



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

Factors Related to Health Behaviors of Hemiplegia Patient

Wichian Buri Hospital Wichian Buri District Phetchabun Province

นามผู้วิจัย นายศรายุทธ สิงห์ช่วงชัย

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, วท.ม.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์หฤยา อาริย์วงศ์, ค.ม.)

หัวหน้าภาควิชา

(อาจารย์อวยพร ตั้งธงชัย, Ph.D.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญญา ชีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

Factors Related to Health Behaviors of Hemiplegia Patient
Wichian Buri Hospital Wichian Buri District Phetchabun Province

โดย

นายศรายุทธ สิงห์ช่างชัย

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อขอความสมบรูณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ศราวุธ สิงห์ช่างชัย 2556: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
อัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุศึกษา) สาขาสุศึกษา ภาควิชาพลศึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม.
96 หน้า

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกโรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์
กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นนี้ คือ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี จำนวน 175 คน
โดยใช้แบบสอบถามทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation)

ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า

1. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง
71 ปีขึ้นไป จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีสถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ย
ต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท
2. ปัจจัยชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คือ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน
3. ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คือ ด้านความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค
แต่ระดับความรู้ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง
4. ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คือ นโยบายและกฎหมายสนับสนุน และการเข้ารับบริการ
โรงพยาบาลวิเชียรบุรี
5. ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คือ การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับแรงสนับสนุน
จากบุคคล แต่ระดับปัจจัยเสริมรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.49

Sarayut Singchangchai 2013: Factors Related to Health Behaviors of Hemiplegia Patient Wichian Buri Hospital Wichian Buri District Phetchabun Province. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Supat Teravecharoenchai, M.Sc. 96 pages.

This descriptive research study aims to identify factors that are associated with health behaviors of patients with hemiplegia Wichian Buri Hospital Wichian Buri District Phetchabun Province. The sample used in this study is that patients with hemiplegia hospital Wichian Buri 175 people by questionnaire and analyzed the data by percentage. Standard deviation. Statistics, Pearson.

The study in the elderly persons revealed that:

1. Patients with hemiplegia hospital Wichian Buri. Most are female. Aged 71 years and graduated from elementary school. Married, Agriculture. The average monthly income of less than 3,000 baht.
2. Biometric social factors associated with health behavior of patients with hemiplegia statistically significant at the .05 level of education, occupation and income per month.
3. Factors that are correlated with the health of patients with hemiplegia. Statistically significant at the .05 attitudes, perceived benefits and barriers. However, the level of knowledge. Perceived benefits and equipment for construction of a patient at a moderate level.
4. Factors conducive to a healthy relationship with the behavior of patients with hemiplegia. Statistically significant at the .01 legal and policy support. And the Service. Wichian Buri hospital.
5. Factors that are associated with health behaviors of patients with hemiplegia. Statistically significant at .01 is to get information from different media and to get support. However, the level of the individual factors included moderate 63.49 percent.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอบพระคุณท่าน รองศาสตราจารย์ ดร. สาโรจน์ โสริรัช ประธานกรรมการสอบ
รองศาสตราจารย์อติลา นิตธรรม ผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีระเวชเจริญชัย อาจารย์
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์หฤยา อาริวงค์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ได้กรุณาตรวจสอบและแนะนำข้อบกพร่องทำให้
วิทยานิพนธ์สำเร็จและมีความสมบูรณ์

ขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านที่ได้กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็นและ
ตรวจทานแก้ไข เสนอแนะจนวิทยานิพนธ์สำเร็จและมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ แพทย์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรี เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ช่วยอัมพาตครึ่งซีก
ในเขตอำเภอวิเชียรบุรีทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
และตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา บุพการี ครอบครัว พี่ ๆ น้อง ๆ ทุกคน
และคณาจารย์ ที่ให้ความห่วงใย ให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้วิจัยตลอดมา จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
สำเร็จในที่สุด คุณประโยชน์ที่จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่ผู้ที่พระคุณต่อข้าพเจ้าทุกท่าน

ศรายุทธ สิงห์ช่างชัย

เมษายน 2556

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(3)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์	4
การตรวจเอกสาร	10
อุปกรณ์และวิธีการ	47
อุปกรณ์	47
วิธีการ	52
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	55
ผลการวิจัย	55
ข้อวิจารณ์	65
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	70
สรุปผลการวิจัย	70
ข้อเสนอแนะ	71
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	74
ภาคผนวก	78
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	79
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	81
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	96

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์	56
2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับเรื่องอัมพาตครึ่งซีก จากโรคหลอดเลือดสมอง	58
3 จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติเกี่ยวกับของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก	58
4 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก	59
5 จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับปัจจัยเอื้อรวมเกี่ยวกับพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก	59
6 จำนวนและร้อยละระดับการได้รับปัจจัยเสริมรวมเกี่ยวกับพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก	60
7 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก	60
8 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางชีวสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์	61
9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์	63
10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์	64
11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์	65

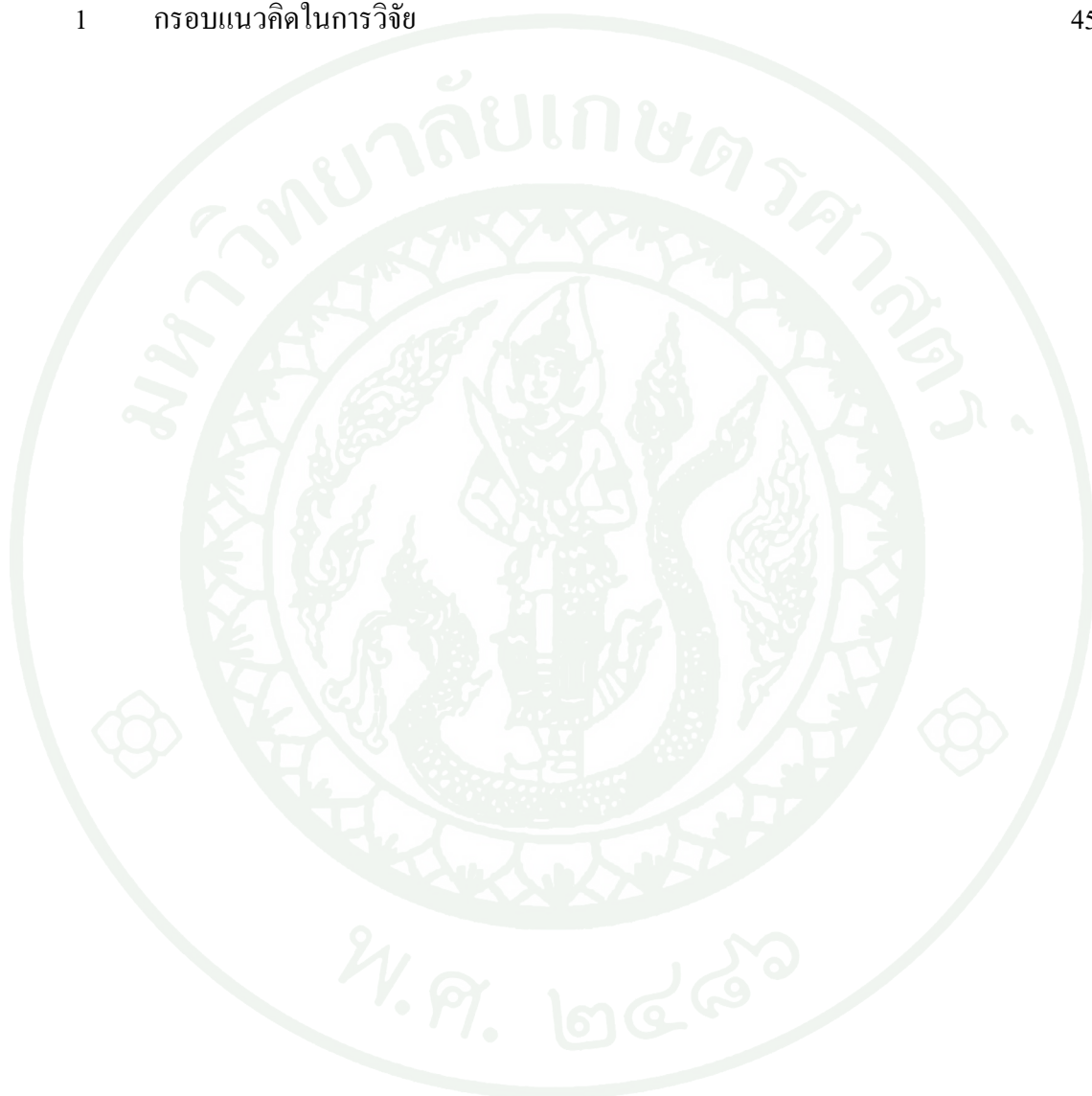
สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

45



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

Factors Related to Health Behaviors of Hemiplegia Patient
Wichian Buri Hospital Wichian Buri District Phetchabun Province

คำนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพคน ให้คนไทยทุกคนได้รับการพัฒนาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความสามารถ ทักษะการประกอบอาชีพ และมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับตนเองที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชนและสังคมไทย โดยเพิ่มจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของคนไทยเป็น 10 ปี พัฒนากำลังแรงงานระดับกลางที่มีคุณภาพเพิ่มเป็นร้อยละ 60 ของกำลังแรงงานทั้งหมด และเพิ่มสัดส่วนบุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนาเป็น 10 คน ต่อประชากร 10,000 คน พร้อมทั้งลดปัญหาอาชญากรรมลงร้อยละ 10 และกำหนดให้อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็น 80 ปี ควบคู่กับลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ใน 5 อันดับแรก คือ หัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง มะเร็ง นำไปสู่การเพิ่มผลิตภาพแรงงาน และลดรายจ่ายด้านสุขภาพของบุคคลในระยะยาว และได้กำหนดการเสริมสร้างสุขภาพของคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างครบวงจร มุ่งการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เสริมสร้างคนไทยให้มีความมั่นคงทางอาหาร และการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย สนับสนุนให้คนไทย ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ควบคู่กับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามช่วงวัย รู้จักการป้องกันโรคเบื้องต้น มีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เล่นกีฬา ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เสริมสร้างความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนในการสร้างสุขภาพที่ดีและพัฒนาสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสมกับสุขภาพมากขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549)

จากในปัจจุบันมีการพัฒนาวิทยาการ และเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาล ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจนพ้นระยะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Disease) ซึ่งเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่จากผลของหลอดเลือดในสมองแตก ตีบ หรืออุดตัน ทำให้อวัยวะบางส่วนในร่างกายหมดความรู้สึก เช่น อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตครึ่งขวา ที่เรียกว่าอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต การรับรู้ในการดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในระยะยาว ต้องเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต การทำงานและการทำกิจกรรมอื่น ๆ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพของตัวผู้ป่วยเอง (บุศราคม, 2552)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Disease) คือ ภาวะที่สมองมีการสูญเสียหน้าที่ไปนานกว่า 24 ชั่วโมง และเมื่อได้รับการตรวจพิเศษแล้วพบว่าสาเหตุเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Disease) (กิตติพันธ์, 2552) ในปี 2548 องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization) รายงานว่าพบประชาชนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 3 ของประชากรโลกประมาณ 6 ล้านคน (ร้อยละ 10) หรือเฉลี่ยนาทีละ 11 ราย (กษพรรณ, 2551) และพบว่าประชากรโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณวันละ 25,000 ราย (Harold, 2007)

โดยพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความผิดปกติของหลอดเลือด มีผลทำให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดของผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ การแบ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มี 3 ระยะ คือ 1) ระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือยังรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียกอาจใช้เวลาตั้งแต่ 1-14 วัน แต่ส่วนใหญ่ มักใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง ซึ่งในระยะนี้ปัญหาสำคัญคือผู้ป่วยอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้จากการมีภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง 2) ระยะหลังเฉียบพลัน (Post Acute Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว โดยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางลดลง อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมง หรือนานกว่า และ 3) ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก (Early Recovery) เป็นระยะ 3 เดือนแรกหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และระยะฟื้นฟูสภาพ

ระยะหลัง (Late Recovery) ซึ่งเป็นระยะที่ผ่านพ้นระยะแรกของการฟื้นฟูสภาพ (นิพนธ์, 2534) จะเห็นได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการป่วยการตายที่สำคัญ และหากผู้รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ (ชัยลักษณ์, 2551) ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงเมื่อมีความพิการเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะเครียดทั้งต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวหรือญาติได้ นอกจากนี้ปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังย่อมส่งผลต่อสังคม ค่ารักษาพยาบาล และเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศชาติได้อย่างมากมาย (กษพรณ, 2551) อย่างไรก็ตามก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากความรุนแรงของโรค มักมีสัญญาณหรืออาการเตือนภัยเกิดขึ้นก่อน ซึ่งหากผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้สัญญาณเตือนภัยดังกล่าว ก็ย่อมส่งผลให้ความรุนแรงของภาวะโรคแทรกซ้อนดังกล่าวน้อยลง (หัสยาพร, 2552)

จากข้อมูลรายงานประจำปีของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาวะที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกแล้วอยู่ในอันดับที่ 6 และโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 9 ของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2552 พบจำนวนผู้ป่วย 248 คน ปี พ.ศ. 2553 พบจำนวนผู้ป่วย 277 คน ปี พ.ศ. 2554 พบจำนวนผู้ป่วย 302 คน และในเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2555 พบจำนวนผู้ป่วย 185 คน (ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลวิเชียรบุรี, 2555) และจากข้อมูลดังกล่าว ทางโรงพยาบาลวิเชียรบุรีจึงได้จัดตั้ง ทีมมิตรภาพบำบัด อันประกอบไปด้วย ทีมสหวิชาชีพ อสม. จิตอาสา และภาคส่วนชุมชน เพื่อประสานงานและติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังในขณะที่รักษาในโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้านโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ไม่ต่อเนื่องและครบถ้วน ผู้ดูแลขาดความรู้และไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อตื้อยึดติด โรคระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น ก่อให้เกิดการสูญเสียโอกาสในการพัฒนาศักยภาพและการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการบริการเพื่อสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงสนใจศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางในการจัดทำแผนการส่งเสริมศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและตัวผู้ป่วย รวมถึงนำไปจัดทำ แนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรในชุมชนเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วย และเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลให้เข้าใจลักษณะของผู้ป่วยและปัจจัยต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องการอันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพงานการดูแลสุขภาพที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ประโยชน์ที่ได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญ คือ

1. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์
2. สามารถนำมากำหนดแนวทางในการรักษาฟื้นฟู การดูแลและพัฒนาความรู้เรื่องผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
3. นำผลที่ได้จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติ การรักษาฟื้นฟูและการดูแลภายในชุมชนต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
อัมพาตครึ่งซีกโรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ทั้งชายและหญิง ตั้งแต่เดือน
พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ถึงมกราคม พ.ศ. 2556

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัด
เพชรบูรณ์

ตัวแปรอิสระ

1. ปัจจัยนำ

- ความรู้เรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง
- ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
- การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

2. ปัจจัยเอื้อ

- นโยบายและกฎหมายที่สนับสนุน
- การเข้ารับบริการของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี

3. ปัจจัยเสริม

- การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ
- การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล

ตัวแปรอธิบาย

ลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก หมายถึง ภาวะความพิการของร่างกายที่เป็นผลมาจากโรคหลอดเลือดในสมองแตก ตีบ หรือตัน และมีได้เกิดจากการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายของสมองที่เกิดจากอุบัติเหตุ ซึ่งทำให้เกิดอาการอ่อนแรง หรือเกร็งซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายที่เรียกว่าอาการอัมพาตครึ่งซีก

ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้าน ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร หรือญาติที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ใกล้ชิด ซึ่งดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดำรงชีวิต สุขภาพอย่างผาสุกในชีวิต โดยครอบคลุมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ ดังนี้

การบริโภคอาหาร หมายถึง รับประทานอาหารเป็นเวลาวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ตามคำแนะนำ ของทีมสุขภาพ ทุกมื้อที่รับประทานอาหารต้องมีผักและผลไม้ นอกเหนือจากข้าวและเนื้อสัตว์ที่ปรุงแล้ว ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ที่ทำให้เกิดอาการมึนเมาหรือสิ่งที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง การออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ไม่ทำให้เสียเวลาและทำได้ด้วยตนเองเป็นประจำโดยไม่ต้องมีคนกระตุ้นเตือน โดยหลังการเป็นอัมพาตสามารถบริหารร่างกายได้ตามปกติทุกครั้งที่บริหารร่างกายและฟื้นฟูสภาพ ไม่รู้สึกกระดากอายต่อความพิการ

การพักผ่อน หมายถึง มีเวลานอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีอาการ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ หรือตื่นเร็วกว่าปกติในตอนกลางคืนหลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับ หรือยากลุ่มที่มีการออกฤทธิ์ให้ง่วงซึม เพื่อให้หลับ มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจอย่างเพียงพอในแต่ละวัน เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือบริหารร่างกาย มีเวลาและสามารถออกไปพักผ่อนหย่อนใจหรือท่องเที่ยวในสถานที่ท่องเที่ยวต่าง ๆ

การป้องกันการเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพ หมายถึง การดูแลเอาใจใส่ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ ตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ รวมถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง เช่น ยาควบคุมความดัน ยาลดไขมันในเส้นเลือดสังเกตความผิดปกติ หรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและไปตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

สุขภาพจิตกับการจัดการความเครียด หมายถึง ผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยงานอดิเรกที่ทำให้สบายใจ เมื่อเครียด และไม่สบายใจ จะรู้ตัวและมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นเสมอพยายามทำจิตใจให้ผ่องใส และคิดถึงสิ่งที่ดีงาม พูดยุติความไม่สบายใจกับบุคคลอื่นที่ไว้วางใจ และรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับ เป็นส่วนหนึ่งในครอบครัวเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นสามารถขอความช่วยเหลือและปรึกษาครอบครัวได้เสมอ

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง โดยในงานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวันซึ่งดัดแปลงมาจากแบบทดสอบ

การรักษาทางกายภาพบำบัด หมายถึง การประเมินรักษาบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ลดภาระการดูแลของญาติ และอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุข

ปัจจัย หมายถึง สิ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย

ปัจจัยนำ หมายถึง แรงจูงใจภายในของบุคคลที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ความรู้เรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความสามารถในการอธิบายหรือเข้าใจเนื้อหา ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองในด้านความหมายสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอัมพาตและการป้องกัน สัญญาณอันตรายผลของโรคอัมพาตต่อร่างกาย จิตใจ และความรู้สึก การวางแผนการตรวจและการรักษา การวินิจฉัยการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทัศนคติของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก หมายถึง ความคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

การรับรู้ประโยชน์ หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วยว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการดูแลตนเองได้

การรับรู้อุปสรรค หมายถึง เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของตนในทางลบ อุปสรรคในการปฏิบัติ ได้แก่ การเข้ารับบริการสุขภาพ ระยะทาง การเดินทาง ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่มีส่วนเอื้ออำนวยให้แก่ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในเขตอำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ แสดงพฤติกรรมได้โดยง่ายหรือยาก ได้แก่ นโยบายและกฎหมายของประเทศไทยที่สนับสนุนและการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี

นโยบายและกฎหมายที่สนับสนุน หมายถึง แผนนโยบายและกฎหมายที่คุ้มครองสิทธิ ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการดูแล รักษา ฟื้นฟู และความเสมอภาคของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหรือผู้พิการตามกฎหมายกำหนด

การเข้ารับบริการของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี หมายถึง การเข้ารับการตรวจรักษา วินิจฉัยโรค และการบำบัดฟื้นฟูตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างครบถ้วน

ปัจจัยเสริม หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ ที่ช่วยให้เกิดแรงผลักดันในการแสดงพฤติกรรม หรือการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล เช่น บุคลากรสาธารณสุข เพื่อน ครอบครัว

การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ หมายถึง บุคคลได้รับรู้ข้อมูลจากสื่อเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ เช่น ป้ายประกาศ แผ่นพับ นิตยสาร หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ และวิทยุ

การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือ แนะนำ เป็นกำลังใจ เอาใจใส่ เพื่อกระตุ้นเตือนจากบุคคล หรือกลุ่มคน เช่น บุคลากรสาธารณสุข เพื่อน ครอบครัว ซึ่งส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

การตรวจเอกสาร

การตรวจเอกสาร การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวคิด ทฤษฎี และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเพื่อกำหนดกรอบแนวคิด ดังนี้

1. บริบทพื้นที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์
2. ความรู้เรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.3 อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกัน
 - 2.5 สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.6 ผลของโรคหลอดเลือดสมอง ต่อร่างกาย จิตใจ และความรู้สึก
 - 2.7 การวางแผนการตรวจและการรักษา
 - 2.8 การวินิจฉัย
 - 2.9 การรักษา
 - 2.10 การฟื้นฟูสภาพ
3. นโยบายและกฎหมายที่สนับสนุน
 - 3.1 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554
 - 3.2 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550
 - 3.3 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี 2550

4. แนวคิด และทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัย

- 4.1 แนวคิด พฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลตนเอง
- 4.2 แนวคิด ทฤษฎีแบบจำลอง PRECEDE (PRECEDE Model)
- 4.3 แนวคิด ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บริบทพื้นที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

โรงพยาบาลวิเชียรบุรีเริ่มก่อตั้งในปี พ.ศ. 2522 โดยเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2525 ได้มีการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง และขนาด 90 เตียง เรื่อยมาจนถึงปี พ.ศ. 2549 ได้พัฒนาเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 150 เตียง ให้การบริการแบบองค์รวม 4 มิติ คือ รักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูแก่ประชาชนในเขตอำเภอวิเชียรบุรี และเป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย จากโรงพยาบาลบึงสามพัน โรงพยาบาลหนองไผ่ และโรงพยาบาลศรีเทพ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี, 2555)

