

ผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการ  
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

นางสาวนพรัตน์ รุจิราษฎร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF COACHING PROGRAM WITH BODY MOVEMENT TRAINING  
ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING FOR ELDERLY STROKE PATIENTS

Miss Nopparat Rujirarungrueng

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหว  
ของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน  
ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

โดย

นางสาวนพรัตน์ รุจิราษฎร์เรือง

สาขาวิชา

การพยาบาลผู้สูงอายุ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

นพรัตน์ รุจิราษฎร์เรือง: ผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (THE EFFECT OF COACHING PROGRAM WITH BODY MOVEMENT TRAINING ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING FOR ELDERLY STROKE PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 113 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 ราย ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ และโรคประจำตัวของผู้ป่วย กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ร่วมกับการใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกาย เครื่องมือทั้ง 3 ชุด ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....การพยาบาลผู้สูงอายุ... ลายมือชื่อนิสิต.....  
ปีการศึกษา...2551..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 4977843836: MAJOR GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORDS: COACHING / BODY MOVEMENT TRAINING / ACTIVITIES OF DAILY LIVING / ELDERLY STROKE PATIENTS

NOPPARAT RUJIRARUNGRUENG: THE EFFECT OF COACHING PROGRAM WITH BODY MOVEMENT TRAINING ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING FOR ELDERLY STROKE PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 113 pp.

The quasi-experimental research aimed to examine the effect of coaching program with body movement training on activities of daily living for elderly stroke patients. The samples were 40 elderly stroke patients admitted to the medical department, Hatyai Hospital. The two groups, 20 persons for experiment group and 20 persons for control group were matched pair with sex and underlining disease. The experimental group received coaching program with body movement training, while the control group received a routine nursing care. The instruments were 1) the experimental instrument, a coaching program with body movement training base on Orem's supportive-educative nursing system (2001) and Girvin's coaching concept (1999), 2) the instruments for collecting data consisted of the Functional Ability Scale and demographic data questionnaire and 3) the controlled-experimental instrument, a body movement assessment. The instruments were validated by a panel of 5 experts. The reliability of Functional Ability Scale was tested and the Chronbach's alpha coefficient was .96. Data were analyzed using descriptive statistic and the hypotheses were tested using the t-test.

Results were as follows:

1. Elderly stroke patients who received coaching program with body movement training had significantly increased in activities of daily living at level of .05
2. Elderly stroke patients who received coaching program with body movement training had significantly increased in activities of daily living than those in the control group at the level of .05

Field of Study:....Gerontological Nursing.... Student's Signature:.....

Academic Year:....2008..... Advisor's Signature:.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขจุดบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่และความเมตตาตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่ากรุณาให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรม หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้เข้าร่วมและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่เป็นแรงผลักดัน คอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านเสมอมาจนกระทั่งสำเร็จการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ ตลอดจนเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือ ให้ความหวังใจ และเป็นกำลังใจตลอดมา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่ บิดา มารดา คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.3 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย.....	6
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	7
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 โรคหลอดเลือดสมอง.....	9
2.2 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	14
2.3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	22
2.3.1 ความหมายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	22
2.3.2 การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	23
2.3.3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	25
2.3.4 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	29
2.4 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	30
2.5 แนวคิดการดูแลเอง.....	34
2.6 แนวคิดการสอนแนะ.....	38

	หน้า
2.7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
2.8 โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย.....	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
3.4 การดำเนินการทดลอง.....	59
3.5 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	60
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	62
4.2 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับ การฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย.....	64
4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลัง การทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึก การเคลื่อนไหวของร่างกาย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	65
4.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด สมอง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการ ฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย.....	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	68
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	72
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	72
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	76
รายการอ้างอิง.....	78



	หน้า
ภาคผนวก.....	89
ภาคผนวก ก ราชนามทรงคุณวุฒิ.....	90
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการ เก็บข้อมูลวิจัย.....	92
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสิทธิ์พิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง.....	96
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	100
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	111
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	113

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ระดับความรู้สีก้าว กำลังของกล้ามเนื้อ.....	62
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสอนและ ร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย.....	64
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลัง การทดลองของกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ ได้รับโปรแกรมการสอนและร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดย ใช้ Dependent t-test.....	65
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด สมองก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสอนและร่วมกับการฝึกการ เคลื่อนไหวของร่างกาย โดยใช้สถิติ Independent t-test.....	66
ตารางที่ 5 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสอนและ ร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย.....	111

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	50
ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	59

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดของโรคทางระบบประสาทที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2549 มีผู้สูงอายุเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองอัตราตาย 110.9 ต่อประชากร 100,000 คน จัดเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ (สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ, 2550) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Statistics, 2007) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 5.2 ล้านคนในปี ค.ศ. 2000 เป็น 5.4 ล้านคนในปี ค.ศ. 2005 สำหรับประเทศไทยพบว่า อัตราความชุกของโรคนี้พบในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย ร้อยละ 1.12 (สถิติสาธารณสุข, 2548) จากการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ (2540) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุเฉลี่ย 64.9 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ เข็มจิต โสภณสุขสถิต (2544) สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ (2545) และจรรยา ทับทิมประดิษฐ์ (2547) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุมากกว่า 61 ปีขึ้นไปร้อยละ 60, 65 และ 73.2 ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 700 เตียง พบว่าสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม ระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2550 มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 866 คน เป็น 886 และ 1,021 คน ตามลำดับ (ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลขนาดใหญ่, 2550)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโอกาสรอดชีวิต ผ่านพ้นระยะวิกฤตจะยังคงความพิการหลงเหลืออยู่ (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) ได้แก่ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวและการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ มีปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหวและการกลืนอาหาร สูญเสียประสาทสัมผัส มีความผิดปกติเกี่ยวกับการสื่อสาร มีความบกพร่องด้านความคิดและความจำ มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น รวมทั้งมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่าย (Hock, 1999; National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2005) จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการเคลื่อนไหว โดยมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองร้อยละ 80 (จอม สุวรรณโณ, 2546) และจากการศึกษาของ จินตนา สมนึก (2540) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันในกิจกรรมการขึ้นลงบันไดร้อยละ 80 การอาบน้ำร้อยละ 76 การใช้สุขาร้อยละ 74 สอดคล้องกับ จินนระรัตน์ ศรีภักทธิญาญ (2540) พบว่ามีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 100 การที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันได้ทำให้เป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัว (Ragsdale, Yarbrough & Lasher, 1993 อ้างถึงใน เจียมจิต โสภณสุขสถิต, 2544) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับบ้าน พบว่าไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 35 (อารมณ บุญเกิด, 2540) ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 65 และร้อยละ 15 ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ โดยพบว่าภายหลังเกิดโรค ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 68.2 (เจียมจิต โสภณสุขสถิต, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา (2548) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 92 และจากการศึกษาของ Chemrinski, Robinson & Kosier (2001) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย นอกจากนี้พบว่า การช่วยฟื้นฟูสภาพให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Chemrinski, Robinson & Kosier, 2001)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตในแต่ละวัน ซึ่ง ซวลี แยมวงษ์ (2538) ได้กำหนดกิจกรรมไว้ 9 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล 2) การอาบน้ำเช็ดตัว 3) การเคลื่อนย้าย 4) การเดิน 5) การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า 6) การรับประทานอาหาร 7) การใช้สุขาหรือกระโถน 8) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ สามารถประเมินโดยใช้แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ปรับปรุงโดย ซวลี แยมวงษ์ (2538) เมื่อนำคะแนนทั้ง 9 กิจกรรมมารวมกันจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 0-36 คะแนน สามารถแบ่งระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-8 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง จนถึง 36 คะแนน หมายถึงสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง จากการศึกษาของ ประจวบ มงคลศิริ (2543) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความสามารถในการเดิน และการเคลื่อนย้ายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศักดิ์ บวร (2541) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องการความช่วยเหลือในด้านการเดิน ร้อยละ 16

จากผลกระทบดังที่เกิเกิดขึ้น พบว่าหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ เพิ่มระดับความสามารถเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคมของบุคคลนั้นเอื้ออำนวย จะทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างปลอดภัยและยืนยาว ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547) ซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วยการให้ความรู้ การออกกำลังกาย การฝึกการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2539; บรรณทวารณ หิริญเคราะห์, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Holmvist et al., (1998 อ้างถึงใน นิภาภัทรภัทรพงษ์บัณฑิต, 2548) เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 35 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น กิจกรรมที่จัดให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย เคลื่อนไหวข้อและการออกกำลังกายเนื้อ นอกจากนี้ Steinberg (1986) ได้ทำการศึกษาใน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 78 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ แต่งตัวและสามารถลุกจากเตียง ช่วยเหลือตนเองในการขับถ่ายได้ Hirschberg, Lewis & Vaughan (1979 อ้างถึงใน สมล เกษรวินชัชฌา, 2534) กล่าวว่า ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพ และสามารถดูแลตนเองได้ใช้เวลา 4 สัปดาห์ นอกจากนี้ภายหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพควรมีการติดตามหลังการจำหน่ายภายในเวลา 1 เดือน (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) และจากการการศึกษาของ Wade, Wood & Langton-Hewer (1985) พบว่า ในช่วงเวลา 1 เดือนหลังการเจ็บป่วย ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 80 จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะลดลง หากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้มีความกระตือรือร้นที่จะพึ่งตนเองให้มากที่สุด (อารมณ บุญเกิด, 2540; สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ (2545) เนื่องจากความรู้สึกลึกซึ้งค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสามารถในการดูแลตนเอง (วิลโล สียา, 2541) โดยเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ให้ยอมรับข้อจำกัดของตนเองอันมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (นันทนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2549)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายส่งผลให้การทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกายเป็นไปในทางเสื่อม ทำให้บุคคลมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีศักยภาพในการดูแลตนเองลดลง (โสรญา สุตสาระ, 2547) สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ซึ่งกล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความเสื่อมเกิดขึ้น ย่อมทำให้มีข้อจำกัดทางด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้ ดังนั้นหากผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาหรือคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองแล้ว ก็จะทำให้มีการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ และมีประสิทธิภาพ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีระบบการพยาบาลมาช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 1) การชี้แนะ 2) การสนับสนุน 3) การสอน และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม (Orem, 2001) ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลควรให้การสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง (Bakas et al., 2002) ทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ (สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (Adam et al., 2003) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองตามขอบเขตความสามารถของตนเองได้อย่างถูกต้อง

นอกจากการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในการส่งเสริมการดูแลตนเอง สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแล้ว การสอนแนะ (coaching) ยังเป็นกลวิธีหรือกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีขั้นตอน (Girvin, 1999; Grealish, 2000) เป็นรูปแบบการสอนที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและให้ความไว้วางใจต่อพยาบาลจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ฝึกสอน ให้การสนับสนุน การชี้แนะ ช่วยเหลือ ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536; Clarke & Spross, 1996; Girvin, 1999; Grealish, 2000) อีกทั้งเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาส่งเสริมและปรับปรุงความสามารถในการปฏิบัติให้สูงขึ้นตามศักยภาพที่มีอยู่

ดังนั้น หากผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นตามขอบเขตความสามารถของตน จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบว่ามีการศึกษาโดยใช้รูปแบบนี้ในการศึกษาเพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ร่วมกับการใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแล

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย
2. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นกิจกรรมที่จำเป็นในการดูแลขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวัน เป็นกิจกรรมที่ต้องสามารถทำด้วยตนเองในแต่ละวัน แต่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะยังคงความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เกิด

ความพร้อมในการดูแลตนเอง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีระบบการพยาบาล ตามแนวคิดของ Orem (2001) มาช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 1) การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำ 2) การสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามที่จะดูแลตนเอง และป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว 3) การสอน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้และทักษะบางประการ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายและปรับพฤติกรรม ให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ร่วมกับการใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ซึ่งเป็นกลวิธีในการสอนที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาส่งเสริม และปรับปรุงความสามารถในการปฏิบัติให้สูงขึ้นตามศักยภาพที่มีอยู่ ซึ่งกระบวนการสอนแนะประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย เป็นการประเมินปัญหาและรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้สอนแนะมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มั่นใจในตัวผู้สอนแนะ 2) การวางแผนการปฏิบัติ ที่ผู้ป่วยและผู้สอนแนะร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามความรู้พื้นฐานหรือประสบการณ์ของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 3) การลงมือปฏิบัติกิจกรรม เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ โดยระหว่างที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ผู้สอนแนะมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวก และลบ 4) การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ป่วยประเมินผลด้วยตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากการปฏิบัติ หรือปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ของผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนในการเรียนรู้ต่อไป

ดังนั้นโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายในการศึกษานี้จึงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Girvin (1999) คือ

1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย รับฟังปัญหาด้วยความเห็นใจ และกระตุ้นหรือรื้อฟื้นที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล (Jefferson & Greist, 2000) ความไว้วางใจที่เกิดขึ้นจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร และการเรียนรู้ของผู้ป่วย

2) การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม เป็นการร่วมกันวางแผนในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การสอนเป็นวิธีการช่วยเหลือที่



พยายามช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้และทักษะบางประการ มีความสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพด้วยการออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวร่างกาย เคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ จากการศึกษาของ Duncan et al. (1998 อ้างถึงในบรรณวารณหิรัญเคราะห์, 2549) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับความรู้และการฝึกการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีอาการดีขึ้น และสามารถเคลื่อนไหวได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้และการฝึกการเคลื่อนไหว โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ต้องอาศัยความพร้อมและความสนใจที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วย นอกจากนี้จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้มีการพูดคุย ซักถาม และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สนทนาอย่างเป็นกันเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ที่เชื่อว่าการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้น และให้ความร่วมมือในการเลือกตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

3) การลงมือปฏิบัติกิจกรรม เป็นการฝึกทักษะให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีการให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะและสนับสนุน ซึ่งเป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ตามแนวคิดของ Orem (2001) รวมทั้งทบทวนเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย เปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ

4) การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม เป็นระยะสิ้นสุดของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา และร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการฝึกปฏิบัติ เพื่อนำไปวางแผน ปรับปรุงหรือพัฒนากิจกรรมให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากแนวเหตุผลที่ผ่านมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

#### สมมติฐานการวิจัย

1) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลหาดใหญ่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย หมายถึง กิจกรรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายที่จัดให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สร้างขึ้นตามแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ร่วมกับการใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหาและความพร้อมในการดูแลตนเอง

2. การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนเพื่อให้เกิดการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยมีการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับ โรคอาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบที่เกิดขึ้น ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมการดูแลตนเองว่าก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตน

3. การลงมือปฏิบัติกิจกรรม ฝึกทักษะ โดยให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะและให้คำแนะนำ ทบทวนเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย เปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับการใช้สื่อการสอน

4. ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปวางแผน ปรับปรุงหรือพัฒนากิจกรรมให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** หมายถึง การทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตในแต่ละวัน ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล 2) การอาบน้ำเช็ดตัว 3) การเคลื่อนย้าย 4) การเดิน 5) การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า 6) การรับประทานอาหาร 7) การใช้ส้วมหรือกระโถน 8) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ โดยประเมินจากแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ปรับปรุงโดย ชวตี เข้มวงษ์ (2538) มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-36 คะแนน สามารถแบ่งระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-8 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง จนถึง 36 คะแนน หมายถึงสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

**ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีระดับความรู้สีกตัว มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน อ่อนแรงแขน ขาข้างใดข้างหนึ่ง ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจหรือสายให้อาหาร มีการรับรู้และสื่อความหมายได้ดี เข้าใจตรงกันด้วยภาษาไทย กรณีพูดไม่ได้ พูดไม่ชัด อาจใช้วิธีการสื่อสารอื่นทดแทน เช่น การเขียน การอ่าน การใช้รูปหรือสัญลักษณ์แทนคำพูด และยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้เป็นประจำของหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษาและฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติตัวในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามความสามารถที่มีอยู่อย่างจำกัดของแต่ละบุคคล
2. สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
  - 3.1 ความหมายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
  - 3.2 การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
  - 3.3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.4 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
4. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
5. แนวคิดการดูแลตนเอง
6. แนวคิดการสอนแนะ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย

#### 1. โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยที่สุด อันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Kernich, 2001) ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย มีอาการและอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พงวรินทร์, 2544) มักจะทำให้แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงหรือใช้การไม่ได้ หน้าชาหรือความรู้สึบบางอย่างเสียไป เช่น การทรงตัว กลืนหรือพูดลำบาก หรือประสิทธิภาพในการเห็นภาพเสียไป (นิพนธ์ พงวรินทร์, 2544; สุรเกียรติ อาษานุภาพ, 2546)

## 1.1 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ตามลักษณะการเกิดโรคและตามลักษณะทางคลินิก (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2535; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; วรพรรณ เสนาณรงค์, 2548) คือ

1.1.1 โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดหรือจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (ischemic stroke) พบได้ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Hickey & Hock, 2003) มี 2 ชนิด คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดตีบตัน (cerebral thrombosis) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (cerebral embolism) อาจเกิดจากการตีบตันที่หลอดเลือดสมองเองหรือจากการมีลิ่มเลือดหลุดจากที่อื่น เช่น จากหัวใจและจากหลอดเลือดที่บริเวณคอมาอุดตันหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดได้ทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ รวมถึงหลอดเลือดฝอย ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ สมองบางส่วนขาดเลือด เกิดเนื้อสมองตาย

1.1.2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดแตก (Hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Hickey & Hock, 2003) เกิดจากการแตกของหลอดเลือดสมองทำให้มีเลือดออกมาคั่งและทำลายเนื้อสมองในบริเวณนั้น นอกจากนี้อาจกดเบียดสมองส่วนที่อยู่ใกล้เคียงทำให้สมองส่วนนั้นทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ

## 1.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง มักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในการเกิดหลอดเลือดแข็งตัวจากไขมันเกาะภายในหลอดเลือด (atherosclerosis) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ มีดังนี้ (ภูวนารถ ลิ้มประเสริฐ, 2544; จาริก ชานีรัตน์, 2545; กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547)

1.2.1 อายุและเพศ มีการศึกษาพบว่าอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่สุดในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอายุที่มากกว่า 65 ปี ขึ้นไป อุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 ต่ออายุ 1 ปีที่เพิ่มขึ้น และพบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตันมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 30

1.2.2 ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งชนิดตีบตัน และหลอดเลือดสมองแตก (Smith, 2000) ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติถึง 6 เท่า (Denis & Warlow, 1987 อ้างถึงใน นิมินวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2549) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมองเกิดผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็ง (Broderick et al., 1999 อ้างถึงใน นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548)

1.2.3 โรคหัวใจ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคหัวใจที่มีภาวะ Atrial fibrillation มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า แต่หากเกิดร่วมกับโรคหัวใจรูห์มาติก (rheumatic heart disease) มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

มากกว่าคนปกติถึง 17 เท่า โดยพบว่า ร้อยละ 45 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจที่มีภาวะ Atrial fibrillation จากการที่หัวใจห้องบนซ้ายขยายทำให้มีการคั่งของเลือดและเกิดการรวมตัวของเม็ดเลือดและเกร็ดเลือด เกิดเป็นลิ่มเลือดไหลไปอุดตันหลอดเลือดสมอง (จารึก ธานีรัตน์, 2545)

1.2.4 โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) ทั้งนี้โรคเบาหวานยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากการตีบตัน (cerebral thrombosis) เนื่องจากโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็ง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.2.5 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งเป็นสาเหตุโดยตรง เนื่องจากนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ จากบุหรี่เป็นอันตรายต่อระบบไหลเวียนของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เพิ่มความหนืดของเลือด มีการเพิ่มโปรตีน เพิ่มการจับของเกร็ดเลือด (นิจศรี ชาญณรงค์, 2543) โดยเฉพาะผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ที่เคยสูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า (ภูวนารถ ลิมประเสริฐ, 2544; จารึก ธานีรัตน์, 2545)

### 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ โดยเฉพาะเมื่อหลอดเลือดสมองตีบ หรือถูกอุดตันด้วย Thrombus หรือ Embolism ตลอดจนหลอดเลือดสมองแตกจะมีกลุ่มอาการเฉพาะเกิดขึ้นในความเป็นจริง สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ (อารมณ บัญเกิด, 2540; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544)

1.3.1 อาการเตือน ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่หลอดเลือดใหญ่ ๆ ตีบ อาการที่พบ ได้แก่ ตา มัวหรือมองไม่เห็นทันที โดยเฉพาะที่เป็นข้างเดียว พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ สับสน วิงเวียน ปวดศีรษะ แขนขาชา หรือเป็นอัมพาตชั่วคราว ซึ่งเป็นอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงต่อไป

