวกับรอยโรค (ipsilateral ataxia) เนื่องจากมีรอยโรคที่ superior cerebellar peduncle และกลอกตาต้านเดียวกับรอยโรคไม่ได้ (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 11. Parinaud's syndrome

ตรวจพบ supranuclear paresis ของ eye elevation ผิดปกติในการเบนเข้าหากันของตา (defective convergence) ตากระตุกแกว่งขณะมองขึ้นบนเป็นลักษณะ convergence-retraction nystagmus, light-near dissociation หนังตาร่น (lid retraction) skew deviation (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 12. Top of the basilar syndrome

ตำแหน่งรอยโรคจะอยู่ที่ midbrain, thalamus และบางส่วนของ temporal และ occipital lobes เกิดจากส่วนบนสุดของหลอดเลือด basilar artery อุดตัน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ซึม ประสาทหลอน ความจำแย่งลง สับสน วุ่นวาย ตรวจพบการกลอกตาขึ้นบนหรือลงล่างด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้งสองด้านผิดปกติ (unilateral or bilateral paralysis of upward or downward gaze) ไม่สามารถเบนตาเข้าหากัน (impaired convergence), pseudoabducens palsy, convergence-retraction nystagmus, collier's sign (หนังตาบนยกและหดขึ้นไป) skew deviation, oscillatory eye movements อาจพบลานสายตาคิดปกติแบบตาบอดครึ่งซีกหรือตาบอดทั้ง 2 ข้าง (total blindness) (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 13. Lock-in syndrome

ตำแหน่งรอยโรคจะอยู่ที่ pons ทั้ง 2 ข้าง (Bilateral ventral pons) ผู้ป่วยจะขยับแขนขาไม่ได้ (quadriplegia) เสียงหาย (aphonia) กลอกตาแนวราบไม่ได้ (impairment of horizontal eye movement) แต่สามารถมองขึ้นบนและกระพริบตาได้และผู้ป่วยยังรู้ตัว ตื่นหลับได้ (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 14. Lateral inferior pontine syndrome

ตำแหน่งส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือด AICA อุดตัน จะมีใบหน้าด้านเดียวกับรอยโรคไม่ขยับ (ipsilateral facial paralysis) ใบหน้าชา ไม่สามารถกลอกตาไปด้านที่มีรอยโรคได้ (paralysis of conjugate gaze to the side of lesion) อาจพบชาที่แขนขาลำตัวด้านตรงข้ามกับรอยโรค และพบตากระตุกแกว่งได้ (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 15. Medial inferior pontine syndrome

ตำแหน่งส่วนใหญ่เกิดจากการอุดตันของ paramedian branch ของหลอดเลือด basilar artery ผู้ป่วยไม่สามารถกลอกตาไปด้านที่มีรอยโรคได้ ตากระตุกแกว่ง abducens palsy

และภาวะกล้ามเนื้อเสียสหการ (ataxia) มีชาและอ่อนแรงที่ใบหน้าแขนขาด้านตรงข้าม การอุดตันที่ AICA อาจพบอาการของทั้ง 2 กลุ่มอาการทั้ง lateral and Medial inferior pontine syndrome (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 16. Lateral pontomedullary syndrome

สาเหตุเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือด vertebral artery อาการจะเหมือนใน Lateral inferior pontine syndrome ร่วมกับ Medial inferior pontine syndrome (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 17. Lateral superior pontine syndrome

สาเหตุเกิดจากการอุดตันที่ตำแหน่ง superior cerebellar artery (SCA) จะมีอาการ horner's syndrome ด้านเดียวกับรอยโรค ตากระตุกแกว่งแนวราบ กรอกตาได้จำกัด (paresis of conjugate gaze) ภาวะกล้ามเนื้อเสียสหการ (ataxia) ของแขนขาและขาที่ร่างกายฝั่งตรงข้าม อาจพบ skew deviation (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 18. Lateral medullary syndrome (Wallenberg's syndrome)

สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือด intracranial vertebral artery หรืออาจเกิดจากการอุดตันที่ PICA จะมีอาการเวียนหัว horner's syndrome ซา ใบหน้าด้านเดียวกับรอยโรค แต่ชาลำตัวด้านตรงข้าม กลืนลำบาก พูดไม่ชัดและภาวะกล้ามเนื้อเสียสหการ (ataxia) (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 19. Medial medullary syndrome (Dejerine syndrome)

สาเหตุเกิดจากหลอดเลือด vertebral artery ส่วนปลายอุดตัน ซึ่งพบไม่บ่อย จะมีกล้ามเนื้อลิ้นด้านเดียวกับรอยโรคอ่อนแรงและแขนขาตรงข้ามอ่อนแรง ร่วมกับชาลำตัวด้านตรงข้าม (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 20. Total unilateral medullary syndrome (of Babinski-Nageotte)

สาเหตุเกิดจากหลอดเลือด intracranial vertebral artery อุดตัน จะพบอาการร่วมกันของ lateral and medial medullary syndrome (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### 21. Posterior cerebral artery syndrome

อาการและอาการแสดงของผู้ที่มีหลอดเลือด PCA อุดตัน จะมีความหลากหลายขึ้นกับตำแหน่ง แขนงที่อุดตัน รวมทั้งขึ้นกับว่ามีหลอดเลือดทางเบี่ยงหรือไม่ ในกรณีที่มียโรคสมองจาก hemispheric branches ทั้ง 2 ข้างของ PCA อาจทำให้มีอาการตาบอดครึ่งซีกทั้ง 2 ข้าง (bilateral homonymous hemiamopia) ถ้ามีรอยโรคที่ occipital หรือ occipito-parietal lobes ทั้ง 2 ข้าง ทำให้เกิด cortical blindness (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

## การรักษา

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดแบ่งเป็น (ปิยะวรรณ เขียวระนะกุล, 2555)

1. การรักษาในระยะเฉียบพลัน
2. การรักษาในระยะยาวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ
3. การฟื้นฟูสภาพ

### 1. การรักษาในระยะเฉียบพลัน

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 7 วันซึ่งแนวทางการดูแลรักษาขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ระยะเวลาที่เกิดอาการก่อนมารับการรักษาความรุนแรงของความพิการ ความรุนแรงของภาวะสมองขาดเลือด ภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาท

1.1 การให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะสมองขาดเลือดเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง โดย Thromboembolism หรือ thrombus การใช้ thrombolytic agents ได้แก่ recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) เพื่อละลายลิ่มเลือดในระยะเริ่มแรก จึงเป็นการรักษาที่มีประโยชน์ ในปัจจุบันพบว่า การให้ rt-PA ทางหลอดเลือดดำภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดสมองขาดเลือด โดยให้ยาในขนาด 0.9 มก./กก. ร้อยละ 10 ของขนาดยาทั้งหมดฉีดเข้าหลอดเลือดดำทันทีโดยใช้เวลา 1 นาที ส่วนที่เหลือหยดเข้าหลอดเลือดดำเป็นเวลา 60 นาที จะสามารถลดอัตราความพิการได้ รวมทั้งผลที่ได้ก็จะดีขึ้นถ้าให้ rt-PA ภายใน 90 นาที ผลข้างเคียงที่สำคัญของการรักษานี้คือ การเกิดเลือดออกในสมองจนอาจทำให้อาการแย่ลง

นอกจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำแล้ว อาจให้ยาโดยการฉีดเข้าบริเวณที่มีการอุดตันโดยตรงผ่านทาง selective angiography ในบางสถาบันอาจเลือกการรักษาทั้ง 2 อย่างร่วมกันโดยการให้ยาทางหลอดเลือดดำก่อนและให้ยาทางหลอดเลือดแดงเพิ่มเติม (นิจศรี ชาญณรงค์, 2556)

### 1.2 ยาต้านเกล็ดเลือด (anti-platelet Drugs)

การให้ยากลุ่ม antiplatelet ได้แก่ aspirin การให้ยาในขนาด 160-300 มก. ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันภายใน 48 ชั่วโมงพบว่าได้ผลดี

การให้ยา aspirin ร่วมกับ clopidogrel อาจมีประโยชน์ในผู้ที่มีสมองขาดเลือดที่อาการไม่รุนแรงหรือ TIA ที่เกิดจากการตีบของหลอดเลือด carotid บริเวณคอหรือหลอดเลือดใหญ่ในสมองที่มีหลักฐานว่าลิ่มเลือดหลุดมาในสมอง (microembolism) โดยให้การรักษาใน 7 วันแรก อย่างไรก็ตาม การให้ยา 2 ชนิดในระยะยาวอาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกได้เพิ่มขึ้น (นิจศรี ชาญณรงค์ , 2556)



### 1.3 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anti-coagulants)

ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ heparin, low molecular weight heparin (LMWH) ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยทั่วไป แต่พบว่ายาในกลุ่มนี้อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยบางกลุ่ม วัตถุประสงค์ของการให้เพื่อป้องกันไม่ให้สมองขาดเลือดซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดจากลิ่มเลือดหัวใจที่มีความเสี่ยงสูง อาจพิจารณาให้ heparin หรือ LMWH ในช่วงแรก ก่อนที่จะเปลี่ยนเป็น warfarin หรือ anticoagulant ที่ใช้รับประทานชนิดอื่น

นอกจากนี้ยังพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ dissection ของหลอดเลือดบริเวณคอ หรือผู้ป่วยที่มีอาการแยลง (progressive stroke) โดยมีสาเหตุมาจากการตีบของหลอดเลือดใหญ่ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2556)

## 2. การรักษาระยะยาวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

นอกจากการรักษาที่เฉพาะเจาะจงแล้ว การดูแลสภาวะทั่วไปของผู้ป่วยสมองขาดเลือด ในระยะเฉียบพลันก็มีความสำคัญเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรครวมสมองตายเพิ่มมากขึ้น การรักษาได้แก่

2.1 การรักษาความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดมักมีความดันโลหิตสูง อยู่และในระยะเฉียบพลัน ร่างกายจะมีกลไกเพื่อเพิ่ม cerebral blood flow ส่งผลให้ความดันโลหิต สูงขึ้นอีก การลดความดันโลหิตจะทำให้ cerebral blood flow ลดลง ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อสมอง ส่วนที่มีการขาดเลือด ในผู้ที่มีสมองขาดเลือดถ้าความดันโลหิตสูงกว่า 220/120 มม.ปรอท หรือใน ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้ยาละลายลิ่มเลือด แต่ความดันโลหิตสูงกว่า 185/110 มม.ปรอท จำเป็นต้องให้ ยาลดความดันโลหิต อาจใช้ Labetalol หรือ Nicardipine ทางหลอดเลือดดำ ในทางตรงข้าม ควร ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำเกินไป และถ้าความดันโลหิตลดลงควรรีบหาสาเหตุและให้การ รักษา

2.2 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้สารอาหารอย่างพอเพียง การให้ สารน้ำจะมีประโยชน์โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแห้งน้ำร่วมด้วย แต่อย่างไรก็ตามต้องระวังในผู้ป่วยที่มี สมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างเพราะการให้สารน้ำมากเกินไป อาจทำให้เกิดสมองบวมมากขึ้นจน เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือแม้แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะ heart failure นอกจากนี้การดูแลเรื่อง electrolyte และการให้อาหารก็เป็นสิ่งสำคัญ

2.3 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การศึกษาพบว่าการมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จะทำให้เกิด tissue acidosis มากขึ้น และอาจทำให้อาการของโรคหลอดเลือดสมองแยลง ถ้าระดับ น้ำตาลในเลือดสูงพิจารณาให้ฉีดอินซูลิน

2.4 การควบคุมอุณหภูมิของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีไข้ควรรีบให้การรักษาและหาสาเหตุ เนื่องจากไข้สูงจะทำให้สมองขาดเลือดแยลง

### การป้องกัน และรักษาโรคแทรกซ้อน (นิจศรี ชาญณรงค์, 2556)

1. ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ได้แก่ สมองบวมจะเป็นอันตรายกรณีที่มีสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ มักเกิดหลัง 24-48 ชั่วโมง ควรป้องกันโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยความระมัดระวัง เพื่อไม่ให้มีการกด jugular vein และป้องกันไม่ให้มีการคั่ง CO<sub>2</sub> ในกรณีที่เป็น cerebellar infarction ขนาดใหญ่ เมื่อมีการบวมอาจกด brainstem หรือกรณี middle cerebral artery stroke ที่มีขนาดใหญ่อาจต้องทำการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาชีวิตและลดความพิการของผู้ป่วยตั้งแต่วะยะในระยะแรก

hemorrhagic infarction คือ การมีเลือดออกซ้ำในบริเวณที่มีสมองขาดเลือดอยู่เดิม พบในสมองขาดเลือดขนาดใหญ่เช่นเดียวกับสมองบวม ถ้าเกิด hemorrhagic infarction แล้วทำให้มีการเลื่อนของสมอง ให้รักษาเช่นเดียวกับการมีสมองบวมและจะต้องหยุดการให้ anticoagulant ทันที รวมทั้งให้ส่วนประกอบของเลือดหรือยาที่ช่วยแก้ไขภาวะการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ

2. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจพบ ได้แก่ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ การเกิดแผลกดทับควรให้การรักษาดูตามสาเหตุ

3. การรักษาโดยการผ่าตัด การผ่าตัดมีความจำเป็นในผู้ป่วยสมองขาดเลือด เช่น กรณีการรักษาสมองบวมโดยเฉพาะสมองขาดเลือดที่บริเวณ cerebellum สำหรับการขาดเลือดบริเวณ MCA ขนาดใหญ่ มีการศึกษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเป็นบริเวณกว้างตั้งแต่วะยะแรกก่อนที่จะมีภาวะสมองบวมในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้นและมีความพิการลดลง

ในผู้ป่วยที่มีภาวะ TIA หรือมีสมองขาดเลือดที่มีอาการรุนแรง ที่เป็นผลจาก internal carotid artery บริเวณคอมากกว่าร้อยละ 70 ควรพิจารณาทำ carotid endarterectomy ภายใน 2 สัปดาห์หลังการเกิดอาการ

#### รักษาสาเหตุ และป้องกันการเกิดซ้ำ

- ภายหลังจากการรักษาในระยะเฉียบพลัน การดูแลรักษาระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสมองขาดเลือด การทำกายภาพบำบัดจะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในกรณีที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมและช่วยเหลือตนเองได้ นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องรักษาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย ได้แก่ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2556)

- การลดความดันโลหิต ผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดควรมีความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท

- การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะ LDL เป็นสาเหตุที่สำคัญของ atherosclerosis

- ในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน ควรควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสม

- ควรงดสูบบุหรี่ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดบุหรี่เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

### 3. การฟื้นฟูสภาพ

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ การฟื้นฟูสภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นเนื่องจากจะช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองและกล้ามเนื้อ ลดความพิการซ้ำซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงานและเข้าสังคม ดังนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพควรร่วมมือกันตั้งแต่ในระยะแรกที่ยังผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อที่จะประเมินวางแผนและให้การฟื้นฟู รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลรักษาและการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

#### ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ป่วย

ผลจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นกับระบบประสาทสมอง ซึ่งเป็นระบบสั่งการการทำงานของร่างกาย มีผลให้ระบบการทำงานของร่างกายผิดปกติ นอกจากผู้ป่วยจะมีความผิดปกติแบบฉับพลัน โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดความบกพร่องทางร่างกาย ขึ้นกับตำแหน่งของเนื้อเยื่อสมองที่ถูกทำลาย (พรภัทร ธรรมสโรช, 2552) และความรุนแรงของการถูกทำลาย ซึ่งอาการทางสมองจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้มีความก้าวหน้า การรักษาโรคมะเร็งมีการพัฒนามากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่มายน้อยเพียงใดแล้วแต่ตำแหน่งและชนิดของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะบอกรู้สึกแขนขาหนักขึ้น เคลื่อนไหวลำบาก สูญเสียการทรงตัว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อมากขึ้นหรือลดลงทำให้เหยียดแขนขาลำบาก ผู้ป่วยบางรายจะสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายด้านที่เป็นอัมพาต มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด การเคี้ยว การกลืน ความพิการที่หลงเหลืออยู่นี้เป็นปัญหาระยะยาวที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอาจสรุปได้เป็น

1. ด้านร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่เกิดขึ้น ปัญหาที่พบผู้ป่วยมีดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

1.1 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในส่วนของเมดัลลา สมองส่วนหน้า เปลือกสมองหรือสมองน้อย ซึ่งผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไปโดยในระยะแรกกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก ผู้ป่วยจะรู้สึกแขนขาหนักขึ้น การเคลื่อนไหวลำบากหรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย อาการที่เกิดขึ้นนี้จะอยู่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดในสมอง หลังจากนั้นเมื่อผ่านระยะอ่อนปวกเปียกจะเกิดอาการเกร็ง โดยจะเกิดการงอของข้อมือ ข้อศอก นิ้วมือกำแน่นข้อสะโพกกางออก ข้อเข้าจะงอและนิ้วเท้าจะงอเข้า (อรฉัตร โทษยานนท์, 2539; Kernich, 2001) ถ้าอาการเกร็งอยู่นานจะทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดของข้อต่างๆ สูญเสียหน้าที่ ซึ่งจะทำให้ข้อต่างๆ เหยียดลำบาก การเคลื่อนไหวของแขนขาด้านที่มีอาการจึงลำบาก

1.2 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและภาษา เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกเด่น โดยความผิดปกติที่พบมี 3 ลักษณะ (พัสมณฑท์ คุ่มทวีพร, ธิดาทิพย์ ชัยศรี และ ธัญลักษณ์ โอโบ อ้อม, 2541; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) คือ

- ความบกพร่องในการสื่อภาษาเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในส่วนสมองที่มีประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (Expressive aphasia) เพื่อสร้างเป็นคำพูดออกมาซึ่งบริเวณนี้เรียกว่า บริเวณโบวคา (Broca's area) นอกจากนี้ สมองส่วนนี้ยังควบคุมการเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ขากรรไกร ลิ้น เพดานอ่อนและสายเสียงได้ ลักษณะของผู้ป่วยคือ มีบกพร่องในเรื่องการพูด การเขียนหนังสือแต่สามารถเข้าใจคำพูดของผู้อื่น รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไรแต่พูดไม่ได้

- ความบกพร่องในการสื่อภาษาเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในส่วนสมองที่มีประสาทรับความรู้สึกและการเลือกคำพูด (receptive aphasia) ซึ่งทำหน้าที่แปลความหมายของสิ่งที่มองเห็นและได้ยิน ซึ่งอยู่บริเวณที่เรียกว่าบริเวณเวอร์นิเค (Wernicke's area) นอกจากนี้บริเวณเวอร์นิเค ยังเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการแปลผลการได้ยินและการมองเห็นด้วย ลักษณะของผู้ป่วยคือ มีความบกพร่องด้านการฟัง การเข้าใจคำพูดและการอ่านหนังสือ ผู้ป่วยสามารถพูดได้เป็นคำๆ แต่จับใจความไม่ได้

- ความบกพร่องในการสื่อภาษาเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในส่วนสมองที่มีประสาทแปลความรู้สึกทั่วไปของสมองข้างที่เด่น (expressive receptive aphasia or global aphasia) พบได้บริเวณที่บรรจบกันของสมองกลีบพอนทัล (frontal lobe) สมองกลีบพาไรเอทัล (parietal lobe) และสมองกลีบออกซิพิทัล (occipital lobe) ลักษณะของผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณนี้จะมีความบกพร่องร่วมกันทั้งด้านการรับรู้และการแสดงออกทางภาษาด้วยความรุนแรงที่เท่าเทียมกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูดได้ลำบาก รวมทั้งมีปัญหาในการฟังหรือความเข้าใจคำพูดของผู้อื่น

1.3 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่เกี่ยวกับการกลืนซึ่งเป็นการทำงานของเส้นประสาทหลายเส้นประกอบกัน เกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10, 12 ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการกลืนการเคลื่อนไหวของลิ้น ความผิดปกติของเส้นประสาทเหล่านี้จะทำให้ริมฝีปากของผู้ป่วยปิดแน่นไม่สนิท การเคี้ยวอาหารจึงบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถกวัดอาหารไปในทิศทางต่างๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก (Kernich, 2001) ยิ่งเพดานอ่อนแรงไม่สามารถเคลื่อนปิดผนังคอหอยได้ จะทำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืนซึ่งพบได้ร้อยละ 50 (อรฉัตร โศษยานนท์, 2539) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมดอันเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุลย์หรือเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาอันจะส่งผลให้ผิวหนังของผู้ป่วยถูกทำลายได้ง่ายขึ้น เป็นต้นว่าอาจเกิดแผลกดทับหรือบวมตามมา

1.4 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองกลีบพาริเทัล (parietal lobe) โดยเฉพาะในสมองซีกไม่เด่น ความผิดปกติพบบ่อยได้แก่

- การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงแกด ความร้อน ความเย็น ความผิดปกติอาจเกิดขึ้นอย่างเดี่ยวหรือหลายอย่างรวมกันก็ได้ ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้หรือบอกไม่ถูก บอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดไม่ได้ ผู้ป่วยจะละเลยการเคลื่อนไหวด้านที่มีอาการซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ง่ายเพราะกว่าร่างกายจะรู้และมีปฏิกิริยาโต้ตอบสิ่งที่เป็นอันตรายนั้น ร่างกายอาจได้รับอันตรายแล้ว

- มีความบกพร่องในการรับรู้ตนเองและความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะขาดการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของตนเองและขาดความสนใจต่อความพิการหรือความเจ็บป่วยของร่างกายที่เกิดขึ้นที่เรียกว่า anosognosia คือไม่รับรู้สภาพปกติของร่างกายและปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเองและละเลยร่างกายที่มีความพิการ (Kernich, 2001; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการปรับท่า การกระเษะทางการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้

- การรับรู้ต่อเวลา บุคคลและสถานที่ผิดไป ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

- การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติที่พบบ่อยคือ ตาบอดครึ่งซีกข้างเดียวกันทั้งสองตา (homonymous hemianopia) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็นอัมพาต เกิดการละเลยไม่สนใจสิ่งแวดล้อมด้านที่เป็นอัมพาตและบางครั้งอาจไม่รับรู้ในสิ่งที่มองเห็น ผู้ป่วยจะเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและยังเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางคนอาจมีความผิดปกติในลักษณะที่มองเห็นภาพซ้อน เนื่องจากมีความบกพร่องของเส้นประสาทคู่ที่ 3, 4 และ 6 ทำให้เกิดการประสานงานของกล้ามเนื้อตาทั้งสองข้าง ไม่สามารถรอกตาไปในทิศทางที่สอดคล้องกันได้ตามปกติจึงเกิดภาพซ้อนซึ่งจะมีผลต่อความสมดุล การนั่งและการยืน (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

- มีความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาที่พบบ่อยคือ การสูญเสียความทรงจำ อาจเป็นการสูญเสียความทรงจำที่เพิ่งผ่านไปซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองกลีบเทมโพล (temporal lobe) หรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมาซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมองทั้งสองข้าง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการแก้ไข้ปัญหา ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจง่าย ความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผลและจินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริง (Hickey & Hock, 2003) ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ทั้งหมดจึงเป็นการยากที่จะเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่

ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ซ้ำซาก ไม่สามารถใช้สิ่งต่างๆ ได้ตามปกติที่เคยใช้มาก่อน ตลอดจนไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันและไม่สามารถหลบหลีกอันตรายต่างๆ ได้

1.5 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ซึ่งพบได้บ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะแรก ซึ่งความผิดปกติที่พบได้บ่อยคือ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่และความผิดปกติในการกลั้นปัสสาวะนี้พบว่า เป็นปัจจัยสัมพันธ์กับการฟื้นตัวภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Tilling, Sterne, Rudd, Glass, Wityk & Wolfe, 2001) อย่างไรก็ตามเมื่อติดตามผู้ป่วยเรื่อยๆ ที่ระยะ 3 เดือนพบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 29 ที่มีอาการผิดปกตินี้และลดลงเหลือร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยที่ยังกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หลังจากเกิดโรคไปแล้ว 1 ปี (อรฉัตร โทษยานนท์, 2544) สาเหตุของความผิดปกติของการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ มักจะเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกับผลของโรคในสมองโดยเฉพาะที่บริเวณสมองส่วนพอนทัล (frontal lobe) อาจทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ขณะที่โรคบริเวณก้านสมองส่วนพอน (pons) อาจทำให้มีอาการตึงตัวของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้มีความจุลดลง นอกจากนี้อาจเกิดปัญหาการไม่ประสานงานกันระหว่างกล้ามเนื้อหูรูด (sphincter) กับกล้ามเนื้อหูรูดเซออร์ (detrusor) ผู้ป่วยบางรายซึ่งสูงอายุ อาจมีปัญหาต่อมลูกหมากโต มีการตีบของท่อปัสสาวะหรือกระเพาะปัสสาวะทำงานไม่ปกติอยู่แล้ว ก็จะทำให้มีอาการได้มากขึ้น นอกจากนี้การได้รับยาบางชนิดจะทำให้เกิดปัญหามากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มยาต้านภาวะซึมเศร้า (tricyclic antidepressant) (นิจศรีชาญณรงค์, 2545) ส่วนความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการท้องผูกจากการรับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอหรือจากความพิการที่เกิดขึ้น ทำให้เคลื่อนไหวร่างกายไม่ค่อยได้หรือกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนกำลังลงและไม่สามารถบอกให้ทราบว่าการถ่ายอุจจาระได้

1.6 มีความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70 มีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านเพศสัมพันธ์ (อรฉัตร โทษยานนท์, 2539) ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากสาเหตุด้านร่างกายเองเช่น ร่างกายเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรงและประกอบกับภาวะอารมณ์ผันผวนทางจิตใจ อารมณ์จะพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัวในเพศชายและไม่ถึงจุดสุดยอดในผู้หญิงและความผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจมีสาเหตุมาจากยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่เป็นต้นว่ายาลดความดันโลหิตซึ่งจะก่อให้เกิดความผิดปกติขององคชาติโดยเฉพาะในผู้ชาย

2. ผลกระทบด้านจิตใจ จากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกายก่อให้เกิดความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ได้ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์และการแสดงบทบาทหน้าที่ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

2.1 ความเครียด (stress) เป็นอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดและเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ใน 2-3 นาทีหรือชั่วโมง และเมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤตนี้ ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่และต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้นได้ จากการศึกษาของปราณี มิ่งขวัญ (2542) ที่ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งระยะแรกและระยะหลังยังคงมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ เกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ความร่วมมือต่อแผนการรักษาของแพทย์ลดลงและขาดความสนใจในการดูแลตนเอง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

2.2 ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่มีสาเหตุมาจากความพิการของร่างกาย การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นอิสระ รวมถึงการสูญเสียหน้าที่ของสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ (Gillen, Tennen, & McKee, 2001) อาการที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง แยกตัว ไร้อารมณ์ ไม่ร่วมมือ

2.3 ความกลัว (fear) ซึ่งแสดงออกมาในลักษณะกลัวพิการ กลัวสูญเสียภาพลักษณ์ กลัวทุกข์ทรมาน กลัวกลับเป็นซ้ำ กลัวถูกทอดทิ้งและกลัวตาย ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.4 ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นปฏิกิริยาของมนุษย์เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่มีความแน่นอนทำให้เกิดภาวะกดดัน ทำให้ไม่สบายใจ หวาดหวั่น กลัวล่วงหน้าในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง (ซอลดา พันธุเสนา, 2536)

2.5 ความรู้สึกสูญเสีย ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากผู้ป่วยเกิดความตระหนักเกี่ยวกับภาวะที่สูญเสียหน้าที่มากขึ้นเช่น การสูญเสียหน้าที่ของแขนขา

3. ปัจจัยทางด้านสังคม มนุษย์ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตลอดจนต้องการความรักและการยอมรับจากสมาชิกอื่นในสังคม

3.1 การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยและญาติในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นในรูปการห่างเหิน สาเหตุจากอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติ

3.2 การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางสังคม

3.3 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว การเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการส่งผลกระทบต่อบทบาทให้เปลี่ยนแปลงไป

3.4 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม เมื่อต้องดำรงชีวิตที่เหลือกับความพิการ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวหรือชุมชนได้

4. เศรษฐกิจ รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าในแต่ละปีประเทศต่างๆ จะเสียค่าใช้จ่ายกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางตรงและทางอ้อมค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับโรคอื่นๆ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555)

5. สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปลอดภัย ถ้าหากผู้ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวย

#### ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ดูแล

ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่ออยู่ที่บ้าน คือ ญาติผู้ดูแล (family caregivers) ซึ่งหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือรางวัล (McLennon, Habermann & Davis, 2010) อาจเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร ญาติ พี่น้องหรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น สามี ภรรยา (Nir et al., 2009) ซึ่งอาจเป็นบุคคลเดียวหรือหลายบุคคลร่วมแบ่งปันบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลกระทบที่มักเกิดกับผู้ดูแล ได้แก่

1. ด้านจิตใจ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกะทันหันมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแล ในช่วงเวลาหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 3 สัปดาห์จนถึง 3 เดือนผู้ดูแลจะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้ป่วย (Ski & O'Connell, 2007) จากการศึกษาของจิตราภรณ์ ขุนทอง (2555) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดตลอดระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการเฉียบพลันจนกระทั่งพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และในระยะยาว 3 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ด้านร่างกาย ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยต่อการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า ความเครียดและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลทหารผ่านศึกในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีระดับความเครียดสูงคือ กลุ่มญาติที่มีจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับตอนกลางคืนเพียง 1-5 ชั่วโมงต่อวันคิดเป็นร้อยละ 20.5 และใช้เวลาเพื่อให้หลับมากกว่า 30 นาที โดยร้อยละ 52 ระบุว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับต่ำ และกลุ่มญาติผู้ดูแลที่มีการตื่นในเวลากลางคืนบ่อยมีระดับความเหนื่อยล้าสูง ปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลโดยพบว่าร้อยละ 57 มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 20 ปวดศีรษะ (Rittman, Hinojosa & Findley, 2009)

3. ด้านสังคม ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีกิจกรรมในการพึ่งพาญาติผู้ดูแลส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกขาดความเป็นอิสระ ไม่ได้พบปะสังสรรค์กับบุคคลต่างๆ ในสังคม ทำให้ไม่สามารถปลีกตัวจากการดูแลผู้ป่วยเพื่อไปร่วมกิจกรรมต่างๆ อย่างที่เคยปฏิบัติมา (ศรันยา แสงมณี, มณี อาภานันท์ทิกุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2555)

4. ด้านเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยและความพิการที่เกิดขึ้นมีผลต่อสภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีรายได้ลดลงเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ ญาติผู้ดูแลต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย แต่มีรายจ่ายของครอบครัวเพิ่มขึ้น (Ski & O'Connell, 2007)



5. ด้านจิตวิญญาณ ญาติผู้ดูแลบางรายใช้ความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณเป็นตัวช่วยในการตัดสินใจเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามความเชื่อของตนเอง เช่น การพึ่งพาสีงศักดิ์สิทธิ์ การใช้สมุนไพร การประคบร้อน การนวด (นิลรัตน์ วิชาภิชาติ, 2543)

#### ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองถือเป็นเป้าหมายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลจะมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือโดยพยายามให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด คอยช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเพื่อเป็นการลดภาระของครอบครัว

#### ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ชวลี แยมวงษ์ (2538) และประไพพรรณ จิรันธร (2547) ได้ให้ความหมายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่คล้ายคลึงกัน หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ทุกคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล อาบน้ำ แต่งตัว ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ การใช้สุขา การเดินและการเคลื่อนย้าย

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2544) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันของบุคคลได้ด้วยตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ กิจกรรมในชีวิตประจำวันพื้นฐาน (basic activity of daily living) ได้แก่ 1) ความสามารถในการแต่งตัว การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำหรือการอาบน้ำ และการดูแลความสะอาดของร่างกาย โดยเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตและมีความเป็นอิสระสามารถปฏิบัติได้ภายในบ้าน 2) กิจกรรมในชีวิตประจำวันต่อเนื่อง (extended or instrumental activity of daily living) เช่น การไปจ่ายตลาด ความสามารถในการประกอบอาหาร ความสามารถในการใช้บริการขนส่งสาธารณะ

สถาบันประสาทวิทยา (2554) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แนวคิดของ Barthel & Mahoney (1965) หมายถึง กิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรมคือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหิวผม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น

จรรยา สันตยากร (2555) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลกระทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอน ซึ่งผู้ป่วยที่อ่อน

แรงกระตุ้นต้องเรียนรู้การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เหล่านี้ด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและไม่เป็นภาระของผู้อื่น

Hickey (2003) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลมีความต้องการในการประกอบกิจกรรมด้วยตนเองโดยอิสระให้สำเร็จในแต่ละวัน และเป็นกิจกรรมที่มีส่วนร่วมในสังคมได้แก่ การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การแต่งตัว การหิวผอม สุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย ความต้องการความปลอดภัย การติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

จากความหมายดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละวัน ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล 2) การอาบน้ำเช็ดตัว 3) การเคลื่อนย้าย 4) การเดิน 5) การแต่งตัว-สวมใส่เสื้อ 6) การรับประทานอาหาร 7) การใช้สุขาหรือกระโถน 8) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ 10) การขึ้นลงบันได โดยกิจกรรมส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นถึงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานด้วยตัวเองโดยอิสระภายในบ้าน

#### **การดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการรักษา จะมีผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยคือ ความพิการที่หลงเหลืออยู่ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือได้แต่ไม่สมบูรณ์ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ หรือผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) เป็นผู้รับผิดชอบ (ภาวิณี พรหมบุญ, นพวรรณ เปียชื่อ และสมนึก สกกุลหงส์โสภณ, 2557) โดยพยายามช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ พร้อมทั้งคอยสนับสนุน กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเองได้ตามระดับความสามารถ เพื่อเพิ่มกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น เพิ่มระดับความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547) ดังนั้นผู้ดูแลควรมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมได้ดังนี้

1. การรับประทานอาหาร ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเอง กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวสามารถเคี้ยวหรือกลืนอาหารได้ (เพลินตา ศิริปการ, 2544)

