



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่มารับบริการใน แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Relating to Relatives' Caring Behaviors in Cerebro Vascular Disease Patient
of Out Patient Neuro Clinic, Department of Medicine, Phramongkutklao Hospital

นามผู้วิจัย นางสาววรธิดา มาศเกษม

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์อลิสา นิติธรรม, ค.ม.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อาจารย์ชนวรรณ อิมสมบุญ, Dr.P.H)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ไพระ มาลีหอม, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญญา วีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่มารับบริการใน แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Relating to Relatives' Caring Behaviors in Cerebro Vascular Disease Patient
of Out Patient Neuro Clinic, Department of Medicine, Phramongkutklao Hospital

โดย

นางสาววรธิดา มาศเกษม

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2552

วรธิดา มาศเกษม 2552: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการใน แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
รองศาสตราจารย์อลิสสา นิธิธรรม, ค.ม. 216 หน้า

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการใน แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการใน แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน140 คน โดยวิธีเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการทดสอบคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยที่สำคัญ พบว่า พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางชีวสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทศนคติ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ปัจจัยอื่น ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.001และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.001

Worathida Maskasame 2009: Factors Relating to Relatives' Caring Behaviors in Cerebro Vascular Disease Patient of Out Patient Neuro Clinic, Department of Medicine, Phramongkutklao Hospital. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Alisa Nititham, M.Ed. 216 pages.

The purpose of this descriptive research was to study factors relating to relatives' caring behaviors in cerebro vascular disease patient of out patient neuro clinic, department of medicine, Phramongkutklao Hospital. The sample were 140 relatives of cerebro vascular disease patients of out patient neuro clinic, department of medicine, Phramongkutklao Hospital by purposive sampling. The research instrument was a questionnaire developed by the researcher. Data analysis was made by a statistical package for percentage, mean, standard deviation, Chi-square test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The major findings were as follows: the behavior of relatives in taking care of cerebro vascular disease patients was at a moderate level. There were three bio-social variables which significantly correlated with relatives' behavior i.e. monthly income, relationship between relatives and patient and time care. Predisposing factors, namely, knowledge, attitude, perception about the advantages and obstacles in taking care cerebrovascular disease patients, had significant positive relationship with relatives' behavior at the level of .05 and .001. Enabling factors, namely, equipment was positively related to relatives' behavior with a statistical significance at the level of .001. Reinforcing factors, namely, social support had positive relationship with relatives' behaviors at a statistical significance level of .001.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

____ / ____ / ____

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความเรียบร้อยเป็นอย่างดี โดยได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูงจากรองศาสตราจารย์อติลา นิธิธรรม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ดร.ชนวรรณ อิ่มสมบูรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์สุรัชย์ ประเสริฐสรวย ประธานกรรมการสอบ(ผู้แทนบัณฑิตวิทยาลัย) รองศาสตราจารย์ สุวัฒน์ เกียรติเสวี ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ด้านวิชาการที่เป็นประโยชน์อย่างสูงรวมถึงตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ให้งานวิจัยมีความถูกต้องสมบูรณ์และมีคุณค่าทางวิชาการผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือทุกท่าน พันตรีหญิง วิจารณ์ นาวารัตน์ ร้อยเอกนายแพทย์ สุทธิ อินทรชาติ รองศาสตราจารย์ ดร.สิริยา สัมมาวาจ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส และ คุณณลินี พสุคันธภัก ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือและให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือ พร้อมทั้ง ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างสูง สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณหัวหน้า พยาบาล เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 16/1 และ หัวหน้า พยาบาล เจ้าหน้าที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทุกท่าน ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ ญาติและผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาทุกท่านที่ให้โอกาสและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโทสาขาวิชาสุขศึกษา ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ทุกท่านที่มีได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบุคคลในครอบครัว บิดา มารดาของผู้วิจัย ที่เป็นผู้ส่งเสริม และให้การสนับสนุนมาเป็นอย่างดีโดยตลอด จนผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ ขอมอบคุณประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แด่ครอบครัว คณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ไว้ ณ ที่นี้

วรธิดา ฆาตเกษม

มีนาคม 2552

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(4)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์	5
การตรวจเอกสาร	11
อุปกรณ์และวิธีการ	106
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	120
ผลการวิจัย	120
ข้อวิจารณ์	135
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	149
สรุปผลการวิจัย	149
ข้อเสนอแนะ	155
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	159
ภาคผนวก	168
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	169
ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	171
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	216

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม	122
2	จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	125
3	จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	125
4	จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	126
5	จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	126
6	จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	127
7	จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระดับการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	127
8	จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	128
9	จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	128
10	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	129
11	การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	133
12	การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	134
13	การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	134

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางผนวกที่		หน้า
ข1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมอง	195
ข2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	198
ข3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการ ปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	201
ข4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	203
ข5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	206
ข6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับปัจจัยเอื้อในการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	208
ข7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับปัจจัยเสริมในการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	210
ข8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	213

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	82
2	แสดงระดับของความรู้ 6 ระดับ โดยเรียงจากพฤติกรรมขั้นต้นไปสู่ขั้นสูงกว่า	85
3	กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร	103

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่มารับบริการใน แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรค
ทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**

**Factors Relating to Relatives' Caring Behaviors in Cerebro Vascular Disease
Patient of Out Patient Neuro Clinic, Department of Medicine,
Phramongkutklao Hospital**

คำนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Disease) เป็นโรคทางระบบประสาทวิทยาที่ (ปิยะภัทร, 2548) พบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทยอันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและก่อให้เกิดความพิการ โดยเฉพาะในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีพบในเพศชายบ่อยกว่าเพศหญิงร้อยละ 44-76 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 4 ในประชากรไทยทั้งประเทศรองจากโรคหัวใจ มะเร็งทุกชนิด และอุบัติเหตุเป็นโรคที่มีอัตราการทุพพลภาพ (Disability) สูงและยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกๆด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมและเศรษฐกิจ อาจทำให้ต้องสูญเสียภาพลักษณ์ จากการที่มีความพิการหลงเหลืออยู่มีโอกาสดับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น แผลกดทับ ปอดบวมและบางรายอาจต้องเสียชีวิตเพราะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทำให้เป็นภาระแก่ผู้ป่วย ญาติ และสังคมเป็นอย่างยิ่ง ถึงแม้ว่าในปัจจุบันวิทยาการด้านการแพทย์จะมีความเจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมากจากการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาตรวจวินิจฉัยรักษาทำให้มีผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นกว่าสมัยก่อนแต่จากสถิติความเจ็บป่วยของคนไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) พบว่าตัวเลขของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลับยังคงสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เห็นได้จากสถิติพบกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3166 คน คิดเป็นร้อยละ 33.5 โดยพบว่ากรุงเทพมหานครมีอัตราผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.6 ภาคกลาง ร้อยละ 37.5 ภาคใต้ ร้อยละ 31 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 29 และ ภาคเหนือ ร้อยละ 27.8 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงหลายระดับ ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้น (ปิยะภัทร, 2548) พบว่าประมาณร้อยละ 20 จะหายเป็นปกติ ร้อยละ 60 ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องระยะหนึ่งจึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ อีกร้อยละ 20 ต้องการคนดูแลให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีการทางระบบประสาทเป็นแบบเฉพาะที่ เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก กลืนลำบาก พูดลำบาก เดินเซ ตามองไม่เห็น มองเห็นภาพซ้อน เวียนศีรษะ

โดยอาการเหล่านี้จะเป็นอย่างเฉียบพลัน หรือในบางรายอาจมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปใน 2-3 วัน โดยอาจมีอาการดีขึ้นหรือเลวลงก็ได้ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาจะก่อให้เกิดความพิการตามมาได้ สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถแก้ไขป้องกันได้นั้น (พัชรวิมล, 2548) พบว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ได้แก่ การสูบบุหรี่ มีผลต่อการเกิดหลอดเลือดสมองตีบจากการที่สมองขาดเลือด ซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่สูบบุหรี่จัด (มากกว่า 20 มวน/วัน) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่าผู้ที่สูบบุหรี่น้อย (น้อยกว่า 10 มวน/วัน) ถึง 2 เท่า นอกจากนั้นสาเหตุจากการดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่มีมีโคเลสเตอรอลและกรดไขมันอิ่มตัวจนทำให้ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และที่สำคัญ คือผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังโดยไม่ได้รับการรักษา (ผู้ที่มีความดันโลหิตตัวบนหรือซิสโตลิก สูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่าง ไดแอสโตลิก สูงกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าปกติ 6 เท่า และผู้ที่เคยเป็นโรคอัมพาตมาก่อน (previous stroke) ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ อายุ พันธุกรรม เป็นต้น สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องใช้ระยะเวลานานในการฟื้นฟูสภาพ เพราะจำนวนผู้ป่วยที่มีอยู่มากมายต่างต้องการการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ดังนั้นนอกจากบุคลากรทางการแพทย์ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ร่างกายกลับมามีความสมบูรณ์ใกล้เคียงดังเดิมมากที่สุดแล้ว ผู้ใกล้ชิดหรือบุคคลในครอบครัวที่เป็นญาติก็มีส่วนสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือมีอาการที่ดีขึ้นได้ทั้งนี้ต้องมีการเตรียมตัวโดยในทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมวางแผนกับญาติผู้ป่วยในการดูแลจากการวางแผนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอันเป็นกระบวนการที่ช่วยผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการเตรียมตัวในการออกจากกรดูแลจากแพทย์และทีมสุขภาพไปสู่การดูแลตนเองที่บ้านโดยคำนึงถึงความต้องการและความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ให้กลับมาสมบูรณ์ มากที่สุด

ในปัจจุบันแนวคิดใหม่เกี่ยวกับสุขภาพมองว่าสุขภาพไม่ใช่เป็นเรื่องของการเจ็บป่วยและความพิการทางร่างกายที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่เป็นเรื่องของสภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม ซึ่ง เป็นความรับผิดชอบของคนทุกคนและสังคมทุกภาคส่วน เนื่องจากสุขภาพของคนเราไม่เพียงแต่ขึ้นกับเทคโนโลยีและการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้นหากแต่ยังมีปัจจัยทางด้าน มนุษย์ และสิ่งแวดล้อมอันหลากหลายอีกด้วย (สุรเกียรติ, 2551) โดยเฉพาะการสนับสนุนให้บุคคล ในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพให้เข้าไปในแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสม

เพื่อธำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนอันจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการเลือกใช้บริการทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นอย่างเหมาะสมเป็นการสนับสนุนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ในการที่จะสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันโดยการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุขและการสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามทางสุขภาพ

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นศูนย์การแพทย์ทหารสังกัดกระทรวงกลาโหมที่มีภารกิจหลักในการให้บริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่ทหารครอบครัวตลอดจนประชาชนทั่วไปที่ได้รับการรับรองให้เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน(HA: HOSPITAL ACCREDITATION) ในเดือนมีนาคม 2546 มีผู้มารับบริการอย่างหลากหลายทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อยุบรวมถึงโรคหลอดเลือดสมองจากสถิติผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรมนอกหน่วยประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (กรมแพทยทหารบก, 2548) พบว่ามีผู้รับบริการที่มีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นจาก ผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2542-2548 จำนวน 15,643 17,677 18,466 20,510 23,339 23,699 และ 23,993 คน เรียงตามลำดับ และผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทชาย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในปี พ.ศ.2547 มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.4 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติทั้งทางร่างกาย ความคิด สติปัญญา ตลอดจนอารมณ์และความรู้สึก ทำให้เป็นข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองและต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวและญาติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการในระดับตติยภูมิจึงให้ความสำคัญของการที่ครอบครัวและญาติจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพ และที่สำคัญ คือ การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยผู้ป่วยเหล่านี้จะมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการกลับไปอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข จึงเป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญของบุคลากรในทีมสุขภาพทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้มีโอกาสในการปรับความรู้สึกแบบแผนการดำเนินชีวิตและได้รับความช่วยเหลือในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

กล่าวได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทั้งทางด้านการดูแลและรักษาในระยะยาวซึ่งต้องมีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งตัวผู้ป่วยและญาติที่ต้องมีบทบาทในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพราะว่าโรคนี้มีผลกระทบอย่างยิ่งต่อตัวผู้ป่วย

และครอบครัว ทั้งด้านการดำรงชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปจากความพิการของร่างกายที่เกิดขึ้นจากโรค ซึ่งแท้จริงแล้วผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่งสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่ใกล้เคียงปกติอีกครั้งหลังการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ บางคนมีความบกพร่องพิการหลงเหลืออยู่แต่เมื่อคนรอบข้างเข้าใจและได้เรียนรู้วิธีการดูแลให้ความช่วยเหลือที่จำเป็นและเหมาะสม ก็สามารถที่จะดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขเป็นการเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยกลับมามีกำลังใจที่จะใช้ชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับครอบครัวได้อย่างเป็นปกติสุขอีกครั้ง

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีความสามารถในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมโดยสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่าสุขภาพดีไม่มีขายอยากได้ต้องเปลี่ยนแปลงตนเอง นอกจากนั้นยังสามารถนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นรูปแบบในการพัฒนาบุคคลใกล้ชิดภายในครอบครัวรวมถึงญาติให้มีความรู้ความเข้าใจเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นป้องกันภาวะแทรกซ้อนลดภาระค่าใช้จ่ายที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างใกล้เคียงปกติและมีความสุข เสริมสร้างคุณภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณได้อย่างเป็นองค์รวม

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญต่อไปนี้

1. พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ความสัมพันธ์ของ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. ผลการวิจัยจะทำให้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน และกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน สุขศึกษาในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยญาติได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและกำหนดวิธีการ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้านจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัว

3. ใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานสนับสนุน เพื่อพัฒนาและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงโรคเรื้อรังอื่นๆให้มีพฤติกรรมในการดูแลรักษาโรคที่เหมาะสม ถูกทิศทางอย่างต่อเนื่อง
4. ผลจากการวิจัยทำให้ผู้ป่วยและญาติเห็นถึงความสำคัญของปัญหาพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับมาเป็นซ้ำของโรค
5. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังของประชาชนต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเฉพาะในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ประชากรที่ทำการศึกษา ได้แก่ ญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา OPD NEURO MED โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ประกอบด้วย
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 ทักษะต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.4 การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ประกอบด้วย

2.1 การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 การมีและเข้าถึงสถานบริการ/แหล่งบริการสาธารณสุข

2.3 ประสิทธิภาพและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

3.1 การได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์

3.2 การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่างๆ

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

ได้แก่ พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้าน

1. การรับประทานอาหาร

2. การรับประทานยา

3. การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย
4. การสังเกตอาการผิดปกติ
5. การป้องกันโรคแทรกซ้อน
6. การมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด

ตัวแปรชีวสังคม (Explanatory Variables)

ตัวแปรชีวสังคม ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งประกอบด้วย

1. เพศ
2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. สถานภาพสมรส
5. อาชีพ
6. รายได้
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
9. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามปฏิบัติการของตัวแปรและศัพท์ที่เกี่ยวข้องดังนี้

ญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลทั้งเพศ หญิงและชายที่เป็นญาติของผู้ป่วยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการรับผิดชอบให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกของบุคคลในลักษณะของการปฏิบัติตน หรือการกระทำ กริยา อากัร ความคิด ความรู้สึกที่แสดงออก จากความรู้ ความเข้าใจ

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง ปัจจัยที่เอื้อหรือช่วยให้พฤติกรรมต่าง ๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ปัจจัยดังกล่าวคือ การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการมีและเข้าถึงสถานบริการ/แหล่งบริการสาธารณสุข

ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมนั้น ๆ ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อน บุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ

ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง ลักษณะพื้นฐานของบุคคลในครอบครัว หรือญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามสภาพที่เป็นอยู่ในขณะที่วิจัย ซึ่งผู้วิจัยเลือกมาศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การกระทำของญาติ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งที่กระทำอยู่แล้วหรือพร้อมที่จะกระทำให้เกิดการเรียนรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้าน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันโรคแทรกซ้อน และการมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด

การตรวจเอกสาร

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการใน แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นพื้นฐานในการวิจัย มีสาระสำคัญดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 สาเหตุ อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.4 ความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. แนวคิดทฤษฎี รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่นำ มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย

2.1 แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE Model

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ

2.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง stroke หรือมีอีกชื่อหนึ่งว่า cerebrovascular disease (CVD) คือ โรคอัมพาต ถ้ามีอาการอ่อนแรงไม่มากหรือมีอาการเพียงชั่วคราว นิยมเรียกว่า โรคอัมพฤกษ์เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองหรือก้านสมองเกิดการแตก ตีบ หรืออุดตัน ทำให้เนื้อสมองบางส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายตายไปและหยุดสั่งงานทำให้มีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง เป็นผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่อย่างชั่วคราวหรือถาวร (สุรเกียรติ, 2544)

องค์การอนามัยโลก (อ้างใน กิ่งแก้ว, 2547) ได้ให้คำจำกัดความของStroke ว่าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (อ้างใน กิ่งแก้ว, 2547) ได้ให้คำจำกัดความของ cerebrovascular disease (CVD) ว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกไม่ว่าจะมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้

ความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองจัดว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศเนื่องจากมีประชากรจำนวนมากในแต่ละประเทศป่วยด้วยโรคนี้และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของประชากรในแต่ละประเทศอีกด้วยสำหรับประเทศไทยข้อมูลจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (อ้างใน กิ่งแก้ว, 2547) รายงานในช่วงปี พ.ศ. 2535 – 2545 โรคความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่ 4 รองจากโรคหัวใจ มะเร็งทุกชนิด และอุบัติเหตุตามลำดับโดยมีอุบัติการณ์เกิดในชายมากกว่าหญิง โดยเฉพาะในช่วงวัยกลางคน แต่ความแตกต่างของอุบัติการณ์เกิดในเพศจะลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น และอัตราการเกิดจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น อับัติการณ์เกิดสูงสุดในประชากรอายุ 65-75 ปี

ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางการแพทย์มากขึ้นทำให้มีผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นกว่าสมัยก่อน สำหรับสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย จากข้อมูลที่ได้จากการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งมีการเลือกรับผู้ป่วย โดยมีแนวโน้มที่จะรับผู้ป่วยที่เป็น Hemorrhagic stroke (รวม intracerebral hemorrhage และ subarachnoid hemorrhage) มากกว่า ischemic stroke เนื่องจากกลุ่มแรกมักมีอาการหนักมากกว่า และสำหรับสาเหตุของ ischemic stroke ในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ของประเทศไทย พบว่าเกิดจากลิ่มเลือดหลุดจากหัวใจไปอุดตันหลอดเลือดสมอง (กิ่งแก้ว, 2547) อย่างไรก็ตามโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงหลายระดับ ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้น พบว่าประมาณร้อยละ 20 จะหายเป็นปกติ ร้อยละ 60 ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องระยะหนึ่งจึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ อีกร้อยละ 20 ต้องการคนดูแลให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา (ปิยะภัทร, 2548)

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

ปิยะภัทร (2548) กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด หรือจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic Stroke หรือ Occlusion Stroke)

โดยสมองเป็นอวัยวะที่ต้องมีเลือดมาหล่อเลี้ยงเพื่อนำพาออกซิเจนและสารอาหารต่างๆ เข้ามา เนื่องจากสมองแต่ละส่วนมีความสำคัญและมีการทำงานที่ซับซ้อนเลือดที่มาเลี้ยงสมองจึงมีจำนวนมากเช่นเดียวกัน หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะเป็นหลอดเลือดที่แตกแขนงจากหลอดเลือดใหญ่ที่ออกจากหัวใจโดยตรงแล้วผ่านมาที่บริเวณคอแล้วเข้าสู่สมอง ในสมองจะแตกแขนงเป็นหลอดเลือดแดงใหญ่ กลาง เล็ก และหลอดเลือดฝอย ตามลำดับ

ระบบหลอดเลือดในสมองจะเชื่อมต่อกันเป็นร่างแหซึ่งจัดว่าเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันสมองจากการขาดเลือดมาหล่อเลี้ยง โดยเมื่อหลอดเลือดในสมองบริเวณหนึ่งอุดตัน ร่างแหนี้จะส่งเลือดผ่านทางหลอดเลือดอื่นเพื่อมาเลี้ยงเนื้อสมองในบริเวณที่ต้องการไม่ให้เกิดเนื้อสมองตาย แต่หากหลอดเลือดที่อุดตันมีขนาดใหญ่ การอุดตันเกิดอย่างรวดเร็ว มีการอุดตันในบริเวณสำคัญ หรือหลอดเลือดในร่างแหมีความผิดปกติอยู่เดิมเหล่านี้นย่อมทำให้กลไกการป้องกันนี้ทำงานไม่ได้ เนื้อสมองในบริเวณนั้นจะเกิดการขาดเลือด สารอาหารและออกซิเจนทำให้เนื้อสมองบวมและตายตามลำดับ ความผิดปกติประเภทหลอดเลือดสมองอุดตันนี้พบได้ประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วย

ด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดซึ่งมากกว่าประเภทหลอดเลือดสมองแตกแล้วมีเลือดออก โดยแบ่งเป็นโรคที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) หลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ 40 เกิดจากการอุดตันหลอดเลือดขนาดเล็กร้อยละ 20 อีกร้อยละ 20 เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่น (embolism) ที่สำคัญได้แก่ ลิ่มเลือดที่เกิดบริเวณผนังของหัวใจหรือลิ้นหัวใจ ที่เหลือร้อยละ 5 เกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะหลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) เป็นต้นนอกจากนั้นการเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงกลุ่ม perforating vessels ซึ่งเมื่อมีการอุดตันแล้วจะทำให้เนื้อสมองตายเป็นบริเวณเล็กๆ ที่เรียกว่า lacunar infarction โดยทั่วไปลิ่มเลือดที่เกิดจะค่อยๆ ก่อตัวตามผนังหลอดเลือดที่มี atherosclerotic plaque จะมีอาการและอาการแสดงมากขึ้นเรื่อยๆ ภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน มักไม่ค่อยมีอาการปวดศีรษะหรืออาเจียน ทั้งนี้อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่อุดตัน ระยะเวลาของการขาดเลือด อัตราการขาดเลือด และการได้รับเลือดทดแทนจากระบบหลอดเลือดใกล้เคียง (กึ่งแก้ว, 2547)

การอุดตันของหลอดเลือดเกิดจาก 3 สาเหตุ ได้แก่

1.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral Thrombosis) พบได้บ่อยที่สุดเกิดจาก Atherosclerotic Plaque ที่ผนังหลอดเลือดทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบซึ่งขัดขวางต่อการไหลของเลือดที่มาเลี้ยงสมอง โรคของหลอดเลือดนี้อาจเกิดกับหลอดเลือดในสมองเอง หรือหลอดเลือดใหญ่บริเวณคอที่ส่งเลือดมาเลี้ยงสมอง มีสาเหตุมาจากการที่ผนังหลอดเลือดที่แข็งตัวจะขาดความยืดหยุ่น และหลอดเลือดหนาตัวจากการที่ผนังหลอดเลือดด้านในมีไขมัน ลิ่มเลือด เกร็ดเลือดมาเกาะ นานเข้าจึงเกิดการอุดตันเลือดไหลผ่านไม่สะดวกอาจเกิดการกระทบกับผนังหลอดเลือดที่หนาตัวทำให้มีการหลุดลอกเป็นแผล เกิดแผลเป็นในหลอดเลือด ทำให้ไขมันเม็ดเลือด ลิ่มเลือด ที่ลอยลอยในกระแสเลือดมาเกาะง่ายขึ้นกว่าเดิมนานเข้าจะทำให้หลอดเลือดอุดตันหรือเมื่อหลอดเลือดมีการอุดตันบางส่วนเลือดจะไหลผ่านบริเวณนั้นในอัตราที่ช้ามากจนทำให้เกิดการคั่งของเลือดแล้วมีการอุดตันเกิดขึ้นในที่สุด โดยในระยะแรกก่อนทรมอบัสไม่ได้อุดรูของหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์ การอุดตันของหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์อาจจะต้องใช้เวลาเป็นชั่วโมง เมื่ออุดตันอย่างสมบูรณ์แล้วก่อนทรมอบัสจะกระจายไปตรงหลอดเลือดส่วนปลายๆ ใกล้กับส่วนที่หลอดเลือดแตกแขนงและอุดตรงที่หลอดเลือดมาประสานเชื่อมต่อกัน การเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็กมีความสัมพันธ์กับภาวะผนังหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ที่เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้นโดยมักพบในผู้สูงอายุหรือเลยวัยกลางคนไปแล้ว (เนื่องจากคนกลุ่มนี้มักมีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งจากไขมันเกาะ)

สมจิต (2546) กล่าวว่า สโตรค์ที่เกิดจาก thrombosis (Thrombosis stroke) สามารถแบ่งออกได้ตามกระบวนการเกิด คือ

1. Transient Ischemic Attack หรือ TIA สมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วขณะเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท เนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้สมองขาดเลือดชั่วคราวอาจเกิดขึ้นเพียง 2-3 นาที (เฉลี่ยประมาณ 10 นาที) ถึงชั่วโมง และสามารถหายเป็นปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง โดยอาการที่เกิดมักจะคล้ายๆ กับอาการครั้งแรกที่เริ่มเป็นและจะหายไป อาการชั่วคราวที่เกิดขึ้นจะพบได้เฉพาะ Cerebral Thrombosis ในการศึกษาของ Adams and Victor (1997) พบว่า 75 % ของผู้ป่วย stroke จะมีอาการของสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมาก่อนและจะเกิดขึ้น 1-2 ครั้ง ถึง 100 ครั้ง ในช่วงเวลาเป็นชั่วโมง สัปดาห์หรือเป็นปีๆ ก่อนที่จะเกิด stroke อย่างสมบูรณ์

อาการแสดงของสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่หลอดเลือดนั้นไปเลี้ยง คือ ถ้าเป็น carotid และ cerebral artery จะมีอาการ ตาบอดข้างเดียว เป็นอัมพาตครึ่งซีก รู้สึกขาไปครึ่งซีก มีความผิดปกติในการพูด สับสน ส่วน Vertebrobasilar artery จะมีอาการ เวียนศีรษะ ตาพร่า เห็นภาพซ้อน ชา พูดตะกุกตะกัก ลานสายตา (Visual field) พร่องไป อาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้าง

สำหรับการเกิดสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว เป็นสัญญาณเตือนว่ากำลังจะเกิด stroke เนื่องจากมีการอุดตันของหลอดเลือดแดงภายในสมองและนอกสมองซึ่งส่วนใหญ่มักจะเกี่ยวข้องกับหลอดเลือดตีบจากไขมันเกาะ (atherosclerosis) ตำแหน่งที่หลอดเลือดตีบนอกสมองที่พบบ่อยที่สุด คือ บริเวณ bifurcation ของ common carotid artery และที่จุดเริ่มต้นของ vertebral artery ส่วนตำแหน่งของหลอดเลือดตีบ ภายในสมองที่พบบ่อยที่สุด คือ middle cerebral artery

2. Reversible Ischemic Neurologic Deficit คือ RIND เป็นภาวะคล้าย TIA เกิดจากเนื้อสมองขาดเลือดเพียงบริเวณเล็กๆแต่มีความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และสามารถหายเป็นปกติได้อย่างสมบูรณ์ภายในเวลาไม่กี่วัน หรือภายใน 3 สัปดาห์

3. Stroke in Evolution หรือ Progressive สโตรค์ยังไม่สิ้นสุด หมายถึง การเกิดความผิดปกติของระบบประสาทจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่มีอาการของโรคกำลังดำเนินไปเรื่อยๆ หรือรุนแรงมากขึ้น จนทำให้อาจเกิดเลือดออก หรือเนื้อสมองตายจากหลอดเลือดอุดตันก็ได้ นอกจากนั้นพบว่าการเกิดสโตรค์จาก thrombosis เกิดในระหว่างการนอนหลับได้ถึง

60% (Hickey, 1982) สโตรคจากทромโบสิสเกิดขึ้นได้ใน 2-3 ลักษณะ แม้ว่าอาจจะเคยมีสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวก่อนที่จะเกิดสโตรคจริงๆ ส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นครั้งเดียวแล้วตามด้วยกลุ่มอาการทั้งหมดภายใน 2-3 ชั่วโมง หรืออาจจะเกิดขึ้นโดยอาการปรากฏตามขั้นตอนในช่วงระยะเวลาหลายชั่วโมงหรือหลายวัน บางครั้งอาการปรากฏแล้วดีขึ้น 2-3 ชั่วโมงต่อมาอาการจะมากขึ้นจนกระทั่งมีความผิดปกติอย่างถาวร กระบวนการที่อาการค่อยๆ ปรากฏขึ้นนี้จึงเรียกว่า Stroke in Evolution ใช้ในช่วงที่อาการหรืออาการแสดงเป็นมากขึ้นมักเกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่กำลังขยายตัวอุดกั้นการไหลเวียนเลือดมากขึ้นเรื่อยๆ

4. Complete Stroke การเกิดสโตรคอย่างสมบูรณ์เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทจากความผิดปกติของหลอดเลือด ที่มีอาการและอาการแสดงของโรคคงที่เป็นอยู่นานกว่า 24-72 ชั่วโมงใช้เมื่ออาการและอาการแสดงเกิดขึ้นเต็มที่แล้ว

1.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral Embolism) เกิดจากมีก้อนemboli หลุดลอยมาอุดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมักจะเป็นผลมาจากโรคหัวใจ เช่น โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ โรคหัวใจรูห์มาติก กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น โดยกล้ามเนื้อหัวใจจะบีบตัวได้ไม่เต็มที่จึงมีเลือดค้างอยู่ในห้องหัวใจ นานเข้าจะกลายเป็นลิ่มเลือดเกาะหรือล่องลอยอยู่ในห้องหัวใจนั้น เมื่อหัวใจทำงานบีบตัวไปเรื่อยๆ ลิ่มเลือดที่ค้างอยู่ในห้องหัวใจอาจหลุดออกไปตามกระแสเลือดแล้วเกิดการอุดตันในหลอดเลือดสมองได้ เมื่อเอมโบลาย ผ่านไปตามหลอดเลือดอาจจะทำให้เกิดอาการได้ชั่วคราว ก่อนเอมโบลายใหญ่ๆ อาจจะอุดอยู่ที่บริเวณนั้นๆ 2-3 ชั่วโมง แล้วจะแตกเป็นชิ้นเล็กๆ และเคลื่อนไปเรื่อยๆ เมื่อก่อนนั้นแตกออกอาการต่างๆ อาจจะหายไป แต่ในที่สุดก่อนเอมโบลายที่แตกลอยมานี้จะอุดหลอดเลือดเล็กๆ ซึ่งจะทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทที่สัมพันธ์กับบริเวณของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ

การเกิดสโตรคจากเอมโบลายมักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายในชั่วโมงนาที หรือนาที โดยไม่มีอาการเตือน ถ้าก้อนเอมโบลายโตจะอุด internal carotid artery ทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีกอย่างรุนแรงเอมโบลายที่มาจากหัวใจส่วนใหญ่มักจะลอยเข้ามาในระบบการไหลเวียนของสมอง ตามหลอดเลือด carotids ก้อนเอมโบลายเล็กๆ พบได้บ่อยและมักจะอุดตันแขนงของหลอดเลือด middle cerebral artery ทำให้เกิดอัมพาตส่วนเดียวพูดไม่ได้ถ้าเข้าไปในสมองตามหลอดเลือด vertebral artery และมักจะอุดหลอดเลือด posterior cerebral arteries ทำให้เกิดตาทั้งสองข้างบอด ครึ่งซีกด้านเดียวกันและก้านสมองบวมได้ โดยเมื่อมีหลอดเลือดอุดตันอย่างทันทีทันใด เซลล์ประสาทสมองจะค่อยๆ ตายลงภายใน 6-8 ชั่วโมง ในกรณีที่เนื้อสมองตายอย่างเฉียบพลัน สมองบริเวณนั้นจะบวมมาก

เนื่องจาก blood brain barrier เสียไป ถ้ามีเนื้อตายเป็นบริเวณกว้างและสมองบวมมาก อาจทำให้ความดันในช่องกะโหลกสูงขึ้น จนมีการกดเบียดบริเวณก้านสมอง หรือมีการอุดกั้นการไหลเวียนของน้ำไขสันหลังได้ ถ้าผู้ป่วยไม่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เนื้อสมองบริเวณใจกลางส่วนที่ขาดเลือดจะเริ่มสลายตัว ในขณะที่บริเวณขอบของเนื้อตายจะพบมีปฏิกิริยาการตอบสนองหลายแบบ ได้แก่ การอักเสบ การกำจัดเนื้อตาย และการซ่อมแซมประมาณ 3 เดือน หลังจากเกิดเหตุบริเวณที่ขาดเลือดจะกลายเป็นโพรงแผลเป็น (กิ่งแก้ว, 2547)

1.3 โรคของหลอดเลือดที่เกิดจากการอักเสบ (Inflammation) เช่น Vasculitis ในกลุ่มนี้มักพบในผู้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดแล้วทำให้หลอดเลือดเกิดการอักเสบแล้วเกิดการอุดตันตามมาโดยอาจเกิดกับหลอดเลือดใหญ่บริเวณ aortic arch หรือเกิดกับหลอดเลือดสมองเองเช่น systemic lupus erythematosus (SLE) หรือเกิดจากยา (drug induced vasculitis) เช่น โคเคน แอมเฟตามีน นอกจากนั้นยังเกิดจากการติดเชื้อได้เช่น HIV, Herpes simplex virus, TB เป็นต้น (นิจศรี, 2550)

2. โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดในสมองแตก ทำให้มีเลือดออกในสมองที่พบได้บ่อย (สมจิต, 2538) คือ

2.1 ความดันโลหิตสูง ซึ่งพบได้มากถึง 80% ของผู้ป่วยเลือดออกในสมองทั้งหมด

2.2 หลอดเลือดที่โป่งพองในสมองแตก (rupture of cerebral aneurysm)

2.3 หลอดเลือดดำและแดงที่ต่อกันผิดปกติในสมองแตก (rupture arteriovenous malformation)

2.4 เลือดออกจากความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด (bleeding disorder)

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก แบ่งออกเป็น 2 ชนิด (กิ่งแก้ว, 2547) คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุสำคัญ ได้แก่ ความดันเลือดสูงที่ควบคุม

ไม่ได้มีผลทำให้แรงดันในหลอดเลือดแดงสูงอยู่ตลอดเวลาจนหลอดเลือดแตก เลือดออกเข้าไปในเนื้อเยื่อของสมองเมื่อก่อนเลือดโตขึ้นจากการที่เลือดออกมากขึ้นเรื่อยๆ อาจก่อตัวเป็นก้อนตรงบริเวณที่แตก และปิดหลอดเลือดทำให้เนื้อสมองในบริเวณที่หลอดเลือดนั้นมาเลี้ยงตายจากการขาดเลือด เนื้อสมองรอบๆ จะบวมมากจนอาจกดเบียดเนื้อสมองที่อยู่ใกล้เคียง ที่สำคัญได้แก่ การกดเบียดช่อง ventricle ทำให้น้ำไขสันหลังระบายได้ไม่สะดวกการมีสมองบวมและการอุดกั้นการระบายของน้ำไขสันหลัง อาจจะทำให้ความดันในช่องกะโหลกสูงขึ้นจนกดเบียดก้านสมอง (herniation) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก และสัญญาณชีพจนอาจเสียชีวิตได้เพราะไปกดศูนย์หายใจ สำหรับการเกิดเลือดออกในสมองอาจจะออกอย่างมากมายหรือออกเป็นจุดเล็กๆ เลือดที่ออกในสมองเพียง 50 มล. หรือมากกว่า ทำให้มีอาการหมดสติ ตัวเกร็ง รุนแรงตามหาทั้ง 2 ข้างซึ่งมักจะตายภายใน 1-2 วัน ถ้าตกเลือดไม่รุนแรงก็มีโอกาสฟื้นและค่อยๆ ดีขึ้นโดยลิ่มเลือดจะค่อยๆ ละลายจนหมดภายในเวลา 2-6 เดือน หรือถ้าได้รับการผ่าตัดทันต่วงทีก็อาจช่วยให้รอดได้ นอกจากนั้น ตำแหน่งที่พบว่ามีเลือดออกบ่อยได้แก่ basal ganglia , thalamus , กีบสมองของ cerebral hemisphere, cerebellum และ pons เมื่อมีเลือดออกในเนื้อสมองลึกลงไป ใน cerebral hemisphere ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะมาก บางรายมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สึก ผู้ป่วยมักมีอาการชาและอ่อนแรงในส่วนหนึ่งของร่างกายซีกตรงข้ามกับรอยโรค ถ้าหากมีเลือดออกในสมองซีกที่เด่น (dominant hemisphere) จะมีความผิดปกติด้านภาษา (aphasia) ร่วมด้วย ภาวะเลือดออกในสมองส่วน cerebellum มักเกิดที่ซีกใดซีกหนึ่ง ทำให้เสียการทรงตัวเดินเซ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรคนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage) พบได้ประมาณร้อยละ 5 เมื่อเปรียบเทียบกับโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุอื่นผู้ที่ เป็น SAH จะเป็นผู้ที่อายุน้อยกว่าและไม่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันเลือดสูง

สาเหตุมักเกิดจากการโป่งพองของหลอดเลือดสมอง บริเวณฐานกะโหลกศีรษะ เมื่อมีเลือดออกในทันทีทันใดผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะรุนแรงมากอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน ในบางรายอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้ตั้งแต่วะยะแรก จำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วนการตรวจร่างกายจะพบว่าผู้ป่วยมีคอแข็ง และมีอาการแสดงที่บ่งว่ามีการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง เช่น Kernig's และ Brudzinski's sign การบีบเกร็งของหลอดเลือด (vasospasm) ภายหลังผนังหลอดเลือดแตกและภาวะเนื้อสมองตายที่เกิดขึ้นตามมาอันเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการที่เกิดขึ้น

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดจะพบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองตีบตันร้อยละ 60 จากหลอดเลือดสมองอุดตันร้อยละ 20 จากหลอดเลือดอักเสบร้อยละ 5 จากเลือดออกในเนื้อสมองร้อยละ 10 และจากเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรนอยด์ร้อยละ 5 (กิ่งแก้ว, 2547)

การวินิจฉัยและการตรวจเพิ่มเติม

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอาศัยประวัติและการตรวจร่างกายเป็นสำคัญ การตรวจพิเศษอื่นๆ (นิจศรี, 2544) ได้แก่

1. การเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจะช่วยให้การวินิจฉัยได้แม่นยำมากขึ้น สามารถทำได้รวดเร็ว มักจะทำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันทุกราย
2. การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หรือ MRI จะตรวจได้ชัดเจนแม่นยำกว่าเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ แต่กินเวลานานกว่าและราคาสูงกว่ามาก จึงมักใช้ในรายที่จำเป็น
3. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง หรือ อัลตราซาวด์ ใช้ตรวจหลอดเลือดโดยเฉพาะหลอดเลือดใหญ่บริเวณคอได้เป็นอย่างดี จึงเป็นที่นิยมใช้ในการตรวจหาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันบริเวณนี้ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ตรวจหลอดเลือดสมองได้ด้วย
4. การตรวจหัวใจ รวมถึงการตรวจคลื่นหัวใจ และการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ใช้ในกรณีที่สงสัยว่าอาจจะมีโรคหัวใจที่เป็นสาเหตุ
5. การตรวจอื่นๆ เช่นการตรวจเลือดเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของโรคและการตรวจภาพรังสีปอด
6. การตรวจด้วยการฉีดสีเข้าหลอดเลือด ทำได้โดยการผ่านสายสวนเข้าไปในหลอดเลือดและฉีดสีเพื่อดูหลอดเลือด เป็นวิธีที่ค่อนข้างยุ่งยาก ใช้เฉพาะบางกรณีที่มีความจำเป็นเช่นตรวจหาหลอดเลือดโป่งพองในสมอง เป็นต้น
7. การตรวจเลือดเพื่อค้นหาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อดูโรคเบาหวาน การตรวจไขมันในเลือด การตรวจนับเม็ดเลือด เป็นต้น

โรคหลอดเลือดสมองลักษณะและอาการแสดง

ปิยะภัทร (2548) กล่าวว่า สมองเป็นอวัยวะสำคัญที่ควบคุมการทำงานของร่างกายสมองมี 2 ซีก คือ ซ้ายและขวา แต่ละซีกจะทำหน้าที่ควบคุมการทำงานด้านตรงข้ามของร่างกาย คือ สมองซีกขวาทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายและลำตัวทางซีกซ้าย ส่วนสมองซีกซ้ายก็ทำหน้าที่ตรงกันข้ามกับซีกขวา นอกจากการเคลื่อนไหวแล้วสมองยังทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมและแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรม ความนึกคิด การพูด การหายใจ และอื่นๆ ที่ทำให้ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ สำหรับการวินิจฉัยอาการอัมพาตครึ่งซีกว่ามีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองมีลักษณะที่สำคัญดังนี้

1. มีอาการและอาการแสดงที่บ่งถึงความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน เช่น เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว อาจมีเดินเซ ทรงตัวไม่อยู่ ชาที่หน้าหรือตามแขนขา รู้สึกเหมือนไม่มีแรง เป็นต้น

2. มีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง

3. ความผิดปกติของระบบประสาทอาจเป็นชั่วคราว หมายถึง เมื่อพบว่ามีอาการผิดปกติแล้วจะค่อยๆ ฟื้นตัวจนมีอาการเป็นปกติ โดยทั่วไปมีสาเหตุจากหลอดเลือดขนาดเล็กหรือหลอดเลือดฝอยในสมอง สำหรับกรณีที่พบว่ามีปัญหาจากหลอดเลือดแดงใหญ่ในสมองจะทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอาจทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทอย่างถาวรได้

4. ความผิดปกติของระบบประสาทอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง หรือเสียชีวิต ในบางรายมีความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด หรืออ่อนแรงขึ้นทันทีทันใดแล้วความผิดปกติเหล่านี้หายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง จะยังไม่จัดว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แต่เป็น “อาการเตือน” ที่อาจนำไปสู่การเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ในอนาคต เนื่องจากอาการเหล่านี้เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกัน

นิจศรี (2550) กล่าวว่าโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีอาการเป็นขึ้นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด มีน้อยรายที่จะมีอาการเตือน มักจะมีประวัติว่าสบายดีมาก่อน อยู่ดีๆก็มีอาการชาหรืออ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด อาการของโรคหลอดเลือดสมอง คืออาการอัมพาตครึ่งซีกหรือชาครึ่งซีก เนื่องจากตามทีก่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าสมองแต่ละซีกทำหน้าที่คุมร่างกายซีกตรงข้าม แต่อาการพิการเฉพาะที่อื่น ๆ ที่เกิดจากสมองก็เป็นได้แทบทุกอย่าง เช่น มองไม่เห็นครึ่งซีก, พูดไม่ชัด, กลืนไม่ได้, ไม่รู้ตัว ฯลฯ อาการที่สำคัญได้แก่

1. อ่อนแรงครึ่งซีก มีอาการแขนขาอ่อนแรง ยกไม่ถนัดเดินลำบาก อาจมีปากเบี้ยวร่วมด้วย อาการอ่อนแรงนี้ถ้าเป็นน้อยอาจเรียกว่าอัมพฤกษ์ ถ้าเป็นมากจนขยับไม่ได้เลยเรียกว่าอัมพาต
2. ชาครึ่งซีก อาจพบร่วมกับอาการอ่อนแรง หรือไม่ก็ได้ ชาในที่นี้หมายถึงการเสียความรู้สึกเจ็บ, สัมผัส เมื่อหยิกหรือจับบริเวณที่ผิดปกติจะรู้สึกน้อยลงหรือถ้าเป็นมากอาจไม่รู้สึกละเลย
3. ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เกิดอาการทำงานของกล้ามเนื้อลิ้นและปากผิดปกติ สืบเนื่องมาจากโรคในสมอง
4. พูดลำบาก พูดตะกุกตะกักหรือฟังภาษาพูดไม่เข้าใจ เกิดจากโรคที่สมองซีกซ้าย ซึ่งเป็นสมองข้าง ควบคุมเกี่ยวกับภาษา
5. คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ โดยทั่วไปอาการเหล่านี้มักจะเกิดจากโรคหูส่วนใน แต่ก็มีบางครั้งที่เกิดจากโรคหลอดเลือดจากบริเวณก้านสมอง
6. อาการเห็นภาพซ้อนเป็น 2 ภาพ มักจะเกิดจากโรคบริเวณก้านสมอง
7. เดินเซ ทรงตัวไม่อยู่ อาจร่วมกับอาการอ่อนแรงหรือไม่ก็ได้ เกิดจากโรคบริเวณสมองน้อย หรือก้านสมอง
8. หมดสติทันที มักจะเกิดจากสมองเสียการทำงานไปมากโดยเฉพาะบริเวณก้านสมอง หรือเกิดจากหลอดเลือดสมองแตกที่รุนแรง