1.3.2 อาการแสดงทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก หมดสติ คอแข็ง ความดันโลหิตสูง อาจมีไข้ มีความผิดปกติหัวใจ สับสน ความจำเสื่อม พฤติกรรม และอารมณ์เปลี่ยนแปลง เป็นต้น สำหรับอาการและอาการแสดง เฉพาะของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดตีบ อุดตัน และแตกนั้น มีลักษณะแตกต่างกันบ้าง จากหลอดเลือดสมองอุดตัน กรณีหลอดเลือดสมองอุดตันจาก Thrombosis มักเกิดขณะนอนหลับ หรือพัก อาการจะค่อยเป็นค่อยไป หรือค่อย ๆ เลวลง จนถึงระดับสูงสุดภายใน 72 ชั่วโมง ในผู้ป่วยหลายราย จะมีอาการดีขึ้นภายใน 12-24 สัปดาห์ แต่ในบางรายดีขึ้นช้า และใช้เวลานานหลายปี กรณีหลอดเลือดสมองอุดตันจาก Embolism มักเกิดขณะมีกิจกรรม หรือ ขณะตื่นเช่นเดียวกับหลอดเลือดสมองแตก อาการที่

เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่มีอาการเตือนนำมาก่อนอาการที่เกิดขึ้นจนถึงสูงสุดภายในเวลาไม่กี่วินาที หรือเป็นนาที ผู้ป่วยจะมีระดับการรู้สติดี อาจมีอาการปวดศีรษะ และชักได้แต่ไม่บ่อยนัก อาการและอาการแสดงอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับ หลอดเลือดที่ถูกอุดตัน

1.3.3 อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทที่พบขึ้นอยู่กับการ 42 ตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพอาการและอาการแสดงที่พบมีดังนี้

1) Carotid TIA มีอาการแสดง คือ แขน ขา และหน้าอ่อนแรง หรือชาตรงข้ามกับรอยโรค มีความผิดปกติของการพูด การใช้ภาษา หรือความเข้าใจภาษา ไม่สนใจรับรู้ หรือละเลยร่างกายด้านตรงข้ามกับรอยโรค ตามอดชั่วครว หรือตามองไม่เห็นครึ่งซีก

2) Vertebrobasilar TIA มีอาการแสดง คือ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน การมองเห็นครึ่งซีก การกลอกตาผิดปกติ ตากระตุก มองเห็นภาพซ้อน เดินเซ พูดลำบาก และอาจมีอาการอ่อนแรงหรือชาของแขนขา โดยอาจเป็นซีกเดียวหรือทั้งสองข้าง นอกจากนี้อาจพบความผิดปกติของก้านสมองและสมองเล็กอื่น ๆ

3) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกซ้าย ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายซีกขวา การพูด และภาษา ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองซีกนี้จะมีอาการอ่อนแรงข้างขวา บางคนพูดไม่ได้ แต่รับฟังรู้เรื่อง ถ้าเป็นมากจะไม่สามารถทั้งรับฟัง และการพูด

4) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกขวา ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายซีกซ้าย การกระพริบตาและตำแหน่ง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองซีกนี้จะมีอาการอ่อนแรงข้างซ้ายบางคนไม่สามารถใส่กระดุมเสื้อได้ หรือใส่เสื้อผ้า ผูกเชือกรองเท้า

5) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองน้อย ซึ่งทำหน้าที่ในการทรงตัว การประสานงานของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่สมองส่วนนี้เสียหายจะมีอาการทรงตัวไม่ได้ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

6) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ก้านสมอง ซึ่งเป็นทางผ่านของเส้นประสาทที่นำคำสั่งจากสมองไปยังร่างกาย นอกจากนั้นยังควบคุมการหายใจ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจผู้ป่วยที่มีโรคตำแหน่งนี้ อาจจะอ่อนแรงแขนขาข้างใดข้างหนึ่งหรืออ่อนแรงแขนขาทั้งสองข้าง สาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วย stroke คือ ก้านสมอง

#### 1.4 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง ที่ทำให้เกิดความบกพร่องของร่างกายแม้ว่าจะรักษาให้อาการของโรคคงที่ได้แต่ก็ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับการรุนแรงของโรค ในรายที่รอดชีวิตและอยู่ในระยะฟื้นฟู ผลกระทบที่เกิดขึ้นแบ่งได้ดังนี้

##### 1.4.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย

1) การควบคุมท่าทางและการเคลื่อนไหว ความผิดปกติที่พบได้บ่อยคือ อัมพาตครึ่งซีก โดยมีอาการชา อ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เป็นอัมพาต ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทรงตัว การประกอบกิจวัตรประจำวันทำได้ลำบาก เนื่องจากไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังมีอาการเกร็ง โดยนิ้วมือจะกำแน่น แขน ขา เขยียดลำบากทำให้การเคลื่อนไหวลำบากมากขึ้น (ประไพ พัวพันธ์, 2530; อรฉัตร โศษยานนท์, 2534; นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2549) อีกทั้งยังพบว่าความผิดปกติของการเคลื่อนไหวอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ เช่น การเคลื่อนไหวของข้อไหล่หรือข้อสะโพก อาการปวดไหล่ การหดสั้นของกล้ามเนื้อ การยึดติดของข้อ การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น (น้อมจิตต์ นวลเนตร์, 2545)

2) การพูดและการสื่อความหมายผิดปกติ โดยพบว่าพูดไม่ชัด (dysarthria) หรือพูดไม่ได้ (aphasia) จนถึงได้ยินเสียงแต่ไม่เข้าใจความหมายของเสียง สื่อภาษาไม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณปาก ลิ้นและเพดาน ทำให้อวัยวะทำงานไม่สัมพันธ์กัน (นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2549)

3) การรับประทานอาหารผิดปกติ ผู้ป่วยจะมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน พบได้ร้อยละ 59 เนื่องจากความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและการกลืนอาหาร นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น สำลัก ปอดอักเสบ ภาวะทุพโภชนาการ และเสียชีวิตได้ (สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 40 จะเกิดการสำลักอาหาร และมีการติดเชื้อที่ปอดร้อยละ 19 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนจะมีภาวะแทรกซ้อนที่ปอดเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544)

4) ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ที่พบบ่อยได้แก่ การสูญเสียความทรงจำ ขาดสมาธิ การตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความสามารถในการคิดคำนวณ ผู้ป่วยอาจมีความสนใจระยะสั้นหรือมีความจำสั้น (NINDS, 2005) ความผิดปกติที่กล่าวมาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ทั้งหมด ขาดต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้และไม่สามารถป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

5) ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ผู้ป่วยไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ บางรายอาจมีปัสสาวะคั่งไม่สามารถถ่ายปัสสาวะออกได้หมด เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณกระเพาะปัสสาวะลดลง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง จากการศึกษาของ Meijer et al. (2003) พบว่าการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่มีผลต่อการเดินและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย นอกจากนี้ในการขับถ่ายอุจจาระ พบว่าผู้ป่วยมักมีอาการท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย เป็นผลมาจากความพิการของร่างกายหรือจากการรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำได้น้อยลงกว่าปกติ (จันทร์เพ็ญ การีเวช, 2537)



6) ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัวในเพศชาย สำหรับเพศหญิงน้ำหล่อลื่นในช่องคลอดลดลง ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในตนเองและซึมเศร้า (น้อมจิตต์ นวลเนตร, 2545)

1.4.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ อีกทั้งการทำงานในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยหมดความสามารถในการสั่งการให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ที่ต้องการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุดร้อยละ 58 (พวงน้อยอรุณ, 2536)

1.4.3 ผลกระทบด้านสังคม พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรม เนื่องจากความเจ็บป่วยและความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับสังคม โอกาสติดต่อกับบุคคลในสังคม การยอมรับจากสังคมลดลง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (พรชัย จุลเมตต์ และ ยุพิน ถนัควณิชย์, 2543) เกิดความรู้สึกว่าเหว่ ขาดที่พึ่ง (สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541) ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดกำลังใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ จากการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

สรุป อาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อสาร ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามขอบเขตความสามารถของตนเอง เป็นการลดภาระของครอบครัวและสังคม และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคและดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข

## 2. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยใช้กระบวนการพยาบาล (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2541; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ดังนี้

1 การตรวจสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยการซักประวัติ การตรวจหาความพิการที่ เหลืออยู่ การประเมินสภาพอารมณ์ต่าง ๆ และยังรวมถึงการประเมินระบบการช่วยเหลือสนับสนุน จากสังคม ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยในการที่จะช่วยเหลือตนเอง

2. การวินิจฉัยการพยาบาล มี 2 ประการหลัก คือ

2.1 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง เนื่องจากความบกพร่องทางระบบการรับรู้สติ และการเคลื่อนไหว

2.2 ภาวลักษณะเปลี่ยนแปลง ปฏิเสธร่างกายส่วนที่เป็นอัมพาต ความนับถือตนเองและ บทบาทเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากสภาพร่างกายเปลี่ยนไป หรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม

3. การวางแผนการพยาบาล ซึ่งเป็นเป้าหมายการพยาบาลที่สำคัญคือ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ และปรับแผนการดำเนินชีวิตตามสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ได้

4. การปฏิบัติการพยาบาล โดยภาพรวมนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาของ ความพิการเหลืออยู่ พยาบาลจะต้องแสดงบทบาทในการสอน เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิด ความรู้ ความเข้าใจแล้วนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

5. การประเมินผล เป็นไปตามเป้าหมายที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น การรับรู้สติต่าง ๆ ดีขึ้น

การพยาบาลที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับมีดังนี้ (สุดธิดา รัตนสมาน, 2542; โสธญา สุคสาระ, 2547).

1. การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถ ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล และ กระตุ้นผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองมากที่สุด พร้อมทั้งให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นใน ตัวเองซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วย ตนเองมากขึ้น ประกอบด้วย

1.1 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาในการกลืนไม่สามารถรับประทานอาหาร ทางปากได้ เนื่องจากมีความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและ การกลืน ผู้ป่วยบางรายอาจมีความอยากอาหารลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อทำงานลดลง และจากการหยิบ จับอาหารที่ไม่สะดวกเหมือนเดิม (Westergren et al, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumlien & Axelsson, 2002) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร เพราะ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบาก และร้อยละ 30 รับประทานอาหารได้น้อยและความอยากอาหาร ลดลง บางรายต้องให้อาหารทางสายยาง ดังนั้นพยาบาลจึงควรจัดเตรียมอาหารและการให้อาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังนี้

1.1.1 กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอาหารได้จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหาร ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ วันละ 4-6 มื้อ หรือประมาณ 2,000-3,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย

1.1.2 กรณีที่ผู้ป่วยสามารถเคี้ยวและกลืนอาหารได้ (เพลินดา ศิริปการ, 2544)

1) ควรเลือกอาหารที่ไม่ต้องเคี้ยวมากและง่ายต่อการกลืน ลักษณะอาหารควรอ่อนนุ่ม ควรใส่อาหารข้างที่ไม่อ่อนแรง เพื่อป้องกันการสำลัก และเป็นการช่วยบริหารกล้ามเนื้อหน้าและกล้ามเนื้อในการเคี้ยว

2) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หรือศีรษะสูง 45 องศา ขณะรับประทานอาหาร และหลังรับประทานอาหาร อย่างน้อย 30-60 นาที

3) จัดวางอาหารตรงหน้าผู้ป่วย และให้อยู่ในลานสายตาของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารด้วยตนเองก่อน แล้วจึงช่วยป้อนอาหารให้แก่ผู้ป่วยจนเพียงพอ

4) จัดหาอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารให้เหมาะกับสภาพผู้ป่วย เช่น แก้วน้ำที่ไม่แตกง่าย ทำหลุมวางภาชนะบนโต๊ะหรือถาดที่มีขอบ

5) ทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วยทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร เพื่อกระตุ้นความรู้สึกและกระตุ้นน้ำลายที่ช่วยในการกลืน และทำความสะอาดช่องปากหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันเศษอาหารตกค้าง

1.2 การจับถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มักมีปัญหาจากการมีปัสสาวะไหลตลอดเวลา ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเรื่องการจับถ่ายปัสสาวะไม่ให้ผิวหนังเปียกชื้น เนื่องจากความชื้นจะทำให้ผิวหนังเกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดแผลหรือมีเชื้อราได้ จึงต้องดูแลคอยเปลี่ยนผ้า และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังจับถ่าย (เดือนน้อย ไบคำ, 2542) ในกรณีที่ผู้ป่วยคาสาขสวนปัสสาวะ ต้องระวังไม่ให้สายพับงอ กระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อให้มีปัสสาวะออก เป็นการชำระล้างเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมไม่ให้ค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ ดูแลสายสวนปัสสาวะที่ต่อลงถุงรองรับปัสสาวะให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา (ประพิศ จันทร์พฤษยา, 2543)

1.3 การจับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะพบอาการท้องผูกได้เสมอ เนื่องจากได้รับอาหารที่มีกากน้อย ได้รับปริมาณน้อย เกิดจากการนอนนาน ๆ และผู้ป่วยไม่คุ้นเคยกับการนอนถ่าย นอกจากนี้พบว่า เกิดจากการควบคุมลำไส้ใหญ่โดยระบบอัตโนมัติทำงานผิดปกติ จึงควรช่วยเหลือโดยให้ผู้ป่วยนั่งกระโถนหรือนั่งเก้าอี้ถ่ายหลังจากรับประทานอาหาร 30-60 นาที จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ การจับถ่ายสะดวกขึ้น (กนกวรรณ พุ่มทองดี, 2544) และเพิ่มอาหารที่มีกากและเส้นใยสูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ และได้รับน้ำอย่างเพียงพอ วันละประมาณ 1,500-2,000 มิลลิลิตร (โอภาส ธรรมวานิช, 2540)

1.4 การดูแลสุขอนามัย แม้ว่าผู้ป่วยจะยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ แต่การสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย พยาบาลสามารถช่วยทำความสะอาดผิวหนังโดยใช้สบู่อ่อน ๆ และน้ำสะอาดหลังจากล้างสบู่ออกหมดแล้วให้แห้งด้วยผ้านุ่ม ๆ สำหรับผู้ป่วยที่สามารถช่วยตัวเองและเช็ดตัวคนเดียวได้ จัดเตรียมอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการล้างหน้า แปรงฟัน สระผมให้พร้อม ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเช็ดตัวเฉพาะส่วนที่ผู้ป่วยเช็ดไม่ถึงเท่านั้น เช่นบริเวณแผ่นหลัง

1.5 การแต่งกาย ควรเลือกใช้เสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดง่าย เสื้อผ้าที่ใส่จะต้องโปร่งไม่ขัดต่อการระบายความร้อนออกจากร่างกาย เนื่องจากเสื้อผ้าที่ขัดต่อการระบายความร้อน เป็นสาเหตุที่ทำให้ผิวหนังอักเสบ ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับการกระตุ้นให้ช่วยตนเองให้มากที่สุดในการเปลี่ยนเสื้อผ้า

1.6 การนอนหลับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป ควรให้ผู้ป่วยเข้านอนเป็นเวลาและได้รับการช่วยเหลือในการจัดสิ่งแวดล้อม ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจรบกวนการนอนหลับ พร้อมทั้งได้รับการจัดท่านอนที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย มีการไหลเวียนของโลหิตได้ดี นอกจากนี้ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมช่วงกลางวัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยตื่นในช่วงกลางวันและสามารถหลับได้นานเวลากลางคืน (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มาก เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบต่าง ๆ และภาวะข้อติดแข็ง (พัชรวิมล กุปต์นริตติชัยกุล, 2543) ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแล ดังนี้

2.1 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายของตนเองได้ ต้องนอนหรือนั่งอยู่กับที่นาน ๆ ทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณใต้ผิวหนังในบริเวณนั้นเกิดการขาดเลือดมาเลี้ยง จึงมีโอกาสเกิดแผลบริเวณที่มีการกดทับนาน ๆ ได้มากขึ้น ซึ่งเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพได้ พยาบาลจึงควรปฏิบัติโดยพลิกตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง จัดท่านอนหรือนั่ง โดยให้หมอนหรือผ้านุ่ม ๆ รองบริเวณที่มีการกดทับ ดูแลที่นอนให้สะอาด เรียบตึง ดูแลผิวหนังของผู้ป่วยให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ และดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าและน้ำอย่างเพียงพอ รวมทั้งสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก (ประไพพรรณ จิรันธร, 2543)

2.2 การป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะแรกและระยะหลัง โดยเฉพาะระยะหลังของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักพบสาเหตุการเสียชีวิตจากการติดเชื้อได้บ่อย การติดเชื้อที่พบบ่อยได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และทางเดินหายใจ ซึ่งการติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ ภาวะปอดอักเสบประมาณร้อยละ 33 (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องนอนนาน ๆ ทำให้การขยายตัวของปอดลดลง (น้อมจิตต์ นवलเนตร์, 2545) ประสิทธิภาพการไหลเวียนเลือดไม่สามารถไหล

เสมหะออกได้ อาจทำให้เสมหะคั่งค้างในคอ ทำให้อุดตันทางเดินหายใจ หรือเกิดการสำลัก น้ำลายเสมหะเข้าในหลอดลม พยาบาลจึงควรดูแลทางเดินหายใจของผู้ป่วยให้โล่งอยู่เสมอ กระตุ้นการไอเพื่อขับเสมหะ ในกรณีที่ผู้ป่วยขับเสมหะเองไม่ได้ควรให้การดูแลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ เช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะอย่างนุ่มนวล

2.3 การป้องกันภาวะข้อติดแข็งและกล้ามเนื้อลีบ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว อาจทำให้เกิดการติดแข็งของข้อต่าง ๆ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะดังกล่าว พยาบาลควรช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ด้วยการให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเอง (Active exercise) หรือบุคคลอื่นช่วยเหลือ (Passive exercise) โดยเริ่มทำครั้งละน้อย ๆ ในระยะเริ่มต้นและค่อย ๆ เพิ่มจำนวนการทำในแต่ละครั้งจนสามารถทำได้ท่าละ 20-30 ครั้ง วันละ 2-3 ครั้ง ในแต่ละท่าควรทำอย่างช้า ๆ และให้สุดองศาของการเคลื่อนไหว (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547)

3. การประคับประคองด้านอารมณ์ ควรมีความเข้าใจในภาวะคับข้องใจที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548) เนื่องจากผู้ป่วยมักขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก ขาดความมั่นใจในตนเอง มีวิธีการเผชิญปัญหาลดลง (Smith et al., 2004) มีอาการซึมเศร้า รู้สึกไร้ค่า มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล (Bakas et al., 2002) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่น มั่นคง และมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ (เนตรนภา คู่พันธ์วี, 2541) มีดังนี้

3.1 ในระหว่างการดูแล ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยระบายปัญหา ความคับข้องใจ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและไม่ถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย

3.2 แสดงออกถึงการยอมรับและเข้าใจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและรู้ว่าพยาบาลมีความจริงใจในการช่วยเหลือ จะมีผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพของร่างกาย

3.3 พยาบาลควรสนใจและให้เวลากับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ นุ่มนวล หลีกเลี่ยงการพูดหรือการกระทำที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกลบหลู่ ศักดิ์ศรี เช่น ดิเดียนด้วยอารมณ์ บังคับให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ เป็นต้น

3.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองให้มากที่สุดเท่าที่ความสามารถของตนเองจะเอื้ออำนวย และจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง กล่าวชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3.5 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจหรือปฏิเสธสิ่งที่เขาจะได้รับด้วยตนเองมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น ให้ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารที่ชอบ หรือตัดสินใจวางสิ่งของเพื่อสะดวกในการหยิบใช้ เป็นต้น

4. การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังภายใน ส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตเข้าสู่ระยะฟื้นตัว ผู้ป่วยยังคงมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้มีการเคลื่อนไหวของแขน ขาดิซัด เกิดภาวะไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ทำให้เกิดการยึดติด ผิดรูปของข้อ ซึ่งหากเกิดขึ้นจะทำให้เป็นปัญหาสำคัญ ยกแก่การแก้ไข (บรรณทวารณ หิริญเคราะห์, 2549) ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญของการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายในท่าที่ถูกต้อง เสริมสร้างทักษะของด้านที่เสียไปตามกำลังความสามารถ เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อ ป้องกันการหดตัวของกล้ามเนื้อ และช่วยให้การไหลเวียนเลือดสะดวกขึ้น (Carpenito, 1995) สามารถแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ (น้อมจิตต์ นวลเนตร, 2545; อรนัทร โศษยานนท์, 2539)

4.1 การฝึกการเคลื่อนไหวโดยผู้ดูแลเป็นผู้ทำให้ผู้ป่วย (Passive rang of motion) ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถออกกำลังกายได้ด้วยตนเอง เนื่องจากยังมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ อยู่มาก หรือการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อยังไม่เพียงพอที่จะเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ได้เต็มที่ ดังนั้นจึงต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลหรือผู้ดูแลต้องช่วยออกกำลังกายให้กับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพที่ดีให้กับผู้ป่วย และป้องกันไม่ให้อาการเคลื่อนไหวสามารถปฏิบัติได้ดังนี้