เลือกอาหารที่ไม่ต้องเคี้ยวมากและง่ายต่อการกลืน ลักษณะอาหารควรอ่อนนุ่มจัดเป็นคำๆ ควรใส่อาหารข้างที่ไม่อ่อนแรง และการดื่มน้ำ ควรดื่มน้ำโดยใช้หลอดดูด เพื่อลดการสำลักและเป็นการช่วยบริหารกล้ามเนื้อหน้าและกล้ามเนื้อในการเคี้ยว

ควรจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบ เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร แต่ควรคำนึงถึงคุณค่าอาหาร และอาหารต้องไม่มีผลต่อโรคของผู้ป่วย

จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือศีรษะสูง 45 องศา ขณะรับประทานอาหารและหลังรับประทานอาหาร อย่างน้อย 30-60 นาที

จัดวางอาหารตรงหน้าผู้ป่วยและให้อยู่ในลานสายตาของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารด้วยตนเองก่อน แล้วจึงช่วยป้อนอาหารให้แก่ผู้ป่วยจนเพียงพอ

จัดหาอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น จัดหาช้อน ด้ามยาว จาน แก้วน้ำที่ไม่แตกง่าย ทำหลุมวางภาชนะบนโต๊ะหรือถาดที่มีขอบ

จัดให้ผู้ป่วยได้ร่วมรับประทานอาหารกับสมาชิกคนอื่นๆ ในบ้านและไม่เร่งรัดผู้ป่วยในการเคี้ยวและการกลืนอาหาร

2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด เป็นการรักษาความสะอาดและสุขวิทยาส่วนบุคคล ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ดูแลช่วยเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้กระทำด้วยตัวเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำความสะอาดให้ (ประไพพรรณ จิรินทร์, 2547)

การทำความสะอาดช่องปาก ด้วยวิธีแปรงฟันหรือบ้วนปาก เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อขจัดเศษอาหารและเชื้อโรครภายในช่องปาก ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้เอง มีโอกาสติดเชื้อในช่องปากได้ง่าย และอาจลุกลามไประบบทางเดินหายใจได้ ควรช่วยดูแลความสะอาดปากและฟันของผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนหรือทุกครั้งหลังอาหาร

ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยแปรงฟันเอง โดยคอยช่วยเหลือโดยคลี่ผ้าเช็ดตัวคลุมหน้าอก บีบยาสีฟันใส่แปรง นำแก้วน้ำและภาชนะรองรับน้ำมาไว้บ้วนปาก และกระตุ้นให้มีการแปรงฟันที่ถูกวิธี คือ วางแปรงทำมุม 45 องศา กับฟันและรอยต่อฟันกับเหงือกแล้วปิดลงสำหรับฟันบน และปิดขึ้นสำหรับฟันล่าง แปรงทีละซี่ ส่วนหน้าตัดของฟัน ให้วางแปรงบนหน้าตัดของฟันและถูไปมา หลังแปรงฟันบ้วนน้ำล้างปากให้สะอาด

3. การเคลื่อนย้าย การฝึกการเคลื่อนย้าย จะต้องเริ่มต้นเคลื่อนย้ายไปข้างที่ตีเสมอและจะต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือของผู้ดูแล ผู้ป่วยแต่ละรายจะฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายได้มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระดับความสามารถและกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยมีการฝึกที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และมีการเคลื่อนไหวต่างๆ ได้ดีขึ้น ซึ่ง Hirschberg Lewis & Vaughan, 1979 (อ้างถึงใน สุขล เกษรวันชัชวณานา, 2534) กล่าวว่า ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพ และสามารถดูแลตนเองได้ใช้เวลา 4 สัปดาห์ นอกจากนี้ภายหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพควรมีการติดตามหลังการจำหน่ายภายในเวลา 1 เดือน (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) จนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้และตัดสินใจที่ถูกต้อง การเคลื่อนย้ายสามารถฝึกได้ 2 แบบ คือ (น้อมจิตต์ นวลเนตร, 2544)

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงมาเก้าอี้โดยมีคนช่วย ผู้ดูแลจัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาที่ขอบเตียง ประสานนิ้วมือทั้งสองข้างเข้าด้วยกัน และใช้วงแขนโอบป่าผู้ดูแล ผู้ดูแลโน้มตัวไปข้างหน้ามากๆ โดยย่อเข่าลงและโอบมืออ้อมหลังผู้ป่วยให้ไกลที่สุด แล้วต่อจากนั้นดึงตัวผู้ป่วยให้โน้มมาข้างหน้า ทางไหล่ด้านใดด้านหนึ่งที่รู้สึกถนัด ผู้ดูแลเอนตัวไปข้างหลัง ใช้น้ำหนักตัวผู้ป่วยช่วยถ่วงไม่ให้หงายหลัง ดึงตัวผู้ป่วยเข้ามาหาผู้ดูแล พร้อมกับใช้เข่าดันเข้าของผู้ป่วยไว้ ผู้ดูแลสามารถหมุนตัวผู้ป่วยให้หันหลังเข้าหาเก้าอี้ได้ การช่วยให้ผู้ป่วยนั่งลงบนเก้าอี้ โดยผู้ดูแลค่อยๆผ่อนแรงยื่นเข้าในขณะที่ยังพยุงให้ตัวผู้ป่วยโน้มลงข้างหน้า ผู้ป่วยจะค่อยๆ ทรวดตัวลงสู่ที่นั่ง โดยก้นจะหย่อนลึกลงในเก้าอี้

การเคลื่อนย้ายโดยไม่ต้องมีคนช่วย ผู้ดูแลจัดเก้าอี้ตั้งฉากกับลำตัวให้ผู้ป่วยโน้มตัวไปข้างหน้ามากๆ ลงน้ำหนักบนเท้าทั้งสองข้าง วางมือข้างที่ปกติลงบนที่นอนใกล้ตัว พยุงตัวหมุนจนกระทั่งหันหลังเข้าหาเก้าอี้ ในระหว่างที่หมุนตัวอาจจะลงน้ำหนักขา ข้างที่ปกติชั่วคราวได้ในช่วงแรกๆ ที่ผู้ป่วยพยายามเคลื่อนย้าย ผู้ดูแลอาจช่วยโดยการใช้นิ้วของผู้ดูแลที่อยู่ทางหัวเตียงจับกางเกงด้านหลังของผู้ป่วยไว้ พร้อมกับใช้นิ้วอีกข้างหนึ่งประคองเหนือไหล่ข้างที่อ่อนแรง เพื่อคอยกันไม่ให้ผู้ป่วยทิ้งศีรษะและไหล่ไปข้างหลังในขณะที่ย่อนตัวลงนั่ง

#### 4. การใช้ห้องสุขา

การเคลื่อนย้ายตัวเองจากล้อเข็นไปยังโถส้วม วิธีการเคลื่อนย้ายตัวไปห้องสุขาผู้ป่วย จัดล้อเข็นหันหน้าเข้าหาโถส้วม ล้อคล้อรถเข็น ยกที่วางเท้าออก ใช้นิ้วข้างปกติจับราวเกาะข้างฝาผนัง หรือที่นั่งบนผนังโถส้วมส่วนที่ไกลจากตัวผู้ป่วย (หากไม่มีราวเกาะ) โน้มตัวไปด้านหน้า หมุนเท้าด้านปกติให้หันหลังอยู่ในลักษณะพร้อมที่จะนั่งบนโถส้วม สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ราวเกาะยึด ผู้ดูแลควรสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการถอดกางเกงก่อนลุกขึ้นจากล้อเข็น (อัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544)

การเคลื่อนตัวจากโถส้วมไปล้อเข็น หลังการขับถ่ายเสร็จเรียบร้อยแล้ว จัดล้อเข็นหันหน้าเข้าหาโถส้วม ห้ามล้อเข็น ยกที่วางเท้าขึ้น ในการลุกขึ้นยืน ให้ผู้ป่วยใช้นิ้วข้างปกติจับราวเกาะข้างผนัง หรือจับที่วางแขนของล้อเข็น (หากไม่มีราวเกาะ) โน้มศีรษะและลำตัวไปด้านหน้าวางน้ำหนักตัวที่มือและเท้าด้านปกติ ยืนขึ้น เปลี่ยนมือข้างปกติมาจับที่วางแขนอีกด้านหนึ่งของล้อเข็นหมุนตัวซ้ายๆ โดยการเคลื่อนเท้าปกติ จนกระทั่งด้านหลังของผู้ป่วยอยู่ในท่าพร้อมที่จะนั่ง จึงนั่งลงบนล้อเข็นอย่างช้าๆ ขณะผู้ป่วยนั่งโถส้วม กางเกงจะเลื่อนลงมาที่หน้าขา หากผู้ป่วยยืนกางเกงจะกองอยู่บนพื้น ผู้ดูแลควรสอนให้ผู้ป่วยใช้เท้าด้านติพิงผนัง แล้วมือข้างปกติจะสามารถจัดเสื่อกางเกงได้

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การเดิน ความสามารถในการเดินเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย การฝึกเดินในช่วงแรกควรฝึกเดินในราวคู่ขนานเมื่อผู้ป่วยเดินราวคู่ขนานมั่นคงแล้ว จึงฝึกเดินโดยใช้เครื่องช่วยในการเดินอาจจะเป็นไม้เท้าขาเดียวไม้เท้า 3 ขา โดยมีวิธีการเดินดังนี้ (อรฉัตร โตษยานนท์, 2539)

การฝึกหัดเดินด้วยไม้ 3 ขา หรือ 4 ขา ควรเริ่มหัดเดินด้วยไม้เท้า 3 ขา หรือ 4 ขา ก่อน เพราะสามารถรับน้ำหนักดีกว่าไม้เท้าขาเดียว และป้องกันการลื่นหกล้มได้ด้วย โดย

เริ่มต้น ผู้ป่วยยืนโดยเท้าทั้ง 2 ขนานกันและห่างกันประมาณ 6-8 นิ้วมือข้างดีถือไม้เท้าเปลี่ยนน้ำหนักลงขาทั้งสองข้าง

วางไม้เท้าให้อยู่ด้านหน้าของเท้าด้านดี ประมาณ 2-3 นิ้ว แล้วก้าวขาต้านอ่อนแรงไปด้านหน้าก่อนแล้วค่อย

ก้าวขาข้างที่ดีตามมา

การฝึกเดินด้วยไม้เท้าขาเดียว ผู้ป่วยใช้ไม้เท้า 3 ขา หรือ 4 ขา คล่องแล้วให้เริ่มฝึกใช้ไม้เท้าขาเดียว แต่ผู้ดูแลต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยแข็งแรงพอที่จะใช้ไม้เท้าขาเดียวและผู้ดูแลควรดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้

เริ่มต้นผู้ป่วยยืนกางขา เท้าห่างกัน 6-8 นิ้ว มือข้างดีถือไม้เท้า ยกไม้เท้าไปทางด้านหน้าประมาณ 6 นิ้ว จากนั้นเท้าด้านหน้าและห่างไปทางด้านข้างประมาณ 8 นิ้ว

เอนตัวไปทางด้านหน้าเล็กน้อยลงน้ำหนักตัวที่ไม้เท้าและที่เท้าข้างดี

ก้าวขาข้างอ่อนแรงไปด้านหน้า โดยให้วางเท้าในแนวเดียวกับไม้เท้าและวางน้ำหนักที่ไม้เท้าและขาข้างที่อ่อนแรง

จากนั้นก้าวขาดีไปข้างหน้า ลงน้ำหนักที่ข้างดี

ยกไม้เท้าออกไปด้านหน้า เหมือนเริ่มต้นท่าท่าเดิมซ้ำเมื่อผู้ป่วยก้าวเท้าได้คล่องแคล่วแล้ว อาจให้ผู้ป่วยเริ่มฝึกยกไม้เท้าออกไปด้านหน้า พร้อมกับก้าวขาต้านอ่อนแรงจากนั้นจึงก้าวเท้าดีตามและท่าท่าเดิมจนครบวงจรการเดิน

6. การสวมใส่เสื้อผ้า หมายถึงการสวมใส่เสื้อ กางเกง ถุงเท้า และรองเท้า ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นกิจวัตร และเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของแขนและขา ข้างหนึ่งของร่างกาย ซึ่งผู้ดูแลควรที่จะเอื้อและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองในกิจกรรมที่จำเป็นได้จึงควรแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แต่งกายด้วยตนเอง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544)

การสวมเสื้อที่ติดกระดุมด้านหน้าในผู้ป่วยที่มีการทรงตัวได้ดี ถ้าทรงตัวไม่ดีให้นั่งรถเข็น ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยวางเท้าข้างเตียงหรือเก้าอี้ จัดวางเสื้ออยู่บนตักโดยคลี่เสื้อออกให้ด้านในเสื้ออยู่ด้านบนและส่วนของชายเสื้อชิดลำตัว

การสวมเสื้อให้สวมแขนข้างที่อ่อนแรงก่อนโดยใช้มือข้างที่ดีจับแขนด้านที่อ่อนแรงสอดเข้าไปในแขนเสื้อด้านเดียวกัน หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่ดีดึงแขนเสื้อขึ้นจนถึงไหล่ แล้วพาดเสื้อไปด้านหลัง แล้วใช้มือข้างที่ดียื่นไปทางด้านหลังค่อยๆ ดึงเสื้อมาทางด้านหน้าพร้อมกับสอดมือเข้าไปในแขนเสื้อเพื่อสวมแขนข้างที่ดี ใช้มือข้างที่ดีดึงด้านหน้าของเสื้อเข้าหากัน แล้วติดกระดุม

การถอดเสื้อที่ติดกระดูกด้านหน้า ทำเช่นเดียวกันกับการสวมเสื้อที่ติดกระดูกด้านหน้าโดยเริ่มต้นด้วยการจัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้าวางข้างเตียงหรือนั่งเก้าอี้หรือรถเข็น ใช้มือข้างดีปลดกระดูกออก แล้วถอดเสื้อบริเวณไหล่ด้านที่อ่อนแรงออกดึงลงให้ถึงข้อศอก จากนั้นใช้มือข้างที่ดีจับขอบเสื้อด้านในด้านแขนที่ดี แล้วดึงเสื้อออกให้หลุดจากไหล่ด้านที่ดี แล้วดึงแขนข้างที่ดีให้ถอดออกจากแขนเสื้อ เมื่อถอดแขนเสื้อด้านที่ดีเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่ดี ถอดเสื้อออกจากแขนด้านที่อ่อนแรงของผู้ป่วย

การสวมกางเกง ใช้หลักเช่นเดียวกับการสวมเสื้อคือ เริ่มต้นด้วยการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง ห้อยเท้าวางเท้าบนพื้นข้างเตียง แล้วใช้มือข้างที่ดีจับขาข้างที่อ่อนแรงยกขึ้นมาวางทับขาข้างที่ดี แล้วจับกางเกงด้านในที่อยู่ด้านเดียวกันกับขาข้างที่อ่อนแรงให้พร้อมที่จะสวมใส่ในขาข้างที่อ่อนแรงวางพาดขาข้างที่ดีไว้ แล้วใช้มือข้างที่ดีดึงกางเกงขึ้นให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยให้เท้าข้างที่อ่อนแรงโผล่พ้นออกจากขากางเกง จากนั้นจับวางขาข้างที่อ่อนแรงลง หลังจากวางขาข้างที่อ่อนแรงสวมกางเกงลงเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้ป่วยจับขากางเกงแล้วใช้ขาข้างที่ดีสอดใส่ขากางเกงอีกข้างให้เรียบร้อยแล้วดึงกางเกงให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถยืนทรงตัวได้ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นยืนพิงข้างเตียงแล้วดึงกางเกงในทำขึ้นแล้วจัดสวมกางเกงให้เรียบร้อย ถ้าผู้ป่วยทรงตัวไม่ได้ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบบนเตียง แล้วพลิกตัวดึงกางเกงขึ้นทีละข้าง แล้วจัดสวมกางเกงให้เรียบร้อย หรืออาจใช้วิธีงอเข่าและสะโพกด้านที่ดีแล้วใช้ด้านที่ดีวางบนเตียง ดันตัวและสะโพกขึ้นพร้อมกับใช้มือข้างที่ดีดึงกางเกงขึ้นแล้วจัดสวมกางเกงให้เรียบร้อย

การถอดกางเกง ใช้หลักเดียวกันกับการถอดเสื้อ กล่าวคือต้องถอดกางเกงข้างที่ดีก่อนจึงจะมาถอดด้านที่อ่อนแรง ในกรณีที่ผู้ป่วยทรงตัวได้ไม่ดี ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบบนเตียง ปลดตะขอหรือกระดูก รูดซิป์ ดึงขอบกางเกงลงไปด้านล่างให้ได้มากที่สุด ใช้เท้าวางราบกับพื้นเตียง งอเข่าและสะโพก แล้วใช้เท้าดันยกตัวและสะโพกขึ้น พร้อมกับใช้มือข้างที่ดีดึงขอบกางเกงลง แล้วใช้มือดึงกางเกงออกจากขาข้างที่อ่อนแรง ถ้าผู้ป่วยมีการทรงตัวที่ดี สามารถยืนได้ก็ให้ผู้ป่วยถอดกางเกงในทำขึ้น หลังจากนั่งห้อยเท้าข้างเตียงและปลดตะขอ กระดุม และซิป์เรียบร้อยแล้ว

การสวมถุงเท้า จัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้า ใช้มือด้านปกติจับขาด้านอ่อนแรงวางทับขาด้านปกติ สวมถุงเท้าที่เท้าด้านอ่อนแรงก่อน จัดถุงเท้าให้เรียบร้อย จากนั้นวางเท้าด้านที่อ่อนแรงลงใช้ขาด้านปกติวางทับขาด้านที่อ่อนแรงแล้วจึงสวมถุงเท้าด้านปกติ

การถอดถุงเท้า แนะนำให้ถอดถอดถุงเท้าด้านปกติก่อน จากนั้นใช้มือด้านปกติจับขาด้านที่อ่อนแรง วางทับขาด้านปกติแล้วจึงถอดถุงเท้าที่เท้าด้านอ่อนแรงออก

การสวมรองเท้า โดยให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้า ถ้าเป็นรองเท้าที่มีเชือกผูกจะต้องคลายเชือกให้หลวมที่สุด เพื่อต่อการสวมและดันเท้าให้เข้าในรองเท้าให้มากที่สุด ใช้มือด้านปกติยกเท้าด้านอ่อนแรงวางบนรองเท้าและดันเท้าเข้า ถ้าดันเท้าเข้าได้ไม่หมด ให้ใช้ช้อนรองเท้าบริเวณสันเท้า

และจัดเท้าเข่ารองเท้าให้เรียบร้อย หากเท้าไม่เข่ารองเท้าตามต้องการ ใช้มือด้านปกติกดบนเข่าด้านที่อ่อนแรง จะทำให้สันเท้าสวมเข้าในรองเท้าได้ดี หลังจากนั้นจึงสวมรองเท้าด้านปกติต่อไป

การถอดรองเท้า ใช้เทคนิคและวิธีการเดียวกับการถอดถุงเท้า

7. การขึ้นลงบันไดหนึ่งขั้น วิธีการขึ้นบันได โดยการให้ผู้ป่วยใช้มือจับราวด้านหน้าลำตัวเหนือศูนย์กลางของก้าวแรก ยกขาข้างปกติวางบนบันไดขั้นแรก ก้าวขาหนึ่งก้าว นำขาข้างที่อ่อนแรงวางข้างขาปกติ ทำซ้ำถึงบันไดขั้นบนสุด การลงบันไดโดยหันหลังลง โดยการยืนด้วยขาทั้งสองบนบันไดขั้นบนสุด ก้าวขาหลังหนึ่งก้าวด้วยขาข้างที่อ่อนแรง นำขาข้างปกติวางข้างขาที่อ่อนแรง เลื่อนมือลงมาแล้วทำซ้ำ และการลงบันไดทางด้านหน้า โดยหมุนตัวที่บันไดขั้นบนสุด มือจับราวด้านหน้าลำตัว ยกขาที่อ่อนแรงก้าวลงหนึ่งก้าว นำขาปกติวางลงข้างขาที่อ่อนแรง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

8. การอาบน้ำ การอาบน้ำเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำประจำวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ในตอนเช้าหรือเย็น ก่อนหรือหลังอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ผู้ป่วยที่เคลื่อนย้ายไปห้องน้ำได้โดยการนั่งรถเข็นหรืออุปกรณ์ช่วยเดิน พยาบาลหรือผู้ดูแลคอยช่วยเหลือตามความเหมาะสม เช่น การเตรียมเก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ ผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้า เป็นต้น อุปกรณ์ที่อาจช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอาบน้ำเองได้ง่ายขึ้น เช่น ฝักบัวที่สามารถใช้มือถือได้ ฟองน้ำถูตัวที่มีตามจับยาว ทั้งนี้พื้นห้องน้ำควรมีวัสดุกันลื่น ราวจับที่ผนังของห้องน้ำเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม (นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง, 2551) ในกรณีที่มีข้อจำกัด หรือไม่สามารถเดินไปห้องน้ำเองได้ ผู้ป่วยอาจทำด้วยตนเองที่เตียง โดยผู้ดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอุปกรณ์ และช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเช็ดตัวเองและช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

9. การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบปัญหาในเรื่องการควบคุมการขับถ่ายมักไม่ค่อยรู้สติ ขาดความสนใจในตนเอง มีภาวะท้องผูก โดยมีสาเหตุจากความเสื่อมทั้งทางร่างกายและทางสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการขับถ่ายช้า โดยเฉพาะผู้ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ถ่ายอุจจาระออกไม่หมด ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง หรือจิตใจสับสน หรือสมองเสื่อม ความรู้สึกรู้ว่ามีอุจจาระมากในลำไส้ลดลง ละเลยต่อการปวดถ่ายอุจจาระ ได้รับอาหารและน้ำน้อยลง หรือได้รับยาบางชนิด อาจทำให้การขับถ่ายนานออกไป เช่น ยานอนหลับ ยาลดกรดบางชนิด เป็นต้น (เดือนน้อย ใบคำ, 2542; จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547)

การแก้ไขภาวะท้องผูก สามารถทำได้โดยแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ประมาณวันละ 2,000 มล. รับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และควรเป็นอาหารประเภทเส้นใย เช่น ฝัก ผลไม้ เพื่อให้กากอาหารลื่นป้องกันไม่ให้กากอาหารตกร้างอัดแน่น กระตุ้นให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหวให้มากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้

ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาถ่าย ถ้าอุจจาระแข็งควรใช้ยาประเภทที่ดูดน้ำไว้ในตัวเป็นการเพิ่มจำนวน และทำให้อุจจาระอ่อนตัว ไม่ควรใช้ยาถ่ายพวกหล่อลื่นเป็นเวลานาน เพราะจะขัดขวางการดูดซึมอาหารและน้ำ ซึ่งจะซึมออกทางทวารหนัก การเหน็บยาควรใช้เป็นครั้งคราว เพราะอาจทำให้การทำหน้าที่ตามปกติของลำไส้เสียไป

การใช้เก้าอี้ถ่าย การย้ายนั่งโถนั่งหรือเก้าอี้ถ่าย จะช่วยให้ได้ผลจากแรงโน้มถ่วงของโลก และทำให้กล้ามเนื้อที่ท้องออกแรงเบ่งได้ดีขึ้น อาจให้ผู้ป่วยนัดท้องตามแนวของลำไส้ (ตามเข็มนาฬิกา) โน้มตัวไปข้างหน้าและเบ่งเพื่อเพิ่มแรงในช่องท้อง จะทำให้ถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น กรณีที่ท้องน้ำหรือท้องส้วมแสบมาก อาจต้องนั่งถ่ายนอกห้องน้ำ โดยวางเก้าอี้ที่มีรูไว้เหนือภาชนะ เช่น กระโถนหรือหม้อรองถ่ายราด

การใช้หม้อนอน กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถลุกจากเตียงได้ แต่สามารถลุกนั่งช่วยเหลือตัวเองบนเตียงได้ ผู้ดูแลเอาหม้อนอนวางบนเตียง ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นนั่งบนหม้อนอน และช่วยจัดให้นั่งในท่าที่สบาย กรณีที่ผู้ป่วยลุกนั่งไม่ได้แต่ช่วยยกสะโพกได้ ให้นอนชันเข่าขึ้นทั้งสองข้าง หัวเข่าแนบชิดกัน เท้าวางราบกับพื้นแล้วยกสะโพกขึ้น ขณะเดียวกันผู้ดูแลช่วยสอดหม้อนอนเข้าได้ก้น โดยให้ขอบหม้อนอนส่วนที่เรียวยาวไว้ได้ก้น แล้วช่วยจัดท่านอนที่สบาย เมื่อถ่ายเสร็จให้ผู้ป่วยเช็ดทำความสะอาดด้วยตัวเอง โดยผู้ดูแลคอยดูว่าสะอาดหรือไม่ แล้วยกกะละมังน้ำและสบู่มาให้ผู้ป่วยล้างมือและเช็ดมือให้แห้ง

10. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักมีปัญหาไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ ปัสสาวะไหลออกตลอดเวลา ปัสสาวะเล็ดราด (เดือนน้อย ใบคำ, 2542)

การถ่ายปัสสาวะควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง อาจเป็นการนั่งบนโถส้วม หรือเก้าอี้ที่นั่งถ่าย กระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามถ่ายปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมงในระยะแรก หรือแล้วแต่ความสะดวก

การใช้กระบอกปัสสาวะ สำหรับผู้ป่วยชายที่ช่วยเหลือตัวเองได้ จัดให้ยื่นข้างเตียง ถ้าไม่สามารถยื่นได้ ให้นั่งศีรษะสูงบนเตียง ผู้ดูแลให้กระบอกปัสสาวะ เมื่อถ่ายปัสสาวะเรียบร้อยเลื่อนกระบอกออกและให้ผู้ป่วยทำความสะอาด

#### **การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการวัดความสามารถทางร่างกายหรือความสามารถในการทำงานของร่างกาย เพื่อจะได้ทราบถึงระดับความสามารถ หรือความพิการที่เกิดขึ้น รวมถึงเป็นการติดตามความก้าวหน้าและประสิทธิภาพของการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ใช้กันโดยทั่วไป ได้แก่



1. The Barthel ADL Index สร้างขึ้นโดย Mahoney & Barthel (1965 cited in Christiansen & Ottenbacher, 2005) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำการสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได มีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่องโดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่องและคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน

- 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
- 25-45 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
- 50-70 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
- 75-95 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก
- 100 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

2. Nottingham Ten-point ADL Index (Wade, 1992) เป็นแบบประเมินกิจวัตรประจำวันอย่างง่ายที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความน่าเชื่อถือและได้ผ่านการทดลองใช้มาแล้ว ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือการตี่มน้ำจากแก้ว การรับประทานอาหาร การล้างหน้า การล้างมือ การเคลื่อนย้ายตัวจากเตียงไปเก้าอี้ การเดินหรือใช้ล้อเข็นภายในบ้าน การใช้ห้องน้ำ การถอดเสื้อ การขงเครื่องตีร์ร้อน และการอาบน้ำ โดยไม่รวมการควบคุมการขับถ่าย

3. The Pluses Profile พัฒนาโดย Granger et al. (1997) (อ้างถึงใน พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2544) เป็นแบบสังเกตที่ผู้สังเกตใช้ประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมทางด้านร่างกายโดยทั่วไปที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพและปัจจัยทางด้านจิตสังคม มีการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 โดยความสามารถที่ทำได้ด้วยตนเองมีค่าคะแนนเป็น 1 จนถึงความสามารถที่ต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือมีค่าคะแนนเป็น 4 หากคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 16 สามารถอธิบายได้ถึงการใช้ซึ่งความสามารถในระดับที่รุนแรง เครื่องมือชนิดนี้นิยมใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้น หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของร่างกาย

4. Mixed scales FIM-score (functional independence measure-score) ในปี 1983 คณะแพทยศาสตร์ฟื้นฟูของสหรัฐอเมริกา ได้มีการนำเกณฑ์มาตรฐาน FIM-score มาใช้เป็นแบบประเมินซึ่ง FIM-score เป็นส่วนหนึ่งของ Uniform Data SET แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 7 ระดับ โดยแบ่งการประเมินเป็น 6 ด้าน คือ การดูแลตนเอง การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย (mobility) การเคลื่อนที่ (locomotion) การสื่อสาร และการรับรู้ทางสังคม รวมทั้งสิ้น 18 หัวข้อ

ย่อยมีคะแนนต่ำสุด 18 คะแนนและสูงสุด 126 คะแนน เป็นแบบประเมินที่มีความเชื่อมั่นในระดับสูง (Christiansen & Ottenbacher, 2005)

5. แบบประเมินการดูแลตนเองของเคนนี่ (Kenny Self-care Evaluation) (อ้างถึงใน นพวรรณ ผ่องใส, 2552) เป็นแบบประเมินที่มีความไว แต่ไม่ได้หาความตรงของเครื่องมือ ไม่ค่อยมีการนำไปใช้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายในบ้าน เท่านั้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรมใหญ่และ 17 กิจกรรมย่อย ได้แก่ 1) กิจกรรมบนเตียง ประกอบด้วย การเคลื่อนไหวตัวบนเตียงในท่านอนและการลุกจากท่านอนเป็นท่านั่ง 2) การเคลื่อนย้าย ประกอบด้วย การนั่ง การยืน และการเข้าห้องน้ำ 3) การเคลื่อนที่ประกอบด้วย การเดิน การขึ้น-ลง บันได และการใช้ล้อเข็น 4) การแต่งตัวประกอบด้วย การสวมเสื้อ การสวมกางเกง การสวมรองเท้า และถุงเท้า 5) การดูแลความสะอาดส่วนบุคคลประกอบด้วย การดูแลความสะอาดบริเวณใบหน้า แขน และผม การดูแลความสะอาดบริเวณลำตัวและอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลความสะอาดของขาและเท้า การขัดถ่ายอุจจาระและการขัดถ่ายปัสสาวะ 6) การรับประทานอาหาร โดยให้คะแนนในแต่ละกิจกรรมย่อยดังต่อไปนี้ 0 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้เองทั้งหมด ต้องพึ่งพาผู้อื่น, 1 หมายถึง ปฏิบัติได้เองเล็กน้อย, 2 หมายถึง ปฏิบัติได้เองปานกลาง, 3 หมายถึง ปฏิบัติได้เองเกือบทั้งหมด แต่อาจต้องมีคนคอยให้คำแนะนำช่วยเหลือต่างๆ และ 4 หมายถึง ปฏิบัติได้เองทั้งหมด

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย สถาบันประสาทวิทยา (2554) เพื่อใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลายและเป็นเครื่องมือมาตรฐาน สะดวก รวดเร็วและมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง (จุไร เกลี้ยงเกล้า, 2547)

### **ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มักจะพบความพิการหลงเหลืออยู่ โดยต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ

1. ปัจจัยทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย โดยความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับบริเวณและขนาดของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ ปัจจัยด้านร่างกายที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบบ่อยได้แก่

ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีสาเหตุมาจากความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของแขน ขา ใบหน้าส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ (Lewis & Collier, 1987)

ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการใช้ภาษา มักพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย โดยความผิดปกติจะพบในลักษณะต่างๆ กัน (Taylor, 1999) ได้แก่ พูดไม่ชัด (dysarthria) ไม่เข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (global aphasia) ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ (visual aphasia) เนื่องจากไม่สามารถเข้าใจภาษาเขียน (alexia) ซึ่งเกิดจากสมองบริเวณ Wernicke's area ถูกทำลาย บางรายไม่สามารถสื่อภาษาได้แต่สามารถทำตามท่าทางได้ (motor aphasia) (พัสมณต์ คุ่มทวีพร, ธิธาร์ตน์ ชัยศรี, และธัญลักษณ์ โอบอ้อม, 2541; Taylor, 1999)

ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความสามารถในการเคี้ยวลดลง ลึ้นไม่สามารถกวาดอาหารเข้าสู่กระพุ้งแก้มได้ มีอาหารร่วออกจากปากและกลืนลำบาก (Westergren, Ohlsson, & Hallberg, 2001) โดยพบปัญหาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 44

ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ ที่พบบ่อย ได้แก่

การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัสและการเจ็บปวด แแรงกด ความร้อน ความเย็น ซึ่งความผิดปกติอาจเกิดเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างพร้อมกันได้ ความบกพร่องนี้อาจส่งผลให้เกิดอันตรายได้ (Phipps, 1991)

การรับรู้ต่อความสมดุลของร่างกายผิดปกติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะไม่สามารถรับรู้ข้อมูลการสมดุลของร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ กลัวการหกล้มทำให้ไม่กล้าเคลื่อนไหว ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ส่งผลให้ฟื้นฟูบำบัดทำได้ยาก

การรับรู้ต่อเวลา บุคคลและสถานที่ผิดไป ทำให้สับสน ไม่รู้จักเวลา บุคคล และสถานที่ มีการตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

การรับรู้ทางสายตา ที่พบบ่อยที่สุดคือ ตาบอดครึ่งซีก ทำให้ขาดความสนใจร่างกายข้างที่เป็นอัมพาต (Becker & Rice, 2001) และการมองเห็นภาพซ้อน มองเห็นไม่ชัดหรือมองไม่เห็น การกะระยะไม่ถูกต้องซึ่งความผิดปกติเหล่านี้ จะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ (Patricia & Myers, 1994)

ความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้คิด ได้แก่ การลืม การขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย การตัดสินใจไม่ดี ความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผลและจินตนาการที่ผิดปกติ ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้หมด ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันได้ (Frye-Pierson & Toole, 1987; Sandin & Mason, 1999)

ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ (Hickey, 2003) และมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการท้องผูกจากการได้รับน้ำไม่เพียงพอ หรือจากกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนกำลังลง

ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ จะพบว่าความต้องการทางเพศลดลง ในเพศชาย จะพบว่าอวัยวะเพศจะไม่แข็งตัว (Phipps, 1991) และไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง ประกอบกับภาวะผันผวนทางจิตใจและอารมณ์ ความซึมเศร้า ความกลัว วิดกกังวลต่างๆ ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยและคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป

2. ปัจจัยด้านจิตใจ จากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกายก่อให้เกิดความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ได้ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ และการแสดงบทบาทหน้าที่ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; Hafsteindottir & Grypdonck, 1997) ปัจจัยด้านจิตใจที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