ในปัจจุบันนี้โรงพยาบาลวิเชียรบุรีได้รับการยกระดับจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับสูง นับจากเริ่มก่อตั้งโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบัน ได้มีผู้อำนวยการมาแล้วทั้งสิ้น 2 ท่าน ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิเชียรบุรีคนปัจจุบัน คือ นายแพทย์วิสัน เทียนรุ่งโรจน์

ที่ตั้งของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอบึงสามพัน ห่างจากอำเภอบึงสามพัน 20 กิโลเมตร และห่างจากอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ 100 กิโลเมตร

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอศรีเทพ ห่างจากอำเภอบึงสามพัน 20 กิโลเมตร

ทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดชัยภูมิ

ทิศตะวันตก ติดต่อกับจังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้เริ่มมีการก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2545 ในขณะนั้นโรงพยาบาลมีขนาด 90 เตียง มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน จำนวน 2 คน โดยให้บริการทางกายภาพบำบัดแบบครอบคลุม 4 มิติ คือ รักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูแก่ประชาชนในเขตอำเภอวิเชียรบุรี และรับการส่งต่อผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลบึงสามพัน โรงพยาบาลหนองไผ่ และโรงพยาบาลศรีเทพ โดยเมื่อปี พ.ศ. 2547 ถึง ปัจจุบันนี้มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน จำนวน 6 คน ได้มีการพัฒนาศักยภาพการทำงานแบบเชิงรุกและเชิงรับ คือ มีการออกหน่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพให้บริการรักษากายภาพบำบัดในชุมชน โดยยึดชุมชนมีส่วนร่วม และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการ

ทีมมิตรภาพบำบัด โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้เริ่มจัดตั้ง เมื่อปี พ.ศ. 2547 โดย แพทย์หญิงนิภาพร อรุณวารกรณ์ อายุรแพทย์ เป็นผู้นำในการจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องขึ้น มีทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยทำงานเป็นทีมสหวิชาแบบองค์รวม ให้การดูแลและคัดกรองผู้ป่วยเฉพาะภายใน โรงพยาบาล ต่อมา นายแพทย์นคร อัญมณมงคล อายุรแพทย์คนต่อมา ได้มีการดูแลและคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในพื้นที่นั้น ๆ

ปัจจุบันนี้โรงพยาบาลวิเชียรบุรี มีการขาดแคลนอายุรแพทย์ แต่ยังคงดำเนินการดูแลและคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง จึงได้ก่อตั้งทีมมิตรภาพบำบัด เมื่อปี พ.ศ. 2552 โดยมี คุณสมล สายอุ้นใจ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้นำทีม ดูแลประชากรที่อยู่ในพื้นที่เขตอำเภอวิเชียรบุรีทั้งหมด ต่อมาได้เพิ่มกิจกรรมโดยเน้นการดำเนินงานแบบ Holistic care อย่างแท้จริง โดยมีจิตอาสาจากชุมชนหมู่บ้านละ 1 คนเข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2553 เริ่มมีอาสาสมัคร จิตอาสา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำหมู่บ้าน เข้าร่วมดูแลผู้ป่วยในชุมชนกับทีมมิตรภาพบำบัด จึงมีการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีการวางแผนร่วมกันในการแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ

ความรู้เรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebro Vascular Disease [CVD] หรือ stroke) หมายถึง โรคของสมองและระบบประสาทที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองเกิดตีบ แฉก หรือตัน ทำให้เกิดอาการความเจ็บป่วยทางระบบประสาทอย่างทันทีทันใดหรือเฉียบพลัน (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ทำให้มีอาการพร่องทางระบบประสาท เช่น อาการอ่อนแรงครึ่งซีก พร่องทางการรับรู้สัมผัส หรือมีความลำบากในการสื่อสาร (Jauch, 2005)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2008) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นภาวะรบกวนหน้าที่การทำงานของสมอง ซึ่งเป็นแบบบางส่วน หรือทั้งสมองที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอาการคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง “Rapidly developed clinical sings of focal (or global) disturbance of cerebral function, lasting more than 24 hours or leading to death, with no apparent cause other of vascular origin” และมีสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด คือ การเกิดผนังหลอดเลือดตีบแข็ง (atherosclerosis) เกิดจากการสะสมตัวของไขมัน และแผ่นของลิ่มเลือดบนผนังหลอดเลือดแดงชั้นในของหลอดเลือดสมอง (fatty streak & fibrous plaque) เป็นพยาธิสภาพที่เกิดได้จากหลอดเลือดที่มีขนาดใหญ่ และหลอดเลือดที่มีขนาดเล็ก ผนังหลอดเลือดจะหนาขึ้น เนื่องจากมีไขมันมาพอกและมีการเพิ่มของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่ประกอบเป็นผนังหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดตีบแคบหรืออุดตันจากการเกิดลิ่มเลือด (thrombosis) (ขวัญฟ้า, 2554)

นอกจากนั้นสถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorder and Stroke [NINDS]) ได้ให้คำจำกัดความของ CVD หรือ Stroke ว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเนื่องจากสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกในสมองอาจเกิดจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียว หรือมากกว่า โดยความผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงชั่วคราว หรืออย่างถาวรได้ (National Institute of Neurological Disorder and Stroke [NINDS], 2009)

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โดยทั่วไปสามารถแบ่งโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 2 ชนิด ตามลักษณะของการเกิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หรือจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic Stroke หรือ Occlusive Stroke) และโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke)

1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) คือ มีการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งอาจเกิดจากการที่มีก้อนเลือดจากหัวใจ หรือก้อนไขมันจากหลอดเลือดที่คอบมาอุดที่หลอดเลือดในสมอง หรืออาจเกิดจากโรคหลอดเลือดของสมองเองเกิดการอุดตัน หรือเกิดจากภาวะที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด(เลือดแข็งตัวง่ายกว่าปกติ)ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ส่งผลทำให้เนื้อสมองบางส่วนขาดเลือดเนื่องจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดทำให้รบกวนการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง พบร้อยละ 80-85 ของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแบ่งได้ 2 ชนิด ดังต่อไปนี้

1.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral Thrombosis หรือ thrombotic stroke)ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือด หลอดเลือดที่ส่งไปเลี้ยงสมองถูกอุดตันจากการก่อตัวของลิ่มเลือด (thrombi) จากกระบวนการเกิดผนังหลอดเลือดตีบแข็งและการอักเสบของหลอดเลือดแดงที่ผนังถูกทำลาย การเพิ่มการแข็งตัวของเลือด (coagulation) (McCance, 2006) นอกจากนั้นพบว่าตีบตันมักเกิดจากการมีคราบไขมัน (Atherosclerotic Plaque) เกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้ขนาดรูหลอดเลือดตีบแคบลงพบได้บ่อยบริเวณง่ามแฉก (Bifurcation) และบริเวณส่วนโค้งของหลอดเลือด ส่วนภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันเกิดสิ่งอุดกั้น (Embolus) เล็ก ๆ ที่หลุดออกมาจากหัวใจและหลอดเลือดแล้วมายังการไหลเวียนเลือดในสมองและอุดหลอดเลือดแขนงเล็ก ๆ ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง กลไกการเกิด (Ischemic stroke) จาก atherosclerosis นี้อาจแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดบริเวณที่มีพยาธิสภาพโดยมี thrombus เกิดขึ้นที่ Atherosclerotic Plaque เอง และกลุ่มที่เกิดจากการหลุดของ Emboli (นิจศรี, 2550) พบได้บ่อยในวัยกลางคน วัยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ผู้ป่วยขณะผ่าตัด หรือหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Follin, 2006) ผู้ป่วยอาจมาด้วย stroke หรือ (Transient Ischemic Attack [TIA]) คือ อาการคล้ายภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวหรือมาด้วยปัญหาการมองเห็น เช่น มองไม่ชัด ตามัว ตามองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง (transient monocular blindness) ลักษณะอาการจะค่อย ๆ รุนแรงขึ้น อาจใช้เวลาเป็นชั่วโมง หรือหลายวันจนอาการคงที่ อาการทั่วไปจะดีขึ้นหลัง

เกิดโรคหลอดเลือดสมอง 7 วัน การเฝ้าระวังในช่วงวันแรก ๆ ควรติดตามอาการสมองที่ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (นิจศรี, 2550)

1.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral Embolism หรือ embolic stroke) คือ Ischemic Stroke ที่เกิดจาก emboli จากตำแหน่งอื่นหลุดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มาจากก้อนหลุดลอยจากหัวใจไปอุดตันหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง (cardiac emboli) (Smith *et al.*, 2006) เกิดได้ทุกช่วงอายุ การเกิดก้อนเลือดอุดตันหลอดเลือดทำให้มีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด ภายใน 10-20 วินาที โดยไม่มีอาการเตือนมาก่อน ส่วนใหญ่พบบริเวณส่วนกลางของสมอง (middle cerebral artery) (Follin, 2006) นอกจากนั้นก้อนเลือดอาจมาจากการแตกของลิ้นเลือดนอกสมอง ซึ่งก้อนเลือดที่แข็งตัว และหลุดลอยไปอุดตันเส้นเลือดบริเวณอื่น เป็นสาเหตุให้เกิดการขาดเลือด (ขวัญฟ้า, 2554)

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดแตก หรือโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในเนื้อสมอง (hemorrhage stroke) พบได้ร้อยละ 15-20 แบ่งออกเป็น 2 ชนิด แยกโดยอาศัยบริเวณที่เกิดหลอดเลือดแตก คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดออกในช่องใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage)

2.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) พบได้ทุกกลุ่มอายุ ทำให้หลอดเลือดสมองแตกทันที เลือดมาเลี้ยงสมองลดลง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56-81 นอกจากนั้นอาจเกิดเนื่องจากการแตกของหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (aneurysm) หลอดเลือดมีลักษณะผิดปกติ (arteriovenous malformation [AVM]) หรือมีความผิดปกติจากการแข็งตัวของเลือด การมีเลือดออกภาวะความดันโลหิตสูง มักพบบริเวณเบซัลแกนเกลีย (basal ganglia) ร้อยละ 40 บริเวณทาลามัส (thalamus) ร้อยละ 15 บริเวณพอนส์ (pons) ร้อยละ 8 และพบในซีรีเบลลัม (cerebellum) ร้อยละ 10 (ขวัญฟ้า, 2554)

2.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) มักมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดที่โป่งพองบริเวณก้นสมอง (ruptured aneurysm) หรือสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดแต่กำเนิด พบบริเวณผิวสมอง หรือภายในเนื้อสมอง อาการที่พบ คือ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ตาไม่ทนแสง (photophobia) ระดับความรู้สึกลดลง (Morgenstern, 2004)

2.3 อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองมักเกิดในระบบไหลเวียนของสมองส่วนหน้า (anterior cerebral circulation) จากการทำลายภายในหลอดเลือด middle cerebral artery หรือ internal carotid artery หรือ anterior cerebral artery และสามารถเกิดบริเวณระบบไหลเวียนของสมองส่วนหลัง ส่วน vertebral arteries หรือ basilar artery และ posterior cerebral artery โดยอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีการอุดตัน ดังต่อไปนี้ (Follin *et al.*, 2006)