4.1.1 การเคลื่อนไหวข้อไหล่ โดยใช้มือขวาจับบริเวณข้อศอกของผู้ป่วย มือซ้ายจับบริเวณข้อศอกของผู้ป่วย ค่อย ๆ ยกแขนขึ้นช้า ๆ จนถึงศีรษะ และค่อย ๆ ยกแขนของผู้ป่วยลงข้างลำตัว ทำซ้ำทำเดิม

4.1.2 การกางแขนและหุบแขน โดยใช้มือขวาจับบริเวณข้อศอก และมือซ้ายจับบริเวณข้อศอกของผู้ป่วย ค่อย ๆ กางแขนออกห่างจากลำตัว โดยการสลับเปลี่ยนเลื่อนมือโดยมือขวาจับบริเวณข้อศอกมือซ้ายจับบริเวณข้อศอกของผู้ป่วย กางแขนจนถึงศีรษะ ระวังอย่าให้ผู้ผู้ป่วยเจ็บ แขน และค่อย ๆ จับแขนผู้ป่วยหุบลงเข้าหาตัว ทำซ้ำทำเดิม

4.1.3 การหมุนข้อไหล่ผู้ป่วยขึ้น และลง โดยใช้มือขวาจับบริเวณข้อศอก และมือซ้ายจับบริเวณข้อศอกของผู้ป่วย โดยให้แขนกางตั้งฉากกับลำตัวค่อย ๆ ยกแขนผู้ป่วยขึ้นข้างบน โดยให้แขนและข้อศอกยังคงตั้งฉาก ยกขึ้นจนต้นแขนแนบกับที่นอน และแขนส่วนปลายหงายขนานกับศีรษะ ยกแขนกลับมาอยู่ในท่าเริ่มต้น และคว่ำปลายแขนลงให้ขนานกับลำตัว ยกขึ้นกลับสู่ท่าเริ่มต้นทำซ้ำทำเดิม

4.1.4 การงอและเหยียดข้อศอก โดยใช้มือซ้ายจับบริเวณข้อศอกขวาและมือขวาพยุงบริเวณด้านหลังข้อศอกของผู้ป่วย งอข้อศอกเข้า (พับแขนเข้า) สลับกับเหยียดออก ทำซ้ำทำเดิม

4.1.5 การกระดกข้อมือขึ้น ลง โดยจับแขนผู้ป่วยยกแขนให้ตั้งฉากกับลำตัว ในท่าข้อศอกตั้งฉาก 90 องศา มือซ้ายจับบริเวณข้อศอก มือขวาพยุงบริเวณอุ้งมือของผู้ป่วย ค่อย ๆ กระดกข้อมือผู้ป่วยขึ้นจนเริ่มรู้สึกตึง ทำซ้ำทำเดิม

4.1.6 การงอขาเข้าและเหยียดขาออก โดยใช้มือขวาจับบริเวณส้นเท้าผู้ป่วยให้ กระชับ มือซ้ายประคองบริเวณใต้เข่า เคลื่อนไหวทิศทางงอเข้า งอสะโพก และเหยียดขาผู้ป่วยออก กลับสู่ท่าตั้งต้น ทำซ้ำท่าเดิม

4.1.7 กางขาและหุบข้อสะโพก ผู้ดูแลใช้มือซ้ายรองบริเวณใต้เข่า มือขวาจับ บริเวณใต้ข้อเท้าของผู้ป่วย การเคลื่อนไหวทิศทาง ค่อย ๆ กางขาข้างขวาของผู้ป่วยออกจนผู้ป่วย รู้สึกตึงและหุบเข้าในจังหวะอีกข้างหนึ่ง ทำซ้ำท่าเดิม

4.1.8 การกระดกข้อเท้าขึ้น ลง ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณส้นเท้าให้กระชับ ใช้ หน้าแขนแนบไปตามฝ่าเท้าของผู้ป่วย มือซ้ายจับเหนือข้อเท้า ทิศทางการเคลื่อนไหว ยืดเอ็นร้อย หวายของผู้ป่วยในลักษณะกระดกข้อเท้าขึ้น ผู้ดูแลโน้มตัวมาทางศีรษะของผู้ป่วยจนรู้สึกตึงค้างไว้ ลึกครู่แล้วผ่อน กระดกข้อเท้าลงโดยมือซ้ายของผู้ดูแลเลื่อนมาจับบริเวณปลายเท้าของผู้ป่วย กระดก ข้อเท้าลง ทำซ้ำท่าเดิม

4.2 การฝึกการเคลื่อนไหวโดยผู้ป่วยทำเอง (Active exercise) ผู้ป่วยแต่ละรายจะฝึก ทำได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความสามารถและกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยได้ฝึก ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และมีการเคลื่อนไหวต่าง ๆ ได้ดีขึ้น การฝึกการเคลื่อนไหว ด้วยตนเองที่บ้านของผู้ป่วย ผู้ดูแลควรให้ความช่วยเหลือบ้างในบางท่าที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้อย่าง สมบูรณ์ หลักในการออกกำลังกายด้วยตนเองมีดังนี้คือ ผู้ป่วยต้องฝึกการเคลื่อนไหวท่าเดิมซ้ำ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ทำการเคลื่อนไหวในจังหวะที่สม่ำเสมอ และพยายามให้ผู้ป่วย ใช้แขนและขา ข้างที่อ่อนแรงแรงร่วมด้วยเสมอ ในระยะแรกควรเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ ค่อย ๆ ทำทีละ น้อย เพื่อไม่ให้เหนื่อยจนเกินไป หลังจากนั้นควรฝึกทำอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง (น้อมจิตต์ นวลเนตร์, 2545; อรรถิธร โทษยานนท์, 2539; บรรณชาวรรณ หิรัญเคราะห์, 2549) ครั้ง สามารถทำได้ดังนี้

#### 4.2.1 การเคลื่อนไหวแขนและขา

1) การเคลื่อนไหวแขน โดยการยกแขนขึ้นและลง เริ่มต้นคือให้ผู้ป่วย นอนหงายเคลื่อนไหวแขน โดยให้ผู้ป่วยยกแขนขึ้นด้านบน ใช้มือข้างที่ปกติจับมือข้างที่อ่อนแรงแรง สามารถจับได้ 2 แบบ คือ การประสานมือและการจับที่ข้อมือ การเคลื่อนไหว โดยการเหยียดข้อศอก แล้วยกแขนทั้งสองข้างขึ้นไปเหนือศีรษะอย่างช้า ๆ ให้ข้อศอกเหยียดตลอดเวลา พยายามยกแขนให้ สุดช่วงการเคลื่อนไหวแล้วจึงค่อยเอาลงอย่างช้า ๆ ทำท่าเดิมซ้ำ ๆ 5 ครั้ง

2) การเคลื่อนไหวขา ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามทำด้วยตนเองให้มากที่สุด อาจให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถทำด้วยตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมี การออกกำลังขาทั้งสองข้าง ดังนี้

2.1 ให้ผู้ป่วยนอนราบขาเหยียดตรง จากนั้นลากขาข้างที่ปกติขึ้นก่อน โดยให้ส้นเท้าติดพื้น (ชันเข่า งอสะโพกจนสุด) เหยียดคืนในท่าเดิม ทำซ้ำ 5 ครั้ง จากนั้นจึงสลับทำ อีกข้างหนึ่ง

2.2 ให้ผู้ป่วยนอนราบชันเข่าทั้ง 2 ข้าง เขยียดขาข้างที่ปกติให้มากที่สุดและเข่าตรง แล้วจึงงอเข่ากลับมาตั้งไว้ที่เดิม ทำซ้ำ 5 ครั้ง แล้วทำสลับกับขาข้างที่อ่อนแรง หากขาข้างอ่อนแรงไม่สามารถชันเข่าได้ ให้นำหมอนมารองบริเวณใต้เข่าให้สูง และพยายามเขยียดชันให้มากที่สุด วางลงและทำซ้ำทำเดิม 5 ครั้ง

2.3 การเคลื่อนไหวขาและลำตัวโดยการยกสะโพก ให้ผู้ป่วยนอนหงายชันเข่าทั้งสองข้างขึ้นให้เข้าแนบชิดกัน โดยวางเท้าทั้งสองราบสนิทกับที่นอนและห่างกันเล็กน้อย มือคว่ำราบกับพื้นข้างลำตัว จากนั้นให้ผู้ป่วยยกสะโพกให้ลอยขึ้นจากเตียง สูงพอประมาณ แล้วจึงค่อย ๆ ลดสะโพกลงช้า ๆ ทำซ้ำทำเดิม 5 ครั้ง

4.2.2 การฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียง เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการเปลี่ยนท่านอน ซึ่งมีความจำเป็นเพราะนอกจากจะเป็นการเปลี่ยนอิริยาบถและป้องกันการเกิดแผลกดทับแล้ว ยังเป็นการออกกำลังกายโดยใช้การเคลื่อนไหวของแขน ขาและลำตัว และเป็นการเตรียมผู้ป่วยในการลุกนั่ง ฝึกการทรงตัวขณะนั่ง ฝึกการเคลื่อนย้าย เคลื่อนไหวบนเตียงสามารถทำได้ดังนี้

1) การเคลื่อนตัวในท่านอนหงาย โดยให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่ปกติจับแขนด้านที่อ่อนแรงวางบนหน้าอก หรือประสานมือแล้วเขยียดแขนยกขึ้น เลื่อนสะโพกไปทางที่ต้องการ ใช้ขาข้างที่ปกติชันเข่าข้างที่อ่อนแรงยกเคลื่อนไป ตั้งขาข้างที่ปกติขึ้นพร้อมกับใช้ข้อศอกข้างที่ปกติออกแรงกดกับที่นอนยกสะโพกเคลื่อนไปแล้วจึงเลื่อนศีรษะและไหล่ตามไป

2) การพลิกตะแคงตัว การพลิกตะแคงตัวสามารถทำได้ 2 แบบ คือ

2.1) การพลิกตะแคงไปด้านที่อ่อนแรง โดยให้ผู้ป่วยชันเข่าข้างที่ปกติขึ้น ใช้มือข้างที่ปกติจับแขนข้างที่อ่อนแรงกางออก เพื่อไม่ให้พลิกตัวไปทับไหล่ แล้วเอี้ยวตัวให้พลิกตะแคงพร้อมกับหันศีรษะตาม จะช่วยให้ผู้ป่วยพลิกตัวได้ง่าย

2.2) การพลิกตะแคงไปด้านที่ปกติ โดยให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่ปกติจับแขนข้างที่อ่อนแรงวางบนหน้าอกหรือประสานมือแล้วเขยียดแขนยกขึ้น ใช้ปลายเท้าของขาข้างที่ปกติชันเข่าข้างที่อ่อนแรงให้ตั้งขึ้น แล้วค่อย ๆ พลิกตะแคงไปด้านที่ปกติ ยกศีรษะ ไหล่ตะแคงตามไปด้านที่ปกติ โดยใช้แขนข้างที่ปกติยันลงบนที่นอน

3) การฝึกการลุกนั่งห้อยขาจากท่านอนตะแคง ทำได้ 2 แบบ คือ

3.1) การลุกนั่งทางด้านปกติ โดยให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่ปกติจับแขนข้างที่อ่อนแรงวางไว้บนหน้าอก ใช้ขาข้างที่ปกติชันเข่าข้างที่อ่อนแรง เลื่อนเท้าข้างที่ปกติลงไปจนถึงข้อเท้า แล้วค่อย ๆ ยกขาข้างที่อ่อนแรงลงให้พ้นจากเตียง แล้วค่อย ๆ ตะแคงไปยกศีรษะและไหล่ขึ้นพร้อมกับดันตัวลุกขึ้นนั่ง พยายามใช้มือข้างที่อ่อนแรงช่วยยันพื้น

3.2) การลุกนั่งทางด้านที่อ่อนแรง โดยให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่ปกติจับแขนข้างที่อ่อนแรงวางไว้บนหน้าอก ใช้ขาข้างที่ปกติชันเข่าข้างที่อ่อนแรง ยกขาทั้งสองข้างให้พื้น



จากเตียงแล้วค่อย ๆ ตะแคงไป ใช้มือข้างที่ปกติยันพื้น ยกศีรษะและไหล่ขึ้นพร้อมกับคันทัวลุกขึ้นนั่ง พยายามใช้มือข้างที่อ่อนแรงช่วยยันพื้น

การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองของผู้ป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Hayes & Carroll (1986 อ้างถึงใน สุมล เกษร วนิชวัฒนา, 2534) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขความพิการด้วยการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Reding & McDowell (1987) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวตั้งแต่ในระยะแรกอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถให้การดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างสมบูรณ์ และเห็นว่าถ้าส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวบกพร่องได้ (สุมล เกษร วนิชวัฒนา, 2534) ผู้ป่วยแต่ละรายจะฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายได้มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระดับความสามารถและกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยมีการฝึกที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และมีการเคลื่อนไหวต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ซึ่ง Hirschberg Lewis & Vaughan (1979 อ้างถึงใน สุมล เกษร วนิชวัฒนา, 2534) กล่าวว่า ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพ และสามารถดูแลตนเองได้ใช้เวลา 4 สัปดาห์ นอกจากนี้ภายหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพควรมีการติดตามหลังการจำหน่ายภายในเวลา 1 เดือน (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) และจากการการศึกษาของ Wade, Wood & Langton-Hewer (1985) พบว่า ในช่วงเวลา 1 เดือนหลังการเจ็บป่วย ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 80 การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายจึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตัวเอง เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย เป็นการลดภาระของครอบครัวและสังคม และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคและดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข

จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

### 3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 3.1 ความหมายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living: ADL) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ซึ่งส่วนใหญ่มีความหมายคล้ายคลึงกัน มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยอยู่ในขอบเขตของการประกอบกิจกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองขึ้น

พื้นฐานในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยอิสระ การให้ความหมายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีดังนี้

Barthel & Mahoney (1965) กล่าวว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหิวผม การเคลื่อนที่ภายในบ้านและการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น

Craren & Hirmler (2000) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การประกอบกิจกรรมที่จำเป็นขั้นพื้นฐานและกระทำอยู่เป็นประจำในแต่ละวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การจัดเตรียมและการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การขับถ่าย เป็นต้น

Hickey (2003) กล่าวว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลมีความต้องการในการประกอบกิจกรรมด้วยตนเองโดยอิสระให้สำเร็จในแต่ละวัน และเป็นกิจกรรมที่มีส่วนร่วมในสังคม ได้แก่ การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การแต่งตัว การหิวผม สุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย ความต้องการความปลอดภัย การติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

ชวลี แยมวงษ์ (2538) ให้ความหมายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การอาบน้ำเช็ดตัว การเคลื่อนย้าย การเดิน การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การใช้สุขาหรือกระโถน การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ให้ความหมายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน แบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ได้แก่ การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร เป็นต้น และอีกระดับเป็นกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ได้แก่ ความสามารถในการประกอบอาหาร การไปจ่ายตลาด การใช้บริการขนส่งสาธารณะ เช่น รถประจำทาง เป็นต้น

จากความหมายที่เสนอข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การประกอบกิจกรรมที่จำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตในแต่ละวัน ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล 2) การอาบน้ำเช็ดตัว 3) การเคลื่อนย้าย 4) การเดิน 5) การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า 6) การรับประทานอาหาร 7) การใช้สุขาหรือกระโถน 8) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

### 3.2 การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการวัดความสามารถทางด้านร่างกาย หรือความสามารถในการทำงานของร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ ในปัจจุบัน

เครื่องมือวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) มีอยู่หลายชนิดสามารถใช้ได้ในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.2.1 The Katz Index of ADL สร้างขึ้นโดย Kate, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe (1963) เป็นแบบประเมินด้วยตนเองหรือใช้เป็นแบบสังเกตในการประกอบกิจกรรม ซึ่งมีกิจกรรมที่วัดในเครื่องมือทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายปัสสาวะ และการรับประทานอาหาร แบบวัดนี้มีการให้คะแนนความสามารถ 2 ลักษณะ คือ ความสามารถในการประกอบกิจกรรมที่ทำได้ด้วยตนเอง และการประกอบกิจกรรมที่ต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

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

3.2.3 The Instrumental Activities of Daily Living Scale พัฒนาขึ้นโดย Lowton & Brody (1969) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง ซึ่งมีกิจกรรมที่วัดทั้งหมด 8 กิจกรรม ได้แก่ ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ การจับจ่ายซื้อของ การเตรียมอาหาร กิจกรรมที่เกี่ยวกับงานบ้าน การซักผ้า การเดินทาง การรับประทานยา และการจัดการด้านการเงิน วัดเป็นคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง แต่มีข้อจำกัด คือ คะแนนที่ให้จัดเป็นคะแนนสำหรับเพศชายและเพศหญิง ซึ่งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเตรียมอาหาร การซักผ้า และกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานบ้าน จะไม่มีคะแนนในเพศชาย

3.2.4 The Barthel ADL Index สร้างขึ้นโดย Mahoney & Barthel (1965) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การอาบน้ำ การเคลื่อนย้ายตัวขึ้นลงจากเตียง การเดิน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการขึ้นลงบันได ซึ่งแบบวัดนี้มีคะแนนความสามารถสูงสุด 100 คะแนน ความสามารถต่ำสุด 0 คะแนน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ชวลี เข้มวงษ์ (2538) เพื่อใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่นิยมนำใช้ในการศึกษาผู้ป่วยโรค

เรื้อรังหรือผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาทิเช่น ชวลี เข้มวงศ์ นำมาใช้ในการศึกษา ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของ Orem ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค มีค่าเท่ากับ .93 ซึ่งได้ตัดกิจกรรมการขึ้นลงบันไดออก เนื่องจาก เป็นการประเมินในโรงพยาบาลไม่มีขึ้นบันได ทำการประเมินผล โดยผู้วิจัยด้วยการสังเกต การสอบถามและให้คะแนนตามระดับความสามารถ

จอม สุวรรณ โณ (2540) ได้นำเครื่องมือของ ชวลี เข้มวงศ์ ไปใช้ในการศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค มีค่าเท่ากับ .94

จรรยา ทับทิมประดิษฐ์ (2547) ได้นำเครื่องมือของ ชวลี เข้มวงศ์ ไปใช้ในการศึกษาผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำปาง ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค มีค่าเท่ากับ .94

### 3.3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถดำรงชีวิตในสังคมต่อไปได้อย่างมีความสุข เนื่องจากภายหลังผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤติแต่ยังคงความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการฝึกฝนการเคลื่อนไหวเพื่อใช้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่มีกำลังปกติ และการใช้เครื่องช่วยเหลือที่จำเป็นทดแทน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองให้มากที่สุดตามขอบเขตความสามารถของตนเอง เป็นการลดภาระของครอบครัวและสังคม และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคและดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข

จากทบทวนวรรณกรรม พบว่ากิจวัตรประจำวันที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

**3.3.1 สุขวิทยาส่วนบุคคล** ความสะอาดของร่างกายเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย (อัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544)

1) ความสะอาดช่องปาก ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลรักษาความสะอาดของช่องปาก อย่างถูกวิธีทุกครั้งหลังรับประทานอาหารและก่อนนอน โดยการทำความสะอาดช่องปากด้วยวิธีการแปรงฟันหรือบ้วนปาก กระตุ้นให้ผู้ป่วยแปรงฟันอย่างถูกวิธี คือ วางแปรงทำมุม 45 องศา

ฟัน ระหว่างรอยต่อของฟันกับเหงือก แล้วปิดลงสำหรับฟันบนและปิดขึ้นสำหรับล่าง สำหรับด้านหน้าของฟันให้วางแปรงบนหน้าตัดของฟันและถูไปมาหลังแปรงฟันให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำล้างปากให้สะอาด พยาบาลหรือผู้ดูแลคอยช่วยเหลือโดยการบีบยาสีฟัน นำแก้วนํ้า ภาชนะรองรับน้ำขณะบ้วนปากมาให้ผู้ป่วย

2) การหวีผม การสระผม ผู้ป่วยควรได้รับการหวีผมอย่างน้อยวันละครั้ง เพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนบริเวณหนังศีรษะ และช่วยให้เส้นผมมีน้ำมันออกมาหล่อเลี้ยงทำให้ผมมีสุขภาพดี นอกจากนี้ยังเป็นการจัดแต่งทรงผมอีกด้วย

**3.3.2 การอาบน้ำ เช็ดตัว** การอาบน้ำเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำประจำวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ในตอนเช้าหรือเย็น ก่อนหรือหลังอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ผู้ป่วยที่เคลื่อนย้ายไปห้องน้ำได้โดยการนั่งรถเข็นหรืออุปกรณ์ช่วยเดิน พยาบาลหรือผู้ดูแลคอยช่วยเหลือตามความเหมาะสม เช่น การเตรียมเก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ ผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้า เป็นต้น อุปกรณ์ที่อาจช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอาบน้ำเองได้ง่ายขึ้น เช่น ฝักบัวที่สามารถใช้มือถือได้ ฟองน้ำถูตัวที่มีด้ามจับยาว ทั้งนี้พื้นห้องน้ำควรมีวัสดุกันลื่น ราวจับที่ผนังของห้องน้ำเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