ในกรณีที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะและคลื่นไส้ อาเจียน มากร่วมกับอาการอ่อนแรง ในบางรายอาจถึงกับหมดสติ ความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดโรคและปริมาณของสมองที่ถูกทำลายไป ถ้าโรคเป็นน้อยและได้รับการรักษาทันเวลาที่ ผู้ป่วยก็อาจหายได้เองในเวลาเป็นนาทิจ หรือเป็นวัน ถ้าเป็นมากและรุนแรง ผู้ป่วยก็อาจเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความพิการเกิดขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความพิการพอช่วยตัวเองได้ บางรายอาจช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องมีคนพยาบาลตลอดเวลา หรือบางรายอาจไม่รู้สึกรู้สีกตัวไปเลยก็ได้

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ (สุพร, 2549 อ้างใน นิพนธ์, 2544) คือ

1. ระยะเฉียบพลัน หมายถึงระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ มักจะใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญในระยะนี้ ได้แก่ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจ และการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่ที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้
2. ระยะหลังเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน
3. ระยะฟื้นฟูสภาพ ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกรู้สีกตัวร่วมด้วย หรือรู้สึกรู้สีกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อยๆ เกร็งแข็งขึ้น การดูแลรักษาเน้นที่การฟื้นฟูสภาพ เพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 เดือน ร้อยละ 10 จะฟื้นตัวได้เป็นปกติ (อรฉัตร, 2544) ระยะกลับสู่สภาพเดิมเป็นช่วงสำคัญ ส่วนใหญ่ใช้เวลา 12 สัปดาห์ เมื่อผ่านระยะนี้ไปแล้ว ผู้ที่มีภาวะด้อยสมรรถภาพที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต การดูแลเน้นการให้ร่างกายทำหน้าที่ได้สูงสุด และการปรับตัวต่อภาวะด้อยสมรรถภาพที่เหลืออยู่ (Hewere, 1994 อ้างใน วิณา, 2545)

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

1. ความบกพร่องของประสาทสั่งการ (motor impairment) มักมีอาการอ่อนแรงของ แขน ขา และลำตัวครึ่งซีก โดยในระยะแรกกล้ามเนื้อจะมีอาการอ่อนปวกเปียก ต่อมาเมื่อมีการฟื้นตัวของสมอง กล้ามเนื้อจะมีแรงต้าน มีการเกร็งตัว (spasticity) มากขึ้นทำให้มีการเคลื่อนไหวลำบาก บางรายอาจมีการสูญเสียการทรงตัว (balance coordination) (กฤษณา, 2550)

1.1 อาการอัมพาตอ่อนแรง (วิษณุ, 2548) โรคหลอดเลือดสมองจะทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ขยับแขนขาไม่ได้ ที่เรียกว่าอัมพฤกษ์อัมพาต ถ้าขยับแขนขาไม่ได้เลยจะเรียกว่าอัมพาตแต่ถ้าขยับพอได้หรือเป็นแล้วหาย จะเรียกว่า อัมพฤกษ์ ซึ่งอาการอาจค่อยเป็นค่อยไปหรือเป็นทันทีทันใด ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น นั่ง ยืน ทรงตัว หรือเดินได้ ในบางรายอาจมีอาการปากเบี้ยว เป็นอัมพาตที่กล้ามเนื้อหน้า ทำให้น้ำลายไหลยืด ดูกลิ้นน้ำและอาหาร ไม่ได้รวมถึงมีอาการชา แขนขาข้างที่เป็นอัมพาตร่วมด้วย

อาการอัมพาตอ่อนแรงในระยะแรก จะมีลักษณะอ่อนแรงแบบปวกเปียกกล้ามเนื้อจะเหลว นิ่ม อาจมีข้อไหล่วืด หลุด ขยับแขนขาไม่ได้เลยซีกใดซีกหนึ่ง อาจเป็นซีกซ้ายหรือขวา หลังจากนั้นการดำเนินโรคจะเข้าสู่ระยะกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ทำให้ขยับแขนขาและคัดเหยียดข้อต่อต่างๆ ได้ยากขึ้น เพราะจะมีแรงต้านของกล้ามเนื้อ มีข้อต่อผิดปกติ เช่น แขนข้างอัมพาตหนีบชิด ลำตัว ข้อศอกและข้อมือ งอ นิ้วมือกำแน่น หลังจากนั้นจึงเข้าสู่ระยะที่ผู้ป่วยสามารถขยับแขนขาได้เอง ซึ่งมักจะขยับข้อไหล่วืดได้ก่อน แล้วจึงขยับข้อศอกและมือได้ในลำดับต่อมา ถ้ามีการฟื้นตัวของระบบประสาทดีขึ้น แต่ท่าทางอาจยังไม่ปกติ จนสุดท้ายถ้าการฟื้นตัวกลับมากปกติสมบูรณ์ กำลังกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวต่างๆ ก็จะปกติ นับเป็นการหายโดยสมบูรณ์ ซึ่งโดยปกติการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อ แขนขาข้างอัมพาตจะแตกต่างกันไปตามความรุนแรงของโรค ในบางรายอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่เล็กน้อยแตกต่างกันไป

กิ่งแก้ว (2547) กล่าวว่า ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรงในผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มักมีปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหว ในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนแรงและมีความตึงตัวลดลง ต่อจากนั้นจึงค่อยๆ ฟื้นตัวขึ้นตามแบบแผนเฉพาะ โดยเริ่มมีกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ต่อมากล้ามเนื้อหดตัวพร้อมกันเป็นกลุ่มๆ (synergy pattern) และเกิดปัญหา กล้ามเนื้อเกร็งกระตุกได้ในที่สุด

1.2 ปัญหากล้ามเนื้อเกร็งกระตุก (spasticity) ภาวะกล้ามเนื้อเกร็งกระตุกก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น ข้อยึดติด ผลจากการเสียดสี อาการเจ็บปวด และเป็นอุปสรรคต่อการจัดทำหรือดูแลสุขอนามัย การดูแลรักษาประกอบด้วย การดูแลปัญหาทางการแพทย์ทั่วไปเพื่อลดความเครียดทางกายที่อาจกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเกร็งมากขึ้น การจัดทำ การออกกำลังเพื่อป้องกันข้อยึดติด การใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงและการให้ยาลดการเกร็ง หรือฉีดยาเพื่อลดการเกร็งของกล้ามเนื้อเฉพาะที่

อารีรัตน์ (2548) กล่าวว่า Spasticity คือ ภาวะที่กล้ามเนื้อหดเกร็งมากกว่าปกติ เมื่อคลำจะรู้สึกได้ว่ากล้ามเนื้อแข็งเป็นลิ่ม และเมื่อยืดกล้ามเนื้อจะพบว่ามีความต้าน บางรายที่เป็นรุนแรงมาก กล้ามเนื้อจะเกร็งแข็งจนยืดไม่ได้ หรือสันกระดูกร่วมด้วยการหดเกร็งนี้จะเป็นมากขึ้นเมื่ออากาศเย็น เปลี่ยนอิริยาบถ เคลื่อนไหวร่างกายหรือมีการกระตุ้น เช่น มีไข้ ติดเชื้อ ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก มีแผลกดทับ ฯลฯ

ลักษณะทางคลินิกที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ข้อไหล่หุบ เข้าในและหมุนเข้าในแขนหนีบข้างลำตัว ข้อศอกงอเกร็ง ข้อมือเกร็ง นิ้วมือเกร็ง นิ้วมือกำแน่น เขย่งสันเท้าและปลายเท้าบิดเข้าใน และนิ้วเท้าจิกนิ้วเท้าที่ 1 (หัวแม่เท้า) เกร็งกระตุกขึ้น

นอกจากนั้น ยังสามารถพบความผิดปกติของแขนและมือที่พบได้บ่อยในหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ข้อไหล่หลวมหลุด ภาวะปวดไหล่ แขน และมือ มือบวม กล้ามเนื้อเกร็ง กระตุกและข้อยึดติด

ข้อไหล่หลวมหลุด เกิดจากกล้ามเนื้อเป็นอัมพาตอ่อนแรง ซึ่งพบได้บ่อย ในระยะอัมพาตอ่อนแรงแบบปกเปียก ภาวะนี้อาจทำให้ปวดไหล่ เอ็นรอบไหล่อักเสบ หรือข้อไหล่ติดยึดตามมาได้ ถ้าไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ในการดูแลรักษาต้องแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ช่วยจัดทำทางของแขนข้างอัมพาตให้เหมาะสม ไม่ปล่อยให้แขนห้อย แนะนำให้ผู้ป่วยประคองแขนข้างอัมพาตในทุกอิริยาบถ โดยเฉพาะท่านั่ง หรือยืนเดิน โดยให้กระดูกต้นแขนอยู่ในแนวข้อไหล่ สามารถใช้หมอนประคองไว้ได้ในขณะนั่ง ร่วมกับใช้อุปกรณ์ประคองแขนและข้อไหล่ไม่ให้หลวมหลุด ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์เอ็นข้อไหล่ถูกยึดดึงรั้งจนเกิดการบาดเจ็บและอักเสบได้ และสิ่งสำคัญสำหรับญาติและผู้ดูแลที่ต้องระวัง คือ ไม่ถูกระงอกหรือดึงรั้งแขนข้างที่เป็นอัมพาตซึ่งพบบ่อยในระหว่างการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างเคลื่อนย้ายตัว นอกจากนั้นอาจใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อ เพื่อช่วยลดอาการข้อไหล่หลวมหลุดได้

ภาวะปวดไหล่ แขนและมือ มีหลายสาเหตุ อาจเกิดจากเอ็นรอบไหล่อักเสบ กล้ามเนื้ออักเสบ กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ข้อไหล่หลวมหลุด และสาเหตุอื่นๆหรืออาจมีอาการปวดเนื่องจากรอยโรคที่สมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีรอยโรคบริเวณ thalamus หรือ spinothalamic tract ซึ่งสามารถป้องกันและดูแลรักษาได้

ภาวะมือบวม เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยตั้งแต่ระยะอัมพาตอ่อนแรงแบบปากเปือก มีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงและไม่สามารถหดตัวบีบไล่น้ำเลือดน้ำเหลืองกลับสู่หัวใจได้สะดวก ร่วมกับการปล่อยแขนข้างอัมพาตห้อยโดยไม่ดูแลเอาใจใส่หรือไม่ได้ออกกำลังขยับแขนและมือข้างนั้น ถ้าปล่อยให้มีมือบวมนานๆ อาจทำให้ข้อยึดติดได้ง่าย การดูแลรักษา ได้แก่ การจัดทำทางให้มีมืออยู่สูงกว่าระดับหัวใจเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดและน้ำเหลืองให้กลับสู่หัวใจได้สะดวกขึ้น การบริหารมือและแขนข้างอัมพาต การบีบนิ้ว หรือใช้อุปกรณ์ประคองข้อมือช่วย (วิญญู, 2548)

วสุวัฒน์ (2548) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณร้อยละ 12 จะเกิดกลุ่มอาการปวดมือและไหล่ขึ้น โดยมีสาเหตุจากการอักเสบของข้อไหล่ร่วมกับการไม่ขยับเคลื่อนไหวแขนข้างที่อ่อนแรง รวมทั้งความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการบีบตัวของหลอดเลือดที่ผิดปกติ เมื่อเกิดอาการปวดขึ้นนานๆ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไขสันหลัง ทำให้การรับรู้ความปวดเปลี่ยนแปลงไป จะมีอาการปวดเกิดขึ้นแม้เพียงถูกสัมผัสที่ร่างกายเบาๆ นอกจากนั้นการอักเสบของข้อไหล่ เกิดจากการที่ข้อไหล่ถูกดึงรั้งอยู่ในท่าที่ไม่ถูกต้องซ้ำเป็นเวลานานจนเกิดการบาดเจ็บของเส้นเอ็นและเยื่อหุ้มข้อไหล่จึงทำให้เกิดการอักเสบตามมา โดยในภาวะปกติเส้นเอ็นและเยื่อหุ้มข้อไหล่จะไม่ถูกดึงรั้ง เนื่องจากมีกล้ามเนื้อคอยพยุงไว้ แต่เมื่อกล้ามเนื้ออ่อนแรงและไม่มีอุปกรณ์ช่วยพยุงไว้แรงโน้มถ่วงโลกก็จะดึงรั้งให้เกิดการบาดเจ็บได้ อาการมี 3 ระยะ ในระยะแรกมือและแขนข้างที่อ่อนแรงจะปวดบวมแดงร้อน เวลาขยับแขนหรือถูกสัมผัสจะปวดมากขึ้น เหงื่อออกผิดปกติ ระยะต่อมาอาการปวดบวมลดลง แต่เริ่มมีข้อยึดติด ผิวหนังเปลี่ยนจากอุ่นร้อนเป็นเย็น ระยะสุดท้ายข้อยึดติดมากขึ้นจนแก้ไขได้ยาก ผิวหนังบางและสีคล้ำขึ้น ขนร่วง เล็บเป็นร่อง กระดูกที่มือบาง การเปลี่ยนแปลงแต่ละระยะเป็นเวลาหลายเดือน สิ่งที่สำคัญคือ การตรวจพบและรับรักษาตั้งแต่ระยะแรกซึ่งได้ผลดีและช่วยป้องกันความทุพพลภาพที่จะเกิดตามมาได้

1.3 ปัญหาการทรงตัวและกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน อาจเกิดจากความบกพร่องด้านกำลังของกล้ามเนื้อ การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ หรือการทำงานผิดปกติของสมองส่วน cerebellum หรือระบบ vestibular การรักษาต้องมุ่งแก้ไขสาเหตุ ฝึกการทรงตัวและฝึกให้กล้ามเนื้อทำงานได้อย่างสอดคล้องกันโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ในช่วงแรกที่กล้ามเนื้ออ่อนแรงยังไม่สามารถเดินได้

พบว่าร้อยละ 75-85 ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับมาเดินได้ โดยอาจใช้หรือไม่ใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเดิน

2. ความบกพร่องของการกำหนดรู้ (cognitive dysfunction) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีปัญหาในการกำหนดรู้ ทำให้เกิดปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน มักแสดงออกโดยมีอาการหลงลืมง่าย ไม่สนใจ บางรายอาจมีอาการสับสนวุ่นวาย มีความบกพร่องในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของวัตถุที่มองเห็น (spatial analysis deficit) ไม่สามารถวางแผนในการทำงานเป็นขั้นตอนต่างๆ ได้ ขาดสมาธิ มีการละเลยส่วนของร่างกายและสภาพแวดล้อมครึ่งซีก (hemineglect) โดยเฉพาะผู้ที่อัมพาตซีกซ้าย จะไม่สนใจสิ่งกระตุ้นที่เข้ามาด้านซ้าย ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากความสามารถในการเรียนรู้และจดจำเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟู ดังนั้นจึงควรมีการประเมิน mental status ในผู้ป่วยเพื่อบำบัดรักษาและชดเชยความบกพร่องดังกล่าว

3. ความบกพร่องในการรับรู้ (perceptual Impairment) หมายถึง การสูญเสียการเรียนรู้ และแปลความหมายของสิ่งที่มีกระตุ้นระบบรับรู้โดยที่ไม่มีการสูญเสียการทำงานของ การรับรู้ความรู้สึก มักพบพยาธิสภาพที่บริเวณสมองส่วน nondominant parietal lobe ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มีกระตุ้นร่างกายด้านตรงข้ามกับสมองส่วนที่มีพยาธิสภาพ ปัญหาการสูญเสียความรู้สึกอาจทำให้เกิดปัญหาที่ผิวหนัง ปัญหาการทรงตัว และการประสานการเคลื่อนไหว จึงควรแนะนำให้ผู้ดูแลตรวจผิวหนังของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และใช้สายตาช่วยตรวจสอบความแม่นยำในการหยิบจับสิ่งของและช่วยการทรงตัว เป็นต้น

4. ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร (communication disorder) (กฤษณา, 2550) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสาร เป็นการทำงานที่สลับซับซ้อน ซึ่งต้องประกอบด้วย การรับรู้ (reception) การประมวลข้อมูลของสมอง (central processing) และการส่งต่อข้อมูล (sending information) ความผิดปกติของการสื่อความหมาย แบ่งออกเป็น

4.1 ความผิดปกติทางการพูด (speech /articulation disorder) คือ ความผิดปกติในส่วนของการแสดงออกทางภาษา ในการสื่อความหมายโดยการเปล่งเสียงผิดปกติพูดไม่ชัด ระบบการออกเสียงผิดปกติ ขาดความคล่องตัวในการพูด และจังหวะการพูดผิดปกติ ลักษณะที่พบบ่อยได้แก่

4.1.1 Dysarthria slurred speech เกิดจากการที่ไม่สามารถใช้ปาก ลิ้น ขากรรไกร เพดาน กล่องเสียง ให้ทำหน้าที่ประสานกัน เพื่อให้การพูดเป็นไปตามปกติ และมักจะมีความผิดปกติ ในเรื่องการเคี้ยว การกลืน ร่วมด้วย

4.1.2 Apraxia คือ การที่ไม่สามารถใช้อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูดสำหรับการเริ่ม (initiate) ให้ออกเสียงเป็นคำพูดได้ ทั้งที่ไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูด

4.1.3 Dysphonia เกิดจากการมีความผิดปกติของสายเสียง (vocal cord) หรือมี อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ควบคุมกล่องเสียง ทำให้พูดไม่มีเสียงออกมา

4.2 ความผิดปกติการสื่อสารภาษา (language disorder) หมายถึง ความผิดปกติในความสามารถ ของการรับรู้ ความเข้าใจ การแสดงออก หรือการใช้ภาษาที่ถูกต้อง เหมาะสม ทั้งในด้านการพูด การ เขียน การอ่าน การแปลความหมายจากที่ได้ยิน หรือจากการอ่านได้ถูกต้อง เรียกว่า aphasia พบใน ผู้ที่มีพยาธิสภาพในสมองข้างที่เด่น (dominant hemisphere) ในการสื่อความหมายมีความสำคัญมาก ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากมีผลต่อการเรียนรู้และการดำรงชีวิตอย่างอิสระภายหลังฟื้นฟู สมรรถภาพแล้ว ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากการพูดไม่ชัดหรือมีปัญหาด้านการใช้ภาษา โดยการ รักษามุ่งหวังให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสื่อความหมายได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กิ่งแก้ว, 2547)

5. ความบกพร่องของระบบประสาทสัมผัส (peripheral sensory deficit) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองมักมีความผิดปกติของความรู้สึกลสัมผัส เช่น การเจ็บปวด (pain), อุณหภูมิ (temperature), การสัมผัส (touch), การรับรู้ตำแหน่ง (proprioception sense) และการสั่น (vibration) ซึ่งความผิดปกติ เหล่านี้จะเสียไปมากหรือน้อยเพียงใด ขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นโดยต้องประเมินว่า ผู้ป่วยมีความบกพร่องของประสาทสัมผัสด้วยหรือไม่ เพราะมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และการเดินของผู้ป่วย เช่น ผู้ที่มีความผิดปกติของ proprioception มักจะไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างคล่องแคล่ว หรือเดินได้ด้วยตนเองอย่างมั่นคง ต้องอาศัยประสาทสัมผัสส่วนอื่น เช่น การมอง มาช่วยทดแทน แต่ส่วนใหญ่การทำงานของประสาทสัมผัสมักจะฟื้นตัวได้ดีภายในเวลา 2-3 เดือน ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกบางรายที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในส่วน of thalamus หรือ spinothalamic tract มักจะแปลผลการสัมผัสต่างๆออกไปในรูปของความเจ็บปวด (thalamic pain) ทำให้มีปัญหาในการ ฟื้นฟูต้องหาทางบรรเทาอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวจนสามารถฝึกฝนได้

6. ความบกพร่องในเรื่องการกลืนอาหาร (dysphagia) ความผิดปกติในการกลืนอาหาร เป็นภาวะที่พบได้ประมาณ 30-65 % โดยเฉพาะพวกที่มีพยาธิสภาพบริเวณก้านสมอง (brainstem) ร่วมกับบริเวณอื่นๆ ของสมองข้างเดียว (unilateral) หรือสมองทั้งสองข้าง (bilateral hemisphere) อาการของการกลืนลำบาก ได้แก่ มีอาหารค้างอยู่ในปากหรือลำคอ จนถึงไม่สามารถกลืนอาหาร หรือน้ำได้ทั้งนี้ขึ้นกับว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติที่ขั้นตอน (phase) ใดของการกลืนซึ่งสามารถวินิจฉัยได้โดยการใช้ videofluoroscope ความบกพร่องในเรื่องการกลืนอาหารทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการสำลัก และทำให้ปอดอักเสบ (aspiration pneumonia) ซึ่งมักจะพบบ่อยในผู้ป่วยที่มี reflex pharyngeal swallow ช้า และมี pharyngeal transit time ช้าลง

วิชญ์ (2548) กล่าวว่า ภาวะกลืนลำบาก เป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะหลังจากเกิดโรคใหม่ๆ หรือในรายที่มีอาการรุนแรง เกิดจากกล้ามเนื้อในการกลืนอ่อนแรง กล้ามเนื้อในการกลืนทำงานไม่ประสานกัน กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ทำให้ผู้ป่วยกลืนอาหารและน้ำลำบาก สำลักได้ง่ายอาจสำลักเศษอาหารจนเข้าไปอุดทางเดินหายใจจนขาดอากาศหายใจ หรือ สำลักลงปอดทำให้ปอดอักเสบ อาการกลืนลำบากหรือรับประทานอาหารไม่ได้ อาจทำให้ผู้ป่วยขาดน้ำและสารอาหารได้ ผู้ที่เสี่ยงต่อการสำลักได้ง่าย ได้แก่ ผู้ที่มีเสียงแหบ พูดลิ้นรัว พูดไม่ชัด ไอหลังจากการกินอาหารและน้ำ เสียงเปลี่ยนหรือเสียงสั่นเครือหลังจากการกลืน

การดูแลรักษาภาวะกลืนลำบาก ในระยะแรกที่ยังผู้ป่วยยังดูดและกลืนอาหารไม่ได้ พิจารณาให้อาหารทางสายยาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและสารอาหารอย่างพอเพียงและป้องกันการสำลัก หลังจากมีอาการทั่วไปดีขึ้น อาจพิจารณาเอาสายออก ร่วมกับการกระตุ้นกล้ามเนื้อรอบปาก เหงือก กระพุ้งแก้ม ลิ้น คอหอยและกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนอื่นๆ โดยการนวดเบาๆ และฝึกบริหารกล้ามเนื้อเหล่านี้รวมทั้งการฝึกกลืน ซึ่งต้องมีการคัดแปลงอาหาร การจัดทำทางในการกลืน และเทคนิคต่างๆ เพื่อช่วยการกลืนให้ดีขึ้น ลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบากในระยะแรก ใช้อาหารที่หนืดข้นคล้ายอาหารป้อนทารกหรือเยลลี่ ถ้ากลืนได้ดีขึ้น จึงค่อยเปลี่ยนเป็นอาหารเหลว ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมหลายชนิด เช่น ก๋วยเตี๋ยวน้ำ เพราะจะสำลักได้ง่าย จนกว่าจะแน่ใจว่าการกลืนกลับมาเป็นปกติแล้ว

7. ความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่าย (uninhibited bladder and bowel) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาในเรื่องการควบคุมการขับถ่าย โดยเฉพาะในระยะแรกและการที่มีรอยโรคบริเวณ frontal lobe และ bilateral hemisphere นอกจากเกิดจากขาดการควบคุมของสมองแล้วการมีปัสสาวะเล็ดราดยังอาจเกิดจากอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจนไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเอง

ประกอบกับการที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรับรู้ มีอาการสับสน หรือมีความผิดปกติในเรื่องการติดต่อสื่อสาร ทำให้มีอาการปัสสาวะราด (urgency of urination) ส่วนการที่มีอุจจาระราดมักพบไม่บ่อย สาเหตุเกิดจากการไม่สามารถยับยั้ง reflex rectal emptying เช่นเดียวกับการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ มักพบในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้

8. ความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ (sexual dysfunction) พบว่าประมาณ 60 % ของผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ โดยส่วนใหญ่จะมีความต้องการทางเพศ (libido) ลดลงสาเหตุเกิดจากภาวะทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ความกลัว ความกังวล บางรายอาจมีสาเหตุทางด้านร่างกาย เช่น อาการเกร็ง อ่อนแรง หรือปัสสาวะกระปริดกระปรอยมีผลทำให้ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ

9. ด้านจิตใจ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นเหตุการณ์สำคัญของชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะไม่พึงพา และความผาสุกของบุคคล Nunley *et al.* (2000 อ้างใน สุพร, 2549) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วย เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกาย ความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน Hafsteindottir and Grypdonck (1997 อ้างใน สุพร, 2549) ขอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์และการแสดงบทบาทในชีวิต การแสดงพฤติกรรมทางจิตส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี (ฟาริดา, 2542) อาการแสดงด้านจิตใจที่พบบ่อย (อรพรรณ, 2544) ได้แก่

9.1 การสูญเสีย (loss) มี 2 ลักษณะ คือ การสูญเสียที่เห็นได้ชัดเจน จากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น การเสียน้ำหนักของอวัยวะของร่างกายที่เป็นผลจากโรค (Rambo, 1984) และการสูญเสียที่เห็นได้ไม่ชัดเจน เป็นเรื่องของความรู้สึก เสียความภูมิใจในตนเอง เสียความรู้สึกมั่นคง ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกายและจิตใจ สูญเสียเป้าหมายในชีวิตที่หวังไว้ อารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสีย คือ ความเสียใจ ถ้าไม่สามารถปรับได้จะแสดงอารมณ์เศร้าออกมาได้

9.2 ความเครียด (stress) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีได้ จะเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รวมทั้งการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ (นุกูลและคณะ, 2537; ฟาริดา, 2542) ระยะเวลาการปรับตัวต่อความเครียด ขึ้นกับลักษณะการเจ็บป่วย ประสบการณ์การสูญเสียของบุคคล ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม โดยในระยะแรกผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่เชื่อสิ่งที่เกิดขึ้น ปฏิเสธไม่ยอมรับ หลังจากนั้นจะแสดงความ

รู้สึกโกรธ ใน 2 ระยะนี้ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมของการพึ่งพา หลังจากนั้นเข้าสู่ระยะของการยอมรับ การสูญเสีย และมีการเปลี่ยนบทบาทเป็นพฤติกรรมพึ่งพาตนเองและพึ่งพาผู้อื่น (Lawrence and Lawrence, 1979)

9.3 ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นพื้นฐานการตอบสนองต่อความเครียดที่ยาวนาน ที่กระทำออกมาเพื่อต่อสู้สิ่งที่คุกคาม (Shontz, 1975) อาการของความวิตกกังวลเป็นอาการของความกลัว ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากประสบการณ์การรับรู้แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น และความรู้สึกไม่แน่นอน Hafsteindottir and Grypdonck¹ (1997 อ้างใน สุพร, 2549) ผู้ป่วยอัมพาตซีกซ้ายเกิดจากการขาดคะแนนความทุกข์ทรมานจากโรค ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว กังวลที่ไม่สามารถคาดการณ์อนาคตได้ และกลัวการเสียชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจมีผลให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย คือ ใจสั่น แขนงอ หายใจไม่อิ่ม ปากแห้ง มือเท้าเย็นนอนไม่หลับ ถ่ายเหลว กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Bartels, 1998 อ้างใน สุพร, 2549)

9.4 ความก้าวร้าว (aggressive) เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้าย หรือคำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำทางที่ไม่เป็นมิตร พูดในแง่ร้าย ใช้วาจาหยาบคาย ทบทำลายสิ่งของ ทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีอาการหงุดหงิด หดหู่ โกรธง่ายและก้าวร้าว ความก้าวร้าวอาจแสดงออกมาในรูปของปมเด่น ด้วยการวางอำนาจ หยิ่ง ดูถูกผู้อื่น หรืออาจแสดงออกมาในรูปของการพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา (นภการณ์, 2533; ฟาริดา, 2542; Broustein, 1991)

9.5 ภาวะซึมเศร้า (depression) พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมองซีกซ้ายมากกว่าสมองซีกขวา (Caplan, 2000; Taylor, 1999)

ซึ่ง Robinson (1998) ได้ทบทวนงานวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะหลังการฟื้นฟูสภาพ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลาง เฉลี่ยร้อยละ 34 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Carod-Artal *et al.* (2000 อ้างใน สุพร, 2549) พบว่าผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี จำนวน 90 ราย อายุเฉลี่ย 68 ปี มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 38 โดยตัวแปรที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า คือ การสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีกิจกรรมทางสังคมที่ลดลง ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการกลับสู่สภาพเดิมของการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยพบว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามีภาวะด้อยสมรรถภาพมากกว่า และมีการฟื้นตัวในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (Chemerinski *et al.*, 2001) อาการที่พบ ได้แก่ อารมณ์เศร้า ร้องไห้ง่าย ขาด

ความกระตือรือร้น แยกตัวเอง หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย เกียจคร้าน ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ น้ำหนัก ลดส่งผลให้ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง (Robinson, 1998; Sisson, 1998)

10. ด้านสังคม ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่มีความพิการให้เห็นชัดเจน ทำให้ผู้ป่วย เกิดความอับอาย เกิดความสูญเสียอัตมโนทัศน์ส่วนตัว การปรับเปลี่ยนบทบาทเดิมไปสู่บทบาทใหม่ ในครอบครัวทำให้เกิดความเครียดและขัดแย้งในตนเอง จะรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่อยากเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคมเปลี่ยนแปลงไป มีความห่างเหินและขาดการ ติดต่อกับสังคม พฤติกรรมที่เปลี่ยนไป สาเหตุเนื่องจาก ผู้ป่วยอาจไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม ของตน ให้ปฏิบัติตามแบบแผนขนบธรรมเนียมประเพณี และค่านิยมทางสังคมได้ ทำให้ญาติรู้สึก อับอายและเป็นภาระที่ต้องคอยดูแล และควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงไม่ค่อยพาผู้ป่วยพบปะกับ โลกภายนอก (ฟาริดา, 2542; อรพรรณ, 2544) และ Atler and Cliner (1989 อ้างใน สุพร, 2549) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องของร่างกายกับระดับกิจกรรมของผู้ป่วยชายโรคหลอดเลือด สมอง 30 ราย พบว่าผู้ป่วยใช้เวลาดูโทรทัศน์มากขึ้น แต่การอ่านหนังสือและการมีกิจกรรมใน ครอบครัวคงเดิม ส่วนการท่องเที่ยวและกิจกรรมทางสังคมลดลง Nir and Galinsky (2000 อ้างใน สุพร, 2549) ศึกษาผู้ที่มีภาวะด้อยสมรรถภาพจากโรคลมชักและโรคหลอดเลือดสมอง 88 ราย อายุเฉลี่ย 74 ปี ติดตามตั้งแต่สัปดาห์แรก ถึง 1 ปี พบว่าผู้ที่เจ็บป่วย และได้รับการรักษาน้อยกว่า 2 เดือน มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้ที่เจ็บป่วยนานกว่า สอดคล้องกับ Labi *et al.* (1980 อ้างใน สุพร, 2549) พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงในผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองนานกว่า 12 เดือน

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในการเกิด Atherosclerosis เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและเบาหวาน นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย พอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้ (เอื้องพร, 2550)

ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้

1. อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนที่สุด โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงของทั้งภาวะ hemorrhagic และ ischemic stroke จากอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองปรับตามช่วงอายุ จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ตามอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ปี ในผู้ที่มีอายุ 45 ปี ขึ้นไป พัทธวิมล (2548) กล่าวว่าพบโรคหลอดเลือด

สมองได้บ่อยในผู้ที่อายุเกิน 65 ปี สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี จะเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากกว่า จำเป็นต้องตรวจหาสาเหตุที่อาจเกี่ยวข้องด้วย

2. เพศ เกือบทุกช่วงอายุเพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 44-76 นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเกือบทุกช่วงอายุเช่นกัน (กึ่งแก้ว, 2547)

3. พันธุกรรม พบว่าผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงสูงกว่าคนปกติ โดยปัจจัยด้านบิดาเพิ่มความเสี่ยง 2.4 เท่า และ ปัจจัยด้านมารดาเพิ่มความเสี่ยง 1.4 เท่า (กึ่งแก้ว, 2547)

ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ (พัชรวิมล, 2548)

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคอื่นๆ

1. ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เนื่องจากมีผลต่อหลอดเลือดทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็กในผู้ที่มีความดันโลหิตตัวบนหรือซิสโตลิก สูงกว่า 160 มม.ปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่างหรือไดแอสโตลิกสูงกว่า 95 มม.ปรอท มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าปกติถึง 6 เท่า การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าความดันโลหิต ณ ขณะใดขณะหนึ่ง ผู้ที่ได้รับการรักษาจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา จึงควรรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือด

กึ่งแก้ว (2547) กล่าวว่า การควบคุมระดับความดันเลือดนอกจากช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจได้อีกด้วยและถ้ายังลดความดันเลือดได้มากจะช่วยป้องกันการเกิดโรคได้ดีขึ้น

2. โรคของหลอดเลือดแดงใหญ่การอดิ ผู้ที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดนี้มีโอกาสเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวได้ง่าย ซึ่งพบว่าผู้ที่มีภาวะนี้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง 35% ภายใน 5 ปี ดังนั้นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จึงเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอันมีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมิน เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

3. โรคหัวใจ เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตัน รวมทั้งความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่บ่งถึงหัวใจห้องล่างซ้ายโตหรือทำงานผิดปกติ หรือหัวใจห้องบนซ้ายโตด้วย ในผู้ป่วยโรคหัวใจดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 2-6 เท่า จึงควรได้รับการรักษาโรคที่เป็นอยู่อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

4. เบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3-6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไป และถ้าเป็นโรคหัวใจหรือความดันโลหิตสูงร่วมด้วยความเสี่ยงก็จะเพิ่มขึ้น จึงควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการดำเนินชีวิต

5. การสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นการส่งเสริมให้เกิดภาวะ atherosclerosis และ Hypercoagulability และเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีผลต่อการเกิดหลอดเลือดสมองตีบ สมองขาดเลือด ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ที่สูบบุหรี่จัด (มากกว่า 20 มวน/วัน) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ที่สูบบุหรี่น้อย (น้อยกว่า 10 มวน/วัน) ถึง 2 เท่า แต่ความเสี่ยงนี้จะลดลงเท่ากับคนปกติที่ไม่สูบบุหรี่ เมื่อหยุดสูบบุหรี่นาน 5 ปี

6. ภาวะไขมันในเลือดสูง มีผลโดยอ้อม คือ ทำให้เกิดโรคหัวใจ และมีผลทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น เกิดการอุดตันได้ง่าย ดังนั้นผู้ที่มีระดับไขมันชนิดโคเลสเตอรอลเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือไขมันชนิดเบา (Low Density Lipoprotein: LDL) เกิน 160 มก./ดล. จึงควรลดการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลและกรดไขมันอิ่มตัว ซึ่งถ้าการควบคุมโดยอาหารไม่ได้ผล ควรปรึกษาแพทย์เพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

7. เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน พบว่าร้อยละ 6-7 ของผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือ TIA มาก่อนจะเป็นซ้ำ การลดปัจจัยเสี่ยงจึงมีความสำคัญเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรค (กิ่งแก้ว, 2547)

8. ภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานพบได้บ่อยในคนอ้วนมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การลดน้ำหนักมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงและโรคเบาหวานรักษาได้ง่ายขึ้น และยังลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย

9. การดื่มแอลกอฮอล์ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลางถึงมาก แต่พบว่าในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เล็กน้อยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะลดลง จากรายงานการวิจัยในการดื่มสุราผู้ชายไม่ควรเกินวันละ 2 แก้ว/ วัน และในผู้หญิงไม่ควรเกิน 1 แก้ว/ วัน (เอื้องพร, 2550)

10. การขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายช่วยลดปัจจัยเสี่ยงเรื่องน้ำหนัก ความดัน ระดับไขมันในเลือด และการออกกำลังกายระดับปานกลาง มีผลลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่การออกกำลังกายหักโหมไม่มีผลต่อการลดความเสี่ยงนี้

ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ภาวะเลือดข้นหรือผู้ที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ จากโรคที่เป็นอยู่หรือจากยาที่ผู้ป่วยได้รับ การใช้ฮอร์โมนทดแทนและภาวะหลอดเลือดอักเสบ มีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยเช่นกัน

การป้องกัน (สุรเกียรติ, 2544)

1. งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการดื่มเหล้าจัด ลดอาหารที่มีไขมันมาก ลดน้ำหนักถ้าอ้วน และหมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อป้องกันไม่ให้มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเร็ว

2. ตรวจความดันโลหิต เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดถ้ามีภาวะผิดปกติ ควรรักษาเป็นประจำอย่าได้ขาด เพราะเมื่อควบคุมภาวะเหล่านี้ได้ ก็จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาต

3. ถ้าเคยมีอาการอัมพาตชั่วคราวจากสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) ควรปรึกษาแพทย์ และรับประทานยาแอสไพริน หรือยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือดตามแพทย์สั่งเป็นประจำอย่าได้ขาด

4. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจรูห์มาติก ผู้ผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นต้น ควรปรึกษาแพทย์ อาจจำเป็นต้องรับประทานยาแอสไพริน หรือยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดที่หัวใจแล้วหลุดลอยไปอุดตันในหลอดเลือดสมอง

นิจศรี (2544) กล่าวว่า เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเกิดขึ้นแล้วถ้าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักจะมีอาการดีขึ้นแต่ก็อาจไม่หายเป็นปกติในบางรายอาจมีความพิการตลอดไป ดังนั้นการป้องกัน จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง การป้องกันทำได้โดยการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและควบคุมรักษาปัจจัยเสี่ยงนั้น อย่างดี ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การ สูบบุหรี่ การดื่มเหล้า และโรคหัวใจบางชนิด ดังนั้นในผู้ใหญ่ที่ไม่เคยมีโรคมาก่อนจึงควรตรวจสุขภาพ วัดความดันโลหิต และตรวจเลือดเป็นประจำทุกปี และควรงดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด สำหรับผู้ที่มีโรค ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ก็ควรดูแลตัวเอง รับประทานยาและปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ รวมทั้งออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ในผู้ที่เคยมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ที่เคยมีอาการแล้ว ถ้าเป็นชนิด หลอดเลือดสมองตีบตันควรรับประทานยาป้องกันเช่นยาในกลุ่มแอสไพริน หรือยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองซึ่งบ่อยครั้งจะพบความเจ็บป่วย และ/หรือความพิการที่หลงเหลืออยู่โดยต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เร็วที่สุดเพื่อลดความรุนแรง ของความเจ็บป่วยและ/ หรือความพิการ (American Heart Association, 2003)

กฤษณา (2550) กล่าวว่า สิ่งสำคัญที่เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ กลับมามีชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Rehabilitation) หมายถึง การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จะช่วยให้ ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวเร็วขึ้นและมากขึ้น โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เคลื่อนไหว ได้ด้วยตนเอง และกลับไปมีชีวิตความเป็นอยู่ในครอบครัวและสังคม เช่นที่เคยเป็นให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้

1. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา
2. เพื่อลดความบกพร่องทางระบบประสาท
3. เพื่อชดเชย และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับความพิการที่เหลืออยู่
4. เพื่อคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในระยะยาว

ในการตั้งเป้าหมายทั้งระยะสั้น และระยะยาวโดยทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนด โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการตั้งเป้าหมายมี 4 ประการ

1. การฟื้นตัวของผู้ป่วยแตกต่างกันมาก มีเพียงบางส่วนที่สามารถทำนายได้ ดังนั้นการตั้งเป้าหมายควรจะมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะโดยดูจากการฟื้นตัวของผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยส่วนมากมีการฟื้นตัวเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 1-3 เดือน หลังจากนั้นจะชะลอลง มีเพียงส่วนน้อยที่ฟื้นตัวต่อเนื่องภายหลัง 6 เดือน
3. พยากรณ์การฟื้นตัวที่ไม่ดี ได้แก่ ผู้ป่วยที่
 - 3.1 อยู่ในระยะหมดสตินาน
 - 3.2 กล้ามเนื้อแขน-ขา อ่อนปวกเปียก (Flaccid) นานกว่าปกติ เช่น นานกว่า 2 เดือน
 - 3.3 มีอาการเกร็งอย่างมากของกล้ามเนื้อต้นแขน ต้นขา (Severe proximal spasticity)
 - 3.4 ควบคุมการถ่ายปัสสาวะ- อุจจาระเองไม่ได้ภายใน 2-3 สัปดาห์
 - 3.5 มีอาการละเลยร่างกายครึ่งซีกอย่างรุนแรง (Severe unilateral neglect)
 - 3.6 มีความบกพร่องทางสติปัญญา ความจำอย่างรุนแรง จนไม่สามารถจะติดตามขั้นตอนของการเรียนรู้ได้
 - 3.7 มีการบกพร่องทางสายตา (Visuo-spatial deficit) และการได้ยิน
 - 3.8 เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน
 - 3.9 มีอาการซึมเศร้ามาก

3.10 มีอาการโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน

4. ผลของปัญหาด้านจิตใจ สิ่งแวดล้อม และสังคม

หลักสำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วย

1. การดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ การฟื้นฟูสมรรถภาพต้องทำงานเป็นทีม ประกอบด้วยแพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล ฟื้นฟู นักอรรถบำบัด นักโภชนาการ นักสัตนทาการ เป็นต้น ซึ่งการทำงานต้องอาศัยความเข้าใจและความร่วมมือกัน เพื่อให้การฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นไปในทางเดียวกัน และบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้

2. การประเมินผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วยควรทำอย่างละเอียด สม่ำเสมอเป็นระยะๆ ตลอดโปรแกรมของการฟื้นฟู

3. การดูแลต่อเนื่อง การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพมีหลายระยะ ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาล ระยะฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน/นอก หรือมีผู้ดูแลที่บ้าน

4. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยและญาติควรรับรู้การดำเนินของโรค การรักษาและการฟื้นฟูเป็นระยะๆ เข้าใจวัตถุประสงค์ และโปรแกรมการฟื้นฟู มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อจะได้ร่วมมือในการฟื้นฟูทำให้สามารถบรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้ รวมถึงการเตรียมความพร้อมในเรื่องที่อยู่อาศัยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

คุณสมบัติของผู้ป่วยที่จะได้รับการฟื้นฟู ผู้ป่วยทุกรายหลังจากเกิดหลอดเลือดสมองแล้ว ควรจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างรวดเร็วที่สุดหลังจากอาการทางระบบประสาทคงที่ และพ้นภาวะวิกฤตแล้วและในการประเมินสภาพผู้ป่วย ก่อนให้การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ให้การฟื้นฟูมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทราบถึงสาเหตุของการเกิดโรค ตำแหน่งพยาธิสภาพ ลักษณะอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง การฟื้นตัวของระบบประสาท ตลอดจนสภาพครอบครัวและสังคม การประกอบอาชีพ และการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโดยละเอียด เพราะสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเป็นเครื่องบ่งชี้การดำเนินของโรค การพยากรณ์โรค และเป็นแนวทางในการฟื้นฟูผู้ป่วย อันได้แก่

4.1 ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาจากแพทย์ผู้ดูแล

4.2 การตรวจร่างกายทั่วไป ชนิดและความรุนแรงของโรค โรคร่วมอื่นๆ ภาวะแทรกซ้อน และสภาพโดยรวมของผู้ป่วย

4.3 สภาพของผู้ป่วยก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

4.4 ภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นตัวของระบบประสาทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องระยะเวลาและปริมาณ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาด ตำแหน่ง และความรุนแรงของรอยโรค ผู้ป่วยบางรายสามารถฟื้นตัวได้ถึง 80-90 % ภายในระยะเวลา 1-2 เดือน ในขณะที่บางรายต้องใช้เวลามากกว่า 6 เดือน การฟื้นตัวของระบบประสาทส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าหลัง 6 เดือนแล้วการฟื้นตัวจะช้าลง การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น 2 ระยะคือ

1. ระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวของระบบประสาทตามธรรมชาติ (natural spontaneous neurological recovery) หลังจากที่ถูกผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสมและรวดเร็ว ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองดีขึ้น สมองยุบบวมลง ความดันภายในช่องกะโหลกลดลง ซึ่งจะแสดงให้เห็นได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถขยับแขนขาได้ดีขึ้น ควบคุมกลืนน้ำได้ดีขึ้น ความสามารถในการพูด การเข้าใจภาษาดีขึ้น primary neurological function ดีขึ้น การฟื้นตัวตามธรรมชาติมักจะเกิดขึ้นภายใน 1 เดือนหลังเป็นโรค