2.3.1 หลอดเลือดสมองส่วนกลาง (middle cerebral artery [MCA]) ผู้ป่วยมีอาการอัมพาตครึ่งซีกด้านตรงข้าม (หน้า แขน ขา) สายตามองไปด้านเดียวกับ stroke จะเสียการรับรู้ความรู้สึกครึ่งซีกตรงข้าม พูดไม่คล่อง ไม่เข้าใจภาษา (global aphasia) ลานสายตาตรงข้ามผิดปกติครึ่งซีก (hemianopia)

2.3.2 หลอดเลือดคาโรติดส่วนในสมอง (internal carotid artery [ICA]) การอุดตันบริเวณนี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการพร่องทางด้านระบบประสาทสั่งการหรือระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกด้านตรงข้ามอาจมีความยากในการสื่อสาร หรือไม่เข้าใจภาษาที่ใช้สื่อสาร ถ้าเป็นสมองเด่นของผู้ป่วยอาจมีภาวะหมดสติ ถ้ามีพยาธิสภาพบริเวณกว้างทำให้มีการบวมของเซลล์สมองบริเวณก้านสมองหรือบริเวณ thalamus ทั้งสองข้าง

2.3.3 หลอดเลือดสมองส่วนหน้า (anterior cerebral artery [ACA]) การอุดตันของหลอดเลือดนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนแรงของขาเท้า และไหล่มากกว่ามือ ส่วนใบหน้าจะปกติ กลืนปัสสาวะไม่อยู่ เดินไม่ได้ (gait apraxia) เสียการรับรู้ความรู้สึกขา และเท้าด้านตรงข้าม พูดไม่ได้ หรือพูดลำบากแต่พูดตามได้ (motor aphasia) ไม่เข้าใจภาษาแต่พูดตามได้ (sensory aphasia) ไม่สามารถใช้แขนและขาข้างซ้ายตามคำสั่ง (dyslexia)

2.3.4 หลอดเลือดสมองที่อยู่บริเวณก้านสมอง (vertebrobasilar artery) การอุดตันของหลอดเลือดนี้ ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการรับรู้ความเจ็บปวด และอุณหภูมิที่ใบหน้าซีกเดียวกับรอยโรค และร่างกายซีกตรงข้าม อาจทำให้สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก และมีอาการอ่อนแรงอย่างรุนแรง บางรายถึงขั้นหมดสติ ผู้ป่วยมีอาการชารอบปาก มึนงง อ่อนแรง กลืนลำบาก พูดไม่ชัด หลงลืม ทรงตัวไม่ได้ การมองเห็นบกพร่อง เช่น ตาบอดสี มองเห็นภาพซ้อน เป็นต้น

2.3.5 หลอดเลือดสมองส่วนหลัง (posterior cerebral artery [PCA]) การอุดตันของหลอดเลือดนี้ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึกร่างกาย อาจสูญเสียความทรงจำบกพร่องลานสายตา การรับรู้บกพร่องมีความยากในการอ่าน (dyslexia) (ขวัญฟ้า, 2554)

2.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกัน เราแบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 13 ชนิด คือ

2.4.1 ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ภาวะนี้ นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้ที่สำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน อัตราเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง จะสูงกว่าคนปกติราว 3-17 เท่า ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุ และความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงในแต่ละราย จากการสำรวจพบว่าผู้ป่วยอัมพาตร้อยละ 40 เกิดจากความดันโลหิตสูง การป้องกันสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรมีการคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/85 มม.ปรอท และถ้าแรงดันที่มากกว่า 160/90 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลักในการคุมความดันโลหิตเบื้องต้นประกอบไปด้วย การคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก หากการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตแล้วความดันโลหิตยังไม่ลงควรปรึกษาแพทย์ ขอแนะนำให้ตรวจวัดความดันโลหิตทุก 2 ปี ถ้าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มม.ปรอท หลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือความดันโลหิตมากกว่า 180/100 มม.ปรอท ก็ให้ยาลดความดันโลหิต

2.4.2 โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ผู้ป่วยเบาหวานมักจะมีความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงทำให้เพิ่มโอกาสเกิดโรคอัมพาตมีอัตราเสี่ยงต่อโรคเป็น 2-4 เท่าของคนปกติ และยังทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดจับตัวแข็งและแข็งขึ้นจากเนื้อเยื่อที่ยื่นออกจากผนังหลอดเลือด (Atherosclerosis) ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันของหลอดเลือดได้ การป้องกันเบื้องต้นคือการคุมอาหาร การออกกำลังกายและลดน้ำหนัก

2.4.3 โรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจวาย ลิ้นหัวใจตีบ หัวใจเต้นผิดปกติ Atrial Fibrillation เป็นการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติไม่สม่ำเสมอ เลือดไม่ถูกสูบฉีดออกไป ทำให้กลายเป็นลิ่มเลือดในหัวใจ แพทย์จะทราบจากการจับชีพจร และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดลิ่มเลือดในหัวใจและสามารถหลุดลอยไปสมองได้ แพทย์อาจให้ Warfarin เพื่อป้องกันลิ่มเลือดแข็งตัว

2.4.4 Transient Ischemic Attacks (T.I.A.) ผู้ป่วยอัมพาตร้อยละ 15-20 เคยมีอาการนี้ต้องรีบปรึกษาแพทย์และรับประทานยา Aspirin ป้องกัน การอุดตัน ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งเร็วขึ้น สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแดงเกร็งลดความยืดหยุ่นของเส้นเลือด เพิ่มระดับ Fibrinogen และการเกาะตัวของเกร็ดเลือดลด HDL หัวใจทำงานมากขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น CO ในบุหรี่ จะแย่ง Oxygen ทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นหากหยุดสูบบุหรี่วันนี้ก็ทำให้ความเสี่ยงลดลงวันนี้ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ร่วมกับการกินยาคุมกำเนิดทำให้ปัจจัยเสี่ยงโรคอัมพาตเพิ่ม พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้น 2 เท่า ยิ่งเลิกนานเท่าใดความเสี่ยงก็จะลดลง เมื่อเลิกมากกว่า 5 ปีความเสี่ยงจะเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่การเปลี่ยนไปสูบบุหรี่อื่นก็ไม่มีประโยชน์ นอกจากนั้นผู้ที่อยู่ใกล้กับผู้ที่สูบบุหรี่ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ข้อเสนอแนะ คือ ให้เลิกสูบบุหรี่

2.4.5 ไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะ Cholesterol และ LDL Cholesterol การควบคุมประกอบด้วยการคุมอาหารออกกำลังกายและการใช้ยา

2.4.6 ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงแข็ง Atherosclerosis โดยเฉพาะหลอดเลือด Carotid Artery Disease เป็นเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหากมีลิ้มเลือดหลุดลอยไปอุดตันทำให้เกิดโรคอัมพาตพบว่าผู้ชายจะมีโอกาสเป็นร้อยละ 7-10 ส่วนผู้หญิงจะมีโอกาสเป็นร้อยละ 5-7 เมื่ออายุเกิน 65 ปี แพทย์จะทราบโดยการฟังได้ยินเสียงฟู่ที่หลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงที่ขาตีบ (เวลาเดินจะปวดขา) จะมีโอกาสเกิดหลอดเลือดที่คอตีบด้วย ข้อเสนอแนะหากผู้ที่มีหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองตีบก็ควรไปปรึกษาแพทย์เพื่อผ่าตัด

2.4.7 อายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 10 เท่า ทุก ๆ ช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น 20 ปี โดยพบว่า

อายุต่ำกว่า 45 ปี	ความชุกของโรค 66/100000
อายุ 45-65 ปี	ความชุกของโรค 998/100000
อายุมากกว่า 65 ปี	ความชุกของโรค 5063/100000

เนื่องจากผู้สูงอายุ มักเป็น HT, DM or Heart Disease

2.4.8 ความอ้วน พบว่า จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย โดยเฉพาะอ้วนแบบลงพุงข้อแนะนำให้ลดน้ำหนัก

2.4.9 ภาวะขาดการออกกำลังกาย หรือไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยทำให้เกิดความอ้วนและความเครียด อาจทำให้เสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดยิ่งออกกำลังกายมากยิ่งคุ้มครองมาก แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที

2.4.10 โภชนาการที่ไม่เหมาะสมมีหลักฐานยืนยันว่าการบริโภคผักและผลไม้จะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้วันละ 5 ส่วน (ผลไม้หนึ่งส่วน = ส้มหนึ่งผล หรือกล้วยหนึ่งใบ กล้วยหอมครึ่งใบ มะละกอ 8 ชิ้นคำ สับปะรด 6 ชิ้นคำ แตงโม 12 ชิ้นคำ ชมพู 3 ผล ขนุนสองขวง เป็นต้น)

2.4.11 การดื่มสุรา ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้หลายทาง ดังนี้

2.4.11.1 ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Cardiac Arrhythmia) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy) ซึ่งเป็นสาเหตุในการเกิด Cerebral Embolism)

2.4.11.2 การดื่มสุราเป็นประจำ (Habitual Alcohol Consumption) จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ

2.4.11.3 ทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (Thromboembolism) โดยกระตุ้นกลไก การแข็งตัวของเลือด (Coagulation Pathway) ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเลือดเพิ่มขึ้น และยิ่งกว่านั้นแอลกอฮอล์ยังทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Regional Cerebral Blood Flow) ลดลงด้วย

2.4.12 การใช้ยาคุมกำเนิด ความเสี่ยงเกิดจากการใช้ยาคุมกำเนิดที่มีระดับฮอร์โมนสูง ปัจจุบันมีระดับฮอร์โมนต่ำความเสี่ยงจึงไม่มาก ข้อแนะนำสำหรับผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงก็ให้รับประทานยาคุมกำเนิดได้แต่ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาคุมกำเนิด

2.4.13 ผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (Prior Stroke: TIA)

จากการศึกษาของ National Survey of Stroke ในสหรัฐอเมริกา พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อนจะสูงกว่าผู้ที่เป็นครั้งแรกถึง 30-50 เท่า คิดเป็น 4-5 เปอร์เซ็นต์ต่อปี วิธีลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลง หรือรักษาหรือควบคุมได้แก่

- 1) โรคความดันโลหิตสูง
- 2) โรคเบาหวาน
- 3) โรคหัวใจ เช่น การเต้นของหัวใจที่ผิดปกติจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านี้

จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่แล้วมาจากสาเหตุของพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ ส่วนตัวของแต่ละบุคคล มีเพียงส่วนน้อยที่อาจเกิดจากพันธุกรรม อายุและเพศซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงสามารถควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยง นอกจากการรักษาความดันโลหิตสูง การรักษาเบาหวาน การงดบุหรี่ การรักษาไขมันในเลือดสูง ยังสามารถป้องกันโรคอัมพาตได้ดังนี้

- 1) ลดอาหารไขมัน โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว เนื่อสัตว์ติดมัน หนั๋ง นม เนย ปลาทองโก้ ของทอด เช่น ไก่ทอด กุ้งแช่เบก โรตีสีมันทอด ใช้น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก

- 2) ให้รับประทานผักและผลไม้ให้มากเนื่องจากมีแร่ธาตุโพแทสเซียม Folic และสารต้านอนุมูลอิสระ Antioxidant ซึ่งช่วยป้องกันโรคอัมพาตได้รับประทานอาหารตามหลัก