**3.3.3 การเคลื่อนย้าย** การฝึกการเคลื่อนย้ายต้องเริ่มจากข้างที่ดีเสมอ โดยในระยะแรกจำเป็นต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือของพยาบาลหรือผู้ดูแล จนแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ แบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้ (นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2549)

1) การเคลื่อนย้ายจากเตียงมาเก้าอี้ หรือรถเข็น จักรถเข็นหรือเก้าอี้วางทแยงมุมกับเตียง หันหน้าเข้าชิดทางแขน ขา ข้างที่ดี ล้อรถเข็นก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง ผู้ป่วยโน้มตัวมาข้างหน้า ใช้มือข้างที่ดียันขอบเตียงคั่นตัวให้ลุกขึ้นยืน ให้น้ำหนักอยู่บนขาข้างที่ดีเอื้อมแขนข้างที่ดีจับขอบรถเข็นหรือพนักเก้าอี้ด้านนอก ค่อยๆ หมุนตัวหันด้านหลังให้เก้าอี้ แล้วหย่อนตัวลงนั่งในรถเข็นหรือเก้าอี้

2) การเคลื่อนย้ายจากเก้าอี้หรือรถเข็น มายังเตียงนอน มีลำดับขั้นตอนเช่นเดียวกัน โดยให้อาแขน ขาข้างที่ดีเข้าหาเตียง

**3.3.4 การเดิน** ความสามารถในการเดินเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย การฝึกเดินในช่วงแรกควรเริ่มฝึกกับราวคู่อานจนมั่นคงแล้วจึงฝึกเดินโดยใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้เท้าขาเดียว ไม้เท้าสามขา เป็นต้น โดยเริ่มจากทำขึ้นตรงน้ำหนักลงบนขาสองข้างเท่า ๆ กัน นำไม้เท้าวางเอื้อมไปด้านหน้าของขาข้างที่ดี ก้าวขาข้างที่อ่อนแรงไปด้านหน้าก่อนโดยถ่วงน้ำหนักลงไปที่ไม้เท้าและขาข้างที่เป็นอัมพาต แล้วจึงก้าวขาข้างที่ดีตามมา

**3.3.5 การแต่งตัว – สวมใส่เสื้อผ้า** เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการอ่อนแรงของแขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย ดังนั้นจึงต้องมีวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถ

ช่วยเหลือตนเองในการแต่งกายได้ จึงควรแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่งกายด้วยตนเองโดยมีวิธีการดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544)

1) การสวมเสื้อที่ติดกระดุมด้านหน้า ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาว่างเท้าข้างเดียวหรือเก้าอี้ จัดวางเสื้อผ้าวางบนตักโดยคลี่เสื้อออกให้ด้านในเสื้ออยู่ด้านบนและส่วนของชายเสื้อชิดลำตัว เริ่มสวมเสื้อโดยสอดแขนข้างที่อ่อนแรงเข้าไปก่อน ใช้แขนข้างที่ดีจับแขนข้างที่อ่อนแรงสอดเข้าไปในเสื้อจนถึงหัวไหล่แล้วพาดเสื้อไปด้านหลัง จัดเสื้อให้เข้าที่แล้วจึงสอดแขนข้างที่ดีเข้าไปในเสื้อ แล้วจึงติดกระดุมให้เรียบร้อยโดยใช้มือข้างที่ดี

2) การถอดเสื้อที่ติดกระดุมด้านหน้า การถอดเสื้อทำเช่นเดียวกันกับการสวมเสื้อ โดยเริ่มต้นด้วยการนั่งห้อยเท้าว่างข้างเดียวหรือนั่งเก้าอี้หรือนั่งรถเข็น ใช้มือข้างที่ดีปลดกระดุมแล้วจึงถอดเสื้อบริเวณไหล่ด้านที่อ่อนแรงออกดึงลงให้ถึงข้อศอก จากนั้นใช้มือข้างที่ดีจับขอบเสื้อด้านใน ด้านแขนที่ดี ถอดแขนเสื้อออกจากแขนข้างที่ดี เมื่อเรียบร้อยแล้วจึงใช้มือข้างที่ดีถอดเสื้อออกจากแขนข้างที่อ่อนแรง

3) การสวมกางเกง เริ่มจากให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้าว่างบนพื้นข้างเดียว ใช้มือข้างที่ดียกขาข้างที่อ่อนแรงมาไว้ที่ขาข้างที่ดี แล้วจับขาข้างที่ดีเดียวกับขาข้างที่อ่อนแรงสวมในขาข้างที่อ่อนแรง ใช้มือข้างที่ดีดึงกางเกงให้สูง ให้เท้าข้างที่อ่อนแรงโผล่พ้นจากขาข้างที่ดี จากนั้นจับขาข้างที่อ่อนแรงวางลง แล้วจึงจับขาข้างที่ดีให้เรียบร้อย ดึงกางเกงให้สูง ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถทรงตัวได้ให้ผู้ป่วยยืนพิงข้างเตียงแล้วดึงกางเกงขึ้นจัดสวมให้เรียบร้อย แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทรงตัวได้ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบบนเตียง แล้วพลิกตัวดึงกางเกงขึ้นที่ละข้างแล้วจึงจัดสวมให้เรียบร้อย

4) การถอดกางเกง หากผู้ป่วยสามารถทรงตัวได้ แนะนำให้ถอดกางเกงในท่ายืน พิงขอบเตียง หรือผนังห้องใช้มือข้างที่ดีถอดกางเกง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทรงตัวได้ ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขา คลายตะขอ รูดซิบใช้มือข้างที่ดีดันกางเกงออกจากขาข้างที่ดี โดยยกสะโพกและขาข้างที่ดีแล้วใช้มือข้างที่ดีดันกางเกงออก ใช้มือข้างที่ดียกขาข้างที่อ่อนแรงทับขาข้างที่ดี แล้วใช้มือข้างที่ดีดึงขาข้างที่ดีออกจากเท้า

**3.3.6 การรับประทานอาหาร** จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งที่สมดุล ศีรษะสูง พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่อ่อนแรงให้มากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ในการตัดอาหาร ประคองแก้วน้ำ พยายามหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในเรื่องการจัดโต๊ะอาหาร แก้วน้ำ ให้เป็นระเบียบและหยิบใช้ได้ง่าย ควรจัดไว้ตรงหน้าผู้ป่วยและให้อยู่ในลานสายตาของผู้ป่วยที่สามารถมองเห็นได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น ทั้งนี้ควรใช้เวลาผู้ป่วยในการเคี้ยวและกลืน ไม่ควรเร่งผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร เนื่องจากอาจเกิดการสำลักได้

**3.3.7 การใช้สุขาหรือกระโถน** การแนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการขับถ่ายสามารถปฏิบัติได้ดังนี้ (อัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544)

1) การใช้เก้าอี้ถ่าย การย้ายไปนั่งเก้าอี้ถ่ายหรือโถนั่ง ทำให้กล้ามเนื้อที่ท้อง ออกแรงเบ่งได้ดีขึ้นเป็นผลจากแรงโน้มถ่วงของโลก ทั้งนี้อาจให้ผู้ป่วยนวด กดท้องตามแนวลำไส้ใหญ่ โน้มตัวไปข้างหน้าและเบ่ง เพื่อเพิ่มแรงดันในช่องท้อง ทำให้ถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น เก้าอี้ดังกล่าวควรมีความมั่นคง เช่นมีพนักพิงหรือที่เท้าแขน เป็นต้น

2) การใช้หมอนหนุน แนะนำให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่เคลื่อนไหวได้ดีเลื่อนผ้าขึ้นเหนือเอวหรือออกทางเข่าออก ป้องกันการเป็ยกขึ้นที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อความสะดวกในการจัดท่า ให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียงพยาบาลหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจัดวางอุปกรณ์ให้สะดวกสำหรับผู้ป่วยหยิบใช้ จากนั้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนหมอนหนุน โดยวางก้นลงบนขอบหมอนหนุนด้านที่เรียบ จัดท่าให้อยู่ในท่าที่สบาย

**3.3.8 การดูแลการขับถ่ายปัสสาวะ** ผู้ป่วยสามารถควบคุมดูแลการขับถ่ายปัสสาวะได้ ดังนี้ (เดือนน้อย ใบคำ, 2542; ชมพูนุท ศรีรัตน์, 2546)

1) การควบคุมการดื่มน้ำ ควรดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อระบายสิ่งตกค้างและช่วยให้ปัสสาวะไม่ขุ่น เข้มหรือเป็นตะกอนจนเกิดการติดเชื้อ ให้ดื่มน้ำอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เช้าถึงเย็นและไม่ควรดื่มน้ำมากเกินไปในตอนกลางคืน

2) กรณีที่ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ แนะนำผู้ป่วยในการดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้พับ งอ ถูรองรับปัสสาวะต้องอยู่ระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะหรือต่ำกว่าท้องน้อยของผู้ป่วยเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้

**3.3.9 การดูแลการขับถ่ายอุจจาระ** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบปัญหาในเรื่องการควบคุมการขับถ่ายมักไม่ค่อยรู้สติ ขาดความสนใจในตนเอง มีภาวะท้องผูก โดยมีสาเหตุจากความเสื่อมทั้งทางร่างกายและทางสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการขับถ่ายช้า โดยเฉพาะผู้ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ถ่ายอุจจาระออกไม่หมด ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง หรือจิตใจสับสน หรือสมองเสื่อม ความรู้สึกว่ามีอุจจาระมากในลำไส้ลดลง ละเลยต่อการปวดถ่ายอุจจาระ ได้รับอาหารและน้ำน้อยลง หรือได้รับยาบางชนิด อาจทำให้การขับถ่ายนานออกไป เช่น ยานอนหลับ ยาลดกรดบางชนิด เป็นต้น

1) การแก้ไขภาวะท้องผูก สามารถทำได้ดังนี้ (จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547) แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ประมาณวันละ 2,000 มล. รับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และควรเป็นอาหารประเภทเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้ เพื่อให้กากอาหารลื่น ป้องกันไม่ให้กากอาหารตกค้างอัดแน่น กระตุ้นให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหวให้มากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้

2) ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาถ่าย ถ้าอุจจาระแข็งควรใช้ยาประเภทที่ดูดน้ำไว้ในตัวเป็นการเพิ่มจำนวน และทำให้อุจจาระอ่อนตัว ไม่ควรใช้ยาถ่ายพวกหล่อลื่นเป็นเวลานาน เพราะ

จะขัดขวางการดูดซึมอาหารและน้ำ ซึ่งจะซึมออกทางทวารหนัก การเหน็บยาควรใช้เป็นครั้งคราว เพราะอาจทำให้การทำหน้าที่ตามปกติของลำไส้เสียไป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องอาศัยการทำหน้าที่ของมือ แขน เป็นส่วนใหญ่ การประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงระดับความรุนแรงของโรค ประเมินความพร้อมและความสามารถของร่างกาย ช่วยให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยและสามารถวางแผนการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมต่อไป (สมศักดิ์ ลัทธிகุลธรรม, 2543; วัชรารวี ไพบุลย์, 2544) การประเมินผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale ในการคัดเลือกรูปแบบตัวอย่าง ซึ่งแบบประเมินนี้มีใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยประเมินปฏิกิริยาตอบสนองที่ดีที่สุดต่อสิ่งเร้า 3 รูปแบบ ได้แก่ การลืมตา ให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 1-4 การตอบสนองด้วยการพูด ให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 และการตอบสนองด้วยการเคลื่อนไหว ให้คะแนนตั้งแต่ 1-6 ดังนั้นคะแนนสูงสุด 15 คะแนน ซึ่งหมายถึง ภาวะรู้สติ และค่าคะแนนต่ำสุด 3 คะแนน ซึ่งหมายถึงภาวะหมดสติอย่างลึก และประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ การแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ เกรด 5 หมายถึง กำลังปกติ และเกรด 0 หมายถึง ไม่มีการเคลื่อนไหว การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน ซึ่งเป็นภาวะรู้สติในระดับปานกลาง ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม (เจียมจิต โสภณสุขสถิต, 2544; บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, 2549) กำลังของกล้ามเนื้อ อยู่ในระดับปกติ หรืออ่อนแรงเล็กน้อย ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพ ฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

### 3.4. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การที่บุคคลจะสนองตอบต่อการดูแลตนเองทั้งหมดได้นั้น บุคคลจะต้องมีความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ดังที่ต้องการอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิต ดำรงหรือส่งเสริมให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของมนุษย์ดำเนินไปถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล มีการเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของชีวิต จากวัยเด็กถึงวัยชรา (Orem, 2001) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นการประกอบกิจกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ได้แก่ 1) การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล 2) การอาบน้ำเช็ดตัว 3) การเคลื่อนย้าย 4) การเดิน 5) การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า 6) การรับประทานอาหาร 7) การใช้สุขาหรือกระโถน 8) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (ชวลี เข้มวงษ์, 2538) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังผ่านพ้นภาวะวิกฤตจะยังคงความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยการฝึกสอนทักษะการเคลื่อนไหวกาย การเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ในส่วนที่เกิดการสูญเสีย



โดยใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่มีกำลังปกติ และการใช้เครื่องช่วยเหลือที่จำเป็นทดแทน ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างทักษะของด้านที่เสียไปตามกำลังความสามารถ เพื่อใช้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุดตามขอบเขตความสามารถของตน ถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคและดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข เป็นการลดภาระของครอบครัวและสังคม สามารถประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยใช้แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ปรับปรุงโดย ซวลี แยมวงษ์ (2538) เมื่อนำคะแนนทั้ง 9 กิจกรรมมารวมกันจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 0-36 คะแนน สามารถแบ่งระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-8 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง จนถึง 36 คะแนน หมายถึงสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ในการวัดความสามารถทางด้านร่างกาย หรือความสามารถในการทำงานของร่างกาย

**สรุป** ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละวัน ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล 2) การอาบน้ำเช็ดตัว 3) การเคลื่อนย้าย 4) การเดิน 5) การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า 6) การรับประทานอาหาร 7) การใช้สุขาหรือกระโถน 8) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ โดยประเมินจากแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ปรับปรุงโดย ซวลี แยมวงษ์ (2538) เมื่อนำคะแนนทั้ง 9 กิจกรรมมารวมกันจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 0-36 คะแนน สามารถแบ่งระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-8 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง จนถึง 36 คะแนน หมายถึงสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

#### 4. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

##### 4.1 บทบาทการพยาบาลด้านผู้สูงอายุ

การพยาบาล เป็นกระบวนการแก้ปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย เพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ ประกอบไปด้วย การประเมินปัญหา การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตสังคม ส่งผลให้มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ๆ การให้การดูแลผู้สูงอายุจึงมีความซับซ้อน พยาบาลผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ดังนั้นการพยาบาลผู้สูงอายุจึงมีจุดมุ่งหมายในการให้บริการทางด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ให้การดูแลผู้สูงอายุ

ทั้งในสถานพยาบาลรวมถึงผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้กระบวนการพยาบาล (จันทนา วัฒนฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545)

บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540 อ้างถึงใน ปิยาณี ณ นคร, 2548)

1) บทบาทในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว การช่วยเหลือของพยาบาลมีความแตกต่างกับเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขอื่น ๆ การช่วยเหลือของพยาบาลต้องตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

2) บทบาทในการสอน ชี้แนะผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญและมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูสุขภาพจากความเจ็บป่วย และสามารถดูแลตนเองได้

3) บทบาทในการวินิจฉัยและเฝ้าระวัง พยาบาลต้องมีความรู้ และทักษะอย่างมากในการปฏิบัติการพยาบาล

4) บทบาทในการจัดการกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

5) บทบาทในการนำแผนการรักษาและการพยาบาลไปปฏิบัติและประเมินผล

6) บทบาทในการพัฒนาศักยภาพของตนเองและสถาบัน

นอกจากนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จึงได้มีกำหนดบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ดังนี้ (Lueckenotte, 1996 อ้างถึงใน ปิยาณี ณ นคร, 2548)

1) จัดให้มีองค์กรสำหรับให้บริการด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งมีการวางแผนและบริหารจัดการที่ดี โดยพยาบาลที่มีความรู้ เพื่อให้การพยาบาลที่มีความเฉพาะและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2) พยาบาลจะต้องใช้ทฤษฎีต่าง ๆ เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการทดสอบ เผยแพร่ความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

3) พยาบาลต้องประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทางด้านจิตใจ อย่างถูกต้อง แม่นยำ และเป็นระบบ

4) พยาบาลต้องใช้ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพเป็นแนวทางในการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล

5) พยาบาลต้องวางแผนการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ และจัดลำดับความสำคัญในการปฏิบัติ

6) พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลผู้สูงอายุ

7) พยาบาลต้องมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อตรวจสอบการพยาบาลว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้หรือไม่ และสามารถปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติการพยาบาลใหม่ให้เหมาะสมได้

8) พยาบาลผู้สูงอายุต้องมีความร่วมมือ ประสานงานระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ มีการปรึกษาร่วมกันในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวให้เหมาะสม

9) พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีจริยธรรมและปฏิบัติตามจรรยาบรรณของวิชาชีพพยาบาลในการปฏิบัติงาน

10) พยาบาลต้องรับผิดชอบในการพัฒนาวิชาชีพ และสร้างเสริมวิชาชีพให้เจริญก้าวหน้า มีการทบทวนและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการพยาบาลที่คุณภาพ

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า วิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ทางด้านสุขภาพ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การให้การพยาบาล โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพในหลายด้านเกิดขึ้นพร้อมกัน จึงมีข้อจำกัดเฉพาะการรักษาเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพให้เสื่อมถอยช้าลง และฟื้นฟูสภาพในส่วนที่บกพร่องให้สามารถทำหน้าที่ให้ได้มากที่สุด

#### 4.2 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีแนวทางการรักษาและการพยาบาลเพื่อลดอัตราการตาย แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลคุกคามต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายด้วยตนเองลดลง สมรรถภาพร่างกายลดลง ไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้เป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัว (Ragsdale, Yarbrough & Lasher, 1993 อ้างถึงใน เจียมจิต โสภณสุขสถิต, 2544)

พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีเป้าหมายหลักคือ ลดความพร่องในการดูแลตนเอง พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ภายใต้ข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลต้องค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตลอดจนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยการให้ความรู้และข้อมูลด้วยวิธีการสอนตามความต้องการของแต่ละบุคคล เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ส่งเสริมการเรียนรู้ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ และปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีรายละเอียดดังนี้

**1) บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพ** เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล โดยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง บทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค ก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งยังเป็นการลดความเครียด ความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย ความรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับ มีดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; สถาบันประสาทวิทยา, 2545)

1.1) ความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

1.2) ปัญหาที่พบบ่อยและการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น แผลกดทับ ภาวะข้อติดแข็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

ทั้งนี้การให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้ในการตรวจสอบข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่าง ๆ รวมทั้งการตัดสินใจในการดูแลตนเอง

**2) บทบาทด้านการป้องกัน** พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการให้ความรู้เพื่อการลดหรือควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งสามารถป้องกันได้โดย การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด งดสูบบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**3) บทบาทด้านการฟื้นฟูสภาพ** พยาบาลควรพยายามช่วยกระตุ้นผู้ป่วยในการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อหดเกร็ง เพราะนอกจากจะช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายกลับสู่สภาพใกล้เคียงปกติแล้วนั้น ยังช่วยปรับตัวด้านจิตสังคมและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

บทบาทของพยาบาลเป็นบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## 5. แนวคิดการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง (self – care) เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่จงใจ มีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล (Orem, 2001) การดูแลตนเองเกิดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการคิด พิจารณาเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักเกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์นั้น ๆ พิจารณาถึงความเป็นไปได้ที่จะปรับเปลี่ยน หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ และการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำการดูแลตนเอง และประเมินผลการกระทำ ซึ่งจะต้องมีการตั้งเป้าหมาย กำหนดกิจกรรมที่จะกระทำ ดำเนินการดูแลตนเองตามที่กำหนดไว้ มีการควบคุม และประเมินการกระทำด้วยตนเอง

### 5.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง

การที่บุคคลจะสนองตอบต่อการดูแลตนเองทั้งหมดได้นั้น บุคคลจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่ง Orem (2001) ได้กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสมรรถภาพที่ซับซ้อนของบุคคล ที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ และมีเป้าหมายเกี่ยวกับสุขภาพ แบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะทำ (doing) ได้แก่ การรับความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางแผนที่เหมาะสม และ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก เกี่ยวกับการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัวความตั้งใจ ความเข้าใจตนเองความหวังใจตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดเวลา ในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ และความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเองอย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ต่าง ๆ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคลต้องการพลังความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ ประกอบด้วย 1) ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ระวังระวังและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกตนเอง รวมทั้งปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเอง ให้

เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) ความสามารถในการควบคุมการทำงานส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็น สำหรับการริเริ่มหรือปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุและผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งเป้าหมายของการดูแลตนเองสอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองได้ 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง 10) ความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ ดังนี้ 1) ความสามารถในการคาดการณ์ เป็นความสามารถในการตรวจสอบและประเมินเกี่ยวกับสถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับการดูแลตนเอง ตลอดจนผลที่จะได้รับในการกระทำการดูแลตนเอง 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยนเป็นกระบวนการวางแผน และความสามารถที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรหรือไม่ควรกระทำเพื่อการดูแลตนเอง 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ประกอบด้วย การเตรียมเพื่อการดูแลตนเอง โดยการเตรียมตัวเอง วัสดุสิ่งของหรือสิ่งแวดล้อม และการลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงตามช่วงเวลา ซึ่งเป้าหมายก็คือ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

ความสามารถในการดูแลตนเองแต่ละขั้นจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในระดับที่สูงขึ้นไป โดยความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานจะเป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไป ส่วนพลังความสามารถบางประการ เป็นสื่อกลางระหว่างการทำหน้าที่ของบุคคลกับการรับรู้ทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือจิตสังคม และพลังความสามารถจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Gast, et al., 1989 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) นอกจากองค์ประกอบทั้ง 3 ประการแล้ว ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ที่อยู่ อาศัย ระบบครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณี แบบแผนการดำเนินชีวิต ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ยังมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดอีกด้วย (Orem, 2001)

## 5.2 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self - Care)

ทฤษฎีการพยาบาล โดยทั่วไปของ Orem (2001) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลักที่มีความสัมพันธ์

กันคือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self - Care) ซึ่งอธิบายถึงความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of Self – Care Deficit) ซึ่งกล่าวถึงความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด เมื่อบุคคลมีความต้องการมากกว่าความสามารถที่จะกระทำได้อยู่ในภาวะที่ต้องการการพยาบาล และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึง การช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมแทนบุคคลและช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีระบบการพยาบาล ตามแนวคิดของ Orem (2001) มาช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จึงขอกล่าวถึงรายละเอียดเฉพาะการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

Orem (2001) เชื่อว่าบุคคลย่อมมีโอกาสเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการทั้งหมดของบุคคล พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดของ Orem (2001) โดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing) เป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เพื่อปรับความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการช่วยเหลือ ดังนี้

1) การสอน เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยายามช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้และทักษะบางประการ มีความสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง หลักในการสอนผู้ป่วยมีดังนี้

1.1) สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ อาจเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ หรือการรักษาที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์และสามารถดูแลตนเองได้ พยาบาลต้องไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าพยาบาลสนใจในทุกข์สุขของตนเอง ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในตัวพยาบาล มีผลช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

1.2) เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องการคัดแปลงหรือเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและการกระทำ เพราะฉะนั้นประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมายและวางแผนดำเนินการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้มากขึ้น

1.3) ผู้ที่รับการสอนต้องมีความพร้อม ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ผู้ป่วยที่ได้รับยากล่อมประสาท มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า สูญเสียความหวัง หรือมีอาการอ่อนเพลีย ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้

1.4) ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ ทำได้โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล หรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยให้มีโอกาสสัมผัส ฝึกทักษะการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง

1.5) การประเมินโดยการให้ข้อมูลป้อนกลับจะช่วยผู้ป่วยในการเรียนรู้และปรับพฤติกรรม พยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเป็นมิตร รวมทั้งพยาบาลต้องประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชมและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้

1.6) เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน ระดับการศึกษาของผู้ป่วยไม่ใช่ตัวบ่งชี้ความสามารถในการเรียนรู้เพียงอย่างเดียว พยาบาลต้องคอยสังเกตและลูกคิดถ้าผู้ป่วยไม่เคยตั้งคำถามไม่ว่าพยาบาลจะสอน แนะนำ หรือทำอะไรให้ ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจอะไรเลยก็ได้หรือไม่ยอมรับ จึงต้องประเมินความเข้าใจและการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

1.7) การมีสิ่งรบกวนโดยเฉพาะในหอผู้ป่วย จะขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ พยาบาลต้องจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น อาจต้องมีห้องหรือกั้นม่านให้เป็นสัดส่วนเมื่อทำการสอนผู้ป่วย

2) การชี้แนะ การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีผู้ป่วย สามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำและการตรวจตรา พยาบาลและผู้รับ การช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

3) การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ช่วยให้ผู้เกิดความมั่นใจ โดยพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น ช่วยบรรเทาความไม่สบาย รับฟังความทุกข์ รับรู้ เข้าใจ สนับสนุนให้เกิดความหวัง ซึ่งวิธีการสนับสนุนอาจเป็นคำพูดกระตุ้นให้กำลังใจ กิริยาท่าทางของพยาบาล การมอง การสัมผัส รวมถึงการให้วัตถุสิ่งของ

4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการที่จะเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่คาดหวังไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ การให้คุณค่าต่อตนเอง การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์และการพัฒนาทางด้านร่างกาย



ดังนั้นพยาบาลจึงควรจัดระบบให้การสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อจะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพยาบาลต้องสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง วิธีการที่พยาบาลจะให้การช่วยเหลือและวางเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกับผู้ป่วยในการที่จะตอบสนองการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ คือ ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความมุ่งมั่นและพยายามในการที่จะพึ่งพาตนเองอย่างเต็มที่ พยายามเรียนรู้และฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลและพยาบาลเป็นผู้ให้กำลังใจ จนผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าตนเองมีความรู้ ความเข้าใจสามารถกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้

## 6. แนวคิดการสอนแนะ

การสอนแนะ (coaching) ส่วนใหญ่มักรู้จักกันในนามผู้ฝึกสอนนักกีฬา ซึ่งทำหน้าที่พัฒนาร่างกาย กระบวนการคิด จิตใจ และความรู้สึกรักของนักกีฬา โค้ชต้องสร้างและท้าทายให้นักกีฬามีการพัฒนาความสามารถสูงสุด โดยการสนับสนุน สร้างแรงจูงใจ อีกทั้งต้องดึงความสามารถและความมีคุณค่าของนักกีฬาออกมาเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ (ชาญชัย โปธิ์คลัง, 2532; Clarke & Spross, 1996) ซึ่งในทางการศึกษาและการปฏิบัติกรพยาบาลนั้น ได้มีการนำการสอนแนะมาใช้มากขึ้น โดยในระยะแรกได้นำการสอนแนะมาใช้ในงานบริหารการพยาบาลระหว่างผู้บริหารและพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ส่งเสริม และปรับปรุงความสามารถในการทำงานของบุคลากรให้สูงขึ้น ตามศักยภาพที่มีอยู่ หลังจากนั้นจึงได้มีการนำเอาการสอนแนะมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติกรพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยผู้สอนแนะจะเป็นผู้ให้ความรู้ สนับสนุน ช่วยในการแก้ไขปัญหาให้แก่นักศึกษาพยาบาลที่เริ่มฝึกทักษะในคลินิก และพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำระหว่างการศึกษาพยาบาล (Grealish, 2000)

### 6.1 ความหมายของการสอนแนะ

การสอนแนะ (coaching) มีรากศัพท์มาจากภาษาอังกฤษในยุคกลาง คือ “coche” หมายถึงรถม้า หรือการขนส่งจากจุดหมายหนึ่งไปอีกจุดหมายหนึ่ง โดยมีโค้ชเป็นผู้ขับเคลื่อรถม้า ซึ่งเป็นผู้ที่รู้เส้นทางเป็นอย่างดี คอยอำนวยความสะดวก ปกป้องอันตรายจากสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติให้แก่ผู้โดยสาร เพื่อให้ผู้โดยสารเกิดความรู้สึกมั่นคง และปลอดภัยในระหว่างการเดินทาง (Spross, Clarke & Beuregard, 2001) โดยการสอนแนะนั้นมีความยืดหยุ่น และปรับเปลี่ยนไปตามลักษณะของผู้ที่ได้รับการสอนแนะ การให้ความหมายของการสอนแนะ ส่วนใหญ่จึงขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้รับบริการที่นำการสอนแนะไปใช้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2536) กล่าวว่า การสอนแนะเป็นกลวิธีในการสอนอย่างหนึ่ง เป็นการให้คำแนะนำอย่างเป็นขั้นตอนในการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่หรือทักษะใหม่ และเป็นกลยุทธ์ที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะเป็นการ

ปรับปรุงบทบาทการปฏิบัติงานของบุคคล และในขณะเดียวกันก็ทำงานประสานกับบทบาทของผู้อื่นด้วย โดยสิ่งสำคัญพื้นฐานของการสอนแนะ คือ ความต้องการของผู้เรียนเพื่อจะได้ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด และเทคนิคที่ใช้ในการสอนแนะจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เป็นลำดับ

อรุณี สำเภาทอง (2538) กล่าวว่า การสอนแนะ หมายถึง การสอน แนะนำแนวทางปฏิบัติ เป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาบุคลากร ซึ่งได้นำมาใช้ทั้งในวิชาชีพครูและวิชาชีพอื่น ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม โดยการสอนแนะจะมุ่งเน้นที่การให้คำแนะนำ การให้ความรู้ และแนวทางการปฏิบัติงานใหม่ ให้แก่ผู้เริ่มเข้าสู่วิชาชีพ และผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่แล้ว ให้สามารถนำวิธีการใหม่มาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตน และมุ่งเน้นการแก้ปัญหาการปฏิบัติงานของผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่แล้วให้มีประสิทธิภาพ

บุศริน เอี้ยวสีหยก (2545) ให้ความหมาย การสอนแนะ หมายถึง กลยุทธ์ หรือกลวิธีในการสอน เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้ ทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา โดยผู้สอนแนะสอนทักษะ ให้การสนับสนุน ชี้นำ ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม

Wilkie et al. (1995) กล่าวว่า การสอนแนะเป็นกลวิธีในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อการแนะนำและแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการสอนแนะนี้จะใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อให้เข้าถึงกระบวนการคิดด้วยเหตุผล-พฤติกรรม (cognitive-behavioral) และการพัฒนาสภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพอื่น ๆ

Girvin (1999) ได้ให้ความหมายของการสอนแนะว่าเป็นการพัฒนาความรู้และฝึกฝนทักษะของบุคคล เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน โดยผู้สอนแนะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้บุคคลมีพัฒนาการยิ่งขึ้น

Grealish (2000) การสอนแนะเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการให้ความรู้ โดยที่ผู้สอนแนะจะเป็นบุคคลที่ช่วยให้นักเรียนมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้ และทักษะการปฏิบัติในคลินิก เป็นผู้ชี้นำ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติม เป็นผู้สนับสนุนให้สิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัยสำหรับการเรียนรู้

สรุปได้ว่า การสอนแนะในการพยาบาลจึงหมายถึง กลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยคำนึงถึง ความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถที่มีอยู่ของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สอนแนะ รวมทั้งให้การสนับสนุน การชี้นำ การเสริมแรง ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสะดวกและปลอดภัยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

สรุปความแตกต่างระหว่างการสอนตามปกติกับการสอนแนะได้ดังนี้ (ชาญชัย โพธิ์คลัง, 2532; วิมล มาดิษฐ์, 2547; Clarke & Beauregard, 2001)

- 1) การสอนตามปกติเป็นการสอนเนื้อหาให้กับผู้เรียนโดยภาพรวม ส่วนการสอนแนบนั้นมุ่งสอนให้ผู้เรียนบางกลุ่มหรือบางรายที่ต้องใช้ทักษะหรือเทคนิคเฉพาะด้าน
- 2) การสอนตามปกติเป็นการสอนที่มุ่งให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลพื้นฐานและการปฏิบัติกิจกรรม โดยทั่วไป เป็นความรู้กว้าง ๆ ส่วนการสอนแนบเป็นการสอนในเรื่องที่มีความเฉพาะ เป็นการสอนเทคนิคของการปฏิบัติ
- 3) การสอนตามปกติเป็นการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจในประโยชน์ของการปฏิบัติ และสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ได้ ส่วนการสอนแนบนั้นต้องค้นหากลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนเรื่องนั้น ๆ โดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ถูกต้องและดีที่สุด สามารถนำทักษะหรือเทคนิคนั้นมาใช้ในการปฏิบัติได้จริง

## 6.2 กระบวนการสอนแนบ

เนื่องจากการสอนแนบเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนที่มีโครงสร้างอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยการวางแผนอย่างกว้าง ๆ หรือกำหนดการดำเนินงานขั้นตอนของการให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติกิจกรรมเป็นขั้นตอนมีการวัดผลที่ทำให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีความเข้าใจและปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ดีเพียงใด รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ให้มีความยืดหยุ่นและมีความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ดี

จากแนวคิดการสอนแนบของ Girvin (1999) แบ่งกระบวนการสอนแนบเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย เป็นการประเมินปัญหาและรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ขั้นตอนนี้ผู้ฝึกสอนจะเป็นผู้ชี้แนะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และรับฟังปัญหาของผู้ป่วย การประเมินข้อมูลถือว่าเป็นพื้นฐานของการสอนแนบ โดยผู้สอนแนบมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มั่นใจในตัวผู้ฝึกสอน รวมถึงการให้ข้อมูล การมีส่วนร่วม การแนะนำแนวทางเพื่อการตัดสินใจ การฟัง การแสดงความเข้าใจและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ เนื่องจากบุคคลจะมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องอุปนิสัย การแสดงออก บุคลิกภาพ และการมีสังคม

**ขั้นตอนที่ 2** การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการแก้ไขปัญหาระยะแรกหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ขั้นตอนนี้เป็นการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมขอบเขตของการปฏิบัติกิจกรรม และวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อพัฒนาแผนการปฏิบัติกิจกรรม ภายหลังจากที่ผู้ป่วยและผู้สอนแนบร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามความรู้พื้นฐานหรือประสบการณ์ของผู้ป่วย รวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยผู้สอนแนบให้การสนับสนุนผู้ป่วยค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดย

ใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา ให้กำลังใจผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น วางแผนปรับปรุง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ พร้อมทั้งให้คำชี้แนะ ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติ เพิ่มเติม ในกรณีผู้ป่วยไม่มีความรู้หรือทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้สอนแนะให้คำแนะนำ หรือ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการบอกเล่า การยกตัวอย่างประกอบในเนื้อหา หรือสาธิตการปฏิบัติกิจกรรม ให้ผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย พร้อมกับให้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติตามวิธีการหรือ แนวทางที่วางแผนไว้ เพื่อให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น

**ขั้นตอนที่ 3** การลงมือปฏิบัติกิจกรรม เป็นการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่วางแผนไว้ โดยระหว่างที่ผู้ป่วยปฏิบัติผู้สอนแนะมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และ ให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกและลบ เช่นการให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง และ ให้คำชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือทบทวนสาธิต ส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำอีกเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

**ขั้นตอนที่ 4** การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม ผู้สอนแนะให้ผู้ป่วยประเมินผลด้วย ตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น รวมถึงกระตุ้นให้ผู้ป่วยทราบถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ สิ่ง ที่ต้องปฏิบัติ ผลกระทบจากการปฏิบัติ หรือปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ของผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนใน การเรียนรู้ต่อไป และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรม ต่าง ๆ ให้ดีขึ้นในการปฏิบัติครั้งต่อไป

### 6.3 ประโยชน์ของการใช้กระบวนการสอนแนะ

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปประโยชน์ของการใช้กระบวนการสอนแนะ ดังนี้

- 1) การสอนแนะภายใต้บรรยากาศที่เป็นมิตรและมีผู้สอนแนะคอยให้คำแนะนำ อำนวย ความสะดวก จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจ ไว้วางใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง
- 2) การให้ข้อมูลย้อนกลับในกระบวนการสอนแนะ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำวิธีการ ปฏิบัติไปใช้ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
- 3) การสอนแนะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเป้าหมายในการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติดูแล ตนเองมากขึ้น
- 4) การสอนแนะกระตุ้นให้ผู้สอนและผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน มีโอกาสแสดงปฏิกริยาโต้ตอบเกี่ยวกับการเรียนการสอน

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลตนเอง

อัมพรพรรณ ชีรนุตร และคณะ (2540) ศึกษารูปแบบความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประเมินผลโดยการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง สมรรถภาพการทำงานของปอด ความสามารถในการออกกำลังกายและความรู้สึกหอบเหนื่อย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองใน 12 สัปดาห์นั้น พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองนั้นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) แต่ลดลงในกลุ่มควบคุม และพบว่าในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกหอบเหนื่อยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) แต่สมรรถภาพปอดของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดรุณี เสมอรต้นชะชาติ (2543) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่ออาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 30 ราย ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองจากผู้วิจัย โดยการให้ข้อมูลความรู้ การสาธิตวิธีการดูแล และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผลการศึกษพบว่า ภายหลังจากโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถต่ำกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมทั้งในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

บังอร ตั้งวิโรจน์ธรรม (2545) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล กลุ่ม ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 50 ราย ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาที่กำหนดไว้ 3 ครั้ง กิจกรรมประกอบด้วยการพัฒนาความรู้เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติด้านการดูแลตนเอง ผลการศึกษพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การปฏิบัติด้านการดูแลตนเองในการผ่อนคลายความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติด้านการดูแลตนเองในการออกกำลังกาย การรับประทานยา ไม่มีความแตกต่างทางสถิติแต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนน เฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

นวลจันทร์ พิมพ์รักษา (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ภาวะหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกุสุมาพันธ์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย ผู้ป่วยได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้โรคและการดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งในรูปคู่มือและสื่อวีดิทัศน์ รวมทั้งการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกลบหน้อยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่วนมีการนำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีผู้ศึกษาวิจัยหลายท่าน ดังนี้

ศุภาวดี ธนัประภักษ์ (2534) ศึกษาการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลูปัส จำนวน 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่และพบผู้วิจัย 2 ครั้ง คือครั้งแรกและเมื่อครบ 2 เดือน ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้และพบผู้วิจัย 3 ครั้งคือ ครั้งแรก เมื่อครบ 1 เดือนและเมื่อครบ 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า เมื่อครบ 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และคะแนนความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

นิตย์ เสรยศสกล และศุภาวดี ลิ้มปานานท์ (2540) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 70 ราย แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยการสอนเรื่องโรคและการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่คลินิก หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ติดตามสนับสนุนและให้ความรู้ต่อเนื่องที่บ้านตามสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน และประเมินซ้ำอีกครั้ง หลังจากนั้น 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองหลังจากได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองสูงขึ้น และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ปะราลี โอภาสนันท์ (2542) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุ

โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีการควบคุมโรคไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีการควบคุมโรคดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2544) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อปรับปรุงการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและภาวะการฉีกควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าโครงการสนับสนุนและให้ความรู้แล้ว ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพของร่างกายและการดูแลเท้า การประเมินน้ำตาลในเลือด การป้องกันและแก้ไขน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป และเรื่องอื่น ๆ สูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .0001$ ) ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าในแต่ละเดือน เมื่อเริ่มโครงการสนับสนุนและให้ความรู้แล้ว ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการควบคุมโรคสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .0001$ )

จันทนา ทองชื่น (2545) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ทั้งหมด 4 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

กมลทิพย์ ภูมิศรี (2546) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ สระพังทอง จังหวัดสกลนคร จำนวน 40 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังจากได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) คะแนนการดูแลเพื่อป้องกันการหกล้ม

ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังจากได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ผกามาศ วัฒนกะวรรณ (2547) ได้ศึกษาการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ภายใน 1 ปี ที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการสอนแนะ

อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์และคณะ (2544) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อทักษะการสวนปัสสาวะและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 46 รายที่กำลังศึกษาวิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล 2 แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 ราย โดยแต่ละกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย ในแต่ละกลุ่มย่อยมีอาจารย์ประจำกลุ่มรับผิดชอบสอนนักศึกษากลุ่มละ 1 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนแบบตรวจสอบทักษะ คะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการสอนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิราวรรณ คล้ายหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 ราย ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการสอนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )



คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้นับการ สอนแนะสูงกว่าก่อนได้รับการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

บุศริน เอี้ยวสีหยก (2545) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ ทรมาณในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก จำนวน 24 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนแนะก่อนผ่าตัด 2 วัน จนกระทั่งครบ 3 วันหลังผ่าตัด รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ ทรมาณเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับการสอนแนะมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมาณเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลัง ผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ.01

จันทิรา ทองใส (2548) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อความรู้และการปฏิบัติของ พยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการสอนแนะพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 18 ราย ที่ เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และคะแนนปฏิบัติในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01