2. ระยะฟื้นตัว ผู้ป่วยจะมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองมากขึ้น และมีความเป็นอยู่ในสังคมดีขึ้น ขณะที่สมองมีการฟื้นตัวตามธรรมชาติ หรือมีในปริมาณจำกัด การฟื้นตัวนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัว (adaptation) หรือได้รับการฝึกฝนให้ใช้ส่วนอื่นมาชดเชย ทดแทน (compensation) ซึ่งต้องอาศัยความรู้และเทคนิคในทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นอย่างมาก

กลไกการฟื้นตัวของระบบประสาท (Mechanism of neurological recovery)

กลไกที่ทำให้เกิดการฟื้นตัวของระบบประสาทหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 กลไก คือ

1. การฟื้นตัวเนื่องจาก natural spontaneous recovery เกิดจากการฟื้นตัวของพยาธิสภาพของสมองรอบๆ ส่วนที่ขาดเลือดที่เรียกว่า ischemic penumbra เช่น เซลล์ประสาทมีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น สมองยุบบวมลง เลือดออกน้อยลง ความดันภายในช่องกะโหลกลดลง ซึ่งใช้ระยะเวลา 1-2 สัปดาห์
2. การฟื้นตัวจากกระบวนการ neural plasticity เกิดจากเซลล์สมองมีการปรับตัว เช่น มีการงอกกิ่งก้านสาขาแขนงประสาท dendrite และ axon (collateral sprouting) และเชื่อมต่อเพื่อสร้างเครือข่ายแขนงประสาทขึ้นใหม่ (synapse) ร่วมกับลดการยับยั้งการทำงานของเซลล์สมองบางส่วน ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง (reorganization structure) และการทำงานของเซลล์สมอง กระบวนการ neural plasticity เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งต้องใช้เวลานานเป็นเดือนถึงปี การเรียนรู้และฝึกฝนอย่างเต็มที่ช่วยกระตุ้นให้กระบวนการนี้เกิดได้ดีขึ้น โดยเฉพาะงานด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะเข้ามามีบทบาทอย่างมาก เช่น การพยายามใช้แขนขาข้างที่อ่อนแรง โดยการใช้เทคนิค constraint – induced movement therapy และ treadmill training with body weight support ในปัจจุบันพบว่ามียาบางชนิด หรือการใช้เทคนิคและวิธีการต่างๆ จะสามารถช่วยกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนของข่ายประสาทได้เร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วยประเด็นสำคัญๆ ต่อไปนี้ (กิ่งแก้ว, 2547)

1. การป้องกันการเป็นซ้ำโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง
2. การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน
3. การส่งเสริมส่วนที่ไม่มีปัญหาให้มีสภาพที่ดีที่สุด เช่น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของแขนขาข้างที่ดี

4. การรักษาแก้ไขปัญหาลำบากของร่างกายที่ผิดปกติและการสูญเสียความสามารถ ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของแขนขาข้างที่อ่อนแรง การฝึกใช้มือที่อ่อนแรง เป็นต้น

5. การป้องกันและแก้ไขปัญหาลำบากการสูญเสียความสามารถที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง เช่น การออกกำลังกายของข้อต่อเพื่อป้องกันข้อยึดติด

6. การใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยให้ความสามารถดีขึ้น เช่น การใช้อุปกรณ์เสริมประคองข้อเท้า (ankle foot orthosis) แก้ไขปัญหาปลายเท้าตก และใช้ไม้เท้าช่วยในการเดิน เป็นต้น

7. การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้อำนวยความสะดวกต่อการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ติดราวเพื่อใช้เกาะยึดเพิ่มความมั่นคง ปรับลักษณะอาหารให้กลืนได้ง่ายขึ้น เป็นต้น

8. การประคับประคองสภาพจิตใจ และฝึกฝนทักษะในการแก้ปัญหา

การฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะแรก (Rehabilitation in early/acute phase) (กฤษณา, 2550) การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นส่วนที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์สูงสุดถ้าได้รับการบำบัดฟื้นฟูอย่างรวดเร็วที่สุดหลังจากอาการของโรคคงที่แล้ว ปัญหาต่างๆ ที่พบในระยะแรกมักเกิดจากการขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย (immobility) หรือการนอนอยู่บนเตียงนานๆ ทำให้เกิดภาวะ deconditioning ตามมา ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาที่สำคัญคือ ข้อยึดติด แผลกดทับ ภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ เป็นต้น วัตถุประสงค์ในการให้การฟื้นฟูในระยะนี้คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการนอนนานๆ ช่วยผู้ป่วยให้มีการเคลื่อนไหว กระตุ้นการช่วยเหลือตนเองเท่าที่ทำได้ ดูแลด้านอารมณ์ การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ และการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

แนวทางสำหรับการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรก ได้แก่

1. การจัดท่าทางที่เหมาะสมในการนั่ง/ นอน (proper bed and chair positioning)
2. หมั่นพลิกตัว/ เปลี่ยนท่าอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง (frequent turns and position change)
3. การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ (range-of motion exercises)

4. การฝึกการหายใจและการไอ (deep breathing and cough exercises)
5. หมั่นตรวจดูผิวหนังในส่วนต่างๆของผู้ป่วย (frequent skin inspections)
6. การประเมินและฝึกการกลืน (swallowing evaluation and training)
7. ป้องกันความเสี่ยง/ อุบัติเหตุ (safety measures)
8. การประเมิน และฝึกการขับถ่ายปัสสาวะ (removal of indwelling catheter, if possible, with planned, timed toileting program)
9. การประเมินและฝึกการขับถ่ายอุจจาระ (bowel evacuation regimen)
10. ฝึกการเคลื่อนไหว และออกกำลังกายข้างเตียง (supervised bedside & mobilization exercises)
11. ฝึกการทํากิจวัตรประจำวัน (self performance of activities of daily living)
12. ฝึกการทรงตัวและการขึ้น (standing and gait training as able)
13. การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ/ ผู้ดูแล (educational programs on stroke, recovery and personal care)
14. การประเมินและฝึกการสื่อสาร (communication evaluation and training)
15. การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ (psychological support to the patient and family)
16. การประเมินและช่วยเหลือทางครอบครัว และสังคม (evaluation of social support and available resources)

การฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะฟื้นตัว (recovery phase)

การฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ และสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้เหมือน หรือใกล้เคียงคนทั่วไป ซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนทักษะต่างๆ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกฝนเรียนรู้และ มีการตอบสนองกลับในด้านทักษะการรับรู้ การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มที่ อาจต้องมีการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยต่างๆ รวมถึงการให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ

การพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ศศิมา (2544) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีจุดมุ่งหมายเพื่อ

1. ให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุด
2. ป้องกันโรคแทรกซ้อนและความพิการ
3. ให้ร่างกายและจิตใจกลับคืนสู่สภาพปกติให้มากที่สุด กรณีที่ไม่สามารถเปลี่ยนสภาพให้ดีขึ้น ก็รักษาสภาพดังกล่าวไม่ให้เลวลง

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักแก้ไขการพูด พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้สร้างบรรยากาศให้มีการกระตุ้นและปรับปรุงให้ผู้ป่วยทีมทั้งหมดสามารถทำงานได้สะดวก ไม่ขัดแย้งกัน ให้ความร่วมมือกับผู้ป่วยทีมอื่น ๆ มีความสามารถในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ติดตามผลการรักษา อาการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าของผู้ป่วย ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ร่วมทีมอื่น ๆ ติดต่อกับญาติและครอบครัวของผู้ป่วยให้มีความเข้าใจในโรค ตลอดจนวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน นอกจากนี้ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ได้แก่ ตัวผู้ป่วยเอง ถ้าผู้ป่วยมีความท้อแท้ใจ สิ้นหวัง คับข้องใจจากการไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อิสระ ขาดการดูแล หรือได้รับการเอาใจใส่มากเกินไปผู้ป่วยมีอาการเฉื่อยชา แยกตัว ไม่ร่วมมือในการรักษาพยาบาล สิ่งสำคัญสำหรับพยาบาล คือ บอกให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาพโรคที่เป็นความหวัง การปฏิบัติตนเพื่อให้ปลอดภัย

จากภาวะแทรกซ้อนและความพิการ การให้กำลังใจ การใช้คำพูดท่าทางที่เป็นมิตร จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยอัมพาตคล้ายกับการฝึกเด็ก โดยเริ่มจากการพลิก ลูกนั่ง ยืน เดิน หลักในการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจึงแบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือระยะอยู่ในเตียง ระยะลุกขึ้น ระยะฝึกเดิน มีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะอยู่ในเตียง

1.1 การจัดท่านอนและอุปกรณ์ต่างๆ การจัดทำให้อุบัติการณ์เป็นสิ่งสำคัญที่สุดการจัดทำที่ดีจะป้องกันการเกิดข้อติด ลดแรงกด ช่วยให้ง่ายต่อการรักษาแนวปกติ เตียงสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกควรเป็นเตียงที่ปรับระดับได้เพื่อเหมาะสำหรับการหัดยืนเดิน ส่วนประกอบที่จำเป็นต้องมี ได้แก่ ไม้มันเตียงไว้ช่วยในการพลิกตัว บาร์โหนเหนือเตียงไว้ออกกำลังแขนและไหล่และช่วยเปลี่ยนท่าที่นอนต้องแน่นเรียบ พยุงร่างกายได้ทั้งตัว ไม่กระดานรองใต้ที่นอนเพื่อไม่ให้ส่วนของลำตัวโค้งงอ โดยเฉพาะข้อสะโพก อาจใส่ posterior splint หรือเฟือกครึ่งฝ่าเวลากลางคืน เพื่อป้องกันปลายเท้าตก และการกดของเอ็นร้อยหวาย อาจใช้ cradle เพื่อป้องกันฝ่าเท้าตกทับปลายเท้า หรือผู้ป่วยที่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ เตียงตั้งอยู่บริเวณที่สะดวกในการไปห้องน้ำ ห้องส้วม

การจัดโต๊ะข้างเตียง ของใช้ และการเข้าไปพูดคุยติดต่อกับผู้ป่วย ควรจะเป็นข้างใดนั้น ขึ้นกับระยะของโรค ระยะที่อัมพาตไม่สามารถใช้มือข้างนั้นได้ ควรจัดโต๊ะข้างเตียง ของใช้การเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยทางข้างปกติ ถ้าระยะฝึกสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ก็จัดโต๊ะข้างเตียง ของใช้การเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยทางด้านที่มีอัมพาตเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ ระยะนี้กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด รวมทั้งการออกกำลังกายต่าง ๆ ด้วย ด้วยการเคลื่อนไหวแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตโดยเร็วที่สุด

1.1.1 การจัดท่านอนหงาย ไม่ควรใช้หมอนรองใต้เข่าข้างอัมพาต เพราะจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการชักกระตุกมากขึ้น ผู้ป่วยมักเอียงตัวและคอไปด้านอัมพาต การงอของคอจะเพิ่มรีเฟลกซ์ที่แขนให้มากขึ้น จึงจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงท่าของคอ จัดท่าให้คอตรงการจัดท่านอนที่ถูกจะป้องกันความพิการได้ ใช้หมอนเล็กๆรองใต้ศีรษะ จัดให้กระดูกสันหลังและศีรษะอยู่ในแนวเดียวกัน เอียงหน้าไปด้านที่เป็นอัมพาต

1.1.2 การจัดท่านอนตะแคง ทั้งการตะแคงด้านปกติและการตะแคงด้านอัมพาต มีดังนี้ คือ

ก. การตะแคงด้านปกติ ใช้หมอนเล็ก ๆ รองใต้ศีรษะ สะโพก และไหล่อ้อยู่ แนวถูกต้อง รักษาความโค้งของหลังให้อยู่ในแนวปกติ ขาข้างอัมพาตงอเข่าและสะโพก 90 องศา วางบนหมอนหน้าขาข้างปกติ หมอนรองตลอดความยาวของขาข้างปกติเหยียดตรงแขนข้างอัมพาต วางบนหมอนด้านหน้า ใช้มือข้างปกติจับไหล่ข้างอัมพาตให้ยื่นไปข้างหน้า หรือเหยียดแขนทั้งสองข้างไปข้างหน้าโดยที่มีมือประสานกัน ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวแขนขึ้นลงได้

ข. การตะแคงด้านอัมพาต โอกาสเกิดแผลกดทับ การบวมของมือและแขน ข้างอัมพาตเกิดได้ง่าย จัดท่านอนโดยใช้หมอนค่อยข้างหนา สะโพกข้างอัมพาตเหยียดตรง เข่าอ ขาข้างปกติงอเข่า สะโพก 90 องศา วางบนหมอนด้านหน้า ไหล่ข้างอัมพาตค้อมมาทางด้านหน้า แขนข้างอัมพาตเหยียดตรงตั้งฉากกับลำตัว หงายฝ่ามือขึ้นบน ให้แขนข้างปกติเคลื่อนไหวตามสะดวก

1.1.3 การจัดท่านอนคว่ำ เป็นท่าที่ดี ป้องกันการงอของเข่าและสะโพกเลื่อนผู้ป่วย มาปลายเตียงให้ปลายเท้าห้อยกับพื้นนอน หรือใช้หมอนรองใต้ปลายขาให้สูง เข่าอหมอนรองใต้ต้นขา และได้ท้องเพื่อป้องกันกระดูกสันหลังเหยียดเกินไป หมอนรองบริเวณหน้าอกป้องกันหน้าอก ถูกกด ม้วนผ้ารองใต้ไหล่สองข้าง แขนวางในท่ากางออกข้างศีรษะหรือข้างลำตัว หันหน้าไปด้านที่ไม่เป็นอัมพาต นอกจากนี้แล้วจะต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพลิกตัวของผู้ป่วย ดังนี้คือ

ก. การพลิกตัว ผู้ป่วยต้องได้รับการเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกัน แผลกดทับ และให้ข้อต่าง ๆ ได้มีการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสช่วยด้วยทุกครั้ง เพื่อเป็นการฝึกจนสามารถพลิกได้เอง การฝึกพลิกตัวอาจต้องใช้เวลานานถ้าผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับการจำและการเรียนรู้

การเลื่อนตัวมาริมเตียงด้านปกติทำได้โดยเอาแขนข้างอัมพาตวางบนหน้าท้อง สอดขาใต้ขาข้างอัมพาต ใช้กำลังขาดีเลื่อนขาข้างอัมพาตมาริมเตียง มือข้างปกติจับได้พื้นนอนพร้อมกับเลื่อนตัวมาริมเตียง

การพลิกตัวทุกครั้งให้อาหมอนหนุนศีรษะออกให้อยู่ท่านอนหงาย พลิกศีรษะไปด้านที่ต้องการ พลิกให้ผู้ป่วยงอเข่าและสะโพก

ข. การพลิกตัวด้านอัมพาต ให้มือข้างปกติจับได้ที่นอนหรือไม้กั้นเตียง ขาข้างปกติยื่นเตียงสอดใต้ขาข้างอัมพาต และดึงให้เลื่อนตามมาหรือทำชันเข้าสองข้าง มือประสานกันเหนืออก ผู้ช่วยเหลือยืนด้านอัมพาต ใช้มือจับเท้าข้างอัมพาตและข้อศอกให้ผู้ป่วยยกกันขึ้นเล็กน้อย ตะแคงข้างอัมพาต

ค. การพลิกตัวด้านปกติ ใช้มือข้างปกติจับได้ที่นอนหรือไม้กั้นเตียง ขาข้างปกติยื่นเตียงสอดใต้ขาข้างอัมพาต และดึงให้เลื่อนตามมาหรือทำชันเข้าสองข้าง มือประสานกันเหนืออก ผู้ช่วยเหลือยืนด้านปกติ ช่วยจับเข้าเวลาพลิก

1.2 การออกกำลังกายในเตียง มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1.1.1 เพิ่มความแข็งแรงของข้างปกติ

1.1.2 ให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนท่านอนได้

1.1.3 เตรียมผู้ป่วยให้เพิ่มการดูแลตนเอง และให้ได้รับความสำเร็จในการเปลี่ยนท่า ย้ายที่การออกกำลังกายช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ส่งเสริมการไหลเวียน ลดความตึงได้มากกว่าการเปลี่ยนท่า การปวดข้อจะเกิดเมื่อมีการลดการเคลื่อนไหว ข้อ การออกกำลังกายแขนข้างอัมพาตจะช่วยรักษาการเคลื่อนไหวของไหล่ และการใส่เครื่องพยุง เพื่อป้องกันความพิการของมือและนิ้วไม่ให้แทนการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายส่วนอัมพาตเริ่มจาก passive movement ตลอดแนวการเคลื่อนไหวของข้อวันละ 4-5 ครั้ง ออกกำลังช้า ๆ ไม่ดึงกล้ามเนื้อ ขณะออกกำลังกาย สังเกตอาการเจ็บหน้าอก เจ็บหายใจผิดปกติ ชีพจรเพิ่ม ออกกำลังช่วงสั้น ๆ บ่อย ๆ ดีกว่าออกกำลังกายมาก ๆ แต่ระยะห่าง

1.2.1 การออกกำลังกายแขน โดยพยาบาลใช้มือข้างหนึ่งรองที่ข้อมือผู้ป่วยแขนตรง อีกมือพยุงที่ข้อศอก ทำการออกกำลังกายดังต่อไปนี้ คือ

ก. flexion , abduction และ external rotation

ข. extension , adduction และ internal rotation

การออกกำลังโดยผู้ป่วยทำเอง มีดังนี้คือ

1. มือทั้งสองประสานกัน ยกขึ้นเหนือศีรษะและวางบนหน้าท้องสลับกัน
ระยะแรกอาจต้องมีผู้ช่วยเหลือ
2. มือทั้งสองประสานกัน ยกขึ้นเหนือศีรษะจนศอกเหยียด วางแขนไปด้านหลัง
หัวเตียงแล้วดึงกลับมาเหนือศีรษะ แล้วทำซ้ำ
3. มือทั้งสองประสานกันเหนือศีรษะ ยกไปด้านหลังให้ไกลที่สุด พร้อมกับ
งอเข้าข้างปกติขนานกับพื้น

1.2.2 การออกกำลังคว่ำมือและหงายมือ มือข้างปกติจับหลังมือข้างอัมพาตหมุน
มือจากท่าคว่ำเป็นหงาย ทำสลับจากหงายมือเป็นคว่ำมือ

1.2.3 การออกกำลังข้อมือและนิ้ว ใช้มือข้างปกติ งอและเหยียดนิ้วมือข้างอัมพาต
และจับข้อมือกระดูกขึ้น ทำนอนตะแคง มือประสานกันเลื่อนขึ้นลง สลับกัน

1.2.4 การออกกำลังขา การออกกำลังขาข้างอัมพาตโดยพยาบาลเป็นผู้ทำ ผู้ทำอื่น
ข้างอัมพาต มือหนึ่งสอดใต้เข่า อีกมือจับฝ่าเท้ายกขาสูงขึ้นให้เข่างอ ทำสลับกันโดยงอเข่าและ
เหยียดขา งอสะโพกและเหยียดสะโพก กางขาและหุบขา

การออกกำลังขาโดยผู้ป่วยทำเอง

1. นอนหงาย ขาข้างปกติสอดใต้ขาข้างอัมพาต เลื่อนไปด้านข้างเตียงทั้ง
สองด้านสลับกัน
2. งอขาสองข้าง ชันเข่า พลิกขาทางด้านข้างทีละข้างสลับกัน
3. ขาดิเหยียดตรง ขาข้างอัมพาตงอ พยาบาลช่วยจับพลิกไปด้านข้างทั้ง
สองด้าน
4. งอขาสองข้าง ชันเข่า ยกกันให้ลอยจากพื้น กระตุ้นให้ทำบ่อยๆ

นอกจากนี้ เคลื่อนไหวขาข้างปกติให้มีกำลังอยู่เสมอ รวมทั้งการทำ quadriceps setting และ gluteal setting ก่อนเริ่มทำนั่ง ไขว่เพียงสูงเพิ่มระดับทีละน้อยจนผู้ป่วยไม่มีอาการเวียนศีรษะ จึงฝึกการลุกนั่ง

1.3 การลุกนั่งบนเตียง ให้ผู้ป่วยออกกำลังโดยการช่วยเหลือผู้ป่วยและโดยการใช้ลูกกรอก

1.3.1 การออกกำลังโดยการช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยลุกนั่งด้านปกติเช่นเดียวกับท่าตะแคง งอแขนยันที่นอน ปลายแขนรับน้ำหนักตัว ระยะแรกผู้ช่วยเหลือจับขาห้อยข้างเตียง ต่อไปผู้ป่วยใช้ขาดีสอดใต้ขาอัมพาต เลื่อนมาริมเตียงห้อยขาได้เอง การลุกนั่งด้านอัมพาต ผู้ป่วยตะแคงด้านอัมพาต ผู้ช่วยเหลือยันด้านอัมพาตแขนข้างอัมพาตสอดใต้รักแร้ผู้ช่วยเหลือ แขนข้างปกติยันที่นอน มือผู้ช่วยเหลือจับไหล่ผู้ป่วยพุงให้ลุกนั่ง หรือมือผู้ช่วยเหลือสอดใต้ไหล่ข้างอัมพาตจนมือถึงสะบัก มืออีกข้างอ้อมข้างหมุนขาผู้ป่วยมาด้านข้างเตียง ให้นั่ง จัดเสื้อผ้าให้เรียบร้อย นั่งริมเตียงให้เท้าสัมผัสพื้น นั่งทรงตัวใหญ่ พยายามนั่งให้มากที่สุด ใช้หมอนพุง ขาตรงไม่หมุนออก แขนข้างอัมพาตดึงไป ข้างหน้าเบาๆ วางบนหมอน 2 ใบ การนั่งท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน (half lying position) ไม่ดี เพราะเพิ่มการงอของข้อและแรงกดทำให้เกิดผลกดทับได้ง่าย

เมื่อนั่งทรงตัวได้สมดุล กระตุ้นการออกกำลังกายแขนดังต่อไปนี้

1. มือทั้งสองประสานกันวางบนเข่า สอกใกล้ตัว งอมือทั้งสองยกขึ้นจนติดคาง กลับวางที่เดิม แล้วทำซ้ำ
2. มือทั้งสองประสานกัน ยกแขนให้สูงเหนือศีรษะ ยกขึ้นชี้ตรงไปข้างหน้า ให้ไกลที่สุดที่จะทำได้
3. นั่งก้มตัวไปข้างหน้าได้ะ มือประสานกันวางบนโต๊ะ โน้มตัวไปข้างหน้าลากวงกลมโค้งจากด้านหนึ่งไปอีกด้านหนึ่ง ทำสลับกันสองด้านจากขวาไปซ้ายและซ้ายไปขวา
4. เขยียดนิ้วโดยเอามือวางดันพื้นที่เรียบ

1.3.2 การออกกำลังโดยใช้ลูกรอก นั่งบนเก้าอี้ ใช้เชือกยาวประมาณ 5 ฟุตผ่านลูกรอก ปลายเชือกข้างหนึ่งผูกกับสายหนังรอบข้อมือข้างอัมพาต มือดีจับปลายอีกข้างหนึ่ง ดึงเชือกขึ้นลงช้า ๆ ทำ 10 ครั้ง วันละ 2 เวลา

การฝึกออกกำลังกาย ถ้ามีผู้ป่วยหลายคนควรทำเป็นกลุ่ม เปิดเพลงทำตามจังหวะเพลง ในผู้ป่วยที่มีการกระตุ้น เสียงดนตรีจะช่วยให้ ทำที่ท่ามี ทำนั่ง

1. ก้ม เงยศีรษะ เอียงซ้ายขวา
2. หันหน้าไปด้านซ้ายด้านขวา
3. ยกไหล่ขึ้นลง หมุนไหล่เป็นวงกลม
4. แขนคืยกขาข้างอัมพาตขึ้นจากพื้น วางลงให้ขาตั้งฉากกับพื้น
5. ประสานมือทั้งสอง เหยียดแขนไปด้านหน้า ยกขึ้นเหนือศีรษะ ยกไปด้านซ้ายขวา
6. ขาดิชั่นได้ขาอัมพาต ยกขึ้นจากพื้นให้เหยียดตรงไปข้างหน้า
7. กระดกข้อเท้าขึ้นลงหมุนเป็นวงกลม

2. ระบายลุกยืน ให้เริ่มลุกยืนออกกำลัง (stand up exercise) ตั้งแต่ระยะอยู่ในเตียงการช่วยผู้ป่วยลุกยืน มือผู้ป่วยประสานกับรอบคอผู้ช่วยเหลือ มือผู้ช่วยเหลือโอบรอบหลังผู้ป่วย โน้มตัวผู้ป่วยมาข้างหน้า เข่าชนเข่า พุงผู้ป่วยลุกขึ้น

ผู้ป่วยบางคนจำเป็นต้องใส่เหล็กประกับขา (brace) พุงขาข้างอัมพาต และฝึกคล้องแขนข้างอัมพาต ที่เกาะสำหรับฝึกหัดอาจเป็นบาร์ เก้าอี้ การออกกำลังเป็นกลุ่มจะช่วยกระตุ้นผู้ป่วย การทำ stand up exercise เพื่อความแข็งแรงของลำตัวและขาข้างอัมพาต ทำให้เกิดความสมดุลในการยืน การยืนด้วยขาดี ไม่ใช่ด้วยแขน ขณะยืนให้มีความสมดุลบนขาข้างเดียวโดยก้มตัวไปข้างหน้า และด้านข้าง เข่าอ เข่งปลายเท้าและวางราบ ไม่ควรมีผู้ช่วย ถ้าทำได้เองผู้ป่วยจะมีความภูมิใจในตนเอง

ทุกครั้งที่มีผู้ช่วยเหลือจะเป็นการเตือนว่าเขาเป็นคนที่ทำการออกกำลังกายครั้งแรกเริ่มจากแรงน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยตนเอง ความสูงของเก้าอี้ครั้งแรกควรสูง ผู้ป่วยจะได้ลุกได้ง่ายต่อไปลดความสูงของเก้าอี้ลง 3-5 เซนติเมตร จนกระทั่งสามารถขึ้นได้ง่ายจากความสูงของเก้าอี้ธรรมดา ผู้ป่วยควรลุกขึ้นอย่างน้อย 6 ครั้งต่อวัน ให้ลุกขึ้นก่อนและหลังอาหาร

ภายหลังฝึก stand up exercise แล้ว 1-2 สัปดาห์ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีอัมพาตเหลืออยู่ จะมีการเกร็งแข็งของกล้ามเนื้อเหยียดของขาข้างอัมพาต ผู้ป่วยอัมพาตควรได้รับการใส่เหล็กประกับขาชนิดสั้น (shot leg brace) ที่มีเครื่องป้องกันเท้าตกและเท้าหมุนเข้าด้านใน (inversion) ผู้ป่วยที่ไม่มีการเกร็งแข็งของกล้ามเนื้อเหยียดใน 2-3 สัปดาห์แรก ควรใส่เหล็กประกับขาชนิดยาว (long leg brace) ก่อนการฝึกเดิน

เมื่อผู้ป่วยยืนได้ ปฏิบัติดังนี้

1. ฝึกลงน้ำหนักตัวข้างซ้ายขวา สลับกัน
2. ฝึกลงน้ำหนักที่ปลายเท้าส้นเท้าสลับกัน
3. ยกขาให้พ้นพื้นทีละข้าง
4. ยกเท้าก้าวไปข้างหน้าให้ส้นเท้าแตะพื้น ก้าวถอยหลังให้นิ้วเท้าแตะพื้น สลับขาทำทีละข้าง
5. ยกเท้าก้าวไปข้างหน้า ลงน้ำหนักตัวเท้าหน้า สลับขาลงน้ำหนักตัวเท้าหลัง ก้าวขาหลังไปข้างหน้า และทำซ้ำ

เมื่อผู้ป่วยยืนได้ที่ริมเตียง เขาก็พร้อมสำหรับการเปลี่ยนกิจกรรม (transfer activity) โดยการขึ้นหมุนตัวไปบนข้างที่ไม่เป็นอัมพาตและนั่งลงบนเก้าอี้ตัวใหม่ การเริ่มครั้งแรกควรให้มือข้างดีจับเครื่องพยุงไว้ การเลื่อนตนเองจากเตียงมาเก้าอี้ข้างเตียงและโถนั่ง เป็นการเพิ่มกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยควรใช้โถนั่งมากกว่าหมอนอน เวลาของการนั่งควรจำกัดไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง การอยู่ในเก้าอี้ทำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวน้อยกว่าในเตียง การเลื่อนตัวอาจย้ายไปเก้าอี้ล้อเข็น ผู้ป่วยที่มี

ความพิการรวมด้วยไม่สามารถเดินได้ ความสามารถในการเดินช้า สามารถเรียนการควบคุมเก้าอี้ล้อเข็น
สิ่งนี้ไม่ได้เพิ่มการเคลื่อนไหวหรือการเป็นอิสระ แต่ช่วยด้านที่ไม่เป็นอัมพาตให้แข็งแรง

3. ระยะฝึกเดิน ไม่ให้ผู้ป่วยเดินจนกว่าจะยืนได้อย่างมั่นคง ระยะอยู่บนเตียงและระยะลุก
ยืน ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ขาข้างอัมพาต ในการเดินจำเป็นต้องยกขาข้างปกติขึ้นจากพื้นและขาข้างอัมพาต
ต้องรับน้ำหนักตัว ในการเดินผู้ช่วยเหลือควรอยู่ด้านหลังอัมพาต จับที่สะโพกและมือข้างอัมพาตของ
ผู้ป่วย การฝึกเดินมักเริ่มในราวคู้ คอกหักเดิน และไม่ทำตามลำดับใช้ไม้ข้างดีจับไม้เท้า

ในระยะฝึกเดิน (step-up exercise) ปกติการเดินขึ้นบันไดยากกว่าการเดินบนพื้นราบใน
ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก การลุกขึ้นครั้งแรกด้วยขาข้างปกติที่แข็งแรงจาก stand up exercise จะ ไม่มี
ปัญหาการงอขาข้างปกติบนที่สูงและด้านหน้าของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงในการยืน ผู้ป่วย
มีความกลัวการเดินขึ้นบันไดน้อยกว่าการเดินพื้นราบ เพราะความสูงของบันไดทำให้ผู้ป่วยมีการ
รู้สึกไกลน้อยกว่าพื้นราบ การเดินขึ้นบันไดให้ผลการออกกำลังกายมากกว่าเดินในที่ราบ เป็นการสอน
ผู้ป่วยยกเท้าเพื่อนำด้วยขาปกติ ยกตัวขึ้นพร้อมกับขาปกติและได้ก้าวสั้น ๆ การประสานสัมพันธ์
และควบคุมการเดินเป็นอัตโนมัติ การฝึกเดินขึ้นบันได (stair climbing exercise) เป็นการเพิ่มความ
แข็งแรงของขาปกติด้วย

เทคนิคของ step-up exercise ความกว้างของขั้นบันไดควรมากกว่าความยาวของรองเท้า
ราวจับควรยาวถึงบันไดขั้นสุดท้าย ความสูงของขั้นบันไดประมาณ 5 เซนติเมตร ผู้ป่วยยืนด้านปกติ
อยู่ข้างราวจับ มือจับที่ราวด้านหลังลำตัว เท้าวางราบบนพื้น การออกกำลังกายประกอบด้วยสองระยะ
(1) การก้าวขาด้วยขาปกติ และ (2) วางขาข้างอัมพาตข้างขาข้างปกติ ระยะแรกทำได้ยาก เพราะ
ผู้ป่วยไม่เชื่อว่า ขาข้างอัมพาตจะพุงตนเองได้ ขาข้างปกติเหมือนมีกาวติดบนพื้น ระยะแรกๆอาจ
ต้องใช้ศอกและปลายแขนวางบนราวเพื่อก้าวขา ถ้าผู้ป่วยใส่เหล็กประกับขาชนิดยาว การก้าวจะง่าย
การวางขาข้างอัมพาตข้างขาปกติอาจมีปัญหา ถ้าขาอัมพาตมีการอ่อนปวกเปียก การรองใต้รองเท้า
ข้างดีสัก 3-5 เซนติเมตร จะทำให้ระยะนี้สะดวกขึ้น

ครั้งแรกผู้ป่วยควรขึ้นบันไดไปข้างหน้าและหันหลังลงบันได ต่อมาหมุนตัวและเดินลง
บันไดทางด้านหน้า

3.1 วิธีการขึ้นบันได

3.1.1 มือจับราวด้านหลังลำตัวเหนือศูนย์กลางของก้าวแรก

3.1.2 ยกขาข้างปกติวางบนบันไดขั้นแรก

3.1.3 ก้าวขาหนึ่งก้าว

3.1.4 นำขาข้างอัมพาตวางข้างปกติ

3.1.5 ทำซ้ำถึงบันไดขั้นบนสุด

3.2 การลงบันไดโดยหันหลังลง

3.2.1 ยืนด้วยขาทั้งสองบนบันไดขั้นบนสุด มือจับที่ราว

3.2.2 ก้าวขาลงหนึ่งก้าวด้วยขาข้างอัมพาต

3.2.3 นำขาข้างปกติวางข้างขาอัมพาต

3.2.4 เลื่อนมือลงมา ทำซ้ำ

3.3 การลงบันไดทางด้านหน้า

3.3.1 หมุนตัวที่บันไดขั้นบนสุด

3.3.2 มือจับราวด้านหน้าลำตัว

3.3.3 ยกขาอัมพาตก้าวลงหนึ่งก้าว

3.3.4 นำขาปกติวางลงข้างขาอัมพาต ทำซ้ำ

ภายหลัง 1-2 สัปดาห์ผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันไดได้โดยไม่ลำบาก ผู้ป่วยพร้อมที่จะเดินโดยใช้ไม้เท้าต่อไป

ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและการฟื้นฟู

1. ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหว ในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนแรงและมีความตึงตัวลดลงทำให้ ขยับแขนขาไม่ได้เลยสักใดสักหนึ่ง หลังจากนั้นการดำเนินโรคจะเข้าสู่ระยะกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ทำให้ขยับแขนขาและตัดเหยียดข้อต่อต่างๆ ได้ยากขึ้น เพราะจะมีแรงต้านของกล้ามเนื้อ มีข้อต่ออ ผิดรูป หลังจากนั้นจึงเข้าสู่ระยะที่ผู้ป่วยสามารถขยับแขนขาได้เองเอง ซึ่งมักจะขยับข้อไหลได้ก่อน แล้วจึงขยับข้อศอกและมือได้ในลำดับต่อมา ถ้ามีการฟื้นฟูตัวของระบบประสาทดีขึ้น แต่ทำทางอาจ ยังไม่ปกติ จนสุดท้ายถ้าการฟื้นฟูตัวกลับมาปกติสมบูรณ์ กำลังกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวต่างๆ ก็ จะปกติ นับเป็นการหายโดยสมบูรณ์ ซึ่งโดยปกติการฟื้นฟูตัวของกล้ามเนื้อแขนขาข้างอัมพาตจะ แตกต่างกันไปตามความรุนแรงของโรคในบางรายอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่เล็กน้อยแตกต่างกันไป

วิชญ์ (2548) กล่าวว่า การดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยให้ การดูแลรักษาร่วมกันกับยาหรือการผ่าตัดในผู้ป่วยบางราย ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการฟื้นฟูตัวของสมอง และกล้ามเนื้อ ลดความพิการซ้ำซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้ เป็นภาระกับ ผู้อื่นน้อยที่สุด การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสามารถแบ่งตามระยะ ตามปัญหาที่เป็นและระดับ ความสามารถของผู้ป่วยในขณะนั้นๆ

1. การฟื้นฟูในระยะแรก ซึ่งเป็นระยะอ่อนปวกเปียก ผู้ป่วยยังขยับแขนขาไม่ได้ การ ฟื้นฟูจะเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานและไม่ได้มีการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ซึ่งจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ เ็นข้อต่อและเอ็นกล้ามเนื้อหดรั้ง เส้นประสาท ถูกกดทับ แผลกดทับ ปอดบวม ปอดอักเสบตามมา การดูแลจะเน้นการจัดท่าทางในการนอน พลิก ตะแคงตัวบ่อยๆ การจัดทำให้ผู้ป่วยนั่งหัวสูงเป็นระยะๆ การช่วยขยับข้อต่อต่างๆทั้งแขนขาข้างที่เป็น อัมพาตและข้างปกติ ซึ่งเป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะต่อไป

2. การฟื้นฟูในระยะกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ถ้าอาการกล้ามเนื้อเกร็งกระตุกเป็นไม่มาก หรือเป็นประ โยชน์ต่อผู้ป่วย เช่น อาการกล้ามเนื้อเกร็งที่ขาอาจช่วยให้ผู้ป่วยยืนเดินได้ดีขึ้น ก็ไม่ จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ แต่ถ้าอาการเป็นมากจนทำให้การเคลื่อนไหวผิดปกติ ขยับแขนขาลำบาก ทำทางในการเดินผิดปกติ ข้อต่ออ ผิดรูป ภายภาพบ่าบดได้ด้วยความยากลำบากหรือทำให้ผู้ป่วย เจ็บปวด ก็จำเป็นต้องได้รับการรักษาฟื้นฟูที่เหมาะสม ตามสภาวะและข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย

3. การฟื้นฟูในระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มขยับแขนขาเองได้ แต่การเคลื่อนไหวอาจไม่ดีเหมือนปกติ ต้องพยายามเน้นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อของแขนขาข้างอัมพาตให้ทำทางใกล้เคียงปกติมากที่สุด โคนเน้นการนำกิจกรรมในชีวิตประจำวันมาฝึกผู้ป่วย เช่น การฝึกยืนเดิน ฝึกการใช้แขนและมือช่วยหยิบจับสิ่งของต่างๆ ฝึกหัดการเขียน จนกำลังและการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อเข้าสู่ภาวะใกล้เคียงปกติหรือภาวะปกติ ซึ่งรายที่ฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์มักจะมีการฟื้นตัวผ่านระยะต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว พบในผู้ที่มีรอยโรคในสมองขนาดเล็ก อยู่ในตำแหน่งที่ไม่สำคัญ และได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วตั้งแต่ระยะแรก

กิ่งแก้ว (2547) กล่าวว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่มีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรงแบ่งเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การออกกำลังกาย เช่น การบริหารเพื่อคงพิสัยของข้อต่อ การออกกำลังเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อและการใช้เทคนิคพิเศษทางประสาทสรีรวิทยา เช่น proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF), neurodevelopmental technique (NDT), movement therapy และ cutaneous sensory stimulation

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาต (ศศิมา, 2544)

1. จัดท่าและรองรับส่วนต่างๆ ของร่างกายให้ถูกต้องตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในเตียงและมีแผนการเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง

2. การทำการเคลื่อนไหวข้อ (ROM exercise) ให้ผู้ป่วย 3-4 ครั้งต่อวัน ซึ่งการทำนี้อาจถูกต้านได้จากการมีการเกร็งซึ่งอาจเกิดการใส่เฟือก หรือเครื่องดาม หรือการกระตุ้นการเกร็ง ข้อห้ามในระยะแรกนี้ คือ การกระตุ้นการเกร็งที่มากเกินไป การไม่รักษาการเกร็งที่เกิดขึ้นนี้อาจจะนำไปสู่การเกิดการหดรั้ง โดยข้างที่เป็นอัมพาตจะมีขาเหยียดและแบะออกเท้าตก ปลายเท้าหมุนเข้าไปในข้อเท้า ปลายแขนหมุนเข้า นิ้วงอ ศีรษะลำตัวเอียงไปด้านที่เป็นอัมพาต ดังนั้น ผู้ป่วยจะล้มได้ง่ายเมื่อขึ้นโดยไม่มีการพยุง ถ้าความผิดปกตินี้ไม่ได้รับการรักษาทันที ข้อจะยึดติด ไหล่ข้างที่เป็นจะยึดติดต่ำกว่าปกติ ข้อศอกงอ นิ้วงอ ในท่า “claw hand” เป็นการเกร็งรุนแรงที่สุดในกลุ่มกล้ามเนื้องอขา เหยียด และยกแขน ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกบางคนอาจมีการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ ซึ่งจะเกิดภายใน 2 เดือน บางคนมีการฟื้นตัวไม่สมบูรณ์ มีความพิการเหลืออยู่ แต่ก็สามารถเดินได้โดยใช้เครื่องช่วยเดินและดูแลตนเองได้บ้าง บางคนอาจต้องอยู่ในเตียงตลอดชีวิตที่เหลือ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องการความช่วยเหลือดูแลจากผู้อื่น

2. ปัญหากล้ามเนื้อเกร็งกระตุก (spasticity) การประเมินภาวะกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดโทษหรือประโยชน์ต่อแนวทางการรักษาและฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดย ภาวะกล้ามเนื้อเกร็งกระตุกมีข้อดี คือ จะช่วยให้แขนขาข้างที่เป็นอัมพาตนั้นไม่ลีบเล็กลงมากเกินไปช่วยให้เนื้อกระดูกไม่บางลงมาก ลดการปวดบวมของปลายแขนและปลายขา ลดการเสี่ยงต่อภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ กล้ามเนื้อขาที่เกร็งจะช่วยให้การทรงตัวและการเดินในบางรายกล้ามเนื้อขาที่หดเกร็งมากเกินไปมีข้อเสีย คือ จะรบกวนการเคลื่อนย้ายลำตัวและการเดิน โดยเฉพาะถ้ามีสันเท้าเขย่งจากกล้ามเนื้อเกร็ง ก้าวขาไม่ออก จนไม่สามารถงอเข่างอสะโพกได้จากการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เข่าแอ่นจากกล้ามเนื้อต้นขาเกร็ง นิ้วเท้าจิกจากการเกร็งของกล้ามเนื้อทำให้ปวดเวลาเดิน

สำหรับการเกร็งของกล้ามเนื้อรอบข้อไหล่ ข้อศอก แขน มือและนิ้วมือจะรบกวนการทำความสะดวกบริเวณรักแร้ ข้อศอก ฝ่ามือ ทำให้ใส่เสื้อผ่าลำบากร ใช้แขนและมือในการทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้หรือทำได้ด้วยความยากลำบาก นอกจากนี้ ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งมากๆ จะรบกวนการนอนหลับทำให้เกิดแผลกดทับ ปวด และมีผลต่อจิตใจด้านบุคลิกภาพด้วย (อารีรัตน์, 2548)

แนวทางการรักษา (อารีรัตน์, 2548) คือ กำจัดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ได้แก่ ลดภาวะไข้ รักษาอาการติดเชื้อ ทำการสวนปัสสาวะ สวนอุจจาระ รักษาแผลกดทับ

ใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด โดยใช้ความร้อนและความเย็น หรือไฟฟ้ากระตุ้นในผู้ป่วยบางราย

ออกกำลังกายเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อและมัดข้อ โดยเฉพาะข้อที่มักพบว่ากล้ามเนื้อรอบข้อมีการหดเกร็ง

1. ดัดข้อเท้า ข้อเข่า ข้อสะโพก โดยการจับที่สันเท้าและข้อเข่า ประคองใต้ข้อเข่า กระดกข้อเท้าขึ้น พยายามดึงเท้าไว้ตั้งแต่สันจนถึงปลายเท้าออกแรงดันที่ฝ่าเท้า งอข้อเข่า งอข้อสะโพกพร้อมกัน ค้างไว้ นับ 1- 10 แล้วเหยียดข้อสะโพก เหยียดข้อเข่าเป็น 1 ครั้ง ทำวันละ 10 ครั้ง

2. ดัดข้อสะโพก นอนคว่ำเหยียดข้อสะโพก ผู้คัดกดที่ข้อสะโพกให้เหยียดตรง งอข้อเข่า จับขาข้างขึ้นค้างไว้ นับ 1- 10 แล้วพัก เป็น 1 ครั้ง ทำวันละ 10 ครั้ง

3. ดัดข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือ นิ้วมือ ใช้มือข้างดี จับนิ้วข้างที่เกร็งเหยียดออก และกระดูกข้อมือขึ้นเหยียดข้อศอกตรง ยกแขนให้สูงขึ้นเหนือศีรษะเหยียดข้อไหล่ให้ตรงมากที่สุด ค้างไว้นับ 1-10 ทำวันละ 10 ครั้ง

กายอุปกรณ์เสริม เพื่อดัดข้อและยึดกล้ามเนื้อที่หดเกร็ง ได้แก่

1. กายอุปกรณ์เสริมเพื่อดัดข้อมือให้กระดูกขึ้นและดัดนิ้วมือให้เหยียดออก
2. กายอุปกรณ์เสริมเพื่อดัดข้อเท้าและนิ้วเท้า ชนิดพลาสติกกรณีที่เกร็งมากและชนิดโลหะที่มีแกนเหล็กสองข้างยึดกับพื้นรองเท้าและสายรัดคั้นข้อเท้าไม่ให้บิดเข้าด้านในกรณีที่เกร็งมาก