ความเครียด (stress) เป็นปัญหาที่พบบ่อยเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ จำเป็นต้องพึ่งพาศูนย์ช่วยเหลือในการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ เกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ความร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์ลดลง และขาดความสนใจในการดูแลตนเอง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากความพิการของร่างกาย การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นอิสระ รวมทั้งการสูญเสียหน้าที่ของสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ (Gillen, Tennen & McKee, 2001; Frey-Pierson & Toole, 1987) อาการที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง แยกตนเอง ไม่ร่วมมือ ทำอะไรตรงข้ามกับที่ถูกบอกกล่าว (อรพรรณทองแดง, 2544)

ความกลัว (fear) แสดงออกมาในลักษณะของ กลัวพิการ กลัวทุกข์ทรมาน กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง กลัวถูกทอดทิ้งและกลัวตาย ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาศูนย์ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งปฏิกิริยาของบุคคลในครอบครัวจะมีส่วนช่วยลดความกลัว หรือเพิ่มความกลัวให้กับผู้ป่วย (Frey-Pierson & Toole, 1987; Kalra, 2003)

ความวิตกกังวล (anxiety) อาการของความวิตกกังวลเป็นอาการของความกลัว ซึ่งเกิดจากการรับรู้ความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (Hafsteindottir & Grypdonck, 1997) โดยส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกายตามมา คือ ใจสั่น แน่นหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่ออก มือเท้าเย็น นอนไม่หลับ และไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Bartels, 1998)

ความก้าวร้าว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เช่น มีอารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมกหมัว โกรธง่ายและก้าวร้าว พฤติกรรมก้าวร้าวมีลักษณะต่างๆ เช่น แสดงอารมณ์หงุดหงิด ขาดความอดทน แสดงท่าที่ไม่เป็นมิตร ใช้อาญาหยาบคาย ทำลายสิ่งของ ทำร้ายผู้อื่น

ความรู้สึกสูญเสีย ส่วนใหญ่เกิดในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากผู้ป่วยเกิดความตระหนักเกี่ยวกับอวัยวะที่สูญเสียหน้าที่มากขึ้น การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การสูญเสียความพึงพอใจในตนเองและอัตมโนทัศน์ การสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองในการเผชิญความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ในอนาคต (Frey- Pierson & Toole, 1987)

3. ปัจจัยทางด้านสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสังคมได้หรืออาจเข้าร่วมได้น้อยลง ทำให้ขาดการติดต่อกับสังคมเพิ่มขึ้น (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542; อรพรรณ ทองแดง, 2544; Sandin & Mason, 1999)

การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยและญาติในครอบครัว สาเหตุมาจากอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติ พฤติกรรมที่ญาติแสดงออกจะมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพด้วย เช่น ญาติหมดความอดทนที่จะยอมรับพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติจึงปลีกตัวหรือญาติต้องทำงานจนไม่มีเวลาในการพูดคุยกัน

การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับสังคม สังคมมีค่านิยมยกย่องและให้ความสำคัญกับผู้แสดงความสามารถจนเป็นที่ประจักษ์แก่สังคม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ ทำให้คุณค่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงและการยอมรับในสังคมก็ลดลง

การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว ความเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการ ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ให้เปลี่ยนแปลงไป เช่น จากที่เคยพึ่งตนเองได้หรือเป็นที่พึ่งของบุคคลอื่นแต่ต้องกลายเป็นคนที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น อาจไม่สามารถทำใจยอมรับกับบทบาทนี้ได้

การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีบทบาทหน้าที่ทางสังคมลดลง และต้องดำรงชีวิตอยู่กับความพิการ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวหรือชุมชนได้ ทำให้กลัวการถูกทอดทิ้งมากขึ้นเกิดปัญหาด้านจิตใจ สังคมและส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง แต่การเจ็บป่วยทำให้ครอบครัวต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นในเรื่องค่ารักษาพยาบาล ค่ายา

5. สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปลอดภัย ถ้าผู้ดูแลจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เช่น ภายในบ้านต้องมีแสงสว่างเพียงพอ ไม่วางของเกะกะบนพื้น

## แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

### ความหมายของผู้ดูแล

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งญาติหรือบุคคลในนี้อาจเป็น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตและผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ ที่มีผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลรักษาเฉพาะตามแผนการรักษาโดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย

จอม สุวรรณโณ (2540) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยไม่รับค่าตอบแทนและการดูแลนั้นไม่เกี่ยวกับการผูกพันทางวิชาชีพ

จารุวรรณ มานะสุรการ (2544) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล ประคับประคองผู้ป่วยด้วยความรัก ความสนใจ ความเอาใจใส่ ห่วงใย เอื้ออาทร เพื่อให้ผู้ป่วยได้จัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เผชิญและมีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น

จรรยา ทับทิมประดิษฐ์ (2547) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้แก่ สามี ภรรยา บุตรหรือญาติพี่น้องสายสัมพันธ์ใกล้ชิดและซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลจากการให้ความช่วยเหลือ

จุไร เกลี้ยงเกลา (2547) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา บุตรหรือญาติพี่น้องที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิด และให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลจากการให้ความดูแลช่วยเหลือ

Horowitz (1985) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยและประเภทของการเป็นผู้ให้การดูแลดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่รับผิดชอบในการให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มักพบลักษณะที่สอดคล้องกันโดยทั่วไปการคัดเลือกให้เป็นผู้ดูแลหลักว่ามีรูปแบบที่เป็นลำดับขั้น กล่าวคือ เริ่มจากสมาชิกภายในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส

ซึ่งหากมีข้อจำกัดอันไม่สามารถจัดการดูแลได้ ผู้ดูแลรองลงไป ได้แก่ บุตร หลานและญาติอื่นๆ ตามลำดับ (Horowitz, in Lawson & Maddox, 1985: 201; รสสุคนธ์ เจืออุบลัมย์, 2553)

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลซึ่งอาจช่วยทำกิจกรรมการดูแลบางอย่าง แต่ไม่ได้กระทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น การให้การดูแลแทนเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ เมื่อจำเป็นหรือการเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในบางกิจกรรมการดูแลเท่านั้น

Orem (1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการการพึ่งพา โดยมีส่วนช่วยส่งเสริมความอยู่รอดและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ซึ่งผู้ดูแล ได้แก่ ภรรยา สามีหรือญาติ

จากความหมายดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลหรือญาติที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การช่วยเหลือโดยที่ไม่ได้รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

จากการที่ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย อาจเป็นสมาชิกในครอบครัวได้แก่คู่สมรส บิดา มารดา บุตร หรือญาติพี่น้อง ซึ่งอาจเป็นผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรองก็ได้ ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้สรุปปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดต่อกันมา โดยครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขร่วมกัน โดยเฉพาะเพศหญิงที่ได้รับการหล่อหลอมทางสังคมให้เป็นผู้ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน เช่น ลูกต้องดูแลพ่อแม่

2. สัมพันธภาพ สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดี จะมีความเห็นอกเห็นใจ สงสารและห่วงใยในตัวผู้ป่วยมาก มักจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและรู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย มีโอกาสได้ตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเป็นที่ต้องการ และได้รับความชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง

3. ศักยภาพของผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย การเจ็บป่วย และการดูแล รวมทั้งประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าคนอื่นๆ

4. การยอมรับของญาติผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีเจตนาที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยหรือมีแรงจูงใจในการดูแลย่อมได้รับการยอมรับจากสมาชิกคนอื่นๆ

5. เวลาและความสะดวกของการดูแล อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรสและงานประจำที่ทำอยู่

6. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีรายได้จากงานประจำมักเป็นผู้รับบทบาท ส่วนผู้ดูแลที่เป็นเพศชายจะช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยเรื่องการเงิน

### บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลถือว่าเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วย โดยมีบทบาททั้งการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน ให้คำปรึกษาและประสานงานหรือจัดการเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544; จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547)

1. บทบาทในการดูแลผู้ดูแลเป็นผู้ให้การดูแลเกี่ยวกับการประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย เป็นต้น การดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ การทำแผล การให้ยาเป็นต้น รวมทั้งดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่างๆ ทั้งนี้โดยมีหลักสำคัญในการดูแลคือ พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้เท่านั้น พร้อมทั้งให้กำลังใจส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่า ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่นมาก

2. บทบาทในการประคับประคองหรือสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยมักมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์และจิตใจได้ง่ายและเกิดขึ้นตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผลกระทบจากความเจ็บป่วยในการดูแลประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลต้องอาศัยหลักคือ เข้าใจ ยอมรับ รับฟัง ไม่แสดงอารมณ์โกรธหรือเบื่อหน่าย เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกทั้งด้วยคำพูดและกิริยาท่าทาง สนใจดูแลให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงประสพการณ์หรือเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

3. บทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ สังคม ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นปัญหาใหญ่ที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและอาชีพการงาน ผู้ดูแลจะมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการเงินและแนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ หรือเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างๆ ให้กับผู้ป่วย พุดคุยให้ผู้ป่วยรับรู้และเตรียมตัวรับสถานการณ์ล่วงหน้า ตลอดจนถึงแนะแนวทางในการแก้ไข

4. บทบาทในการประสานงานหรือจัดการ ผู้ดูแลต้องประสานและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด โดยทำหน้าที่เป็นคนกลางในการติดต่อสื่อสารกับบุคคล บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการต่างๆ ที่เหมาะสม และได้รับประโยชน์สูงสุด ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง รวมทั้งระหว่างการทำเนิการดูแลรักษาตามระบบการแพทย์



### ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายจนสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขภายใต้ข้อจำกัดของภาวะเจ็บป่วยได้นั้นมีปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้านคือ (จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547)

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย และระดับความเปราะบางของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บป่วยรุนแรง มีรอยโรคหรือความพิการมาก ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ดูแลจะต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพและเป็นการยากที่จะคาดการณ์ได้ว่าจะสามารถดูแลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้นานน้อยเพียงใด ทำให้ผู้ดูแลอาจเกิดความไม่แน่ใจ ท้อแท้หมดกำลังใจที่จะแสวงหาวิธีการดูแล (สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) รู้สึกเป็นความเครียดเป็นภาระ ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดีเท่าที่ควร

2. ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาวะเศรษฐกิจ

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดและพฤติกรรมรวมทั้งประสบการณ์ชีวิต (สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะผ่านประสบการณ์ในชีวิตมาก มีแรงสนับสนุนในด้านข้อมูลที่ดี จะทำให้ผู้ดูแลมีการตัดสินใจ เผชิญปัญหาและทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจะมีความเสื่อมตามวัยยอมให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่นาน จึงต้องการผู้ช่วยเหลือด้านแรงงานมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (พาริตา อิบราฮิม, 2539) ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีกิจกรรมในครอบครัวและสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้ดูแลยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหาหรือภาวะเครียดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย ต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวและสังคมน้อยกว่า (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2539; Lubkin & Payne, 1998; จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547)

เพศ เพศที่ต่างกันอาจทำให้มีความเชื่อ เจตคติและค่านิยมที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดู ปลูกฝังให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและดูแลสมาชิกในบ้าน เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ เป็นต้น สังคมคาดหวังที่จะให้เพศหญิงเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย (Lubkin & Payne, 1998) ดังนั้นการยอมรับและปรับตัวเมื่อต้องรับบทบาทของผู้ดูแลจึงเป็นไปมากกว่าเพศชายที่ถูกอบรมให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว และรับรู้ว่าการดูแลบ้านและสมาชิกในครอบครัวเป็นงานของเพศหญิงมากกว่า จึงทำให้การปรับตัวยอมรับกับบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นเพศชายเป็นไปได้ยาก

ระดับการศึกษา ผู้ดูแลที่มีการศึกษาที่สูงมักตระหนักถึงปัญหาและมีความเข้าใจ เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี มีการใช้เหตุผลและสามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้ดีในการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการศึกษา จากประสบการณ์การดำเนินชีวิต การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ ทำความเข้าใจกับข้อมูลความรู้ ต่างๆ และสามารถเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี ดังนั้นผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงจึงมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลและความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ รวมทั้งปฏิบัติการดูแลที่ถูกต้อง

สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่คู่สมรสเจ็บป่วย ความเครียดที่เกิดจากการดูแลขึ้นอยู่กับ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส หากมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อน ทำให้มีความรัก ความผูกพันและ เอื้ออาทรต่อกัน ดังนั้นผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจที่จะให้การดูแล แต่หากมีสัมพันธภาพที่ไม่ดี ย่อมก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแล ไม่สามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากต้องการให้การ ดูแลเป็นไปตามหน้าที่และความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจ

ความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการ เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และมีทักษะความสามารถในการทำกิจกรรมการ ดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นๆ จะสามารถให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ และช่วยให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพที่ดี เนื่องจากความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการนำไปสู่ คุณภาพที่ดีของผู้ป่วย

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลอาจต้องดูแลผู้ป่วยทั้งวันตั้งแต่ผู้ป่วยตื่นจนกระทั่ง นอน บางรายอาจตื่นในช่วงเวลากลางคืนเพื่อดูแลผู้ป่วยและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยก็มีมากทั้งกิจวัตร ประจำวัน กิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลและกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ต้องใช้พลังกำลังของ ร่างกายมาก ผู้ดูแลจึงต้องมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลผู้ป่วยจึงสามารถ ดำเนินต่อไปได้โดยไม่เกิดผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ภาวะเศรษฐกิจ เป็นอีกปัจจัยในการส่งเสริมการดูแลผู้ดูแลที่มีรายได้สูง สามารถ จัดหาหรืออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วยตลอดจนความปลอดภัยในการดูแล ผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายจะทำให้เกิดอุปสรรคต่อการดูแลเช่น ไม่สามารถจัดซื้อ อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย ไม่สามารถพาผู้ป่วยไปฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น ผู้ดูแลที่ได้รับการช่วยเหลือด้าน การเงินจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติพี่น้องช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ ผู้ดูแลรู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจในการดูแลไม่รู้สึกลูกทอดทิ้งให้เผชิญกับปัญหาหรือความขัดแย้งตามลำพัง

### 3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อให้เกิดความเข้าใจ ความเห็นใจและความเอื้ออาทรที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าวจะทำให้

เกิดแรงจูงใจที่มุ่งเน้นประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยด้วยความเต็มใจและไม่หวังสิ่งตอบแทน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

แหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และสภาพอารมณ์ที่มีต่อภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านการดูแลผู้ป่วย แหล่งสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นการช่วยเหลือในการเป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจ ปลอบใจ แนะนำทางเลือกในการแก้ไขปัญหาหรือการช่วยเหลือทางการเงิน แรงงานหรือช่วยเหลือในด้านการปรับตัวจากครอบครัว ญาติและบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งสถานบริการสุขภาพที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลาในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ต่อเนื่องและนับวันอาการจะแยลงของภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง อาจทำให้ผู้ดูแลท้อแท้ เบื่อหน่าย ความหวังลดลง ถ้าระยะเวลาในการดูแลยาวนาน ผู้ดูแลมีผู้แบ่งเบาภาระช่วยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักและมีเวลาส่วนตัวบ้าง ซึ่งบุคคลที่ผู้ดูแลคาดหวังให้ช่วยเหลือคือ สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลจะมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

### **การเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน**

1. การเตรียมด้านความรู้และการฝึกทักษะ การให้ความรู้และการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้ระยะเวลานานและมีความซับซ้อน โดยผู้ดูแลต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การเปลี่ยนแปลงอาการของโรค การรักษาผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของผลการดูแลผู้ป่วย และตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คิดว่าจะเกิดผลดีแก่ผู้ป่วย (สุตศิริ ธีรณัฐชุนหะ, 2541; จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547)

การสอนความรู้และการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจความต้องการดูแลผู้ป่วยและสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้

2. การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ควรเริ่มตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล โดยเริ่มหาผู้ดูแลหลักในการช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หากบุคคลสำคัญของผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบผู้ป่วยพร้อมในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ควรอธิบายโรคของผู้ป่วย ทำความตกลงกับผู้ดูแลถึงวิธีการปฏิบัติตนของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนแผนการรักษาของแพทย์ที่ผู้ป่วยกำลังได้รับให้ผู้ดูแลได้รับทราบ เมื่อผู้ดูแลพร้อมให้การดูแล ควรเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแล เริ่มจากกิจกรรมง่ายๆ

จนถึงซับซ้อนขึ้นตามความสามารถที่ผู้ดูแลจะทำได้เช่นการดูแลความสะอาดของร่างกาย การดูแลกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540; จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547)

3. การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการตายและเกิดความพิการ มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยร้อยละ 80 ต้องกลับสู่ชุมชน (Han & Haley, 1999) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนถึงกลับบ้าน เมื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลตั้งแต่ในโรงพยาบาลและได้ทดลองฝึกทักษะที่จำเป็นแล้ว ผู้ดูแลต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลอาจมีปัญหาในการดูแล การเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องที่มีการเชื่อมโยงกันของหน่วยบริการเช่นจากโรงพยาบาลไปยังบ้าน หรือจากโรงพยาบาลไปยังสถานีนอนามัย เป็นต้น

### แนวคิดทฤษฎีการสอนแนะ

#### ความหมายของการสอนแนะ

ชาญชัย โปธิ์คลัง (2532) ได้ให้ความหมายของการสอนแนะในด้านการฝึกสอนกีฬาว่า หมายถึงสื่อกลางที่ความรู้ กระบวนการ วิธีการปฏิบัติ กรรมวิธีและแนวความคิดต่างๆ ถูกเปลี่ยนไปอยู่ในรูปของการลงมือกระทำหรือปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาให้กับองค์กร โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์ในผลการปฏิบัติการจริงและมีประสิทธิภาพสูงสุด

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2536) กล่าวว่า การสอนแนะเป็นกลวิธีในการสอนอย่างหนึ่ง เป็นการให้คำแนะนำอย่างเป็นขั้นตอนในการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ หรือทักษะใหม่ และเป็นกลยุทธ์ที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะเป็นการปรับปรุงบทบาทการปฏิบัติงานของบุคคล และขณะเดียวกันก็ทำงานประสานกับบทบาทของผู้อื่นด้วย อาจกล่าวได้ว่าเป็นการสอนทั้งในลักษณะตัวต่อตัว และประยุกต์ใช้กับกลุ่ม โดยสิ่งสำคัญพื้นฐานของการสอนแนะคือความต้องการของผู้เรียนเพื่อจะได้ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด และเทคนิคในการสอนแนะจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เป็นลำดับขั้นตอน

อรุณี สำเภาทอง (2538) กล่าวว่า การสอนแนะ หมายถึง การสอน แนะนำแนวทางปฏิบัติ เป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาบุคลากร ซึ่งได้นำมาใช้ทั้งในวิชาชีพครูและวิชาชีพอื่นๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม โดยการสอนแนะจะมุ่งเน้นที่การให้คำแนะนำ การให้ความรู้ และแนวทางการปฏิบัติงานใหม่ ให้แก่ผู้เริ่มเข้าสู่วิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานอยู่แล้ว ให้สามารถนำวิธีการใหม่มาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตน และมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานของผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่แล้วให้มีประสิทธิภาพ

บุศริน เอี้ยวสีหยก (2545) กล่าวว่า การสอนแนะ หมายถึง กลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอน เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้ ทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา โดย

ผู้สอนแนะนำทักษะ ให้การสนับสนุน ชี้แนะ ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม

ศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร (2547) ได้กล่าวว่า การสอนแนะในการพยาบาลนั้นเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธี ในการสอนที่ช่วยให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยคำนึงถึงความรู้ ประสบการณ์และความสามารถที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นโค้ชทำหน้าที่ให้การฝึกสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุน การชี้แนะ การเสริมแรง ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีความสะดวกปลอดภัย และสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

Wilkie et al. (1995) กล่าวว่า การสอนแนะเป็นกลวิธีในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อการแนะนำ และแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการสอนแนะนี้จะใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อให้เข้าถึงกระบวนการคิดด้วยเหตุผล-พฤติกรรม (cognitive behavioral) และการพัฒนาสภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพอื่น

Girvin (1999) กล่าวว่า การสอนแนะ เป็นการพัฒนาความรู้และฝึกฝนทักษะของบุคคล เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน โดยผู้สอนแนะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้บุคคลมีพัฒนาการยิ่งขึ้น

Grealish (2000) กล่าวว่า การสอนแนะเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการให้ความรู้ โดยที่ผู้ฝึกสอนหรือโค้ชจะเป็นบุคคลที่ช่วยให้นักเรียนมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติในคลินิก เป็นผู้ชี้แนะ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติม และเป็นผู้สนับสนุนให้สิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัยสำหรับการเรียนรู้

Gracy (2001) กล่าวว่า การสอนแนะ/ การโค้ชทางการพยาบาลถูกนำมาใช้เป็นเทคนิคหรือคุณสมบัติสำคัญของ APN (Advanced Practice Nurse) เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาเทคนิคการสอนผู้ร่วมงานจนถึงผู้รับบริการให้มีทักษะเชิงบวกมากขึ้น โดยโค้ชต้องยอมรับในความแตกต่างของบุคคล เน้นการสื่อสารสองทางระหว่างโค้ชกับผู้เรียน รับฟังผู้เรียนด้วยความยอมรับ เน้นให้ผู้เรียนมีแรงจูงใจเชิงบวก รับผิดชอบต่อคุณภาพของตนเอง การสอนแนะหรือการโค้ชจึงเหมาะที่จะนำมาใช้ในการสอนทักษะที่มีความซับซ้อนต้องการความแม่นยำถูกต้อง โดยจะมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงเพื่อสร้างทักษะใหม่ให้กับผู้เรียนและผู้เรียนต้องเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะ

จากความหมายดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การสอนแนะ หมายถึง การให้คำแนะนำที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการพัฒนา เพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันโดยพยาบาลเป็นผู้สอนแนะ ฝึกทักษะ ชี้แนะ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

### ความแตกต่างระหว่างการสอนแนะกับการสอนตามปกติ

สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1 (ชาญชัย โพธิ์คลัง, 2532; Clarke & Spross, 1996; Lewis & Zahlis, 1997; Girvin, 1999; Spross, Clarke, & Beauregard, 2001)

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบระหว่างการสอนตามปกติกับการสอนแนะ

การสอนตามปกติ	การสอนแนะ
1. การสอนเนื้อหาแก่ผู้เรียนโดยภาพรวม ไม่ใช่สิ่งที่ผู้เรียนต้องการเรียนรู้	1. มุ่งสอนให้สำหรับผู้เรียนบางกลุ่มหรือบางรายที่ต้องใช้ทักษะหรือเทคนิคเฉพาะด้าน
2. การสอนโดยมุ่งให้ผู้เรียนเข้าใจข้อมูลพื้นฐานและการปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไป เป็นความรู้กว้างๆ	2. การสอนในเรื่องที่มีความเฉพาะเป็นการสอนเทคนิคของการปฏิบัติที่มีความเฉพาะและค่อนข้างซับซ้อน
3. การสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจในวิธีการปฏิบัติ เข้าใจในประโยชน์ของการปฏิบัติ และให้สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ได้	3. การสอนแนะนั้นต้องค้นหากลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนเรื่องนั้นๆ โดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ถูกต้องและดีที่สุด สามารถนำทักษะหรือเทคนิคนั้นมาใช้ในการปฏิบัติได้จริง
4. สอนตามเนื้อหาโดยไม่คำนึงถึงความพร้อมทางด้านจิตใจหรือปัญหาด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้เรียน	4. สอนและให้คำปรึกษาควบคู่ไป ทำให้สามารถช่วยแก้ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้เรียน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความพร้อมในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น

### กระบวนการสอนแนะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

เนื่องจากการสอนแนะนั้นเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนที่มีโครงสร้างอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยการวางแผนอย่างกว้างๆ หรือกำหนดการดำเนินงานขั้นตอนของการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกิจกรรมเป็นขั้นตอน มีการวัดผลที่ทำให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีความเข้าใจและปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีเพียงใด รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีให้มีความยืดหยุ่นและมีความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ดี ซึ่งเมื่อมีการนำการสอนแนะมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติของผู้ป่วยในการพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบวนการของการสอนแนะจากแนวคิดของ Girvin (1999) และการทบทวนวรรณกรรมมาสร้าง

เป็นโปรแกรมการสอนแนะเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นการประเมินปัญหาและรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ฝึกสอนจะเป็นผู้ชี้แนะ กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น และรับฟังปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย การประเมินข้อมูลถือว่าเป็นพื้นฐานของการสอนแนะ โดยผู้ฝึกสอนมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นใจ โดยการมีสัมพันธภาพที่ดีนี้จะรวมถึงการทำให้มั่นใจ การให้ข้อมูล การมีส่วนร่วม การแนะแนวทางเพื่อการตัดสินใจ การฟัง การแสดงความเข้าใจ และการยึดผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมากเนื่องจากบุคคลนั้นจะมีความแตกต่างกันทั้งในอุปนิสัย การแสดงออก บุคลิกภาพ และการมีสังคม

**ขั้นตอนที่ 2** การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ขั้นตอนนี้เป็นการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม ขอบเขตของการปฏิบัติ และวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อพัฒนาแผนการปฏิบัติกิจกรรมภายหลังจากที่ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ฝึกสอนร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น โดยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติหรือกิจกรรมต่างๆเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นตามความรู้พื้นฐาน หรือประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย รวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยผู้ฝึกสอนให้การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยให้ค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา และให้กำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และการวางแผนปรับปรุงการวางแผนปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ พร้อมทั้งให้คำชี้แนะ ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติมหรือในกรณีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความรู้หรือทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ฝึกสอนให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการบอกเล่า ยกตัวอย่างประกอบในเนื้อหาหรือสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้ดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจน หากไม่มีข้อสงสัยหรือคำถามใดๆ ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติตามวิธีการหรือแนวทางที่วางแผนไว้ เพื่อให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น

**ขั้นตอนที่ 3** การฝึกให้ผู้ดูแลผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกิจกรรม ตามแผนที่วางไว้ตามขั้นตอนที่ 2 โดยระหว่างที่ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติ ผู้ฝึกสอนมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วย และให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่นกล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องและให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือทบทวนสาเหตุส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำอีกเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น

**ขั้นตอนที่ 4** การประเมินผลการปฏิบัติ ผู้ฝึกสอนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยประเมินผลด้วยตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น รวมถึงการกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้และทราบถึง

สิ่งที่ต้องปฏิบัติ ผลกระทบจากการปฏิบัติ หรือปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนในการเรียนรู้ต่อไป และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้ดีขึ้นในการปฏิบัติครั้งต่อไป

### บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีแนวทางการรักษาและการพยาบาลเพื่อลดอัตราการตาย แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลคุกคามต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายด้วยตนเองลดลง สมรรถภาพร่างกายลดลง ไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้เป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัว (Ragsdale, Yarbrough & Lasher, 1993 อ้างถึงใน เจียมจิต โสภณสุขสถิต, 2544) พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีเป้าหมายหลักคือ ลดความพรัองในการดูแลตนเอง พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ภายใต้ข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลต้องค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตลอดจนการให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยการให้ความรู้และข้อมูลด้วยวิธีการสอนตามความต้องการของแต่ละบุคคล เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ส่งเสริมการเรียนรู้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ และปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

1. บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล โดยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง บทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค ก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งเป็นการลดความเครียด ความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย ความรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับ มีดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; สถาบันประสาทวิทยา, 2554)



1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 ปัญหาที่พบบ่อยและการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เช่น แผลกดทับ ภาวะข้อติดแข็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

ทั้งนี้การให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้ในการตรวจสอบข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ รวมทั้งการตัดสินใจในการดูแลตนเอง

2. บทบาทด้านการป้องกัน พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันรวมทั้งการให้ความรู้เพื่อการลดหรือควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งสามารถป้องกันได้โดย การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด งดสูบบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิธีการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ แบ่งเป็น 2 วิธีคือ

2.1 การป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary prevention) คือ การป้องกันไม่ให้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่บุคคลนั้นยังไม่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

- ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติและการมีประวัติครอบครัวที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ

- ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยปัจจัยหลักที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ การสูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่เป็นรอง ได้แก่ ยาคุมกำเนิด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย

2.2 การป้องกันแบบทุติยภูมิ (Secondary prevention) คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในกรณีที่บุคคลนั้นเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3. บทบาทด้านการฟื้นฟูสภาพ พยาบาลควรพยายามช่วยกระตุ้นผู้ป่วยในการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อหดเกร็ง เพราะนอกจากจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายกลับสู่สภาพใกล้เคียงปกติแล้วนั้น ยังช่วยปรับตัวด้านจิตสังคมและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

4. บทบาทการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมให้กระบวนการฟื้นฟูสภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากกระตุ้นการพลิกตะแคงตัว การจัดทำ การบริหารกล้ามเนื้อ

และข้อต่อ การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ การดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ และป้องกันการมีลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือด ซึ่งควรเริ่มตั้งแต่ที่หอผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน สำหรับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเริ่มจากการฝึกเปลี่ยนอิริยาบถ การเคลื่อนย้ายตัว (Transfer training) การฝึกเดิน องค์ประกอบที่สำคัญของการฝึกเดิน คือ การทรงตัวที่ดี การฝึกนั่งและยืนทรงตัวให้มั่นคง การประเมินการใช้กายอุปกรณ์เสริม ส่วนในรายที่ไม่สามารถเดินได้แพทย์จะพิจารณาฝึกใช้รถเข็นนั่ง การฝึกช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล สามารถทำได้ตั้งแต่แรกโดยความดูแลของพยาบาล และเรียนรู้การใช้แขนขาข้างที่ดีในการดูแลตนเอง (one handed activity) ทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการประเมินปัญหา อุปสรรค ความต้องการของผู้ที่เป็นผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ซึ่งจะไม่เหมือนกันและแตกต่างกันในรายละเอียด ซึ่งรุ่งทิศา ขอบชื่น (2555) ได้พัฒนาโปรแกรมการสอน (teaching program) โดยมีการประเมินความรู้ ความสามารถของผู้ป่วยและ/ญาติเพื่อเตรียมการสอน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้คำปรึกษาให้เหมาะสมในแต่ละราย ดังนั้นการใช้โปรแกรมชุด IBDEM Ps ซึ่งย่อมาจาก I (introduction; ชุดแนะนำข้อควรปฏิบัติในการดูแลและฝึกทักษะการดูแล) B (bladder; ชุดจัดการปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ) D (daily Living; ชุดจัดการปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน) E (elimination; ชุดจัดการปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ) M (movement; ชุดจัดการปัญหาการเคลื่อนไหว) Ps (pressure sore; ชุดจัดการปัญหาการป้องกันและดูแลแผลกดทับ) เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงมีใช้เพียงแต่การนำชุดการสอนไปใช้ แต่เป็นการจัดการวางแผน การปฏิบัติการ ประเมินผลรวมทั้งปรับปรุงแผนอย่างต่อเนื่อง โดยสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ในการเตรียมความพร้อมตั้งแต่แรก อันจะช่วยให้กระบวนการฟื้นฟูสภาพดำเนินไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งการประสานความร่วมมือ (collaboration) ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายให้มีการดูแลต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับไปที่บ้าน/ชุมชน

บทบาทของพยาบาลเป็นบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จินนรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2540) ศึกษาผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองได้รับการสอนและการฝึกทักษะซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Gagne, Briggs and Wager (1988) และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนและการฝึกทักษะตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาล มีการเก็บข้อมูลกลุ่มละ 3 ครั้งคือ ก่อนการสอนและการฝึกทักษะประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 1 วัน ประเมินภาวะสุขภาพและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 1 เดือน ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะตามแบบแผนจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

วิราวรรณ คล้ายหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายหนึ่งและสอง และอายุรกรรมหญิงหนึ่งและสองของโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองได้รับการสอนแนะ โดยใช้กระบวนการสอนแนะของออรุณี สำเภาทอง (2538) และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ รอให้กลุ่มควบคุมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อน จึงจัดกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการสอนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการสอนแนะสูงกว่าก่อนได้รับการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ชมพูนุช ศรีรัตน์ (2546) ศึกษาผลของการสร้างเสริมความหวังต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างที่อยู่ในช่วงระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพและพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 10 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและกลุ่มตัวอย่างได้รับการสร้างเสริมความหวังโดยใช้แนวคิดของ Herth (2001) ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับการสร้างเสริมความหวัง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นจากก่อนได้รับการสร้างเสริมความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

จูโร เกล็ยงเกลา (2547) ศึกษาผลของการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คู่ ผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับแผนการเตรียมผู้ดูแลจากผู้วิจัย ส่วนผู้ดูแลกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังผู้ดูแลได้รับการเตรียม คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับการเตรียมผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

จรรยา พัทธิมประดิษฐ์ (2547) ศึกษาผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลลำปางจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คนและกลุ่มทดลอง 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมผู้ดูแล โดยการสอนและฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเตรียมผู้ดูแล คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับการเตรียมผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ภายใน 1 ปีที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 คนที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem ร่วมกับการใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของ

ร่างกาย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นพวรรณ ผ่องใส (2552) ศึกษาผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสุโขทัยและคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่ใกล้เคียงกันในด้าน เพศ อายุ และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor ซึ่งมี 2 ระยะคือ ระยะเฉียบพลันไปสู่ระยะพักฟื้นและระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลที่บ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Askim, Langhammer, Ihle-Hansen, Magnussen et al. (2012) ได้ทำการศึกษาระยะยาวของโปรแกรมติดตามกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 390 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือกลุ่มได้รับโปรแกรมการสอนแนะการทำกิจวัตรประจำวันโดยนักกายภาพบำบัด จำนวน 195 คน และกลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ เป็นระยะเวลา 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Cameirão, Smailagic, Miao, & Siewiorek (2016) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการสอนแนะ การใช้เกมส์และการดูแลแบบปกติกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 คนที่ได้รับการอบรมวิธีการสอนแนะ การใช้เกมส์และรูปแบบการดูแลแบบปกติ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 คน โดยผู้ดูแลสามารถใช้วิธีการใดก่อนก็ได้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการฟื้นตัวด้านการทำกิจวัตรประจำวัน แต่จะต้องให้ครบทั้ง 3 วิธีแล้ว ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษาพบว่าวิธีการสอนแนะและการใช้เกมส์ มีผลต่อความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่วิธีการสอนแนะ การใช้เกมส์และการดูแลแบบปกติมีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