Wilkie et al. (1995) ทำการศึกษานำร่องถึงผลของการสอนแนะในผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 8 ราย โดยใช้การสอนแนะเป็นกลวิธีในการสอนให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถสื่อสารถึง ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับตนเองกับแพทย์ และหาข้อสรุปของการประเมินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ โดยผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ด้วยตนเอง วิธีการรายงานถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นของตนเองให้แก่แพทย์ผู้ให้การรักษาในขณะที่ ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก และได้รับการสอนแนะทางโทรศัพท์เพื่อประเมินและบันทึก ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอน แแนะมีการรายงานถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับตนเองเพิ่มขึ้น และมีการประเมินถึงคุณภาพและ ความรุนแรงของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยตรงกับ การประเมินของแพทย์ผู้ให้การรักษา มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Oliver, Kravitz, Kaplan & Meyers (2001) ได้ใช้ทักษะการสอนแนะกับผู้ป่วยนอกที่มีการ เจ็บปวดจากโรคมะเร็งในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเจ็บปวดร่วมกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความ เจ็บปวดและความถี่ของการเกิดความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

## 8. โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย

โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีระบบ

การพยาบาลของ Orem (2001) มาช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 1) การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ และเลือกวิธีการกระทำ 2) การสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามที่จะดูแลตนเอง และป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว 3) การสอน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้และทักษะบางประการ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายและปรับพฤติกรรม ให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จากการศึกษาของ กมลทิพย์ ภูมิศรี (2546) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังจากได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) คะแนนการดูแลเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังจากได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิตา พิมทา (2546) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และจากการศึกษาของ นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ร่วมกับการใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ซึ่งเป็นกลวิธีในการสอนที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติให้สูงขึ้นตามศักยภาพที่มีอยู่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย เป็นการประเมินปัญหาและรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้น มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มั่นใจในตัวผู้สอนแนะ 2) การวางแผนการปฏิบัติ ผู้ป่วยและผู้สอนแนะร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามความรู้พื้นฐานหรือประสบการณ์ของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 3) การลงมือปฏิบัติกิจกรรม เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ โดยระหว่างที่ผู้ป่วยปฏิบัติผู้สอนแนะมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกและลบ 4) การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ป่วยประเมินผลด้วยตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากการปฏิบัติ หรือปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนในการเรียนรู้ต่อไป ซึ่งจากการศึกษาของ วิราวรรณ คล้ายหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อความ

พึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการสอนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการสอนและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้นับการสอนและสูงกว่าก่อนได้รับการสอนและอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับ บุศริน เอียวสีหยก (2545) ศึกษาผลของการสอนและต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนและมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

โดยกิจกรรมที่จัดให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) การให้ความรู้ โดยการสอนประกอบภาพพลิก การสอนเป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยายามช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้และทักษะบางประการ มีความสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) และ 2) การฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยการฝึกสอนทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย และการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ โดยการออกกำลังภายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย ฝึกความคงทนและความแข็งแรง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการฟื้นฟูสภาพ มีจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างทักษะของด้านที่เสียไปตามกำลังความสามารถ นอกจากนี้ยังเป็นการป้องกันการยึดติดของข้อ ป้องกันการหดตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยให้การไหลเวียนเลือดสะดวกขึ้น (บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, 2549) และเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของ สุวารี เทพดารา และคณะ (2544) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 63.3 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ภายหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งกิจกรรมที่จัดให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย และจากการศึกษาของ เพ็ญศรี สิทธิธรรมย์ (2550) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำตัวขึ้นร้อยละ 29.4

โปรแกรมการสอนและร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล ความไว้วางใจที่เกิดขึ้นจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร และการเรียนรู้ของผู้ป่วย

2) การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม เป็นการร่วมกันวางแผนในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การสอนเป็น

วิธีการช่วยเหลือที่พยายามช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้และทักษะบางประการ มีความสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ต้องอาศัยความพร้อมและความสนใจที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วย นอกจากนี้จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้มีการพูดคุย ซักถาม และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สนทนาอย่างเป็นกันเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ที่เชื่อว่าการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้น และให้ความร่วมมือในการเลือกตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

3) การลงมือปฏิบัติกิจกรรม เป็นการฝึกทักษะให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีการให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะและสนับสนุน ซึ่งเป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ตามแนวคิดของ Orem (2001) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทบทวนเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการใช้โทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

4) การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม เป็นระยะสิ้นสุดของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา และร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการฝึกปฏิบัติ เพื่อนำไปวางแผน ปรับปรุงหรือพัฒนากิจกรรมให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สามารถเขียนกรอบแนวคิดได้ดังต่อไปนี้

## กรอบแนวคิด

### การสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย

1. การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ประเมินปัญหาและความพร้อมในการดูแลตนเอง

2. การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม วางแผนร่วมกับผู้ป่วย ให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบที่เกิดขึ้น ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ

3. การลงมือปฏิบัติกิจกรรม ฝึกทักษะให้ผู้ผู้ป่วยได้ ปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะและให้คำแนะนำ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขณะนอน โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทบทวนเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากรงพยาบาล โดยการใช้โทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

4. ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกันประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปวางแผน พัฒนากิจกรรมให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

- การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- การอาบน้ำเช็ดตัว
- การเคลื่อนย้าย
- การเดิน
- การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า
- การรับประทานอาหาร
- การใช้สุขาหรือกระโถน
- การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ
- การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและต้องเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

กลุ่มทดลอง O<sub>1</sub> ——— X ——— O<sub>2</sub>

กลุ่มควบคุม O<sub>3</sub> ————— O<sub>4</sub>

- X หมายถึง โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย
- O<sub>1</sub> หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย
- O<sub>2</sub> หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย 4 สัปดาห์
- O<sub>3</sub> หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O<sub>4</sub> หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 4 สัปดาห์

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือน เมษายน 2552 จำนวน 40 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยใช้โปรแกรม Power Analysis for Sample Size และใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมในการวิเคราะห์ เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ทั้งนี้ใช้ข้อมูลจากการศึกษาของ จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2540) พบว่าต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย กลุ่มละ 20 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 ราย รวมทั้งสิ้น 40 ราย

2. กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรู้สึกตัว มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน ซึ่งเป็นภาวะรู้สึกตัวในระดับปานกลาง ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Scale ในด้านการลืมตา การตอบสนองด้วยการพูด การตอบสนองด้วยการเคลื่อนไหว การแปลผล คะแนนสูงสุด 15 คะแนน ซึ่งหมายถึง ภาวะรู้สึกดี และค่าคะแนนต่ำสุด 3 คะแนน ซึ่งหมายถึงภาวะหมดสติอย่างลึก

2.2 กำลังของกล้ามเนื้อ อยู่ในระดับปกติ หรืออ่อนแรงเล็กน้อย การแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ เกรด 5 หมายถึง กำลังปกติ และเกรด 0 หมายถึง ไม่มีการเคลื่อนไหว

2.3 ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจหรือสายให้อาหาร

2.4 มีการรับรู้และสื่อความหมายได้ดี เข้าใจตรงกันด้วยภาษาไทย กรณีพูดไม่ได้ พูดไม่ชัด อาจใช้วิธีการสื่อสารอื่นทดแทน เช่น การเขียน การอ่าน การใช้รูปหรือสัญลักษณ์แทนคำพูด

2.5 ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (normality) และมีขนาดใหญ่พอในการทำวิจัย (Polit & Beck, 2004) โดยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (matched pair) ในด้านเพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และโรคประจำตัว

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท ได้แก่

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ระดับความรู้สึกตัว กำลังของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งต้นฉบับสร้างขึ้นโดย Barthel & Mahoney (1965) คิดค้นขึ้นเพื่อใช้ในผู้ป่วยพิการเรื้อรัง ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสวมใส่เสื้อผ้า 2) การรับประทานอาหาร 3) การล้าง

หน้า หวีผม แปรงฟันและ โคนหวด 4) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 5) การใช้ห้องสุขา 6) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 7) การขึ้นลงบันไดหนึ่งขั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ 10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ในแต่ละกิจกรรมมีคะแนนต่างกัน ขึ้นอยู่กับความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งมีคะแนนความสามารถสูงสุด 100 คะแนน คะแนนความสามารถต่ำสุด 0 คะแนน และชวลิ แยมวงษ์ (2538) ได้แปลเป็นภาษาไทยและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ อาจารย์พยาบาลจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษา จากนั้นนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการศึกษาจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .91 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 รายในการศึกษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .93 และนำมาทดสอบความเที่ยงของการสังเกตกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ได้ค่าความเที่ยงตรงของการสังเกตเท่ากับ .97 และทอนคะแนนลงเหลือ 2.5 ส่วน เพื่อความสะดวกในการประเมิน ซึ่งจะได้คะแนนเต็ม 40 คะแนน และ ชวลิ แยมวงษ์ ได้ตัดกิจกรรมขึ้นลงบันไดออก 4 คะแนน (จากเดิม 10 คะแนน) เนื่องจากไม่มีกิจกรรมขึ้นลงบันไดในโรงพยาบาล จึงเหลือ 9 กิจกรรมคะแนนเต็ม 36 คะแนน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตัดกิจกรรมการขึ้นลงบันไดออกเช่นเดียวกัน เนื่องจากสอนในโรงพยาบาลและกลุ่มตัวอย่างไม่มีกิจกรรมขึ้นลงบันได และเมื่อนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยทดลองใช้จริงกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 10 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96

ประเมินผลโดยผู้วิจัย ด้วยการสังเกต การสอบถาม และให้ผู้ป่วยปฏิบัติให้ดู และให้คะแนนตามระดับความสามารถ ดังนี้ (ชวลิ แยมวงษ์, 2538)

กิจกรรมการเดินและการเคลื่อนย้าย มี 4 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0	หมายถึง	ไม่สามารถกระทำได้
ระดับที่ 2 ให้คะแนน 2	หมายถึง	ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก
ระดับที่ 3 ให้คะแนน 4	หมายถึง	ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย
ระดับที่ 4 ให้คะแนน 6	หมายถึง	สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการขับถ่ายปัสสาวะ มี 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0	หมายถึง	ไม่สามารถกระทำได้
ระดับที่ 2 ให้คะแนน 2	หมายถึง	ต้องพึ่งพาผู้อื่น
ระดับที่ 3 ให้คะแนน 4	หมายถึง	สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง



กิจกรรมการอาบน้ำเช็ดตัว สุขวิทยาส่วนบุคคลมี 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0	หมายถึง	ไม่สามารถกระทำได้
ระดับที่ 2 ให้คะแนน 1	หมายถึง	ต้องพึ่งพาผู้อื่น
ระดับที่ 3 ให้คะแนน 2	หมายถึง	สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

เมื่อนำคะแนนทั้ง 9 กิจกรรมมารวมกันจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 0-36 คะแนน นำผลรวมของคะแนนมาแบ่งระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามค่าพิสัยโดยแบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้

0-8 คะแนน	หมายถึง	ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง
9-17 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติได้น้อย
18-26 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติได้เองปานกลาง
27-35 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่
36 คะแนน	หมายถึง	สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** คือ โปรแกรมการสอนและร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาและดำเนินการสร้างเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรม และทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีระบบการพยาบาล ตามแนวคิดของ Orem (2001) ร่วมกับการใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) เป็นฐานแนวความคิดในจัดทำเครื่องมือ ได้กำหนดแนวทางการสร้างเครื่องมือดังนี้

2.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสอนและการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย การฝึกการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ และการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการสอนและร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย
- 2) การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม
- 3) ฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ
- 4) การประเมินการปฏิบัติกิจกรรม

2.3 สร้างสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ได้แก่ แผนการสอนเรื่อง “สอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยสื่อที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้ในโปรแกรม มีรายละเอียด ดังนี้

2.3.1 แผนการสอนเรื่อง “สอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยกำหนดวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุโรค

หลอดเลือดสมองเกิดการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายที่จะเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบที่เกิดขึ้น ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพโดยการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายและข้อต่าง ๆ

2.3.2 ภาพพลิกประกอบการสอนเรื่อง “โรคหลอดเลือดสมอง” โดยมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนข้างต้น

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เกี่ยวกับแผนการสอนสำหรับผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา และผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน และไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ส่วนผู้ทรงคุณวุฒิอีกหนึ่งท่านให้เพิ่มเติมระยะเวลาสอน (รวม) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) การทดลองใช้ นำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย เกี่ยวกับแผนการสอนสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 ราย มีความเข้าใจเนื้อหา ให้ความสนใจภาพพลิกซึ่งเป็นสื่อการสอนที่ใช้ประกอบในการให้ความรู้ กิจกรรมที่ใช้มีความเหมาะสม ระยะเวลาที่ใช้เป็นไปตามที่กำหนด และสามารถนำไปใช้ดำเนินการวิจัยต่อไปได้

### 3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

3.1 แบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อติดตามการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำมาวิเคราะห์ว่ากลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นจำนวนกี่ครั้งในหนึ่งวัน กิจกรรมที่ได้ปฏิบัติมีอะไรบ้าง และสามารถปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด โดยผลที่วิเคราะห์ได้จะนำไปเป็นส่วนของการอภิปรายผลการทดลอง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้นำแบบบันทึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบอีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้เพิ่มเติมคำอธิบายในการใช้แบบบันทึกให้ชัดเจน และเติมคำให้สมบูรณ์หน้าประโยค เช่น การเคลื่อนไหวแขน การเคลื่อนไหวข้อไหล่ เป็นต้น

2) การทดลองใช้ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย โดยกำหนดเกณฑ์คือ ควรฝึกทำอย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง และควรฝึกปฏิบัติให้ครบทุกท่า พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 1 ราย ไม่สามารถลงบันทึกได้เอง เนื่องจากอ่อนแรงแขนด้านที่ถนัด จึงมีผู้ดูแลเป็นผู้ลงบันทึกให้ ซึ่งสามารถลงบันทึกได้ถูกต้อง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอีก 2 ราย สามารถลงบันทึกเองได้ถูกต้อง นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ในช่วง 4-5 วันแรก มีการฝึกปฏิบัติวันละ 1-2 ครั้ง 3-4 ท่า แต่หลังจากนั้นมีการฝึกปฏิบัติทุกวัน ตามเกณฑ์ที่กำหนด

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนในการดำเนินดังนี้

#### ขั้นวางแผน

เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นพยาบาลประจำการ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม มีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5-7 ปี ผู้วิจัยชี้แจงเรื่องที่ศึกษา วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ โดยสรุป และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับติดตามช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้องตามวัตถุประสงค์

#### ขั้นดำเนินการ

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. สัมภาษณ์ผู้ป่วยจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย เฉพาะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตนเอง บอกจุดประสงค์ของการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว พร้อมทั้งดูประวัติจากบันทึกเวชระเบียน

5. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

#### 5.1 กลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้ จะได้รับการพยาบาลตามที่ปฏิบัติกันเป็นประจำที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง ดังนี้

**ครั้งที่ 1** ในวันแรกที่พบกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มควบคุม และรวบรวมข้อมูลโดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ใช้เวลา 30 นาที

**ครั้งที่ 2** ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมเมื่อมาตรวจตามแพทย์นัดในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุย ชักถามอาการทั่ว ๆ ไป อาการแทรกซ้อนหรืออาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ ในระยะเวลาที่ผ่านมา และให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ

## 5.2 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ตามโปรแกรมการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ดังต่อไปนี้

**ครั้งที่ 1 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย** ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นกันเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ กระตือรือร้นที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อประเมินปัญหาและรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เมื่อกลุ่มทดลองยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มทดลองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง นอกจากนี้การ สร้างสัมพันธภาพเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ก่อให้เกิดความมั่นใจและไว้วางใจในตัวผู้วิจัย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติต่อไป ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในวันที่ 1

**ครั้งที่ 2 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม** โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้ผู้วิจัยมีการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบที่เกิดขึ้น ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ ด้วยวิธีการสอนประกอบภาพพลิกเป็นรายบุคคลโดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมการดูแลตนเองว่าก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตน ขึ้นตอนนี้ใช้เวลา 45-60 นาที ในวันที่ 2

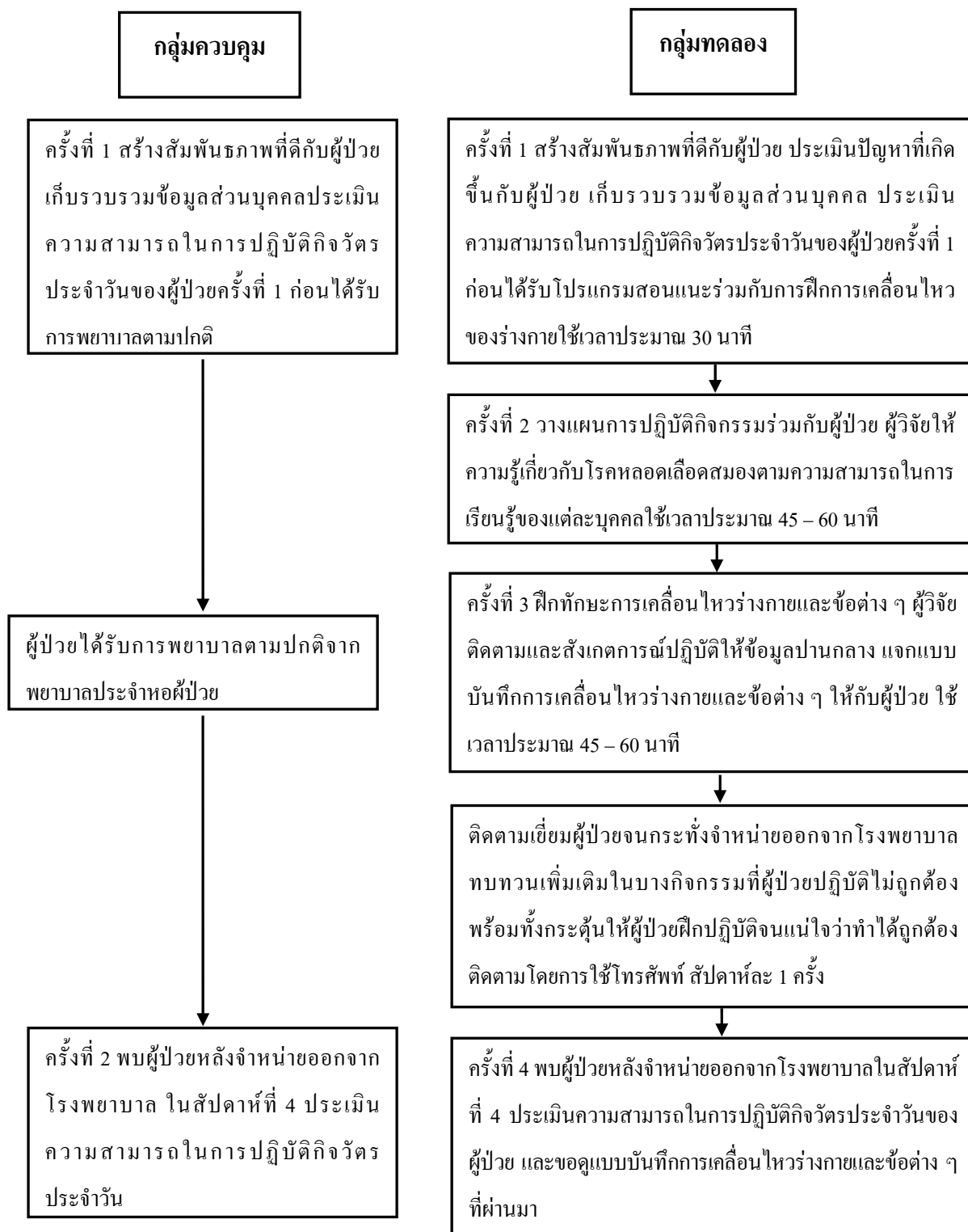
**ครั้งที่ 3** ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถนำไปใช้ดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผู้วิจัยสอนและฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ พร้อมทั้งให้กลุ่มทดลองลงมือปฏิบัติพร้อมกับผู้วิจัย มีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะและให้คำแนะนำ ทบทวนเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย เปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ และแนะนำให้กลุ่มทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที แจกแบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกาย พร้อมทั้งอธิบายวิธีการลงบันทึก โดยให้ผู้ผู้ป่วยเริ่มลงบันทึกการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้กลุ่มทดลองประเมินการปฏิบัติด้วยตนเองในแบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกาย ขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ในวันที่ 2

**ครั้งที่ 4** การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม โดยผู้วิจัยสรุปและประเมินผลจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปวางแผน ปรับปรุงหรือพัฒนากิจกรรมให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ภายหลังกลุ่มทดลองจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ขณะนอนโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พுகุย สังเกต และติดตามการฝึกการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ทบทวนเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยมีการติดตามการปฏิบัติเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยการโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเข้าพบกลุ่มทดลองอีกครั้งเมื่อมาตรวจตามแพทย์นัด หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินผลของการจัดกระทำของโปรแกรมที่ให้ ซึ่งเป็นการติดตามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยขอแบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายจากผู้ป่วย และให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอีกครั้ง ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