- 3) จำกัดการดื่มสุราไม่เกิน วิสกี้ 1 เป๊ก ไวน์ไม่เกิน 1 แก้ว เบียร์ไม่เกิน 1 ขวด

- 4) ลดอาหารเค็ม ไม่ใส่เกลือ ไม่รับประทานอาหารดอง

5) ออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ อาจเดินเร็ว ๆ วันละ 30 นาทีอาจจะเดินกับเพื่อนสนิทผู้รู้ใจทำให้เป็นกิจวัตรประจำวัน ถ้าไม่ชอบเดินอาจหากิจกรรมอื่น เช่น การเดินรำ การว่ายน้ำ จักรยาน เล่นกีฬา

6) รักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (บุษราคัม, 2552)

2.5 สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน หรือสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง อาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีการโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสมองขาดเลือดชั่วคราว ความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจะเป็นระยะสั้น ๆ เกิดประมาณ 5-10 นาที และจะหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งมีลักษณะคล้ายภาวะสมองขาดเลือด (Transient Ischemic Attack [TIA]) (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2004) โดยทั่วไปแล้ว TIA มักกินเวลาไม่เกิน 10-15 นาที เพราะถ้านานกว่านี้มักจะมีการตายของเนื้อสมองอย่างถาวร สาเหตุมักเกิดจาก atherosclerosis ของหลอดเลือดใหญ่ ทำให้มี arterial to arterial embolism หรือจาก cardiogenic emboli และในบางครั้ง lacunar stroke (lacunar stroke) ซึ่งเกิดจากโรคของหลอดเลือดขนาดเล็กหรือเกิดจากเนื้อสมองตายขนาดเล็ก ๆ และปรากฏอยู่ในเนื้อสมองตำแหน่งเล็ก ๆ มักจะมีอาการไม่รุนแรง อาจมาด้วย TIA เป็นอาการนำก็ได้ (นิจศรี, 2550; นิพนธ์, 2544)

สถาบันโรคระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American National Institute of Neurological Disorder and Stroke) (NINDS, 2009) จัดอาการเตือนออกเป็น 5 อาการหลักดังต่อไปนี้

- 1) มีอาการชาหรืออ่อนแรงแขนขาหรือใบหน้าข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด
- 2) อาการสับสน พูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด
- 3) ตามัวหรือมองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด
- 4) อาการเดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวและการทำงานประสาน สัมผัสของแขนและขาทันทีทันใด
- 5) มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง โดยไม่มีสาเหตุทันที

สถาบันโรคระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศออสเตรเลีย (Australia's National Stroke Foundation) (NSF, 2009) ได้จัดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 6 อาการหลัก ได้แก่

- 1) มีอาการชาหรืออ่อนแรงแขนขาหรือใบหน้าข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด
- 2) อาการสับสน พูดลำบาก หรือพูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด
- 3) ตามัวหรือมองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด
- 4) อาการเดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวและการทำงานประสาน สัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด
- 5) มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง โดยไม่มีสาเหตุทันที
- 6) เพิ่มประเด็นเรื่อง อาการกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด

อาการหรือสัญญาณเตือนภัยที่สำคัญที่ควรให้ความสำคัญและสังเกตสม่ำเสมอมีดังนี้ อาการชา หรืออ่อนแรงที่หน้า แขนหรือขาซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด ความรู้สึกเปลี่ยน (อะอะไววายสับสน ซึมลง) หรือพูดลำบาก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด ปัญหาการมองเห็น ตามัว หรือเห็นภาพซ้อนของตาข้างใดข้างหนึ่งหรือสองข้างอย่างทันทีทันใด อาการมึนงง เวียนศีรษะ เดินไม่ได้ เดินลำบาก เดินเซ หรือสูญเสียการทรงตัวในการยืนอย่างทันทีทันใด อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงอย่างทันทีทันใดไม่ทราบสาเหตุ ถ้าพบอาการข้างต้นข้อใดข้อหนึ่งอย่างทันทีทันใด ให้สงสัยว่าอาจเป็นอาการเริ่มแรกของการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ควรรีบนำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดเพื่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัย และรับการรักษาโดยเร็ว เนื่องจากอาการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนับเป็นสัญญาณเตือน ซึ่งเรียกว่าภาวะ Transient ischemic attack (TIA) ภาวะนี้จะรุนแรงน้อยกว่าอัมพฤกษ์ อัมพาต มีอาการ ไม่เกิน 1 ชั่วโมง แล้วหายไปเองได้ อาการเตือนนี้ไม่จำเป็นต้องเกิดล่วงหน้าในผู้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตทุกคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2552)

ผลของโรคหลอดเลือดสมอง ต่อร่างกาย จิตใจ และความรู้สึก

ผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองซีกขวานี้จะมีอาการอ่อนแรงข้างซ้าย บางคนไม่สามารถใส่กระดุมเสื้อได้หรือใส่เสื้อผิดผูกเชือกกรองเท้าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกซ้าย สมองซีกซ้ายทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายซีกขวา การพูด และภาษา ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองซีกซ้ายจะมีอาการอ่อนแรงข้างขวาบางคนพูดไม่ได้แต่รับรู้เรื่องถ้าเป็นมากจะไม่สามารถทั้งรับฟังและการพูด ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองน้อย สมองน้อยทำหน้าที่การทรงตัว การประสานงานของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่สมองส่วนนี้เสียหายจะมีอาการทรงตัวไม่ได้ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ก้านสมองก้านสมองเป็นทางผ่านของเส้นประสาทที่นำคำสั่งจากสมองไปยังร่างกาย ผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และความรู้สึกได้แก่ (บุษราคัม, 2552)

1. อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อข้างใดข้างหนึ่ง อาจจะเป็นทั้งแขนและขา
2. มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น การนั่ง การยืน หรือการเดินไม่ได้ แม้ว่ากล้ามเนื้อยังคงมีแรงอยู่
3. ปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถพูดและไม่สามารถเข้าใจภาษาทั้งพูดและเขียน (Global Aphasia) บางรายพูดไม่ได้แต่ฟังรู้เรื่อง (Motor Aphasia) บางรายพูดลำบาก (Dysarthria)
4. ผู้ป่วยบางรายไม่สนใจวัชระข้างใดข้างหนึ่ง มักเกิดในผู้ป่วยที่อ่อนแรงข้างซ้าย
5. มีอาการชา หรือปวดข้างใดข้างหนึ่ง
6. ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ความคิด และการเรียนรู้
7. ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนอาหาร
8. มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

9. ผู้ป่วยอาจมีอาการเหนื่อยง่าย

10. ผู้ป่วยอาจจะมีอารมณ์ผันผวนเช่น หัวเราะ หรือร้องไห้เสียงดัง

การวางแผนการตรวจและการรักษา

ผู้ป่วยที่มีสัญญาณอันตราย ควรดำเนินชีวิตโดยไม่ประมาท เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การเลือกรับประทานอาหาร และการตรวจสุขภาพประจำปี เมื่อแพทย์ได้ข้อมูลประวัติผู้ป่วยที่มีสัญญาณอันตราย แพทย์จะตรวจร่างกายโดยวัดความดันโลหิต ฟังหัวใจว่ามีเสียงลิ้นหัวใจรั่วหรือไม่ ฟังเสียงที่หลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอว่ามีเสียงฟู่หรือไม่ ถ้าได้ยินเสียงฟู่ แพทย์จะส่งตรวจคลื่นความถี่สูง Doppler Ultrasound Scan เพื่อวัดว่าหลอดเลือดแดงที่คอตีบมากน้อยแค่ไหน ถ้าหากตีบน้อยกว่าร้อยละ 70 แพทย์จะให้ยา Aspirin หรือ Ticlopidine ถ้าหากตีบเกินร้อยละ 70 แพทย์จะแนะนำผ่าตัด (บุษราคัม, 2552)

การวินิจฉัย

สามารถกระทำได้หลายวิธีดังนี้

1. การใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า Magnetic Resonance Imaging (MRI) Scan ซึ่งสามารถบอกสมองขาดเลือดได้ดี
2. การใช้ X-Ray Computer สามารถบอกเส้นเลือดในสมองแตกได้ดี
3. การฉีดสีเข้าหลอดเลือดแดงที่คอ สามารถบอกว่ามี Aneurysm และ AVM Malformation ได้ดี

การรักษา

ขึ้นอยู่กับสาเหตุของการเกิดอัมพาต ขนาดของอัมพาต และขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคน

1. คุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

2. ผู้ป่วยที่หลอดเลือดตีบ ต้องให้ Aspirin หรือ Ticlodipine เพื่อป้องกันลิ่มเลือดถ้าผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเร็วอาจจะให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองแตกต้องคุมความดันในสมองไม่ให้สูงเกินไปโดยให้ยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วยที่เป็น Aneurysm ให้รักษาโดยการผ่าตัด (บุษราคัม, 2552)

การฟื้นฟูสภาพ

เป้าหมายสำคัญ คือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะช่วยเหลือตัวเอง และมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถให้การฟื้นฟูได้ดี เป็นผู้ป่วยที่สามารถที่จะรับรู้ เข้าใจ และติดต่อกับคนอื่นได้ เพราะการเรียนรู้เป็นขั้นตอนการฝึกที่สำคัญของการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่การฟื้นฟูได้ผลดี จะต้องมีลักษณะดังนี้คือ

1. ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และสังคมที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย
2. มีการฟื้นตัวของความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้เร็วภายใน 1-2 สัปดาห์
3. มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อลำตัว สะโพก หัวไหล่โดยเร็ว โดยเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนต้นได้ภายใน 2-4 สัปดาห์
4. มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อแต่ละมัด โดยเร็วสามารถควบคุมกล้ามเนื้อแต่ละมัดได้ภายใน 4-6 สัปดาห์
5. มีอารมณ์ดี ไม่มีอาการซึมเศร้า มีการรับรู้ที่ดี ผู้ป่วยที่การฟื้นฟูได้ผลไม่ดีได้แก่
 - ผู้ป่วยอยู่ในระยะ Coma นานไป
 - อยู่ในระยะปากเปือก นานเกิน 2 เดือน
 - มีอาการเกร็งหรืออ่อนแรงกล้ามเนื้อต้นขา
 - ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย
 - ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
 - ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสายตา

- ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน
- ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า
- ผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่งในผู้พิการ อัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง เพราะจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่จะเกิดตามมา เช่น อาการข้อติด ผิดรูป ข้อไหล่หลุด เป็นต้น ซึ่งจะเป็อุปสรรคขัดขวางทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่น มีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางลบ ไม่มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย รวมถึงเป็นภาระของญาติ ผู้ดูแล รวมถึงสังคมรอบข้าง อีกทั้งยังส่งผลต่อภาวะจิตใจของผู้พิการ มีแนวโน้มอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งมาจากภาวะพร่องความสามารถจากความพิการที่เกิดขึ้น ดังนั้นการบำบัดฟื้นฟูร่างกาย และกล้ามเนื้อโดยกระบวนการทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ในที่นี้รวมไปถึงการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน การเข้ากลุ่ม สื่อและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือด้านการบำบัดฟื้นฟู จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้พิการฟื้นฟูความสามารถตามศักยภาพที่มีอยู่ ช่วยเหลือตนเองและลดภาระของผู้ดูแล (บุษราคัม, 2552)