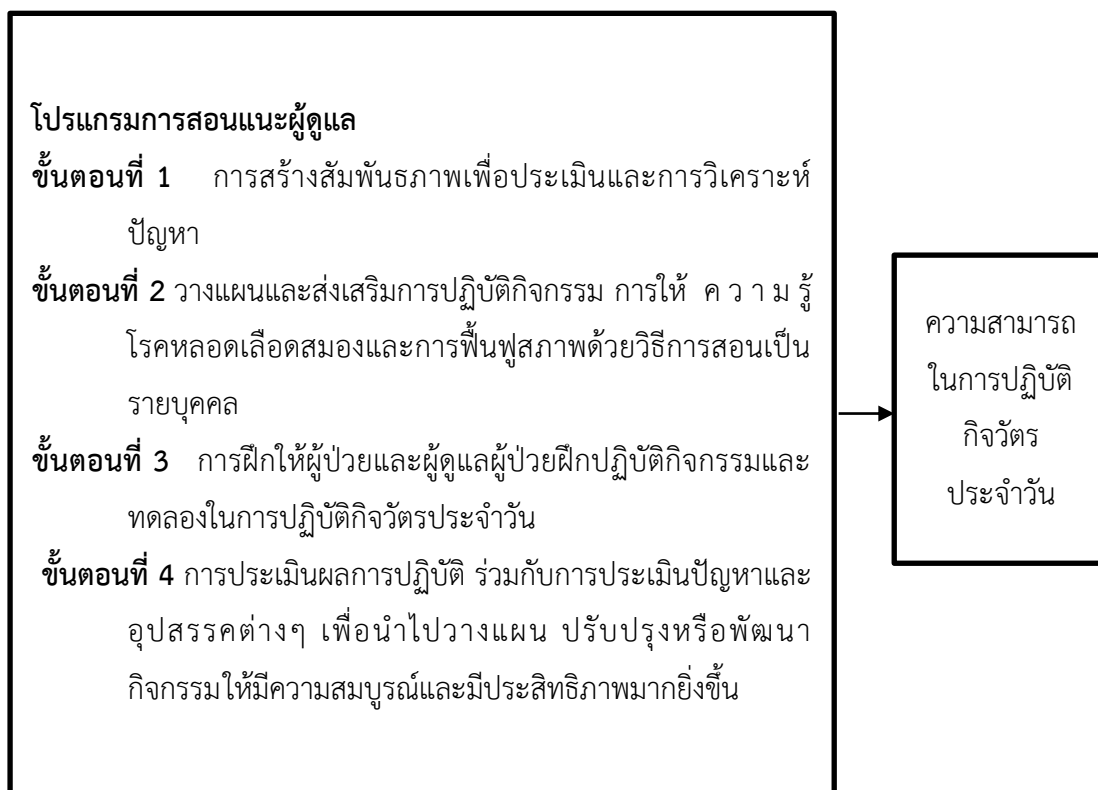
### กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) เป็นกลวิธีการสอนที่เน้นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติให้สูงขึ้นตามศักยภาพที่มีอยู่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ (1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นการประเมินปัญหาและรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้น มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มั่นใจในตัวผู้สอน (2) การวางแผนการปฏิบัติ ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สอนแนะร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตามความรู้พื้นฐานหรือประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ (3) การลงมือปฏิบัติกิจกรรม เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ โดยระหว่างที่ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติผู้สอนแนะมีการติดตามและสังเกตการณ์ปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วย และให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกและลบ (4) การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ดูแลผู้ป่วยประเมินผลด้วยตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากการปฏิบัติหรือปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนในการเรียนรู้ต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้จัดสร้างโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลโดยใช้แนวคิดของ Girvin (1999) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการสอนแนะ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยใช้โปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนแรกของโปรแกรม โดยมีการดำเนินการตั้งแต่วันแรกที่พบกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรม
2. การวางแผนและส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรม การให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสภาพ
3. การฝึกให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรม ทบทวนขั้นตอนการฝึกดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยระหว่างที่ผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติ ผู้สอนแนะมีการติดตามและสังเกตการณ์ปฏิบัติกิจกรรมและให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกและลบ
4. การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปวางแผน ปรับปรุงหรือพัฒนา กิจกรรมให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดการวิจัย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสอนแนะ Girvin (1999) ดังแผนภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและต้องเข้ารับการ รักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน (Polit & Hungler, 2013)

กลุ่มทดลอง	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>
กลุ่มควบคุม	O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>

- O<sub>1</sub> หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแล
- O<sub>2</sub> หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแล
- O<sub>3</sub> หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O<sub>4</sub> หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- X หมายถึง โปรแกรมการสอนแนะ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรวิจัย** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มาับการรักษาเป็น ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขต กรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่างการวิจัย** คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มาับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 40 คน



### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเปิดตารางประมาณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ข้อมูลการศึกษาของจินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ (2540) ผู้วิจัยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 อำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน (Polit & Hungler, 2013) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

### คุณสมบัติผู้ป่วย

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1. มีอายุระหว่าง 18-59 ปี
2. ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลมากกว่า 4.5 ชั่วโมงและไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)
3. เป็นผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด
4. มีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยประเมินจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย สถาบันประสาทวิทยา (2554) โดยมีระดับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลาง (50-70)
5. มีคะแนนประเมินระดับความรู้สึกตัวอยู่ระหว่าง 10-15 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบประเมินระดับการรับรู้โดยใช้ Glasgow Coma Scale

6. ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือสายให้อาหาร

7. มีการรับรู้ สื่อความหมายได้ดี เข้าใจตรงกันด้วยภาษาไทย

#### เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการแย่ง เช่น ซึมลง แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น ปากเบี้ยว ลิ้นแข็งพูดไม่ชัดเพิ่มขึ้น
2. ผู้ป่วยไม่มาตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา

### คุณสมบัติผู้ดูแล

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นบุคคลที่รับผิดชอบ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct care) และมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอมากที่สุดตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและที่บ้าน
2. อายุ 18 ปีขึ้นไป
3. มีภูมิลำเนาและ/ หรือพักอาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานครหรือปริมณฑล
4. ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน
5. มีการรับรู้และสื่อความหมายได้ดี เข้าใจตรงกันด้วยภาษาไทย
6. ไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือรางวัลในการดูแลผู้ป่วย

### เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. เมื่อผู้ดูแลไม่ได้เข้าร่วมกับผู้ป่วย

#### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยได้กลุ่มตัวอย่างมาจากรายชื่อของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลรามาริบัติ และเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (contaminate) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งอาจทำให้เกิดอคติในการตอบแบบประเมินซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนและบันทึกลักษณะของตัวแปรควบคุมของผู้ป่วยไว้จนได้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมครบ 20 คน หลังจากนั้นจึงเริ่มดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 20 คน โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุโดยกำหนดให้มีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีคะแนนระดับความรู้สึกตัว (glasgow coma scale) ต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน จนครบ 20 คู่

2. การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ (matched pair) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่ม (random assignment) โดยวิธีการจับคู่จนครบจำนวนกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน แสดงผลการจับคู่ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามอายุ และคะแนนระดับความรู้สีก้าวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คู่ที่	อายุ		คะแนนระดับความรู้สีก้าว	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	50	53	15	14
2	55	54	14	13
3	53	55	14	13
4	57	56	15	14
5	58	53	13	15
6	48	47	13	14
7	59	56	14	13
8	40	36	15	14
9	57	59	13	14
10	53	52	13	14
11	56	58	14	15
12	52	51	15	15
13	52	51	13	14
14	47	50	13	13
15	58	57	15	15
16	56	54	14	15
17	55	53	14	15
18	49	53	15	14
19	56	59	13	15
20	44	47	14	15

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท ได้แก่

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา และแบบ ประเมินระดับความรู้สึกตัว (glasgow coma scale: GCS)

1.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ซึ่งต้นฉบับสร้างขึ้นโดย Barthel & Mahoney (1965) แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาท วิทยา (2554) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การขึ้นลงเตียง 3) ล้าง หน้าที่ แปรงฟัน หวีผม 4) การเข้าห้องน้ำ 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน 7) การขึ้น บันได 8) การแต่งตัว 9) การถ่ายอุจจาระ 10) การปัสสาวะ ในแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งมีคะแนนความสามารถสูงสุด 100 คะแนน คะแนนความสามารถต่ำสุด 0 คะแนน

การให้คะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ดังนี้

กิจกรรมการรับประทานอาหาร มี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0 หมายถึง ต้องมีคนช่วยเหลือ

ระดับที่ 2 ให้คะแนน 5 หมายถึง มีคนช่วยเหลือบางส่วน

ระดับที่ 3 ให้คะแนน 10 หมายถึง ทำเองได้

กิจกรรมการขึ้นลงเตียง มี 4 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0 หมายถึง ลุกจากเตียงไม่ได้

ระดับที่ 2 ให้คะแนน 5 หมายถึง ลุกนั่งได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง 1-2 คน

ระดับที่ 3 ให้คะแนน 10 หมายถึง ลุกนั่งได้ ต้องการคนช่วยเหลือน้อย

ระดับที่ 4 ให้คะแนน 15 หมายถึง ลุกนั่งได้ ยกขาวางบนรถเข็นได้เอง

กิจกรรมการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม มี 2 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0 หมายถึง ต้องมีคนช่วยเหลือ

ระดับที่ 2 ให้คะแนน 5 หมายถึง ทำเองได้

กิจกรรมการเข้าห้องน้ำ มี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0 หมายถึง ต้องมีคนช่วยเหลือ

ระดับที่ 2 ให้คะแนน 5 หมายถึง มีคนช่วยเหลือบางส่วน

ระดับที่ 3 ให้คะแนน 10 หมายถึง ทำเองได้

กิจกรรมการอาบน้ำ มี 2 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0 หมายถึง ต้องมีคนช่วยเหลือ

ระดับที่ 2 ให้คะแนน 5 หมายถึง ทำเองได้

กิจกรรมการเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน มี 4 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0 หมายถึง นั่งบนรถเข็นแต่ไปไหนเองไม่ได้

ระดับที่ 2 ให้คะแนน 5 หมายถึง นั่งบนรถเข็นไปได้ไกลประมาณ 50 เมตร

ระดับที่ 3 ให้คะแนน 10 หมายถึง เดินได้ไกล 50 เมตร โดยมีคนช่วยเหลือเล็กน้อย

ระดับที่ 4 ให้คะแนน 15 หมายถึง ลุกนั่งได้ เดินได้เอง อาจใช้ไม้เท้าช่วย

กิจกรรมการขึ้นบันได มี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0 หมายถึง ขึ้นบันไดเองไม่ได้

ระดับที่ 2 ให้คะแนน 5 หมายถึง ขึ้นบันไดเองได้ แต่ต้องการคนช่วยเหลือ

ระดับที่ 3 ให้คะแนน 10 หมายถึง ขึ้นบันไดเองได้ อาจจะต้องเกาะราวช่วย

กิจกรรมการแต่งตัว มี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0 หมายถึง ต้องมีคนช่วยเหลือ

ระดับที่ 2 ให้คะแนน 5 หมายถึง มีคนช่วยทำให้บางส่วน

ระดับที่ 3 ให้คะแนน 10 หมายถึง ทำเองได้ รวมทั้งรัดซิป์ ติดกระดุม

กิจกรรมการถ่ายอุจจาระ มี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0 หมายถึง ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วย

ระดับที่ 2 ให้คะแนน 5 หมายถึง ถ่ายอุจจาระได้ต้องมีคนช่วยสวน/เหน็บยาไม่เกิน 1 ครั้ง/ สัปดาห์

ระดับที่ 3 ให้คะแนน 10 หมายถึง ทำเองได้ สวน/ เหน็บยาเองได้

กิจกรรมการปัสสาวะ มี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0 หมายถึง ปัสสาวะไม่ได้ คาสายสวน

ระดับที่ 2 ให้คะแนน 5 หมายถึง สวนบางครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/ วัน

ระดับที่ 3 ให้คะแนน 10 หมายถึง ปัสสาวะเองได้

เมื่อนำคะแนนทั้ง 10 กิจกรรมมารวมกันจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน นำผลรวมของคะแนนมาแบ่งระดับการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันตามค่าพิสัยโดยแบ่งเป็น (สถาบันประสาทวิทยา, 2554)

0-25	คะแนน	หมายถึง	ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง
30-50	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติได้น้อย
50-75	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติได้เองปานกลาง
80-95	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่
100	คะแนน	หมายถึง	สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ โปรแกรมการสอนแนะโดยผู้วิจัยได้ศึกษาและดำเนินการสร้างเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) เป็นแนวคิดในการจัดทำเครื่องมือ โดยโปรแกรมที่นำไปใช้ในการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

2.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎี ตำรา เอกสารวิชาการ บทความ วารสารผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) เพื่อวิเคราะห์และเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม

2.2 สรุปเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยหลักการและเหตุผล ขั้นตอนของโปรแกรม วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการ และการประเมินผลของกิจกรรม

2.3 สร้างสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ได้แก่ แผนการสอนเรื่องการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง “การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือด” และภาพพลิกประกอบการบรรยาย โดยสื่อที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้ในโปรแกรมมีรายละเอียดดังนี้

1) แผนการสอน เรื่อง การสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งที่ 2 วันที่ 2 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและพักผ่อนในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งที่ 3 วันที่ 3 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและพักผ่อนในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งที่ 4 วันที่ 4 จำหน่ายผู้ป่วยกลับ

ครั้งที่ 5 ติดตามเยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 1 หลังการจำหน่าย

ครั้งที่ 6 ติดตามที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ในสัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย

2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง “การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือด”

3) ภาพพลิกประกอบการบรรยาย โดยเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน

**3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่** แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้อ้างอิงมาจากงานวิจัยของ จูโร เกลียงเกลา (2547) เพื่อประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยทำการประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในวันแรกของการดำเนินการวิจัย ถ้าผู้ดูแลได้คะแนนในระดับต่ำถึงปานกลาง ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลและฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มเติม ลักษณะคำตอบมี 3 ระดับ และให้คะแนน ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลไม่สามารถบอกวิธีการดูแลหรือไม่สามารถปฏิบัติการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

1 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการดูแลหรือสามารถปฏิบัติการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน

2 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการดูแลหรือสามารถปฏิบัติการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ถูกต้อง

การแปลความหมายคะแนน พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดและนำคะแนนรวมทั้งหมด คำนวณหาอันตรายภาคขึ้น จากคะแนนเต็ม 18 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (จูโร เกลียงเกลา, 2547)

คะแนนอยู่ในช่วง 0-6 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

คะแนนอยู่ในช่วง 7-12 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 13-18 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

#### 1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย โปรแกรมการสอนแนว ประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 คน ประกอบด้วย

อาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู	1 คน
อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง	1 คน
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์	2 คน
หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1 คน

ใช้เกณฑ์ตัดสินความตรงของเนื้อหา จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหาตามความเห็น สอดคล้องผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อข้อความ โดยใช้เกณฑ์ค่า  $CVI \geq 0.80$  แต่ละข้อโดยใช้มาตราส่วน ประเมินค่าระดับ 4 ระดับ (Polit and Hungler, 2013) คือ

ไม่สอดคล้อง	ได้ 1 คะแนน
สอดคล้องน้อย	ได้ 2 คะแนน
สอดคล้องค่อนข้างมาก	ได้ 3 คะแนน
สอดคล้องมาก	ได้ 4 คะแนน

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของโปรแกรมการสอนแนะ ประเมิน ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเท่ากับ .95, 1.00, 1.00 ตามลำดับ

## 2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ผลของการนำไปทดลองใช้พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจในข้อมูลเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความพึงพอใจและมีความเห็นว่าข้อมูลนั้นมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลบางรายกล่าวถึงความรู้สึกว่าการให้ข้อมูลของผู้วิจัยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน คู่มือนี้ช่วยให้สามารถทบทวนความรู้ได้ และเมื่อเกิดความไม่เข้าใจ หรือข้อสงสัยก็มีที่พึ่ง

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ



ศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมความเข้าใจในแบบประเมิน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 และแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .76

### ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2559 ถึงวันที่ 2 พฤษภาคม 2559 ณ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 40 คน มีขั้นตอนดังนี้

#### 1. ขั้นตอนการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขปและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลและการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล

2) ภายหลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลรามาริบัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลรามาริบัติเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความอนุเคราะห์ในการให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลรามาริบัติตั้งแต่ 19 กุมภาพันธ์ถึง 2 พฤษภาคม 2559 เก็บข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1) ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และแจ้งการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

3) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านเขียนได้หรือมีปัญหาเรื่องสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามและให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม

**กลุ่มควบคุม** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้จะได้รับการพยาบาล การสอนตามปกติที่ปฏิบัติกันเป็นประจำโดยพยาบาลในหอผู้ป่วย คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ การรักษา การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพมาร่วมดูแล เช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง ดังนี้

**ครั้งที่ 1** ในวันแรกที่พบกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และรวบรวมข้อมูลโดยประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ใช้เวลา 30 นาที

**ครั้งที่ 2** ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมเมื่อมาตรวจตามแพทย์นัด ในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุย ซักถามอาการต่างๆ ไป อาการแทรกซ้อนหรืออาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ ในระยะเวลาที่ผ่านมา ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ครั้งที่ 2 กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ

**กลุ่มทดลอง** แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและระยะหลังจำหน่าย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยดังนี้

**ระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วย** แบ่งออกเป็น 4 ครั้ง ดังนี้

**ครั้งที่ 1** ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Girvin (1999) ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และขั้นตอนที่ 2 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลาในการวิจัย 30 นาที ดังนี้

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยกล่าวทักทายผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม พร้อมทั้งแนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการวิจัย

2) ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยพอสังเขปพร้อมทั้งประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการสังเกตสีหน้าท่าทางและการพูดโต้ตอบกับผู้วิจัย

3) ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ดูแลและผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้วิจัยด้วยวิธีการสอนแนะ

4) ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ครั้งที่ 1 และประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ

**ครั้งที่ 2** ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและพักผ่อนในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Girvin (1999) ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย และขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ระยะเวลาในการวิจัย 120 นาที ดังนี้

1) ผู้วิจัยสอนผู้ดูแลและผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ อาการ และแนวทางการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เรื่อง การทำความสะอาดปาก ฟัน ทวีผม การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ และการแต่งกาย

2) ผู้วิจัยสาธิตให้ผู้ดูแลผู้ป่วย 1 ครั้ง หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสาธิตกลับให้ผู้วิจัยตรวจสอบอีกครั้ง ในระหว่างการตรวจสอบการปฏิบัติหากผู้ดูแลปฏิบัติได้แต่มีข้อบกพร่อง ผู้วิจัยจะสอนแนะเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง

**ครั้งที่ 3** ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและพักผ่อนในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Girvin (1999) ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ระยะเวลาในการวิจัย 90 นาที ดังนี้

1) ผู้วิจัยสอนแนวทางการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับผู้ดูแลและผู้ป่วย เรื่อง การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน และการขึ้นลงเตียง

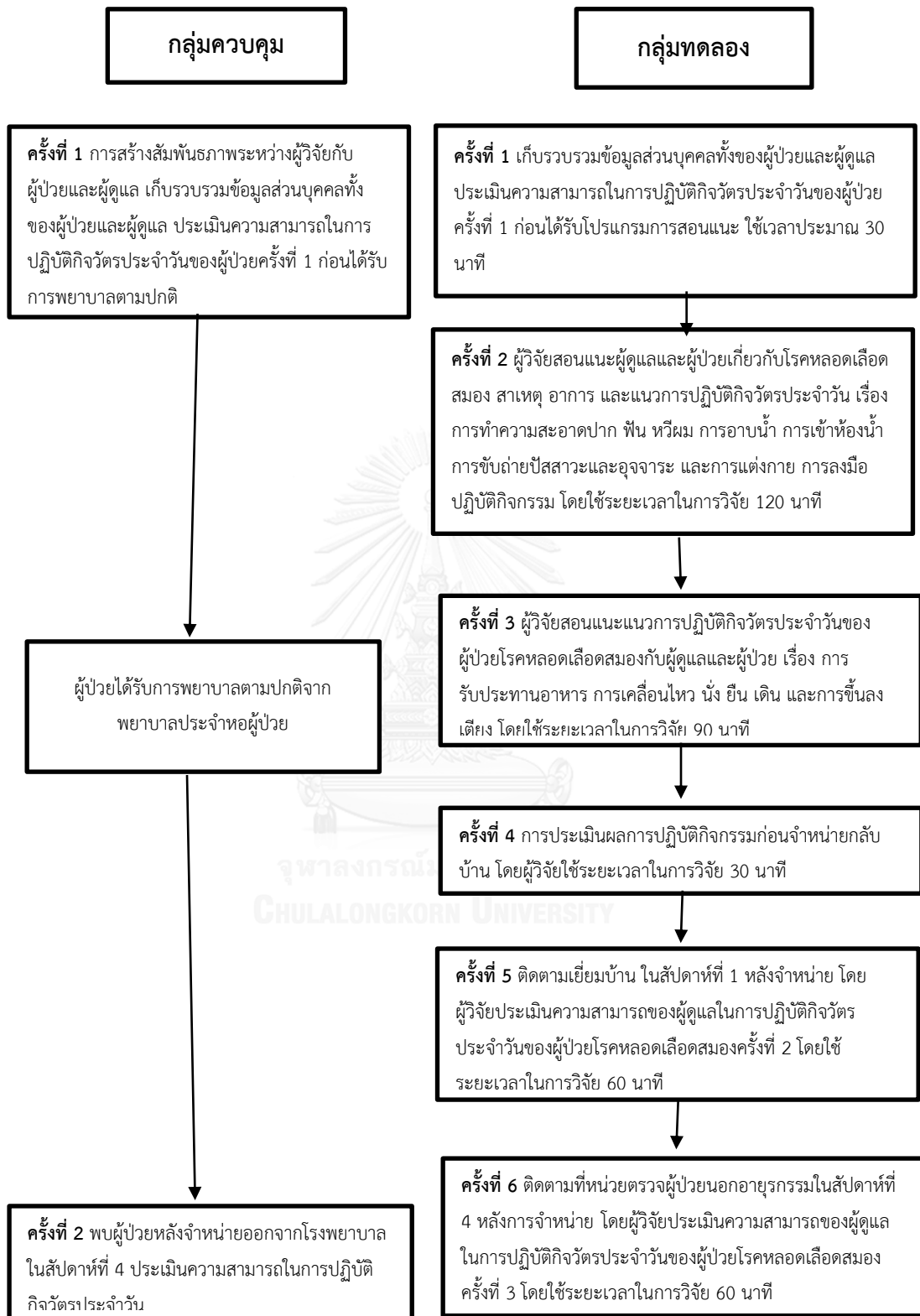
2) ผู้วิจัยสาธิตให้ผู้ดูแลผู้ป่วย 1 ครั้ง หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสาธิตกลับให้ผู้วิจัยตรวจสอบอีกครั้ง ในระหว่างการตรวจสอบการปฏิบัติหากผู้ดูแลปฏิบัติได้แต่มีข้อบกพร่อง ผู้วิจัยจะสอนแนะเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง

**ครั้งที่ 4** จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Girvin (1999) ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ระยะเวลาในการวิจัย 30 นาที โดยผู้วิจัยประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งที่ 2

**ระยะหลังจำหน่าย** แบ่งออกเป็น 2 ครั้ง ดังนี้

**ครั้งที่ 5** ติดตามเยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่าย ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Girvin (1999) ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ระยะเวลาในการวิจัย 60 นาที ผู้วิจัยประเมินและติดตามความก้าวหน้าทักษะของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ครั้งที่ 2 และประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งที่ 3

**ครั้งที่ 6** ติดตามที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมในสัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Girvin (1999) ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ระยะเวลาในการวิจัย 30 นาที ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ครั้งที่ 3 และประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งที่ 4 หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปและอำลาด้วยท่าทีสุภาพ นุ่มนวลและเป็นมิตร เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมโปรแกรม



ภาพที่ 2 การดำเนินการรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลรามธิบดีในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2559 (ID 02-59-20) จึงเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2559 ถึงวันที่ 2 พฤษภาคม 2559 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เข้าแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา กลุ่มวิจัยสามารถขอออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล สิทธิการรักษา นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (frequency) และหาค่าร้อยละ (percentage)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้การทดสอบค่าที (independent t-test) ก่อนการทดสอบค่าที่ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วย Komogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ ภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ paired simple t-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ independent t-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และได้เข้ารับการ รักษาตัวที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ในระหว่างวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2559 ถึง 2 พฤษภาคม 2559 จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ผู้วิจัย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ในรูปตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตาราง ที่ 1 และ 2

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ ภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ paired simple t-test

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ independent t-test

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังตารางที่ 3-4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว และสิทธิการรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม ( $n_1 = 20$ )		กลุ่มทดลอง ( $n_2 = 20$ )		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	9	45.0	10	50.0	19	47.5
หญิง	11	55.0	10	50.0	21	52.5
อายุ (ปี)						
น้อยกว่า 40 ปี	1	5.0	1	5.0	2	5.0
41 – 50 ปี	3	15.0	5	25.0	8	20.0
51 – 60 ปี	16	80.0	14	70.0	30	75.0
อายุเฉลี่ย	$\bar{X} = 52.7$		$\bar{X} = 52.7$			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	S.D. = 5.2		S.D. = 5.1			
สถานภาพสมรส						
โสด	3	15.0	0	0	3	7.5
คู่	16	80.0	20	100.0	36	90.0
หม้าย	1	5.0	0	0	1	2.5
ศาสนา						
พุทธ	20	100.0	19	95.0	39	97.5
อิสลาม	0	0	1	5.0	1	2.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	3	15.0	1	5.0	4	10.0
มัธยมศึกษา	9	45.0	7	35.0	16	40.0
อนุปริญญา	4	20.0	10	50.0	14	35.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4	20.0	2	10.0	6	15.0

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n <sub>1</sub> = 20)		กลุ่มทดลอง (n <sub>2</sub> = 20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	30.0	0	0	6	15.0
รับจ้าง	3	15.0	13	65.0	16	40.0
ค้าขาย	3	15.0	2	10.0	5	12.5
เกษตรกรรม	3	15.0	0	0	3	7.5
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	5	25.0	5	25.0	10	25.0
รายได้						
น้อยกว่า 5,000 บาท	4	20.0	0	0	4	10.0
5,000-10,000 บาท	4	20.0	0	0	4	10.0
10,001-15,000 บาท	5	25.0	3	15.0	8	20.0
15,001-20,000 บาท	1	5.0	10	50.0	11	27.5
20,001-30,000 บาท	6	30.0	7	35.0	13	32.5
โรคประจำตัว						
ไม่มี	6	30.0	11	55.0	17	42.5
มี	14	70.0	9	45.0	23	57.5
- ความดันโลหิตสูง	8	40.0	5	25.0	13	32.5
- เบาหวาน	4	20.0	3	15.0	7	17.5
- โรคหลอดเลือดหัวใจ	2	10.0	1	5.0	3	7.5
สิทธิการรักษา						
สิทธิประกันสุขภาพ	9	45.0	8	40.0	17	42.5
ประกันสังคม	2	10.0	4	20.0	6	15.0
สิทธิต้นสังกัด	8	40.0	6	30.0	14	35.0
ชำระเงินสด	1	5.0	2	10.0	3	7.5

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.5 กลุ่มทดลองผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 52.7 ปี (S.D. = 5.1) และกลุ่มควบคุมผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 52.7 ปี (S.D. = 5.2) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 90.0 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ



97.5 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 35.0 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 57.5 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ เบาหวานและโรคหลอดเลือดหัวใจ และส่วนใหญ่ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสุขภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคือ สิทธิทันตสังกัต คิดเป็นร้อยละ 35.0

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม (n <sub>1</sub> = 20)		กลุ่มทดลอง (n <sub>2</sub> = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	5	25.0	7	35.0	12	30.0
หญิง	15	75.0	13	65.0	28	70.0
อายุ (ปี)						
น้อยกว่า 40 ปี	6	30.0	1	5.0	7	17.5
41 – 50 ปี	6	30.0	9	45.0	15	37.5
51 – 60 ปี	6	30.0	10	50.0	16	40.0
มากกว่า 60 ปี	2	10.0	-	-	2	5.0
อายุเฉลี่ย	$\bar{X} = 47.5$		$\bar{X} = 46.4$			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	S.D. = 11.3		S.D. = 7.8			
สถานภาพสมรส						
โสด	7	35.0	12	60.0	19	47.5
คู่	13	65.0	8	40.0	21	52.5
ศาสนา						
พุทธ	20	100.0	19	95.0	39	97.5
อิสลาม	0	0	1	5.0	1	2.5

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n <sub>1</sub> = 20)		(n <sub>2</sub> = 20)		(n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	2	10.0	1	5.0	3	7.5
มัธยมศึกษา	10	50.0	7	35.0	17	42.5
อนุปริญญา	4	20.0	8	40.0	12	30.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4	20.0	4	20.0	8	20.0
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	5.0	0	0	1	2.5
รับจ้าง	9	45.0	12	60.0	21	52.5
ค้าขาย	4	20.0	2	10.0	6	15.0
เกษตรกรกรรม	2	10.0	0	0	2	5.0
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	4	20.0	6	30.0	10	25.0
รายได้						
5,000-10,000 บาท	1	5.0	0	0	1	2.5
10,001-15,000 บาท	9	45.0	5	25.0	14	35.0
15,001-20,000 บาท	6	30.0	9	45.0	15	37.5
20,001-30,000 บาท	4	20.0	6	30.0	10	25.0
โรคประจำตัว						
ไม่มี	19	95.0	12	60.0	31	77.5
มี ระบุ	1	5.0	8	40.0	9	22.5
- ความดันโลหิตสูง	1	5.0	3	15.0	4	10.0
- เบาหวาน	0	0	3	15.0	3	7.5
- โรคหลอดเลือดหัวใจ	0	0	2	10.0	2	5.0
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล						
ไม่เคย	20	100.0	20	100.0	40	100.0

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.0 กลุ่มทดลองผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 46.4 ปี (S.D. = 7.8) และกลุ่มควบคุมผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 47.5 ปี (S.D. = 11.3) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.5 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 97.5 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคืออนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 30.0 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมาคือรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 25.5 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 77.5 ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 100.0

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ ภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ paired simple t-test ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
<b>กลุ่มควบคุม</b>					
ก่อนการทดลอง	59.50	7.76	19	7.255	.000
หลังการทดลอง	66.00	8.37			
<b>กลุ่มทดลอง</b>					
ก่อนการทดลอง	64.25	8.31	19	13.316	.000
หลังการทดลอง	82.50	9.38			

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 59.50 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 66.00 เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ paired simple t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 64.25 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 82.50 เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ paired simple t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนแนะ มีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ independent t-test ดังตารางที่ 6**

ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้การทดสอบค่าที (independent t-test) ก่อนการทดสอบค่าที ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วย Komogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ (ดังภาคผนวก จ)

**ตารางที่ 6** ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	59.50	7.76	38	-1.867	.07
กลุ่มทดลอง	64.25	8.31			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	66.00	8.37	38	-5.868	.000
กลุ่มทดลอง	82.50	9.38			

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า

**ก่อนการทดลอง** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 59.50 และ 64.25 ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**หลังการทดลอง** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 66.0 และ 82.5 ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุม



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ เป็นการศึกษาระบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) โดยกลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการสอนแนะ

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแล
2. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้คุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้มีอายุ 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง (50-70 คะแนน) มีการรับรู้และสื่อความหมายได้ดี เข้าใจตรงกันด้วยภาษาไทย จับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยให้สองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และจัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) พิจารณาตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria)
2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่เข้ามารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้แบบประเมิน Barthel Index (สถาบันประสาทวิทยา, 2554) โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง (50-70 คะแนน)
3. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form) ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched pairs) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน โดยให้กลุ่มทั้งสองมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุโดยกำหนดให้มีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีคะแนนระดับความรู้สึกตัว (glasgow coma scale: GCS) ต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน และจัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยมี 3 ประเภท ได้แก่

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้และวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81
2. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ โปรแกรมการสอนแนะโดยโปรแกรมที่นำไปใช้ในการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีรายละเอียดตามแผนการสอน คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง “การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือด” และภาพพลิกประกอบการบรรยาย ที่ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้นำไปทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง
3. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้อ้างอิงมาจากงานวิจัยของ จูไร เกลียงเกลา (2547) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขและนำมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้นำไปทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง

## การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน โดยให้กลุ่มทั้งสองมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีคะแนนระดับความรู้สึกตัว (glasgow coma scale: GCS) ต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน จัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยบอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการเข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และใบบินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบบินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แล้วดำเนินการทดลอง ดังนี้

### กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่เข้ามารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (pre-test) กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จากพยาบาลประจำการ และพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 เมื่อมาตรวจตามแพทย์นัด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (post-test) ผู้วิจัยอธิบายเมื่อเกิดข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ

### กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่เข้ามารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (pre-test) ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ ครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการสอนแนะจากผู้วิจัย กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และฝึกทักษะให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในเรื่องการทำความสะอาดปาก ฟัน หวีผม การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ และการแต่งกาย โดยใช้ภาพพลิกเป็นสื่อการสอน ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยสอนฝึกทักษะให้ผู้ดูแล



ได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในเรื่อง การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน และการขึ้นลงเตียง พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติพร้อมกับผู้วิจัย มีการติดตามและสังเกตการณ์ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละคน ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทบทวนในบางกิจกรรมที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ครั้งที่ 5 ติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่าย ครั้งที่ 6 ติดตามที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมในสัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย โดยผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (post-test)