## การดำเนินการรวบรวมข้อมูล



### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ถือว่าจรรยาบรรณของนักวิจัยเป็นสิ่งที่นักวิจัยต้องคำนึงมากที่สุด เนื่องจากนักวิจัยต้องเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล และกระทำกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้ป่วยในฐานะของผู้ร่วมวิจัยอย่างใกล้ชิด นักวิจัยต้องทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยต้องเคารพสิทธิ ความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับของผู้ป่วย ผู้วิจัยดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรม ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยทุกราย โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างการวิจัยหากผู้ป่วยไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา ผู้ป่วยสามารถบอกเลิกได้โดยมีต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลของผู้ป่วย ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ระดับความรู้สึกตัว นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (frequency) และหาค่าร้อยละ (percentage)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi- experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย และเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ในรูปตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 1

ตอนที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 2

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4



ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ระดับความรู้สึกร่างกาย กำลังของกล้ามเนื้อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n <sub>1</sub> = 20)		กลุ่มทดลอง (n <sub>2</sub> = 20)		รวม (N= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	14	70	14	70	28	70
หญิง	6	30	6	30	12	30
อายุ (ปี)	$\bar{X} = 70.85, SD = 6.08;$		$\bar{X} = 68.95, SD = 6.31$			
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	-	-	-	-	-	-
คู่	14	70	14	70	28	70
ม้าย	6	30	6	30	12	30
หย่าหรือแยกกันอยู่	-	-	-	-	-	-
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	15	75	15	75	30	75
อิสลาม	5	25	5	25	10	25
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	5	1	5	2	5
ประถมศึกษา	18	90	18	90	36	90
มัธยมศึกษา	1	5	1	5	2	5
อนุปริญญาหรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	-	-	-	-	-	-
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ปริญญาตรี	-	-	-	-	-	-
<b>อาชีพ</b>						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	5	1	5	2	5
ทำงานบ้าน	7	35	7	35	14	35

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n <sub>1</sub> = 20)		กลุ่มทดลอง (n <sub>2</sub> = 20)		รวม (N= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค้าขาย	4	20	3	15	7	17.5
รับจ้าง	-	-	5	25	5	12.5
เกษตรกรรม	8	40	4	20	12	30
รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ	-	-	-	-	-	-
รายได้ (บาท/เดือน)	$\bar{X} = 4,350, SD = 1136.70$ ; $\bar{X} = 4,250, SD = 1,069.92$					
โรคประจำตัว						
ไม่มี	5	25	5	25	10	25
ความดันโลหิตสูง	9	45	9	45	18	45
เบาหวาน	-	-	-	-	-	-
หัวใจ	-	-	-	-	-	-
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	6	30	6	30	12	30
ระดับความรู้สึกรู้ตัว (คะแนน)	$\bar{X} = 14.25, SD = .91$ ; $\bar{X} = 14.50, SD = .60$					
กำลังของกล้ามเนื้อ (เกรด)						
แขนขวา	$\bar{X} = 4.25, SD = 1.33$ ;		$\bar{X} = 4.6, SD = .75$			
แขนซ้าย	$\bar{X} = 3.75, SD = .91$ ;		$\bar{X} = 3.70, SD = 1.03$			
ขาขวา	$\bar{X} = 4.30, SD = 1.26$ ;		$\bar{X} = 4.65, SD = .67$			
ขาซ้าย	$\bar{X} = 3.85, SD = .81$ ;		$\bar{X} = 4.2, SD = .52$			

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.95 ปี (SD=6.31) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.85 ปี (SD = 6.08) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 70 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 75 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 90 มีอาชีพทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคือ อาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 45 กลุ่มทดลองมีระดับความรู้สึกรู้ตัวเฉลี่ยเท่ากับ 14.5 คะแนน (SD=.60) และกลุ่มควบคุมมีระดับความรู้สึกรู้ตัวเฉลี่ยเท่ากับ 14.25 คะแนน (SD=.91)

ตอนที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ความสามารถ) ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $n_1 = 20$ ) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ( $n_2 = 20$ )

ความสามารถ	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สามารถ								
ปฏิบัติได้เอง	7	35	7	35	4	20	-	-
ปฏิบัติได้น้อย	11	55	11	55	16	80	-	-
ปฏิบัติได้เองปานกลาง	2	10	2	10	-	-	15	75
ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่	-	-	-	-	-	-	5	25
สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง	-	-	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง คิดเป็นร้อยละ 35 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย คิดเป็นร้อยละ 55 และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10 หลังการทดลองไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองคิดเป็นร้อยละ 35 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย คิดเป็นร้อยละ 55 และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองคิดเป็นร้อยละ 20 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย คิดเป็นร้อยละ 80 หลังการทดลองมี

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น คือ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75 และ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 25

**ตอนที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนและร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ความสามารถ<sup>๑</sup>) ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $n_1=20$ ) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนและร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ( $n_2=20$ ) โดยใช้สถิติ Dependent t-test

ความสามารถ <sup>๑</sup>	กลุ่มควบคุม					กลุ่มทดลอง				
	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	11.55	4.16				11.35	2.13			
			19	.438	.666			19	-14.20	.000
หลังทดลอง	11.50	4.19				23.45	4.89			

\* $p<.05$

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 11.55 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 11.50 เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า กลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 11.35 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 23.45 เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสอนและร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพิ่มขึ้น สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มทดลองก่อนและ

หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตอนที่ 4** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ความสามารถ) ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $n_1 = 20$ ) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ( $n_2 = 20$ ) โดยใช้สถิติ Independent t-test

ระยะเวลา	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง				
	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
<b>ก่อนทดลอง</b>					
กลุ่มควบคุม	11.55	4.16	28.35	.191	.850
กลุ่มทดลอง	11.35	2.13			
<b>หลังทดลอง</b>					
กลุ่มควบคุม	11.50	4.19	38	-8.288	.000
กลุ่มทดลอง	23.45	4.89			

\* $p < .05$

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 11.55 และ 11.35 ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งสอง

กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน สรุปได้ว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 11.50 และ 23.45 ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดย

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ  
กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ  
ร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย
2. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม
2. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ คัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างโดยใช้คุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือด

สมอง ที่มีระดับความรู้สึกรู้ตัว มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Scale กำลังของกล้ามเนื้อ อยู่ในระดับปกติ หรืออ่อนแรงเล็กน้อย ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจหรือสายให้อาหาร มีการรับรู้และสื่อความหมายได้ดี เข้าใจตรงกันด้วยภาษาไทย กรณีพูดไม่ได้ พูดไม่ชัด อาจใช้วิธีการสื่อสารอื่นทดแทน จับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้าน เพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และโรคประจำตัว และจัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียน โดยการสุ่มตามสะดวก (convenience sampling) พิจารณาตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria)
2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่เข้ามารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ และประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว โดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Scale (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีระดับความรู้สึกรู้ตัว มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน ซึ่งเป็นภาวะรู้สติในระดับปานกลางถึงดี
3. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (informed consent form) ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched pairs) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน โดยให้กลุ่มทั้งสองมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้าน เพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และโรคประจำตัว จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบ 20 คู่

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด คือ

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้และวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดง ปัจจัย



เสียง ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบที่เกิดขึ้น ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีรายละเอียดตามแผนการ สอน และภาพพลิกเรื่อง “โรคหลอดเลือดสมอง” ที่ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ นำไปทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้ผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขและทำการตรวจสอบความ เทียงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง

### การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจาก การศึกษาข้อมูลเวชระเบียน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจับคู่กลุ่ม ตัวอย่าง เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน โดยให้กลุ่มทั้งสองมีลักษณะคล้ายคลึงกันใน ด้านเพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และโรคประจำตัว จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบ 20 คู่

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของ ผู้เข้าร่วมวิจัย มอบเอกสารข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอม ของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย แล้วดำเนินการทดลอง ดังนี้

#### กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (pre-test) กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาล ตามปกติ โดยได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง จากพยาบาลประจำการ และพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 เมื่อมาตรวจตามแพทย์นัด หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (post-test) ผู้วิจัยอธิบายเมื่อเกิดข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบ และกล่าวขอบคุณ

#### กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (pre-test)

ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายจากผู้วิจัย กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบที่เกิดขึ้น ตามแผนการสอน เรื่อง “การสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยใช้ภาพพลิกเป็นสื่อการสอน ตามความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยสอนฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติ พร้อมกับผู้วิจัย มีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย แจกแบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายและข้อต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทบทวนเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง และเข้าพบกลุ่มทดลองอีกครั้งเมื่อมาตรวจตามแพทย์นัด หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินผลของการจัดกระทำที่ให้ ซึ่งเป็นการติดตามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (post-test) ผู้วิจัยอธิบายเมื่อเกิดข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบ และกล่าวขอบคุณ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive analysis) อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามระดับของการวัดแต่ละข้อมูล
2. วิเคราะห์และทดสอบนัยสำคัญ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยใช้สถิติที (dependent t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยใช้สถิติที (independent t-test)

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1** ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และสามารถฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายและการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ซึ่งเป็นการฟื้นฟูสภาพในส่วนที่เกิดการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Holmvis et al. (1998) เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 83 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 35 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

และจากการศึกษาของ Mayo et al. (2000) ที่ได้ศึกษาผลของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพที่บ้านสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ของ Orem (2001) ร่วมกับการใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริม และปรับปรุงความสามารถในการปฏิบัติให้สูงขึ้นตามศักยภาพที่มีอยู่ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม การลงมือปฏิบัติกิจกรรม และการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล รู้สึกเป็นมิตรกล้าพูดคุย ทำให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ตามความเป็นจริง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองโดยการสอน ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความรู้และทักษะบางประการในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540; Orem, 2001)

สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตย์ เสวยศสกล และศุภวดี ลิ้มพานนท์ (2540) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยการสอนเรื่องโรคและการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่คลินิกหลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ติดตามสนับสนุนและให้ความรู้ต่อเรื่องที่บ้านตามสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน และประเมินซ้ำอีกครั้ง หลังจากนั้น 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองหลังจากได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองสูงขึ้น และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และดำเนินการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายและการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ โดยผู้วิจัยได้มีการสาธิตพร้อมกันให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ มีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติ รวมถึงการให้ข้อมูล คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย หลังจากนั้นมีการประเมินผลโดยให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และจำได้แม่นยำยิ่งขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและโทรศัพท์ติดตาม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อประเมินผลของการจัดกระทำที่ให้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Gortner et al. (1988) พบว่าการสอนแนะช่วยปรับปรุงการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคหัวใจ โดยผู้ศึกษาใช้การสอนแนะทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย

เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ติดตามการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะนำมีการรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Gortner & Jenkins (1990) ทำการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ โดยใช้การสอนแนะนำทางโทรศัพท์ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะนำมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ (2549) ทำการศึกษาผลการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย มีการติดตามความก้าวหน้าและความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพโดยการโทรศัพท์ พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.001

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่าจากผลการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายตามแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ของ Orem (2001) ร่วมกับการใช้แนวคิดการสอนแนะนำของ Girvin (1999) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และมีทักษะในการฟื้นฟูสภาพมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ**

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การศึกษาครั้งนี้ได้จัดโปรแกรมการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ของ Orem (2001) มาช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ร่วมกับการใช้แนวคิดการสอนแนะนำของ Girvin (1999) ในการพัฒนาส่งเสริม และปรับปรุงความสามารถในการปฏิบัติให้สูงขึ้นตามศักยภาพ

ที่มีอยู่ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการโดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยตั้งแต่ครั้งแรก ด้วยท่าทีที่จริงใจ ตั้งใจให้ความช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ซึ่งความไว้วางใจและความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้ของบุคคล และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) ผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นกันเองยอมรับและให้ความร่วมมือ (Rice, Balakas, Freed & Schappe, 2001) ทำให้สามารถประเมินปัญหาและให้กิจกรรมการพยาบาลได้ตรงตามปัญหาที่พบ หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม โดยการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ขณะสอนและหลังการสอนผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การที่ผู้วิจัยสอนให้ความรู้ จะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้และทักษะบางประการ มีความสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Orem, 2001) อีกทั้งการสอนให้ความรู้เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลโดยอิสระ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเพิ่มมากขึ้น มีทักษะที่จะปฏิบัติตัว (O'Connell, Baker & Prosser, 2003; Pierce, Gordon & Steiner, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพรพรรณ ชีรานุช (2539) ซึ่งใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้วิธีการสอนผู้ป่วย และให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นและความสามารถในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ในการสอนให้ความรู้ ผู้วิจัยใช้สื่อการสอนเป็นภาพพลิกประกอบการสอน ซึ่งประกอบด้วยรูปภาพ และอักษรบรรยายที่มีขนาดใหญ่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับแผนการสอนที่กำหนดไว้ ซึ่ง Deakins (1994) กล่าวว่าการใช้สื่อการสอนผู้สูงอายุ ควรใช้สื่อที่มีรูปภาพประกอบ ไม่ควรเป็นตัวหนังสือทั้งหมด และใช้อักษรที่มีขนาดใหญ่ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมโดยการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติพร้อมกับผู้วิจัย มีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยทำการแก้ไข ทบทวนเพิ่มเติมพร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง เน้นฝึกจนให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความชำนาญ โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย

จากการติดตามเยี่ยมและตรวจสอบแบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย ระหว่างที่ยังรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยมีการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย และฝึกการเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลตา อาศัปกะกุล (2545) พบว่าการติดตามเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างอิสระ และจากการศึกษาของ เพ็ญศรี สิริวรารมย์ (2550) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการโทรศัพท์

1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อประเมินติดตาม กระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรม กล่าวชมเชย ส่งเสริมและให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย และฝึกการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับคำกล่าวของ พูลสุข เจนพานิชย์ (2003 อ้างถึงใน บรรณทวารวณ หิรัญเคราะห์, 2549) ที่กล่าวว่า การติดตามเยี่ยมบ้านหรือทางโทรศัพท์ ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองของกลุ่มตัวอย่าง และช่วยทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

สำหรับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักจะได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพค่อนข้างจำกัด โดยการให้ความรู้และคำแนะนำก่อนกลับบ้าน เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก อีกทั้งในปัจจุบันแนวโน้มในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีระยะเวลาดำเนินการ ผู้ป่วยเมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤตแพทย์มักจะจำหน่ายผู้ป่วยก่อนการฟื้นฟูจะเสร็จสิ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และการฟื้นฟูสภาพไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลง

ดังนั้นจากการศึกษาในครั้งนี้ จึงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย และการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ มีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งแนะนำ การแก้ไข ทบทวนเพิ่มเติมพร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง เน้นฝึกจนให้ผู้ป่วยเกิดความชำนาญ โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายสามารถทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากขึ้น เนื่องจากเป็น โปรแกรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำ ติดตามและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดความไว้วางใจ มีกำลังใจ ตระหนักถึงความสำคัญในการฝึกปฏิบัติ เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพทุกคน ควรนำการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปใช้ให้เหมาะสมกับความสามารถในการเรียนรู้

ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละรายในการวางแผนก่อนจำหน่าย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแล

2. ด้านการศึกษาการพยาบาล ควรมีการจัดอบรมเพื่อให้พยาบาลและบุคลากรที่มีสุขภาพ มีความรู้ ความชำนาญในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกาย การฝึกเคลื่อนไหว ข้อต่าง ๆ

3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำโปรแกรมสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย และผลการวิจัยในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการครองเตียงและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแล

4. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรทำการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคงทนของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย

2. ควรมีการศึกษาศักยภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในกลุ่มโรคอื่น เช่น ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุโรคหัวใจ หรือผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มโรคอื่น ซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่แตกต่างกัน



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกวรรณ พุ่มทองดี. (2544). การฝึกถ่ายภาพปัสสาวะ. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ และ อัจฉรา หล่อ  
วิจิตร (บรรณาธิการ), **คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน**, หน้า 176-190. ขอนแก่น:  
ขอนแก่นการพิมพ์.
- กมลทิพย์ ภูมิศรี. (2546). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองเพื่อ  
**ป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพ. ใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (บรรณาธิการ), **การ  
ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**, หน้า 59-73. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสาร  
และสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กระทรวงสาธารณสุข.สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (2549). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2548**. สำนัก  
นโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2547). **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. กรุงเทพฯ: งานตำรา  
วารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2541). **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ**. เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่  
2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- จรรยา ทับทิประดิษฐ์. (2547). ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรค  
**หลอดเลือดสมองโรงพยาบาลลำปาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ  
พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จอม สุวรรณโณ. (2540). **ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อน  
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอม สุวรรณโณ. (2546). ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน  
ระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. **วารสารสภาการพยาบาล** 18, 3: 1-21.
- จันทร์เพ็ญ การ์เวช. (2537). การดูแลผู้ป่วยอัมพาต. **วารสารพยาบาล** 33: 126-146.
- จันทนา ทองชื่น. (2545). **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแล  
ตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ  
พยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จันทนา รัตนฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). **หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- จันทิรา ทองใส. (2548). **ศึกษาผลของการสอนแนะต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไตใหญ่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารึก ธานีรัตน์. (2545). **ผลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา สมนึก. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ. (2540). **ผลการสอนและการฝึกปฏิบัติทักษะแก่ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา. (2548). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 23, 2: 229-237.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). **โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางพยาบาล**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- เจียมจิต โสภณสุขสถิต. (2544). **ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชวลี เข้มวงษ์. (2538). **ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชมพูนุท ศรีรัตน์. (2546). **ผลการสร้างเสริมความหวังต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ครุณี เสมอรัตนะชาติ. (2543). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่ออาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เดือนน้อย ไบคำ. (2542). คู่มือสำหรับประชาชน: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน. (ม.ป.ท.).
- นวลจันทร์ พิมพ์รักษา. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภาวะหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นวลตา อาคัพทะกุล. (2545). สัมฤทธิ์ผลของโครงการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลหาดใหญ่. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 32: 113-118.
- น้อมจิตต์ นวลเนตร์. (2545). แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ, และอัจฉรา หล่อวิจิตร (บรรณาธิการ), คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. (2548). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2543). โรคหลอดเลือดสมอง: ปัจจัยเสี่ยงและการรักษา. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), เคล็ดลับในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตย์ เสรยศสกุล และศุภวดี ลิ้มปพานนท์. (2540). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล 1, 1: 92-98.
- นีนนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์. (2549). ผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระยะของ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นุกูล นะปุ่นพงษ์, ซอลดา พันธุเสนา และนิตยา ตากวิริยะนันท์. (2537). ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 14, 14: 1 – 13.
- เนตรนภา คู่พันธ์วี. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บกระดูกสันหลัง. ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- บรรณทวารรณ หิรัญเคราะห์. (2549). ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บั่งอร ตั้งวิโรจน์ธรรม. (2545). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุศริน เอี้ยวสีหยก. (2545). ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประพิศ จันทร์พฤษา. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ. ใน สุปาณี เสนาดิสัย (บรรณาธิการ), การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ, หน้า 583-640. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- ประไพพรรณ จิรันทร. (2543). การพยาบาลเพื่อสนองความต้องการด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน. ใน สุปาณี เสนาดิสัย (บรรณาธิการ), การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ, หน้า 109-164. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประราตี โอภาสนันท์. (2542). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยาณี ณ นคร. (2548). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผกามาศ วัฒนกะวรรณ. (2547). รายงานการวิจัยเรื่อง ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. เพชรบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.