นโยบายและกฎหมายที่สนับสนุน

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554

ได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานด้านผู้พิการ คือ คนพิการได้รับการคุ้มครองสิทธิ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่และเสมอภาคภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรคโดยได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมเจตคติที่ดีของคนพิการ ครอบครัวและสังคมที่มีต่อความพิการ และคนพิการ โดยส่งเสริมให้จัดกิจกรรมทางสังคมให้คนพิการและครอบครัวมีโอกาสแสดงศักยภาพ และมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม เสริมสร้างเจตคติที่ถูกต้องและสร้างสรรค์ต่อคนพิการ และครอบครัว สนับสนุนให้คนพิการมีงานทำและสนับสนุนการจัดทำสื่อที่มีคุณภาพเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมศักยภาพการมีส่วนร่วมและความเสมอภาคของคนพิการ

ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมการจัดสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของคนพิการ โดยผลักดันนโยบายและวาระแห่งชาติในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรค และส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

การประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เป็นผลให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิและได้รับการอย่างครอบคลุมทั่วถึงมากขึ้น โดยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดสวัสดิการมุ่งเน้นการส่งเสริมศักยภาพและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ สังคมมีการปรับเจตคติที่ดีต่อคนพิการและเปิดโอกาสให้คนพิการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น ตามพระราชบัญญัตินี้มีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

มาตรา 20 คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ดังต่อไปนี้

1. การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เพื่อปรับสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ การส่งเสริมการประกอบอาชีพและบริการสื่อสิ่งอำนวยความสะดวกเทคโนโลยีหรือความช่วยเหลืออื่นใดเพื่อการทำงานและประกอบอาชีพของคนพิการ
3. การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเศรษฐกิจและการเมืองอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ตลอดจนได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการได้แก่

3.1 การจัดสวัสดิการเบี้ยคนพิการ

3.2 การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

การมีผู้ช่วยคนพิการหรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่นตามหลักเกณฑ์และกลวิธี
ที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 37 จัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการในอาคาร สถานที่
ยานพาหนะบริการขนส่งหรือบริการสาธารณะอื่นให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

3.3 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี 2550

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี 2550 มีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

มาตรา 4 เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของ
บุคคล

มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอกันในทางกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตาม
กฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล

มาตรา 32 บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย

มาตรา 54 บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ มีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จาก
สวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข
การศึกษาและวัฒนธรรม ต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือ
ทุพพลภาพและอยู่ในสภาวะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้ (ข้อศกฯ, 2553)

แนวคิด และทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัย

แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเอง

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่เชื่อว่า จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี เป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อดำรงภาวะสุขภาพและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ (แฮริส และกลูเตน อ้างใน Pender, 1987)

Pender (1996) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เป็นปกติและสม่ำเสมอ เพื่อการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตามความเชื่อของตน เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

Good (1959) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึง การปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงในที่ไม่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น (นิ่มอนงค์, 2549)

Murray and Zentner (1993) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความสุข เกิดศักยภาพที่สูงสุดของครอบครัวกลุ่มชนและสังคม

จุฬารัตน์ โสตะ (ม.ป.ป.) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ทักษะ ค่านิยม ความรู้สึกและการแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยและการฟื้นฟูสภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเป็นประจำและเป็นปกติและสม่ำเสมอ เพื่อการป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดี (Pender, 2006) โดยแบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค

นิ่มอนงค์ (2549) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสมทางการแพทย์และสาธารณสุขเชื่อว่า การปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคลนั้นเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้คนมีสุขภาพดี หนีจากโรคและป้องกันมิให้เกิดโรคได้ง่าย

คาลส์ และ โคปี (1996) ได้เสนอรูปแบบของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ หรือ พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบได้แก่

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมสุขภาพ (Preventive Health Behaviors or Health Behaviors) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อการป้องกันโรคมิให้เกิดขึ้น และเป็น การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี ไม่มีอาการของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อคงไว้ ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และการส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ อยู่เสมอ เช่น การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณ ที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การเดิน การบริหารร่างกาย การไม่บริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ และยังรวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน เช่น คัดเลือกนิรภัยสำหรับผู้ขับขี่รถยนต์ การสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ การเชื่อฟัง กฎจราจร และการปฏิบัติตามกฎระเบียบเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน และยังรวมถึงการสวดมนต์ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเมื่อรู้ ว่า ตนเองเจ็บป่วย หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลมีความเชื่อว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยอธิบายหรือตีความหมายของอาการที่เกิดขึ้น จากประสบการณ์ของตนเอง จากการปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อน และแสวงหาความช่วยเหลือด้วย วิธีการต่าง ๆ เพื่อให้อาการของความเจ็บป่วยนั้นลดลงหรือหายไปก่อนที่จะมาพบแพทย์

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick Role Behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคล กระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นการปฏิบัติของบุคคลที่กระทำโดยที่ตนเองหรือ บุคคลอื่นกำหนด เช่น การรับประทานอาหารตามที่แพทย์สั่ง การหยุดจากการทำงานตามปกติ เพื่อให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายไป รวมถึงการลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

เป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะเป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไร ดังนั้น การดูแลตนเองจึงหมายถึง การดูแลตนเองขณะมีสุขภาพดี ตลอดจนวิธีการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ รู้จักป้องกันตนเองจากโรคและสิ่งอันตรายที่มีต่อสุขภาพตนเองรวมถึงสมาชิกในครอบครัวด้วย ดังนั้นการดูแลตนเองจึงได้รับความสนใจและยอมรับว่ามีบทบาทสำคัญในเรื่องสุขภาพอนามัย

Levin (1981) ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ประชาชนทั่วไปสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคระยะเริ่มต้นและการรักษาเบื้องต้น ในระดับที่เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญขั้นพื้นฐานในระบบบริการสุขภาพ

Pender (1982) ให้การดูแลตนเองว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่อง และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วนจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลตนเองมากขึ้น

Orem (1991) ให้ความหมายการดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate Action and Goal Oriented) ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำและผลของการกระทำ

ในระยะที่ 1 จะเห็นว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และจะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่กระทำนั้นจะต้องมีประสิทธิภาพ และให้ผลตามที่ต้องการ

ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายและการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง การดูแล

ตนเองจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ถ้ากระทำไปสักระยะหนึ่ง การที่นักส่งเสริมสุขภาพมีความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเอง จะมีส่วนช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisites) ประกอบด้วย การดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลเป็นความต้องการพื้นฐานของชีวิต ได้แก่

1.1 คงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ และอากาศที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อการเติบโตและการพัฒนาการของร่างกาย ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงการเลือกรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษต่อร่างกาย

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ โดยการดูแลตนเองให้มีการขับถ่าย และการจัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย รวมถึงการระบายสิ่งปฏิกูลให้เป็นไปตามปกติ ตลอดจนการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน โดยเลือกกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์และสติปัญญา มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว กับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม ซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองให้ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น เพื่อสร้างมิตรภาพและความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เป็นการส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ โดยการที่สนใจและรับรู้ต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้น มีการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย การพยายามหลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ รวมถึงการควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการของตนเองภายใต้ระบบสังคม โดยการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาตนเอง กิจกรรมที่ส่งเสริมรักษาโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองตามกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา แบ่งเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วัยต่าง ๆ คือ ขณะอยู่ในครรภ์มารดา วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ จะเห็นว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นเรื่องสำคัญมากในยุคปัจจุบัน ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วเช่น การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่นเพื่อป้องกันสิ่งเสพติด การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ได้รับอันตรายหรือทุพพลภาพ เพื่อให้พึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด โดยในหัวข้อนี้มีส่วนสัมพันธ์กับงานวิจัยในการดูแลตนเองของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเมื่อมีภาวะความพิการเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะต้องมีการดูแลตนเองเป็นอย่างมากเพื่อจะป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งยังมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเป็นโรคซ้ำหรือโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกัน เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ผู้พิการจึงต้องมีความสนใจ และใส่ใจในการดูแลตนเองอยู่ตลอดเวลาเกี่ยวกับ การดูแลตนเองสรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติตนเองด้วยความเต็มใจ เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำอย่างมีเป้าหมาย และต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในด้านของการส่งเสริมสุขภาพนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนอง และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือพิการ จะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปและการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย

เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ที่ปกติ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลตนเองของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากจะเป็นการดูแลในด้าน กิจกรรมประจำวันซึ่งเป็นพื้นฐานของชีวิตแล้วยังรวมไปถึงการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ เช่น ในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพ ด้านการพักผ่อนด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพ และด้านสุขภาพจิตกับการจัดการความเครียด เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

แนวคิด ทฤษฎีแบบจำลอง PRECEDE (PRECEDE Model)

PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษา โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ ที่มีแนวคิดว่าการเกิดพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดกลวิธีในการดำเนินงาน สุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่งคือคุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์ แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 7 ขั้นตอนดังนี้ (Green and Kreuter, 1991)

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Phase 1: Social Diagnosis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์ โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน ผู้ใช้แรงงาน หรือผู้บริโภค สิ่งที่สามารถประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพ ก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค

และภาวะสุขภาพตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเกิดการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรม (Phase 3: Behavioral Diagnosis)

จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น สาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขภาพจะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุ อันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4: Educational Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพ โดยในขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะมีความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากการประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยโน้มน้าว ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม-เศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลกระหนาบต่อการวางแผนโครงการทางสุขภาพด้วยความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอ ที่จะก่อให้เกิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่ง แล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมาเป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่าง พวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ แล้วความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ หมายถึง ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องจริงให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ

1. ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพ หรืออยู่ในอันตราย
2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็อันตรายต่อสุขภาพในด้านของ ความเจ็บปวดทรมาน การเสียเวลา เสียเศรษฐกิจ
3. ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่า จะคุ้มค่ามากกว่าราคา เวลา และสิ่งต่าง ๆ ที่ลงทุนไป เมื่อมีความเชื่อดังกล่าวแล้วจะทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญ ให้ความสำคัญในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่วางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุการกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลชุมชน รวมทั้งลักษณะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะทาง เวลา นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่าย

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของคำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้พฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวมาแล้วคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะจากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาเฉพาะเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว โดยในการวิเคราะห์จะกำหนดว่าสาเหตุทางพฤติกรรมควรเรียงลำดับตามความหมาย ดังต่อไปนี้

1. เป็นแรงจูงใจที่จะต้องกระทำให้ได้
2. การดัดแปลงหรือหาแหล่งทรัพยากรที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้
3. เป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่บุคคลอื่นแสดงออกให้ทราบหลังจากพฤติกรรมนั้นแล้ว
4. ต้องมีการเสริมแรง และทำให้พฤติกรรมนั้นคงทนต่อไป
5. ในการเสริมแรงหรือการลงโทษของพฤติกรรมนั้น อาจมีผลกระทบถึงปัจจัยนำรวมทั้งปัจจัยเอื้อด้วยเช่นกัน