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างอายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และสิทธิการรักษา นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (frequency) และหาค่าร้อยละ (percentage)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ ภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ paired simple t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะนำผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การสอนแนะนำสามารถช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยเน้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลงมือปฏิบัติ และคอยให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองและการฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งในระหว่างการฝึกทักษะปฏิบัติของผู้ดูแล ผู้วิจัยมีการสาธิตพร้อมกันให้ผู้ดูแลได้มีการฝึกปฏิบัติ มีการติดตามผลและสังเกตการณ์ฝึกปฏิบัติ รวมทั้งมีการให้ข้อมูลคำแนะนำในบางกิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง โดยมีการคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ดูแลในแต่ละราย หลังจากนั้นจะมีการประเมินผลโดยให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และจำได้แม่นยำยิ่งขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวทางการสอนแนะนำของ Girvin (1999) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการปฏิบัติกิจวัตรกิจกรรม การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจะให้คำแนะนำและสอนแนะนำให้ผู้ดูแลได้มีการฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีการประเมินทักษะของผู้ดูแลเป็นระยะๆ เน้นการวางแผนแนวทางการดูแลร่วมกันระหว่างผู้สอน ผู้ดูแลและผู้ป่วย เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอน ผู้ดูแลและผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ดังเช่นงานวิจัยของวิราวรรณ คล้ายหิรัญ (2544) ศึกษาพบว่าผลของการสอนแนะนำต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการสอนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะนำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง (2551) ศึกษาพบว่า ผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 1 สัปดาห์เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ภายหลังได้รับการสอนแนะจากผู้สอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ จรรยา ทับทิมประดิษฐ์ (2547) ทำการศึกษาผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำปาง ได้มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะจนจำหน่ายกลับบ้านและมีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามประเมินผลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่าจากผลการสอนแนะตามแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และมีทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การศึกษานี้ได้จัดโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) พัฒนาส่งเสริม และปรับปรุงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เพิ่มขึ้นตามศักยภาพของผู้ดูแลแต่ละราย โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรม โดยมีการเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่ครั้งแรก ทำให้เกิดความไว้วางใจ ซึ่งความไว้วางใจและความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้ของบุคคล และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเกิดความเป็นกันเอง ช่วยให้สามารถประเมินปัญหาและให้กิจกรรมการพยาบาลได้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย

หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม โดยการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมอง ขณะสอนและหลังการสอนผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การที่ผู้วิจัยสอนให้ความรู้ จะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้และทักษะบางประการ มีความสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Orem, 2001; นพรัตน์ รุจิรา รุ่งเรือง, 2551)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนแนะนำการพัฒนาความรู้ และทักษะ สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สอน คอยกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความรู้และทักษะ หรือปรับปรุงบทบาทการปฏิบัติงาน ผู้สอนทำหน้าที่เสมือนเป็นครูที่จะถ่ายทอดความรู้ฝึกสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ๆ รวมถึงการพัฒนาความสามารถสูงสุดด้วยการให้การสนับสนุน ชี้แนะ ช่วยเหลือ ให้ความมั่นใจ หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ในพฤติกรรมใหม่หรือทักษะใหม่ และปรับปรุงการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Girvin, 1999; Grealish, 2000; วชิรา สุทธิธรรม, 2551) สอดคล้องกับงานวิจัยของ นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง (2551) ศึกษาพบว่าผลของโปรแกรมการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของนิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548) พบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ในการสอนให้ความรู้ ผู้วิจัยใช้สื่อการสอนเป็นภาพพลิกประกอบการสอน ซึ่งประกอบด้วยรูปภาพที่มีขนาดใหญ่ช่วยให้การมองเห็นชัดเจน มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับแผนการสอนที่กำหนดไว้ (นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง, 2551) ซึ่ง กิดานันท์ มลิทอง (2548) กล่าวว่าภาพพลิกควรมีรูปภาพชัดเจน เข้าใจง่ายสื่อความหมายได้ดี ตรงกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ ควรใช้สีตัดกันหรือกลมกลืนกันอย่างเหมาะสม รูปภาพควรเป็นภาพสีเพราะจะช่วยดึงดูดความสนใจได้ดีกว่าภาพขาว-ดำ ภาพพลิกหนึ่งชุดควรเป็นเรื่องเดียวกันและเรียงภาพตามลำดับก่อนหลังอย่างถูกต้อง คำอธิบายควรเป็นประโยคสั้นๆ กะทัดรัด ตัวอักษรขนาดใหญ่และเป็นรูปแบบเดียวกัน และควรมีบทสรุปในตอนท้ายของทุกเรื่อง ในระหว่างการเรียนการสอนควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน อาจทำได้โดยการตั้งคำถามไว้ในภาพพลิก หลังจบเนื้อหาอย่า่อยเป็นตอนๆ ไป ทั้งนี้ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติกิจกรรม โดยการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติพร้อมกับผู้วิจัย มีการติดตามและสังเกตการณ์ปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลเมื่อพบว่าผู้ดูแลยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัย

ทำการแก้ไข ทบทวนเพิ่มเติมพร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง เน้นฝึกจนให้เกิดความชำนาญ โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละคน

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับข้อมูลจากพยาบาลประจำการ โดยการให้ความรู้และคำแนะนำก่อนกลับบ้าน เนื่องจากระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละคนมีระยะเวลาสั้น ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่ง นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง (2551) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพค่อนข้างจำกัด โดยการให้ความรู้และคำแนะนำก่อนกลับบ้าน เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก อีกทั้งในปัจจุบันแนวโน้มในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีระยะเวลาสั้นลง ผู้ป่วยเมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤตแพทย์มักจะจำหน่ายผู้ป่วยก่อนการฟื้นฟูจะเสร็จสิ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และการฟื้นฟูสภาพไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลง

ดังนั้นจากการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนแนะ โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการฝึกกิจวัตรประจำวัน มีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการชี้แนะ ปรับปรุงแก้ไข ทบทวนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมจนแน่ใจว่าสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากโปรแกรมการสอนแนะมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำ ติดตามและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความไว้วางใจ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพควรนำการสอนแนะเป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ให้เหมาะสมกับความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ดูแลในแต่ละราย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมเป็นระยะ เพื่อแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของโปรแกรมการสอนแนะ
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรรมนิภา รักษ์ยิ่งเจริญ. (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 25(1), 90-97.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานะเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิดานันท์ มลิทอง. (2548). *เทคโนโลยีและการสื่อสารเพื่อการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อรุณการพิมพ์.
- ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร. (2553). *ประสาทวิทยาทันสมัย: Modern neurology*. ปทุมธานี: หน่วยประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์และจรรยาฤกษ์ ป้องเจริญ. (2554). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 21(1), 4-21.
- งานสารสนเทศคลังข้อมูล โรงพยาบาลรามาริบัติ. (2558). *สถิติวันนอนของผู้ป่วยใน ประจำปี 2558*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ.
- จรรยา ทับทิมประดิษฐ์. (2547). *ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรรยา สันตยากร. (2554). *การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน แนวคิด และประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน*. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา สมนึก. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- จิตรารณณ์ ขุนทอง (2555). แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง. สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2540). ผลการสอนและการฝึกปฏิบัติทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซต.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2544). การแต่งกายผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. (2544). ภาวะสุขภาพด้านร่างกายภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2555). ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง. ใน สมศักดิ์ เทียมเก่า, กาญจนศรี สิงห์ภู, กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ และพัชรินทร์ อ้วนไทร. (2555). *คู่มือการจัดการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระดับเขต 7 พ.ศ. 2555.
- จุไร เกลี้ยงเกล้า. (2547). ผลของการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชมพูนุท ศรีรัตน์. (2546). ผลการสร้างเสริมความหวังต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอัมพาตอ่อนล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขวลิ แยมวงษ์. (2538). การประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ช่อลดา พันธูเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยวิกฤติตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.



- ชาญชัย โพธิ์คลัง. (2532). *หลักพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ในการฝึกกีฬา (The scientific basic of coaching)*. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- ดิษยา รัตนากร ชาญพงศ์ ตั้งคณะกุล และสามารถ นิธินันท์, (บรรณาธิการ). (2554). *Current practice guide to stroke management*. กรุงเทพมหานคร: สหวิชาญการพิมพ์.
- เดือนน้อย ไบคำ. (2542). *คู่มือสำหรับประชาชน: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน*. (ม.ป.ท.)
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2540). ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย. *วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสหภาพชาติไทย*, 22(2), 110-116.
- นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง. (2551). ผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพวรรณ ผ่องใส. (2552). ผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- น้อมจิตต์ นวลเนตร์. (2545). แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ และ อัจฉรา หล่อวิจิตร (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- นิพนธ์ พงวรินทร์, (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิพนธ์ พงวรินทร์. (2556). Stroke: An Overview. ใน รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, ธีรธร พูลเกษ, กนกวรรณ บุญญพิสิฐ และสมบัติ มุ่งทวีพงษา, *ตำราประสาทวิทยาคลินิก*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2543). โรคหลอดเลือดสมอง: ปัจจัยเสี่ยงและการรักษา. ใน วิทยา ศรีตามา (บรรณาธิการ), *เคล็ดลับในการดูแลผู้ป่วยอายุกรรม*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2556). Ischemic Stroke ภาวะสมองขาดเลือด. ใน รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, ธีรธร พูลเกษ, กนกวรรณ บุญญพิสิฐ และสมบัติ มุ่งทวีพงษา, *ตำราประสาทวิทยาคลินิก*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.
- นิตยา อินทร์กำ. (2551). ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. (2548). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิลรัตน์ วัชรภิชิต. (2543). *บทบาทผู้หญิงในฐานะผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์. (2549). *ผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระยะของ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นันทกาญจน์ ปักซี่ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม สุปรีตา มั่นคงและสิริรัตน์ สีลาจรัส. (2559). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล*. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 22(1), 65-79.
- บุศริน เอียวสีหยก. (2545). *ผลของการไต่ถามต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2536). *แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 13(4), 14-22.
- ประไพพรรณ จิรันธร. (2547). *การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน*. ใน สุปาณี เสนาดีสัย และวรรณภา ประไพพานิช (บรรณาธิการ), *การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 11 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุดทอง จำกัด.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยะวรรณ เชี่ยวระนะกุล. (2555). *การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง*. ใน สมศักดิ์ เทียมเก่า, กาญจนศรีสิงห์ภู, กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ และพัชรินทร์ อ้วนไตร. *คู่มือการจัดการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระดับเขต 7 พ.ศ. 2555.

- พนมกร หิรัญญ์ธิตติ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรพจน์ ประภาณันตชัยและ สมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2557). กลุ่มอาการสมองขาดเลือด. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 30 (4): 24-33.
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน: Ischemic Stroke. กรุงเทพมหานคร: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2544). ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัสมณท์ คุ่มทวีพร, ธิดาทิพย์ ชัยศรี, และธัญลักษณ์ โอโบอ้อม. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการสื่อสารเนื่องจากพยาธิสภาพทางสมอง. *วารสารพยาบาล*, 45, 9-15.
- เพลินตา ศิริปการ. (2544). การเตรียมอาหารและให้อาหารทางปากและทางสายยาง. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- เพ็ญวิสาข์ เจริญภูมิภกร. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พาริดา อิบราฮิม. (2539). *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล*. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญการพิมพ์.
- พาริดา อิบราฮิม. (2542). *ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: โครงการพัฒนาตำราสาขาการพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวิณี พรหมบุญ, นพวรรณ เปี้ยชื่อ และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในฐานะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 20(1), 82-96.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*. 2(1), 84-94.
- รสสุคนธ์ เจืออุบลมัย. (2553). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รุ่งทิพา ชอบชื่น. (2555). การจัดการด้านการพยาบาลเพื่อดูแลต่อที่บ้าน. ใน สมศักดิ์ เทียมเก่า, กาญจนศรี สิงห์ภู, กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ และพัชรินทร์ อ้วนไตร. *คู่มือการจัดการระบบ*

- บริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร. คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระดับเขต 7 พ.ศ. 2555.
- วชิรา สุทธิธรรม. (2551). ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. (2538). ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว. วารสารพยาบาล, 44(2), 88-89.
- วิราวรรณ คล้ายหิรัญ. (2544). ผลของการสอนแนะต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูงบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศรัณยา แสงมณี, มณี อาภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2555). กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน. งามาริบัติพยาบาลสาร, 18(1), 119-133.
- ศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร. (2547). ผลของโปรแกรมการสอนแนะการปฏิบัติต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2550). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2554). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่มที่ 4 (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ วี .เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล, (บรรณาธิการ). (2546). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ วี .เจ. พรินติ้ง.
- สมนึก สกูลหงส์โสภณ สิริวรรณ อนันตโชคและกฤษณี โหลสกุล. (2554). ปัจจัยบางประการความสามารถในกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 4(2), 37-52.

- สิริกัลยา พูลผล. (2558). Ischemic stroke. ใน ประเสริฐ ธนกิจจารุ, ไพรัช เกตุรัตน์กุล, วีระศักดิ์ ศรีนินภากร และกิตติ ชื่นยง. *ตำราอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต*. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี.
- สมล เกษรณิชาวัฒนา. (2534). *ผลของการพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรียมต่อความพึงพอใจในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสโตรค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สินีนุช ขำดี มณี อาภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 45-63.
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธิน อัญชลี แก้วพันธ์ และวิษณุ กัมทรทิพย์. (2549). การศึกษาความบกพร่องของรยางค์บนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ในโรงพยาบาลศิริราช. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู*, 16(2), 98-107.
- สุภาพร ดีเจริญเกียรติ. (2552). *แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมองบนพื้นฐานของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุรียรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. (2541). *ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาณี เสนาดีสัย. (2540). *การพยาบาลพื้นฐาน: แนวคิดและการปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2555*. สืบค้นจาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index.htm>, วันที่ 30 ธันวาคม 2558.
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ, ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์ และธนวันต์ กาบภิรมย์. (2555). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2553. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 43(17), 257-264.

- อรฉัตร โตชยานนท์. (2539). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน เสก อักษรานุเคราะห์ (บรรณาธิการ), *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่ม 2*. กรุงเทพมหานคร: เทคนิค 19.
- อรฉัตร โตชยานนท์. (2544). Stroke rehabilitation. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บรรณาธิการ), *โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อรพรรณ ทองแดง. (2544). Depression in stroke. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บรรณาธิการ), *โรคหลอดเลือดสมอง (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อรอนงค์ กุลณรงค์ เพลินพิศ ฐานีวิพัฒนานนท์และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2555). ความพร้อมในการดูแลสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 4(1), 14-27.
- อรุณี สำเภาทอง. (2538). *การเสริมสร้างสมรรถภาพการสอนของครูประถมศึกษาโดยการใช้กระบวนการฝึกอบรมแบบเน้นการสอนแนะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาหลักสูตรและการสอน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉรา หล่อวิจิตร. (2544). การช่วยเหลือในการขับถ่าย. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

### ภาษาอังกฤษ

- Absher, J.R., & Toole, J.F. (2000). Cerebrovascular disorders. In Fogel, B.S., Schiffer, R.B., & Rao, S.M. (Eds.), *Synopsis of neuropsychiatry*. Philadelphia: Lippincott.
- American Heart Association. (2015). Heart Disease and Stroke Statistics-2015 update: a report from the American Heart Association. *Calculation*, 131(4), 29-322.
- Askim, T., Langhammer, B., Ihle-Hansen, H., Magnussen, J. et al. (2012). A Long-Term Follow-Up Programme for Maintenance of Motor Function after Stroke: Protocol of the life after Stroke-The LAST Study. *Stroke Research and Treatment*, (ID 392101), <http://dx.doi.org/10.1155/2012/392101>
- Auer RN. (2004). Histopathology of cerebral ischemia. In: Cerebral blood flow and metabolism in human cerebrovascular disease. In: Mohr JP, Choi DW, Grotta JC, Weir B, Wolf PA, editors. *Stroke: pathophysiology, diagnosis and management*. (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Bakas, T., Austin, J.K., Okonkwo, K.F., Lewis, R.R., & Chadwick, L. (2002). Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *Journal of Neuroscience Nursing*, 34(5), 242-252.

- Bartels, M.N. (1998). Pathophysiology and medical management of stroke. In A. Burkhardt, & G. Gillen (Eds.), *Stroke rehabilitation: A functional-based approach*. St. Louis: Mosby.
- Baker, E., & Rice, R. (2001). The patient with neurological dysfunction. In R. Rice (Ed.), *Home care nursing practice: Concepts and application (3<sup>rd</sup> ed.)* St. Louis: Mosby.
- Beal, C.C. (2010). Gender and Stroke Symptoms: A Review of the Current Literature. *Journal of Neuroscience Nursing*, 42(2), 80-87.
- Camak, D.J. (2015). Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18), 2376–2382.
- Cameirão, M. S., Smailagic, A., Miao, G., & Siewiorek, D. P. (2016). Coaching or gaming? Implications of strategy choice for home based stroke rehabilitation. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 13, doi: 10.1186/s12984-016-0127-8.
- Caplan, L.R. (1997). Cerebrovascular disease and stroke. In C.K. Cassel, H.L. Cohen, E.B. Larson, D.E. Meier, N.M. Resnick, L.Z. Rubenstein, et al. (Eds.), *Geriatric Medicine (3<sup>rd</sup> ed.)* New York: Springer.
- Caplan, L.R. (2000). *Caplan's stroke: A clinical approach (3<sup>rd</sup> ed.)* Boaton: Butterworth-Heinemann.
- Chemerinski, E., Robinson, R.G., & Kosier, M.J. (2001). Improved recovery in activities of daily living associated with remission of post stroke depression. *Stroke*, 32(1), 113-117.
- Christiansen, C.H., & Ottenbacher. (2005). Evaluation and management of daily self-care requirements. In J. A. Delisa & B. M Gans (Eds.), *Rehabilitation medicine principles and practice (4<sup>th</sup> ed.)*. Philadelphia: Lippincott.
- Clarke, E. B., & Spross, J.A. (1996). Expert coaching and guidance. In Hamric, A.B., Spross, J. A., & Hanson, C.M. (Eds.) *Advanced nursing practice: An integrative approach*, Philadelphia: W. B. Saunders.
- Corrozzella, J., & Janch, E. C. (2002). Emergency stroke management: A new era. *Nursing Clinics of North America*, 37(1), 35-57.

- Dai, C.H. & Gyi, A.A. (2009). The effect of interventions directed to informal caregivers on stroke patients' activity of daily living: A systematic review protocol. *JBISRIR*, 7(24 Suppl), 10-18.
- Date, E.G., and Wener, G.T. (1987). Familiar faces. *Nursing Times* 83 (September): 26-27.
- Frye-Pierson, J., & Toole, J.F. (1987). *Stroke a guide for patient and family*. New York: Raven.
- Gillen, R., Tennen, H., McKee, T.E., Gernert-Dott, P., & Affleck, G., (2001). Depressive symptoms and history of depression predict rehabilitation efficiency in stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(12), 1645-1649.
- Girvin, J. (1999). Coaching for improving job performance and satisfaction. *Nursing Times*, 95(50), 55-57.
- Gracy, K.M. (2001). Coaching a leadership skill for APN. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 1(3), 176-180.
- Grelish, L. (2000). The skill of coach are an essential element in clinical learning. *Journal of Nursing Education*, 39(5), 231-233.
- Hafsteindottir, T.B., & Grypdonck, M. (1997). Being a stroke patient: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 580-588.
- Han, B., & Haley, W.E. (1999). Family caregiving for patients with stroke review and analysis. *Stroke*, 30(1), 1478-1484.
- Hennerie, M.G., Bogousslavstg, J., & Sacco, R.L. (2005). *Clinical Practice: stroke*. Philadelphia; Elsevier Churchill Livingstone.
- Hickey. J.V. (2003). Stroke and other cerebrovascular disease. In: J.V. Hickey (Ed.), *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. (5<sup>th</sup>) Philadelphia: Lippincott.
- Hickey, J.V. & Hock, N.H. (2003). Stroke and other cerebrovascular disease. In: J.V. Hickey. (Eds.), *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. (5<sup>th</sup>) Philadelphia: Lippincott.
- Hickey, J.V. & Todd, A.Q. (2009). Stroke. In. *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.



- Kalra, L. (2003). Clinical presentation and management. In R. Tallis, H. Fillit, & J.C. Brocklehurst. (Eds.), *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology/ neurology* (6<sup>th</sup> ed.) Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Kernich, C.A. (2001). Management of clients with stroke. In: J. M. Black, J. H. Hawks, A. Keene (eds.), *Medical-surgical Nursing*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Lewis, S.M., & Collier, I.C. (1987). *Medical-Surgical nursing assessment and management of clinical problem* (2<sup>nd</sup> ed.) New York: McGraw-Hill.
- Lewis, F.M. & Zahlis, E.H. (1997). The nursing as coach: A conceptual framework for clinical practice. *Oncology Nursing Forum*, 24(10), 1695-1702.
- Lubkin, I.M. & Payne, M.E. (1998). Family caregiver. In I.M. Lubkin, & P.D. Larsen (Eds.), *Chronic illness* (4<sup>th</sup> ed., pp258-277). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Mahoney, F.L., & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J.*, 1965; 14, 61-65.
- Mccance, K.L., & Huether S.E. (2006). *Pathophysiology the biologic basis for disease in adults and children*. (5<sup>th</sup> ed.). St, Louis; Elsevier Mosby.
- McLennon, S.M., Habermann, B., & Davis, L.L. (2010). Deciding to institutionalize: why do family members cease caregiving at home?. *J Neurosci Nurs*, 42(2), 95-103.
- Miller, E.L., Murray, L., Richards, L., & Zorowitz, R.D. (2010). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the american heart association. *Stroke*, 41(10), 2402-2448.
- Mohr JP, Gautier CJ. Internal carotid artery disease. In: Mohr JP, Choi DW, Grotta JC, Weir B, Wolf PA, editors. *Stroke: pathophysiology, diagnosis and management*. (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Churchill Livingstone; 2004. 75-100.
- Nir, Z., Greenberger, C., & Bachner, Y. G. (2009). Profile, burden, and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. *J Neurosci Nurs*, 41(2), 92-105.
- Patten J. The brainstem. In: Patten J, editor. *Neurological differentietal diagnosis*. Great Britain: Springer-Verlag; 1996.
- Periard, M. E., & Ames, D. B. (1993). Lifestyle changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. *Public Health Nursing*, 10, 252-256.

- Phipps, M.A. (1991). Assessment of neurological deficits in stroke. *Nursing Clinic of North America*, 26(4), 956-969.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (2013). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization* (8<sup>th</sup> Edition). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins.
- Popovich, J.M., Fox, P.G., & Bandagi, R. (2007). Coping with stroke: psychological and social dimensions in U.S. patients. *The international journal of psychiatric nursing research*, 12(3): 1474-87.
- Ragsdale, D., Yarbrough, S., & Lasher, A.V., (1993). Using social support theory to care for CVA patients. *Rehabilitation Nursing*, 18(3), 154-161.
- Rittman, M., Hinojosa, M.S, & Findley, K. (2009). Subjective sleep, burden, depression, and general health among caregivers of veterans poststroke. *J Neurosci Nurs*, 41(1),39-52.
- Sandin, K.J., & Mason, K.D. (1999). *Manual of stroke rehabilitation*. Boston: Butterworth Heinemann.
- Sit, J. WH., Wong, T. KS., Clinton, M., & Li, L. SW., et al. (2004). Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13(7), 816–824.
- Ski, C. & O'Connell, B. (2007). Stroke: the increasing complexity of carer needs. *J Neurosci Nurs*, 39(3), 172-9.
- Smith, W.S., Johnston, S.C., & Easton, J.D. (2006). Cerebrovascular diseases. In S.T. Hauser, S.A. Josephson, J.D. English, & J.W. Engstroms (Eds.), *Harrison's neurology in clinical medicine*. Philadelphia; Elsevier Churchill Livingstone.
- Spross, J.A., Clarke, E.B., & Beauregard, J. (2001). Expert coaching and guidance. In Hamric, A.B., Spross, J.A., & Hanson, C.M. (eds.) *Advanced nursing practice: An integrative approach*, Philadelphia: W. B. Saunders.
- Stroud, N., Case, D. L., Brown, D.R., Brott, T.G., Worrall, B.B., & Meschia, J.F. (2009). Prestroke physical activity and early functional status after stroke. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry*, 80, 1019-1022.

- Suha, M., Kima, K., Kimb, I., Choc, N., Choid, H., & Noh, S. (2005). Caregiver's burden, depression and support as predictors of post-stroke depression: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 42(6), 611–618.
- Taylor, S.E. (1999). *Healthpsychology* (4<sup>th</sup> ed.) Boston: McGraw Hill.
- Tilling, K., Sterne, A.C., Rudd, A.G., Glass, T.A., Wityk, R.J., & Wolfe, D.A. (2001). A New Method for Predicting Recovery After Stroke. *Journal of The American Heart Association*.
- Toole JF. (1999). Carotid territory syndromes. In: Toole JF, editor. *Cerebrovascular disorders*. (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wade, D.T. (1992). *Measurement in neurological rehabilitation*. New York: Oxford University.
- Westergren, A., Ohlsson, I.R., & Hallberg. (2001). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. *Journal of advanced nursing*, 35, 416-426.
- Wilkie, D.J., William, A.R., Grevstad, R., & Mekwa, J. (1995). Coaching persons with lung cancer to report sensory pan. *Cancer Nursing*, 18(1), 7-15.
- Zazulia AR, Markham J, Powers WJ. (2004). Cerebral blood flow and metabolism in human cerebrovascular disease. In: Mohr JP, ChoiDW, Grotta JC, Weir B, Wolf PA, editors. *Stroke: pathophysiology, diagnosis and management*. (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Zeng, Y., He, G.P., Yi, G.H., & Huang, Y.J., et al. (2012). Knowledge of stroke warning signs and risk factors among patients with previous stroke or TIA in China. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19-20), 2886–2895.





## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ- นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่
1. อาจารย์ ดร.นพ.ปรเมษฐ์ ฉายารัตนศิลป์	อาจารย์แพทย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ ดร.ศุภร วงศ์วิญญู	อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสุลักษณ์ วงศ์ธีรภาค	หัวหน้าหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ฝ่าย การพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล	ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลระดับ 8 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. นางสาวอุไร คำมาก	พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศร 0512.11/ ๖๐๑๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ ธันวาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชราภรณ์ สิริธรรานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ใหญ่อายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |  |   |
|--|---|
| 1. อาจารย์ ดร. นพ. ปรมะขันธ์ ฉายรัตน์ศิลป์ | อาจารย์แพทย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู   |
| 2. อาจารย์ ดร. ศุภกร วงศ์ทัตญญา            | อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี |
| 3. นางสุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค                  | หัวหน้าหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน                                      |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร. นพ. ปรมะขันธ์ ฉายรัตน์ศิลป์, อาจารย์ ดร. ศุภกร วงศ์ทัตญญา  
และนางสุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

ข้อนี้ลิต

นางสาวพัชราภรณ์ สิริธรรานนท์ โทร. 08-6390-4939



ที่ ศธ 0512.11/ 2092



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

29 ธันวาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชราภรณ์ สิริรัตนานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนและดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจผล ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลระดับ 8 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจผล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0 -2218-1154

นางสาวพัชราภรณ์ สิริรัตนานนท์ โทร. 08-6390-4939



ที่ ศธ 0512.11/ ๒๐๑๒

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๙ ธันวาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชราภรณ์ สิริรัตนานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวอุไร คำมาก พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวอุไร คำมาก

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0 -2218-1154

นางสาวพัชราภรณ์ สิริรัตนานนท์ โทร. 08-6390-4939

ที่ ศร 0512.11/0259



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑๘ กุมภาพันธ์ 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชราภรณ์ สิริธรรานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 70 คน โดยใช้โปรแกรมการสอนแนะ ประกอบด้วย แผนการสอน คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และภาพพลิก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel index) และแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพัชราภรณ์ สิริธรรานนท์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

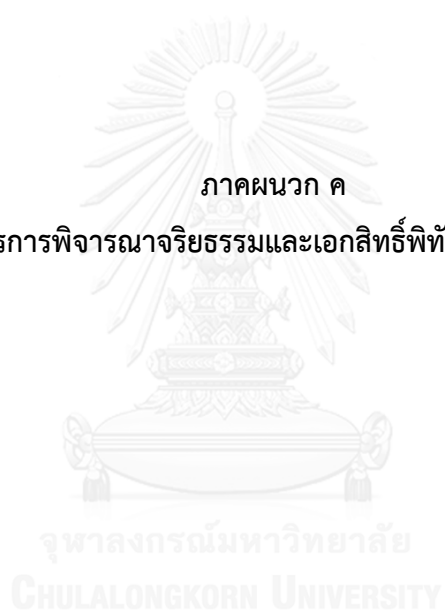
หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภร จิตปัญญา โทร. 0 -2218-1154

นางสาวพัชราภรณ์ สิริธรรานนท์ โทร. 08-6390-4939

ภาคผนวก ค  
เอกสารการพิจารณาจริยธรรมและเอกสิทธิ์พิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง





คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐  
 โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.  
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand  
 Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
 มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๙/๑๐๗

ชื่อโครงการ EC_590276	ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๒ - ๕๙ - ๒๐ ๖
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวพัชราภรณ์ สิริธรรานนท์
ที่ทำงาน	ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ  
 เสด็จชงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม .....  
 ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา)

วันที่รับรอง ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙  
 ระยะเวลาในการศึกษา ๓ เดือน



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐  
 โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.  
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand  
 Tel. (662) 201-1000

**Documentary Proof of Ethical Clearance**  
**Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects**  
**Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

No MURA2016/107

<b>Title of Project</b> EC_590276	The Effect of Caregivers Coaching Program on Activities of Daily Living in Adult Stroke Patients
<b>Protocol Number</b>	ID 02 – 59 – 20
<b>Principal Investigator</b>	Miss. Patcharaporn Sirintaranont
<b>Official Address</b>	Nursing Services Department Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

*The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.*

**Signature of Chairman**  
**Committee on Human Rights Related to**  
**Research Involving Human Subjects**

.....  
 Prof. Pat Mahachoklertwattana, M.D.

**Date of Approval**  
**Duration of Study**

February 17, 2016  
 3 Months

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/ Participant Information Sheet)

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน  
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวพัชราภรณ์ สิริรัตนานนท์  
นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**สถานที่ทำงาน** หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute Stroke Unit) โรงพยาบาลรามาริบัติ  
270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400  
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2012700 โทรศัพท์มือถือ 086-390-4939  
E-mail: [patcharaporn.sirin@gmail.com](mailto:patcharaporn.sirin@gmail.com)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่
2. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะและเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้โปรแกรมสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ลักษณะโครงการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมการสอนแนะและการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ 2 ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลอง 4 สัปดาห์
4. รายละเอียดและขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
  - 4.1 ประชากรในการวิจัยได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 18-59 ปีบริบูรณ์ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย
  - 4.2 โปรแกรมการสอนแนะ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน
    - ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย
    - ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม
    - ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติกิจกรรม
    - ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม

5. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลาที่หมายเลขโทรศัพท์ 086-390-4939 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
6. หากเข้าร่วมการวิจัยมีอาการเปลี่ยนแปลงผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบทันที และจะทำการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจากแพทย์แล้วเท่านั้น
7. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้
8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาลรามาริบัติ
9. ข้อมูลใดๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย
10. การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147; E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



### ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน  
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

เลขที่ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวพัชราภรณ์ สิริรัตนานนท์  
นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**สถานที่ทำงาน** หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute Stroke Unit) โรงพยาบาลรามธิบดี  
270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400  
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2012700 โทรศัพท์มือถือ 086-390-4939  
E-mail : [patcharaporn.sirin@gmail.com](mailto:patcharaporn.sirin@gmail.com)

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจ  
จากผู้วิจัย ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/  
อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิจะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไร  
ก็ได้ ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบ  
ใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆ ที่  
เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่ม  
ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบ  
ยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....  
สถานที่/ วันที่

.....  
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....  
สถานที่/ วันที่

.....  
นางสาวพัชราภรณ์ สิริรัตนานนท์  
ลงนามผู้วิจัย

.....  
สถานที่/ วันที่

.....  
พยาน

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



รหัสผู้ป่วย .....

**แบบสอบถาม****เรื่อง การสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่**

**คำชี้แจง** การตอบแบบสอบถาม โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถาม  
และตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ถูกต้อง และเติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ

( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ .....ปี

3. สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) คู่  
( ) หม้าย ( ) หย่าหรือแยกกันอยู่

4. ศาสนา

( ) พุทธ ( ) อิสลาม  
( ) คริสต์ ( ) อื่นๆ ระบุ.....

5. ระดับการศึกษา

( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา  
( ) มัธยมศึกษา ( ) อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ  
( ) ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพ

( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) รับจ้าง  
( ) ค้าขาย ( ) เกษตรกรรม  
( ) รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ( ) อื่นๆ ระบุ.....

7. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

( ) น้อยกว่า 5,000 บาท ( ) 5,000-10,000 บาท  
( ) 10,001-15,000 บาท ( ) 15,001-20,000 บาท  
( ) 20,001-30,000 บาท ( ) มากกว่า 30,000 บาท

8. โรคประจำตัว

( ) ไม่มี  
( ) มี ระบุ.....

9. เคยดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก่อนหรือไม่

( ) เคย ( ) ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ถูกต้อง และเติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ

- ( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ .....ปี

3. สถานภาพสมรส

- ( ) โสด ( ) คู่  
( ) หม้าย ( ) หย่าหรือแยกกันอยู่

4. ศาสนา

- ( ) พุทธ ( ) อิสลาม  
( ) คริสต์ ( ) อื่นๆ ระบุ.....

5. ระดับการศึกษา

- ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา  
( ) มัธยมศึกษา ( ) อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ  
( ) ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพ

- ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) รับจ้าง  
( ) ค้าขาย ( ) เกษตรกรรม  
( ) รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ( ) อื่นๆ ระบุ.....