ยารับประทาน กรณีที่มีกล้ามเนื้อหดเกร็งหลายส่วนของร่างกาย หรือกล้ามเนื้อหดเกร็งทั้งตัว แต่มีข้อเสียคืออ้วนซึม และทำให้กล้ามเนื้อส่วนที่ดีซึ่งไม่มีการหดเกร็งอ่อนแรงลงด้วย

ยาฉีด มี 3 ชนิด คือ โบทูลินัมทอกซิน สารละลายแอลกอฮอล์และสารละลายฟีนอล ข้อดีคือ ลดการหดเกร็งเฉพาะกล้ามเนื้อมัดที่หดเกร็งจนรบกวนการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดย โบทูลินัมทอกซินจะออกฤทธิ์เฉพาะที่กล้ามเนื้อ จึงมีฤทธิ์ข้างเคียงน้อย ส่วนสารละลายแอลกอฮอล์และสารละลายฟีนอลจะออกฤทธิ์ทำลายเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อ หรือเส้นประสาทภายในกล้ามเนื้อ จึงพบฤทธิ์ข้างเคียงทำให้มีอาการปวดเสียว ร้าว ชา จากการทำลายเส้นประสาทรับความรู้สึกหรือบวมเฉพาะที่หลังฉีดได้

การผ่าตัด เป็นการรักษาที่ใช้ด้วยวิธีอื่นๆ แล้วไม่ได้ผล

กิ่งแก้ว (2547) กล่าวว่า ภาวะกล้ามเนื้อเกร็งกระตุกมักก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมา เช่น ข้อยึดติด ผลจากการเสียดสี อาการเจ็บปวด และเป็นอุปสรรคต่อการจัดทำดูแลสุขอนามัย การดูแลรักษาประกอบด้วยการดูแลปัญหาทางการแพทย์ทั่วไปเพื่อลดความเครียดทางกายที่อาจกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเกร็งมากขึ้น การจัดทำ การออกกำลังเพื่อคงฟิสิกส์ของข้อ การใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงและการให้ยาลดการเกร็งหรือนิดยาเพื่อลดการเกร็งของกล้ามเนื้อเฉพาะที่

กฤษณา (2550) กล่าวว่า การดูแลรักษาแบบดั้งเดิมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อเกร็งและข้อติดแข็ง คือ การจัดทำทาง และการบริหารเพื่อคงพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of Motion; ROM) อย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญ การยืดกล้ามเนื้อได้ผลดีในบางราย ส่วนการใช้ยาลดเกร็งบางครั้งอาจทำให้เกิดผลเสีย คือกำลังของกล้ามเนื้อข้างที่อ่อนแรงไปด้วย การใช้อุปกรณ์เสริม Inflatable splint การฉีดยาเฉพาะที่ เช่น ทำ motor point nerve block ด้วย botulinum toxin หรือ phenol อาจได้ผลดีถ้าเลือกผู้ป่วยได้เหมาะสม

3. ปัญหาการทรงตัวและกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน (Incoordination) อาจเกิดจากความบกพร่องด้านกำลังของกล้ามเนื้อ การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ หรือการทำงานผิดปกติของสมองส่วน cerebellum หรือระบบ vestibular การรักษาต้องมุ่งแก้ไขสาเหตุฝึกรการทรงตัวและฝึกให้กล้ามเนื้อทำงานได้อย่างสอดคล้องกัน (กึ่งแก้ว, 2547)

การฝึกเดิน Ambulation training (กฤษณา, 2550) เป้าหมายในการฝึกการเคลื่อนที่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือการที่ผู้ป่วยสามารถเดินได้เอง (Independent ambulation) แต่จะสำเร็จหรือไม่ขึ้นกับระยะต่างๆของโรค ในระยะแรก (early stage) ของการฟื้นตัว ผู้ป่วยมักจะไม่สามารถเดินได้เนื่องจากมีการทรงตัวไม่ดี (poor upright trunk control) ไม่สามารถยืนทรงตัวด้วยขาเดียว (single limb support) หรือก้าว/ ยกขาไปข้างหน้าได้ จึงควรได้รับการฝึกให้มีการทรงตัวที่ดี (gross trunk control) และฝึกการก้าว/ ยกขา (pre-gait activity) ต่างๆ เช่น posture balance และการถ่วงน้ำหนักไปยังขาที่อ่อนแรง เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อส่วนที่อ่อนแรงเมื่อมีการฟื้นตัวมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถเดินได้โดยอาศัยเครื่องช่วยเดิน (gait aid) บางรายถ้ามีปัญหาเรื่องข้อเท้าตกอาจต้องใช้ อุปกรณ์ช่วยพยุงข้อเท้า (ankle foot orthosis) ร่วมด้วย

4. ข้อไหล่หลุดเคลื่อนหลุด (shoulder subluxation) (กฤษณา, 2550) พบได้ประมาณ 50-80% เกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อรอบๆหัวไหล่ และบริเวณสะบ้าร่วมกับการสูญเสียความตึงตัวของเอ็นและเยื่อหุ้มข้อ (capsule) ทำให้หัวกระดูกต้นแขน (humerus) เคลื่อนหลุดออกจากเบ้า (subluxation)

การฟื้นฟู ได้แก่ การใช้เครื่องช่วยพยุงไหล่ เช่น ผ้าสามเหลี่ยมคล้องคอ อุปกรณ์พยุงแขน เป็นต้น โดยใช้ในระยะที่กล้ามเนื้ออ่อนแรง เพื่อป้องกันไม่ให้หัวกระดูกต้นแขน (humerus) เคลื่อนหลุดลงมาเวลาขึ้น/ เดิน แต่เครื่องพยุงหัวไหล่ไม่สามารถทำให้หัวกระดูกต้นแขนกลับคืนสู่เบ้าได้ถาวร และถ้าใช้นานเกินไปอาจทำให้ข้อไหล่ติดได้จึงต้องมีการออกกำลังกายเพื่อคงพิสัยของ

ข้อไหล่หล่นอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และเมื่อกกล้ามเนื้อมีแรงดึงตัว (tone) กลับคืนมาเมื่อเข้าสู่ระยะที่กล้ามเนื้อมีการหดเกร็ง (spastic) แล้วไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องพยุงอีกต่อไป

การใช้เครื่องกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้า (electrical stimulation) ช่วยให้อกกล้ามเนื้อมีการหดตัวแต่ต้องใช้เวลาในการกระตุ้นนานวันละ 6 ชั่วโมง หรือมากกว่า

การจัดวางแขนให้ถูกต้องในเวลานั่งหรือนอน โดยมีเครื่องรองรับแขน เช่น หมอน หรือ แผ่นรองแขน (lab board/ arm trough)

วิชญ์ (2548) กล่าวว่า ข้อไหล่หลวมหลุด เกิดจากกล้ามเนื้อเป็นอัมพาตอ่อนแรง ซึ่งพบได้บ่อย ในระยะอัมพาตอ่อนแรงแบบปวกเปียก ภาวะนี้อาจทำให้ปวดไหล่ เอ็นรอบไหล่อักเสบ หรือข้อไหล่ติดยึดตามมาได้ ถ้าไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ในการดูแลรักษาต้องแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ช่วยจัดทำทางของแขนข้างอัมพาตให้เหมาะสม ไม่ปล่อยให้แขนห้อย แนะนำให้ผู้ป่วยประคองแขนข้างอัมพาตในทุกอิริยาบถ โดยเฉพาะท่านั่ง หรือยืนเดิน โดยให้กระดูกต้นแขนอยู่ในเบ้าข้อไหล่ สามารถใช้หมอนประคองไว้ได้ในขณะนั่ง ร่วมกับใช้อุปกรณ์ประคองแขนและข้อไหล่ไม่ให้หลวมหลุด ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์เอ็นข้อไหล่ถูกยึดตึงรั้งจนเกิดการบาดเจ็บและอักเสบได้ และสิ่งสำคัญสำหรับญาติและผู้ดูแลที่ต้องระวัง คือ ไม่นวดกระชากหรือดึงรั้งแขนข้างที่เป็นอัมพาต ซึ่งพบบ่อยในระหว่างการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างเคลื่อนย้ายตัว นอกจากนั้นอาจใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อ เพื่อช่วยลดอาการข้อไหล่หลวมหลุดได้

นอกจากนั้นยังสามารถพบกลุ่มอาการปวดและบาดเจ็บที่ข้อไหล่ (กฤษณา, 2550) พบได้สูงถึงร้อยละ 70-84 โดยเฉพาะในแขนข้างที่อ่อนแรง การป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การพยุงข้อไหล่ให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม เวลาพยุงผู้ป่วยขึ้นจากเตียงไม่ควรดึงแขนข้างที่อ่อนแรง สอนให้ผู้ป่วยยกแขนเองแต่ไม่ควรยกสูงมากเกินไป การใช้ overhead pulley มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บของข้อไหล่ได้สูง การเกิด Complex regional pain syndrome / reflex sympathetic dystrophy พบได้ร้อยละ 12-25 สาเหตุยังไม่ทราบแน่นอน แต่อาจเกิดจากการไม่เคลื่อนไหว ภาวะกึ่งของหลอดเลือดดำ การเปลี่ยนแปลงความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการอักเสบของข้อไหล่ การรักษาคือการทำให้ Range of motion (ROM) ให้เริ่มอย่างรวดเร็ว การให้ความร้อน pulsed steroid ยาแก้ปวดต่างๆ และการทำ Sympathetic nerve block เป็นต้น

วสุวัฒน์ (2548) กล่าวว่า การป้องกันภาวะไหล่ติดที่ทำให้เกิดอาการปวดและบาดเจ็บที่ข้อไหล่เป็นสิ่งสำคัญและดีกว่าการรักษา ทำโดยการจัดทำทางให้ถูกต้องและใช้อุปกรณ์พยุงไหล่ในกรณีที่กล้ามเนื้อรอบข้อไหล่อ่อนแรงมาก แนวทางการรักษา ประกอบด้วย การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการจัดทำทางให้ถูกต้อง เช่น การจัดโต๊ะรองแขนในท่านั่งบนเตียง การใช้หมอนหนุนแขนเมื่อนั่งรถเข็นคนพิการ และการใช้อุปกรณ์พยุงไหล่ การออกกำลังกายเพื่อคงพิสัยของข้อในระยะแรกให้เท่าที่ ไม่มีอาการเจ็บปวดมากขึ้น เมื่ออาการปวดเริ่มลดลงจึงค่อยทำมากขึ้น ในระยะที่มีอาการปวดมาก การฟื้นฟูการเพิ่มพิสัยข้ออย่างรุนแรงจะทำให้เกิดอาการมากขึ้น การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าจะสามารถบรรเทาความปวดลงได้บ้าง และการใช้ความร้อนได้ผลดีในการช่วยเพิ่มพิสัยของข้อ รวมทั้งการฝึกลดความเครียดและพฤติกรรมบำบัด การใช้ยา ถ้าตรวจพบในระยะแรก การรับประทานยาสแตียรอยด์ การใช้ยา Gabapentin ได้ผลดี รวมถึงยาที่นิยมใช้อีกชนิดหนึ่ง คือ Amitriptyline เพื่อช่วยในการผ่อนคลายบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้น และในรายที่มีอาการปวดมากหรือไม่ตอบสนองต่อการใช้ยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การฉีดยาสแตียรอยด์ที่ปมประสาทบริเวณคอเป็นอีกทางเลือกที่สามารถบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้นได้

ศศิมา (2544) กล่าวว่า ไหล่ติดและปวดไหล่เกิดจากการที่กล้ามเนื้อแขนยังไม่ฟื้นตัวดี การห้อยแขนทำให้เกิดความตึงในข้อไหล่ การยืดของกล้ามเนื้ออาจเกิดไหล่ติดได้ น้ำหนักแขนทำให้เกิดข้อไหล่เคลื่อนได้ง่าย การพยุงแขนจึงจำเป็น ขณะนั่งอาจใช้หมอนรอง หรือขณะเดินอาจใช้ผ้าคล้องแขนของข้อศอกมากกว่า 90 องศา (ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ด้วย) นอกจากนั้นการปวดไหล่ อาจเกิดจากการเคลื่อนไหวข้อไหล่ที่มากเกินไปก็ได้

อาการหดเกร็ง เกิดจากการโค้งตัวของกล้ามเนื้อกลุ่ม antigravity อาการหดเกร็งจะลดลงเมื่อผู้ป่วยมีอาการผ่อนคลายและหายไปในขณะที่นอนหลับ ยาที่ใช้ได้แก่ Diazepam ในทางกลับกัน การหดเกร็งจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีอาการปวด เครียด วิตกกังวล ปัสสาวะเต็มกระเพาะปัสสาวะ การจัดทำให้อยู่ในท่าด้านการเกร็ง โดยแขนเหยียด ไหล่ผาย หางมือ นิ้วเหยียดและกาง งอสะโพกและเข่าไม่ให้ปลายเท้าเหยียดและเบะออก

การหดรั้งของกล้ามเนื้อ เกิดจากการไม่ได้เคลื่อนไหว การทำ passive movement และ active movement อย่างสม่ำเสมอ เป็นการช่วยป้องกันการหดรั้งและการลีบฝ่อของกล้ามเนื้อ

5. ปัญหาเรื่องการกลืน (วิษณุ, 2548) เกิดจากกล้ามเนื้อในการกลืนอ่อนแรง กล้ามเนื้อในการกลืนทำงานไม่ประสานกัน และกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ทำให้ผู้ป่วยกลืนอาหารและน้ำลำบาก ลำบากได้ง่ายอาจสำลักเศษอาหารจนเข้าไปอุดทางเดินหายใจจนขาดอากาศหายใจ หรือสำลักลงปอด ทำให้ปอดอักเสบสำหรับการดูแลรักษาภาวะกลืนลำบาก ในระยะแรกผู้ป่วยยังดูดและกลืนอาหารไม่ได้ พิจารณาใช้สายยางให้อาหารเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและสารอาหารอย่างพอเพียงและป้องกันการสำลัก หลังจากที่ทำอาการทั่วไปดีขึ้น อาจพิจารณาเอาสายออก ร่วมกับการกระตุ้นกล้ามเนื้อรอบปาก เหงือก กระพุ้ง แก้ม ลิ้น คอหอยและกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนอื่นๆ โดยการนวดเบาๆ และฝึกบริหารกล้ามเนื้อเหล่านี้รวมทั้งการฝึกกลืน ซึ่งต้องมีการคัดแปลงอาหารการจัดท่าทางในการกลืนที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้มีการกลืนที่ดีขึ้น ลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบากในระยะแรก ให้อาหารที่หนืดข้นคล้ายอาหารป้อนทารก หรือเยลลี่ ถ้ากลืนกินได้ดีขึ้นแล้วจึงค่อยๆ เปลี่ยนเป็นอาหารเหลว ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมหลายชนิด เช่น ก๋วยเตี๋ยวน้ำ เพราะจะทำให้เกิดการสำลักได้ง่าย จนกว่าจะแน่ใจว่าการกลืนกลับมาเป็นปกติ

กฤษณา (2550) กล่าวว่า การสำลัก (aspiration) เป็นอาการสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบได้ประมาณ 40-50 % ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดบวม สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติในการกลืน (dysphagia) ซึ่งเกิดขึ้นได้ในขั้นตอนต่างๆ ของการกลืน กล้ามเนื้อที่ควบคุมการใช้งานอ่อนกำลังลง หรือ รีเฟล็กซ์ที่ควบคุมการกลืนมีความผิดปกติ ทำให้เกิดอาการสำลักตามมาโดยจะแสดงออกด้วยการไอ แต่ก็มีในบางรายที่ไม่มีอาการไอให้เห็น นอกจากนี้อาจเกิดปัญหาทางด้านความจำ ทำให้ขั้นตอนของการเคี้ยว การกลืนสะดุดไปก็ทำให้เกิดการสำลักได้ง่ายแนวทางการดูแลรักษา คือ ป้องกันการสำลัก ภาวะการขาดน้ำและทุพโภชนาการ เพื่อให้มีการเคี้ยวและการกลืนอย่างปลอดภัย

การดูแลรักษา

1. หมั่นดูแลสุขภาพของปาก ฟัน ให้อยู่ในสภาพที่เรียบร้อยอยู่เสมอ
2. เมื่อจะเริ่มรับประทานอาหารให้จัดทำทางผู้ป่วยให้เหมาะสม คือ ทำนั่งตรงศีรษะโน้มมาทางข้างหน้าเล็กน้อย
3. เลือกอาหารที่มีลักษณะเหมาะสม เช่น ให้อาหารที่ค่อนข้างข้นจะดีกว่าอาหารน้ำหรืออาหารที่หนืดเหนียวเกินไปในการกลืนน้ำจะมีความลำบากกว่าการกลืนอาหารที่มีลักษณะค่อนข้างข้น

4. ฝึกหัดการกลืนโดยให้ออกก้างกลัมนื้อของปาก ลิ้น ขากรรไกร และฝึกให้มีการทำงานอย่างประสานกัน

5. ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถกลืนเองได้ หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการสำลักบ่อยๆ ควรให้อาหารทางสายยางเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในปอดจากการสำลักและการขาดสารอาหารจนกว่าจะสามารถกลืนอาหารได้ถูกต้อง

ศศิมา (2544) กล่าวว่า ปัญหาเกี่ยวกับการกลืนลำบากทำให้ลิ้น ปากข้างที่เป็นอัมพาตจะชาสูญเสีย gag reflex กลัวการสำลักทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารแม้จะหิว แนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยในการตัดอาหารชิ้นเล็กๆ สอนการกินเป็นระยะ วางอาหารบนลิ้น เคี้ยว หยุดหายใจ กลืน ฝึกให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติจนทำได้ การดื่มแนะนำให้จิบน้ำ ไม่ควรกลืนรวดเดียว เอียงศีรษะไปด้านปกติทำให้กลืนได้ง่าย

นอกจากนั้นปัญหาการกลืนลำบากอาจส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการและน้ำไม่เพียงพอ (Malnutrition) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงเกลือแร่ในร่างกาย โดยเฉพาะโซเดียมในเลือดต่ำ และภาวะน้ำเกิน จากการได้รับอาหารและสารน้ำทางหลอดเลือด หรือทางสายยางซึ่งอาหารจะมีเกลือต่ำ ทำให้ร่างกายได้รับเกลือน้อย น้ำมากหรือจากภาวะความเจ็บป่วยทำให้ความอยากอาหารลดลง เนื้อขาดำได้ลดการทำงาน การยับยั้งอาหารไม่สะดวก จนทำให้ความต้านทานโรคต่ำและผู้ป่วยอาจมีอาการซึมลงตามลำดับ การดูแลรักษาโดยอาจจำกัดน้ำและให้สารละลายที่มีความเข้มข้นสูงรวมถึงดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

การแก้ไขภาวะโภชนาการและน้ำไม่เพียงพอที่มีสาเหตุจากการกลืน เคี้ยว ปัญหาด้านความจำการสื่อสาร นั้นควรจัดอาหารให้ผู้ป่วยครบทั้ง 5 หมู่เลือกอาหารที่มีโปรตีน คาร์โบไฮเดรตสูง เหมาะสมตามสภาพความต้องการของร่างกายจำกัดการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง รับประทานผักผลไม้ที่มีกากใยเพื่อช่วยในระบบการขับถ่าย และจะต้องมีการบันทึกอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวันรวมทั้งบันทึกน้ำหนักตัวอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สามารถประเมินภาวะโภชนาการได้อย่างเหมาะสม (กฤษณา, 2550)

6. การดูแลความผิดปกติด้านการพูดและการสื่อความหมาย (กฤษณา, 2550) ภาวะนี้พบได้ร้อยละ 40 และจะมีอาการที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็วถ้าได้รับการรักษาแต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะทำให้เกิดปัญหาตามมาทั้งด้านคุณภาพชีวิต การถูกแยกตัวออกจากสังคม จนทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา เป้าหมายของการรักษา คือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้โดยมีความสามารถในการพูด เขียน และอ่านได้ดีมีความเข้าใจภาษามากขึ้น หรือสามารถหาวิธีอื่นที่มาทดแทนความผิดปกติในเรื่องการพูด อ่าน เขียน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีลดการอยู่แบบแยกตัวอย่างโดดเดี่ยว โดยในระยะแรกจะฝึกให้สามารถสื่อสารกับผู้อื่นด้วยวิธีง่ายๆ เช่น พักหน้าตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ หลังจากนั้นโปรแกรมการฝึกในการสื่อความหมายจะขึ้นอยู่กับความผิดปกติแต่ละชนิดซึ่งต้องได้รับการฝึกโดยนักแก้ไขการพูด (Speech-language pathologist) นอกจากนี้เสียงดนตรีหรือการใช้ดนตรีบำบัดก็สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการพูดที่ดีขึ้นได้

7. ปัญหาเกี่ยวกับการพูดติดต่อสื่อสาร (ศศิมา, 2544) ในการที่ผู้ป่วยบางรายพูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้ทั้งที่สามารถฟังรู้เรื่องทำให้ผู้ป่วยเกิดความซับซ้อนใจ โกรธ หรือซึมเศร้า จึงต้องหาวิธีให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ในการพูดกับผู้ป่วยควรใช้คำพูดสั้นๆ เข้าใจง่าย หรืออาจใช้การพยักหน้าหรือสั่นหน้า หลีกเลี่ยงการพูดที่ไม่ระมัดระวัง ไม่ให้เวลาผู้ป่วยในการพูดซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสียขวัญและกำลังใจ การฟื้นฟูจะเป็นไปได้ช้า การถามผู้ป่วยต้องถามซ้ำแต่ใช้คำพูดธรรมดาไม่ควรตะโกน ถ้าผู้ป่วยมีความพยายามในการที่จะพูดแต่พูดได้ไม่มาก ไม่ควรแก้ไขการพูดนั้นแต่พยายามแสดงความเข้าใจต่อการพูดหรือการสื่อสารนั้นแทนเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และในการฝึกพูดควรหลีกเลี่ยงการใช้คำว่าข้างดีและข้างเสีย เพราะเป็นการย้ำในความพิการได้ ควรเรียกว่า ข้างซ้ายหรือข้างขวา เพื่อเป็นการฝึกสมองและความทรงจำ ในการฝึกต้องพูดทุกครั้งว่าจะทำอะไรและกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดตาม นอกจากนั้นการฝึกกลืนเนื้อลิ้นและริมฝีปากก็สามารถช่วยในการแก้ไขปัญหการพูดให้ดีขึ้นได้ โดยนักแก้ไขการพูดจะเป็นผู้ฝึกด้านการพูดและการติดต่อกับผู้อื่น คือ

7.1 อยู่ในที่ที่ไม่มีเสียงอึกทึก ตั้งกระจกหน้าผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมองว่าตนเองทำถูกต้องหรือไม่

7.2 แลบลิ้นให้ยาวที่สุดเท่าที่จะยาวได้ กระจกลิ้นขึ้นลงไปทางซ้ายขวา ปลายลิ้นแตะริมฝีปากบนและล่าง ม้วนลิ้นเข้าใน คันแก้มที่ละข้าง เลือกรอบริมฝีปาก

7.3 เม้มปาก

7.4 อ้าปากให้พูดคำว่า “อา” ให้ยาวที่สุด

7.5 ห่อปากให้พูดคำว่า “อุ”

7.6 เป่าปาก โดยให้เป่าเทียนหรือของเบาๆที่เคลื่อนที่ได้

7.7 ผีปาก

เมื่อกล้ามเนื้อฟันตัวดี แล้วให้เริ่มหัดพูดพยางค์เดียว โดยเรียกจากสิ่งของที่ง่าย แล้วเพิ่มคำเป็น 2-3 พยางค์ จนหัดพูดเป็นประโยคที่สั้นแล้วค่อยๆเพิ่มความยากและซับซ้อนขึ้นตามลำดับ

การดูแลรักษาปัญหาการสื่อสาร (วิญญู, 2548) มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้หรือสื่อความหมายให้ได้มากที่สุด อาจต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม หรือใช้เครื่องมือ สื่อต่างๆช่วยในการสื่อสาร เช่น แผ่นภาพ แผ่นคำ รูปภาพ คอมพิวเตอร์ ในระยะแรกแนะนำญาติผู้ดูแลให้พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยประโยคสั้นๆเข้าใจง่ายโดยการพูดซ้ำๆอาจใช้คำถามปลายปิดในการตอบ เช่น ใช่ หรือไม่ใช่ เพื่อช่วยกระตุ้นภาษาและไม่เป็นการกดดันผู้ป่วยจนเกินไป ซึ่งต้องให้เวลากับผู้ป่วยในการทำคามเข้าใจและพยายามตอบ อย่ารีบร้อนในการที่จะเปลี่ยนเรื่องเนื่องจากจะทำให้เกิดความสับสน วิตกกังวลและเกิดความเครียดได้ง่าย นอกจากนั้นการเปิดเพลง หรือการอ่านหนังสือให้ฟัง ก็สามารถที่จะกระตุ้นความเข้าใจภาษา และควรเริ่มต้นฝึกพูดออกเสียงกับผู้ป่วยโดยเริ่มเป็นคำเดี่ยวทีละคำก่อน แล้วจึงเป็นคำคู่ วลี ประโยคสั้นๆที่ง่ายต่อการใช้ในการชีวิตประจำวัน ซึ่งต้องได้รับการประเมินดูแลรักษาจากนักอรรถบำบัดหรือนักแก้ไขการพูด เพื่อประเมินและฝึกเป็นระยะ โดยญาติและผู้ดูแลใกล้ชิดต้องมีบทบาทสำคัญในการช่วยฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกกลืนอาหารหายใจ ลื่น กระพุ้งแก้มและฝึกให้ผู้ป่วยพูดตามบ่อยๆและช่วยแก้ไขให้เป็นระยะ

การฝึกการสื่อความหมายทั่วไป (ภัทรา, 2548) ได้แก่

1. การหัดให้ผู้ป่วยพูดเป็นจังหวะ มีท่วงทำนอง โดยการใช้ทำนองดนตรี หรือการเคาะจังหวะประกอบ สามารถที่จะกระตุ้นให้สมองซีกตรงข้ามช่วยทำหน้าที่เกี่ยวกับการสื่อความหมาย และทำให้มีการฟันตัวได้ดีขึ้น

2. การฝึกการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น โดยต้องมีการสลับบทบาทกันเป็นผู้ส่งและผู้รับสาร ควรมีการเปลี่ยนข้อมูลที่ใช้ฝึกใหม่เสมอ ไม่ควรใช้ข้อมูลซ้ำเดิม โดยเริ่มจากการดูรูปของใช้ในชีวิตประจำวัน แล้วอธิบายให้อีกฝ่ายฟังและให้ทายว่าเป็นอะไร จากนั้นค่อยปรับเนื้อหาให้ยาวขึ้น หรือเล่าเรื่องที่มีความซับซ้อนขึ้น ควรให้คิดหาวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมเอง เช่น พูด เขียน วาดภาพ ชี หรือแสดงท่าทางเป็นต้น และควรมีการประเมินว่าการสื่อสารสัมฤทธิ์ผลหรือไม่ โดยดูจากความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับญาติ

1. ควรยอมรับในตัวผู้ป่วยและความสามารถของผู้ป่วย
2. ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากที่สุดเท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะทำได้
3. ใช้คำพูดสั้นๆง่ายๆสื่อสารกับผู้ป่วยและควรพูดให้ช้าลง
4. ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจให้พูดซ้ำ ใช้ท่าทางประกอบ หรือเขียนให้ผู้ป่วยอ่าน
5. ให้ผู้เข้าร่วมสนทนาด้วยและไม่ควรแยกผู้ป่วยออกจากสังคม
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้การสื่อสารทุกรูปแบบไม่ว่าจะเป็น การพูด การใช้ท่าทาง การชี้ หรือ ใช้การวาดรูป
7. หลีกเลี่ยงการแก้คำผิดหรือเติมคำให้กับผู้ป่วยบ่อยเกินไป อาจทำได้ในบางครั้ง
8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหัดพูด และต้องให้เวลากับผู้ป่วย ควรรอให้ผู้ป่วยพูดหรือตอบก่อน จึงพูดประโยคต่อไป
9. ไม่ควรพูดเรื่องไม่ดีต่อหน้าผู้ป่วย

8. ปัญหาด้านความจำและการรับรู้ (กฤษณา, 2550) ผู้ป่วยที่มีปัญหาความจำจะทำให้มีความผิดปกติด้านสมาธิการเรียนรู้และการแก้ปัญหา รูปแบบที่พบได้บ่อยคือ unilateral neglect และ apraxia ปัญหาเหล่านี้จะดีขึ้นภายใน 6 เดือน ปัญหาจากการรับรู้จะมีผลต่อการฝึกกิจวัตรประจำวันได้แก่ ทำให้ไม่สามารถแต่งตัว รับประทานอาหาร หรือเดินได้ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะมีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วจึงต้องมีการปรับสภาพแวดล้อมต่างๆภายในบ้าน แนวทางการรักษา คือ การฝึกผู้ป่วยให้ทำกิจกรรมต่างๆซ้ำๆ (repetitive exercise) ให้มองสิ่งต่างๆ โดยใช้ visual scan จากข้างหนึ่งไปยังอีกข้างหนึ่ง, ใช้สิ่งต่างๆมากระตุ้นความสนใจของสมองซีกซ้ายฝึกให้ใช้ความสามารถที่หลงเหลือทดแทน หรือฝึกขึ้นมาใหม่เพื่อชดเชย

การฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ (วุฒิชัย, 2548) จะพบว่ามีปัญหาอื่นร่วมด้วย เช่น อาการอ่อนแรง อาการชา ขึ้นอยู่กับ สาเหตุและพยาธิสภาพของผู้ป่วย หลักการรักษาฟื้นฟูที่สำคัญ คือ การดูแลรักษาแบบองค์รวม คือ ดูแลด้านร่างกาย ความบกพร่องต่างๆของผู้ป่วย การดูแลด้านจิตใจโดยเฉพาะภาวะเครียดหรือซึมเศร้า และการดูแลครอบคลุมถึงครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่สอดคล้องกันเพื่อแก้ไขความบกพร่องที่เกิดขึ้น ซึ่งสรุปการรักษาเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

1. การรักษาฟื้นฟูทั่วไป คือ การทำกายภาพบำบัดหรือการทำกิจกรรมบำบัดตามปกติ โดยไม่เน้นการฝึกแก้ปัญหาความบกพร่องเฉพาะด้าน ซึ่งจะได้ผลดีขึ้นเฉพาะแรงของกล้ามเนื้อ การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมพื้นฐาน เช่น การรับประทานอาหาร การใส่เสื้อผ้า การเดิน เป็นต้น แต่ไม่ได้ผลดีในการแก้ไขความบกพร่องด้านการรับรู้

2. การรักษาฟื้นฟูความบกพร่องด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจง เช่น ฝึกด้านความจำ ฝึกด้านการรับรู้จากสิ่งกระตุ้นภายนอก ฝึกให้มีสมาธิขึ้น หรือฝึกการแก้ปัญหาต่างๆ จะทำให้มีผลดีในด้านกรฟื้นฟูความบกพร่องด้านการรับรู้ แต่มีข้อด้อย คือ ใช้เวลามากดังนั้นจะพิจารณาเฉพาะปัญหาที่กระทบต่อผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรักษาควรเริ่มด้วยการฟื้นฟูแบบปกติก่อน คือ เน้นให้ผู้ช่วยช่วยเหลือตนเองให้ได้ก่อน หลังจากนั้นจึงค่อยพิจารณาว่าความบกพร่องด้านการรับรู้ของผู้ป่วยมีอะไรบ้างที่ก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน หลังจากนั้นจึงเข้าไปทำการรักษาฟื้นฟูตามความเหมาะสม

9. การสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก (ศศิมา, 2544) ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก ต้องระงับการใช้กระเป๋าน้ำร้อน อันตรายจากของมีคมเก็บของมีคมไว้ให้ห่างจากตัวผู้ป่วย และเตือนผู้ป่วยให้ระวังการสวมเสื้อผ้า ไม่ควรรัดหรือคับเกินไป ไม่ฉีดยาบริเวณที่เป็นอัมพาต

10. ปัญหาทางระบบหายใจ ที่พบบ่อยคือผู้ป่วยมักมีเสมหะมาก หรือบางรายพบว่ามิโรคปอดบวมร่วมด้วยการดูแลควรร่วมกับการทำ chest physiotherapy (กฤษณา, 2550)

ปอดอักเสบ (ศศิมา, 2544) เป็นสาเหตุการตายในระยะสองสัปดาห์แรก อาจจะมีการอาเจียน การสำลักบ่อย จึงจำเป็นต้องใส่สายยางให้อาหารทางสายยาง นอนท่าเดียวนาน ๆ การหายใจของทรวงอกข้างอัมพาตเคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติ โรคนี้ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที่ว่าการตรวจร่างกายอาจไม่พบความผิดปกติในระยะแรก ผู้ป่วยอาจแสดงอาการทางด้านจิตใจ เช่น สับสน บางครั้งพบหายใจเร็ว มีไข้ ชีพจรเร็ว การวัดอุณหภูมิที่รักแร้ข้างอัมพาตจะได้ต่ำกว่าปกติ 1 องศาเซลเซียส หรือมากกว่า ควรวัดอุณหภูมิข้างปกติ และจัดให้มีการนอนศีรษะสูงเพื่อช่วยให้หายใจสะดวก และหมั่นเปลี่ยนท่านอนหรือให้ผู้ป่วยลุกนั่งบ่อย ๆ เพื่อช่วยในการขยายตัวของปอด

11. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) (กฤษณา, 2550) ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะพบได้บ่อย สาเหตุเกิดจากการขาดการควบคุมจากสมอง ปัญหาเรื่องความจำ และการสื่อสาร ทำให้ในระยะแรกต้องคาสายสวนปัสสาวะทิ้งไว้ ถ้าคาสายสวนไว้เป็นเวลานานความเสี่ยงในการติดเชื้อจะสูงมากขึ้น การป้องกันทำได้โดยให้สวนปัสสาวะทิ้งเป็นช่วงๆ (intermittent catheterization) ทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้มีปริมาณปัสสาวะมากเกินไป 500 มิลลิลิตร เพราะจะทำให้กระเพาะปัสสาวะถูกยืดมากเกินไปพร้อมกับการจำกัดน้ำดื่มไม่ให้เกิน 1600-1800 มิลลิลิตรต่อวัน และพยายามกระตุ้นให้มีการถ่ายปัสสาวะตามเวลาที่เหมาะสม (Physiological emptying / time voiding) ถ้าเริ่มสามารถปัสสาวะได้เองแล้วก็ลดความถี่ของการสวนลง จนกระทั่งจำนวนปัสสาวะที่เหลือค้ำน้อยกว่า 100-150 มิลลิลิตรก็สามารถหยุดสวนได้ ถ้าผู้ป่วยต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ต้องดูแลสายสวนถุงปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิดและถุงปัสสาวะควรอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและเปลี่ยนสายสวนทุก 5-7 วัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (กฤษณา, 2550)

ศศิมา (2544) กล่าวว่า การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะอาจมีสาเหตุมาจากการใส่สายสวนคาท่อปัสสาวะทำให้เกิดการติดเชื้อได้จึงไม่จำเป็นต้องใส่สายสวนคาทุกราย ผู้ป่วยอาจใช้

ดูยาง ผู้ป่วยหญิงใช้ผ้าอนามัยรองซับ หรือใช้การสวนทิงเป็นครั้งคราว จัดให้ผู้ป่วยยืนหรือนั่งทำให้ง่ายปัสสาวะได้เองและดูแลให้ได้รับน้ำเพียงพอในแต่ละวัน

12. ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ (วิษณุ, 2548) ส่วนมากเป็นอาการท้องผูก ซึ่งเกิดจากรอยโรคในสมองร่วมกับการขาดการเคลื่อนไหวจากอาการอัมพาตอ่อนแรง กลืนลำบากรับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอ ทำให้ลำไส้ไม่ค่อยทำงานและกากอาหารน้อยลงจึงทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ง่ายให้การรักษา โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงและเคลื่อนไหวร่างกายร่วมกับจัดเวลาและสถานที่ในการขับถ่ายให้เหมาะสม และให้ยาระบายในกลุ่ม stool softeners และ laxatives เมื่อจำเป็น บางรายอาจต้องพิจารณาล้างหรือสวนอุจจาระช่วยถ้าใช้วิธีอื่นไม่สำเร็จ

13. ปัญหาด้านอารมณ์ (กฤษณา, 2550) อารมณ์ซึมเศร้าพบได้บ่อยร้อยละ 11-68 สาเหตุอาจมาจากผลทางชีวภาพของพยาธิสภาพในสมองโดยตรง หรือจากการตอบสนองของอารมณ์ภายหลังการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความพิการ อารมณ์ซึมเศร้าที่มีมาก่อน ภาวะ hypothyroid โรค Addison กลุ่ม organic brain หรือผู้ป่วยได้รับยาบางชนิดเช่น ยานอนหลับ ยาลดความดัน เป็นต้นนอกจากมีอารมณ์ซึมเศร้าแล้วพบว่าผู้ป่วยมีความสนใจในการประกอบกิจกรรมน้อยลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร การนอนผิดปกติ เบื่อชีวิตและมีความคิดฆ่าตัวตาย อารมณ์ซึมเศร้ามีผลต่อการฟื้นฟูเป็นอย่างมากและมักมีผลกระทบต่อการกำหนดรู้ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ผลต่อการฝึกกิจวัตรประจำวัน ปัญหาการเข้าสู่สังคม และการมีเพศสัมพันธ์ อารมณ์ซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะหายได้เองแม้จะนานถึง 2 ปี หรือมากกว่าการรักษาขึ้นอยู่กับกรณีการวินิจฉัยที่ถูกต้อง หาสาเหตุของปัญหา ถ้าอาการไม่รุนแรง การทำจิตบำบัดการได้รับความเอาใจใส่จากทีม และครอบครัว ญาติควรมีความเข้าใจและแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมีการพูดคุยและหาวิธีที่จะให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว มีการชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำสำเร็จรวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมต่างๆ จะสามารถช่วยได้ ในรายที่อาการรุนแรงการใช้ยาลดอาการซึมเศร้าก็เป็นสิ่งจำเป็นซึ่งจากการศึกษาพบว่าได้ผลดีแต่การใช้ยาควรปรับขนาดของยาให้เหมาะสม และเฝ้าระวังอาการข้างเคียง

14. การนอน ผู้ป่วยบางรายอาจมีวงจรการนอนหลับที่เปลี่ยนไปจากปกติ เช่น นอนกลางวัน ตื่นตอนกลางคืนหรือหลับนอนเป็นช่วงๆ ต่างจากคนปกติ ญาติควรจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบในตอนกลางคืน และควรจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยในช่วงกลางวัน เช่น การฝึกเดิน ออกกำลังกายตอนเช้า อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เป็นต้น

นอกจากนั้นการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการนอนในท่าเดียวเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการติดเชื้อที่แผลกดทับตามมาได้(ศศิมา,2544) โดยสามารถพบแผลกดทับได้บ่อยบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆจากการไม่พลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่านอนที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย และจากอาเจียน เหงื่อ ปัสสาวะ ผ้าปูที่นอนไม่ตึง สาเหตุเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสูญเสียความรู้สึกเกี่ยวกับแรงกด ต้องระวังไม่ให้เกิดแผลกดทับ พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง ไม่นอนตะแคงด้านอัมพาตเกินหนึ่งชั่วโมง จัดหาฟองน้ำนุ่มรองตามปุ่มกระดูกหมั่นดูแลที่นอนให้เรียบตึงไม่เปื่อยขึ้นและไม่มีเศษวัตถุที่อาจทำให้เกิดแผลได้ และควรมีการดูแลผิวหนังให้แห้ง สะอาดอยู่เสมอ

การป้องกันการเกิดแผลกดทับทำได้โดย

1. หลีกเลี่ยงการนวดปุ่มกระดูก โดยเฉพาะที่มีรอยแดง จากการศึกษาพบว่า การนวดปุ่มกระดูกจะทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณนั้นลดลงและทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่อยู่ติดลงไปได้รับอันตรายจากการกดนวด
2. การกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด สามารถทำได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการทำให้ผู้ป่วยทำ Passive exercise และ Range of motion ควรทำอย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง
3. ระวังอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผิวหนัง เช่น การกระแทกบริเวณแขน ขา ลำตัวขณะเคลื่อนย้าย และอันตรายจากของมีคม เช่น เข็มกลัด
4. ถ้ามีแผลกดทับระดับ 1-2 สามารถใช้วัสดุปิดแผลจำพวก Hydrocolloid water dressing ปิดแผลเพื่อควบคุมสิ่งแวดล้อมของแผลชุ่มชื้น
5. ดูแลให้ได้รับน้ำและอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายภาวะโภชนาการ โดยเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน และวิตามิน โดยเฉพาะวิตามินซี เพื่อช่วยส่งเสริมการหายของแผล นอกจากนี้ต้องช่วยดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
6. การให้ความรู้ มีความสำคัญมากเนื่องจากถ้าผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับแล้ว จะสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง แนวโน้มการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลหรือขณะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านก็จะลดลงน้อยลง ทำให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาแผลกดทับลงได้มาก

15. ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว (ศศิมา, 2544) ญาติอาจจะมีความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น การให้ความรู้ คำแนะนำ และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงเป็นสิ่งจำเป็น ญาติจะมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวได้ดีไม่เป็นภาระต่อสังคมและครอบครัว สิ่งที่ต้องจัดเตรียมก่อนรับผู้ป่วยกลับบ้านได้แก่

1. จัดสิ่งแวดล้อมและห้องที่อยู่ของผู้ป่วยให้เหมือนเดิม
2. จัดให้มีรูปหรือต้นไม้ที่ผู้ป่วยชอบไว้ในห้อง
3. ของใช้ผู้ป่วยจัดไว้ในตำแหน่งเดิม
4. ให้มีนาฬิกาแขวนภายในห้องและหนังสือพิมพ์ ผู้ป่วยจะมีความพอใจในการอ่าน
5. ขณะอยู่โรงพยาบาลในวันหยุดอาจให้กลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อให้ได้รับการดูแลจากญาติ
6. เตรียมบริเวณทางเดินของผู้ป่วยให้เรียบร้อย จัดตำแหน่งเครื่องเรือนไม่ให้เกะกะทางเดิน ถ้าผู้ป่วยสายตาไม่ดี ต้องระวังของที่อยู่เตี้ยๆ เช่น โต๊ะ และควรจัดเตียงติดผนัง
7. ประตุนักเปิดยาก ตำแหน่งที่จับประตูควรอยู่ในตำแหน่งที่ไม่ต้องเอื้อม

16. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยต้องให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ เมื่อกลับไปดูแลที่บ้านในเรื่องของการรับประทานอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหารจำกัดไขมัน ควบคุมการสูบบุหรี่และน้ำหนักตัว ลดความดันเลือด ผู้ป่วยที่มีอาการเตือน เช่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อกระตุกเฉพาะที่ ให้มาติดต่อแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

ความต้องการของผู้ดูแล

Orem and Taylor (1986 อ้างใน สมจิต, 2536) กล่าวว่า iva ความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้น หรือคาดได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต ดังนั้น บุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดูแล ซึ่งกิจกรรมการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นก็จะเป็นไปเพื่อตอบสนอง

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย โดยกิจกรรมการดูแลสำหรับผู้ป่วนั้นจะประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลตามความต้องการการดูแลที่จำเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป
2. ความต้องการการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และ
3. ความต้องการการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ดังนี้คือ

1. ความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป

เป็นความต้องการการดูแลเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของ บุคคลการดูแลเหล่านี้เป็นการดูแลเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็น ในการทำกิจวัตรของการ ดำเนินชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living , ADL) กิจกรรมการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ การดูแลให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ และ อาหารอย่างเพียงพอ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อกคงไว้ซึ่งการทำงานที่และโครงสร้างภายในร่างกาย อากาศ น้ำ และอาหารจะเป็นวัตถุดิบที่สำคัญในกระบวนการเผาผลาญและสร้างพลังงานให้กับร่างกาย สภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤต ผู้ป่วยอาจได้รับอากาศไม่เพียงพอ ซึ่งอาจเนื่องมาจากมี การอุดตันทางเดินหายใจ ผู้ป่วยต้องการการดูแลให้หายใจโล่งจากการที่ต้องใส่ท่อทางเดินหายใจ สำหรับความต้องการน้ำและอาหาร ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท อาจต้องจำกัดน้ำเพื่อ ป้องกันภาวะสมองบวม ในแต่ละวันปริมาณน้ำไม่ควรเกิน 2,000 ซีซี ความต้องการพลังงานจาก สารอาหารในผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวในแต่ละวันประมาณ 1,700-2,000 แคลอรีต่อวัน ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม ใดๆ สามารถดื่มน้ำและรับประทานอาหารตามความต้องการของร่างกาย อย่างไรก็ตามผลจากการ เจ็บป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการเคี้ยว การกลืน เนื่องจากกล้ามเนื้อปากอ่อนแรง หรือผู้ป่วยไม่ รู้สีกตัวที่สูญเสียการกลืน ดังนั้น การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอต้องคำนึงถึง สภาพผู้ป่วยเป็นสำคัญ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน อาจเกิดปัญหาการขับถ่าย เช่น ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้หรือ กลไกการการขับถ่ายปัสสาวะสูญเสียชั่วคราวหรือถาวร ทำให้ถ่ายปัสสาวะไม่ออก ผู้ป่วยอาจมี