- พรชัย จุลเมตต์และยุพิน ถนัดวนิชย์. (2543). รายงานการวิจัย ความเครียดและการเผชิญ  
ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พวงน้อย อรุณ. (2536). ปัญหาและสุขภาพจิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วารสารจิตวิทยาทางคลินิก  
24, 1: 67-72.
- พัชรวิมล กุปต์นิรัตติยกุล. (2543). เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน วิชาล คันธรัตน์กุล  
และภาริส วงศ์แพทย์ (บรรณาธิการ), คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู, หน้า 181-191. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก  
พับลิชชิง.
- เพ็ญศรี สิริวรารมย์. (2550). สถานการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่  
บ้านในอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร  
สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภูวนารถ ลีประเสริฐ. (2544). การเลือกใช้ภาวะแทรกซ้อนของโรคในการประเมินผลบริการ  
ปฐมภูมิ: กรณีศึกษาภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมองจากความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทบริหาร สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วัชรารวี ไพบูลย์. (2544). ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Outcome of medical  
rehabilitation). จุลสารฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 10: 16-22.
- วรพรรณ เสนาณรงค์. (2548). คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ:  
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิราวรรณ คล้ายหิรัญ. (2544). ผลของการสอนแนะต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิไล สีพยา. (2541). รายงานการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรง  
สนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.  
วารสารการศึกษาพยาบาล 9, 2: 66 - 72.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2545). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.  
กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2550). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.  
กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2550). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาล  
ทั่วไป. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

- สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (2539). ใน *สเกก อักษรานุกรณะ* (บรรณาธิการ), *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู*. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เทคนิค 19.
- สนิท คุ่มบุญมี และสุทธิดา ปานเพ็ชร. (2523). *โรคหลอดเลือดสมอง*. ใน *สนิท คุ่มบุญมี (แปลและเรียบเรียง), Textbook of Medical-Surgical Nursing ของ Lillian Sholtis Brunner et al.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรพัฒนา.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์ของการปฏิบัติทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์การพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล, สุรเกียรติ อาษานาฎภาพ, อภิศิ ปลอดในเมือง และปรกรณ์ ประมุขกุล. (2544). ประสิทธิภาพของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อปรับปรุงการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารทางการแพทย์ทางการพยาบาล* 5, 1: 36-53.
- สมศักดิ์ ลัทธพิถุคธรรม. (2543). *คู่มือประเมินความสูญเสียสมรรถภาพจากความพิการทางระบบประสาท*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ. (2545). การพึงพา อัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร* 29, 4: 40-52.
- สุภาวดี ธนพระภักดิ์. (2534). *การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลูปัส*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมล เกษรวณิช. (2534). *ผลของการพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรียมต่อความพึงพอใจในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสตรีโรค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุรเกียรติ อาษานาฎภาพ. (2546). *หนังสือชุด ร้อยเรื่อง ร้อยโรค: อัมพาต (ครึ่งซีก)*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. (2541). *ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุวาริ เทพคารา, สมใจ ลือวิเศษไพบูลย์, ลักษณ์ ทงมี, นิจกานต์ ต้นอุ้นเดช, ปิยพร ไชยกุล และ สุภาพร ศิริบุรณ์พิพัฒนา. (2544). ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วย อัมพาตครึ่งซีกที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 13: 156-165.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2550). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุทธิดา รัตนสมาน. (2542). การพัฒนารูปแบบการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุคติ หิรัญชุนหะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสธญา สุตสาระ. (2547). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรุณี ลำภาทอง. (2538). การเสริมสร้างสมรรถภาพการสอนของครูประถมศึกษาโดยการให้ กระบวนการอบรมแบบเน้นการสอนแนะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชา หลักสูตรและการสอน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณี ศิริกังวานกุล. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารกรมการแพทย์ 27: 239-247.
- อรนัทร โดษยานนท์. (2539). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน เสก อักษรานุเคราะห์ (บรรณาธิการ), ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เทคนิค 19.
- อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์, ดวงแข พิทักษ์สิน, สมสุข สิงห์ปัญจันที และวิราวรรณ คล้ายหิรัญ. (2544). ผลของการสอนแนะต่อทักษะการสวนปัสสาวะและความพึงพอใจของนักศึกษา พยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. 13: 10-15.
- อัจฉรา หล่อวิจิตร. (2544). การช่วยเหลือในการขับถ่าย. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร (บรรณาธิการ), คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- อัมพรพรรณ ชีรบุตร. (2539). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อัมพรพรรณ ชีรนุตร์ และคณะ. (2540). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง. วารสารศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง 5, 2: 41-46.

อารมณ บุญเกิด. (2540). ประสิทธิภาพของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

โสภาส ธรรมวานิช. (2540). อัมพาตรักษาหายได้. กรุงเทพฯ: กราฟิเคิลไซส์.

### ภาษาอังกฤษ

Adam, H. P., et al. (2003). **A guide to stroke risk factors and treatment** [Online]. Available from: <http://www.strokecenter.com>[2004, June 29]

Bakas, T., Austin, J. K., Okonkwo, K. F., Lewis, R. R., and Chadwick, L. (2002). Need, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. **Journal of Neuroscience Nursing** 34: 242-252.

Broderick, J. P., et al. (1999). Guidelines of management of spontaneous intracerebral hemorrhage [Electronic version]. **Stroke** 30: 905-915.

Carpenito, L. J. (1995). **Nursing care plan & documentation**. Philadelphia: Lippincott.

Chemrinski, E., Robinson, R. G., and Kosier, J. T. (2001). Improved recovery in activities of daily living associated with remission of post-stroke depression. **Stroke** 32: 113-117.

Clarke, E. B. and Spross, J. A. (1996). **Expert coaching and guidance**. In A. B., Hamric, J. A., Spross, and C. A., Hanson (eds.), **Advance Nursing Practice: An integrative approach**, Philadelphia: W. B. Saunders.

Deakins, D. A. (1994). Teaching elderly patients about diabetes. **American Journal of Nursing** 94(4): 38-42.

Denis, M. S. and Warlow, C. P. (1987). Stroke incidence risk factors and outcome. **British Journal of Hospital Medicine** 104-108.

Girvin, J. (1999). Coaching improving job performance and satisfaction. **Nursing Times** 95(50): 55-57.

Gortner et al. (1988). Improving recovery following cardiac surgery: A randomized clinical trial. **Journal of Advanced nursing** 13: 649-661.



- Gortner, S. R., and Jenkins, L. S. (1990). Self-efficacy and activity level following cardiac surgery. **Journal of Advanced nursing** 15: 1132-1138.
- Grealish, L. (2000). The skill of coach are an essential element in clinical learning. **Journal of Nursing Education** 39(5): 231-233.
- Hayes, S. H. and Carroll, S. R. (1986). Early intervention care in the acute stroke patient. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** 67(5): 319-312.
- Hickey, J. V. and Hock, N. H. (2003). Stroke and other cerebrovascular diseases. In J. V. Hickey (eds.), **The clinical practice of neurological and neurological nursing**. 5<sup>rd</sup>. Philadelphia: Lippincott.
- Hock, N. H. (1999). Brain attack the stroke continuum. **Neuroscience Nursing for a New Millenium** 34(3): 689-732.
- Holmquist, L. D., et al. (1998). A randomized controlled trail of rehabilitation at home after stroke in Southwest Stockholm [Electronic version]. **Stroke** 29: 591-597.
- 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.
- Kumlien, S., and Axelsson. (2002). Stroke patients in nursing homes: eating, feeding, nutrition and related care [Electronic version]. **Journal of Clinical Nursing** 11: 498-509.
- Marco, Y. P., Jocelyn, E. H., and Janice, J. E. (2006). A Community-Based Upper-Extremity Group Exercise Program Improves Motor Function and Performance of Functional Activities in Chronic Stroke: A Randomized Controlled Trial. **Archives of Physical medicine and Rehabilitation** 87(1): 1-9.
- Mayo, N. E., et al. (2000). There's no place like home and evolution of early support discharge for stroke. **Stroke** 31: 1016-1023.
- Meijer, R., et al. (2003). Prognostic factors for ambulation and activities of daily living in the sub-acute phase after stroke: A systematic review of the literature. **Clinical Rehabilitation** 17: 119-129.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2005). **Post-stroke rehabilitation fact sheet** [Online]. Available from: <http://www.ninds.nih.gov>[2005, May 28]
- O'Connell, B., Baker, L., and Prosser, A. (2003). The education needs of caregivers of stroke survivors in acute and community setting. **Journal of Neuroscience Nursing** 35(1): 21-28.

- Oliver, J. W., Kravitz, R. L., Kaplan, S. H., and Meyers, F. J. (2001). Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients [Electronic version]. **Journal of Clinical Oncology** 19(8): 2206-2212.
- Orem, D. E. (1985). **Nursing concepts of practice**. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-hill Book Company.
- Orem, D. E. (2001). **Nursing concepts of practice**. St.Louis: Mosby.
- Pierce, L. L, Gordon, M. F., and Steiner, V. (2004). Family dealing with stroke desire information about self-care needs. **Rehabilitation Nursing** 29: 14–17.
- Polit, D. F. and Beck, C. T. (2004). **Nursing research: Principles and methods**. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Ragsdale, D., Yarbrough, S., and Lasher, A. V., (1993). Using social support theory to care for CVA patients. **Rehabilitation Nursing** 18(3): 154–161.
- Reding, M. J. and McDowell, F. (1987). Stroke rehabilitation. **Neurologic Clinics** 5(4): 601-630.
- Rice, R., Balakas, V. K., Freed, P. E., and Schappe, A. C. (2001). Patient education. In R. Rice (Ed.), **Home care nursing practice: Concepts and application**. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Smith, L. N., Lawrence, M, Kerr, S. M., Langhorne, P., and Lees, K. R. (2004). Informal carer's experience of caring for stroke survivors. **Journal of Advanced nursing** 46: 235-244.
- Smith, S., Duell, D., and Martin, B. C. (2000). **Clinical nursing skills: Basic to advanced skills**. 5<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Spross, J. A., Clarke, E. B., and Beauregard, J. (2001). Expert coaching and guidance. In A. B., Hamric, J. A., Spross, and C. M., Hanson (eds.); **Advanced nursing practice: An integrative approach**. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Steinberg, F. U. (1986). Rehabilitation the older stroke patient what possible? **Geriatric** 41(3): 85-97.
- Westergren, A., Ohlsson, O., and Hallberg, I. R. (2001). Eating difficulties complication and nursing interventions during a period of three months after stroke. **Journal of Advanced nursing** 35: 416-426.
- Wilkie. D. J., Wiliams, A. R., Grevstad, R., and Mekwa, J. (1995). Coaching person with lung cancer to report sensory pain. **Cancer Nursing** 18: 7-15.

World Health Statistics. (2007). **Statistics** [Online]. Available from:

[www.who.int/whosis/2007](http://www.who.int/whosis/2007), April 20]

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์ เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์	นายแพทย์ 9 สาขาประสาทวิทยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญากรณ์ มุทสิลป์	แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คุณ กรรณิกา อังกูร	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ภาควิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คุณ เตือนใจ รักดีพรหม	พยาบาลวิชาชีพ 7 ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง โรคหลอดเลือดสมอง (APN) โรงพยาบาลหาดใหญ่
	พยาบาลวิชาชีพ 7 ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ (APN) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ภาคผนวก ข  
ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย  
จดหมายขอพิจารณาจริยธรรม

โรงพยาบาลหาดใหญ่  
เลขที่ 935  
วันที่ 20 มี.ค. 2552

ที่ ศธ 0512.11/0084

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

15 มกราคม 2552

กลุ่มงานการพยาบาล  
เลขที่: 16  
วันที่: 20 มี.ค. 52  
ภา: 13/25

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ชุด
- 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอน และร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาคำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน คณะกรรมการ

- เพื่อโปรดพิจารณาและพิจารณา ขอแสดงความนับถือ
- เพื่อบรรณ ออมทอง พงษ์นารายณ์ บรรณธิการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.....  
.....  
.....

.....  
.....

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....  
.....

20 มี.ค. 2552

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต นางสาวนพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง โทร. 08-1609-5064

เห็นชอบอนุมัติให้เก็บ 10 ชุด  
เพื่อทบทวนวิจัย  
.....  
10 มี.ค. 52

มอบหมายงานวิจัย  
.....  
22 มี.ค. 52

มอบหมายงานวิจัย  
.....  
26 มี.ค. 52



ที่ ศธ 0512.11/ C 191



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทย์กิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๑ มกราคม 2552

เรื่อง ขอลงความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขนาดใหญ่

เนื่องด้วย นางสาวนพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของ โปรแกรมการสอน แนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาศักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 3 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่แพทย์ระบุว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกาย และ โปรแกรมการสอน แนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ชุพันธ์ อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาศักดิ์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวนพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง โทร. 08-1609-5064

ที่ ศช 0512.11/ 0166

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

04 พฤศจิกายน 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่

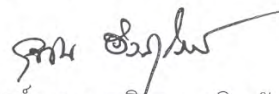
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอน และร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัจย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์ นายแพทย์ 9 สาขาประสาทวิทยา แผนกอายุรกรรม
2. นางกรรณิกา อังกูร พยาบาลวิชาชีพ 7 ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง (APN)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ท่านาเรียน

นายแพทย์ เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์ และนางกรรณิกา อังกูร

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัจย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวนพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง โทร. 08-1609-5064

ภาคผนวก ก

เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสิทธิ์พิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

## ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Informed Consent Form)

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อ  
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง  
เลขที่ ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจ  
จากผู้วิจัย ชื่อนางสาวนพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง ที่อยู่ (บ้าน ) 90/3 ถ.ปทุมกันต์ ต.คองหงส์ อ. หาดใหญ่  
จ. สงขลา 90110 (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลหาดใหญ่ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา โทรศัพท์มือถือ 081-  
6095064 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก  
การวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิ จะถอนตัวออกจากการวิจัย  
เมื่อไรก็ได้ ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มี  
ผลกระทบในทางใด ๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆ  
ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่ม  
ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และ  
ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....

สถานที่ / วันที่

.....

สถานที่ / วันที่

.....

สถานที่ / วันที่

.....

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

(นางสาวนพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

( )

พยาน

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพรรัตน์ รุจิราษฎร์เรือง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ถ. รัตการ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา  
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 074-273100 ต่อ 1210 โทรศัพท์ที่บ้าน -

โทรศัพท์มือถือ 081-6095064 E-mail: phon-24@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายเพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายและเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ลักษณะโครงการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับ โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย และการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ 2 ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

4.1 ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมอง เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย

4.2 โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลา 30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม ให้ความรู้โดยการสอน ระยะเวลา 45 – 60 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติกิจกรรม ฝึกทักษะ ปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ระยะเวลา 45 – 60 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม ระยะเวลา 30 นาที

5. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติม และติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ ตลอดเวลาที่หมายเลขโทรศัพท์ 081-6095064 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

6. หากเข้าร่วมการวิจัยมีอาการเปลี่ยนแปลงผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบทันที และจะทำการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจากแพทย์แล้วเท่านั้น

7. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น **โดยสมัครใจ** และสามารถ **ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาลหาดีใหญ่

9. ข้อมูลใด ๆ 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)

**ภาคผนวก ง**  
**ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

### 2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

2.1 แบบบันทึกการเคลื่อนไหวร่างกาย

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

3.1 โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3.2 สื่อการสอน ประกอบด้วย

3.2.1 แผนการสอนเรื่องการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3.2.2 ภาพพลิกเรื่อง “โรคหลอดเลือดสมอง”



ลำดับที่ .....

วัน/เดือน/พ.ศ. ....

## ส่วนที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

## 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ถูกต้อง และเติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. อายุ .....ปี
2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
3. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่  
( ) หม้าย ( ) หย่าหรือแยกกันอยู่
4. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) อิสลาม  
( ) คริสต์ ( ) อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ  
( ) ประถมศึกษา  
( ) มัธยมศึกษา  
( ) อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ  
( )ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) ทำงานบ้าน  
( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง  
( ) เกษตรกรรม ( ) รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ  
( ) อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ .....บาท/เดือน
8. โรคประจำตัว ( ) ไม่มี ( ) ความดันโลหิตสูง  
( ) เบาหวาน ( ) หัวใจ  
( ) อื่นๆ ระบุ.....
9. ระดับความรู้ที่กักตัว .....คะแนน
10. กำไลของกล้ามเนื้อ ( ) แขนขวา เกรด.....  
( ) แขนซ้าย เกรด.....  
( ) ขาขวา เกรด.....  
( ) ขาซ้าย เกรด.....

## 1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

### สมอง

**คำชี้แจง** ผู้วิจัยประเมิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสังเกต และสอบถามจากผู้ป่วย / ผู้ดูแล ตามความเป็นจริง โดยเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ถูกต้อง

#### 1. การรับประทานอาหาร

- ( ) 0 ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องป้อนอาหารให้
- ( ) 2 ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร เช่น การหั่น การตัด
- ( ) 4 สามารถรับประทานอาหารได้เอง

#### 2. การเคลื่อนย้าย

- ( ) 0 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้
- ( ) 2 ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ในการเคลื่อนย้าย นั่งทรงตัวได้
- ( ) 4 เคลื่อนย้ายได้ โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คนคอยพยุง ชี้นะเพื่อความปลอดภัย
- ( ) 6 เคลื่อนย้ายตนเองได้ สามารถนั่งทรงตัวได้

- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .

#### 9. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

- ( ) 0 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะกระปริกระปรอย ต้องสวนปัสสาวะ ต้องดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะ
- ( ) 2 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณวันละ 1 ครั้ง ต้องการความช่วยเหลือในการสวนปัสสาวะ และดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะ
- ( ) 4 สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ในกรณีคาสายสวนปัสสาวะสามารถดูแลตัวเอง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย และข้อต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คำชี้แจง แบบบันทึกนี้เป็นแบบบันทึกเพื่อติดตามการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย และข้อต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โปรดระบุ วัน เดือน ปี และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ให้ตรงกับกิจกรรมที่ได้ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย และข้อต่าง ๆ พร้อมทั้งระบุระยะเวลาที่ได้ปฏิบัติในแต่ละกิจกรรม

กิจกรรม	วัน/เดือน/ปี.....			วัน/เดือน/ปี.....		
	เช้า (นาที)	กลางวัน (นาที)	เย็น (นาที)	เช้า (นาที)	กลางวัน (นาที)	เย็น (นาที)
เคลื่อนไหวแขน						
เคลื่อนไหวข้อไหล่						
เคลื่อนไหวขา						
การลุกนั่ง						
การเคลื่อนไหวบนเตียง						
การเดิน						

หมายเหตุ

.....

.....

.....

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

3.1 โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

#### 3.2 สื่อการสอน ประกอบด้วย

3.2.1 แผนการสอนเรื่องการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3.2.2 ภาพพลิกเรื่อง “โรคหลอดเลือดสมอง”

## แผนการสอน

เรื่อง	การสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้สอน	นางสาวนพรัตน์ รุจิราษฎร์เรือง
ผู้เรียน	ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
สถานที่	ห้องประชุมหอผู้ป่วยอายุรกรรม 220 โรงพยาบาลหาดใหญ่
ระยะเวลาสอน	1 ชั่วโมง
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถบอกสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองได้</li><li>2. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถบอกผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองได้</li><li>3. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย และข้อต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง</li><li>4. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้</li></ol>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้าง ความสัมพันธ์และให้ ผู้สูงอายุได้แสดงความ คิดเห็นร่วมกัน</p>	<p><u>ขั้นนำ</u></p> <p>ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพและ สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ในขั้นแรกของการดำเนินการผู้สูงอายุจะต้องมีสัมพันธ์ภาพที่ดี ต่อกัน บรรยากาศเป็นไปด้วยความเป็นมิตร ปลอดภัยและนำ ไว้วางใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	<p><u>ขั้นนำ</u></p> <p>1. ผู้วิจัยไปพบผู้สูงอายุ ตามสถานที่นัดหมายตาม กำหนด เวลาด้วยสื่อน้ำยืม เยี่ยมแจ่มใส กล่าวคำ ทักทายโดยใช้สรรพนามที่ เหมาะสม ด้วยน้ำเสียง นุ่มนวลและแสดงความ ยินดีที่ได้พบผู้สูงอายุ</p> <p>2. ให้ผู้สูงอายุนั่งเก้าอี้ซึ่ง จัดเตรียมไว้</p>		<p>1. ผู้สูงอายุยอมรับคำ ทักทาย</p> <p>2. ผู้สูงอายุให้ความสนใจ และเต็มใจแนะนำตนเอง ให้ผู้สูงอายุด้วยกันรู้จัก</p> <p>3. สนใจซักถามและกล้า แสดงความคิดเห็นของ ตน</p> <p>4. ผู้สูงอายุตอบคำถามได้ ถูกต้อง</p> <p>5. มองคู่สนทนาด้วย สายตาเป็นมิตร และมี การสบตากันในระหว่าง พูดคุย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p><b>ขั้นสรุป</b></p> <p>จากที่ได้กล่าวมา จะเห็นได้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเป็นแล้วจะทำให้เกิดความพิการของร่างกาย มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดังนั้นการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาล รวมทั้งการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย และฝึกการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง ตามขอบเขตความสามารถของแต่ละคน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคและดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข</p>	<p>- ผู้วิจัยพูดคุย ชักถาม ในสิ่งที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวสรุป และเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวคำอำลาด้วยท่าทีสุภาพ นุ่มนวล และเป็นมิตร ใช้เวลาประมาณ 10 นาที</p>		

## ภาพพลิก



# โรคหลอดเลือดสมอง



จัดทำโดย  
นางสาว นพรัตน์ รุจิราษฎร์เรือง  
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ)  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ  
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 5 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $n_1 = 20$ ) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ( $n_2 = 20$ )

ผู้ป่วยคนที่	คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	6	6	8	20
2	16	16	13	20
3	18	18	12	32
4	20	20	13	28
5	6	6	8	18
6	13	13	13	21
7	16	16	15	32
8	14	14	8	20
9	9	9	8	20
10	8	8	11	26
11	10	10	12	25
12	11	9	11	23
13	8	8	12	28
14	7	7	12	21
15	8	8	10	21
16	14	14	10	25
17	8	8	14	20
18	16	16	11	22
19	12	12	12	26
20	11	12	14	32

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนพรัตน์ รุจิราษฎร์เรือง เกิดวันที่ 24 สิงหาคม 2524 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ในปีพ.ศ. 2546 จากนั้นเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2549

ปัจจุบันเป็นพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 210 โรงพยาบาลหาดใหญ่