7. รายได้

- ( ) น้อยกว่า 5,000 บาท ( ) 5,000-10,000 บาท  
( ) 10,001-15,000 บาท ( ) 15,001-20,000 บาท  
( ) 20,001-30,000 บาท ( ) มากกว่า 30,000 บาท

8. โรคประจำตัว

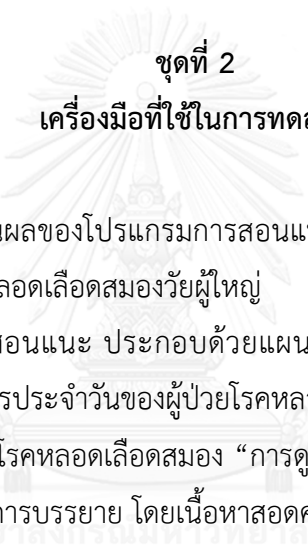
- ( ) ไม่มี  
( ) มี ระบุ.....

9. สิทธิการรักษา

- ( ) สิทธิประกันสุขภาพ ( ) ประกันสังคม  
( ) สิทธิต้นสังกัด ( ) ชำระเงินสด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
คำชี้แจง ผู้วิจัยประเมิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสังเกต  
และสอบถามจากผู้ดูแล

การประเมิน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
1.การรับประทานอาหาร (Feeding)			
0 = ต้องมีคนช่วยเหลือ			
5 = มีคนช่วยบางส่วนเช่น การเตรียมอาหาร			
10 = ทำเองได้			
2. การขึ้นลงเตียง			
0 = ลุกจากเตียงไม่ได้			
5 = ลุกนั่งได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง 1-2 คน			
10 = ลุกนั่งได้ ต้องการคนช่วยเล็กน้อย			
15 = ลุกนั่งได้ ยกขาวางบนรถเข็นได้เอง			
3. ล้างหน้า แปรงฟัน ทวีผม			
0 = ต้องมีคนช่วยเหลือ			
5 = ทำเองได้			
4. การเข้าห้องน้ำ			
0 = ต้องมีคนช่วยเหลือ			
5 = มีคนช่วยทำให้บางส่วน			
10 = ทำเองได้			
5. การอาบน้ำ			
0 = ต้องมีคนช่วยเหลือ			
5 = ทำเองได้			
6. การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน			
0 = นั่งบนรถเข็นแต่ไปไหนเองไม่ได้			
5 = นั่งบนรถเข็นไปได้ไกลประมาณ 50 เมตร			
10 = เดินได้ไกล 50 เมตร โดยมีคนช่วยเล็กน้อย			
15 = เดินได้เอง อาจใช้ไม้เท้าช่วย			
7. การขึ้นบันได			
0 = ขึ้นบันไดเองไม่ได้			
5 = ขึ้นบันไดเองได้แต่ต้องการคนช่วยเล็กน้อย			
10 = ขึ้นบันไดเองได้ อาจจะต้องเกาะราวช่วย			
8. การแต่งตัว			
0 = ต้องมีคนช่วยเหลือ			
5 = มีคนช่วยทำให้บางส่วน			
10 = ทำเองได้ รวมทั้งรัดเข็มขัดติดกระดุม			
9. การถ่ายอุจจาระ			
0 = ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วย			
5 = ถ่ายอุจจาระได้ต้องมีคนช่วยสวน/เหน็บยาไม่เกิน 1ครั้ง/สัปดาห์			
10 = ทำเองได้ สวน/เหน็บยาเองได้			
10. การปัสสาวะ			
0 = ปัสสาวะไม่ได้ คาสายสวน			
5 = สวนบางครั้งไม่เกิน 1 ครั้ง/วัน			
10 = ปัสสาวะเองได้			
คะแนนรวม			



## ชุดที่ 2

### เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คู่มือดำเนินกิจกรรมการประเมินผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสอนแนะ ประกอบด้วยแผนการสอน เรื่อง การสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง “การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือด”

ส่วนที่ 3 ภาพพลิกประกอบการบรรยาย โดยเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน

## เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**คำชี้แจง** ผู้วิจัยใช้สำหรับประเมินความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลักษณะการ

ให้คะแนนมี 3 ระดับ ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลไม่สามารถบอกวิธีการดูแล และไม่สามารถปฏิบัติดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

1 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการดูแล และสามารถปฏิบัติดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้บางส่วน

2 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการดูแล และสามารถปฏิบัติดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง

การแปลความหมายคะแนน พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำคะแนนรวมทั้งหมดจากคะแนนเต็ม 18 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ	มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-6 คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนอยู่ในช่วง 7-12 คะแนน
ระดับสูง	มีคะแนนอยู่ในช่วง 13-18 คะแนน





## โปรแกรมการสอนแนะนำผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**ผู้รับการสอนแนะนำ** ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**ผู้สอนแนะนำ** นางสาวพัชราภรณ์ สิริรัตนานนท์

**วิธีการสอนแนะนำ** สอนแนะนำเป็นรายบุคคล

### ระยะเวลาและสถานที่

ระยะก่อนจำหน่าย : 4 ครั้งๆ ละ 1-2 ชั่วโมง

- ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ครั้งที่ 2 วันที่ 2 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและพักฟื้นในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ครั้งที่ 3 วันที่ 3 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและพักฟื้นในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ครั้งที่ 4 วันที่ 4 จำหน่ายผู้ป่วยกลับ

ณ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลรามารินทร์

ระยะหลังจำหน่าย

- ครั้งที่ 1 ติดตามเยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 1 หลังการจำหน่าย
- ครั้งที่ 2 ติดตามที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ในสัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถบอกความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงและอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาใน หอผู้ป่วย โรคหลอด เลือดสมอง (30 นาที)	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งประเมินผลพร้อมทั้งวิเคราะห์ความวิเคราะห้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล</p>	<p><b>การสร้างสัมพันธภาพ</b>            สวัสดิ์ตะ ดิฉันขอนางสาวพัชรภรณ์ สิริธรรานนท์ เป็นพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประจักษ์ฯ ทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสอนแนวเน้นผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จึงขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้</p> <p>ท่านกับผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ฉันคิดว่าสามารถเข้าร่วมวิจัยและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาคำนี้ โดยในการศึกษาคำนี้ผู้ป่วยจะได้รับ การพยาบาลตามปกติและจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย โดยจะได้อบรมจากแพทย์เจ้าของผู้ป่วย ก่อนที่จะดำเนินการวิจัยทุกครั้ง ในการทำวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและการแสดง ปัจจัยเสี่ยง การดูแลกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบที่เกิดขึ้น</p> <p>ผู้วิจัยสัมพันธ์กลุ่มทดลองโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลก่อนได้รับการสอนแนวเน้นผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p>	<p>ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยกล่าวทักทาย ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม พร้อมทั้งแนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัย ที่แจ้งการเข้าร่วมการวิจัยพอสังเขป พร้อมทั้งประเมินความสามารถของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการสังเกตสีหน้าท่าทางและการพูด ได้ตอบกับผู้วิจัย</p> <p>ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของโปรแกรมการสอนแนวเน้นผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ดูแลและผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและการแสดง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้วิจัยด้วยวิธีการสอนแนวเน้น</p> <p>ผู้วิจัยนัดหมายผู้ดูแลไปในวัน พุธที่เวลา 10.00 น.</p>	-	<p>- แบบประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>- สมุดประจำตัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>- แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย</p> <p>- แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>ครั้งที่ 2</p> <p>วันที่ 2</p> <p>ผู้ช่วยเข้ารับ</p> <p>การรักษา</p> <p>และพักผ่อน</p> <p>ในหอผู้ป่วย</p> <p>โรคหลอดเลือด</p> <p>สมอง</p> <p>(120 นาที)</p>	<p><b>ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง</b></p> <p>โรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคทางระบบประสาทที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือด เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง สาเหตุจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตันหรือหลอดเลือดแตก ทำให้เนื้อเยื่อสมองได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอ เกิดการตายของเนื้อสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องของร่างกาย เช่น ขนบก้ออ่อนแรง พูดไม่ชัด</p> <p><b>สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การอุดตันของหลอดเลือดจากการเสื่อมหรือการแข็งตัวของหลอดเลือด</li> <li>2. ก้อนเลือดจากหัวใจหรือตะกอนเลือดจากผนังหลอดเลือดแดงที่คอด้านหน้าหลุดเข้าอุดตันหลอดเลือดสมอง</li> <li>3. ความดันเลือดลดลงมาก จนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ</li> </ol> <p><b>อาการของโรคหลอดเลือดสมอง</b></p> <p>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายจะมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย การรับรู้ พฤติกรรมที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสาเหตุ ตำแหน่งรอยโรคในสมอง ขนาดของรอยโรคในสมอง</p>	<p>ผู้ดูแลและผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อากาและการแสดง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้วิจัย ด้วยวิธีการสอนแบบ ผู้วิจัยใช้แนวทางการถามดังต่อไปนี้</p> <p>“ท่านทราบหรือไม่ว่าโรคหลอดเลือดสมองคืออะไร”</p> <p>“ท่านคิดว่าผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุอะไร”</p> <p>“ท่านทราบหรือไม่ว่าอาการของโรคหลอดเลือดสมองจะมีอะไรบ้าง”</p> <p>“ผู้ป่วยของท่านมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองอะไรบ้าง”</p> <p>ในระหว่างที่ผู้ดูแลตอบคำถาม ผู้วิจัยจะบันทึกคำตอบที่ผู้ดูแลตอบลงในสมุดบันทึก เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและข้อบกพร่องที่ค้นพบเพื่อเป็นแนวทางในการให้การสอนแนะในครั้งต่อไป</p>	<p><b>สื่อการสอน</b></p> <p>- คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง “การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือด”</p>	<p>-</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะการปฏิบัติ ด้าน การ ทำ ความ สะอาด ปาก ฟัน ทั่ว สม ส ำ ห ร ั บ ผู้ ป วย โร ค หลอด เลื อ ด ส ม อ ง ใ ด อย ำ ง ถูก ใ ต ง</p>	<p><b>เนื้อหา</b></p> <p><b>การทำ ความ สะอาด ปาก ฟัน ทั่ว สม</b></p> <p>การ ทำ ความ สะอาด ช่อง ปาก ด้วย วิธ ี แปร ง ฟัน หรือ บ ำ น ปาก เป็น สิ่ง ที่ ใ ก ะ ทำ เพื่อ จัด จั ด เศษ อ า ห า ร และ เชื้อ โร ค ภา ย ใน ช่อง ปาก ผู้ ป วย ที่ ไม่ ส ำ ม า ร ธิ ทำ ความ สะอาด ช่อง ปาก ได้ เอง มี โอกาส ติด เชื้อ ใน ช่อง ปาก ได้ ง่าย และ อาจ ภู ล ุ ก ล ำ ม ไป แปร ง ฟัน ทาง เติ น หาย ใจ ได้ คว ร ช่วย ดู แล ความ สะอาด ปาก และ ฟัน ของ ผู้ ป วย อย ำ ง น ำ ย อย วัน ละ 2 คร ัง เช ำ และ ก ่อน นอน หรือ ทุก คร ัง หลัง อ า ห า ร (สุ ป ำ น ี เสนอ ด ี ล ี ย, 2554)</p> <p>แปร ง ฟัน แปร ง ส ี ฟัน คว ร มี ข น ำ ท ุ พ ุ อ ใ ห ม ำ ะ ข น แปร ง ไม่ แ ำ ง หรือ อ น เก น ไป แปร ง ได้ ทุก ซ อก ท ุ ก มุม และ ไม่ ทำ อ น ต ร ำ ย ต่อ เหว ็ ง อ ี ก กรณ ี ที่ ผู้ ป วย มี ความ ส ำ ป ำ ก ใน การ ใช้ หม ็ ใ ห้ เติ ม ข น ำ ต ำ ม แปร ง ใ ห้ เติ ม ข ึ น โดย วิธ ี ทุ ม ใ ต ม แปร ง ด้วย วิธ ี ส ด ุ ต ำ ง ๆ เช่น ฟ ุ อ ง น ำ เพื่อ ช่วย ใ ห้ ส ำ ม า ร ธิ ใ จ ั บ ใ ต ม แปร ง ได้ ใ ต น ุ ต ำ น</p> <p>ผู้ ป วย ที่ ช่วย เติ น เอง ได้ คว ร ใ ก ะ ใ ต ้ ใ ห้ ผู้ ป วย แปร ง ฟัน เอง โดย ค อย ช่วย เติ น โดย ค ุ ล ี ำ เช ็ ด ุ ต ำ ค ุ ล ม ุ น ำ ใ ห อ ก บ ิ บ ยา ส ี ฟัน ไ ส แปร ง น ำ แก้ว น ำ และ ภา ข น ำ ร ุ อ ง ใ ร ับ น ำ มา ใ ห้ บ ำ น ปาก และ ใ ก ะ ใ ต ้ น ำ ใ ห้ มี การ แปร ง ฟัน ที่ ถูก วิธ ี คือ ว ำ ง แปร ง ทำ มุม 45 องศา ก ั บ ฟัน และ ร ุ อ ย ใ ต ใ ฟัน ก ั บ เหว ็ ง อ ี ก แล ็ ว ใ ต ใ ล ุ ง ส ำ ห ร ั บ ฟัน บ ุ น และ ใ ต ้ ใ ร ั บ ส ำ ห ร ั บ ฟัน ล ำ ง แปร ง ใ ต ้ ใ ร ั บ ใ ต ้ ส ำ ม ำ น ำ ต ุ ต ใ ต ใ ฟัน ใ ห้ ว ำ ง แปร ง</p>	<p>ผู้ ใ จ ใ ห้ ผู้ ดู แล ปฏิ บั ติ การ ทำ ความ สะอาด ปาก ฟัน ทั่ว สม ก ั บ ผู้ ป วย โร ค หลอด เลื อ ด ส ม อ ง ซึ่ง ใน ระ ห ะ ห ำ ง ผู้ ดู แล ปฏิ บั ติ จะ ใ ร ะ เมิ น ที่ ก ั ษ ะ การ ปฏิ บั ติ ของ ผู้ ดู แล</p> <p>ผู้ ใ จ ใ ย ใ ต ใ บ อก ล ิ ง ที่ ผู้ ดู แล ยัง ไม่ ส ำ ม า ร ธิ ปฏิ บั ติ ได้ หรือ ปฏิ บั ติ ไม่ ถูก ใ ต ง ผู้ ใ จ ใ ย ส ำ ใ ร ิ ต ร ำ ม ก ั บ การ ส ุ อ น แ น ะ การ ทำ ความ สะอาด ปาก ฟัน ทั่ว สม ใ ต ้ ก ั บ ผู้ ดู แล</p> <p>ผู้ ใ จ ใ ย ใ ห้ ผู้ ดู แล ส ำ ใ ร ิ ต ก ั บ การ ทำ ความ สะอาด ปาก ฟัน ทั่ว สม ระ ห ะ ห ำ ง ที่ ผู้ ดู แล ปฏิ บั ติ ก ั บ ผู้ ป วย</p> <p>ผู้ ใ จ ใ ย ได้ ใ ร ะ เมิ น การ ทำ ความ สะอาด ปาก ฟัน ทั่ว สม ของ ผู้ ดู แล โดย ใ ช้ แปร ง ใ ร ะ เมิ น การ ปฏิ บั ติ ก ั ใ จ ั บ ใ ต ใ ร ะ ห ำ ง ำ น</p>	<p>สื่อ การ ส ุ อ น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คู่มือ การ ดู แล ผู้ ป วย โร ค หลอด เลื อ ด</li> <li>- ภาพ ส ุ อ น “ การ ดู แล ผู้ ป วย ภา ย ใ ก ะ ส ม อ ง ข ำ ต เลื อ ด ”</li> <li>- ภาพ พ ุ ล ิ ก</li> <li>- อุปกรณ์ แปร ง ส ี ฟัน ยา ส ี ฟัน แปร ง ทั่ว สม</li> </ul>	<p>การ ใ ร ะ เมิ น ผล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สม ุ ต ใ ร ะ ห ำ ง ำ น ผู้ ป วย โร ค หลอด เลื อ ด ส ม อ ง</li> <li>- ผู้ ดู แล ส ำ ม า ร ธิ ใ ก ะ บ อก และ ปฏิ บั ติ ด้าน การ ทำ ความ สะอาด ปาก ฟัน ทั่ว สม ส ำ ห ร ั บ ผู้ ป วย โร ค หลอด เลื อ ด ส ม อ ง</li> <li>- ใ ต ใ ร ำ ง ถูก ใ ต ง</li> </ul>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะการปฏิบัติ ด้านการอาบน้ำ สำหรับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง</p>	<p><b>เนื้อหา</b></p> <p>บนหน้าตัดของพื้นและถูกไปมา หลังแปรงฟันบ้วนน้ำ ล้างปากให้สะอาด (สุภาณี เสนาคิสัย, 2554)</p> <p>การหวีผม แปรงผมเพื่อปิดป้องตนเอง ฟันละอองและ รังแคออกจากเส้นผม การหวีผมจะช่วยยกระดับการไหลเวียนให้ดีขึ้น กระตุ้นต่อมไขมันให้ขับน้ำมันมาเลี้ยงผมและยังทำให้ผมไม่ร่วงเกินไป (สุภาณี เสนาคิสัย, 2554)</p> <p><b>การอาบน้ำ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้ผ้าคลุมตัว ถอดเสื้อผ้าออกทั้งหมด</li> <li>2. ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำบิดหมาดๆ เช็ดหน้า หู คอ จมูก</li> <li>3. ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำบิดหมาดๆ เช็ดช่วงอก ลำตัว รักแร้และพอกสบู่ให้ทั่วและใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำเช็ดจนหมดฟองสบู่ แล้วซับให้แห้งด้วยผ้าเช็ดตัว</li> <li>4. เช็ดหลัง พลิกตะแคงตัวหันหลังมาทางผู้เช็ดตัว เช็ดตั้งแต่อกหู ต้นคอ ใต้ หลังมาจนถึงก้นบั้นและ สะโพก เช็ดให้แห้ง ทาแป้ง นวดหลัง</li> <li>5. เช็ดขาด้านนอกตัว เช็ดที่ละท่อนตั้งแต่หัวเข่า ขาหนีบและอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาด</li> </ol>	<p>เมื่อถึงเวลาอาบน้ำของผู้ป่วยในเวลา 14.00 น. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยอาบน้ำ ซึ่งในระหว่างผู้ดูแลช่วยผู้ป่วย ผู้วิจัยจะประเมินทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลในเรื่องการอาบน้ำของผู้ดูแล</p> <p>ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสาธิตหลักการอาบน้ำ ระหว่างที่ผู้ดูแลปฏิบัติกับผู้ป่วย</p> <p>ผู้วิจัยได้บอกสิ่งที่ผู้ดูแลยังไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยสาธิต ร่วมกับการสอนแนะนำการอาบน้ำให้กับผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ประเมินการอาบน้ำของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง “การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือด”</li> <li>- ภาพพลิก</li> <li>- อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับอาบน้ำ ได้แก่ กะละมัง สบู่ ผ้าถูตัว ผ้าคลุมตัว เสื้อผ้าชุดใหม่!</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</li> <li>- ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนและสามารถปฏิบัติด้านการอาบน้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง</li> </ul>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>เนื้อหา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การอาบน้ำที่ห้องน้ำ ผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายไปห้องน้ำได้โดยรถเข็นหรืออุปกรณ์ช่วยเดินและอาบน้ำได้เอง ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตามความเหมาะสมขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วย เช่น การเตรียมเก้าอี้สำหรับให้นั่งอาบน้ำ เตรียมสบู่ ผ้าเช็ดตัวและเสื้อผ้า ความสะอาดบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง พ้นห้องน้ำควรวางวัสดุกันลื่น ติดราวเกาะที่ผนังและควรวางเช็ดตัวให้แห้งก่อนเคลื่อนย้ายออกจากห้องน้ำเพื่อป้องกันการลื่น</li> <li>- การอาบน้ำบนเตียง การอาบน้ำให้ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดหรือไม่สามารถเดินไปห้องน้ำได้ ผู้ป่วยอาจทำด้วยตนเองที่เตียง โดยผู้ดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอุปกรณ์ที่เตียงและช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ หากผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ทำให้จนเสร็จ</li> <li>- การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ควรทำความสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและหลังจากที่ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระทุกครั้ง ถ้าผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดด้วยตนเองได้ ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำ</li> </ul>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะการปฏิบัติ ด้านการเข้าห้องน้ำ รวมถึงการเข้ารับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ สำหรับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง</p>	<p><b>การเข้าห้องน้ำ</b>  <b>การเข้าห้องน้ำ การขับถ่ายอุจจาระ</b>          การแก้ปัญหาคอมพิวเตอร์ การขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ จำเป็นต้องอาศัยเทคนิคพื้นฐานซึ่งผู้ดูแล ต้องทราบและปฏิบัติตามนี้ (อัจฉรา หล่อจิตติ, 2544)          การนั่งถ่ายจะช่วยให้กล้ามเนื้อท้องออกแรง เบ่งได้ดีขึ้น ทั้งนี้อาจช่วยให้ผู้ป่วย/ ผู้ดูแลปวดทนต์ตาม แนวลำไส้ใหญ่ (ตามเส้นนาฬิกา) โนมตัวไปข้างหน้า และเบ่งเพื่อเพิ่มแรงดันในช่องท้อง จะทำให้ถ่าย อุจจาระออกได้ง่ายขึ้น เก้าอี้ที่นั่งถ่ายที่ดีควรมีความ มั่นคง เช่น มีที่เท้าแขนและพนักพิง ในกรณีที่ผู้ป่วย สามารถนั่งถ่ายในห้องน้ำได้ โถนั่งควรมีลักษณะเป็น ซักโครก แต่ถ้าไม่มีโถนั่งซักโครก อาจใช้เก้าอี้นั่ง ถ่ายวางซ้อนบนโถนั่งอีกที กรณีที่ห้องน้ำหรือห้องส้วม แคบมากอาจต้องนั่งถ่ายนอกห้องน้ำ โดยวางเก้าอี้ที่มี รูปร่างคล้ายโถนั่งนอกห้องน้ำ เช่น กระโถนหรือหมอนอน ซินตอนการการใช้หมอนอน เตรียมอุปกรณ์และยกไปที่เตียง บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าช่วยสอดหมอนอนให้ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ ปีประตุหรืออีกไม่นานเพื่อความเป็นส่วนตัวป้องกัน การเป็ดแยกพร้อมทั้งบอกหรือช่วยเลื่อนผ้าถุงขึ้นเหนือ เอว กรณีที่นุ่งกางเกงหรือช่วยถอดกางเกงออก</p>	<p>เมื่อผู้ป่วยมีความต้องการเข้าห้องน้ำ รวมถึง การขับถ่ายอุจจาระ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลช่วยพยุง ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ ซึ่งในระหว่างผู้ดูแลช่วย ผู้ดูแลในเรื่องการพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสถิติกลับการพาผู้ป่วยเข้า ห้องน้ำระหว่างที่ผู้ดูแลปฏิบัติกับผู้ป่วย ผู้วิจัยได้บอกสิ่งที่ผู้ดูแลยังไม่สามารถ ปฏิบัติได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยสถิติ ร่วมกับ การสอนแนะนำการเข้าห้องน้ำให้กับ ผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ประเมินการพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ ของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน</p>	<p>- คู่มือการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมอง “การดูแล ผู้ป่วยภาวะสมอง ขาดเลือด”          - ภาพพลิก          - อุปกรณ์ เครื่องใช้ ประกอบด้วยหม้อ นอน กระบอก ปัสสาวะ กระดาษ ชำระ ที่ล้างมือ สบู ผ้าเช็ดมือ</p>	<p><b>การประเมินผล</b>          - สมุดประจำตัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง          - ผู้ดูแลสามารถบอก ขั้นตอนและ สามารถปฏิบัติด้าน การเข้าห้องน้ำ รวมถึงการขับถ่าย อุจจาระสำหรับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองได้อย่าง ถูกต้อง</p>



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>ป้องกันการเปื่อยของผักและกางเกงเพื่อความสะดวกในการจัดทำด้วย กรณีที่ผู้ปลูกนั้นช่วยเหลือตนเองคนเดียวได้ เอากหมอนนอนวางไว้บนเตียงแล้วบอกให้ผู้ปลูกขึ้นบนหมอนนอน โดยวางกันลงบนขอบหมอนนอนด้านที่เรียบและช่วยจัดให้นั่งบนหมอนนอนในท่าที่สบาย</p> <p>กรณีที่ผู้ปลูกนั้นไม่ได้แต่ช่วยเหลือตนเองยกสะโพกได้ให้ผู้ปลูกขึ้นเข้าทั้ง 2 ข้างขึ้นให้หัวเข้าแนบชิดกัน เท้าวางราบแนบพื้นเตียง แขนคว่ำเหยียดตรงใช้มือและสันเท้าทั้ง 2 ข้างกดลงกับพื้นเตียง แล้วยกสะโพกขึ้นนั่งบนหมอนนอน โดยวางกันลงบนขอบหมอนนอนด้านที่เรียบและช่วยจัดให้นั่งบนหมอนนอนในท่าที่สบาย โดยผู้ดูแลช่วยสอดหมอนนอนเข้าใต้ก้นโดยให้ขอบเรียบรองอยู่ใต้กระดูกก้นกบและช่วยจัดให้หมอนหมอนนอนในท่าที่เหมาะสม</p> <p>กรณีที่ผู้ปลูกต้องการความช่วยเหลือในการยกสะโพก บอกให้ผู้ปลูกขึ้นเข้าให้หัวเข้าแนบชิดกัน มีอวัยวะวางราบบนพื้นเตียง ผู้ดูแลช่วยยกสะโพกโดยสอดมือข้างที่ไม่ถนัดไว้ใต้ก้นกบ บอกให้ผู้ปลูกยกสะโพกพร้อมก้าวช่วยยกสะโพกผู้ปลูกขึ้นโดยใช้แรงจากกล้ามเนื้อลำตัวและข้อศอก ขณะเดียวกันมีข้อข้างที่ถนัดช่วยสอดหมอนนอนเข้าไปใต้ก้น แล้วจัดให้หมอนบนหมอนนอนในท่าที่เหมาะสม</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>กรณีที่ยกสะโพกไม่ได้จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงด้านดี ข้อเข่าทั้ง 2 ข้างไปทางตรงข้าม ผู้ดูแลวางหมอนนอนไว้ใต้ก้นผู้ป่วย เข็มขัดที่ไม่ถนัดจับต้นหมอนนอนไว้ มือข้างที่ถนัดยกตัวผู้ป่วยบริเวณสะโพก แล้วพลิกตัวผู้ป่วยกลับมานอนหงายบนหมอนนอน ช่วยจัดให้นอนบนหมอนนอนในท่าที่เหมาะสม</p> <p>ผู้ป่วยควรจับถ่ายอุจจาระในเวลาเดียวกันทุกวัน โดยเฉพาะหลังอาหารเช้าเพราะอาหารเข้าจะช่วยให้กระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ให้รับประทานอาหารที่มีกากประเภทผัก ผลไม้ ดื่มน้ำ 2-3 ลิตร/วัน (ในกรณีแพทย์ไม่จำกัดน้ำ) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ถ่ายอุจจาระ 3-4 วันหรืออุจจาระเป็นก้อนแข็งอาจต้องใช้ยาเหน็บหรือสวนอุจจาระ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยต้องการขับถ่ายต้องรีบให้ถ่าย ไม่ควรให้ผู้ป่วยรอเพราะจะทำให้ผู้ป่วยหายใจขัดและมีอาการดีขึ้นยากทำให้ผู้ดูแลต้องรีบให้</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะการปฏิบัติ ด้านการขับถ่าย ปัสสาวะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ จะมีปัญหา ปัสสาวะบ่อย ดังนั้นผู้ดูแลต้องดูแลไม่ให้ผิวแห้ง บริเวณกันเปียกชื้น อาจใช้ภาชนะรองรับปัสสาวะ สำหรับผู้ชาย สำหรับผู้หญิงอาจใช้หมอนอน ใส่ผ้ากัน ชิมหรือใช้วิธีเปลี่ยนผ้าบ่อยๆ และการให้การช่วยเหลือ ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายหลังการ ขับถ่ายทุกครั้งเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แต่ถ้าว ผู้ป่วยสามารถเดินไปห้องน้ำได้ ควรกระตุ้นให้ไป ขับถ่ายปัสสาวะที่ห้องน้ำ</p> <p>ในกรณีที่ปัสสาวะโดยไม่รู้ตัว กลับปัสสาวะไม่ได้ หรือรองปัสสาวะไม่ทันจะทำให้เกิดผิวหนังขึ้นแฉะ เปื่อยแดงและอับเป็นเหตุให้เกิดแผลหรือมีเชื้อราได้ สามารถดูแลโดยวิธีการใส่ภาชนะรองรับปัสสาวะใน ผู้ชาย สำหรับในรายที่เป็นผู้หญิงควรใช้หมอนนอนหรือ พาดูผู้ป่วยเข้าห้องน้ำและคอยเปลี่ยนเสื้อผ้าและทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังขับถ่าย ปัสสาวะ การควบคุมปริมาณอาหารและน้ำดื่ม โดย ควบคุมการดื่มทำให้ได้ประมาณ 1,200-1,800 ซีซี/ วัน โดยดื่มน้ำ 400 ซีซี โดยดื่มน้ำ 400 ซีซี หลังอาหาร หลังก 3 มื้อ และดื่มน้ำอีก 200 ซีซี ระหว่างนั้น เช่น ในช่วงเวลา 10.00 น. 14.00 น. และ 16.00 น. โดย ไม่ดื่มน้ำหลังอาหารเย็นเพื่อให้ปัสสาวะตอนกลางคืน น้อยที่สุด</p>	<p>เมื่อผู้ป่วยมีความต้องการเข้าห้องน้ำ รวมถึงการขับปัสสาวะ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลช่วยพยุง ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ ซึ่งในระหว่างผู้ดูแลช่วย ผู้ป่วย ผู้วิจัยจะประเมินทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลในเรื่องการพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ</p> <p>ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสาธิตหลักการพาผู้ป่วยเข้า ห้องน้ำระหว่างที่ผู้ดูแลปฏิบัติกับผู้ช่วย ผู้วิจัยได้บอกสิ่งที่ผู้ดูแลยังไม่สามารถ ปฏิบัติได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยสาธิต ร่วมกับกรรมการสอนแนะนำการเข้าห้องน้ำให้กับ ผู้ดูแล</p> <p>ผู้วิจัยได้ประเมินการพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ ของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน</p>	<p>- คู่มือการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมอง “การดูแล ผู้ป่วยภาวะสมอง ขาดเลือด”</p> <p>- ภาพพลิก</p> <p>- อุปกรณ์ เครื่องใช้ ประกอบด้วยหม้อ นอน กระดาษชำระ ที่ล้างมือ สบู่ ผ้าเช็ด มือ</p>	<p>- สมุดประจำตัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง</p> <p>- ผู้ดูแลสามารถบอก ขั้นตอนและ สามารถปฏิบัติได้</p> <p>การขับถ่าย ปัสสาวะสำหรับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองได้อย่าง ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>สำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้และลุกจากเตียงได้ จัดให้ยื่นข้างเตียง ถ้าไม่สามารถยืนได้ให้นั่งศีรษะสูงบนเตียงให้ผู้ดูแลใช้กระบอบอกปัสสาวะรองกรณี่ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จัดให้นอนหงาย แยกขาออกเล็กน้อย วางกระบอบอกปัสสาวะระหว่างขาทั้ง 2 ข้างบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าวางกระบอบอกปัสสาวะเรียบร้อยแล้วให้ถ่ายปัสสาวะได้</p> <p>ในกรณีผู้ป่วยคายสวมนปัสสาวะกลับบ้าน ผู้ดูแลควรถูกการดูแลดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ต้องระบายนปัสสาวะให้ไหลสะดวกตลอดเวลา ระวังไม่ให้สายสวนปัสสาวะหักงอหรือนอนทับสาย</li> <li>2. ดื่ดพลาสเตอร์ครึ่งสายสวนปัสสาวะให้แน่นกับหน้าขาเพื่อลดการระคายเคืองและลดการดึงรั้งจากการเคลื่อนไหวของสาย ควรเปลี่ยนพลาสเตอร์และย้ายที่ติดพลาสเตอร์ทุกวันเพราะการติดพลาสเตอร์นานๆ และตำแหน่งเดิมๆ อาจทำให้เกิดแผลได้</li> <li>3. ติดตามดูแลการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเมื่อสังเกตพบว่ามีปัสสาวะขุ่นเข้มหรือเป็นตะกอน</li> <li>4. กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ เพื่อระบายสิ่งตกค้างและทำให้ปัสสาวะใสขึ้น</li> </ol>			