ปัญหาการจับถ่ายร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยควบคุมการถ่ายอุจจาระไม่ได้ชั่วคราว ซึ่งอาจเกิดในระยะแรกเมื่อระบบประสาทเริ่มกลับมาทำงาน หรือผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาท้องผูก หรือ ไม่ถ่ายอุจจาระเป็นระยะเวลาหลายวันจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จากสภาพไม่รู้สีกตัว เป็นต้น ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเป็นผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งการจับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ วิธีการสนองความต้องการดังกล่าวนี้ขึ้นกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ปัสสาวะไม่ออกอาจต้องได้รับการสวนสายปัสสาวะคาไว้ในระยะแรก และมีแผนการฝึกการจับถ่ายปัสสาวะด้วยตนเอง เป็นต้น

1.3 คงไว้ซึ่งสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้องกันการเกิดปัญหาทางผิวหนังและคงไว้ซึ่งระดับอุณหภูมิร่างกายที่ปกติ ผู้ป่วยที่สูญเสียการควบคุมร่างกายด้วยตนเอง ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองในการดูแลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อันได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การเปลี่ยนเสื้อผ้า การรับประทานอาหารและน้ำ การจับถ่าย การเคลื่อนย้ายร่างกาย ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งระดับอุณหภูมิร่างกายที่ปกติ จะเป็นความต้องการการดูแลให้ปราศจากการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวมักพบความผิดปกติ ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อจากแผลกดทับ ความผิดปกติของระดับอุณหภูมิร่างกายจะมีผลต่อสมอง อุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้นจะทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญและการให้พลังงานมาก สมองอาจเกิดภาวะการนำออกซิเจน ทำให้เกิดภาวะสมองบวม การเกิดภาวะแทรกซ้อนจะมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งยากต่อการดูแลที่บ้าน

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ผู้ป่วยที่เกิดการสูญเสียการเคลื่อนไหวร่างกายอาจเป็นการสูญเสียบางส่วน ดังเช่น ผู้ป่วยมีแขนและขาซีกหนึ่งซีกได้อ่อนแรง หรือเป็นการสูญเสียการเคลื่อนไหวแขนและขาทั้ง 2 ข้าง ดังเช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ต้องการให้มีการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรงเพื่อส่งเสริมการทำงานของร่างกายกลับสู่สภาพเช่นเดิมหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด นอกจากนี้ผลกระทบจากการเจ็บทั้งร่างกายและจิตใจส่งผลต่อการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในสภาพอัมพาตครึ่งซีก จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงอาจเป็นผลเนื่องมาจากความเจ็บปวด ความเจ็บปวดจะก่อให้เกิดการรบกวนการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย นอกจากนี้ผลกระทบทางด้านร่างกายอาจเกิดจากปวดศีรษะ เหนื่อย หายใจหอบ ซึ่งเป็นอาการมักพบในผู้ป่วยโรคนี้ ผลกระทบด้านจิตใจอันเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญและปรับตัวกับสภาพที่

เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึมเศร้า สับสน ผลกระทบเหล่านี้จะรบกวนการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพื่อให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลเพื่อให้ปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถดูแลตนเองได้จากการที่สูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวด้วยตนเอง ทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บได้ การจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยให้ปลอดภัยเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น การจัดสิ่งแวดล้อมควรจัดให้โล่ง จัดสิ่งของเครื่องใช้ในการกระทำกิจวัตรประจำวันให้เป็นให้อยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นและหยิบจับได้ง่าย

2. ความต้องการการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

เป็นความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การเจริญเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต เป็นกิจกรรมที่แยกมาจากการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป โดยเน้นที่กระบวนการพัฒนาการของมนุษย์และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในระยะต่าง ๆ ของวงจรชีวิต รวมทั้งเหตุการณ์ที่อาจมีผลกระทบทำให้พัฒนาการนั้นช้าหรือเสียไป การดูแลตามพัฒนาการนี้ประกอบด้วย

2.1 พัฒนาความสามารถด้านการสื่อสารด้านความคิดอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่ง อาจพบปัญหาทางระบบประสาทอื่นๆ นอกเหนือจากการสูญเสียการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น พูดไม่ชัด พูดตะกุกตะกัก ไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ความจำเสื่อม ช่วงความสนใจสั้น ขาดสมาธิ สับสน ก้าวร้าว มีพฤติกรรมและคำพูดในการตอบสนองไม่เหมาะสม เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้เกิดเนื่องจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงผู้ป่วยจึงต้องการพัฒนาความสามารถด้านต่างๆ ที่เป็นปัญหาและเป็นผลจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยแต่ละคนอาจพบปัญหาที่แตกต่างกัน ย่อมขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดกับสมอง ระดับความรุนแรงและระยะเวลาของการขาดเลือดไปเลี้ยงที่สมอง ผู้ป่วยจึงต้องการการพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสาร ความคิดอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อผู้ป่วยจะสามารถกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม ในการพัฒนาความสามารถปัญหาเหล่านี้ บางครั้งผู้ป่วยต้องการข้อเสนอแนะหรือการฝึกจากผู้ชำนาญเฉพาะทาง เช่น นักการบำบัด นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2.2 พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการพึ่งตนเอง ผู้ป่วยต้องการการพัฒนาการดูแลตนเอง เพื่อผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม สามารถพึ่งตนเองได้หรือพึ่งผู้อื่นน้อยที่สุด การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยอย่างยิ่ง ความสามารถในการดูแลและพึ่งตนเองในผู้ป่วยแต่ละคนสามารถพัฒนาได้แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเรียนรู้ทักษะ ความจำ และความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดโรค ดังนั้น การพัฒนาความสามารถตามความต้องการของผู้ป่วยจะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วย

3. ความต้องการการดูแลเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

เป็นความต้องการการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายจากภาวะปกติ อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจ อารมณ์ เป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ การดูแลในระหว่างมีสุขภาพแข็งแรงไป จะช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรคมิให้ลุกลามและป้องกันความพิการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น บุคคลจึงต้องปรับพฤติกรรมใหม่ให้สามารถเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข กิจกรรมการดูแลเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพนี้ จะเป็นการดูแลเกี่ยวกับการบำบัดรักษาโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลดังกล่าว เพื่อสนองตอบความต้องการพื้นฐานและเพื่อฟื้นฟูสภาพให้สามารถดูแลตนเองได้ ช่วยให้อยู่ร่วมกับสภาพและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ภายใต้ข้อจำกัดที่เป็นผลจากการเจ็บป่วย ซึ่งความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละคนจะมากหรือน้อยแตกต่างกัน ขึ้นกับ เพศ อายุ การรับรู้ถึงการสูญเสีย ความเชื่อและความคาดหวังแต่ละคน รวมทั้งพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองจำกัด จึงต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น ซึ่งบุคคลที่จะเข้ามารับบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย คือ สมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยโดยรับบทบาทเป็นผู้ดูแล

นอกจากนั้นยังมีความต้องการของผู้ดูแลในด้านอื่นๆ (สุริรัตน์, 2541) ประกอบด้วย

1. ความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องมี โดยจะเป็นคำแนะนำ คำอธิบาย ตลอดจนวิธีการหรือการติดต่อที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องทราบ เพื่อให้ช่วยเหลือในการประกอบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ โดยที่กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย

1.1 การดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรักษาความสะอาดร่างกาย ความสะอาดของปากฟัน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย ตลอดจนการเคลื่อนไหว การหัดนั่ง ยืน และเดิน เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวันนั้นเป็นการชดเชยความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตัวเองมากที่สุดก่อน และญาติช่วยเหลือในสิ่งที่ยังผู้ป่วยยังปฏิบัติเองไม่ได้ หรือปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ที่สูญเสียไปให้เกิดขึ้นใหม่ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง และมีความพยายามในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

1.2 การดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนมากมีปัญหาด้านจิตใจ เนื่องจากความเจ็บป่วยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิม มีการเปลี่ยนแปลงบทบาท ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มั่นคง เป็นปมด้อย ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องเข้าใจสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นบุคคลธรรมดา ไม่แสดงท่าทีรังเกียจหรือปฏิบัติแทนให้ผู้ป่วยโดยไม่ให้ผู้ป่วยได้ทำอะไรเอง ซึ่งจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ผู้ป่วยต้องการกำลังใจ ในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และควรดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมที่ไม่แน่ใจว่าจะทำได้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยมักเกิดความเครียดและอารมณ์เสียได้ง่าย ควรหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดและอารมณ์เสีย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ได้ออกสังคมบ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง

1.3 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ

ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติด การเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ ปลายมือ ปลายเท้าบวม การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ นอกจากนี้ยังมีการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และ

ภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไป ไม่อาจสามารถทำนายได้ ดังนั้นญาติที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความเข้าใจในสภาพร่างกายของผู้ป่วย เข้าใจในภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งเข้าใจในวิธีการป้องกันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ด้วย เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะค่อยเป็นค่อยไปไม่ได้ขึ้นทันทีทันใด และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

อุบัติเหตุ มักเกิดจากการทรงตัวไม่ดี การอ่อนแรงและเกร็งของกล้ามเนื้อ ญาติเมื่อฝึกการนั่ง ยืน หรือเดินให้ผู้ป่วย ควรดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย มีราวให้ผู้ป่วยเกาะ ไม่มีสิ่งของเกะกะที่จะทำให้ผู้ป่วยสะดุดและหกล้มได้ นอกจากนี้ควรเก็บของมีคม หรือยาต่าง ๆ ให้พ้นมือผู้ป่วย

จะเห็นว่า กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาระสำหรับผู้ดูแล และเป็นอย่างยิ่ง การได้รับตอบสนองความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤต โดยเกิดความพยายามในการแก้ปัญหา มีความระมัดระวังและเห็นหนทางในการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2. ความต้องการการประทับประคองจิตใจ เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ ความร่วมมือ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับซึ่งความห่วงใย มีบุคคลยินดีรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ ด้วยความเข้าใจ ตลอดจนช่วยในการตัดสินใจเวลาเกิดปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย หรือปัญหาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การที่มีบุคคลที่ผู้ดูแลสามารถเล่าและบอกปัญหาต่าง ๆ จากการดูแลผู้ป่วย หรือจากการติดต่อกับทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผูกพัน เกิดความปลอดภัย รู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง ให้อยู่กับผู้ป่วยหรือถูกปฏิเสธจากสังคม ยังมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ยังมีความสำคัญกับบุคคลรอบข้าง รู้สึกว่าตนเองและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ความช่วยเหลือในการประทับประคองจิตใจเหล่านี้ ผู้ดูแลอาจได้รับจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน มาเยี่ยมเยียน มาช่วยดูแลผู้ป่วยนอกจากนี้จากทีมสุขภาพในการให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย หรือเวลาเกิดปัญหา ซึ่งการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ดูแลดูแลผู้ป่วย ถ้าผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการ จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสดชื่น ผ่อนคลายความวิตกกังวล ความตึงเครียด เกิดการปรับตัวในทางที่ดี เกิดความมั่นใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวันตั้งแต่ผู้ป่วยตื่น จนกระทั่งผู้ป่วยนอน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมีมากมาย ผู้ดูแลต้องใช้พลังกำลังของร่างกายอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลเกิดความอ่อนเพลียเมื่อยล้าของร่างกาย (Physical fatigue) ความต้องการการเสริมสร้าง

พลังทางจิตวิญญาณ เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลได้รับซึ่งความรัก ความเห็นใจ กำลังใจ สร้างความหวังตลอดจนความมีคุณค่าในตนเอง ความเป็นจริงของชีวิต ได้มี นักวิชาการหลายท่านกล่าวถึง จิตวิญญาณ ได้ดังนี้

ความต้องการด้านจิตวิญญาณนั้น (แสง อ่างใน สุรรัตน์, 2541) เป็นความต้องการที่ ลึกซึ่งเป็นนามธรรมที่ละเอียดอ่อน อยู่ในส่วนลึกของจิตใจ แบ่งได้เป็น 5 ประเภท ได้แก่

1. ความต้องการด้านปรัชญาชีวิต เป็นความต้องการที่จะรู้ความหมายของสิ่งต่างๆ รวมทั้ง ความหมายแห่งชีวิตของตนเอง เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความหมาย ชาวพุทธโดยทั่วไปเชื่อผลของ กรรม ถ้าเป็นผลจากการทำดีจะเกิดกุศลผลบุญ ให้ได้ผลดีตอบแทน ทั้งชาตินี้และชาติหน้า

2. ความต้องการสิ่งที่ดี มนุษย์ต้องการอยู่ร่วมกันเป็นสังคม มีสัมพันธภาพกัน มีการให้ ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งในยามปกติสุขและยามเจ็บป่วย อยากได้อะไรดี ๆ อยากมีเพื่อนดี คนรักดี บุตรดี ซึ่งหมายถึงเราต้องการได้ได้ของดีที่มีอยู่ในตัวของคนอื่น เช่น ยามเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต การรับผิชอบดูแลผู้ป่วย ต้องการให้บุคคลอื่นเข้าใจความต้องการของตน ให้กำลังใจ สร้างความหวัง ให้ผู้ดูแลมีกำลังใจดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

3. ความต้องการความสุขชั้นสูง เป็นความสุขที่เกิดจากผลของสำเร็จเมื่อการดำเนินชีวิต บรรลุเป้าหมาย ซึ่งชั้นสูงสุดคือ เกิดจากการทำจิตใจให้สงบเป็นสมาธิเกิดความเข้มแข็ง อดทน มี จิตใจแน่นอน เกิดการหลุดพ้นทำให้จิตใจสงบ ไม่มีความโลภโกรธ หลง

4. ความต้องการความสมบูรณ์ มนุษย์มีความไม่เที่ยงแท้ชีวิตเต็มไปด้วยความบกพร่อง ต่าง ๆ ความสุขสมบูรณ์อันประเสริฐ ในบุคคลที่นับถือศาสนา จะปฏิบัติตามหลักของศาสนา เพื่อ พบกับความหลุดพ้นจากความไม่เที่ยงแท้ของชีวิต เช่น บุคคลที่นับถือศาสนาคริสต์หรือศาสนา อิสลามจะนับถือพระเจ้าเป็นสิ่งสูงสุดของชีวิต มีความศรัทธา ความเชื่อ ความรักต่อพระเจ้าสำหรับ ชาวพุทธจะปฏิบัติตามหลักศาสนาเกี่ยวกับอริยมรรค 8 แต่ผลสุดท้ายของทุกศาสนาคือ ให้คนหลุดพ้น จากความทุกข์มีความสุขอย่างแท้จริง

5. ความต้องการที่พึงอันประเสริฐ เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเคารพนับถือ ช่วยขจัดปัดเป่า คลบ้นดาลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น คลบ้นดาลให้เหตุร้ายกลายเป็นดีเกิดพลังใจในการต่อสู้สิ่งต่าง ๆ ที่มาคุกคาม ด้วยความมั่นคงและมั่นใจ

นอกจากนี้ความต้องการจิตวิญญาณ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รู้จักให้ความรักกับผู้อื่น และรับความรักจากผู้อื่น มีความศรัทธาในศาสนาหรือมีที่พึ่งทางใจ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยที่จำเป็นเพื่อสร้างและดำรงไว้ ซึ่งความศรัทธาในศาสนาหรือมีที่พึ่งทางใจ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยที่จำเป็นเพื่อสร้างและดำรงไว้ ซึ่งความสัมพันธ์อย่างไม่หยุดนิ่งต่อสิ่งที่สูงสุดและต่อเพื่อนมนุษย์ ซึ่งก่อให้เกิดการอภัย ความรัก ความหวัง ความไว้วางใจ และเป้าหมายของชีวิต (ทัศนา อ่างใน สุวีริรัตน์, 2541)

การตอบสนองความต้องการการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ หากได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอหรือไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดความพร่องทางจิตวิญญาณ หรือความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ แต่ถ้าได้รับการตอบสนอง บุคคลจะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

4. ความต้องการการจัดการภายในบ้าน เป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้งานภายในบ้านและครอบครัว ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยสามารถดำเนินต่อไปได้

โดยปกติกิจกรรมต่าง ๆ ภายในครอบครัว มักเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงหรือแม่บ้านเป็นผู้ดูแล กิจกรรมต่าง ๆ ภายในครอบครัว ประกอบด้วย ดังนี้ (จรรยา อ่างใน สุวีริรัตน์, 2541)

1. โภชนาการในครอบครัว เช่น การจัดเตรียมอาหารที่สนองความต้องการประจำวันของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะทารก เด็กเล็ก ผู้สูงอายุและผู้ป่วย การจัดอาหารที่สะอาด ปลอดภัยมีคุณค่าทางโภชนาการ และอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเป็นพิเศษสำหรับสมาชิกที่เจ็บป่วย

2. สุขภาพอนามัยและสุขนิสัยที่ดี เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับความสะอาดและอนามัยส่วนบุคคล ความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า และที่อยู่อาศัย

3. ความปลอดภัยสำหรับอยู่อาศัย เป็นการดูแลความเรียบร้อยของอุปกรณ์เครื่องใช้ให้ปลอดภัยอยู่เสมอสำหรับการนำมาใช้และหลังจากใช้แล้ว เช่น อุปกรณ์ไฟฟ้าต่าง ๆ ของมีคม ของใช้ที่เป็นอันตรายสำหรับเด็ก

4. การดูแลความเจ็บป่วยภายในครอบครัว เป็นการหาแหล่งบริการรักษาเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดเจ็บป่วย การนำไปตรวจ ตลอดจนการดูแลผู้เจ็บป่วย

5. สุขภาพในครอบครัว เป็นการทำให้สิ่งแวดล้อมในบ้านให้น่าอยู่ และกลมกลืนเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน โดยความรักความเอาใจใส่ ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน

6. ความต้องการเงินและวัสดุสิ่งของ เป็นสิ่งจำเป็นใช้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว การที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทหรือหน้าที่การงานในสังคม เกิดความพิการที่ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ตามเดิม การที่ต้องหยุดงานหรือไม่ได้ทำงาน เป็นภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยไม่เพียงแต่ขาดรายได้ แต่กลับต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล ตลอดจนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย และจะเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ต้องหาบุคคลที่จะมาดูแลผู้ป่วย ถ้าหากบุคคลนั้นเป็นคู่สมรส คู่สมรสอาจต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลสามี ทำให้ครอบครัวยิ่งขาดรายได้ แต่ถ้าผู้ดูแลเป็นบุตรบุตรอาจต้องหยุดเรียนเพื่อมาดูแลบุพการี สำหรับครอบครัวที่มีพี่น้องหลายคน อาจได้รับการดูแลจากพี่น้องที่ช่วยกันดูแล รวมทั้งด้านการเงิน แต่จากระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ไม่สามารถกำหนดได้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อไร ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ก็ยังคงมีตลอดไป ส่วนใหญ่ของผู้ดูแลครอบครัว ยังคงต้องการความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะเงินในการรักษา การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในแต่ละวัน เป็นต้น

ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 6 ด้านดังกล่าว จะมีมากหรือน้อยนั้น เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ คือ ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย และปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดูแล ดังนี้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ระดับความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตัวเอง ซึ่งเป็นสภาพของร่างกายหลังจากที่ได้รับการรักษาจนพ้นระยะวิกฤต ระยะที่ต้องมีการฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นระยะวิกฤตร้อยละ 90 พบว่ามีความพิการหลงเหลืออยู่ (Periard and Ames อ้างใน สุริรัตน์, 2541) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยที่ดูแลตนเองไม่ได้ พบมากถึงร้อยละ 90.9 กำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร้อยละ 68.7 ทำให้การรับรู้ความสมดุลผิดปกติไป เสียการทรงตัว เนื่องจากไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว และเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อตามมา (Birchenall and Streight อ้างใน สุริรัตน์, 2541) นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีปัญหาในเรื่องการขับถ่าย ปัญหาในการเคี้ยวและการกลืนอาหาร พบได้ร้อยละ 59 ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น สำลัก ปอดอักเสบ ภาวะทุโภชนาการ และเสียชีวิตได้ จากสภาพความพิการ ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ไม่สามารถมีการกระทำหรือการแสดงออกได้ตามต้องการ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้บทบาททางสังคมลดลง สิ่งเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ และแสดงออกทางอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น ต้องได้รับความช่วยเหลือในการดูแล ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้มากน้อยเพียงไร ก็

ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล จากการศึกษาของทอมลินสัน (อ้างใน สุริรัตน์, 2541) พบว่า จากสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่มีความพิการปรากฏให้เห็น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการของผู้ป่วยรุนแรง ไม่สามารถคาดเดาอาการของผู้ป่วยว่าจะเป็นอย่างไรต่อไป สถานการณ์ที่พบเป็นความไม่แน่นอน และถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการแทรกเพิ่มเข้ามา อาจทำให้ผู้ดูแลท้อแท้ หหมดกำลังใจที่จะแสวงหาวิธีการดูแล (Pender, 1987) สอดคล้องกับการศึกษาของอีเกอท์สันและคณะ (อ้างใน สุริรัตน์, 2541) กล่าวว่า ความพิการของผู้ป่วยที่พบเห็น ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยนั้น กลับเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลอยากให้ผู้ป่วยหาย อยากให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา ตลอดจนแหล่งช่วยเหลือที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้ เวลามีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างในเรื่องความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งประสบการณ์ในชีวิต บุคคลที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ต่างจากบุคคลที่มีอายุน้อย บุคคลอายุมากผ่านประสบการณ์ในชีวิต และปัญหาต่าง ๆ มากกว่าบุคคลอายุน้อย (ปรมะ อ้างใน สุริรัตน์, 2541) ยิ่งอายุมากกิจกรรมในครอบครัวและสังคมก็ลดน้อยลง ความคาดหวังที่ตนเองมีต่อผู้อื่นหรือมีต่อตนเองก็น้อยลงไปด้วย มีการยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และสามารถเผชิญปัญหาหรือภาวะเครียดในชีวิตได้ดีกว่า (จุไรรัตน์ อ้างใน สุริรัตน์, 2541) สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการเวลา และสัมพันธภาพทางสังคมใน ผู้ที่มีอายุมากมีน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย รวมทั้งความต้องการด้านกำลังใจ การลดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยอีกด้วย

เพศ จากการศึกษาพบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสามารถในการเรียนรู้เท่ากัน (แอนกูล อ้างใน จินนะรัตน์, 2540) แต่เนื่องจากขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมมีผลทำให้ทัศนคติหรือความสนใจในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ไม่เหมือนกัน เช่น สังคมไทยในปัจจุบันแม้เพศหญิงจะมีบทบาทในสังคมมากขึ้น ต้องทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้ก็ยังคงต้องดูแลบ้าน และเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย เพศหญิงจึงมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยด้วย (Vanetizian and Corrigan อ้างใน จินนะรัตน์, 2540) ทำการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการสอนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงและเพศชายมีความต้องการการสอนความรู้แตกต่างกัน เนื่องจากสถานภาพและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของเพศชายและหญิงแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา สามารถแสดงถึงความต้องการของบุคคลแตกต่างกัน ผู้ดูแลที่มีการศึกษสูงมักจะตระหนักถึงปัญหาและมีความเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการศึกษา จากประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งการ

ศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ ทำความเข้าใจกับข้อมูล ความรู้ต่างๆ สามารถเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี ดังนั้น การศึกษาสูงทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล และมีการปฏิบัติการดูแลที่ถูกต้องกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาค่ำ (ประภาเพ็ญ อ้างใน สุวรรินทร์, 2541) นั่นคือ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้ และ ทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ ต้องการข้อมูลที่เป็นประโยชน์และสิ่งที่ควรปฏิบัติ ตลอดจนการหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาค่ำกว่า (Muhlenkamp and Sayles อ้างใน สุวรรินทร์, 2541) ผู้ที่มีการศึกษาค่ำมักไม่เข้าใจต่อผลประโยชน์หรือความจำเป็นของสิ่งที่ปฏิบัติ เมื่อเกิดความยุ่งยากในชีวิต และละเลยในการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ง่าย

รายได้ของครอบครัว เป็นตัวบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการดำรงไว้ซึ่งครอบครัวที่สมดุล ปัญหาการเงินก่อให้เกิดการแตกแยกและการทอดทิ้งผู้ป่วยตามมาได้ (อัปสร อ้างใน สุวรรินทร์, 2541) รายได้สามารถนำมาเป็นค่ายา ค่าเดินทางในการนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวที่มีรายได้สูงหรือมีเศรษฐฐานะดี จะได้รับความเดือดร้อนในด้านการใช้น้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้หรือเศรษฐฐานะต่ำ ทำให้ครอบครัวที่มีรายได้สูงมีโอกาสแสวงหาสิ่งเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่า เพราะไม่ต้องพะวงกับปัญหาเศรษฐกิจส่วนครอบครัวที่มีรายได้น้อย มักต้องทำงานเพื่อหาเงินใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ความสนใจความต้องการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง รวมถึงการดูแลตนเอง ก็น้อยลงด้วย

ระยะเวลาในการดูแล กล่าวได้ว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแล ในระยะเวลาอันสั้น จะมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแล การปรับตัวและ ความช่วยเหลือต่างๆ เป็นอย่างมากในระยะแรกที่เริ่มดูแล รวมทั้งความหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์มากขึ้นในการดูแล ได้เคยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นความต้องการในสิ่งที่เคยต้องทราบก็ไม่จำเป็นอีกต่อไป หรือต้องการน้อยลง ผู้ดูแลอาจรู้สึกมีความหวังน้อยลง ถ้าพบว่าสภาพอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ประกอบกับถ้าต้องดูแลด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน (Orem, 1985)

ประสบการณ์เดิม เนื่องจากประสบการณ์เดิมที่มีความคล้ายคลึงและสอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการถ่ายโยงการเรียนรู้ไปสู่สถานการณ์ใหม่ เมื่อผู้เรียนสามารถมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ใหม่และประสบการณ์เดิมที่เคยเรียนรู้มาก่อน (อนุกุล อ้างใน จินนระรัตน์, 2540) ดังนั้น ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน จะสามารถเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น

แนวคิด ทฤษฎี รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่นำ มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย

แนวคิดแบบจำ ลอง PRECEDE Model

PRECEDE Model เป็นคำ ย่อมาจาก predisposing, reinforcing and enabling causes in educational diagnosis and evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษา โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาโดย Green (1980) ที่มีแนวคิดว่า “พฤติกรรมของบุคคล มีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple factors)” ดังนั้น จึงจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มี ผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำ มาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงาน สุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์เป็นแบบย้อนกลับ โดยเริ่มจาก outcome ที่ต้องการหรือสิ่งที่เป็นอย่างนั้นมียุ่่นมีองค์ประกอบหรือปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ สาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสภาพดังปรากฏ การวิเคราะห์ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยการประเมินปัญหาต่าง ๆ ของประชากร กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ สิ่งทีประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพอะไรบ้างที่เป็นปัญหาอยู่ในสังคมหรือในกลุ่มประชากร ที่ศึกษาโดยอาศัยข้อมูล ต่าง ๆ ที่มีอยู่ก่อนแล้วหรือข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมขึ้นมาใหม่จะช่วยให้ สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษา ได้อย่างเหมาะสมต่อไปแล้วทำการเลือกปัญหาสุขภาพที่ควรได้รับการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรม

เป็นการวิเคราะห์หาพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ได้วิเคราะห์ ในขั้นตอนที่ 1-2 พฤติกรรมสุขภาพทีวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้เป็นเป้าหมายสำคัญของการดำเนินงาน สุขศึกษาที่ต้องการได้รับการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา

เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคลที่เอื้ออำนวยหรือยับยั้งแรงจูงใจของบุคคลที่มีต่อการแสดงพฤติกรรม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยนำ ที่เป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพได้ความรู้ ทักษะ และการรับรู้ ดังรายละเอียดของปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบ ดังนี้ คือ ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย (Green and Kreuter, 1991)

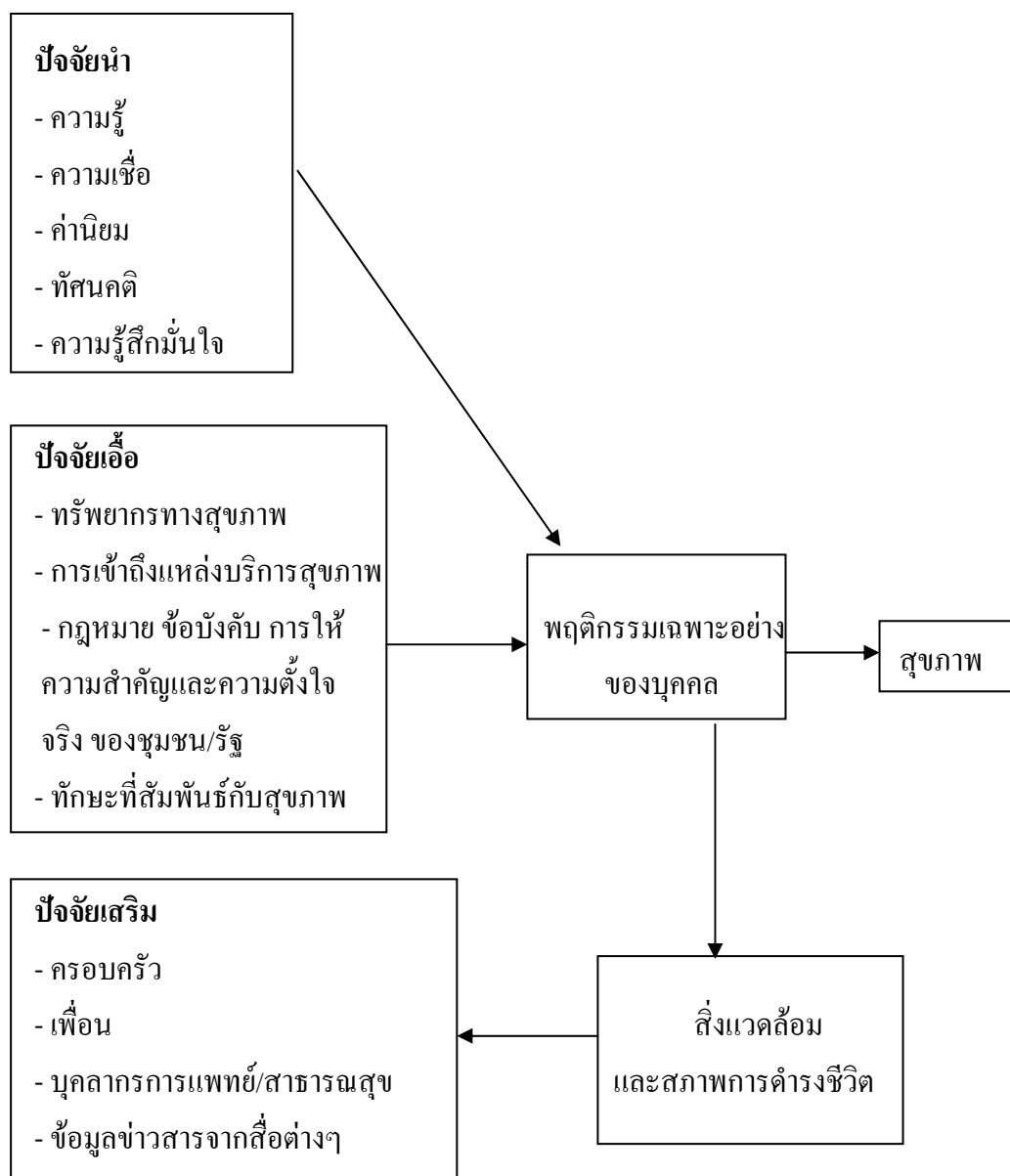
ทัศนคติ เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Green and Kreuter, 1991)

การรับรู้ เป็นการที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่ง แล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ แล้วความคิดรวมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้ที่เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Green and Kreuter, 1991)

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆได้ และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะทาง เวลา สิ่งที่สำคัญคือ การหาได้ง่าย (availability) และความสามารถเข้าถึงได้ (accessibility) ของสิ่งจำเป็นในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายขึ้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยเอื้อที่เป็นองค์ประกอบที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีและเข้าถึงสถานบริการ/แหล่งบริการสาธารณสุข และ ประสบการณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสริม เป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำ ชมเชย การยอมรับ การลงโทษการไม่ยอมรับการกระทำ นั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคล และสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ปัจจัยเสริมที่เป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อน บุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ

การแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอโดยไม่ควรรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ที่มา: Green *et al.* (1991)

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา

เป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ตามที่ต้องการ โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร

เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้ามคือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กร

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล

เป็นการประเมินผลการดำเนินงาน ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและดัชนีชี้วัดได้อย่างชัดเจน การประเมินผลจะประกอบด้วยการประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินผลโครงการหรือโปรแกรมสุศึกษา การประเมินผลกระทบของโครงการ และการประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge)

Green *et al.* (1980) ได้กล่าวถึง ความรู้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่ก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

Green and Kreuter (1991) กล่าวถึงความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมว่า ความรู้บางอย่างที่จะสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ จะต้องเป็นความรู้ที่เข้มพอดีจึงจะเกิดแรงจูงใจให้แสดงหรือกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้

Hadley (1972 อ้างใน สุวภัทร, 2547) การสื่อสารและการเรียนรู้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการสื่อสารเป็นผลมาจากการเรียนรู้ การเรียนรู้เป็นผลอย่างหนึ่งของการสื่อสาร ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าเกือบจะเป็นไปไม่ได้ที่จะกล่าวถึงการสื่อสาร โดยไม่มีการเรียนรู้

หลักการเรียนรู้ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการสื่อสาร ได้แก่

1. บุคคลจะมีความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการศึกษาเรื่องราวใดๆ ก็ตาม จำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย
2. การเรียนรู้มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์ ทั้งการสรรเสริญและการลงโทษ โดยทั่วไปแล้วการสรรเสริญจะให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้มากกว่าการลงโทษ แต่บางครั้งการถูกทำโทษ ก็จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีเช่นกัน ถ้ามีการกระตุ้นอย่างเหมาะสม
3. การแสดงเป็นตัวอย่าง ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่าการใช้คำพูด
4. ทักษะที่ผู้รับมีต่อผู้ส่งสารจะมีผลต่อทัศนคติที่มีต่อสารนั้น
5. ความจำมีความสัมพันธ์กับความใหม่สด เรามักจะจำและมีการตอบสนองต่อข่าวสารที่เพิ่งได้รับสดๆ และการให้ข่าวสารซ้ำๆ กัน จะก่อให้เกิดการจดจำ และเก็บสารนั้นไว้
6. การมีส่วนร่วมทำให้เกิดการเรียนรู้
7. การนำเสนอด้วยวิธีใหม่ จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้มากกว่าการนำเสนอด้วยวิธีธรรมดา

ระดับความรู้

Bloom *et al.* (1971) ได้ทำการแบ่งระดับของความรู้ (เป็นพฤติกรรมกลุ่มพุทธิพิสัย) ออกเป็น 6 ระดับ โดยเรียงจากพฤติกรรมชั้นง่ายไปสู่ชั้นยาก ดังนี้

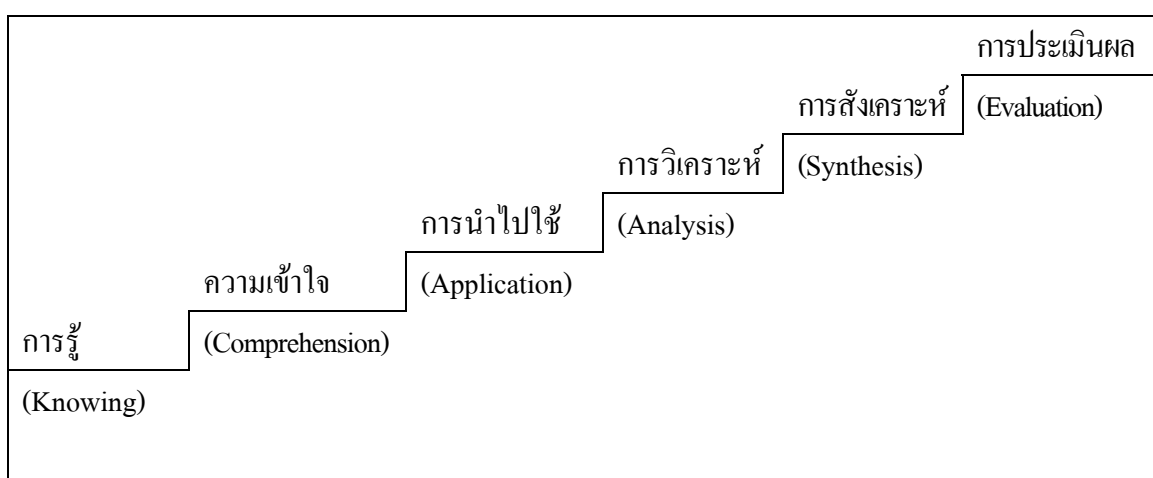
1. ความรู้ ความจำ (Knowledge) เป็นความสามารถทางสมองในอันที่จะทรงไว้หรือรักษาไว้ซึ่งเรื่องราวต่างๆ ที่บุคคลได้รับรู้เข้าใจในสมอง การวัดว่าบุคคลมีความสามารถในการจำเรื่องราวต่างๆ ได้มากน้อยเพียงไรนั้น ให้ดูตรงที่บุคคลนั้นสามารถเลือกได้ซึ่งสิ่งที่จะจำไว้ได้เพียงใด
2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการสื่อความหมายทั้งให้ผู้อ่านรู้เจตนาของตนเอง และตนเองรู้ความหมายความปรารถนาของผู้อื่น

3. การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ ความจำและความเข้าใจ ไปใช้ในการแก้ปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างได้ผล ความสามารถในการนำไปใช้ ไม่ได้หมายความว่า การได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น แต่เป็นความสามารถ ในการนำสิ่งที่ได้จากการเรียนการสอนไปแก้ไขสถานการณ์ให้สำเร็จลุล่วงได้

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวใดๆ ออกเป็น ส่วนย่อยๆ

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการประกอบส่วนย่อยๆ ให้เข้ากันได้ เป็นเรื่องเป็นราว เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวในหลายๆ ลักษณะแล้วนำมาจัดระบบ โครงสร้างเสียใหม่ ให้เกิดสิ่งใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพดีกว่าเดิม

6. การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสิน ตีราคา โดยอาศัยหลักเกณฑ์ และมาตรฐานที่วางไว้



ภาพที่ 2 แสดงระดับของความรู้ 6 ระดับ โดยเรียงจากพฤติกรรมขั้นต้นไปสู่ขั้นสูงกว่า

ที่มา: Bloom *et al* (1971)

ทฤษฎีการเรียนรู้ (Theory learning)

การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวรอันเป็นผลมาจากประสบการณ์

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจมี 3 ด้านนี้ (ตามหลัก Bloom)

1. พฤติกรรมด้านสมอง (cognitive domain) ได้แก่ ความรู้ – จำ ความเข้าใจ
2. พฤติกรรมด้านจิตใจ (affective domain) ได้แก่ อารมณ์ ความเชื่อ ความสนใจ ทศนคติ
3. พฤติกรรมด้านกล้ามเนื้อประสาท

กฎการเรียนรู้ 4 กฎ

1. กฎการลบพฤติกรรม (law of extinction) การตอบสนองที่เคยปรากฏจะไม่ปรากฏถ้าไม่ได้รับรางวัลซ้ำ
2. กฎการคืนสภาพเดิม (law of spontaneous) หลังจากที่เราลบพฤติกรรมนั้นไปแล้วจะไม่เกิดพฤติกรรมที่วางเงื่อนไขขึ้นอีก แต่ระยะหนึ่งหรือบางครั้งก็อาจเกิดพฤติกรรมนั้นได้อีก
3. กฎการสรุปความเหมือน (law of generalization) ถ้ามีสิ่งเร้าอื่นที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับสิ่งเร้าที่มีการวางเงื่อนไข อินทรีย์จะตอบสนองเหมือนสิ่งเร้าที่วางเงื่อนไขนั้น
4. กฎการจำแนกความแตกต่าง (law of discrimination) เป็นลักษณะที่ผู้เรียนสามารถแยกแยะสิ่งที่แตกต่างกันได้ เช่น งูเห่ามีพิษ งูสิงห์ไม่มีพิษ

ฉะนั้นหลักการสำคัญ Classical Conditioning จะเน้นปฏิกิริยาสะท้อนของมนุษย์ที่เกิดขึ้นและนำเอาปฏิกิริยาสะท้อนเหล่านั้นมาวางเงื่อนไขคู่กับ สิ่งเร้าต่าง ๆ สิ่งเร้าต่างจะทำให้มนุษย์เกิดการเรียนรู้ขึ้น

การเรียนรู้แบบหยั่งรู้ (insight learning) เจ้าของทฤษฎีคือ โคลเลอร์ (Wolfgang Kohler) โดยจะรวมปัญหาแล้วจึงแยกเป็นข้อย่อย ก็จะเกิดความคิดขึ้นมาทันที ที่เรียกว่าการหยั่งเห็น การหยั่งเห็นจะเกิดขึ้นรวดเร็วขึ้นอยู่กับ

1. มีแรงจูงใจ
2. มีประสบการณ์เดิม
3. มองเห็นความสัมพันธ์ของสิ่งเร้ากับปัญหาได้

ปัจจัยเสริมการเรียนรู้

แรงขับ (drive) แรงผลักดันที่เกิดขึ้นภายในร่างกายเพื่อให้ร่างกายแสดงพฤติกรรมออกมา แรงขับเกิดจากความไม่สมดุลของร่างกาย

แบ่งได้เป็น 2 ประเภท

1. แรงขับปฐมภูมิ (primary drive) เป็นแรงขับที่เกิดจากสิ่งเร้าภายในมีความสำคัญมาก เช่น หิว กระหาย อยากเรียน
2. แรงขับทุติยภูมิ (secondary drive) เป็นแรงขับที่เกิดจากสิ่งเร้าภายนอก เช่น ต้องการมีชื่อเสียง ต้องการรางวัล

ความพร้อม (readiness) ความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ พร้อมที่จะตอบสนองกับสิ่งที่มาเร้า

1. ทางร่างกาย ได้แก่ วุฒิภาวะ (maturity)
2. ทางจิตใจ ได้แก่ ความพอใจ

วุฒิภาวะ (Maturity) การบรรลุถึงขั้นความเจริญเติบโตเต็มที่ ในระยะใดระยะหนึ่ง และพร้อมที่จะประกอบกิจกรรมได้พอเหมาะกับวัย

องค์ประกอบที่ทำให้ผู้เรียนเกิดความพร้อมในการเรียน

วุฒิภาวะ (Maturity) การเจริญทั้งทางร่างกาย จิตใจ

ประสบการณ์เดิม (Experience)

การจัดบทเรียนของผู้สอน โดยดูพื้นฐานของผู้เรียนว่ามีความแตกต่างกันอย่างไรบ้างมากน้อยเพียงใด

การสอนของผู้สอน ควรสอนเมื่อผู้เรียนมีความพร้อม และผู้สอนเป็นผู้สร้างความพร้อมให้กับผู้เรียน

ลำดับขั้นความต้องการ ความต้องการ แบ่งเป็น 2 ประเภท

1. ความต้องการทางกาย ต้องการอาหาร น้ำ เพศ
2. ความต้องการทางจิตใจ ความรัก

ทัศนคติ และความสนใจ ความพร้อมของร่างกาย จิตใจที่มีแนวโน้มจะตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ใด ๆ ด้วยการเข้าหาหรือถอยหนี แบ่งเป็น 2 ประเภท ทัศนคติทางบวกหรือทัศนคติที่ดี แนวโน้มที่จะเข้าหาสิ่งเร้า หรือสถานการณ์นั้น ๆ ด้วยความชอบ พอใจทัศนคติทางลบหรือทัศนคติไม่ดี แนวโน้มที่จะถอยหนีสิ่งเร้า หรือสถานการณ์นั้น ๆ ด้วยความไม่ชอบไม่พอใจ