	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
		<p>5. ระบบการระบายปัสสาวะต้องสะอาดและปราศจากเชื้อทุกขั้นตอน ดังนั้นการเทพัสสาวะออกจากถุงรองรับนั้น หลังเทพัสสาวะออกแล้วต้องปิดให้สนิท เพื่อป้องกันเชื้อโรคผ่านเข้าสู่ร่างกาย</p> <p>6. ถุงรองรับปัสสาวะต้องอยู่ระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะหรือต่ำกว่าท้องน้อยของผู้ป่วย หากจำเป็นต้องยกให้สูงสูงกว่าท้องน้อยผู้ป่วย ก็ควรหักพับสายปัสสาวะส่วนใดส่วนหนึ่งไว้ก่อนเพื่อป้องกันไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนเข้าไปในร่างกายนั่นเองซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้</p> <p>7. ชำระล้างบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาดอยู่เสมอ</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะการปฏิบัติ ด้าน การ แต่ง กาย สำหรับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองได้ อย่างถูกต้อง</p>	<p><b>การแต่งกาย</b></p> <p>การเลือกเสื้อผ้าควรเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่ง่ายและ ถอดได้สะดวก เสื้อผ้าต้องโปร่ง ระบายความร้อนออก จากร่างกายเพื่อป้องกันความอับชื้น ผู้ป่วยควรได้รับการกระตุ้นให้ช่วยตนเองในการเปลี่ยนเสื้อผ้า รวมทั้ง การทาบ่ง หวีम्म โทนหนวดซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพที่เอื้ออำนวยของผู้ป่วยต่อการทำกิจกรรมต่างๆ</p> <p>หลักการช่วยเหลือผู้ป่วยในการสวมใส่เสื้อผ้า</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อย่กเคลื่อนไหวแขนขาเกินขอบเขตที่ควรเป็น</li> <li>2. ให้แขนขาข้างที่ตีเคลื่อนใหม่มากกว่าข้างที่อ่อนแรง</li> <li>3. สวมเสื้อผ้าแขนขาข้างที่อ่อนแรงก่อนแต่เวลา ถอดออกจากร่างกายให้ถอดข้างที่อ่อนแรงทีหลัง</li> <li>4. เสื้อผ้าที่ใส่ต้องไม่คับเกินไป ควรเลือกเสื้อผ้า ที่หลวมใส่สบายและถอดออกง่าย</li> </ol> <p>การสวมเสื้อที่ติดกระดุมด้านหน้า ในผู้ป่วยที่มี การทรงตัวดี แต่ถ้าทรงตัวได้ไม่ดีให้หันข้อมือหรือข้อมือข้างที่ตีพนักพิง ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาข้างเดียวหรือ เก้าอี้จัดวางเสื้อผ้าอยู่บนตัก โดยคลี่เสื้อออกให้ด้านใน เสื้ออยู่ด้านบนและ ส่วนของชายเสื้อชิดลำตัว การสวมเสื้อให้สวมแขนขาที่อ่อนแรงก่อน โดยใช้มือข้างที่ดี จับแขนด้านที่อ่อนแรงสอดเข้าไปในแขนเสื้อขึ้นจนถึง ใต้แล้วพาดเสื้อไปด้านหลัง หลังจากพาดเสื้อไปด้าน</p>	<p>ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลฝึกการแต่งกายให้ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ซึ่งในระหว่างผู้ดูแลช่วย ผู้ป่วย ผู้วิจัยจะประเมินทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลในเรื่องการแต่งกาย ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสาธิตหลักการแต่งกาย ระหว่างที่ผู้ดูแลปฏิบัติกับผู้ป่วย ผู้วิจัยได้บอกสิ่งที่ไม่สามารถ ปฏิบัติได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยสาธิต ร่วมกับการสอนแนะนำการแต่งกายให้กับผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ประเมินการแต่งกายของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p>	<p>- คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง “การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือด”</p> <p>- ภาพพลิก</p> <p>- เสื้อ กางเกง ถุงเท้า รองเท้า</p>	<p>- สมุดประจำตัว</p> <p>- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>- ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนและสามารถปฏิบัติด้าน การแต่งกาย สำหรับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง</p>

	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
		<p>หลังแล้วใช้มีข้อข้างที่ตีขึ้นไปทางด้านหลังคอกอยู่ ตั้งเลื้อยมาทางด้านหน้า พร้อมกับสอดมือเข้าไปในแขนเสื้อเพื่อสวมแขนข้างที่ดี ใช้มีข้อข้างที่ตีตั้งด้านหน้าของเสื้อเข้าหากันแล้วติดกระดูก</p> <p>การถอดเสื้อที่ติดกระดูกด้านหน้าก็ทำเช่นเดียวกับการสวมเสื้อด้านหน้าโดยเริ่มต้นด้วยการจัดให้ผู้ช่วยนั่งห้อยเท้าข้างเตียง หรือนั่งเก้าอี้มีข้อข้างดีปลดกระดูกออกแล้วถอดเสื้อบริเวณไหล่ด้านที่อ่อนแรงออกถึงลงให้ถึงข้อศอก จากนั้นใช้มีข้อข้างที่ตีจับขอบเสื้อด้านในด้านแขนที่ดี แล้วแขนข้างที่ดีให้ถอดออกจากแขนเสื้อ เมื่อถอดแขนเสื้อด้านที่ตีเรียบร้อยแล้วให้ผู้ช่วยใช้มีข้อที่ติดถอดเสื้อออกจากแขนด้านที่อ่อนแรงของผู้ป่วยออก</p> <p>การสวมกางเกง ใช้หลักการเดียวกับการสวมเสื้อ เริ่มด้วยการจัดให้ผู้ช่วยอยู่ในท่านั่งห้อยเท้าข้างเท้าบนพื้นข้างเตียงแล้วใช้มีข้อข้างที่ตีจับขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นมาวางทับขาข้างที่ดี แล้วจับกางเกงโดยจัดขากางเกงด้านที่อยู่ด้านเดียวกันกับขาข้างอ่อนแรงให้พร้อมที่จะสวมใส่ในขาข้างที่อ่อนแรงที่วางพาดขาข้างที่ตีไว้แล้วใช้มีข้อข้างที่ตีตั้งกางเกงขึ้นให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยใช้เท้าข้างที่อ่อนแรงโผล่พ้นออกจากขากางเกง จากนั้นจับวางขาข้างที่อ่อนแรงลง หลังจากวางขาข้างที่อ่อนแรงที่สวมขากางเกงลงเรียบร้อยแล้ว</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>ให้ผู้ป่วยจับขากางเกงแล้วใช้ขาข้างที่ติดสอดใส่ขา กางเกงอีกข้างให้เรียบร้อย ถ้าผู้ป่วยยืนทรงตัวไม่ได้ให้ ผู้ช่วยนอนหงยราบบนเตียงแล้วพลิกตัวดึงกางเกงขึ้น ทีละข้างแล้วจัดสวมกางเกงให้เรียบร้อย หรืออาจใช้วิธี งอเข่าและสะโพกด้านที่ติดวางบนเตียง ดันตัวและ สะโพกขึ้นพร้อมเก็บข้อมือข้างที่ติดดึงกางเกงขึ้นแล้วจัด สวมกางเกงให้เรียบร้อย</p> <p>การถอดกางเกง หากผู้ป่วยมีการทรงตัวที่ดี แนะนำให้ถอดกางเกงในท่ายืนเพียงขอบเตียงหรือผนัง ห้องใช้มือข้างที่ติดถอดกางเกง ในกรณีผู้ป่วยทรงตัว ในท่ายืนไม่ได้ ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งห้อยขา คลายตะขอ รัดขีบบนข้อมือด้านปกติดึงขากางเกงออกจากขาข้างที่ติด โดยการยกสะโพกและขาด้านปกติร่วมกับข้อมือด้าน กางเกงออก ใช้มือด้านปกติยกขาข้างที่ติดขึ้นวางที่บน ขาข้างที่ติดแล้วใช้มือข้างที่ติดดึงขากางเกงออกจากเท้า</p> <p>การสวมถุงเท้า ผู้ดูแลจัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้า ให้ ใช้มือข้างที่ติดจับขาข้างที่ติดวางที่ขาข้างปกติ สวมถุงเท้าที่ด้านอ่อนแรงก่อน จัดถุงเท้าให้เรียบร้อย จากนั้นวางเท้าที่อ่อนแรงลง ใช้ขาข้างที่ติดวางทับขา ด้านที่อ่อนแรงแล้วจึงสวมถุงเท้าด้านปกติ เตรียมถุง เท้าให้อยู่ในสภาพพร้อมที่จะสวมใส่ ใช้มือข้างที่ติดยก ขาข้างที่อ่อนแรงทับขาข้างที่ติด ซึ่งจะง่ายต่อการใส่</p>			



	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
		<p>มีช่องทางที่ตีความถูกและดีถึงแก่ขึ้น ยกขาข้างที่ติดทับขาอีกด้านใช้มือข้างที่ตีความถูกและดีถึงแก่ขึ้น</p> <p>การสวมรองเท้า ผู้ดูแลควรจัดหารองเท้าหุ้มเส้นเท้าซึ่งเป็นรองเท้าที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใส่ เพราะจะช่วยพยุงข้อเท้าซึ่งจะช่วยให้มีการทรงตัวที่ดีขึ้นและป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ได้ โดยให้ผู้ช่วยหนึ่งห้อยเท้า ผู้ดูแลเตรียมรองเท้าไว้ ถ้าเป็นรองเท้าที่มีเชือกผูงจะต้องคลายเชือกให้หลวมที่สุดเพื่ออำนวยความสะดวกแก่คนเท้าให้เข้าไปรองเท้าให้มากที่สุด ใช้มือข้างที่ติดเท้าด้านอ่อนแองวางบนรองเท้าและดันเท้าเข้า ถ้าดันเท้าเข้าได้เมื่หมด ให้ใช้ข้อรองเท้าบริเวณเส้นเท้าและจัดเท้าเข้ารองเท้าให้เรียบร้อย</p>			

ครั้งที่ 3 วันที่ 3 ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษา และพักฟื้น ในห้องผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมอง (90 นาที)	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะการปฏิบัติ ด้านการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างถูกต้อง</p>	<p><b>การรับประทานอาหาร</b></p> <p>การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักรับประทานอาหารเองได้แต่ไม่สะดวก บางรายอาจจับประทานได้ช้ากว่าปกติ ควรให้เวลาผู้ป่วยในการรับประทานอาหารไม่เร่งให้ผู้ป่วยรีบรับประทานอาหาร</p> <p>ในกรณีผู้ป่วยรู้สึกตัว แต่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องให้การช่วยเหลือดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เลือกอาหารที่ไม่ต้องเคี้ยวมากและง่ายต่อการกลืน ลักษณะอาหารควรเป็นลักษณะอ่อนนุ่ม จัดเป็นคำๆ ในการดื่มน้ำ ควรดื่มน้ำโดยใช้หลอดดูดเพื่อลดการสำลักและเป็นการช่วยบริหารกล้ามเนื้อหน้าและกล้ามเนื้อในการเคี้ยว</li> <li>- ควรจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร</li> <li>- จัดผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือศีรษะสูงขณะรับประทานอาหารและหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 30-60 นาที</li> <li>- จัดอาหารวางไว้ตรงหน้าผู้ป่วยและให้อยู่ในลานสายตาของผู้ป่วยที่สามารถมองเห็นได้</li> <li>- ทาอุปกรณ์ช่วยในการรับประทานอาหาร เช่น ถาดอาหาร ช้อน แก้วน้ำที่ผู้ป่วยถนัด</li> </ul>	<p>ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลช่วยในเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในระหว่างผู้ดูแลช่วยผู้ป่วย ผู้วิจัยจะประเมินทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร</p> <p>ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสาธิตกลับการรับประทานอาหารระหว่างผู้ดูแลปฏิบัติกับผู้ป่วย</p> <p>ผู้วิจัยได้บอกสิ่งที่ไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยสาธิตร่วมกับการสอนแนะนำการรับประทานอาหารให้กับผู้ดูแล</p> <p>ผู้วิจัยประเมินผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p>	<p>- คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง “การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือด”</p> <p>- ภาพพลิก</p> <p>- ถาดอาหารของผู้ป่วย</p>	<p><b>การประเมินผล</b></p> <p>- สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>- ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนและสามารถปฏิบัติด้านการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p><b>เนื้อหา</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปลอ่ยให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาในการเคี้ยวและกลืนอาหาร ไม่ควรเร่งผู้ป่วยรับประทานอาหาร</li> <li>- จัดให้ผู้ป่วยได้ร่วมรับประทานอาหารกับสมาชิกคนอื่นๆ ในบ้าน</li> <li>- ทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นความรู้สึกและกระตุ้นน้ำลายที่ช่วยในการกลืนและทำความสะอาดช่องปากหลังรับประทานอาหาร</li> </ul> <p>ในกรณีผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลควรช่วยเหลือดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยได้พักก่อนการรับประทานอาหารเพราะจะทำให้ไม่เกิดอาการอ่อนล้า และควรลดสิ่งกระตุ้นขณะที่ผู้ป่วยรับประทานอาหาร เพื่อลดการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย</li> <li>- จัดทำทางการรับประทานอาหารให้เหมาะสมให้อยู่ในท่าศีรษะสูง</li> <li>- จัดวางภาชนะ ภาควางอาหารให้อยู่ในลานสายตาของผู้ป่วยที่สามารถมองเห็นได้</li> <li>- ลักษณะของอาหาร ควรอ่อนนุ่มและไม่มีน้ำมาก เป็นอาหารที่ผู้ป่วยชอบเพื่อช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร ถ้าอาหารมีลักษณะเป็นเส้นยาวควรตัดให้สั้นลง</li> </ul>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะการปฏิบัติ ด้านการเคลื่อนไหวนั่ง ยืน เดิน และการขึ้นลงเตียงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>- ควรให้ผู้ช่วยรับประทานอาหารอย่างช้าๆ ให้กลืนเป็นจังหวะและควรกลืนอาหารในปากให้หมดก่อนที่จะดื่กเข้าปากใหม่</p> <p>- การดื่มน้ำ ควรใช้แก้วหรือช้อนป้อนครั้งละน้อยๆ เพื่อป้องกันการสำลัก</p> <p><b>การเคลื่อนไหวนั่ง ยืน เดิน และการขึ้นลงเตียง</b></p> <p>การฝึกการเคลื่อนย้ายต้องเริ่มจากข้างที่ตีเสมอ โดยในระยะแรกจำเป็นต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือของพยาบาลหรือผู้ดูแล จนแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ แบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้ (นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2549)</p> <p><b>การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็น</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่ง ห้อยขาลงข้างเตียง รถเข็นอยู่ข้างที่ตีของผู้ป่วย โดยยกขาประมาณ 45 องศาและล็อกล้อรถเข็นไว้</li> <li>2. ผู้ป่วยโน้มตัวลุกขึ้นยืนเมื่อผู้ป่วยยืนได้มั่นคงแล้ว ใช้มือข้างที่ตีจับที่วางแขนของรถเข็น (ที่อยู่ใกล้ตัว) ก้าวขาข้างที่ตีไปหารถเข็นพร้อมกับการหันตัวและก้มตัวนั่งลงในรถเข็น</li> </ol>	<p>เมื่อผู้ป่วยมีความต้องการเคลื่อนไหวนั่ง ยืน เดิน และการขึ้นลงเตียง ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งในระหว่างผู้ดูแลช่วยผู้ป่วย ผู้วิจัยจะประเมินทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลในเรื่องการเคลื่อนไหวนั่ง ยืน เดิน และการขึ้นลงเตียง</p> <p>ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสาธิตกลับการเคลื่อนไหวนั่ง ยืน เดิน เดิน และการขึ้นลงเตียงระหว่างผู้ดูแลปฏิบัติกับผู้ป่วย</p> <p>ผู้วิจัยได้บอกสิ่งให้ผู้ดูแลยังไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยสาธิตร่วมกับการสอนแนะนำการเคลื่อนไหวนั่ง ยืน เดิน และการขึ้นลงเตียงให้กับผู้ดูแล</p> <p>ผู้วิจัยได้ประเมินการเคลื่อนไหวนั่ง ยืน เดิน และการขึ้นลงเตียงของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน</p>	<p>- คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง “การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือด”</p> <p>- ภาพพลิก</p> <p>- อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเดิน, รถเข็น, เก้าอี้</p>	<p>- สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>- ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนและสามารถปฏิบัติตามด้านการเคลื่อนไหวนั่ง ยืน เดิน เคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน และการขึ้นลงเตียงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p><b>การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากระเบียงไปเตียง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยนั้นเงยศีรษะขึ้นที่ทำมุมประมาณ 45 องศา กับเตียง โดยให้ด้านที่ติดของผู้ป่วยหันเข้าหาเตียง และล็อกล้อรถเข็นและวางเท้าทั้ง 2 ข้างลงบนพื้น</li> <li>2. มือข้างที่จับที่วางแขนแล้วโน้มตัวลุกขึ้นยืน</li> <li>3. ย้ายมือจากที่วางแขนไปยังที่นอน แล้วก้าวขาข้างที่ไปด้านหลังเล็กน้อย</li> <li>4. หันลำตัวและย้ายตัว ก้มลงไปยังที่เตียง</li> <li>5. ก้มลงไปยังที่เตียง</li> </ol> <p>การเดิน ความสามารถในการเดินเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย การฝึกเดินในช่วงแรกควรมีผู้เดินในราวคู่อาน เมื่อผู้ป่วยเดินในราวคู่อานมั่นคงแล้วจึงฝึกเดินโดยใช้เครื่องช่วยในการเดิน โดยมีวิธีการเดินดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การฝึกหัดเดินด้วยไม้ 3 ขาหรือ 4 ขาควรเริ่มหัดเดินด้วยไม้เท้า 3 ขาหรือ 4 ขาก่อนเพราะสามารถรับน้ำหนักตัวได้เท่าๆขาเดียวและป้องกันการลื่นหกล้มได้โดย</li> <li>- เริ่มต้น ผู้ป่วยยืนโดยเท้าทั้ง 2 ขนานกันและห่างกันประมาณ 6-8 นิ้ว มือข้างที่ถือไม้เท้าเฉลี่ยน้ำหนักลงขาทั้งสองข้างเท่าๆ กัน</li> </ol>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>- วางไม้เท้าให้อยู่ด้านหน้าของเท้าด้านดี ประมาณ 2-3 นิ้ว แล้วก้าวขาตามอ่อนแรงไปด้านหน้า ก่อนแล้วค่อยก้าวขาข้างที่ติดตามมา</p> <p>2. การฝึกเดินด้วยไม้เท้าขาเดียว ผู้ป่วยที่ใช้ไม้เท้า 3 ขาหรือ 4 ขา คล่องแล้วให้เริ่มฝึกใช้ไม้เท้าขาเดียว แต่ผู้ดูแลต้องแน่ใจว่า ผู้ป่วยแข็งแรงพอที่จะใช้ไม้เท้าเดียวและผู้ดูแลควรดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้</p> <p>- เริ่มต้นผู้ช่วยยืนกางขา เท้าห่างกัน 6-8 นิ้ว มือข้างดีถือไม้เท้า ยกไม้เท้าไปทางด้านหน้าประมาณ 6 นิ้ว จากนั้นเท้าด้านหน้าและห่างไปทางด้านข้าง ประมาณ 8 นิ้ว</p> <p>- เอนตัวไปทางด้านหน้าเล็กน้อย ลงน้ำหนักตัวที่ไม้เท้าและที่เท้าข้างดี</p> <p>- ก้าวขาข้างอ่อนแรงไปด้านหน้า โดยให้วางเท้าในแนวเดียวกับไม้เท้าและวางน้ำหนักที่ไม้เท้าและขาข้างที่อ่อนแรง</p> <p>- จากนั้นก้าวเท้าดีไปข้างหน้า ลงน้ำหนักที่ขาข้างดี</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะการปฏิบัติ ด้านการขึ้นบันได สำหรับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองได้ อย่างถูกต้อง</p>	<p>- ยกไม่ทำออกไปด้านหน้า เหมือนท่าเริ่มต้น ทำท่าเดิมซ้ำเมื่อผู้ป่วยก้าวเท้าได้คล่องแล้วอาจให้ ผู้ป่วยเริ่มฝึกยกไม่ทำออกไปด้านหน้า พร้อมกับก้าว ขาด้านอ่อนแรงจากนั้นจึงก้าวเท้าติดตามและทำซ้ำท่า เดิมจนครบวงจรการเดิน</p> <p><b>การขึ้นลงบันได</b></p> <p>ผู้ดูแลควรแนะนำให้ผู้ป่วยเดินขึ้นและลงบันได ต่อไป ตามขั้นตอนดังนี้ (ฟริตคา อีบราฮิม, 2539)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระยะฝึกเดินบนบันได บันไดควรมีราวจับที่มี ความยาวถึงบันไดขั้นสุดท้าย ความสูงของขั้นบันได ประมาณ 5 เซนติเมตร วิธีการคือ ให้ผู้ป่วยยืนในท่า ข้างที่อยู่ที่ข้างราวจับ มือจับที่ราวด้านหน้าลำตัว เท้า ว่างราบกับพื้น แบ่งเป็นระยะก้าวขาด้วยขาข้างที่ดี และการวางขาข้างอ่อนแรงข้างขาข้างที่ดี ระยะแรก อาจต้องใช้ข้อศอกและปลายแขนวางบนราวเพื่อก้าวขา ครั้งแรกควรขึ้นบันไดไปข้างหน้าและหันหลังลงบันได และต่อมาหันตัวหมุนและเดินลงบันไดทางด้านหน้า</li> <li>2. วิธีการขึ้นบันได มือจับราวด้านหน้าลำตัว เห็นือศูนย์กลางของก้นก้าวแรก ยกขาข้างที่ดีวางบน บันไดขั้นแรก ก้าวขาข้างอ่อนแรงหนึ่งก้าวแล้วจึงวาง ขาข้างที่ดี ทำซ้ำจนถึงบันไดขั้นบนสุด</li> </ol>	<p>เมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องเดินขึ้นบันได ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลช่วยพยุงผู้ป่วยขึ้นบันได ซึ่งใน ระหว่างผู้ดูแลช่วยผู้ป่วย ผู้วิจัยจะประเมิน ทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลในเรื่องการพา ผู้ป่วยขึ้นบันได</p> <p>ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสังเกตกลับการพาผู้ป่วยขึ้น บันไดระหว่างที่ผู้ดูแลปฏิบัติกับผู้ป่วย</p> <p>ผู้วิจัยได้บอกสิ่งที่คุณดูแลยังไม่สามารถ ปฏิบัติได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยสถิติ ร่วมกับกรรมการสอนและการขึ้นบันไดให้กับผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ประเมินการพาผู้ป่วยขึ้นบันได ของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติ กิจกรรมประจำวัน</p>	<p>- คู่มือการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมอง “การดูแล ผู้ป่วยภาวะสมอง ขาดเลือด”</p> <p>- ภาพพลิก</p> <p>- อุปกรณ์ที่ใช้ในการ ช่วยเดิน</p>	<p>- สมุดประจำตัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมอง</p> <p>- ผู้ดูแลสามารถบอก ขั้นตอนและสามารถ ปฏิบัติตามการขึ้น บันไดสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมองได้อย่างถูกต้อง</p>

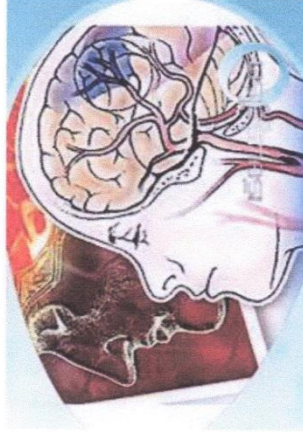
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>ครั้งที่ 4</p> <p>วันที่ 4</p> <p>จำหน่าย</p> <p>ผู้ป่วยกลับ</p> <p>บ้าน</p> <p>(30 นาที)</p>	<p>3. การลงบันไดโดยหันหลังลง ยืนด้วยขาทั้ง 2 ข้าง บนบันไดขั้นบนสุด ก้าวขาหลังหนึ่งก้าวด้วยขาข้างที่อ่อนแรง นำขาข้างที่แข็งแรงข้างอ่อนแรงเลื่อนมือลงมำทำซ้ำ</p> <p>4. การลงบันไดทางด้านหน้า มือจับราวด้านหน้า ลำตัว ยกขาข้างอ่อนแรงก้าวลงหนึ่งก้าว นำขาข้างที่วางข้างอ่อนแรง</p> <p>ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทดสอบและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 10 เรื่องได้แก่ 1) การทำความสะอาดปาก ฟัน หัวผม 2) การเข้าห้องน้ำ 3) การอาบน้ำ 4) การขับถ่ายอุจจาระ 5) การขับถ่ายปัสสาวะ 6) การแต่งกาย 7) การรับประทานอาหาร 8) การขึ้นลงเตียง 9) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน และ 10) การขึ้นบันได</p> <p>ก่อนที่แพทย์เจ้าของไข้จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปพักที่หน้าบ้านได้</p>	<p>ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขณะที่ผู้ป่วยยังพักฟื้นในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้วิจัยทวนสอบโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องที่ผู้ดูแลได้รับการสอนและตั้งแต่วันที่ 1-3</p> <p>ผู้วิจัยได้ประเมินผู้ดูแลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล</p> <p>ผู้วิจัยได้บอกประเด็นที่ผู้ดูแลยังบกพร่องผู้วิจัยได้ชี้แนะให้ผู้ดูแลกลับไปทบทวน</p>	<p>- คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง “การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือด”</p> <p>- ภาพพลิก</p>	<p>- แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>- สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่าย ผู้ป่วยกลับ บ้าน (การ เยี่ยมบ้าน) (60 นาที)</p>	<p>เพื่อติดตามและ ประเมินความก้าว หน้าที่ทักษะของผู้ดูแล ในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง หลังจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล</p>	<p>ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ดูแลในการติดตามการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านภายใน 7 วันหลังจำหน่ายผู้ป่วย ออกจากโรงพยาบาลโดยไปร่วมกับพยาบาล หน่วยเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและ ทักษะการดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยพบผู้ดูแลและผู้ป่วย ชักถามในเรื่องที่ ผู้ดูแลได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อมูล เพิ่มเติม และประเมินผลกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ ร่วมกัน วางแผนการปฏิบัติกิจกรรมครั้งต่อไป ผู้ดูแลผู้ป่วยสถิติกลับขั้นตอนการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองได้ โดยผู้วิจัยสังเกตการสถิติกลับของ ผู้ดูแล เพื่อประเมินความสามารถในการดูแล ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยว่ามีความถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ และให้ข้อมูลย้อนกลับการ ปฏิบัติที่ดีพร้อมทั้งให้แรงเสริมในการฝึก ปฏิบัติที่ยังไม่ถูกต้อง</p>	<p>- คู่มือการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง “การดูแลผู้ป่วย ภาวะสมองขาด เลือด” - ภาพพลิก</p>	<p>- แบบประเมิน ความสามารถของ ผู้ดูแลในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง - สมุดประจำตัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมอง - แบบประเมิน ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมอง</p>

ครั้งที่ 6	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>สัปดาห์ที่ 4</p> <p>หน่วยตรวจ</p> <p>ผู้ช่วยนอก</p> <p>อายุกรรม (30 นาที)</p>	<p>เพื่อประเมินผลลัพธ์</p> <p>ความสามารถของ</p> <p>ผู้ดูแลในการปฏิบัติ</p> <p>กิจกรรมประจำวันของ</p> <p>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด</p> <p>สมอง</p>	<p>- ประโยชน์ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับ</p> <p>- กล่าวขอบคุณและกล่าวอำลา</p>	<p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อมูล</p> <p>เพิ่มเติม และประเมินผลกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ</p> <p>ร่วมกัน วางแผนการปฏิบัติกิจกรรมครั้งต่อไป</p> <p>รวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ดูแลเพื่อให้</p> <p>สามารถนำไปปฏิบัติต่อเอง</p> <p>ผู้วิจัยกล่าวสรุปและเพิ่มเติมในส่วนที่</p> <p>ผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่ทราบหรือยังไม่แน่ใจว่า</p> <p>ถูกต้องหรือไม่</p> <p>ผู้วิจัยพบผู้ดูแลและผู้ป่วยเพื่อทำแบบ</p> <p>ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม</p> <p>ประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลัง</p> <p>เข้าร่วมโปรแกรม</p> <p>ผู้วิจัยกล่าวสรุปและอำลาด้วยท่าทีสุภาพ</p> <p>นมนวลและเป็นมิตร เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและ</p> <p>ผู้ช่วยแสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วม</p> <p>โปรแกรม</p>	<p>- คู่มือการดูแลผู้ป่วย</p> <p>โรคหลอดเลือด</p> <p>สมอง</p>	<p>- แบบประเมิน</p> <p>ความสามารถของ</p> <p>ผู้ดูแลในการปฏิบัติ</p> <p>กิจกรรมประจำวัน</p> <p>ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด</p> <p>สมอง</p> <p>- สมุดประจำตัวผู้ป่วย</p> <p>โรคหลอดเลือด</p> <p>สมอง</p> <p>- แบบประเมิน</p> <p>ความสามารถในการ</p> <p>ปฏิบัติกิจกรรม</p> <p>ประจำวันของผู้ป่วย</p> <p>โรคหลอดเลือด</p> <p>สมอง</p>

## คู่มือ การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือด



จัดทำโดย นางสาวพัชราภรณ์ สิริธรรานนท์  
นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

## คำนำ

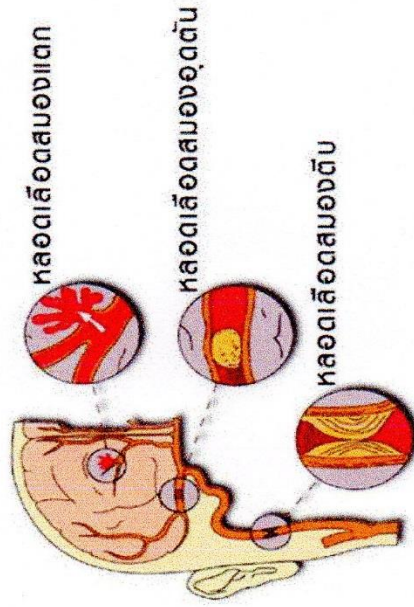
โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเป็นโรคที่ส่งผลต่อความผิดปกติของการทำหน้าที่ของร่างกาย เนื่องจากสมองส่วนที่สั่งการหน้าที่นั้นๆ เกิดความเสียหายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ทั้งในกรณีที่มีความบกพร่องน้อยที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องได้รับการช่วยเหลือจากญาติ/ ผู้ดูแล ระดับความพร่องความสามารถที่สำคัญ คือ ระดับที่ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้แต่ต้องมีญาติช่วยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรคและช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อช่วยให้มีการปฏิบัติภารกิจที่ต้องเหมาะสม ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพิ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จึงจำเป็นต้องมีคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล ส่งเสริมและกระตุ้นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างถูกต้อง

## สารบัญ

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด	2
อาการของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด	2
การดูแลกิจวัตรประจำวัน	3
- การทำความสะอาดปาก ฟัน ทวีผม	5
- การอาบน้ำ	7
- การเข้าห้องน้ำ การขับถ่ายอุจจาระ	9
- การขับถ่ายปัสสาวะ	12
- การแต่งกาย	19
- การรับประทานอาหาร	22
- การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดินและการขึ้นลงเตียง	23
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถขึ้นไปเตียง	25
- การขึ้นลงบันได	26
- เอกสารอ้างอิง	

## โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองคือ ความผิดปกติทางสมองที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดง เกิดจากการขาดวงการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมอง สาเหตุจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตันหรือ หลอดเลือดแตก ทำให้เนื้อเยื่อสมองได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอ เกิดการตายของเนื้อสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องของร่างกาย เช่น แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด เดินเซหรือที่มักเรียกว่า โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต



## สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

1. การอุดตันของหลอดเลือดแดง จากการเสื่อมหรือการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงในสมอง
2. ลิ่มเลือดจากหัวใจหรือตะกอนเลือด จากผนังหลอดเลือดแดงที่คอ ด้านหน้าหลุดเข้าอุดตันหลอดเลือดสมอง
3. ความดันเลือดลดลงมาก จนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ

## อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายจะมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย การรับรู้ พฤติกรรมแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสาเหตุ ตำแหน่งรอยโรคในสมอง ขนาดของรอยโรคในสมอง อาการที่พบในผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่คือ

1. อ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกของร่างกาย
2. อาการตามัวหรือมองไม่เห็น
3. พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจ คำพูด ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้
4. ปากเบี้ยว มุมปากตก น้ำลายไหลมุมปาก
5. ปวดศีรษะ บ้านหมุน เดินลำบาก

## การดูแลกิจวัตรประจำวัน

### การทำความสะอาดปาก ฟัน หวีผม

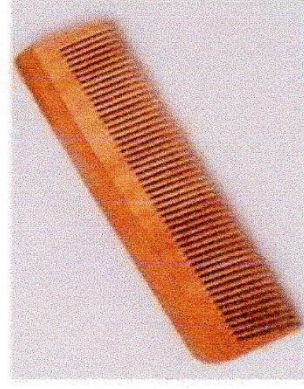
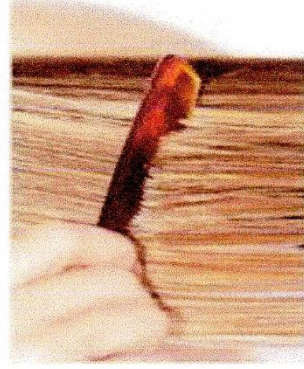
การทำความสะอาดช่องปาก ด้วยวิธีแปรงฟันหรือบ้วนปาก เป็นสิ่งที่กระทำเพื่อจัดเศษอาหารและเชื้อโรคภายในช่องปาก ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้เอง มีโอกาสติดเชื้อในช่องปากได้ง่าย และอาจลุกลามไประบบทางเดินหายใจได้ ควรช่วยดูแลความสะอาดปากและฟันของผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งคือ เช้าและก่อนนอนหรือทุกครึ่งหลังอาหาร

แปรงสีฟันควรมีขนาดพอเหมาะ ขนแปรงไม่แข็งหรืออ่อนเกินไป แปรงได้ทุกซอกทุกมุมและไม่ทำอันตรายต่อเหงือก กรณีที่ผู้ป่วยมีความลำบากในการใช้มือให้เพิ่มขนาดด้ามแปรงให้ใหญ่ขึ้นโดยวิธีหุ้มด้ามแปรงด้วยวัสดุต่างๆ เช่น ฟองน้ำเพื่อช่วยให้สามารถจับยึดด้ามแปรงได้ถนัดขึ้น



การทำความสะอาดปากฟันสำหรับผู้ที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ดูแลจะต้องดูแลทำความสะอาดปากฟันให้ คือทุก 4-8 ชั่วโมง เนื่องจากกลิ่นเหม็นทำให้ปากบางส่วนเปิด ผู้ป่วยจะหายใจทางปากเป็นสาเหตุทำให้ลิ้นแห้งและเป็นสะเก็ดจากน้ำลายภายในปากที่แห้งจึงต้องล้างออก เพราะทำให้มีกลิ่นเหม็นและอาจทำให้ทางเดินหายใจอุดตันได้

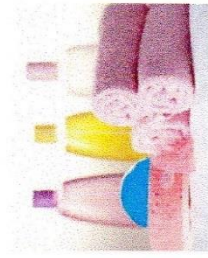
การหวีผม แปรงผมเพื่อปิดเอาผม ผู้ดูแลองและรังแคออกจากเส้นผม การหวีผมจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนให้ดีขึ้น กระตุ้นต่อมไขมันให้ชุ่มน้ำมีมาเลี้ยงผมและยังทำให้ผมไม่ร่วงเกินไป