ลักษณะทั่วไปของทัศนคติ

1. ทัศนคติที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือได้รับประสบการณ์ ไม่ได้ติดตัวมาแต่เกิด
2. ทัศนคติจะเป็นตัวชี้ในการแสดงพฤติกรรม
3. ทัศนคติไม่สามารถถ่ายทอด จากบุคคลหนึ่งไปอีกบุคคลหนึ่งได้

4. ทักษะสามารถเปลี่ยนแปลงได้

5. ทักษะจึงเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งในการเรียนรู้ของเด็ก

ความสนใจ (interest) มีลักษณะใกล้เคียงกับทักษะ แต่ความสนใจเป็นส่วนหนึ่งของทักษะ ความสนใจเป็นความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (ทักษะทางบวก) ความสนใจของนักเรียนแต่ละคน มีความแตกต่างกันเพราะ ความต้องการ ทัศนคติ สภาพแวดล้อมที่ต่างกัน

การสร้างความสนใจ (อัคเคซ, 2546)

1. ศึกษาความต้องการของผู้เรียน เพื่อจัดกิจกรรมการเรียนรู้ สอดคล้อง
2. สำรวจพื้นฐานความถนัด
3. จัดห้อง สภาพแวดล้อมให้น่าสนใจ
4. เสริมแรงโดยพยายามให้ผู้เรียนประสบผลสำเร็จ
5. ชี้ทางความก้าวหน้าในการทำงาน เพื่อให้เขามีความสนใจ
6. ความสนใจ ทักษะ จึงเป็นองค์ประกอบที่ช่วยเสริมการเรียนรู้ที่ดีมาก

แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ (Attitude)

Green (1980) กล่าวว่า เจตคติ หรือทักษะ คือแนวโน้มของจิตใจหรือความรู้สึกที่คงที่ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ เป็นผลมาจากประสบการณ์และความเชื่อที่สะสมกันมานาน และผ่านการประเมินคุณค่าว่ามีลักษณะดีหรือไม่ดี พฤติกรรมของบุคคลนั้นจะเป็นไปตามทิศทางนั้นตามทักษะของตน

ทักษะ เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Green and Kreuter, 1991)

เจตคติมาจากคำภาษาอังกฤษว่า “Attitude” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “Aptus” แปลว่า โน้มเอียงเหมาะสม (Allport, 1967 อ้างใน สุวภัทร, 2547) คำนี้มีผู้ใช้คำอื่นๆ ในความหมายเดียวกันอีก เช่น ทศนคติ เจตณคติ เป็นต้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบตามแนวคิดของ Triandis (1971 อ้างใน สุวภัทร, 2547) มีอยู่ 3 ประการ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความรู้ (cognitive component) ได้แก่ ความรู้และแนวคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งเร้า ไม่ว่าจะเป็นบุคคล กลุ่ม หรือสถานการณ์ใดๆ ก็ตาม ความรู้และแนวคิดดังกล่าวจะเป็นสิ่งกำหนดและทิศทางของทัศนคติของบุคคล กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความรู้ และแนวความคิดต่อสิ่งเร้านั้นไปทางบวก (positive) หรือทางลบ (negative) ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (affective component) ได้แก่ อารมณ์ หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า อารมณ์หรือความรู้สึกดังกล่าวจะเป็นสิ่งกำหนดลักษณะและทิศทางของเจตคติของบุคคล กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีอารมณ์ หรือความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งใด บุคคลก็จะมีเจตคติในทางลบต่อสิ่งนั้น

3. องค์ประกอบด้านความพร้อมในการกระทำ (Behavioral Component) ได้แก่ พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกต่อสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง พฤติกรรมดังกล่าวจะเป็นสิ่งที่บอกลักษณะและทิศทางของเจตคติของบุคคล กล่าวคือ ถ้าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกต่อสิ่งเร้านั้นชัดเจนแน่นอน เจตคดีย่อมมีลักษณะชัดเจนแน่นอนและมีทิศทางเป็นทางบวก หรือเป็นทางลบชัดเจนด้วย

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสังคมวิทยา ซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเรายู่ตลอดเวลา”

แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมอนามัยของคนทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้มีผู้ศึกษาวิจัย และให้คำ จำ กัดความไว้ ดังนี้

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรัก และสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) ได้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง คือ ความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของ และอื่นๆ

จากความหมายหรือคำจำกัดความของบุคคลต่างๆ ดังกล่าว สามารถสรุปความหมายในแง่พฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ “ผู้รับแรงสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มแล้วมีผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

หลักเกณฑ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม จะประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบไปด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีในตนเองอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ

4. ต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพอนามัยดี

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

Kahn (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพหรือ ด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับปัญหาในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำ และความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ (aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้นอาจเป็นวัสดุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

รูปแบบของแรงสนับสนุนทางสังคม

Bandura (1994) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความหวังใจ การกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) การเห็นพ้องในการรับรอง (affirmation) รวมถึงการสนับสนุน อาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เช่น การให้คำแนะนำ (suggestion) ตักเตือน ให้คำปรึกษา (advice) และการให้ข่าวสาร (information)
4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจึงขึ้นอยู่กับคุณสมบัติส่วนตัวของแต่ละบุคคล และลักษณะของกลุ่มสังคม

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติ กลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคม ถือว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล

การสนับสนุนทางสังคมมีต้นกำเนิดมาจากสังคมวิทยา ได้มีการค้นคว้าและศึกษากันมาก ในวงการแพทย์และพยาบาล เนื่องจากเชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลถึงบุคคลหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้มีภาวะสุขภาพดี (Well-being) ทั้งนี้เนื่องจาก บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านพื้นฐานที่เพียงพอ จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ยังทำให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคงเนื่องจากปัจจุบันพบว่าสภาวะทางร่างกายและจิตใจ สามารถเชื่อมโยงกันได้โดยผ่านไฮโปทาลามัส นั่นคือหากบุคคลมีสภาวะทางจิตใจไม่ดี มีความตึงเครียด หรือวิตกกังวล สภาวะเหล่านี้ก็จะผ่านไฮโปทาลามัสออกมาในรูปของการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ได้การสนับสนุนทางสังคม จะมี

ผลต่อการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ หรือไม่มีเลย จะทำให้บุคคลเกิดความเครียด และส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ

Pender (1996) แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่น บิดา มารดา คอยดูแลช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ
2. กลุ่มเพื่อน ส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิตประสบความสำเร็จ ในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เกิดขึ้นในตนเอง สามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เคยประสบมากับเพื่อน
3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา เป็นกลุ่มที่มีการพบปะในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้น ๆ
4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอกลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล จะเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุน
5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Pender (1996) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน การมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า
2. แรงสนับสนุนทางข้อมูล ข่าวสาร เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไร จึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร เป็นการช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร หรือ ช่วยดูแลบุตรให้ เพื่อให้มารดามีเวลาในการเตรียมกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

4. การยอมรับ การยอมรับให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะ และศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ที่สามารถชักจูงหรือเอื้ออำนวยให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนเกิดการปฏิบัติตัว หรือมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ หรือแรงสนับสนุนของผู้ให้

การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านสุขภาพ

มีการนำเอาแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในด้านสุขภาพ โดยแยกตามผลที่เกิดตามมาภายหลังการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม คือ

1. ผลทางด้านพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกันโรค และรักษาสุขภาพให้แข็งแรง เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟันและอื่น ๆ พบว่า ผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้าน และมีเพื่อนมาก จะมีการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

2. ผลทางด้านพฤติกรรมการรักษาพยาบาล อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการ และรับประทานยาสม่ำเสมอ และหายจากโรคดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ความสำคัญของแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น แหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัวญาติพี่น้อง มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง อันดับแรก ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่า มีความสำคัญในฐานะเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ผู้นำ ชุมชน หรือแกนนำ ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ครู พระ หรือนักบวช ซึ่งมีความสำคัญรองลงมาในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จอม (2540) ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถโดยรวมของญาติมีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้วยตนเองและการเรียนรู้จากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบโดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ แรงจูงใจในการสังเกตและใช้เหตุผลคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย

จินนะรัตน์ (2540) ศึกษาผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสอนและการฝึกทักษะตามแบบแผนที่กำหนดมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น

อารมณ (2540) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัวและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนเตรียมความพร้อม และเมื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัวและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าหลังเตรียมความพร้อม นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้ปัญหาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

สุดศิริ (2541) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 1) กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้าน 2) การส่งเสริมการดูแล ที่บ้าน 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล 4) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และ 5) ผลลัพธ์การดูแล การส่งเสริมความสามารถการดูแลประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล พัฒนาความสามารถการดูแลและจัดการตัวเอง พัฒนาความสามารถการดูแลด้วยตนเองและ ปรับบทบาท และพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืนและปรับวิถีชีวิต กลยุทธ์การส่งเสริมความ สามารถการดูแลประกอบด้วย สร้างความไว้วางใจและเชื่อถือ สะท้อนคิดพิจารณา การมี ส่วนร่วม หากกลุ่มช่วยเหลือ สร้างพลังความสามารถในการดูแล ผสมผสานความเชื่อ การ ดูแล สนับสนุนและชมเชยในวิธีการดูแลของผู้ดูแล ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจ และเป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแล โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ครอบครัวร่วมรับรู้การเตรียมความพร้อม

ความหวัง การช่วยเหลือของครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระดับความต้องการการดูแล แหล่งสนับสนุน ทางสังคม ความสามารถในการคิดแปลง/ปรับวิธีการดูแล และภาวะเศรษฐกิจ

สุริรัตน์ (2541) ศึกษาความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณในเรื่องความต้องการให้ผู้ป่วยรู้ว่าญาติรักและเอาใจใส่อย่างเต็มความสามารถ กับระดับความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเอง มีความสัมพันธ์กับความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จूरรัตน์ (2545) ศึกษาอิทธิพลของความพร้อมในการดูแล รางวัลที่ได้รับจากการดูแล และปัจจัยด้าน ผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผลการศึกษาพบว่า ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาท ($r = -.361, p < .001$) และรางวัลที่ได้รับจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาท ($r = -.312, p < .01$) จากผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลควรเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วย ซึ่งควรเริ่มตั้งแต่แรกรับและดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่ผู้ป่วย อยู่ในโรงพยาบาล เน้นการให้ความรู้ฝึกทักษะ และประสบการณ์ตรงในการดูแล รวมถึงการ ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินปัญหา และให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการพัฒนาทักษะ เสริมความพร้อมของญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแล ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความรู้สึกลำบากในการดูแล อันจะเป็นการลด ความเครียดที่เกิดขึ้นได้

นิภา (2545) ศึกษา ระยะเวลาในการดูแล เหตุการณ์ชีวิตครอบครัว ความเข้มแข็งของครอบครัว และความผาสุก ของสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลรับรู้เหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลง ในชีวิตครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ ความเข้มแข็งของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ความผาสุก ของสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแล อยู่ในระดับค่อนข้างดี ความผาสุกของสมาชิกครอบครัว ที่ให้การดูแลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับ เหตุการณ์ชีวิตครอบครัว ($r = -.494, p < .01$) แต่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความเข้มแข็งของ ครอบครัว ($r = .442, p < .01$) เหตุการณ์ ชีวิตครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความเข้มแข็งของ ครอบครัว ($r = -.410, p < .01$) โดยระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรใดๆ ที่ศึกษา ผล การศึกษาสามารถนำมาช่วยในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถของ ครอบครัว ในการดึงหน่วยครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ภายใน เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิด ความเครียด เป็นแนวทางในการประเมินครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแล

ปิยรัตน์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้ และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.266, p<.006$) ส่วนการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($r=0.035, p=0.72$) และพบว่าการรับรู้สมรรถนะในการดูแลมีอิทธิพลโดยตรงต่อภาระการดูแล $p<.01$) ส่วนการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รุ่งรัตน์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัว ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในพื้นที่บริการโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย หรือสนามกีฬา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากแหล่งอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตัวแปรที่มีอำนาจทำนายสูงสุด คือ การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรทางการแพทย์ และตัวแปรทำนายร่วมคือ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 38.1

ลัดดาวัลย์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

วิภารัตน์ (2545) ศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า การขาดแหล่งประโยชน์ และความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r=-.572, r=-.658, P<.01$) สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P<.001$ สำหรับอายุและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r=-.174, r=0.035, P>.01$)

วีณา (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

วัลภา (2545) ศึกษาอิทธิพลของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความสามารถในการทำนายการดูแล และปัจจัย ด้านญาติผู้ดูแลต่อความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า การดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลในระดับปานกลาง ($r = -.450$, $P < .05$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดจากการดูแลได้ร้อยละ 20.2 ส่วนความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลในระดับต่ำ ($r = -.317$, $P < .05$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดจากการดูแลเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.9 และระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลในระดับต่ำ ($r = .273$, $P < .05$) สามารถ อธิบายความแปรปรวนของความเครียดจากการดูแลเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.2 ผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลควรส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจถึงสภาพ ความบกพร่องของผู้ป่วยเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและพัฒนาความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย สร้างความรู้สึกที่ดีต่อกัน รวมทั้งตระหนักในญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดจากการดูแลได้ง่าย จึงควรวางแผนทางการแก้ปัญหาาร่วมกันและให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลด้วย

กรรณิกา (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า 1. การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับดี 2. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าท้าทาย สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3. การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคาม การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสียความต้องการการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 310 4. การสนับสนุนจากครอบครัว การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคามการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าสูญเสีย และความต้องการการดูแล สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 52 ($R^2 = .518$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะนองนิช(2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้หายที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพาไปพบแพทย์ อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลที่ได้รับจากการดูแลและความพร้อมในการดูแลในระดับสูง ความวิตกกังวลและความเครียดในบทบาทระดับต่ำ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแลและรางวัลที่ได้รับจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาท ($r = -.238, -.308, p < .01$; $r = -.193, p < .05$ ตามลำดับ) ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแล ($r = -.409, p < .01$) อธิบายความผันแปรของความเครียดในบทบาทได้ร้อยละ 16.7 และความพร้อมในการดูแลอธิบายความผันแปรของความเครียดในบทบาทได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 25.3

พวงทอง (2546) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า การสร้างพลังตามแนวคิดของกิบสัน มีผลทำให้ความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังสิ้นสุดกิจกรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง

รวีภา (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านปิ่นเจริญ 2 เขตตอนเมือง กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ รายได้และเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้ ทักษะ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

สุพิชญา (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางชีวสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ปัจจัยทางจิตลักษณะ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ การมุ่งอนาคตและการควบคุมตนเองในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

สุภาพรณ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการ คือ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้ เจตคติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการ ส่วนปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการด้วยเช่นกัน

ธัญญาภรณ์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่าความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความผาสุกในระดับปานกลาง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับที่ต้องพึ่งพาสูง ความสอดคล้องในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความสอดคล้องในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบคือระยะเวลาในการดูแล และจากการวิจัยพบว่าความสอดคล้องในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 54 ($R^2 = .54, p < .05$) ซึ่งความสอดคล้องในการมองโลกเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรีสูงสุด

พัชร (2549) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุพร (2549) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถานอยู่ในระดับสูง ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาส

เสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อน และการมีนโยบายของกรมราชทัณฑ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

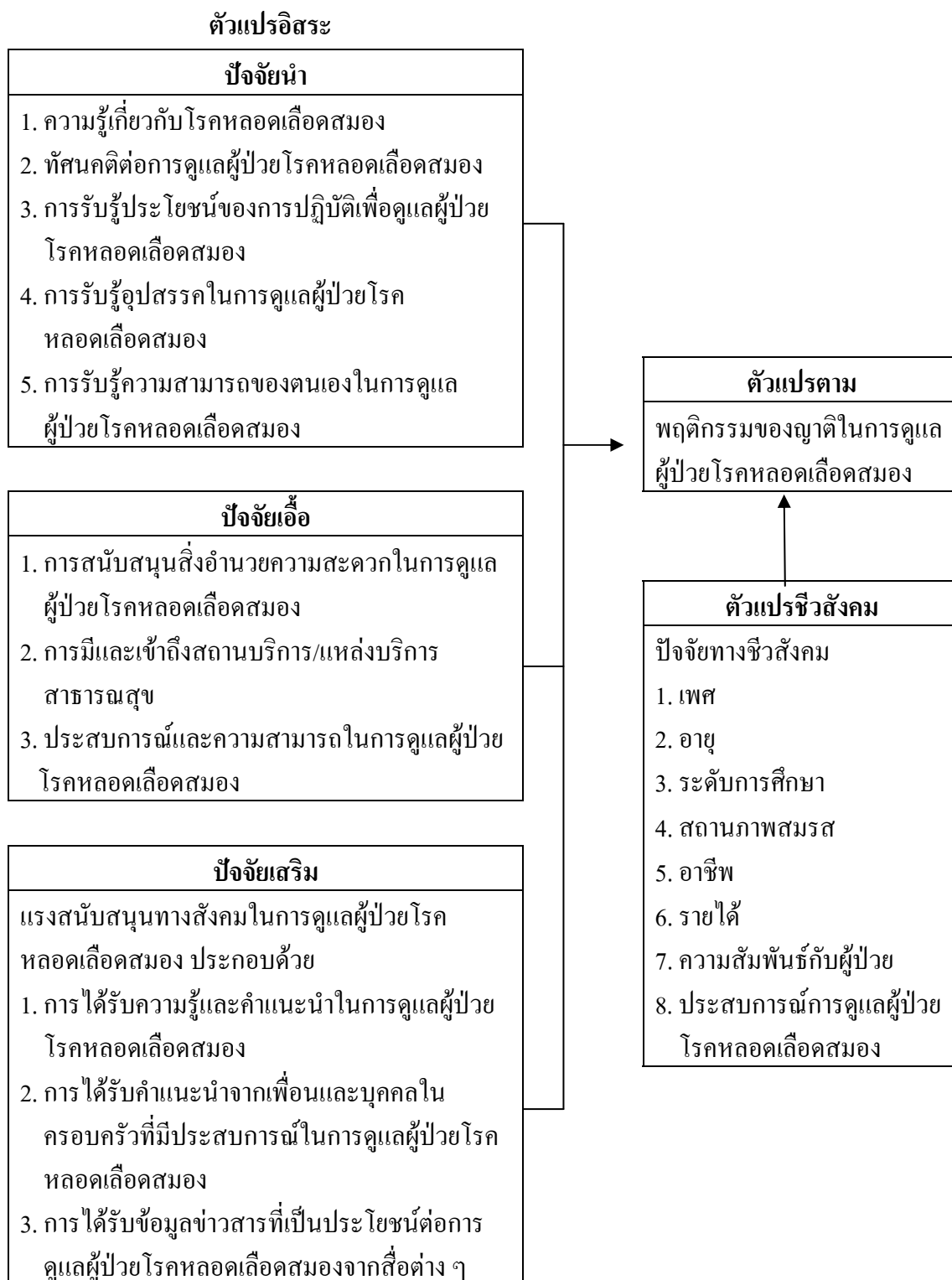
Nydevik and Eller (1994) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลแสดงความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวันเนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

Phillips, *et al.* (1995) ศึกษาถึงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาจำนวน 109 ราย พบว่าผู้ได้รับการดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 87 มีอายุเฉลี่ย 60 ปี ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการแต่งตัว การเตรียมอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่ายและอื่นๆ และยังพบว่าความเครียดการรับรู้ความแตกต่างระหว่างภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบันร่วมกันทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 32 ขณะเดียวกันภาระการดูแล การรับรู้ความแตกต่างระหว่างภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน การติดตามและประเมินผลการดูแลของผู้ดูแลร่วมกันทำนายคุณภาพการดูแลได้ถึงร้อยละ 36 ซึ่งให้เห็นว่า ความเครียดเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงภาระการดูแลขณะเดียวกันภาระการดูแลที่สูงจะบ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแลที่ต่ำด้วย

Carberry (1995) ศึกษาถึงความต้องการข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยใช้วิธีการสำรวจครอบครัวผู้ดูแลจำนวน 17 ครอบครัว พบว่า ข้อมูลที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องการมากที่สุดได้แก่ 1) ข้อมูลที่เสี่ยงกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และ 3) ข้อมูลที่ทันสมัยและได้รับด้วยความจริงใจ

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการได้รับความรู้และการมีเจตคติที่ดี เป็นปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร

สมมติฐานในการวิจัย

จากการศึกษาและการประมวลเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ (predisposing factors) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ได้แก่ การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีและเข้าถึงสถานบริการ/แหล่งบริการสาธารณสุข ประสบการณ์และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey Research Method) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการรักษาใน แผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนเกี่ยวกับประชากรและกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 214 คน (สถิติผู้รับบริการแผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เดือนมกราคม- มิถุนายน 2551)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณ ของ ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973) ดังนี้

กำหนดจำนวนตัวอย่างโดยใช้สูตร ทาโรยามาเน่ Taro Yamane (1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ

n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
N	=	ขนาดของประชากร
e	=	ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างมากที่สุดที่ยอมรับได้ในที่นี้กำหนดให้มีค่าเท่ากับ 0.05

$$\begin{aligned} \text{เมื่อ } N &= 214 \\ e &= 0.05 \end{aligned}$$

$$\text{แทนค่าสูตร } n = \frac{214}{1 + 214(0.05)^2}$$

$$n = 139.41$$

ดังนั้นจากการแทนค่าในสูตรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในเดือนมกราคม ถึง เดือน มิถุนายน 2551 ย้อนหลัง 6 เดือนมีจำนวนทั้งหมด 214 คน จะได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 139.41 คน จึงได้ปรับเป็นจำนวนเต็มให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 140 คน

2. การกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

ซึ่งจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

2.1 เป็นญาติ ซึ่งได้แก่ ภรรยา สามี ลูก พี่น้อง หรือผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 เป็นผู้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ติดต่อกัน และมีอายุ ตั้งแต่ 18 ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป

2.3 มีสติสัมปชัญญะ รู้สึกตัวดี ไม่มีความผิดปกติทางสมองหรือจิตใจ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร

2.4 สมควรใจและยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

3. ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีเจาะจง (purposive sampling)(ยูวดี,2531) จากญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างวันจันทร์- พุธ สบติ เวลา 8.00-12.00 น.ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551 – มกราคม พ.ศ. 2552

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมเนื้อหา ตามวัตถุประสงค์ การวิจัยครั้งนี้โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) และเติมข้อความ (Open-ended) จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านปัจจัยนำ ของผู้ตอบแบบสอบถาม มี 5 ด้าน ได้แก่ แบบสอบถาม ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ถูก ผิด ไม่ทราบ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจำนวน 18 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0–18 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ตอบถูก	ให้ 1 คะแนน
ตอบผิด	ให้ 0 คะแนน
ตอบไม่ทราบ	ให้ 0 คะแนน

การประเมินผล แบ่งระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

มีความรู้ระดับมาก คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด

มีความรู้ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

มีความรู้ระดับน้อย คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนต่ำสุด

แบบสอบถามด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า แต่ละข้อมีลักษณะข้อความเชิงบวก (Positive Statement) และข้อความเชิงลบ (Negative Statement) มีมาตรวัด 4 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 19 ข้อมีคะแนนระหว่าง 19 – 76 คะแนน โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงทั้งปริมาณและทิศทาง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก		ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับทัศนคติจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

เกณฑ์พิจารณาระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีทัศนคติระดับที่ดี คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

มีทัศนคติระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

มีทัศนคติระดับที่ไม่ดี คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

แบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า แต่ละข้อมีลักษณะข้อความเชิงบวก (Positive Statement) และข้อความเชิงลบ (Negative Statement) มีมาตรวัด 4 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 15 – 60 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงทั้งปริมาณและทิศทาง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก		ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

เกณฑ์พิจารณาระดับการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีการรับรู้ประโยชน์ระดับมาก คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

มีการรับรู้ประโยชน์ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

มีการรับรู้ประโยชน์ระดับน้อย คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

แบบสอบถามด้านการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า(Rating Scale)ตามแบบการวัดของลิเคิร์ต(Likert's Scale)ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า แต่ละข้อมีลักษณะข้อความเชิงบวก (Positive Statement) และข้อความเชิงลบ (Negative Statement) มีมาตรวัด 4 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 16 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 16 – 64 คะแนน ข้อเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงทั้งปริมาณและทิศทาง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก		ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้อุปสรรคจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

เกณฑ์พิจารณาระดับการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีการรับรู้อุปสรรคระดับมาก คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

มีการรับรู้อุปสรรคระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

มีการรับรู้อุปสรรคระดับน้อย คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

แบบสอบถามด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า แต่ละข้อมีลักษณะข้อความเชิงบวก (Positive Statement) และข้อความเชิงลบ (Negative Statement) มีมาตรวัด 4 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 16 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 16 – 64 คะแนน โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงทั้งปริมาณและทิศทาง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก		ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง จากค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

เกณฑ์พิจารณาระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีการรับรู้ความสามารถระดับมาก คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด

มีการรับรู้ความสามารถระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

มีการรับรู้ความสามารถระดับน้อย คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีและเข้าถึงสถานบริการ/แหล่งบริการสาธารณสุข ประสิทธิภาพและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีมาตรวัด 4 ระดับโดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 15 – 60 คะแนน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงทั้งปริมาณและทิศทาง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก		ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
มาก	4	มาก	1
ค่อนข้างมาก	3	ค่อนข้างมาก	2
ค่อนข้างน้อย	2	ค่อนข้างน้อย	3
น้อย/ไม่ได้รับ	1	น้อย/ไม่ได้รับ	4

การประเมินผล แบ่งระดับการได้รับปัจจัยเอื้อในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการได้รับปัจจัยเอื้อจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

เกณฑ์การพิจารณาระดับการได้รับปัจจัยเอื้อในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ได้รับปัจจัยเอื้อระดับมาก คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

ได้รับปัจจัยเอื้อระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

ได้รับปัจจัยเอื้อระดับน้อย คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่าง ๆ เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) มีมาตรวัด 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 20 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 20 – 80 คะแนน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงทั้งปริมาณและทิศทาง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก		ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
ได้รับมากที่สุด	4	ได้รับมากที่สุด	1
ได้รับมาก	3	ได้รับมาก	2
ได้รับน้อย	2	ได้รับน้อย	3
ไม่ได้รับ	1	ไม่ได้รับ	4

การประเมินผล แบ่งระดับการได้รับปัจจัยเสริมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการได้รับปัจจัยเสริมจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

เกณฑ์การพิจารณาระดับการได้รับปัจจัยเสริมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ได้รับปัจจัยเสริมระดับมาก คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

ได้รับปัจจัยเสริมระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

ได้รับปัจจัยเสริมระดับน้อย คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) มีมาตราวัด 4 ระดับโดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 22 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0 – 66 คะแนน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงทั้งปริมาณและทิศทาง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก		ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติมากที่สุด	3	ปฏิบัติมากที่สุด	0
ปฏิบัติมาก	2	ปฏิบัติมาก	1
ปฏิบัติน้อย	1	ปฏิบัติน้อย	2
ไม่ปฏิบัติ	0	ไม่ปฏิบัติ	3

การประเมินผล แบ่งระดับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับพฤติกรรมของญาติจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

เกณฑ์พิจารณาระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

พฤติกรรมระดับดี คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

พฤติกรรมระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

พฤติกรรมระดับไม่ดี คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราทางวิชาการที่เกี่ยวกับการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัย
2. ศึกษาเอกสาร ตำราทางวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. นำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า และคำแนะนำ มาสร้างแบบสอบถามโดยมีเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการวิจัย และกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อ
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบโครงสร้าง เนื้อหาสาระของเครื่องมือ เพื่อพิจารณาและนำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ (Content Validity)
5. นำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพ
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาขึ้น ไปให้กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบความถูกต้องเชิงทฤษฎี เนื้อหา ภาษาที่ใช้ ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดชัดเจน โดยให้ข้อเสนอแนะแล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงอีกครั้งเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่จะทำการศึกษา คือ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชาย-หญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 ราย แล้วนำ ข้อมูลจากการทดลองใช้ (Try out) มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของ Cronbach ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นมีดังนี้ คือ

แบบสอบถามความรู้	ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.732
แบบสอบถามทัศนคติ	ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.791
แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.805
แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค	ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.838
แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง	ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.960
แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ	ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.790
แบบสอบถามปัจจัยเสริม	ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.858
แบบสอบถามพฤติกรรม	ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.926
แบบสอบถามรวมทั้งฉบับ	ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.961

3. การหาค่าอำนาจจำแนก

แบบสอบถามความรู้ นำไปวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) และค่าความยากง่าย (Difficulty) รายข้อ โดยใช้วิธีของ Kuder Richardson Formula 20 หรือ KR-20 โดยหาค่าความแตกต่างระหว่างสัดส่วนผู้ตอบถูกในกลุ่มคะแนนสูง และผู้ตอบถูกในกลุ่มคะแนนต่ำค่าอำนาจจำแนกมีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป ถือว่ายอมรับได้

4. นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามขั้นสุดท้าย และเสนอประธานกรรมการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ก่อนนำ แบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจาก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เรื่องขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ด้วยตัวเอง โดยเก็บข้อมูลจากญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก หน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการแนะนำตนเอง และนำแบบสอบถามไปชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง และรวบรวมแบบสอบถามทันที เพื่อป้องกันตัวแปรสอดแทรก จากความคิดเห็นของผู้อื่นในการตอบแบบสอบถาม

4. เมื่อผู้ตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนทันทีที่มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ความถูกต้อง และครบถ้วนของคำตอบ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

2. สถิติอ้างอิง (Inferential Statistics)

2.1 สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square test)

2.2 สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ และตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมลงรหัสตัวเลข

2. นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบสมบูรณ์เรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่นำมาใช้การวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

2.1 ข้อมูลทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการรักษาในแผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยนอก หน่วยโรคทาง

ระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า นำ มาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของข้อมูล

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการรักษาในแผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยนอก หน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square)

2.3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในแต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการรักษาในแผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยนอก หน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ค่าสัมประสิทธิ์ หมายถึง ดัชนีที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ชุด เมื่อตัวแปรทั้งสองเป็นตัวแปรต่อเนื่อง หรือเป็นข้อมูลชนิดอัตราส่วน หรืออัตราส่วน ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์นี้จะมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นลบแสดงว่าตัวแปรทั้งสองตัวนั้นมีความสัมพันธ์ในทางกลับกัน คือ ถ้าตัวแปรตัวหนึ่งมีค่าสูง ตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าต่ำ และถ้าตัวแปรตัวหนึ่งมีค่าต่ำ ตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าสูง ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นบวก แสดงว่าตัวแปรทั้งสองตัวนั้นมีความสัมพันธ์ในทางเดียวกันคือ ถ้าตัวแปรตัวหนึ่งมีค่าสูงตัวแปรอีกตัวหนึ่งก็มีแนวโน้มที่จะมีค่าสูงด้วย ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นศูนย์ แสดงว่าตัวแปรทั้งสองตัวนั้นไม่มีความสัมพันธ์กัน (บุญเรียง, 2543)

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การตัดสินระดับของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หลังจากทดสอบแล้วว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ (ประคอง, 2539)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เข้าใกล้ 1 (0.7 ขึ้นไป) ถือว่ามีความสัมพันธ์ระดับมาก

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เข้าใกล้ 0.5 (0.3 -0.7) ถือว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เข้าใกล้ 0 (ต่ำกว่า 0.3) ถือว่ามีความสัมพันธ์ระดับน้อย

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey Research Method) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเอื้อ คือ การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารวมทั้งสิ้นจำนวน 140 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยค่าไคส์แควร์ (χ^2 -test) การวิเคราะห์ระหว่างความสัมพันธ์ปัจจัยนำ (ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) ปัจจัยเอื้อ (การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) และปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) แต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ

ในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีการของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ตามสมมติฐานที่ตั้งทั้ง 4 ข้อ นอกจากนั้นยังมีสถิติขั้นรอง ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับการวิเคราะห์สถิติทั้งหมดนี้ได้กระทำโดยรวมในแต่ละตอน รายด้าน และรายข้อ เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ชัดเจนที่สุด

การเสนอผลการวิเคราะห์ นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 6 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 2 ปัจจัยนำที่ทำการศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 3 ปัจจัยเอื้อที่ทำการศึกษา คือ การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 4 ปัจจัยเสริมที่ทำการศึกษา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 5 ลักษณะพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยนอกหน่วยโรคประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตอนที่ 6 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน เพื่อการตรวจสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยแต่ละตอนมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม

(n = 140)

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	34	24.29
หญิง	106	75.71
2. อายุ		
ต่ำกว่า 36 ปี	21	15.00
36-45 ปี	40	28.57
46-55 ปี	33	23.57
สูงกว่า 55 ปี	46	32.86
$\bar{X} = 49.39$ S.D. = 14.15 Min = 18 Max = 83		
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	32	22.86
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	9.29
มัธยมศึกษาตอนปลาย	26	18.57
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	19	13.57
ปริญญาตรี	47	33.57
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.14
4. สถานภาพ		
โสด	37	26.43
สมรส (คู่)	92	65.71
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	6	4.29
หย่าร้าง/แยก	5	3.57

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 140)

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
5. อาชีพ		
รับจ้าง	46	32.86
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	35	25.00
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	19	13.57
เกษตรกรรม	3	2.14
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	31	22.14
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	4.29
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 9,000 บาท	45	32.14
9,000-12,000 บาท	35	25.00
12,001-15,000 บาท	21	15.00
สูงกว่า 15,000 บาท	39	27.86
$\bar{X} = 15,204$ S.D. = 13,513.175 Min = 0 Max = 100,000		
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี/ภรรยา	43	30.71
บุตร	59	42.14
หลาน	4	2.87
พี่น้อง	8	5.71
ลูกเขย/ลูกสะใภ้	1	0.71
ญาติ	11	7.86
ผู้ดูแลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องทางสายเลือด	14	10.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 40)		
ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ปี)		
ต่ำกว่า 1 ปี	37	26.43
1-3 ปี	52	37.14
4-5 ปี	17	12.14
สูงกว่า 5 ปี	34	24.29
9. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
เคยดูแล	18	12.86
ไม่เคยดูแล	122	87.14

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.71 มีอายุสูงกว่า 55 ปี ร้อยละ 32.86 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 33.57 สถานภาพสมรส (คู่) ร้อยละ 65.71 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.86 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 9000 บาท ร้อยละ 32.14 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร ร้อยละ 42.14 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1-3 ปี ร้อยละ 37.14 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 87.14

ตอนที่ 2 ลักษณะปัจจัยนำที่ทำการศึกษา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

(n = 140)

ระดับความรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ 13.26 – 17.00)	50	35.70
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 10.38 – 13.25)	48	34.30
ระดับน้อย (คะแนนตั้งแต่ 4 – 10.37)	42	30.00

$\bar{X} = 11.81$ S.D. = 2.87 ค่าสุด = 4 สูงสุด = 17

จากตารางที่ 2 พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 35.70 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.30

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(n = 140)

ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับที่ดี (คะแนนตั้งแต่ 60.08-70)	37	26.40
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 54.38-60.07)	57	40.70
ระดับไม่ดี (คะแนนตั้งแต่ 44 – 54.37)	46	32.90

$\bar{X} = 57.22$ S.D. = 5.69 ค่าสุด = 44 สูงสุด = 70

จากตารางที่ 3 พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.70 รองลงมามีทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 32.90

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(n=140)

ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ 52.61-60.00)	44	31.40
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 47.53-52.60)	47	33.60
ระดับน้อย (คะแนนตั้งแต่ 41-47.52)	49	35.00

$\bar{X} = 50.06$ S.D. = 5.07 ค่าสุด = 41 สูงสุด = 60

จากตารางที่ 4 พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 35.00 รองลงมา มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.60

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(n = 140)

ระดับการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ 52.48-63)	38	27.10
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 45.26-52.47)	72	51.40
ระดับน้อย (คะแนนตั้งแต่ 29-45.25)	30	21.40

$\bar{X} = 48.86$ S.D. = 7.22 ค่าสุด = 29 สูงสุด = 63

จากตารางที่ 5 พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 51.40 รองลงมา มีการรับรู้อุปสรรคในระดับมาก ร้อยละ 27.10

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับการรับรู้
ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(n = 140)

ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองใน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ 52.48-63)	38	27.10
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 45.26-52.47)	72	51.40
ระดับน้อย (คะแนนตั้งแต่ 29-45.25)	30	21.40

$\bar{X} = 48.86$ S.D. = 7.22 ค่าสุด = 29 สูงสุด = 63

จากตารางที่ 6 พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 51.40 รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับมากร้อยละ 27.10

ตอนที่ 3 ลักษณะปัจจัยเอื้อที่ทำการศึกษา

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับการสนับสนุน
สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(n = 140)

ระดับปัจจัยเอื้อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ 42.80-54)	45	32.10
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 37.70-42.79)	56	40.00
ระดับน้อย (คะแนนตั้งแต่ 28-37.69)	39	27.90

$\bar{X} = 40.24$ S.D. = 5.09 ค่าสุด = 28 สูงสุด = 54

จากตารางที่ 7 พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีการได้รับการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา มีการได้รับการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในระดับมาก ร้อยละ 32.10

ตอนที่ 4 ลักษณะปัจจัยเสริมที่ทำการศึกษา

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(n = 140)		
ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ 61.24-80)	37	26.40
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 53.50-61.23)	59	42.10
ระดับน้อย (คะแนนตั้งแต่ 35-53.49)	44	31.40
$\bar{X} = 57.36$ S.D. = 7.74 ต่ำสุด = 35 สูงสุด = 80		

จากตารางที่ 8 พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.10 รองลงมา มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย ร้อยละ 31.40

ตอนที่ 5 ลักษณะพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำการศึกษา

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(n = 140)		
ระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนนตั้งแต่ 55.28-66)	47	33.6
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 46.16-55.27)	57	40.70
ระดับไม่ดี (คะแนนตั้งแต่ 25-46.15)	36	25.70
$\bar{X} = 50.71$ S.D. = 9.11 ต่ำสุด = 25 สูงสุด = 66		

จากตารางที่ 9 พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.70 รองลงมา มีพฤติกรรมในระดับดี ร้อยละ 33.6

ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสถิติฐาน

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				(n = 140)	
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	รวม	χ^2	P-value
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
1. เพศ					3.05	0.22
ชาย	12 (8.57)	10 (7.14)	12 (8.57)	34 (24.29)		
หญิง	24 (17.14)	47 (33.57)	35 (25.00)	106 (75.71)		
2. อายุ (ปี)					6.95	0.33
ต่ำกว่า 36 ปี	8 (5.71)	9 (6.43)	4 (2.86)	21 (15.00)		
36-45 ปี	7 (5.00)	20 (14.29)	13 (9.29)	40 (28.57)		
46-55 ปี	11 (7.86)	11 (7.86)	11 (7.86)	33 (23.57)		
สูงกว่า 55 ปี	10 (7.14)	17 (12.14)	19 (13.57)	46 (32.86)		

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				χ^2	P-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	รวม		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
3. ระดับการศึกษา					16.47	0.09
ประถมศึกษา	5 (3.57)	18 (12.86)	9 (6.43)	32 (22.86)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	5 (3.57)	5 (3.57)	3 (2.14)	13 (9.29)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4 (2.86)	13 (9.29)	9 (6.43)	26 (18.57)		
ปวช./ปวส./ อนุปริญญา	8 (5.71)	6 (4.29)	5 (3.57)	19 (13.57)		
ปริญญาตรี	14 (10.00)	15 (10.71)	18 (12.86)	47 (33.57)		
สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (2.14)	3 (2.14)		
4. สถานภาพ					4.88	0.56
โสด	10 (7.14)	15 (10.71)	12 (8.57)	37 (26.43)		
สมรส	23 (16.43)	37 (26.43)	32 (22.86)	92 (65.71)		
หม้าย	2 (1.43)	4 (2.86)	0 (0.00)	6 (4.29)		
หย่าร้าง/แยก	1 (0.71)	1 (0.71)	3 (2.14)	5 (3.57)		

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง				(n = 140)	
					χ^2	P- value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	รวม		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
5. อาชีพ					12.35	0.26
รับจ้าง	12 (8.57)	21 (15.00)	13 (9.29)	46 (32.86)		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	8 (5.71)	15 (10.71)	12 (8.57)	35 (25.00)		
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	6 (4.29)	7 (5.00)	6 (4.29)	19 (13.57)		
เกษตรกร	2 (1.43)	1 (0.71)	0 (0.00)	3 (2.14)		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	5 (3.57)	10 (7.14)	16 (11.43)	31 (22.14)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3 (2.14)	3 (2.14)	0 (0.00)	6 (4.29)		
6. รายได้เฉลี่ย/เดือน(บาท)					40.77***	0.00
ต่ำกว่า 9,000 บาท	7 (5.00)	25 (17.86)	13 (9.29)	45 (32.14)		
9,000-12,000 บาท	18 (12.86)	13 (9.29)	4 (2.86)	35 (25.00)		
12,001-15,000 บาท	10 (7.14)	4 (2.86)	7 (5.00)	21 (15.00)		
สูงกว่า 15,000 บาท	1 (0.71)	15 (10.71)	23 (16.43)	39 (27.86)		

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				χ^2	P-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	รวม		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					39.03***	0.00
สามี/ภรรยา	6 (4.29)	15 (10.71)	22 (15.71)	43 (30.71)		
บุตร	15 (10.71)	28 (20.00)	16 (11.43)	59 (42.14)		
หลาน	3 (2.14)	0 (0.00)	1 (0.71)	4 (2.86)		
พี่/น้อง	1 (0.71)	6 (4.29)	1 (0.71)	8 (5.71)		
ลูกเขย/ลูกสะใภ้	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.71)	1 (0.71)		
ญาติ	9 (6.43)	2 (1.43)	0 (0.00)	11 (7.86)		
ผู้ดูแลที่ไม่ได้เกี่ยวข้อง	2 (1.43)	6 (4.29)	6 (4.29)	14 (10.01)		
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย(ปี)					12.90*	0.04
ต่ำกว่า 1 ปี	11 (7.86)	11 (7.86)	15 (10.71)	37 (26.43)		
1-3 ปี	16 (11.43)	23 (16.43)	13 (9.29)	52 (37.14)		
4-5 ปี	5 (3.57)	10 (7.14)	2 (1.43)	17 (12.14)		
สูงกว่า 5 ปี	4 (2.86)	13 (9.29)	17 (12.14)	34 (24.29)		

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				χ^2	P-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	รวม		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
9. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย					1.40	0.50
เคยดูแล	3	7	8	18		
	(2.14)	(5.00)	(5.71)	(12.86)		
ไม่เคยดูแล	33	50	39	122		
	(23.57)	(35.71)	(27.86)	(87.14)		

*p < 0.05 ***p < 0.001

จากตารางที่ 10 พบว่า ตัวแปร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วน ตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ยอมรับสมมติฐานที่ 1 เพียงบางส่วน

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยนำ	(n=140)	
	พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	.200*	.002
2. ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	.371***	.000
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	.276***	.000
4. การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	.609***	.000
5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	.609***	.000

*p < 0.05 ***p < 0.001

จากตารางที่ 11 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2

ตารางที่ 12 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(n = 140)		
ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	.453***	.000

***p < 0.001

จากตารางที่ 12 พบว่า การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 3

ตารางที่ 13 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(n = 140)		
ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	.621***	.000

***p < 0.001

จากตารางที่ 13 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 4

ข้อวิจารณ์

จากการศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีประเด็นสำคัญที่ได้ค้นพบและนำมาเป็นข้อวิจารณ์ตามสมมติฐานโดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

ปัจจัยทางชีวสังคม

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาลักษณะทางชีวสังคมหรือลักษณะส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.71 อายุ 55 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 32.86 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 33.57 อยู่ในสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 65.71 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็น ร้อยละ 32.86 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 9000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.14 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น บุตร คิดเป็นร้อยละ 42.14 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.14 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 87.14

ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ ญาติที่ดูแลผู้ป่วยไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชายจะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะเพศ หญิงและเพศชายสามารถที่จะมีการเรียนรู้ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งรัตน์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัว ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่บริการโรงพยาบาล

หลวงพ่เป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สุพิชญา (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน สอดคล้องกับ พัทรี (2549) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และไม่สอดคล้องกับ รวิภา (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านปิ่นเจริญ 2 เขตตอนเมืองกรุงเทพมหานครพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง และมีพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพในระดับคิดเป็นร้อยละ 58.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกล่าวคือ แม้ว่าผู้ดูแลจะมีอายุที่แตกต่างกันแต่ก็มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะทุกระดับอายุมีโอกาสและความสามารถในการเรียนรู้เพื่อที่จะทำการดูแลผู้ป่วยได้อย่างไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งรัตน์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัว ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่บริการโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิจารณ์ (2546) ศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ พัทรี (2549) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับ ลัดดาวัลย์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ระดับ $p < 0.001$

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานทำให้เกิดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองรวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลที่ไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งรัตน์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัว ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่บริการโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว และวัดภา (2545) ศึกษาอิทธิพลของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความสามารถในการทำนายนการดูแล และปัจจัย ด้านญาติผู้ดูแลต่อความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลในระดับต่ำ ($r = .273, P < .05$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดจากการดูแลเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.2 สอดคล้องกับ วิภารัตน์ (2546) ศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับกาญจนา (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาสามารถอธิบายความผันแปรของการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ได้ร้อยละ 61 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ไม่สอดคล้องกับ Pender (1987) พบว่า การศึกษามีผลต่อการพัฒนา ความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติ โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำโดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ หรือเื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย

สถานภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกล่าวคือญาติผู้ดูแลที่มีสถานภาพที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่แตกต่างกัน อาจเพราะการได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจะมีผลทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่าไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพใดก็ตาม สอดคล้องกับ วิภา (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สุภาพรณ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้านของผู้มารับบริการ

อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่มีอาชีพแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะว่าการได้รับทักษะความรู้ความเข้าใจในการดูแลรวมถึงประสบการณ์ของญาติจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยมากกว่าโดยไม่เกี่ยวข้องกับอาชีพและ ทุกอาชีพมีโอกาสที่จะได้รับความรู้ในการดูแลที่ไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งรัตน์ (2545) พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ สุภาพรณี (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัว ผลจากการศึกษาพบว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกันแต่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัวไม่แตกต่างกันเพราะว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นทักษะเฉพาะของบุคคลหนึ่ง ๆ หรือครอบครัวหนึ่ง ๆ ที่ตัดสินใจกระทำ สิ่งต่างๆ เพื่อให้ตนเองและครอบครัวมีสุขภาพดี ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ (2545) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแล้วพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จากกลุ่มตัวอย่างพบว่าญาติผู้ดูแลที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 9,000 บาท ร้อยละ 32.14 มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 17.86 อาจเป็นเพราะผู้ที่มียาได้มีส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างหรือเป็นแม่บ้านทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่มากกว่าผู้ที่ทำงานประจำอันทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงานจึงไม่สามารถให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มความสามารถเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของรายได้กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยพบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เนื่องจากผู้ดูแลที่มีรายได้ดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยเนื่องจากครอบครัวที่มีรายได้น้อยมักต้องทำงานเพื่อหาเงินใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ความสนใจความต้องการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง รวมถึงการดูแลตนเอง ก็น้อยลงด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า สภาพทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูง จะมีรายได้สูง ซึ่งเอื้อประโยชน์ให้บุคคลสามารถดูแลให้ตนได้รับอาหารเพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ (2545) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งรัตน์ (2545) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ จึงสรุปได้ว่ารายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความต้องการช่วยเหลือด้านการเงิน รายได้ของครอบครัว จึงเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการดำรงไว้ซึ่งครอบครัวที่สมดุลการมีปัญหาการเงินอาจก่อให้เกิดการแตกแยกและการทอดทิ้งผู้ป่วยตามมาได้

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผลจากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 42.14 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะของบุตร รองลงมาร้อยละ 30.71 เป็นสามี/ภรรยา มีพฤติกรรมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 20 และ 10.71 ตามลำดับและเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เนื่องมาจากลักษณะความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดของบุคคลในครอบครัวจะส่งผลให้บุคคลมีความรัก ความเข้าใจ ตลอดจนมีความรับผิดชอบและร่วมกันแก้ไข ปัญหาต่างๆ ได้ดี (ลัดดาวัลย์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 45.25 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะของ ภรรยาซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสุภาพรณ (2546) ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้านของผู้มารับบริการ กล่าวคือ ผู้มารับบริการที่มาจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวดีมีแนวโน้มว่า จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของตนเองและครอบครัวดีด้วยไม่สอดคล้องกับ รวิภา (2546) พบว่าความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะอายุของครอบครัวใกล้เคียงกับผู้สูงอายุนั่นเอง

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผลจากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 37.14 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วงเวลา 1-3 ปีและมีพฤติกรรมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.43 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าระยะเวลาในการดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานจะมีพฤติกรรมในการดูแลที่ดีกว่าผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อย ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้เกิดประสบการณ์ในการดูแลตามมาอันจะสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับ โอเรม (Orem, 1985) กล่าวถึงระยะเวลาในการดูแลไว้ว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแล ในระยะเวลานานขึ้น จะมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแล การปรับตัวและ ความช่วยเหลือต่างๆ เป็นอย่างมากในระยะแรกที่เริ่มดูแล รวมทั้งความหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์

มากขึ้นในการดูแล ได้เคยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นความต้องการในสิ่งที่เคยต้องทราบก็ไม่จำเป็นอีกต่อไป หรือต้องการน้อยลง ผู้ดูแลอาจรู้สึกมีความหวังน้อยลง ถ้าพบว่าสภาพอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ประกอบกับถ้าต้องดูแลด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภา (2545) ศึกษาระยะเวลาในการดูแล เหตุการณ์ชีวิตครอบครัว ความเข้มแข็งของครอบครัวและความผาสุก ของสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็ง ความผาสุกของครอบครัว และเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงของชีวิตครอบครัว และธัญญาภรณ์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรีพบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยกล่าวคือ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจะมีผลต่อปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลและอาจส่งผลต่อการดำเนินบทบาทอื่นๆในครอบครัวได้โดยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย และเกิดความเครียด ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อความผาสุกของผู้ดูแลได้

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแสดงว่าผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนจะมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อนเลยอาจกล่าวได้ว่าการได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและความเอาใจใส่จะมีผลต่อการดูแลมากกว่าการมีประสบการณ์ในการดูแล ซึ่งขัดแย้งกับOrem (1985) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแล ในระยะเวลานานขึ้น จะมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแล การปรับตัวและ ความช่วยเหลือต่างๆ เป็นอย่างมากในระยะแรกๆ เริ่มดูแล รวมทั้งความหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์มากขึ้นในการดูแล ได้เคยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นความต้องการในสิ่งที่เคยต้องทราบก็ไม่จำเป็นอีกต่อไป หรือต้องการน้อยลง ผู้ดูแลอาจรู้สึกมีความหวังน้อยลง ถ้าพบว่าสภาพอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ประกอบกับถ้าต้องดูแลด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน

ปัจจัยนำ

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองใน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 35.70 และ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย ($r = .200$) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้มากจะมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองได้เป็นอย่างดีกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ต่ำทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวโดยการปฏิบัติในเชิงรุกมากขึ้นจากการให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อที่จะสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองและครอบครัวให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับ Bloom (1975) กล่าวว่า ใ้ว่าการที่บุคคลมีความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยที่ดีและถูกต้อง ย่อมมีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมหรือสามารถนำไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเช่นเดียวกับ Green *et al.* (1980) ได้กล่าวถึง ความรู้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมแต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่ก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วยและ Green and Kreuter (1991) กล่าวถึงความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมว่า ความรู้บางอย่างที่จะสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ จะต้องเป็นความรู้ที่เข้มพอดีจึงจะเกิดแรงจูงใจให้แสดงหรือกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้เช่นเดียวกับการศึกษาของจอม (2540) ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถโดยรวมของญาติมีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้วยตนเองและการเรียนรู้จากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับ จินนะรัตน์ (2540) ศึกษาผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสอนและการฝึกทักษะตามแบบแผนที่กำหนดมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น พวงทอง (2546) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การสร้างพลังตามแนวคิดของ กิบสัน มีผลทำให้ความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ (2545) ที่พบว่า ความรู้เรื่องโรค

หลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และสุพร(2549)พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.70 และพบว่าทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = .371$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติที่ไม่ดีทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องมีการยอมรับถึงสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ ถ้าผู้ดูแลไม่เกิดความเข้าใจหรือยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นก็อาจจะส่งผลต่อทัศนคติที่มีทำให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยตามมาได้ Green and Kreuter (1991) กล่าวว่าทัศนคติ เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของสุรรัตน์ (2541) ศึกษาความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณในเรื่องความต้องการให้ผู้ป่วยรู้ว่าญาติรักและเอาใจใส่อย่างเต็มความสามารถ กับระดับความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเอง มีความสัมพันธ์กับความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รุ่งรัตน์ (2545) พบว่า เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ลัดดาวัลย์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพรณ (2546) พบว่า เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้มารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ไม่สอดคล้องกับสุพร (2549) พบว่าเจตคติต่อการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อยและระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.00 และ 33.6 ตามลำดับและพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย ($r = .276$) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติจะมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลของญาติผู้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมซึ่งจากผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยและปานกลางที่ใกล้เคียงกันอาจเป็นเพราะว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษา และอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติทำให้ต้องเป็นภาระหน้าที่รับผิดชอบของญาติที่ต้องดูแลจึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ หรือเหนื่อยหน่ายจึงส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลได้ Becker(1974) ได้กล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันโรคจะไม่แสดงออกจนกว่าจะมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายสามารถทำลายชีวิตหรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและมีผล กระทบต่อครอบครัว สังคม ซึ่งจะช่วยให้มีการตัดสินใจทำให้มีพฤติกรรมที่ดีเกิดขึ้นและ (Green and Kreuter, 1991) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ แล้วความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้ที่เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของอารมย์ (2540) พบว่า หลังได้รับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัวและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนเตรียมความพร้อม และเมื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัวและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าหลังเตรียมความพร้อม และ ปิยรัตน์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลมีอิทธิพลโดยตรงต่อภาระดูแล อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 คະนองนิช (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ช่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพาไปพบแพทย์ อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลที่ได้รับจากการดูแล และความพร้อมในการดูแลในระดับสูง ความวิตกกังวลและความเครียดในบทบาทระดับต่ำและลัดดาวัลย์ (2545) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สุพร (2549) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 51.40 และพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = .609$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมในการดูแลที่ดีกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในการดูแลน้อย เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคจะทำให้เกิดการเรียนรู้และความเข้าใจอันนำไปสู่พฤติกรรมในการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ อารมณ (2540) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้าน ต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้ปัญหาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับ วิภารัตน์ (2545) ศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า การขาดแหล่งประโยชน์ และความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ วัลภา (2545) ศึกษาอิทธิพลของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความสามารถในการทำนุบำรุงการดูแล และปัจจัย ด้านญาติผู้ดูแลต่อความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า การดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลในระดับปานกลาง ผลการวิจัย เสนอแนะว่า พยาบาลควรส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจถึงสภาพ ความบกพร่องของผู้ป่วยเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและพัฒนาความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับ Phillips, et al. (1995) ศึกษาถึงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา พบว่าความเครียดการรับรู้ความแตกต่างระหว่างภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบันร่วมกันทำนายภาระการดูแลได้ ร้อยละ 32 ขณะเดียวกันภาระการดูแล การรับรู้ความแตกต่างระหว่างภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน การติดตามและประเมินผลการดูแลของผู้ดูแลร่วมกันทำนายคุณภาพการดูแลได้ถึงร้อยละ 36 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ความเครียดเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงภาระการดูแลขณะเดียวกันภาระการดูแลที่สูงจะบ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลที่ต่ำด้วย

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 51.4 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = .609$) กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยดีจะมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ดี กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยในระดับน้อยจะมีพฤติกรรมในการดูแลที่ไม่ดี เนื่องจาก การรับรู้ เป็นการที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ แล้วนำความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระทบต่องานสุขภาพของบุคคล (Green and Kreuter, 1991) และ Bandura (1977) ได้ศึกษาถึงความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยความสามารถตนเอง และได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถตนเอง ดังนั้น ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) มีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ ก็ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงและเมื่อทำแล้วจะได้ ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตาม สอดคล้องกับ จอม (2540) ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถโดยรวมของญาติมีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้วยตนเองและการเรียนรู้จากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบโดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ แรงจูงใจในการสังเกตและใช้เหตุผลคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย สุดศิริ (2541) ศึกษา การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การส่งเสริมความสามารถการดูแลประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล พัฒนาความสามารถการดูแลและจัดการตัวเอง พัฒนาความสามารถการดูแลด้วยตนเองและ ปรับบทบาท และพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืนและปรับวิถีชีวิต กลยุทธ์การส่งเสริมความสามารถการดูแลประกอบด้วย สร้างความไว้วางใจและเชื่อถือ สะท้อนคิดพิจารณา การมีส่วนร่วม หากกลุ่มช่วยเหลือ สร้างพลังความสามารถในการดูแล ผสมผสานความเชื่อ การ ดูแล สนับสนุนและ ชมเชยในวิธีการดูแลของผู้ดูแล Nydevik and Eller (1994) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลแสดงความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวันเนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย จูริรัตน์ (2545) ศึกษาอิทธิพลของความพร้อมในการดูแล รางวัลที่ได้รับจากการดูแล และปัจจัยด้าน ผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาท ($r = -.361, p < .001$) สอดคล้องกับ ปิยรัตน์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.266, p < .006$) และ พวงทอง (2546) ศึกษา

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าการสร้างพลังตามแนวคิดของกิบสัน มีผลทำให้ความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ปัจจัยเอื้อ

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีและเข้าถึงสถานบริการ/แหล่งบริการสาธารณสุข และประสบการณ์และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีและเข้าถึงสถานบริการ/แหล่งบริการสาธารณสุข และประสบการณ์และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ได้รับปัจจัยเอื้อในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 40.00และพบว่าปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง($r = .453$) แสดงว่าการได้รับปัจจัยเอื้อของญาติผู้ดูแล ซึ่งได้แก่การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีและเข้าถึงสถานบริการ/แหล่งบริการสาธารณสุข ประสบการณ์และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผลต่อพฤติกรรมที่ดีของญาติในการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับ PRECEDE Frameworkกล่าวว่า ปัจจัยเอื้อจะเป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ และ (Green and Kreuter, 1991) กล่าวว่าปัจจัยเอื้อจะเป็นสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายขึ้น หรือขัดขวางพฤติกรรมนั้น โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภารัตน์ (2545) ศึกษาแหล่งประโยชน์การศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างขาด แหล่งประโยชน์ค่อนข้างน้อยมีความเครียด จากการดูแลในระดับต่ำและภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง และพบว่าการขาดแหล่งประโยชน์ และความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับ สุภาพรณ (2546) พบว่าการเข้าถึงแหล่งบริการ

สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้มารับบริการ แสดงให้เห็นว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และครอบครัวของผู้มารับบริการแต่ไม่สอดคล้องกับ ลัดดาวัลย์ (2545) พบว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วย และพัชร (2549) พบว่าการมีและเข้าถึงสถานบริการ/แหล่งบริการสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยเสริม

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อน บุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมนั้น ๆ ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อน บุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลางร้อยละ 42.10 และพบว่าปัจจัยเสริมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = .621$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำแนะนำสนับสนุนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากจะมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ดี

PRECEDE Framework กล่าวถึง ปัจจัยเสริม เป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งทีบุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษการไม่ยอมรับการกระทำ นั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้สอดคล้องกับ การศึกษา ของ วิณา (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการ

สนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว สูงกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รัชญาภรณ์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความสอดคล้องในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคมโดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับสุพร (2549) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุน แนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนและการมีนโยบาย ของกรมราชทัณฑ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่สอดคล้องกับจूरรัตน์ (2545) พบว่า รางวัลที่ได้รับจากการ ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาท ($r = -.312, p < .01$) และปิยรัตน์ (2545) พบว่า การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลที่ระดับ นัยสำคัญ .05

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey Research Method) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำรูปแบบจำลอง PRECEDE Framework แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มาประยุกต์ในการศึกษาวิจัย ซึ่งการพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว จะทำให้ได้ข้อสรุปของการศึกษาวิจัย อันจะนำไปสู่การสร้างเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นแบบอย่างให้กับประชาชน ตลอดจนนำผลการศึกษาและข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ญาติ บุคคลในครอบครัวและชุมชนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการศึกษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา(OPD NEURO MED) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 140 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบ สอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ส่วนของแบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนของข้อมูลทางด้านปัจจัยชีวสังคม ส่วนของข้อมูลทางด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนของข้อมูลทางด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีและเข้าถึงสถานบริการ/แหล่งบริการสาธารณสุข ประสิทธิภาพ และ

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และส่วนของข้อมูลทางด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับความแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่างๆ

โดยเครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน (รายชื่อในผนวก ก) และทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยวิธี Kuder Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.732 ส่วนแบบสอบถามด้านอื่นทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีของ Cronbach ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.791 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.805 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.838 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.960 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.790 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.858 และแบบสอบถามพฤติกรรม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.926 โดยแบบสอบถามรวมทั้งฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.961 เริ่มดำเนินการตั้งแต่ เดือน พฤศจิกายน 2551 ถึง เดือน มกราคม 2552

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ได้ข้อสรุปผลการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งสรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และพึงประสงค์ต้องประกอบด้วยหลายปัจจัย

(Multiple factor) ซึ่งปัจจัยแต่ละอย่างจะมีลักษณะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ตามรูปแบบจำลอง PRECEDE model ที่ได้กล่าวว่าการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

สรุปผลตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย เพื่อศึกษาประเด็น ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากการศึกษาในภาพรวม พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง ร้อยละ 40.70 รองลงมา มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 33.6 และร้อยละ 25.70 มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับที่ไม่ดี

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดังนี้

2.1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.71 มีอายุสูงกว่า 55 ปี ร้อยละ 32.86 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 33.57 สถานภาพสมรส (คู่) ร้อยละ 65.71 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.86 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 9000 บาท ร้อยละ 32.14 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร ร้อยละ 42.14 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1-3 ปี ร้อยละ 37.14 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 87.14

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติ ไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ตัวแปร รายได้ เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วน ตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 นั้นยอมรับสมมติฐานได้ เพียงบางส่วน

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

3.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะต่อการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 35.70 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.30 และ มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย คิดเป็น ร้อยละ 30 ทักษะต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มี ทักษะต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.70 รองลงมา มีทักษะดีอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 32.90 และมีทักษะต่อการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ดี คิดเป็น ร้อยละ 26.40

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 35.00 รองลงมา มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.60 และ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 31.40

การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 51.40 รองลงมา มีการรับรู้อุปสรรคในระดับมาก ร้อยละ 27.10 และ มีการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 21.40

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 51.40 รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับมาก ร้อยละ 27.10 และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 21.40

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่าปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ในแผนกอายุรกรรมนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2 นั้นยอมรับสมมติฐานทั้งหมด

3.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการมีและเข้าถึงสถานบริการ/แหล่งบริการสาธารณสุข

ผลการวิจัย พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีการได้รับการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา มีการได้รับการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในระดับมาก ร้อยละ 32.10 และมีการได้รับการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 27.90

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ในแผนกอายุรกรรมนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3 นั้นยอมรับสมมติฐานทั้งหมด

3.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อน บุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ

ผลการวิจัย พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.10 รองลงมา มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย ร้อยละ 31.40 และ มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 26.40

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจาก

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่างๆมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.001

สรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 4 นั้นยอมรับสมมติฐาน ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยทำให้ทราบถึงพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับ บริการในแผนกอายุรกรรมนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยจึงขอให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง และมีความรู้อยู่ในระดับสูง โดยที่ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการ ดูแลสุขภาพ จึงควรดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอยู่ใน ระดับที่สูงขึ้น โดยจัดให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้ามามีบทบาทหรือมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการกำหนด นโยบาย ร่วมกันหาแนวทางที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเองซึ่งจะทำให้ ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทางที่ดีอย่างยั่งยืนได้

2. จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ด้านความรู้ เจตคติ การรับรู้ประโยชน์ ปัจจัยเอื้อด้านการ ได้รับและเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ รวมถึงปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมในการดูแลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ทราบว่าปัจจัยในการส่งเสริม และสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพนั้นมาจากองค์ประกอบหลายด้านดังนั้น ทีมสหสาขาวิชาชีพทาง สุขภาพจะต้องเป็นผู้นำในการ คิด พิจารณา เพื่อจัดหาแนวทางให้ผู้รับบริการทางสุขภาพได้รับหรือ ตอบสนองตามความต้องการอย่างครบถ้วนอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมที่จะสามารถ

ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น และเป็นรูปแบบสำหรับพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในระดับปฏิบัติการ

1. เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญเป็นลำดับที่4 ในปัจจุบัน และมีแนวโน้มว่าจะมีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคนี้มากขึ้น โดยพบว่า สาเหตุหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญนั้นมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมและป้องกันการเกิดโรคได้ จึงควรมีการดำเนินการอย่างจริงจังในการป้องกันและควบคุมการเกิดโรค โดยให้ประชาชนตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญของผลกระทบที่ได้รับจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานวางแผนจัดกิจกรรมสุขภาพ ให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเอง พร้อมวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค การจัดนิทรรศการ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างต่อเนื่อง และจัดหาแหล่งบริการสุขภาพให้ประชาชนได้รับอย่างทั่วถึงโดยที่เน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะ (โดยเน้นการป้องกันPrimary Prevention)เป็นสำคัญเพราะเป็นขั้นตอนแรกที่จะสามารถป้องกันและยับยั้งการเกิดโรคที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพได้)

2. จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีระยะเวลา ในการดูแลที่ยาวนานอย่างต่อเนื่องจนกว่าอาการจะกลับมาปกติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและพฤติกรรมในการดูแลของญาติร่วมด้วย จึงควรมีการจัดฝึกอบรมให้ความรู้ พร้อมคำแนะนำในการปฏิบัติโดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อที่จะได้ประเมินความต้องการในการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย ให้กับญาติได้มีทักษะในการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ลดปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล และมีการติดตามผล โดยการเยี่ยมบ้าน เป็นระยะ คอยให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีแรงจูงใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม สามารถช่วยลดระยะเวลาในการดูแลรักษาให้น้อยลงรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่อาจตามมาได้

3. จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในฐานะของ สามิ/ภรรยา บุตร หลาน ญาติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากบุคคลภายในครอบครัวมักมีความสัมพันธ์ที่ดี อันได้แก่ ความรัก ปราบณาคี ความห่วงใยที่มีต่อกันจึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมควรได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง จึงควรมีการส่งเสริมความสัมพันธ์ของครอบครัวให้เข้าใจตรงกันว่าการดูแลไม่ใช่ภาระหน้าที่ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งแต่เป็นหน้าที่ของทุกคนในครอบครัวที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นจนหายหรือทุเลาจากอาการที่เป็นอยู่ได้ โดยการสนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้เร็วที่สุดเนื่องจากการมีส่วนร่วมจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ และมีความพร้อมที่จะหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับส่งเสริมให้รู้จัก เข้าใจ เห็นประโยชน์ พร้อมทั้งจะปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นแบบแผนในการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

4. จากผลการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่งไม่สามารถที่จะกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่ อาจทำให้ขาดรายได้ที่จะนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน รวมถึงรายจ่ายที่ใช้ในการดูแลรักษาโรคที่ค่อนข้างสูง หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือโดยการจัดหาแหล่งเงินทุนสนับสนุน ช่วยเหลือ ด้านค่ารักษาพยาบาล หรือมีการจัดหาอุปกรณ์ไว้ใช้ ในการดูแลที่จำเป็นเพื่อช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระของญาติที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย

5. จากผลการศึกษาวิจัยพบว่าปัจจัยนำ ด้านความรู้ เจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วย จึงควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาเจตคติที่ดีเนื่องจากผลของการเรียนรู้และการมีเจตคติที่ดีจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมาได้โดยการจัดโปรแกรมการสอนให้ความรู้ เน้นการปรับเปลี่ยนความรู้ เจตคติ การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องโดยคำนึงถึงระดับความสามารถในการเรียนรู้ ความพร้อม แรงจูงใจและความต้องการของการดูแลผู้ป่วยในแต่ละราย พร้อมทั้งให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย มีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ฝึกให้ปฏิบัติจนเกิดทักษะ ในด้านต่างๆ ที่จำเป็น สำหรับการดูแลเช่น การรับประทานอาหาร และ ยา การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยบุคลากรทางสุขภาพ คอยดูแลให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ให้กำลังใจกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างถูกต้อง

ปัจจัยเอื้อ ด้านการได้รับและเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพรวมถึง การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วย จึงควรให้การสนับสนุนในด้านต่างๆที่มีความจำเป็นสำหรับ

การดูแล โดยแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้รับทราบเกี่ยวกับความสะดวกของการบริการ พร้อมทั้งมีการจัดหาอุปกรณ์ในการดูแล ผู้ป่วย ขยายแหล่งบริการสาธารณสุขตามชุมชนต่างๆ ให้ผู้มารับบริการได้รับอย่างทั่วถึง มีการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการตรวจสุขภาพพร้อมคำแนะนำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้น และมีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม ประเมินผล และให้ความช่วยเหลือเป็นระยะ

ปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยนั้นคือการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลมากขึ้นจะทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ดีได้ โดยการทำให้มีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยของญาติฝึกทักษะการเรียนรู้จากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ด้วยโรคเดียวกัน (Self help group) เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงของญาติผู้ดูแลทำให้ได้รับคำแนะนำ มีการให้กำลังใจ ติดตามและคอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยมีผู้เชี่ยวชาญในทีมสุขภาพ คอยดูแลให้ความรู้พร้อมคำแนะนำเสริมในบางส่วนตามที่ญาติผู้ดูแลต้องการ ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ในการดูแลโดยตรงส่งเสริมแรงจูงใจที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ควรมีการศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับญาติที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. เปรียบเทียบระยะฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีญาติดูแลเอาใจใส่กับญาติที่ดูแลตามหน้าที่
4. ควรทำการติดตามศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงความก้าวหน้ารวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลซึ่งสามารถให้ความช่วยเหลือได้ในทันทีอย่างถูกต้องตรงตามความต้องการ

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กรมแพทยที่ทหารบก. 2548. รายงานสถิติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พศ 2548. กรุงเทพฯ.

กรณีกา คงหอม. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กระทรวงสาธารณสุข. 2549. โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, นนทบุรี.

กฤษณา พิวเวช. 2550. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, น. 17-32. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม วันที่ 12-14 ธันวาคม พ.ศ.2550. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

กิ่งแก้ว ปาจริย์. 2547. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. แอล.ที.เพรส จำกัด, กรุงเทพฯ.

คะนองนิช ไชยวุฒิ. 2546. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จอม สุวรรณโณ. 2540. ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ. 2540. ผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จินตนา รอดนำพา. 2535. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จूरรัตน์ กอผจญ. 2545. การศึกษาอิทธิพลของความพร้อมในการดูแล รางวัลที่ได้รับจากการดูแล และปัจจัยด้าน ผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธัญญาภรณ์ คาวนพเก้า. 2547. ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นภาพรณ แก้วกรรณ. 2533. ผลการงูใจญาติต่อพฤติกรรมกาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภา นิยมไทย. 2545. ระยะเวลาในการดูแล เหตุการณ์ชีวิตครอบครั ความเข้มแข็งของครอบครัว และความผาสุก ของสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง . วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิจศรี ชาญณรงค์. 2550. โรคหลอดเลือดสมอง, น.1-16. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม วันที่ 12-14 ธันวาคม พ.ศ.2550. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- นุกุล ตะบูนพงศ์, ชอลดา พันธุเสนา และ นิตยา ตากวิริยะนันท์. 2537. ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 3(7): 9-12.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. 2543. การวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ประคอง กรรณสูตร. 2539. สถิติเพื่อการวิจัยคำนวณโปรแกรมสำเร็จรูป. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ปิยรัตน์ ดวงสิน. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยะภัทร เดชพระธรรม. 2548. โรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร, น. 6-11. ใน อาริรัตน์ สุพุทธิธาดา, บรรณาธิการ. การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. อัลตรา พรีนติ้ง จำกัด, กรุงเทพฯ.

พวงทอง เพชรโตน. 2546. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างพลังต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัชรวิมล คุปต์นิริติชัยกุล. 2548. ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน, น. 12-14. ใน อาริรัตน์ สุพุทธิธาดา, บรรณาธิการ. การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. อัลตรา พรีนติ้ง จำกัด, กรุงเทพฯ.

พัชรวิ ลัคกะวิศุต. 2549. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ฟาริดา อิบราฮิม. 2542. ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทชนาเพรส แอนด์กราฟฟิค, กรุงเทพฯ.

ภัทรา วัฒนพันธุ์. 2548. การฟื้นฟูด้านภาษาและการพูด, น. 42-47. ใน อาริรัตน์ สุพุทธิธาดา, บรรณาธิการ. การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. อัลตรา พรีนติ้ง จำกัด, กรุงเทพฯ.

ยุวดี ฤาชา. 2531. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทวิคตอรีเพาเวอร์พอยท์, กรุงเทพฯ.

- รวิภา บุราณเศรษฐ. 2546. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านปิ่นเจริญ 2 เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
โท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- รัศมี ลิทธิพันธ์. 2548. ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- รุ่งรัตน์ ปิยธโร. 2545. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ในพื้นที่บริการโรงพยาบาลหลวงพ่อบุเป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ลัดดาวัลย์ อ้นเมฆ. 2545. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล. 2548. ปวด, น. 33-37. ใน อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา, บรรณาธิการ.
การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. อัลตรา พรีนติ้ง จำกัด, กรุงเทพฯ.
- วิภารัตน์ นาวรัตน์. 2545. การศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการ
ดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิษณุ กัมมรทิพย์. 2548. ปัญหาที่พบบ่อย, น. 19-26. ใน อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา, บรรณาธิการ.
การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. อัลตรา พรีนติ้ง จำกัด, กรุงเทพฯ.
- วีณา ลิ้มสกุล. 2545. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วัลภา ส่วงวัฒนาบุท. 2545. การศึกษาอิทธิพลของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความสามารถในการ
 ทำนายการดูแล และปัจจัย ด้านญาติผู้ดูแลต่อความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
 โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์. 2548. ความบกพร่องด้านการรับรู้และการฟื้นฟู, น. 38-41. ใน อาริรัตน์
 สุพุทธิธาดา, บรรณาธิการ. การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. อัสตรา พรินติ้ง
 จำกัด, กรุงเทพฯ.
- ศศิมา ศรีท้าววงศ์. 2544. กรณีเลือกสรรการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ เล่ม2. พิมพ์ครั้งที่ 13.
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่2.
 วีเจ พรินติ้ง, กรุงเทพฯ.
- _____. 2546. การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 4. วีเจ พรินติ้ง, กรุงเทพฯ.
- สุดศิริ หิรัญขุนหะ. 2541. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพร หุตากร. 2549. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขัง
 ทณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุพิชญา ทองแท้. 2546. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพ
 แก่ประชาชนของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุภาพรณ เกื้อสุวรรณ. 2546. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและ
 ครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 โท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- สุรเกียรติ์ อาชาณุภาพ. 2544. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, กรุงเทพฯ .
- สุรเกียรติ์ อาชาณุภาพ. 2551. บอกเล่าเก้าสิบ. หมอชาวบ้าน. 29(345): 2.
- สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. 2541. ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวภัทร บันลายนาก, คอบตำรวจหญิง. 2547. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลโคกกระเทียม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุวิมล ศิริกานันท์. 2546. การใช้สถิติในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ : แนวทางสู่การปฏิบัติ. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อรพรรณ ทองแดง. 2544. Depression in Stroke. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บณ.), โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. เรือนแก้วการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- อรจักร โตษานนท์. 2544. Stroke rehabilitation ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บณ.), โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. เรือนแก้วการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- อารมณ บุญเกิด. 2540. ประสิทธิภาพของการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารักขา ใจธรรม. 2545. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา. 2548. ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง, น. 27-32. ใน อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา, บรรณาธิการ. การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. อัลตรา พรีนติ้ง จำกัด, กรุงเทพฯ.

เอื้องพร เฝ้าเจริญ. 2550. โรคหลอดเลือดสมองการพยาบาตและการดูแล, น. 35-36. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม วันที่ 12-14 ธันวาคม พ.ศ.2550. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

อุบลรัตน์ จินดาวิชย์. 2545. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสวให้ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อัคคเดช เอี่ยมละออง. 2546. การสร้างความสนใจ. วิชาการศึกษา(จิตวิทยา). แหล่งที่มา: <http://nfepirasat.tripod.com/about/psy.html>, 4 ธันวาคม 2551.

Adams R., and M. Victor. 1977. **Principle of Neurology**, Little, Brown and Company, Boston.

American Heart Association. 2003. **Heart and Stroke Facts**. TX: American Heart Association, Dallas.

Bandura, A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change psychological. **Psychologic** 5(7): 191-491.

_____. 1994. Self- efficacy. **Encyclopedia of Human Behavior**. 4:71-81.

Becker, M.H. and L.M. Maiman. 1974. The health belief model: origins and correlation in psychological theory. **Health Education Monographs**. 30(2): 5-6.

Bloom, B.S., J.T. Hastings and F.G. Madaus. 1971. **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning**. Mc Graw-Hill Book Company, New York.

- Broustein, K.S. 1991. Psychosocial components in stroke: implications for adaptation. **Nursing Clinics of North America**. 11(3) 45-50.
- Caplan, L.R. 2000. **Caplan's Stroke: A Clinical Approach (3rd ed.)**. Butterworld Heinemann, Boston.
- Carberry , D.D. 1995. Informational needs of family caregivers of alzheimer's patients. **Health Science, Nursing; Sociology, Individual and Family Studies**, (6): 867.
- Chemerienski, E., R.G. Robinson and M.J. Kosier. 2001. Improved recovery in activities of daily living associated with remission of post stroke depression. **Stroke**. 8(10): 29-35.
- Cobb, S. 1976. Social support as a moderate of life stress. **Psychosomatic Medicine**, 38: 300-314.
- Green, L.W. 1980. **Health Education Planning: A Diagnostic Approach**. Mountain View, California.
- Green, L.W. and M.W. Kreuter. 1991. **Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach**. Mayfield Publishing Company, Toronto.
- Hickey, J.V. 1982. **The Clinical Practice of Neurological Nursing**, J.B. Lippincott Company, Philadelphia.
- Kahn, R.L. 1979. **Aging and Social Support**. In *Aging from Birth to Death: Interdisciplinary Perspective* . Westview Press, Corolado.
- Lawrence, S.A., and R.M., Lawrence. 1979. A model of adaptation to the stress of chronic illness. **Nursing Forum**, XVIII.

Nydevik, I. and B. Eller. 1994. Stroke patients in long-term care : the relatives' conception of functional capacity and appropriate care. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 8: 155-161.

Orem, D.E. 1985. **Nursing: Concept of Practice 3 ed.** Mc Graw – Hill Book Co., New York.

Pender, N.J. 1987. **Health Promoting in Nursing Practice.** 2 ed. Appleton and Lange, Connecticut.

_____. 1996. **Health Promotion in Nursing Practice.** Appleton and Lange, USA.

Rambo, B.J. 1984. **Adaptation Nursing: Assessment and Intervention.** Saunders: Philadelphia.

Robinson, G.R. 1998. **The Clinical Neuropsychiatry of Stroke: Cognitive, Behavioral and Emotional Disorders Following Vascular Brain Injury.** Cambridge University Press: Cambridge.

Shontz, F.C. 1975. **The Psychological Aspects of Physical Illness and Disability.** Macmillan Publishing: New York.

Sisson, R.A. 1998. Life after a stroke: coping with change. **Rehabilitation Nursing**. 9: 115-118.

Taylor, S.E. 1999. **Health Psychology** (4th ed.). McGraw Hill, Boston.

Yamane, T. 1973. **Statistics : Introductory Analysis.** Harper International Edition, Tokyo.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

1. พันตรีหญิง วิการัตน์ นาวารัตน์
พยาบาลและผู้ชำนาญการประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม
กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ร้อยเอกนายแพทย์ สุธี อินทรชาติ
อายุรแพทย์ประจำกองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน
กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. รองศาสตราจารย์ ดร. สิริยา สัมมาวาจ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นาง นลินี พสุคันธภัก
พยาบาลวิชาชีพผู้ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าแผนกวิชาการพยาบาล
สถาบันประสาทวิทยา

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการใน แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการใน แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และต้องการทราบความรู้ และความคิดเห็นของท่าน ตามสภาพความเป็นจริง คำตอบที่ได้ในส่วนอื่นที่นอกจากข้อความรู้ จึงเป็นคำตอบที่ไม่มีถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบด้วยความรู้สึกและความคิดที่แท้จริงของท่าน คำตอบที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน แต่กลับจะเป็นประโยชน์กับท่านและส่วนรวมเพราะผู้วิจัยจะนำคำตอบจากท่านไปวิเคราะห์ และหาแนวทาง เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติในการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงพัฒนาเพื่อป้องกันการเกิดโรคอื่นไม่พึงประสงค์อื่นๆที่สามารถควบคุมและป้องกันการเกิดโรคที่เป็นปัญหาอันก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

1. แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลชีวสังคม

จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 18 ข้อ

ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 19 ข้อ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 15 ข้อ

การรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง

จำนวน 16 ข้อ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ

ถึงอำนวยความสะดวกอุปกรณ์ การมีและเข้าถึงสถานบริการ/
แหล่งบริการสาธารณสุข ประสิทธิภาพและความสามารถในการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริม

แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมของญาติในการ

ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 22 ข้อ

2. กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ ตามความเป็นจริง

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม

นางสาว วรธิดา มาศเกษม
นิสิตปริญญาโท สาขาสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคมของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างหน้าข้อความ
ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

☐ (1) ชาย

☐ (2) หญิง

2. อายุของท่าน ปี

3. ระดับการศึกษา

☐ (1) ประถมศึกษา

☐ (4) ปวช. / ปวส. / อนุปริญญา

☐ (2) มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ (5) ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า

☐ (3) มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ (6) สูงกว่าปริญญาตรี

4. สถานภาพ

☐ (1) โสด

☐ (3) หม้าย(คู่สมรสเสียชีวิต)

☐ (2) สมรส

☐ (4) หย่าร้าง / แยก

5. อาชีพ

☐ (1) รับจ้าง

☐ (4) เกษตรกรรม

☐ (2) แม่บ้าน/ พ่อบ้าน

☐ (5) รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ

☐ (3) ค้าขาย / ทำธุรกิจ

☐ (6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท

7. มีความเกี่ยวข้อง/ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย โดยเป็น

☐ (1) สามี / ภรรยา

☐ (4) พี่ / น้อง

☐ (2) บุตร

☐ (5) ลูกเขย/ ลูกสะใภ้

☐ (3) หลาน

☐ (6) ญาติ

☐ (7) ผู้ดูแลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกันทางสายโลหิต

8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สัปดาห์/เดือน/ปี)

9. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากบุคคลอื่นนอกเหนือจากคนที่กำลังดูแล

☐ (1) เคย

☐ (2) ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยนำของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง : โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ แล้วเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง **เพียงคำตอบเดียว**ในแต่ละข้อคำถามและขอให้ตอบให้ครบทุกข้อคำถาม

ลำดับ	ข้อคำถาม	คำตอบ		
		ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1.	โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากการ ตีบ แดก และตันของหลอดเลือดบริเวณสมอง			
2.	ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังสามารถทำให้เกิดหลอดเลือดบริเวณสมองแตกได้			
3.	ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองถ้าได้รับการรักษาและดูแลอย่างทันท่วงทีจะสามารถลดอัตราการทุพพลภาพรวมถึงหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้			
4.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพที่สมองบริเวณซีกขวาจะพบว่ามีอาการอ่อนแรงบริเวณของลำตัวแขนขาทางด้านขวา			
5.	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้			
6.	ในผู้ที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตันมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
7.	โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พบในเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ขึ้นไป			
8.	การควบคุมอาหารและน้ำหนักจะสามารถช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
9.	อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ คือ จะมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย หลังตื่นนอนตอนเช้า			
10.	ภาวะแทรกซ้อนที่ พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปอดอักเสบ/ปอดบวม และข้ออักเสบ			

ลำดับ	ข้อความถาม	คำตอบ		
		ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
11.	ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มียุคคลในครอบครัวเป็น			
12.	สิ่งสำคัญที่เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กลับมามีชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			
13.	การฟื้นตัวของระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องระยะเวลาและปริมาณ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาด ตำแหน่ง และความรุนแรงของรอยโรค			
14.	อาการของโรคหลอดเลือดสมองแตก จะมีอาการปวดศีรษะและคลื่นไส้อาเจียนมากกว่าอาการอ่อนแรงในบางรายอาจถึงกับหมดสติ			
15.	ไม่จำเป็นที่จะต้องออกกำลังกายบริเวณกล้ามเนื้อแขนขาข้างที่อ่อนแรงให้กับผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของข้อ			
16.	เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการซึมลง หายใจเร็ว ร่วมกับ มีไข้/ ชีพจรเต้นเร็ว อาจมีการติดเชื้อที่ปอด ควรรีบนำมาพบแพทย์ทันที			
17.	การจัดให้ผู้ป่วยลุกนั่ง หรือ เปลี่ยนท่านอนบ่อยๆจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะปอดแฟบได้			
18.	โรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเป็นวิธีที่ดีที่สุดเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			

2.2 ด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง : กรุณาเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เพียงข้อเดียว ในแต่ละข้อคำถามและขอให้ตอบให้ครบทุกข้อคำถามโดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย
1.	ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด				
2.	การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเรื่องที่มีความยากลำบากสำหรับท่าน				
3.	การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูง				
4.	เมื่อไม่พบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องไปพบแพทย์ตามนัด				
5.	การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้				
6.	การออกกำลังกายไม่ใช่สิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย
7.	ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้เลย				
8.	การได้รับความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สามารถช่วยในการดูแลคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น				
9.	การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองเพื่อให้ได้ผลดี ควรเป็นหน้าที่ของนักกายภาพ บำบัดเท่านั้น				
10.	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้อง ใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาที่นาน จนกว่าอาการจะกลับมาเป็นปกติ				
11.	ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่ สามารถที่จะกลับมาใช้ชีวิตได้ ตามปกติ				
12.	การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา อย่างต่อเนื่องและปฏิบัติตามคำสั่ง ของแพทย์อย่างเคร่งครัดจะช่วยให้ อาการของโรคดีขึ้นจนหายได้				
13.	การรักษาโดยการผ่าตัดในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจะสามารถ ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น				
14.	บุคลากรในครอบครัวมีส่วนสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองให้กลับมาใช้ชีวิตได้อย่าง ปกติสุขอีกครั้ง				

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย
15.	การมีแพทย์และพยาบาลดูแลผู้ป่วย อย่างใกล้ชิดจะดีกว่าการได้รับการ ดูแลจากบุคคลในครอบครัว				
16.	การมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองมาก่อนจะทำให้ การดูแลผู้ป่วยมีความมั่นใจมาก ยิ่งขึ้น				
17.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควร ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจและ สังคม				
18.	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ รักษาให้หายได้ไม่ร้ายแรง				
19.	ท่านมีความวิตกกังวลเมื่อญาติของ ท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง				

2.3 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง : กรุณาเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เพียงข้อเดียว ในแต่ละข้อความและขอให้ตอบให้ครบทุกข้อความ โดยมีหลักเกณฑ์
ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย
1.	การส่งเสริมการออกกำลังกายของกล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่อ่อนแรงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ป้องกันการเกิดข้อยึดติด				
2.	การได้รับสารอาหารและน้ำที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายจะช่วยส่งเสริมในการหายของโรค				
3.	การเปลี่ยนท่านอนหรือการจัดท่าให้ผู้ป่วยลุกนั่งไม่ควรทำบ่อยเพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น				
4.	ควรนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอถึงแม้ว่าจะไม่พบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น				
5.	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นประจำจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น				
6.	การเลือกให้ผู้ป่วยบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคไม่มีความจำเป็นเนื่องจาก จะทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย				
7.	การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้				
8.	วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ				