### การอาบน้ำ

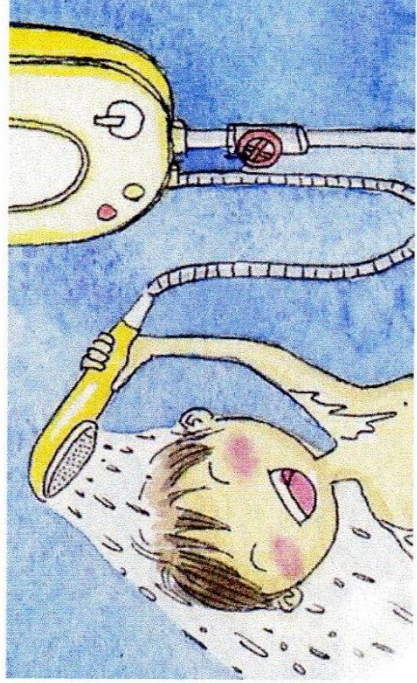
#### สำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยผู้ดูแลควรช่วยเหลือดังนี้

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้ผ้าคลุมตัว ถอดเสื้อผ้าออกทั้งหมด
2. ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำบิดหมาดๆ เช็ดหน้า หู คอ จมูก
3. ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำบิดหมาดๆ เช็ดช่วงอก ลำตัว รักแร้ และพอกสบู่ให้ทั่วและใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำเช็ดจนหมดฟองสบู่ แล้วซับให้แห้งด้วยผ้าเช็ดตัว
4. เช็ดหลัง ถ้าผู้ป่วยนอนคว่ำได้ให้นอนคว่ำ ถ้านอนไม่ได้ พลิกตะแคงตัวหันหลังมาทางผู้เช็ดตัว เช็ดตั้งแต่ก้นหู ต้นคอ ไหล่ ลงมาจนถึงก้นกบ และสะโพก เช็ดให้แห้ง ทาแป้ง นวดหลัง
5. เช็ดขาด้านโน้กลตัว เช็ดทีละท่อนตั้งแต่มือเข้า ขาหนีบและอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาด



การอาบน้ำที่ห้องน้ำ ผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายไปห้องน้ำได้ โดยรถเข็นหรืออุปกรณ์ช่วยเดินและอาบน้ำได้เอง ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตามความเหมาะสมขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วย เช่น การเตรียมเก้าอี้สำหรับให้นั่งอาบน้ำ เตรียมสบู่ ผ้าเช็ดตัวและเสื้อผ้า ควรนั่งอาบน้ำบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง พื้นห้องน้ำควรใช้วัสดุกันลื่น ดิตราวาเกาะที่ผนังและควรเช็ดตัวให้แห้งก่อนเคลื่อนย้ายออกจากห้องน้ำเพื่อป้องกันการลื่น

การอาบน้ำบนเตียง การอาบน้ำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินไปห้องน้ำได้ ผู้ป่วยอาจทำด้วยตนเองที่เตียง โดยผู้ดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอุปกรณ์มาที่เตียงและช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ หากผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ทำให้จนเสร็จ



การทำความสะดวกสบายด้วยสี่ขาที่ควรทำความสะอาด  
อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและหลังจากที่ขับถ่ายทุกครั้ง  
ถ้าผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดด้วยตนเองได้ ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้  
ผู้ป่วยได้ทำเอง

### การเข้าห้องน้ำ การขับถ่ายอุจจาระ

การนั่งถ่ายช่วยให้กล้ามเนื้อที่ท้องออกแรงเบ่งได้ดีขึ้น ทั้งนี้  
อาจให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลนวด กดท้องตามแนวลำไส้ใหญ่ (ตามเข็มนาฬิกา)  
โน้มตัวไปข้างหน้าและเบ่งเพื่อเพิ่มแรงดันในช่องท้อง จะทำให้ถ่าย  
อุจจาระออกได้ง่ายขึ้น เก้าอี้ที่ผู้ป่วยที่ดีควรมีความมั่นคง เช่น มีที่เท้า  
แขนและพนักพิง ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถนั่งถ่ายในที่นั่งนี้ได้ โถนั่งควรมี  
ลักษณะเป็นชักโครก แต่ถ้าไม่มีโถแบบชักโครก อาจใช้เก้าอี้นั่งถ่ายวาง  
ซ้อนบนโถนั่งอีกที กรณีที่ห้องน้ำหรือห้องส้วมแคบมากอาจต้องนั่งถ่าย  
นอกห้องน้ำ โดยวางเก้าอี้ที่มีรูไว้เหนือภาชนะ เช่น กระโถน หม้อนอน



กรณีที่ผู้ป่วยลุกนั่งไม่ได้แต่ช่วยเหลือตนเองยกส้วโปกได้ให้ผู้ช่วย  
ขึ้นเข่าทั้ง 2 ข้างขึ้นให้หัวเข่าแนบชิดกัน เท้าวางราบแนบพื้นเตียง แขน  
คว่ำเหยียดตรง ใช้มือและส้นเท้าทั้ง 2 ข้างกดลงกับพื้นเตียง แล้วยก  
ส้วโปกขึ้น ขณะเดียวกันผู้ดูแลช่วยสอดหม้อนอนเข้าไปใต้กันโดยให้ขอบ  
เรียบรองอยู่ใต้กระดูกก้นกบและช่วยจัดให้หม้อนอนในท่าที่  
เหมาะสม

กรณีที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการยกส้วโปก บอกให้  
ผู้ช่วยขึ้นเข่าให้หัวเข่าแนบชิดกัน มีอวางราบบนพื้นเตียง ผู้ดูแลช่วยยก  
ส้วโปกโดยสอดมือข้างที่ไม่ถนัดไว้ใต้กระดูกก้นกบ บอกให้ผู้ช่วยยก  
ส้วโปกพร้อมกับช่วยยกส้วโปกผู้ป่วยโดยใช้แรงจากกล้ามเนื้อลำตัวและ  
ข้อศอก ขณะเดียวกันมือข้างที่ถนัดช่วยสอดหม้อนอนเข้าไปใต้กัน แล้ว  
จัดให้ที่นั่งบนหม้อนอนในท่าที่สบาย



ผู้ป่วยควรขับถ่ายอุจจาระในเวลาเดียวกันทุกวัน โดยเฉพาะหลัง  
อาหารเข้าเพราะอาหารจะช่วยกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ให้  
รับประทานอาหารที่มีกากใย ผลไม้ ดื่มน้ำ 2-3 ลิตร/วัน



สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ถ่ายอุจจาระ 3-4 วันหรืออุจจาระเป็นก้อนแข็งอาจต้องใช้ยาเหน็บหรือสวนอุจจาระ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยต้องการขับถ่ายต้องรีบให้ถ่าย ไม่ควรให้ผู้ป่วยรอเพราะจะทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากและมีอาการดุซิม น้ำกลับทำให้อุจจาระแข็ง

### การขับถ่ายปัสสาวะ

กรณีที่ปัสสาวะโดยไม่รู้ตัว กลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือรองปัสสาวะไม่ทันนั้นจะทำให้เกิดผิวหนังชื้นแฉะ เปื่อยแดงและอักเสบเป็นเหตุให้เกิดแผลหรือมีเชื้อราได้ สามารถดูแลโดยวิธีการใส่ภาชนะรองรับปัสสาวะในผู้ชาย สำหรับในรายที่เป็นผู้หญิงควรใช้หม้อนอนหรือพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำและคอยเปลี่ยนเสื้อผ้าและทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้ง หลังขับถ่าย ควรทำความสะอาดน้ำให้ได้ประมาณ 1,200-1,800 ซีซี/ วันโดยดื่ม น้ำ 400 ซีซี หลังอาหารหลัก 3 มื้อ และดื่มอีก 200 ซีซี ระหว่างนั้น เช่น ในช่วงเวลา 10.00 น. 14.00 น. และ 16.00 น. โดยไม่ดื่ม น้ำหลัง อาหารเย็นเพื่อให้ปัสสาวะตอนกลางคืนน้อยที่สุด



การใช้กระบอกปัสสาวะ สำหรับผู้ป่วยชายที่ช่วยเหลือตนเองได้ และลุกจากเตียงได้ จัดให้ยื่นข้างเตียง ถ้าไม่สามารถยืนได้ให้ตั้งศีรษะสูงบนเตียง ผู้ดูแลให้กระบอกปัสสาวะ กรณีที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จัดให้นอนหงาย แยกขาออกเล็กน้อย วางกระบอกปัสสาวะระหว่างขาทั้ง 2 ข้างบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าวางกระบอกปัสสาวะเรียบร้อยแล้วให้ถ่ายปัสสาวะได้



### กรณีผู้ป่วยคาสาสายสวนปัสสาวะกลับบ้าน

1. ต้องระบายนปัสสาวะให้ไหลสะดวกตลอดเวลา ระวังไม่ให้สายสวนปัสสาวะหักงอหรือนอนทับสาย
2. ติดพลาสติกหรือสายสวนปัสสาวะให้แน่นกับหน้าขาเพื่อลดการกระคายเคืองและลดการดึงรั้งจากการเคลื่อนไหวของสาย

ควรเปลี่ยนพลาสติกและย่ายยที่ติดพลาสติกทุกวันเพราะการติดพลาสติกนานๆ และตำแหน่งเดิมๆ อาจทำให้เกิดแผล

3. ติดตามดูแลการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเมื่อสังเกตเห็นว่าปัสสาวะขุ่นข้นหรือเป็นตะกอน

4. กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ เพื่อระบายสิ่งตกค้างและทำให้ปัสสาวะใสขึ้น

5. ระบบการระบายปัสสาวะต้องสะอาดและปราศจากเชื้อทุกขั้นตอน ดังนั้นการเทพัสสาวะออกจากถุงรองรับนั้น หลังเทพัสสาวะออกแล้วต้องปิดให้สนิท เพื่อป้องกันเชื้อโรคผ่านเข้าสู่ร่างกาย

6. ถุงรองรับปัสสาวะต้องอยู่ระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะหรือต่ำกว่าท่อน้อยของผู้ป่วย หากจำเป็นต้องยกให้ถุงสูงกว่าท่อน้อยของผู้ป่วยก็ควรหักพับสายปัสสาวะส่วนใดส่วนหนึ่งไว้ก่อนเพื่อป้องกันไม่ทำให้ปัสสาวะไหลย้อนเข้าไปในร่างกายซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้

7. ข้าราชการบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาดอยู่เสมอ

## การแต่งกาย

การเลือกเสื้อผ้าควรเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่สบายและถอดได้สะดวก เสื้อผ้าต้องโปร่ง ระบายความร้อนออกจากร่างกายเพื่อป้องกันความอับชื้น ผู้ป่วยควรได้รับการกระตุ้นให้ช่วยตนเองในการเปลี่ยนเสื้อผ้า รวมทั้งการทาแป้ง หรือมม โคนหมวดซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพที่เอื้ออำนวยของผู้ป่วยต่อการทำกิจกรรมต่างๆ

## หลักการช่วยเหลือผู้ป่วยในการสวมใส่เสื้อผ้า

1. อย่าเคลื่อนไหวแขนขาเกินขอบเขตที่ควรจะเป็น
2. ให้แขนขาข้างที่เคลื่อนไหวมากกว่าข้างที่อ่อนแรง
3. สวมเสื้อผ้าแขนขาข้างที่อ่อนแรงก่อน แต่เวลาถอดออกจากร่างกายให้ถอดข้างที่อ่อนแรงทีหลัง
4. เสื้อผ้าที่ใส่ต้องไม่คับเกินไป ควรเลือกเสื้อผ้าที่หลวมใส่สบายและถอดออกง่าย



**การสวมเสื้อที่ติดกระดุมด้านหน้า**

การสวมเสื้อที่ติดกระดุมด้านหน้า ในผู้ป่วยที่มีอาการทรงตัวดี แต่ถ้าทรงตัวได้ไม่ดีให้หนึ่งบนเตียงหรือเก้าอี้ที่มีที่กัน ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยวางเท้าข้างเตียงหรือเก้าอี้

- โดยจับวางเสื้อผ้าอยู่บนตัก
- คลี่เสื้อออกให้ด้านในเสื้ออยู่ด้านบนและส่วนของผู้ชายเสื้อชิด

ลำตัว

- สวมเสื้อให้สวมแขนข้างที่อ่อนแรงก่อน โดยใช้มือข้างที่ดีจับแขนข้างที่อ่อนแรงสอดเข้าไปในแขนเสื้อขึ้นจนถึงไหล่แล้วพาดเสื้อไปด้านหลัง

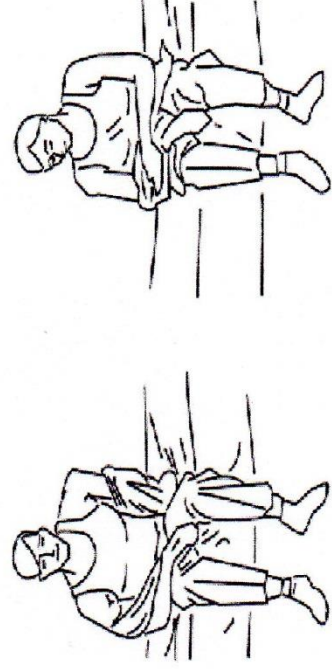
- หลังจากพาดเสื้อไปด้านหลังแล้วใช้มือข้างที่ดีขึ้นไปทางด้านหลังค่อยๆ ดึงเสื้อมาทางด้านหน้า สอดมือเข้าไปในแขนเสื้อเพื่อสวมแขนข้างที่ดี

- ใช้มือข้างที่ดีดึงด้านหน้าของเสื้อเข้าหากันแล้วติดกระดุม

**การถอดเสื้อที่ติดกระดุมด้านหน้า**

ทำเช่นเดียวกับการสวมเสื้อด้านหน้าโดยเริ่มต้นด้วยการจัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้าข้างเตียง หรือนั่งบนเตียงหรือเก้าอี้ที่มีที่กัน

- ใช้มือข้างดีปลดกระดุมออกแล้วถอดเสื้อบริเวณไหล่ข้างที่อ่อนแรงออกถึงให้ถึงข้อศอก
- ใช้มือข้างที่ดีจับขอบเสื้อด้านในด้านแขนที่ดี แล้วแขนข้างที่ดีให้ถอดออกจากแขนเสื้อให้เรียบร้อย
- ใช้มือที่ดีถอดเสื้อออกจากแขนข้างที่อ่อนแรง

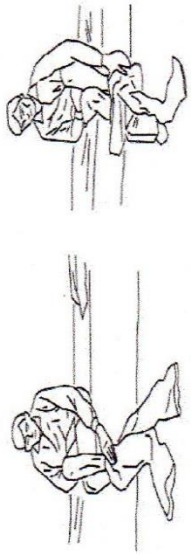


### การสวมกางเกง

ใช้หลักการเกี่ยวกับการสวมเสื้อ เริ่มด้วยการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งห้อยเท้าบนพื้นข้างเตียง

- ใช้มือข้างที่จับขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นมาวางทับขาข้างที่ดี
- จับกางเกงโดยจัดขากางเกงด้านที่อยู่ด้านเดียวกับขาข้างอ่อนแรงให้พร้อมที่จะสวมใส่ในขาข้างที่อ่อนแรงที่วางพาดขาข้างที่ดี
- ใช้มือข้างที่ติดตั้งกางเกงขึ้นให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยใช้เท้าข้างที่อ่อนแรงผลักพ้นออกจากขากางเกง
- จับขาข้างที่อ่อนแรงลง และสวมขากางเกงให้เรียบร้อย
- จับขาข้างที่ดีที่สุดใส่ขากางเกงอีกข้างให้เรียบร้อย

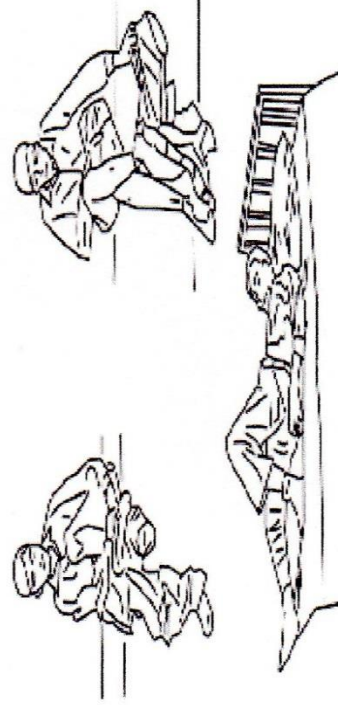
ถ้าผู้ป่วยยืนทรงตัวไม่ได้ให้ผู้ช่วยนอนหงายราบบนเตียงแล้วพลิกตัวดึงกางเกงขึ้นทีละข้างแล้วจัดสวมกางเกงให้เรียบร้อย หรืออาจใช้วิธีงอเข่าและสะโพกด้านที่ตัววางบนเตียง ดันตัวและสะโพกขึ้นพร้อมกับการมีมือข้างที่ติดตั้งกางเกงขึ้นแล้วจัดสวมกางเกงให้เรียบร้อย



### การถอดกางเกง

หากผู้ป่วยมีการทรงตัวที่ดี แนะนำให้ถอดกางเกงในท่ายืนพิงขอบเตียงหรือผนังห้องใช้มือด้านปกติถอดกางเกง ในกรณีที่ผู้ป่วยทรงตัวในท่ายืนไม่ดี ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งห้อยขา

- คลายตะขอและรัดซิปปอก
- ใช้มือข้างดีดันขากางเกงออกจากขาข้างที่ดี โดยการยกสะโพกและขาข้างที่ดี พร้อมกับใช้มือด้านกางเกงงอก
- ใช้มือข้างที่ดียกขาต้านอ่อนแรงทับบนขาข้างที่ดีแล้วดึงขากางเกงออกจากเท้า



### การสวมถุงเท้า

ผู้ดูแลจัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้า เตรียมถุงเท้าให้อยู่ในสภาพพร้อมที่จะสวมใส่

- ใช้มือข้างที่ถนัดยกขาข้างที่อ่อนแรงทับขาข้างที่ดี
- ใช้มือข้างที่ดีสวมถุงเท้าและดึงถุงเท้าขึ้น ยกขาข้างที่ดีขึ้นทับขาอีกข้าง ใช้มือข้างที่ดีสวมถุงเท้าและดึงถุงเท้าขึ้น

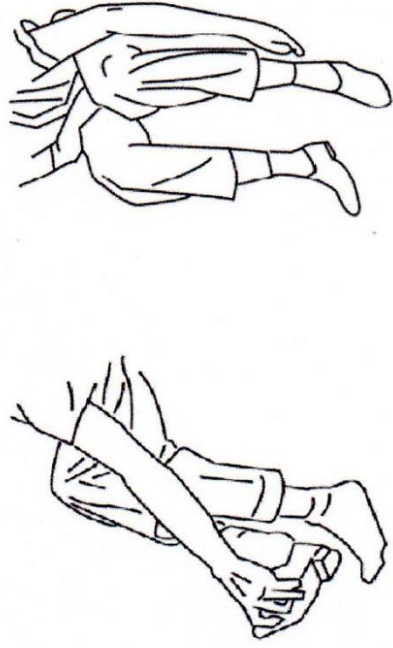


### การสวมรองเท้า

ผู้ดูแลควรจัดหารองเท้าหุ้มส้นเท้าซึ่งเป็นรองเท้าที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใส่ เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้มีการทรงตัวที่ดีขึ้นและป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับเท้าได้ โดยให้ผู้ป้วยนั่งห้อยเท้า

- ผู้ดูแลเตรียมรองเท้าไว้
- ใช้มือข้างที่ถนัดยกเท้าข้างที่อ่อนแรงแรงวางบนรองเท้าและดันเท้าเข้า ถ้าดันเท้าเข้าได้ไม่หมด ให้ใช้ข้อนรองเท้าบริเวณส้นเท้าและจัดเท้าเข้ารองเท้าให้เรียบร้อย

- สวมรองเท้าข้างที่ติดต่อไป



## การรับประทานอาหาร

ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว แต่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลจะต้องให้การช่วยเหลือดังนี้

- เลือกอาหารที่ไม่ต้องเคี้ยวมากและง่ายต่อการกลืน ลักษณะอาหารควรเป็นลักษณะอ่อนนุ่ม จัดเป็นคำๆ ในการดื่มน้ำ ควรดื่มน้ำโดยใช้หลอดดูดเพื่อลดการสำลักและเป็นการช่วยบริหารกล้ามเนื้อหน้าและกล้ามเนื้อในการเคี้ยว

- ควรจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบเพื่อความอยากอาหาร

- จัดผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือศีรษะสูงขณะรับประทานอาหารและหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 30-60 นาที

- จัดอาหารวางไว้ตรงหน้าผู้ป่วยและให้อยู่ในสายตาสายตาของผู้ป่วยที่สามารถมองเห็นได้

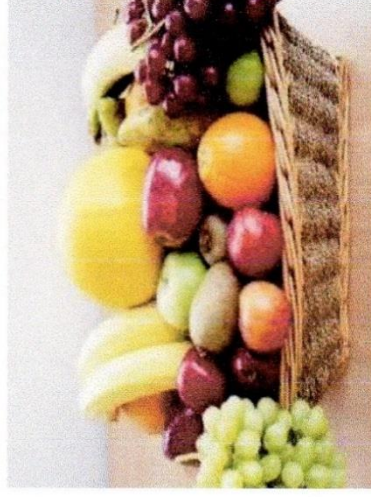
- หากอุปกรณ์ช่วยในการรับประทานอาหาร เช่น ถาดอาหาร ช้อน แก้วน้ำที่ผู้ป่วยถนัด

- ควรใช้ภาษาที่ไม่ตลกแตก

- ปล่อยให้ผู้ป่วยได้มีเวลาในการเคี้ยวและกลืนอาหาร ไม่ควรเร่งผู้ป่วยรับประทานอาหาร

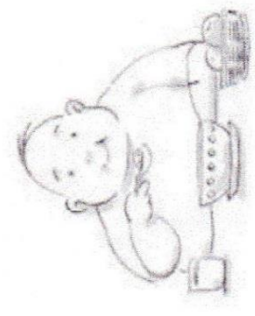
- จัดให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารกับสมาชิกคนอื่นๆ ในบ้าน

- ทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้น ความรู้สึกและกระตุ้นน้ำลายที่ช่วยในการกลืนและทำความสะอาดช่องปากหลังรับประทานอาหารเสร็จ



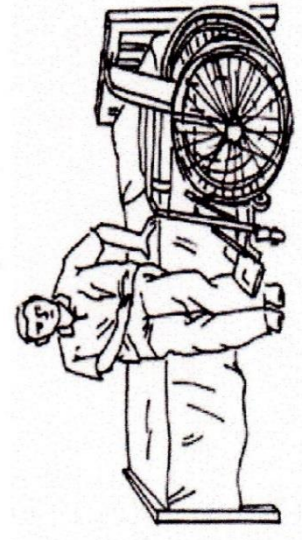
**กรณีผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เอง**

- ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยได้พักก่อนการรับประทานอาหารเพราะจะทำให้ไม่เกิดอาการอ่อนล้า และควรลดสิ่งกระตุ้นขณะที่ผู้ป่วยรับประทานอาหาร เพื่อลดการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย
- จัดทำทางการรับประทานอาหารให้เหมาะสม ให้อยู่ในท่าศีรษะสูง
- จัดวางภาชนะ ถาดอาหารให้อยู่ในลานสายตาของผู้ป่วยที่สามารถมองเห็นได้
- ลักษณะของอาหาร ควรอ่อนนุ่มและไม่มันมาก เป็นอาหารที่ผู้ป่วยชอบเพื่อช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร ถ้าอาหารมีลักษณะเป็นเส้นยาวควรตัดให้สั้นลง
- ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอย่างช้าๆ ให้อิ่มเป็นจังหวะ และควรกลืนอาหารในปากให้หมดก่อนที่จะดักเข้าปากใหม่



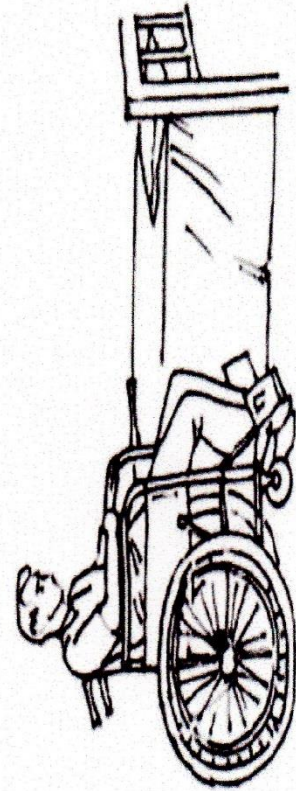
**การเคลื่อนไหว นิ่ง ยืน เดินและการขึ้นลงเตียง**

- การฝึกการเคลื่อนย้ายต้องเริ่มจากข้างที่ตีเสมอ
1. การเคลื่อนย้ายจากเตียงมาเก้าอี้ หรือรถเข็น จักรถเข็นหรือเก้าอี้วางหมอนมู่กับเตียง หันหน้าเข้าชิดทางแขน ขาข้างที่ดี ล้อรถเข็นก่อน เคลื่อนย้ายทุกครั้ง ผู้ป่วยโน้มตัวมาข้างหน้า ใช้มือข้างที่ดียื่นขอบเตียง ดันตัวให้ลุกขึ้นยืน ให้นำหนักอยู่บนขาข้างที่ตีเอื่อมแขนข้างที่ดีจับขอบรถเข็นหรือพนักเก้าอี้ด้านนอก ค่อยๆ หมุนตัวหันด้านหลังให้เก้าอี้ แล้วหย่อนตัวลงนั่งในรถเข็นหรือเก้าอี้
  2. การเคลื่อนย้ายจากเก้าอี้หรือรถเข็น มายังเตียงนอน มีลำดับขั้นตอนเช่นเดียวกัน โดยให้เอาแขน ขาข้างที่ดีเข้าหาเตียง



## การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจารถเข็นไปเตียง

1. ผู้ป่วยนั่งในรถเข็นที่ทำมุมประมาณ 45 องศากับเตียง โดยให้ข้างที่ดีของผู้ป่วยหันเข้าหาเตียง และล็อกล้อรถเข็นและวางเท้าทั้ง 2 ข้างลงบนพื้น
2. มือข้างที่ดีจับที่วางแขนแล้วโน้มตัวลุกขึ้นยืน
3. ย้ายมือจากที่วางแขนไปยังที่นอน แล้วก้าวขาข้างที่ดีไปที่เตียงด้านหลังเล็กน้อย
4. หันลำตัวและย้ายตัว ก้มลงไปนั่งที่เตียง
5. ก้มลงไปนั่งที่เตียง

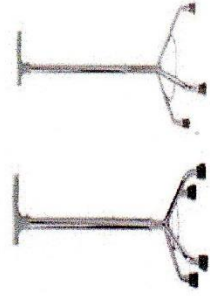


## การเดิน

การฝึกให้เดินด้วยไม้เท้า

- เริ่มต้นผู้ป่วยยืนกางขา เท้าห่างกัน 6-8 นิ้ว มือข้างดีถือไม้เท้า ยกไม้เท้าไปทางด้านหน้า
- เอนตัวไปทางด้านหน้าเล็กน้อย ลงน้ำหนักตัวที่ไม้เท้าและเท้าที่ข้างดี
- ก้าวขาข้างอ่อนแรงไปด้านหลัง โดยให้วางเท้าในแนวเดียวกับไม้เท้าและวางน้ำหนักที่ไม้เท้าและขาข้างที่อ่อนแรง
- จากนั้นก้าวเท้าดีไปข้างหน้า ลงน้ำหนักที่ขาข้างดี

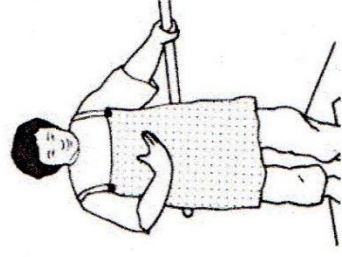
- ยกไม้เท้าออกไปด้านหลัง เหมือนท่าเริ่มต้นท่าทำเต็มซ้ำเมื่อผู้ป่วยก้าวเท้าได้คล่องแล้วอาจให้ผู้ป่วยเริ่มฝึกยกไม้เท้าออกไปด้านหลังพร้อมไปกับก้าวขาด้านอ่อนแรงจากนั้นจึงก้าวเท้าติดตามและทำซ้ำทำเต็มจนครบวงจรการเดิน





## การขึ้นและลงบันได

1. บันไดควรมีราวจับที่มีความยาวถึงบันไดขั้นสุดท้าย ความสูงของขั้นบันไดประมาณ 5 เซนติเมตร ในครั้งแรกควรขึ้นบันไดไปข้างหน้า และหันหลังลงบันไดและต่อมาหันตัวหมุนและเดินลงบันไดทางด้านหน้า
2. วิธีการขึ้นบันได มือจับราวด้านหน้าแล้วหันมือศูนย์กลางของก้าวแรก ยกขาข้างที่ตีวงงบนบันไดขั้นแรก ก้าวขาข้างอ่อนแรงหนึ่งก้าว แล้วจึงวางขาข้างที่ดี ทำซ้ำจนถึงบันไดขั้นบนสุด
3. การลงบันไดโดยหันหลังลง ยืนด้วยขาทั้ง 2 ข้าง บนบันไดขั้นบนสุด ก้าวขาลงหนึ่งก้าวด้วยขาข้างที่อ่อนแรง นำขาข้างที่ตีวงงข้างขาอ่อนแรงเลื่อนมือลงมาทำซ้ำ
4. การลงบันไดทางด้านหน้า มือจับราวด้านหน้าแล้ว ยกขาข้างอ่อนแรงก้าวลงหนึ่งก้าว นำขาข้างที่ตีวงงข้างขาที่อ่อนแรง



## เอกสารอ้างอิง

- จรรยา ทักษิณประดิษฐ์. (2547). ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำปาง. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาบันราชภัฏ นครราชสีมา สาขาพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินนรัตน์ ศรีภักธิญญา. (2540). ผลการสอนและการฝึกปฏิบัติทักษะแก่ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล. วิทยาลัยพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลสาร. 2(1): 84-94.
- ประไพพรรณ จิรันธร. (2547). การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน. ใน สุภาณี เสนาดิสัย และวารณภา ประไพพานิช (บรรณาธิการ), การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 11 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุฑทอง จำกัด.
- อรฉัตร โตษยานนท์. (2539). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใน เสก อักษรานุเคราะห์ (บรรณาธิการ), ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

## อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง





คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามอายุ และคะแนนระดับ  
ความรู้สึกร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คู่ที่	อายุ		คะแนนระดับความรู้สึกร่างกาย	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	50	53	15	14
2	55	54	14	13
3	53	55	14	13
4	57	56	15	14
5	58	53	13	15
6	48	47	13	14
7	59	56	14	13
8	40	36	15	14
9	57	59	13	14
10	53	52	13	14
11	56	58	14	15
12	52	51	15	15
13	52	51	13	14
14	47	50	13	13
15	58	57	15	15
16	56	54	14	15
17	55	53	14	15
18	49	53	15	14
19	56	59	13	15
20	44	47	14	15

## ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.761	.753	9

## Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
การรับประทานอาหาร	2.93	.254	30
การขึ้นลงเตียง	2.63	.490	30
แปรงฟัน หวีผม	2.67	.479	30
การเข้าห้องน้ำ	2.47	.507	30
การอาบน้ำ	2.50	.509	30
การเดิน	2.37	.490	30
การแต่งตัว	2.53	.507	30
การถ่ายอุจจาระ	2.50	.509	30
การปัสสาวะ	2.63	.490	30

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การรับประทานอาหาร	20.30	6.010	.200	.522	.766
การขึ้นลงเตียง	20.60	4.662	.671	.773	.700
แปรงฟัน หวีผม	20.57	5.082	.468	.717	.734
การเข้าห้องน้ำ	20.77	4.737	.602	.906	.711
การอาบน้ำ	20.73	4.685	.627	.904	.707
การเดิน	20.87	5.499	.254	.349	.767
การแต่งตัว	20.70	5.114	.415	.343	.743
การถ่ายอุจจาระ	20.73	5.444	.262	.506	.767
การปัสสาวะ	20.60	5.076	.456	.438	.736

## Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
23.23	6.323	2.515	9

## Assumption t-test (control group)

## One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		คะแนนแรกเก็บ	คะแนนที่ติดตามการรักษา
N		20	20
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	59.50	66.00
	Std. Deviation	7.763	8.367
Most Extreme Differences	Absolute	.211	.184
	Positive	.189	.166
	Negative	-.211	-.184
Kolmogorov-Smirnov Z		.942	.822
Asymp. Sig. (2-tailed)		.337	.509

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.



## Assumption t-test (Experiment group)

## One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		คะแนนแรกเก็บ	คะแนนที่ติดตามการรักษา
N		20	20
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	64.25	82.50
	Std. Deviation	8.315	9.389
Most Extreme Differences	Absolute	.286	.155
	Positive	.157	.112
	Negative	-.286	-.155
Kolmogorov-Smirnov Z		1.279	.693
Asymp. Sig. (2-tailed)		.076	.723

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

## Assumption t-test (Compare Independent t-test)

## Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
								95% Confidence Interval of the Difference		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
score_pre	Equal variances assumed	.102	.751	1.867	38	.070	4.750	2.544	-.399	9.899
	Equal variances not assumed			1.867	37.822	.070	4.750	2.544	-.400	9.900

## Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
								95% Confidence Interval of the Difference		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
score_post	Equal variances assumed	.193	.663	5.868	38	.000	16.500	2.812	10.807	22.193



## Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
								95% Confidence Interval of the Difference		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
score_ post	.193	.663	5.868	38	.000	16.500	2.812	10.807	22.193	
Equal variances assumed			5.868	37.506	.000	16.500	2.812	10.805	22.195	
Equal variances not assumed										



คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองของ  
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
1	65	75	65	65
2	50	60	50	50
3	50	70	65	65
4	65	100	60	70
5	50	75	50	60
6	70	90	50	55
7	65	80	75	85
8	65	85	55	65
9	75	85	65	70
10	50	70	50	60
11	75	90	70	75
12	75	85	65	75
13	65	80	65	70
14	65	85	65	70
15	60	80	60	70
16	70	90	55	70
17	70	90	50	55
18	65	85	65	70
19	65	80	60	65
20	70	95	50	55

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพัชราภรณ์ สิริธรรานนท์ เกิดวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2522 ที่จังหวัดนนทบุรี สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2544 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม (Intensive Care Unit Medicine) และย้ายมาทำงานที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute Stroke Unit) โรงพยาบาลรามาริบัติ ในปี พ.ศ. 2551 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute Stroke Unit) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