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย
9.	ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เท่านั้น				
10.	การสังเกตอาการผิดปกติ มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดระดับความรุนแรงของโรค				
11.	การสวนอุจจาระเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก				
12.	ควรดูแลในเรื่องการรับประทานอาหารให้กับผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยจะเกิดอาการสำลักอาหารลงปอดได้ง่าย				
13.	ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การหายของแผลกดทับจะช้าและลุกลามเร็วหากไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี				
14.	การปล่อยให้เป็นแผลกดทับเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดอันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้				
15.	การส่งเสริมขวัญและกำลังใจให้กับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญต่อการหายของโรค				

2.4 แบบสอบถามด้านการรับรู้อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง : กรุณาเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เพียงข้อเดียว ในแต่ละข้อคำถามและขอให้ตอบให้ครบทุกข้อคำถามโดยมีหลักเกณฑ์
ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย
1.	การนำผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อมา ตรวจตามนัดมีความยากลำบากใน การเดินทาง				
2.	การดูแลผู้ป่วยรวมถึงการสังเกต อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเพื่อลดระดับ ความรุนแรงของโรคต้องอาศัย ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องทำให้ เกิดความวิตกกังวล				
3.	การจัดเตรียมสถานที่และของใช้ สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและ สิ้นเปลือง				
4.	ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองทำให้ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง				
5.	การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยพยุงและสิ่ง อำนวยความสะดวกภายในบ้านจะ ทำให้ผู้ป่วยถูกมองว่าเป็นคนพิการ				

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย
6.	การทำอาหารปั่นให้ผู้ป่วย รับประทานทางสายยางเพื่อให้ได้ สารอาหารที่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกายเป็นสิ่งที่ ยุ่งยากและเสียเวลา				
7.	การให้อาหารทางสายยางสำหรับ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทาน อาหารเองได้ต้องใช้ทักษะและ ความชำนาญ				
8.	การใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงในการเดิน หรือ การนั่งรถเข็นเป็นอุปสรรคต่อ การเดินทาง				
9.	การดูแลทำความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยต้องดูแลให้สะอาดทั่วทุกจุด ของร่างกายซึ่งต้องอาศัยเวลา				
10.	การทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟู สภาพให้กับผู้ป่วยมีความยุ่งยาก และเสียเวลา				
11.	การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีอาหารที่ดีขึ้นจนสามารถ กลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติ ต้องอาศัยเวลาและความอดทนใน การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง				
12.	ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ต้องการความยอมรับและความ เข้าใจจากบุคคลในครอบครัวและ สังคม				

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย
13.	การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น				
14.	ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสิ้นเปลือง				
15.	ท่านไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตลอดเวลาจึงต้องพึ่งพาให้บุคคลอื่นที่มีความรู้ความสามารถมาทำการดูแลแทนในบางเวลา				
16.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถรักษาจนหายหรือกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติควรมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรค				

2.5 แบบสอบถามด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง : ในแต่ละข้อความถามจะมีคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน 4 ระดับ คือจากความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อความถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อคำตอบที่ท่านต้องการ และขอให้ตอบให้ครบทุกข้อความถามโดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย
1.	ท่านมีความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง				
2.	ท่านสามารถสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ในทันทีเพื่อลดระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น				
3.	การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่ท่านสามารถทำได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง				
4.	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคได้				
5.	ท่านสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้เป็นอย่างดี				
6.	เมื่อพบว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นท่านสามารถนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ได้ในทันทีและสามารถรายงานอาการผิดปกติและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้				
7.	ท่านสามารถบอกถึงอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม				
8.	ท่านสามารถให้คำแนะนำแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้กับบุคคลอื่นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม				

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย
9.	ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นได้				
10.	ท่านสามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ สารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอกับ ความต้องการของร่างกาย				
11.	ท่านสามารถจัดลำดับความสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองได้อย่างเหมาะสม				
12.	ท่านสามารถจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยให้ ความร่วมมือในการดูแลรักษา ตนเองได้เป็นอย่างดี				
13.	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ ท่านสามารถควบคุมและป้องกัน การเกิดโรคได้				
14.	ท่านทำการดูแลผู้ป่วยด้วยความ มั่นใจว่าสิ่งที่ทำนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสมก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย				
15.	เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับ บ้านท่านสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ อย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำของ แพทย์โดยไม่มีปัญหาหรืออุปสรรค เกิดขึ้น				
16.	ท่านสามารถป้องกันการกลับมา เป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเอื้อ

คำชี้แจง : ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับ การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีและเข้าถึงสถานบริการ/แหล่งบริการสาธารณสุข ประสบการณ์และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อคำถามและขอให้ตอบให้ครบทุกข้อคำถามโดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

- มาก หมายถึง ท่านมีการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและการเข้าถึง แหล่งบริการตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
- ค่อนข้างมาก หมายถึง ท่านมีการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและการเข้าถึงแหล่งบริการตรงกับข้อความนั้นมาก
- ค่อนข้างน้อย หมายถึง ท่านมีการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและการเข้าถึงแหล่งบริการตรงกับข้อความนั้นน้อย
- น้อย/ไม่ได้รับ หมายถึง ท่านมีการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและการเข้าถึงแหล่งบริการตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุดหรือไม่ได้รับเลย

ลำดับ	ข้อคำถาม	ระดับการได้รับ			
		มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย/ไม่ได้รับ
1.	ที่พักของท่านมีระยะห่างไกลจากโรงพยาบาล				
2.	ท่านสามารถจัดหาอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างสะดวก				
3.	ท่านต้องเสียเวลาในการเดินทางไปโรงพยาบาล				
4.	การใช้เวลารอรับบริการเพื่อทำการตรวจผู้ป่วยที่โรงพยาบาล				
5.	โรงพยาบาลมีการจัดเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านให้กับท่าน				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการได้รับ			
		มาก	ค่อนข้าง มาก	ค่อนข้าง น้อย	น้อย/ ไม่ได้รับ
6.	มีการให้คำแนะนำในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล				
7.	ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากที่พักไปโรงพยาบาล				
8.	ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อหาซื้ออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย				
9.	ท่านได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์				
10.	ทางโรงพยาบาลจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยให้พร้อมคำแนะนำในการปฏิบัติ				
11.	ท่านสามารถนำผู้ป่วยมาตรวจตามที่แพทย์นัดได้ทุกครั้ง				
12.	ท่านเคยดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน				
13.	ท่านได้รับความสะดวกเมื่อพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล				
14.	ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมแพทย์พยาบาลอย่างทั่วถึงและเหมาะสม				
15.	บริเวณที่อยู่อาศัยของท่านมีแหล่งบริการสาธารณสุข				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์ จากเพื่อนและบุคคลในครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่าง ๆ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียวในแต่ละข้อความ โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

ได้รับมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการแนะนำ หรือ สนับสนุนในเรื่องนั้นมากที่สุด

ได้รับมาก หมายถึง ท่านได้รับการแนะนำหรือสนับสนุนในเรื่องนั้นมาก

ได้รับน้อย หมายถึง ท่านได้รับการแนะนำหรือสนับสนุนในเรื่องนั้นน้อย

ไม่ได้รับ หมายถึง ท่านไม่ได้รับการแนะนำหรือสนับสนุนในเรื่องนั้นเลย

ลำดับ	ข้อความคำถาม	ระดับการได้รับ			
		ได้รับมากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับน้อย	ไม่ได้รับเลย
1.	บุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนท่านในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง				
2.	สมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจซักถามถึงอาการและการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องอยู่เสมอ				
3.	สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับท่านในการดูแลผู้ป่วย				
4.	สมาชิกในครอบครัวพาผู้ป่วยออกกำลังกายหรือมีการทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยอยู่เสมอ				
5.	บุคคลในครอบครัวช่วยกันสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ				

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับการได้รับ			
		ได้รับมากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับน้อย	ไม่ได้รับเลย
6.	ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น				
7.	ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและยา				
8.	ผู้ป่วยได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคคลใกล้ชิด				
9.	ท่านได้รับกำลังใจหรือการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างในการดูแลผู้ป่วย				
10.	ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย				
11.	ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและการมาตรวจตามนัด				
12.	ท่านได้พูดคุยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับญาติผู้ป่วยอื่นๆ				
13.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง				
14.	ท่านได้รับเอกสารแผ่นพับจากทางโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับการได้รับ			
		ได้รับมากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับน้อย	ไม่ได้รับเลย
15.	บุคคลในครอบครัวมีการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เอื้ออำนวยต่อการดูแลผู้ป่วย				
16.	ท่านได้รับความไว้วางใจให้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
17.	ท่านได้รับสื่อวิทยุ/โทรทัศน์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
18.	ท่านมีโอกาสได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับบุคคลอื่น				
19.	ท่านได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์				
20.	ท่านได้รับการอบรมให้ความรู้ถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียวในแต่ละข้อความ โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นทุกครั้ง

ปฏิบัติมาก หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นบ้างเป็นบางเวลา (ทำบ้างไม่ทำบ้าง)

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมนั้นเลย

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1.	ท่านดูแลไม่ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภทของทอดและมัน				
2.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่				
3.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ				
4.	ท่านมักปรุงอาหารให้ผู้ป่วยด้วยวิธีการทอดมากกว่านึ่งหรือย่าง				
5.	ท่านใส่ผงชูรส หรือน้ำปลา ในการปรุงอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น				
6.	ท่านดูแลจัดท่านั่งให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมก่อนและหลังการรับประทานอาหาร				
7.	ท่านได้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลา				
8.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาจนหมดแม้ผู้ป่วยไม่มีอาการแล้ว				

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
9.	ท่านไม่ค่อยมีเวลาในการฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย				
10.	ท่านดูแลรักษาความสะอาดของผู้ป่วยหลังการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะทุกครั้ง				
11.	ท่านดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม				
12.	เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเล็กน้อยเกิดขึ้นท่านให้การดูแลรักษาด้วยตนเองไม่ไปพบแพทย์				
13.	ท่านพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งแม้จะไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น				
14.	ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด				
15.	ท่านติดตามข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย				
16.	ท่านพูดคุยให้กำลังใจโดยรับฟังอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย				
17.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอในเวลา กลางคืน 6-8 ชั่วโมง				
18.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสมโดยให้ผู้ป่วยฝึกสมาธิ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรือหางานอดิเรกให้ผู้ป่วยทำ				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
19.	ท่านจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้มีอากาศถ่ายเทสะดวกและปลอดภัย				
20.	เมื่อยามดึกท่านมักซื้อยาให้ผู้ป่วยรับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์				
21.	ท่านคอยเตือนและให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมอยู่เสมอแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นแล้ว				
22.	เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นแล้วท่านก็ยังปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด				

****ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่งที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนครบทุกข้อ ****

ค่าสถิติจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสอบถาม

ตารางผนวกที่ ข1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรค

หลอดเลือดสมอง

1.1 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

Min = 0 Max = 1 S.D. = .33 ($1 - 0/3 = 0.33$)

ระดับน้อย มีคะแนนระหว่าง 0.00- 0.33 คะแนน

ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 0.34- 0.67 คะแนน

ระดับมาก มีคะแนนระหว่าง 0.68- 1.00 คะแนน

(n = 140)

ข้อ	คำถาม	ตอบถูก	ตอบผิด	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1.	โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากการตีบ แตก และตันของหลอดเลือดบริเวณสมอง	117 (83.6)	23 (16.4)	0.84	0.372	ระดับมาก
2.	ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังสามารถทำให้เกิดหลอดเลือดบริเวณสมองแตกได้	124 (88.6)	16 (11.4)	0.89	0.319	ระดับมาก
3.	ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองถ้าได้รับการรักษาและดูแลอย่างทันที่ จะสามารถลดอัตราการทุพพลภาพ รวมถึงหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้	129 (92.1)	11 (7.9)	0.92	0.270	ระดับมาก
4.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพที่สมองบริเวณซีกขวาจะพบว่ามีอาการอ่อนแรงบริเวณของลำตัวแขนขาทางด้านขวา	51 (36.4)	89 (63.6)	0.36	0.483	ระดับปานกลาง
5.	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	52 (37.1)	88 (62.9)	0.37	0.485	ระดับปานกลาง
6.	ในผู้ที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตันมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	86 (61.4)	54 (38.6)	0.61	0.489	ระดับปานกลาง
7.	โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พบในเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ขึ้นไป	54 (38.6)	86 (61.4)	0.39	0.489	ระดับปานกลาง

ตารางผนวกที่ ข1 (ต่อ)

(n = 140)

ข้อ	คำถาม	ตอบถูก	ตอบผิด	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
8.	การควบคุมอาหารและน้ำหนักจะสามารถช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	112 (80.0)	28 (20.0)	0.80	0.401	ระดับมาก
9.	อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ คือ จะมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย หลังตื่นนอนตอนเช้า	38 (27.1)	102 (72.9)	0.27	0.446	ระดับน้อย
10.	ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปอดอักเสบ/ปอดบวม และข้อยึดติด	72 (51.4)	98 (48.6)	0.51	0.502	ระดับปานกลาง
11.	ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มียบุคคลในครอบครัวเป็น	65 (46.4)	75 (53.6)	0.46	0.501	ระดับปานกลาง
12.	สิ่งสำคัญที่เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กลับมามีชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	127 (90.7)	13 (9.3)	0.91	0.291	ระดับมาก
13.	การฟื้นฟูตัวของระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องระยะเวลาและปริมาณ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาด ตำแหน่ง และความรุนแรงของรอยโรค	118 (84.3)	22 (15.7)	0.84	0.365	ระดับมาก
14.	อาการของโรคหลอดเลือดสมองแตก จะมีอาการปวดศีรษะและคลื่นไส้อาเจียนมากกว่าอาการอ่อนแรง ในบางรายอาจถึงกับหมดสติ	104 (74.3)	36 (25.7)	0.74	0.439	ระดับมาก

ตารางผนวกที่ ข1 (ต่อ)

(n = 140)

ข้อ	คำถาม	ตอบถูก	ตอบผิด	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
15.	ไม่จำเป็นที่จะต้องออกกำลังกายบริเวณ กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่อ่อนแรงให้กับผู้ที่ ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อ ป้องกันการบาดเจ็บของข้อ	107 (76.4)	33 (23.6)	0.76	0.426	ระดับมาก
16.	เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการ ซึมลง หายใจเร็ว ร่วมกับ มีไข้/ จีวรเร้น เร็ว อาจมีการติดเชื้อที่ปอด ควรรีบนำมา พบแพทย์ทันที	99 (70.7)	41 (29.3)	0.71	0.457	ระดับมาก
17.	การจัดให้ผู้ป่วยลุกนั่ง หรือ เปลี่ยนท่า นอนบ่อยๆจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะ ปอดแฟบได้	70 (50.0)	70 (50.0)	0.50	0.502	ระดับปานกลาง
18.	โรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับมา เป็นซ้ำได้ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเป็นวิธีที่ ดีที่สุดเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง	129 (92.1)	11 (7.9)	0.92	0.270	ระดับมาก

ตารางผนวกที่ ข2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง

1.2 ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Min = 1 Max = 4 S.D. = .75 (4-1/4 = .75)

ระดับน้อย มีคะแนนระหว่าง 1.00- 1.75 คะแนน

ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 1.76- 3.25 คะแนน

ระดับมาก มีคะแนนระหว่าง 3.26- 4.00 คะแนน

(n = 140)

ข้อ	ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.	ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด	111 (79.3)	29 (20.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.79	0.407	ระดับมาก
2.	การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเรื่องที่มีความยากลำบากสำหรับท่าน	8 (5.7)	78 (34.3)	63 (45.0)	21 (15.0)	2.69	0.795	ระดับปานกลาง
3.	การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูง	22 (15.7)	77 (55.0)	34 (24.3)	7 (5.0)	2.19	0.755	ระดับปานกลาง
4.	เมื่อไม่พบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็ไม่มี ความจำเป็นที่จะต้องไปพบแพทย์ตามนัด	12 (8.6)	6 (4.3)	51 (36.4)	71 (50.7)	3.29	0.902	ระดับมาก
5.	การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้	66 (47.1)	72 (51.4)	2 (1.4)	0 (0.0)	3.46	0.528	ระดับมาก
6.	การออกกำลังกายไม่ใช่สิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	3 (2.1)	10 (7.1)	88 (62.9)	39 (27.9)	3.16	0.642	ระดับมาก
7.	ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย	9 (6.4)	23 (16.4)	90 (64.3)	18 (12.9)	2.84	0.726	ระดับปานกลาง

ตารางผนวกที่ ข2 (ต่อ)

(n = 140)

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
8.	การได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น	85 (60.7)	54 (38.6)	1 (0.7)	0 (0.0)	3.60	0.506	ระดับมาก
9.	การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ได้ผลดีควรเป็นหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดเท่านั้น	6 (4.3)	17 (12.1)	90 (64.3)	27 (19.3)	2.99	0.699	ระดับปานกลาง
10.	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาที่นานจนกว่าอาการจะกลับมาเป็นปกติ	39 (27.9)	88 (62.9)	11 (7.9)	2 (1.4)	1.83	0.623	ระดับปานกลาง
11.	ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถที่จะกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ	8 (5.7)	39 (27.9)	70 (50.0)	23 (16.4)	2.77	0.790	ระดับปานกลาง
12.	การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัดจะช่วยให้อาการของโรคดีขึ้นจนหายได้	79 (54.3)	56 (40.0)	8 (5.7)	0 (0.0)	3.49	0.606	ระดับมาก
13.	การรักษาโดยการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น	7 (5.0)	37 (26.4)	82 (58.6)	14 (10.0)	2.74	0.706	ระดับปานกลาง
14.	บุคคลภายในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขอีกครั้ง	103 (73.6)	36 (25.7)	1 (0.7)	0 (0.0)	3.73	0.462	ระดับมาก
15.	การมีแพทย์และพยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจะดีกว่าการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว	15 (10.7)	25 (17.9)	80 (57.1)	20 (14.3)	2.75	0.832	ระดับปานกลาง

ตารางผนวกที่ ข2 (ต่อ)

(n = 140)

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
16.	การมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนจะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น	56 (40.0)	79 (56.4)	5 (3.6)	0 (0.0)	3.36	0.552	ระดับมาก
17.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและ สังคม	102 (72.9)	38 (27.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.73	0.446	ระดับมาก
18.	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ไม่ร้ายแรง	21 (15.0)	82 (58.6)	31 (22.1)	6 (4.3)	2.84	0.722	ระดับปานกลาง
19.	ท่านมีความวิตกกังวลเมื่อญาติของท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	30 (21.4)	91 (65.0)	11 (7.9)	8 (5.7)	1.98	0.724	ระดับปานกลาง

ตารางผนวกที่ ข3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

Min = 1 Max= 4 S.D.= .75 (4-1/4 = .75)

ระดับน้อย มีคะแนนระหว่าง 1.00- 1.75 คะแนน

ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 1.76- 3.25 คะแนน

ระดับมาก มีคะแนนระหว่าง 3.26- 4.00 คะแนน

(n = 140)

ข้อ	ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.	การส่งเสริมการออกกำลังกายของกล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่อ่อนแรงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ป้องกันการเกิดข้อยึดติด	0 (0.0)	44 (31.4)	47 (33.0)	49 (36.0)	1.96	0.817	ระดับ ปานกลาง
2.	การได้รับสารอาหารและน้ำที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายจะช่วยส่งเสริมในการหายของโรค	56 (40.0)	77 (55.0)	7 (5.0)	0 (0.0)	3.35	0.574	ระดับ มาก
3.	การเปลี่ยนท่านอนหรือการจัดทำให้ผู้ป่วยลุกนั่งไม่ควรทำบ่อยเพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น	13 (9.3)	18 (12.9)	84 (60.0)	25 (17.9)	2.86	0.815	ระดับ ปานกลาง
4.	ควรรนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอถึงแม้ว่าจะไม่พบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น	108 (77.1)	32 (22.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.77	0.421	ระดับ มาก
5.	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นประจำจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น	80 (57.1)	60 (42.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.57	0.497	ระดับ มาก

ตารางผนวกที่ ข3 (ต่อ)

(n = 140)

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
6.	การเลือกให้ผู้ป่วยบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคไม่มีความจำเป็นเนื่องจาก จะทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย	23 (16.4)	17 (12.1)	60 (42.9)	40 (28.6)	2.84	1.022	ระดับปานกลาง
7.	การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้	71 (50.7)	66 (47.1)	2 (1.4)	1 (0.7)	3.48	0.569	ระดับมาก
8.	วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ	63 (45.0)	77 (55.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.45	0.499	ระดับมาก
9.	ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เท่านั้น	9 (6.4)	29 (20.7)	88 (62.9)	14 (10.0)	2.76	0.716	ระดับปานกลาง
10.	การสังเกตอาการผิดปกติ มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดระดับความรุนแรงของโรค	75 (53.6)	62 (44.3)	3 (2.1)	0 (0.0)	3.51	0.543	ระดับมาก
11.	การสวนอุจจาระเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก	4 (2.9)	45 (32.1)	61 (43.6)	30 (21.4)	2.84	0.792	ระดับปานกลาง
12.	ควรดูแลในเรื่องการรับประทานอาหารให้กับผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยจะเกิดอาการสำลักอาหารลงปอดได้ง่าย	58 (41.4)	75 (53.6)	7 (5.0)	0 (0.0)	3.36	0.578	ระดับมาก

ตารางผนวกที่ ข3 (ต่อ)

(n = 140)								
ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
13.	ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การหายของแผลกดทับจะช้าและ ลูกถามเร็วหากไม่ได้รับการดูแล อย่างถูกวิธี	76 (54.3)	62 (44.3)	2 (1.4)	0 (0.0)	3.53	0.529	ระดับ มาก
14.	การปล่อยให้เป็นแผลกดทับเรื้อรัง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดอัน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้	76 (54.3)	60 (42.9)	4 (2.9)	0 (0.0)	3.51	0.556	ระดับ มาก
15.	การส่งเสริมขวัญและกำลังใจให้กับ ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญต่อการหายของ โรค	108 (77.1)	31 (22.1)	1 (0.7)	0 (0.0)	3.76	0.443	ระดับ มาก

ตารางผนวกที่ ข4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(n = 140)								
ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1.	การนำผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อมา ตรวจตามนัดมีความยากลำบากใน การเดินทาง	20 (14.3)	49 (35.0)	54 (38.6)	17 (12.1)	2.49	0.885	ระดับ ปานกลาง
2.	การดูแลผู้ป่วยรวมถึงการสังเกต อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเพื่อลดระดับ ความรุนแรงของโรคต้องอาศัย ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องทำให้เกิด ความวิตกกังวล	19 (13.6)	76 (54.3)	38 (27.1)	7 (5.0)	2.24	0.745	ระดับ ปานกลาง

ตารางผนวกที่ ข4 (ต่อ)

(n = 140)

ข้อ	ข้อความถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
3.	การจัดเตรียมสถานที่และของใช้ สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและ สิ้นเปลือง	6 (4.3)	41 (29.3)	73 (52.1)	20 (14.3)	2.76	0.745	ระดับ ปานกลาง
4.	ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองทำให้ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง	9 (6.4)	55 (39.3)	62 (44.3)	14 (10.0)	2.58	0.759	ระดับ ปานกลาง
5.	การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยพยุงและสิ่ง อำนวยความสะดวกภายในบ้านจะ ทำให้ผู้ป่วยถูกมองว่าเป็นคนพิการ	5 (3.6)	34 (24.3)	56 (40.0)	45 (32.1)	3.01	0.844	ระดับ ปานกลาง
6.	การทำอาหารป้อนให้ผู้ป่วย รับประทานทางสายยางเพื่อให้ได้ สารอาหารที่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกายเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก และเสียเวลา	5 (3.6)	34 (24.3)	74 (52.9)	27 (19.3)	2.88	0.754	ระดับ ปานกลาง
7.	การให้อาหารทางสายยางสำหรับ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทาน อาหารเองได้ต้องใช้ทักษะและความ ชำนาญ	31 (22.1)	94 (67.1)	13 (9.3)	2 (1.4)	3.10	0.603	ระดับ ปานกลาง
8.	การใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงในการเดิน หรือ การนั่งรถเข็นเป็นอุปสรรคต่อ การเดินทาง	12 (8.6)	61 (43.6)	57 (40.7)	10 (7.1)	2.46	0.753	ระดับ ปานกลาง
9.	การดูแลทำความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยต้องดูแลให้สะอาดทั่วทุกจุด ของร่างกายซึ่งต้องอาศัยเวลา	46 (32.9)	86 (61.4)	8 (5.7)	0 (0.0)	3.27	0.561	ระดับ มาก
10.	การทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟู สภาพให้กับผู้ป่วยมีความยุ่งยากและ เสียเวลา	5 (3.6)	36 (25.7)	70 (50.0)	29 (20.7)	2.88	0.772	ระดับ ปานกลาง

ตารางผนวกที่ ๔ (ต่อ)

(n = 140)

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
11.	การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้มีอาการที่ดีขึ้นจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติ ต้องอาศัยเวลาและความอดทนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	77 (55.0)	58 (41.4)	4 (2.9)	1 (0.7)	3.51	0.594	ระดับ มาก
12.	ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองต้องการความยอมรับและความเข้าใจจากบุคคลในครอบครัวและสังคม	100 (71.4)	40 (28.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.71	0.453	ระดับ มาก
13.	การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น	102 (72.9)	38 (27.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.73	0.446	ระดับ มาก
14.	ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสิ้นเปลือง	15 (10.7)	54 (38.6)	49 (35.0)	22 (15.7)	2.56	0.884	ระดับ ปานกลาง
15.	ท่านไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตลอดเวลาจึงต้องพึ่งพาให้บุคคลอื่นที่มีความรู้ความสามารถมาทำการดูแลแทนในบางเวลา	18 (12.9)	77 (55.0)	38 (27.1)	7 (5.0)	2.24	0.738	ระดับ ปานกลาง
16.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถรักษาจนหายหรือกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติควรมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรค	85 (60.7)	53 (37.9)	2 (1.4)	0 (0.0)	3.59	0.521	ระดับ มาก

ตารางผนวกที่ ข5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(n = 140)

ข้อ	ข้อคำถาม	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.	ท่านมีความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	41 (29.3)	84 (60.0)	15 (10.7)	0 (0.0)	3.19	0.607	ระดับ ปานกลาง
2.	ท่านสามารถสังเกตความผิดปกติที่ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองได้ในทันทีเพื่อลดระดับความ รุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น	34 (24.3)	98 (70.0)	8 (5.7)	0 (0.0)	3.19	0.517	ระดับ ปานกลาง
3.	การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่ท่าน สามารถทำได้อย่างถูกต้องด้วย ตนเอง	25 (17.9)	77 (55.0)	35 (25.0)	3 (2.1)	2.89	0.711	ระดับ ปานกลาง
4.	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยส่งเสริม ที่ทำให้เกิดโรคได้	31 (22.1)	98 (70.0)	11 (7.9)	0 (0.0)	3.14	0.531	ระดับ ปานกลาง
5.	ท่านสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองโดยการปฏิบัติ ตามคำแนะนำของแพทย์ได้เป็น อย่างดี	50 (35.7)	78 (55.7)	12 (8.6)	0 (0.0)	3.27	0.610	ระดับ มาก
6.	เมื่อพบว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ท่านสามารถนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ ได้ในทันทีและสามารถรายงาน อาการผิดปกติและความเจ็บป่วยที่ เกิดขึ้นได้	50 (35.7)	81 (57.9)	9 (6.4)	0 (0.0)	3.29	0.581	ระดับ มาก
7.	ท่านสามารถบอกถึงอาการแสดง ของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสม	20 (14.3)	100 (71.4)	13 (9.3)	7 (5.0)	2.95	0.661	ระดับ ปานกลาง
8.	ท่านสามารถให้คำแนะนำแนวทาง ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด สมองให้กับบุคคลอื่นได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสม	18 (12.9)	94 (67.1)	22 (15.7)	6 (4.3)	2.89	0.669	ระดับ ปานกลาง

ตารางผนวกที่ ข5 (ต่อ)

(n = 140)

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
9.	ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้	28 (20.0)	93 (66.4)	16 (11.4)	3 (2.1)	3.04	0.633	ระดับปานกลาง
10.	ท่านสามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	40 (28.6)	85 (60.7)	15 (10.7)	0 (0.0)	3.18	0.603	ระดับปานกลาง
11.	ท่านสามารถจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม	16 (11.4)	104 (74.3)	20 (14.3)	0 (0.0)	2.97	0.508	ระดับปานกลาง
12.	ท่านสามารถจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองได้เป็นอย่างดี	27 (19.3)	95 (67.9)	18 (12.9)	0 (0.0)	3.06	0.565	ระดับปานกลาง
13.	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ท่านสามารถควบคุมและป้องกันการเกิดโรคได้	27 (19.3)	58 (41.4)	52 (37.1)	3 (2.1)	2.78	0.778	ระดับปานกลาง
14.	ท่านทำการดูแลผู้ป่วยด้วยความมั่นใจว่าสิ่งที่ทำนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย	38 (27.1)	88 (62.9)	14 (10.0)	0 (0.0)	3.17	0.587	ระดับปานกลาง
15.	เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านท่านสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์โดยไม่มีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้น	24 (17.1)	88 (62.9)	26 (18.6)	2 (1.4)	2.96	0.645	ระดับปานกลาง
16.	ท่านสามารถป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้	23 (16.4)	81 (57.9)	34 (24.3)	2 (1.4)	2.89	0.675	ระดับปานกลาง

ตารางผนวกที่ ๖ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับปัจจัยเอื้อในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.4 การได้รับปัจจัยเอื้อในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Min = 1 Max= 4 S.D.= .75 (4-1/4 = .75)

ระดับน้อย มีคะแนนระหว่าง 1.00- 1.75 คะแนน

ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 1.76- 3.25 คะแนน

ระดับมาก มีคะแนนระหว่าง 3.26- 4.00 คะแนน

(n = 140)

ข้อ	ข้อความ	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ค่อนข้าง มาก จำนวน (ร้อยละ)	ค่อนข้าง น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อย/ ไม่ ได้รับ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.	ที่พักของท่านมีระยะห่างไกลจาก โรงพยาบาล	27 (19.3)	60 (42.9)	48 (34.3)	5 (3.6)	2.22	0.796	ระดับ ปานกลาง
2.	ท่านสามารถจัดหาอุปกรณ์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยได้อย่าง สะดวก	17 (12.1)	80 (57.1)	35 (25.0)	8 (5.7)	2.76	0.738	ระดับ ปานกลาง
3.	ท่านต้องเสียเวลาในการเดินทาง ไป โรงพยาบาล	24 (17.1)	65 (46.4)	44 (31.4)	7 (5.0)	2.24	0.795	ระดับ ปานกลาง
4.	การใช้เวลารอรับบริการเพื่อทำ การตรวจผู้ป่วยที่โรงพยาบาล	18 (12.9)	87 (62.1)	31 (22.1)	4 (2.9)	2.15	0.667	ระดับ ปานกลาง
5.	โรงพยาบาลมีการจัดเตรียมความ พร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่องที่บ้านให้กับท่าน	20 (14.3)	86 (61.4)	22 (15.7)	12 (8.6)	2.81	0.783	ระดับ ปานกลาง
6.	มีการให้คำแนะนำในเรื่องของ การดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาล	40 (28.6)	79 (56.4)	15 (10.7)	6 (4.3)	3.09	0.748	ระดับ ปานกลาง
7.	ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการ เดินทางจากที่พักไปโรงพยาบาล	16 (11.4)	52 (37.1)	65 (46.4)	7 (5.0)	2.45	0.762	ระดับ ปานกลาง

ตารางผนวกที่ ข6 (ต่อ)

(n = 140)

ข้อ	ข้อความถาม	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ค่อนข้าง มาก จำนวน (ร้อยละ)	ค่อนข้าง น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อย/ ไม่ ได้รับ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
8.	ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อหาซื้อ อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย	14 (10.0)	42 (30.0)	80 (57.1)	4 (2.9)	2.53	0.714	ระดับ ปานกลาง
9.	ท่านได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์	44 (31.4)	90 (64.3)	6 (4.3)	0 (0.0)	3.27	0.534	ระดับมาก
10.	ทางโรงพยาบาลจัดหาอุปกรณ์ที่ จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยให้พร้อม คำแนะนำในการปฏิบัติ	33 (23.6)	84 (60.0)	21 (15.0)	2 (1.4)	3.06	0.665	ระดับ ปานกลาง
11.	ท่านสามารถนำผู้ป่วยมาตรวจ ตามที่แพทย์นัดได้ทุกครั้ง	68 (48.6)	50 (35.7)	22 (15.7)	0 (0.0)	3.33	0.734	ระดับมาก
12.	ท่านเคยดูแลผู้ป่วยเป็นโรค หลอดเลือดสมองมาก่อน	4 (2.9)	14 (10.0)	28 (20.0)	94 (67.1)	1.49	0.791	ระดับน้อย
13.	ท่านได้รับความสะดวกเมื่อพา ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาใน โรงพยาบาล	21 (15.0)	106 (75.7)	13 (9.3)	0 (0.0)	3.06	0.491	ระดับ ปานกลาง
14.	ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมแพทย์ พยาบาลอย่างทั่วถึงและเหมาะสม	25 (17.9)	106 (75.7)	9 (6.4)	0 (0.0)	3.11	0.481	ระดับ ปานกลาง
15.	บริเวณที่อยู่อาศัยของท่านมีแหล่ง บริการสาธารณสุข	20 (14.3)	62 (44.3)	50 (35.7)	8 (5.7)	2.67	0.791	ระดับ ปานกลาง

ตารางผนวกที่ ๗7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับปัจจัยเสริมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.5 การได้รับปัจจัยเสริมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Min = 1 Max= 4 S.D.= .75 ($4-1/4 = .75$)

ระดับน้อย มีคะแนนระหว่าง 1.00- 1.75 คะแนน

ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 1.76- 3.25 คะแนน

ระดับมาก มีคะแนนระหว่าง 3.26- 4.00 คะแนน

(n = 140)

ข้อ	ข้อคำถาม	ได้รับ มาก ที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	ได้รับ มาก จำนวน (ร้อยละ)	ได้รับ น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ รับเลย จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.	บุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนท่านในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง	32 (22.9)	70 (50.0)	35 (25.0)	3 (2.1)	2.94	0.751	ระดับ ปาน กลาง
2.	สมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจซักถามถึงอาการและการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องอยู่เสมอ	38 (27.1.)	83 (59.3)	15 (10.7)	4 (2.9)	3.11	0.696	ระดับ ปาน กลาง
3.	สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับท่านในการดูแลผู้ป่วย	19 (13.6)	79 (56.4)	37 (26.4)	5 (3.6)	2.80	0.712	ระดับ ปาน กลาง
4.	สมาชิกในครอบครัวพาผู้ป่วยออกกำลังกายหรือมีการทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยอยู่เสมอ	8 (5.7)	77 (55.0)	50 (35.7)	5 (3.6)	2.63	0.650	ระดับ ปาน กลาง
5.	บุคคลในครอบครัวช่วยกันสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ	25 (17.9)	83 (59.3)	31 (22.1)	1 (0.7)	2.94	0.654	ระดับ ปาน กลาง
6.	ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	39 (27.9)	85 (60.7)	16 (11.4)	0 (0.0)	3.16	0.607	ระดับ ปาน กลาง
7.	ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและยา	36 (25.7)	90 (64.3)	11 (7.9)	3 (2.1)	3.14	0.637	ระดับ ปาน กลาง

ตารางผนวกที่ ข7 (ต่อ)

(n = 140)

ข้อ	ข้อความ	ได้รับ มาก ที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	ได้รับ มาก จำนวน (ร้อยละ)	ได้รับ น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ รับเลย จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
8.	ผู้ป่วยได้รับการดูแลเกี่ยวกับ สุขภาพจากบุคคลใกล้ชิด	40 (28.6)	80 (57.1)	19 (13.6)	1 (0.7)	3.14	0.659	ระดับ ปาน กลาง
9.	ท่านได้รับกำลังใจหรือการ สนับสนุนจากบุคคลรอบข้างใน การดูแลผู้ป่วย	54 (38.6)	74 (52.9)	12 (8.6)	0 (0.0)	3.30	0.620	ระดับ มาก
10.	ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากร ทางการแพทย์ในการดูแลให้ ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย	49 (35.0)	79 (56.4)	12 (8.6)	0 (0.0)	3.26	0.607	ระดับ มาก
11.	ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากร ทางการแพทย์เกี่ยวกับการสังเกต อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและการ มาตรวจตามนัด	52 (37.1)	69 (49.3)	17 (12.1)	2 (1.4)	3.22	0.710	ระดับ ปาน กลาง
12.	ท่านได้พูดคุยเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับ ญาติผู้ป่วยอื่นๆ	10 (7.1)	57 (40.7)	64 (45.7)	9 (6.4)	2.49	0.725	ระดับ ปาน กลาง
13.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง	7 (5.0)	68 (49.6)	57 (40.7)	8 (5.7)	2.53	0.683	ระดับ ปาน กลาง
14.	ท่านได้รับเอกสารแผ่นพับจาก ทางโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	8 (5.7)	39 (27.9)	78 (55.7)	15 (10.7)	2.29	0.732	ระดับ ปาน กลาง
15.	บุคคลในครอบครัวมีการจัด สภาพแวดล้อมในบ้านให้ เอื้ออำนวยต่อการดูแลผู้ป่วย	24 (17.1)	95 (67.9)	20 (14.3)	1 (0.7)	3.01	0.587	ระดับ ปาน กลาง
16.	ท่านได้รับความไว้วางใจให้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	52 (37.1)	82 (58.6)	6 (4.3)	0 (0.0)	3.33	0.555	ระดับ มาก
17.	ท่านได้รับสื่อวิทยุ/โทรทัศน์ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	9 (6.4)				2.42	0.690	ระดับ ปาน กลาง

ตารางผนวกที่ ข7 (ต่อ)

(n = 140)

ข้อ	ข้อความ	ได้รับ มาก ที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	ได้รับ มาก จำนวน (ร้อยละ)	ได้รับ น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ รับเลย จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
18.	ท่านมีโอกาสได้เรียนรู้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองกับบุคคล อื่น	8 (5.7)	33 (23.6)	93 (66.4)	6 (4.3)	2.31	0.645	ระดับ ปาน กลาง
19.	ท่านได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์	40 (28.6)	80 (57.1)	19 (13.6)	1 (0.7)	3.14	0.659	ระดับ ปาน กลาง
20.	ท่านได้รับการอบรมให้ความรู้ถึง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	10 (7.1)	34 (24.3)	73 (52.1)	23 (16.4)	2.22	0.805	ระดับ ปาน กลาง

ตารางผนวกที่ ข8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง

1.6 พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Min = 0 Max= 3 S.D.= 1.00 (3-0/3 = 1.00)

ระดับไม่ดี มีคะแนนระหว่าง 0.00- 1.00 คะแนน

ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 1.01- 2.00 คะแนน

ระดับดี มีคะแนนระหว่าง 2.01- 3.00 คะแนน

(n = 140)

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.	ท่านดูแลไม่ให้ผู้ป่วยรับประทาน อาหารประเภทของทอดและมัน	47 (33.6)	57 (40.7)	35 (25.0)	1 (0.7)	2.07	0.783	ระดับดี
2.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทาน อาหารครบทั้ง 5 หมู่	44 (31.4)	66 (47.1)	28 (20.0)	2 (14.0)	2.09	0.754	ระดับดี
3.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานผัก และผลไม้เป็นประจำ	50 (35.7)	65 (46.4)	25 (17.9)	0 (0.0)	2.18	0.712	ระดับดี
4.	ท่านมักปรุงอาหารให้ผู้ป่วยด้วย วิธีการทอดมากกว่านึ่งหรือย่าง	0 (0.0)	27 (19.3)	87 (62.1)	26 (19.6)	1.99	0.617	ระดับ ปานกลาง
5.	ท่านใส่ผงชูรส หรือ น้ำปลา ใน การปรุงอาหารเพื่อให้ผู้ป่วย รับประทานอาหารได้มากขึ้น	3 (2.1)	17 (12.1)	70 (50.0)	50 (35.7)	2.19	0.729	ระดับดี
6.	ท่านดูแลจัดท่านั่งให้ผู้ป่วยอย่าง เหมาะสมก่อนและหลังการ รับประทานอาหาร	44 (31.4)	63 (45.0)	28 (20.0)	5 (3.6)	2.04	0.812	ระดับดี
7.	ท่านได้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทาน ยาตามเวลา	99 (70.7)	30 (21.4)	11 (7.9)	0 (0.0)	2.63	0.627	ระดับดี
8.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา จนหมดแม้ผู้ป่วยไม่มีอาการแล้ว	101 (72.1)	29 (20.7)	7 (5.0)	3 (2.1)	2.63	0.682	ระดับดี
9.	ท่านไม่ค่อยมีเวลาในการฝึก ปฏิบัติให้ผู้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย	4 (2.9)	17 (12.1)	99 (70.7)	20 (14.3)	1.96	0.619	ระดับ ปานกลาง

ตารางผนวกที่ ข8 (ต่อ)

(n = 140)

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
10.	ท่านดูแลรักษาความสะอาดของ ผู้ป่วยหลังการขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะทุกครั้ง	49 (35.0)	55 (39.3)	31 (22.1)	5 (3.6)	2.06	0.846	ระดับดี
11.	ท่านดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยใน การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม	29 (20.7)	61 (43.6)	46 (32.9)	4 (2.9)	1.82	0.789	ระดับ ปานกลาง
12.	เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเล็กน้อย เกิดขึ้นท่านให้การดูแลรักษาด้วย ตนเองไม่ไปพบแพทย์	6 (4.3)	21 (15.0)	81 (57.9)	32 (22.9)	1.99	0.744	ระดับ ปานกลาง
13.	ท่านพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ทุกครั้งแม้จะไม่มีอาการผิดปกติ เกิดขึ้น	114 (81.4)	22 (15.7)	4 (2.9)	0 (0.0)	2.79	0.477	ระดับดี
14.	ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของ บุคลากรทางการแพทย์อย่าง เคร่งครัด	90 (60.3)	44 (31.4)	6 (4.3)	0 (0.0)	2.60	0.573	ระดับดี
15.	ท่านติดตามข้อมูลข่าวสารที่เป็น ประโยชน์เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพของผู้ป่วย	38 (27.1)	78 (55.7)	24 (17.1)	0 (0.0)	2.10	0.660	ระดับดี
16.	ท่านพูดคุยให้กำลังใจโดยรับฟัง อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย	73 (52.1)	50 (35.7)	17 (12.1)	0 (0.0)	2.40	0.697	ระดับดี
17.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการ พักผ่อนอย่างเพียงพอในเวลา กลางคืน 6-8 ชั่วโมง	88 (62.9)	39 (27.9)	10 (7.1)	3 (2.1)	2.51	0.725	ระดับดี
18.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลาย ความเครียดอย่างเหมาะสมโดยให้ ผู้ป่วยฝึกสมาธิ ฟังเพลง ดู โทรทัศน์ หรือหางานอดิเรกให้ ผู้ป่วยทำ	63 (45.0)	52 (37.1)	22 (15.7)	3 (2.1)	2.25	0.797	ระดับดี

ตารางผนวกที่ ข8 (ต่อ)

(n = 140)

ข้อ	ข้อความคำถาม	ปฏิบัติ ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
19.	ท่านจัดสภาพแวดล้อมภายใน บ้านให้มีอากาศถ่ายเทสะดวกและ ปลอดภัย	70 (50.0)	59 (42.1)	7 (5.0)	4 (2.9)	2.39	0.717	ระดับดี
20.	เมื่อยาหมดท่านมักซื้อยาให้ผู้ป่วย รับประทานเองโดยไม่ปรึกษา แพทย์	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (10.0)	126 (90.0)	2.90	0.301	ระดับดี
21.	ท่านคอยเตือนและให้คำแนะนำ ผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่าง เหมาะสมอยู่เสมอแม้ว่าผู้ป่วยจะมี อาการดีขึ้นแล้ว	78 (55.7)	55 (39.3)	6 (4.3)	1 (0.7)	2.50	0.617	ระดับดี
22.	เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นแล้วท่าน ก็ยังปฏิบัติตามคำแนะนำของ แพทย์อย่างเคร่งครัด	93 (66.4)	39 (27.9)	8 (5.7)	0 (0.0)	2.61	0.596	ระดับดี

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล	นางสาววรรธิดา มาศเกษม
วัน เดือน ปี ที่เกิด	28 กุมภาพันธ์ 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพ
ประวัติการศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น ร.ร.สามเสนวิทยาลัย จ.กรุงเทพ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร.ร.สันติราษฎร์วิทยาลัย จ.กรุงเทพ พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยมิชชั่น วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ. 2550 - 2552
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