ขั้นตอน 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Phase 5: Selection of Educational Strategies)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึง
การผสมผสานหลายเทคนิค หลายกลวิธีด้านสุขศึกษาเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase 6: Administrative Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหาร จัดการที่มีผลต่อ
การดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลทั้งในด้านบวกคือ ทำให้โครงการ
บรรลุเป้าหมายหรือมีผลตรงข้ามคือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ งบประมาณ
ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กร ดังนั้นในการวางแผน
เพื่อดำเนินงานสุขศึกษาใด ๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่น ๆ
และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มี
ต่อพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Phase 7: Evaluation)

ขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนที่ดำเนินการในทุกขั้นตอน โดยทั้งนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์
ในการประเมินผลและดัชนีตัวชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลใน PRECEDE Framework
จะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุขศึกษา
การประเมินผลกระทบของโครงการ หรือ โปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุด คือ
การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้
จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว

แนวคิด ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือ
ทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจ
เป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมี
สุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน
เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขก็ได้
(Cobb, 1976)

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่ใจและมีความรักความหวังดีในตนเองอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกละอายใจและมีค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือด้าน จิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงความห่วงใย การไปเยี่ยมเยียนด้วยความจริงใจ
2. Appraisal Support คือ การสนับสนุนในการให้ประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) ต่อการกระทำ การเห็นพ้องหรือการรับรอง (Affirmation) ถึงผลของการปฏิบัติ
3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) ตักเตือนให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร
4. Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและเวลา เช่น ให้แรงงาน ให้เงิน ให้เวลา เป็นต้น

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlie (1985) นักพฤติกรรมศาสตร์ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ในสังคมชุมชน ที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคล ที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของของความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์หรือโครงสร้างของเครือข่าย แรงสนับสนุนทางจิตใจแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support) ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เปรมจิต (2550) ได้ศึกษาการฟื้นฟูสภาพโดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วย สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งจะต้องออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคอาจแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ผลที่ได้คือการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย และเพิ่มสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นปัญหานี้ควรได้รับการแก้ไข โดยการออกกำลังกาย ซึ่งพัฒนามาจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

กชพรรณ (2551) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 100 คน ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงสิงหาคม 2551 ที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใดปฏิบัติ 3) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปรารถนาที่จะปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า การจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นและควรสนองต่อความต้องการตั้งแต่การเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

บุษราคัม (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัด เชียงใหม่ และเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสันทราย เคยมารับการบำบัดฟื้นฟูที่ศูนย์ ฟื้นฟูผู้พิการวัดห้วยเกียง แต่ไม่สามารถมารับบริการการบำบัดฟื้นฟูที่ศูนย์อย่างต่อเนื่องได้ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 11 กิจกรรม โดยในการจัดโปรแกรมมีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ 1) กลุ่มผู้พิการในชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย 2) กลุ่มผู้พิการที่มารับการบำบัดฟื้นฟูในศูนย์ 3)ญาติผู้ป่วย และ 4) อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการด้วย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล คือ แบบสังเกต แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบทดสอบกำลัง กล้ามเนื้อ และแบบประเมินกิจวัตรประจำวันผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งก่อนและหลังการทำ กิจกรรม 4 สัปดาห์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้ Paired Samples t-test

ช่อผกา (2553) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือ ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลสันป่าเป้า อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาดำเนินการตามหลักเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมโดยใช้แบบการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัด The Samphan Framework of Practice เป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษา วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา แนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้อง กับความต้องการของผู้พิการ โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 13 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน จำนวน 9 คน และผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 คน ในตำบลสันป่าเป้า อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มเป็นหลัก ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยมีปฏิกิริยาโต้ตอบและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและความต้องการของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองและผู้นำ ชุมชนได้แก่ ด้านการเงินและงบประมาณ ด้านการให้บริการสาธารณสุขในชุมชน ด้านร่างกาย จิตใจ และด้านเจตคติของสมาชิกในชุมชนต่อผู้พิการต่อตนเอง สำหรับข้อเสนอแนวทางการมี ส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้พิการของสมาชิกกลุ่ม พบว่า ครอบคลุมการช่วยเหลือผู้พิการทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการส่งเสริมอาชีพแก่ผู้พิการและผู้พิการสามารถ พึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ช่วยให้เกิดเป็นชุมชนที่พึ่งพาตนเองและส่งเสริมสังคมสุขภาวะต่อไป

ขวัญฟ้า (2554) ได้ศึกษาการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ คือโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทำให้เกิดการเสียชีวิต และเกิดความพิการ และยังมีผลต่อสังคม เศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูญเสียงบประมาณทางสาธารณสุขของประเทศ การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติ ที่อาศัยอยู่ตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 398 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติ มีระดับการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.73$, $\bar{X} = 3.75$, $SD = 0.53$) ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติ มีระดับการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางที่ไม่แตกต่างกัน ในเรื่องอาการชา หรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าข้างใดข้างหนึ่งอย่างค่อยเป็นค่อยไป ($\bar{X} = 2.26$, $SD = 1.13$, $\bar{X} = 2.89$, $SD = 1.35$) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังมีการรับรู้ในระดับปานกลาง เรื่องอาการพูดเอะอะโวยวาย สับสน ซึมลงอย่างทันทีทันใด ($\bar{X} = 2.86$, $SD = 1.37$)

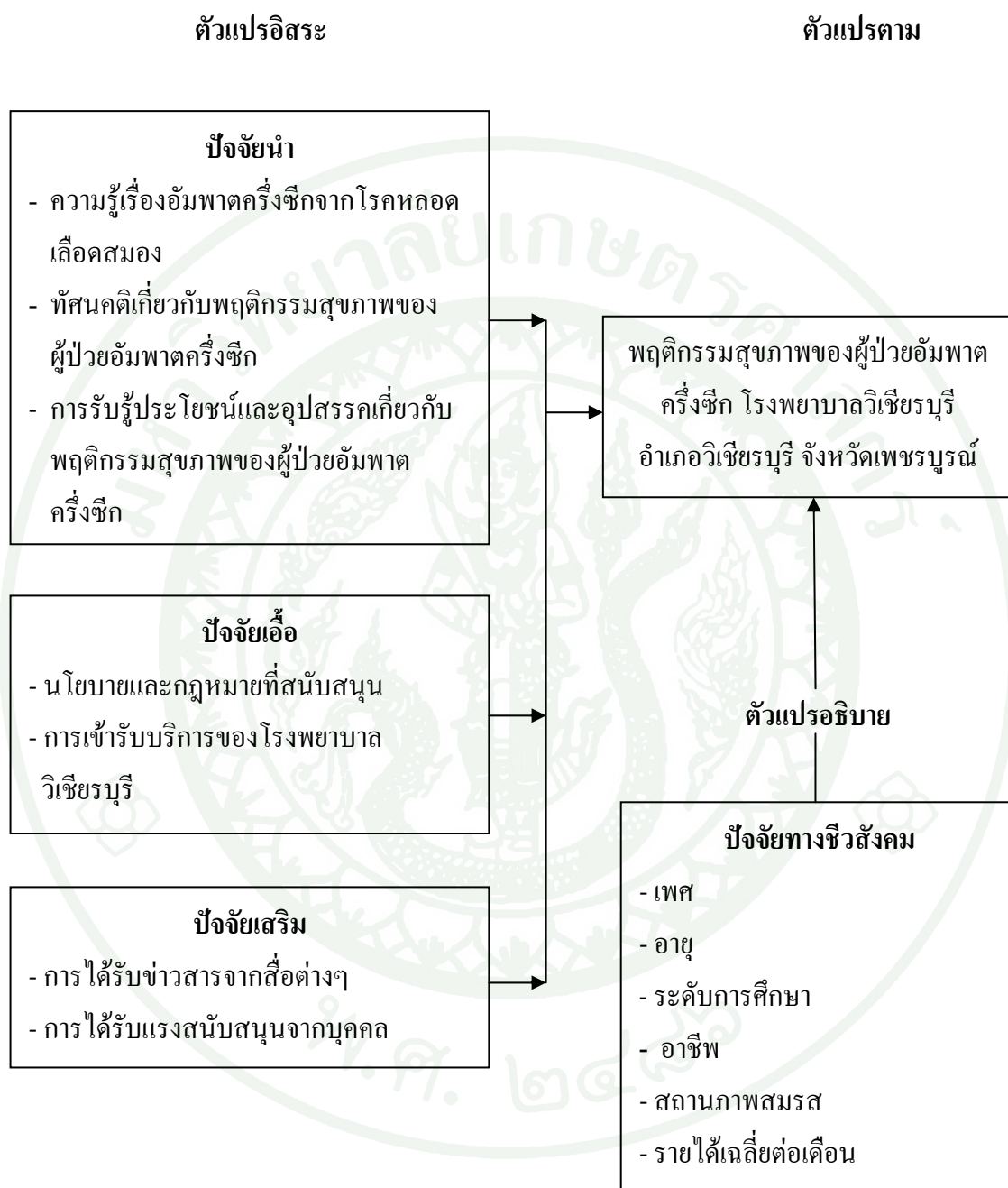
Astrom *et al.* (1992) จากการศึกษาพบว่า ในช่วง 3 เดือนหลังการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจในระดับต่ำสุด อาการทางจิตใจของผู้ป่วยจะดีขึ้นเมื่อภายหลังเป็นโรคนี้น 1 ปี ในช่วงระหว่าง 1-3 ปี ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยจะไม่มี ความแตกต่าง และภายหลังเป็นโรคนี้น 3 ปี ผู้ป่วยสูงอายุจะยังคงมีปัญหาด้านจิตใจและมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง และปัญหาทางด้านสังคมนั้นในระยะ 3 เดือนหลังการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีการพบปะกับบุคคลอื่นน้อยลง เมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง จะพบว่าในช่วง 3-12 เดือน ผู้ป่วยจะมีการพบปะกับคนในสังคมมากขึ้น ซึ่งอาจเนื่องจากอาการทางกายที่ดีขึ้น ภายหลังเป็นโรคนี้น 3 ปี ผู้ป่วยสูงอายุจะมีการพบปะกับคนรอบข้างลดลงเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป ปัญหาที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือ ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการรับรู้ตนเองและความเจ็บป่วย เป็นความผิดปกติต่อความรู้ ความสมดุลของร่างกาย ผู้ป่วยจะขาดการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของตนเอง และขาดความเอาใจใส่ต่อความพิการหรือความเจ็บป่วยของร่างกายที่เกิดขึ้น ที่เรียกว่า Anosognosia คือ ไม่รับรู้สภาพผิดปกติของร่างกาย และปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง ละเลยร่างกายที่มีความพิการ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการปรับตัว การกระชงทางอารมณ์เคลื่อนไหว ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งผลกระทบต่อความสามารถของร่างกาย ภาวะสุขภาพ และวิธีการ

ดำเนินชีวิตพฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญต่อการใช้ชีวิตและการฟื้นฟูสภาพของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องควบคุมดูแลสภาพร่างกายจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ความพิการ ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่น เพราะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ต้องมีญาติคอยดูแลใกล้ชิดในการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ เมื่อมีความผิดปกติเกี่ยวกับสมองการรับรู้และการปฏิบัติด้านพฤติกรรมเกิดความไม่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะสุขภาพเปลี่ยนไปในทางเลวร้ายขึ้นผู้ป่วยจะต้องมีการเรียนรู้ แสวงหาแนวทางในการดำเนินชีวิตใหม่ มีการคิดและตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองในด้านสุขภาพเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย

Byder *et al.* (2006) จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 26-60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวเกิดความพิการซ้ำซ้อน กลัวการถูกทอดทิ้ง รู้สึกผิดหลังในชีวิตเกรงว่าจะเป็นที่ยึดเหนี่ยวหรือเป็นภาระของครอบครัว สูญเสียความเป็นบุคคลและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิด ทนทานต่อความเครียดได้น้อย ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตน ให้ปฏิบัติตามแบบแผนของสังคม ประเพณีและวัฒนธรรมที่เคยเป็นอยู่ บางคนคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่น พบว่า อาการซึมเศร้าจะน้อยลงเมื่อเข้าสู่ระยะ 3-12 เดือน

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิด

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง ทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายและกฎหมายที่สนับสนุนและการเข้ารับบริการ ของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

อุปกรณ์และวิธีการ

อุปกรณ์

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประเภทการสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มารับบริการที่เป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 302 คน (ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลวิเชียรบุรี, 2555)

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจาก

ขั้นตอนที่ 1 คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใช้สูตรของทาโร ยามานะ (Yamane, n.d. อ้างใน บุญธรรม, 2540) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{302}{1 + 302 (0.05)^2}$$

$$= 172.079 \text{ คน}$$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 172.079 คน ปรับเป็น 175 คน

เมื่อ	n	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	ขนาดของประชากร
	E	แทน	ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0.05

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 175 คน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ตอบแบบสอบถามได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อปี

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ มีคะแนนระหว่าง 15-45 คะแนน จำนวน 15 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก	ได้ 1 คะแนน
ตอบผิด	ได้ 0 คะแนน

ตอบไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน

การแปลผลแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับเรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง
แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้ ดังนี้

ระดับดี คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S. D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

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

ระดับต่ำ คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} - \frac{1}{2} S. D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

2. ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เป็นข้อคำถามแบบมี
ตัวเลือกให้ตอบ และข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ข้อคำถามมีทั้งด้าน
บวกและด้านลบ มีมาตราวัด 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 20 ข้อ มีคะแนน
ระหว่าง 20-80 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1
เห็นด้วย	ให้คะแนน 3	เห็นด้วย	ให้คะแนน 2
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2	ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 4

การแปลผล แบ่งระดับทักษะคิด ออกเป็น 3 ระดับ

โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับทักษะคิดดังนี้

ระดับทักษะคิดที่ดี คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S. D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

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

ระดับทักษะคิดที่ไม่ดี คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} - \frac{1}{2} S. D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ และข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีมาตราวัด 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 15-60 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1
เห็นด้วย	ให้คะแนน 3	เห็นด้วย	ให้คะแนน 2
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2	ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 4

การแปลผล แบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ดังนี้

ระดับที่ดี คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

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

ระดับที่ไม่ดี คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ และข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีมาตราวัด 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 10-40 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1
เห็นด้วย	ให้คะแนน 3	เห็นด้วย	ให้คะแนน 2
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2	ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 4

การแปลผล แบ่งระดับปัจจัยเอื้อรวมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ออกเป็น 3 ระดับ

โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยระดับปัจจัยเอื้อรวม ดังนี้

ระดับที่มาก คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

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

ระดับที่น้อย คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบและข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีมาตราวัด 3 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 15- 45 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ ให้คะแนน 3

ได้รับเป็นบางครั้ง ให้คะแนน 2

ไม่ได้รับเลย ให้คะแนน 1

การแปลผล แบ่งระดับปัจจัยเสริมรวม ออกเป็น 3 ระดับ

โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับปัจจัยเสริมรวม ดังนี้

ระดับที่มาก คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

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

ระดับน้อย คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบและข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีมาตราวัด 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 25 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 25-100 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
ปฏิบัติมากที่สุด	ให้คะแนน 4	ปฏิบัติมากที่สุด	ให้คะแนน 1
ปฏิบัติมาก	ให้คะแนน 3	ปฏิบัติมาก	ให้คะแนน 2
ปฏิบัติน้อย	ให้คะแนน 2	ปฏิบัติน้อย	ให้คะแนน 3
ปฏิบัติน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1	ปฏิบัติน้อยที่สุด	ให้คะแนน 4

การแปลผล แบ่งระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ออกเป็น 3 ระดับ

โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ดังนี้

ระดับที่ดี คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

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

ระดับควรปรับปรุง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

วิธีการ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือการวิจัยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำรา และทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ และปรึกษากับประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อขอคำแนะนำในการสร้างแบบสอบถาม
2. นำความรู้ที่ได้จากการศึกษาโดยกำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาให้ครอบคลุมแนวคิด วัตถุประสงค์การวิจัย ตัวแปรที่ศึกษานำมาสร้างแบบสอบถามและกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อ
3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังต่อไปนี้

3.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหาความถูกต้องของภาษา ความชัดเจนของภาษา ความตรงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้างให้มีความถูกต้อง จากนั้นนำไปแก้ไขปรับปรุงจนสมบูรณ์

3.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 30 คนแล้ว นำข้อมูลจากการทดลองมาใช้วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นและความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์เป็นรายข้อเป็นบางส่วนและรวมทั้งฉบับ ตามวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ได้ระดับค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ 0.846

3.3 นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุง แบบสอบถามขั้นสุดท้ายและเสนอประธานกรรมการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ จนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองกับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสืออนุญาตจากภาคพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิเชียรบุรี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ในโรงพยาบาลวิเชียรบุรีและเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ด้วยตนเอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในโรงพยาบาลวิเชียรบุรีและเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2556

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแนะนำตนเอง นำแบบสอบถามไปชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือกับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในการเก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่เก็บได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของข้อมูล

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square)

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม แต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี โดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัย เชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคมประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปัจจัยนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ประกอบด้วยตัวแปรความรู้เกี่ยวกับเรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองและทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ประกอบด้วย ตัวแปรนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ประกอบด้วย การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล กลุ่มตัวอย่าง 175 คน

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปของตารางประกอบด้วยคำอธิบาย โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ตอนที่ 2 ข้อมูลของตัวแปรที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ตอนที่ 3 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน เพื่อการตรวจสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกโรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ตารางที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกโรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

(n=175)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
1. เพศ		
ชาย	71	40.6
หญิง	104	59.4
2. อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 31 ปี	4	2.3
31-40 ปี	3	1.7
41-50 ปี	17	9.7
51-60 ปี	24	13.7
61-70 ปี	36	20.6
70 ปีขึ้นไป	91	52.0
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	160	91.4
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	8	4.6
มัธยมศึกษาปีที่ 4-6 หรืออนุปริญญา	6	3.4
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	1	.6
4. สถานภาพสมรส		
โสด	24	13.7
สมรส	98	56.0
หย่า	11	6.3
หม้าย	42	24.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n=175)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
5. อาชีพ		
รับจ้าง	55	31.4
ค้าขาย	16	9.1
เกษตรกรรม	97	55.4
รัฐวิสาหกิจหรือรับราชการ	1	.6
ธุรกิจส่วนตัว	1	.6
อื่น ๆ	5	2.9
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	120	68.6
3,001-6,000 บาท	26	14.9
6,001-9,000 บาท	20	11.4
9,001-15,000 บาท หรือมากกว่า	2	1.1

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกโรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.4 มีอายุระหว่าง 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.4 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 56.0 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 68.6

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับเรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรค
หลอดเลือดสมอง

(n=175)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
มาก	65	37.14
ปานกลาง	73	41.71
น้อย	37	21.14

$\bar{X} = 16.75$, $SD = 2.937$, $\min = 5$, $\max = 29$

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรค
หลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.71 รองลงมา อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 37.14

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
(n=175)

ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ดี	70	40.00
ปานกลาง	53	30.28
น้อย	52	29.71

$\bar{X} = 63.78$, $SD = 5.108$, $\min = 46.00$, $\max = 76.00$

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ
40.00 รองลงมา มีทัศนคติในระดับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.28

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

(n=175)

ระดับการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ดี	50	28.57
ปานกลาง	70	40.00
น้อย	45	25.71

$\bar{X} = 45.53$, $SD = 5.160$, $\min = 30$, $\max = 57$

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.00 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 28.57

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับปัจจัยเอื้อรวมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

(n=175)

ระดับการได้รับปัจจัยเอื้อรวม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
มาก	92	52.57
ปานกลาง	54	30.85
น้อย	29	16.57

$\bar{X} = 35.14$, $SD = 3.625$, $\min = 22$, $\max = 40$

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่มีระดับการได้รับปัจจัยเอื้อรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.57 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.85

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละระดับการได้รับปัจจัยเสริมรวมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
อัมพาตครึ่งซีก

(n=175)

ระดับการได้รับปัจจัยเสริมรวม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
มาก	56	32.0
ปานกลาง	111	63.49
น้อย	8	4.57

$\bar{X} = 34.10$, $SD = 4.266$, $\min = 26$, $\max = 47$

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่มีระดับการได้รับปัจจัยเสริมรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.49 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 32

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

(n=175)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ดี	71	40.57
ปานกลาง	62	35.42
ควรปรับปรุง	42	24.0

$\bar{X} = 71.91$, $SD = 9.73$, $\min = 30$, $\max = 87$

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.57 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.42

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน เพื่อการตรวจสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางชีวสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

(n=175)

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย				X ²	df	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม			
1. เพศ					2.270	2	.321
ชาย	19(26.7)	28(39.4)	24(33.8)	71(100)			
หญิง	23(22.1)	34(32.6)	47(45.3)	104(100)			
รวม	42(24.0)	62(35.4)	71(40.6)	175(100)			
2. อายุ (ปี)					14.964	10	.133
ต่ำกว่า 31 ปี	(0)	3(75)	1(25)	4(100)			
31-40 ปี	3(100)	(0)	(0)	3(100)			
41-50 ปี	3(17.6)	6(35.2)	8(47.0)	17(100)			
51-60 ปี	4(16.6)	10(41.6)	10(41.6)	24(100)			
61- 70 ปี	7(19.4)	14(38.8)	15(41.6)	36(100)			
70 ปีขึ้นไป	25(27.4)	29(31.8)	37(40.6)	91(100)			
รวม	42(24.0)	62(35.4)	71(40.6)	175(100)			
3. ระดับการศึกษา					13.472	6	.036
ประถมศึกษา	34(21.25)	56(35)	70(43.75)	160(100)			
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	5(62.5)	3(37.5)	(0)	8(100)			
มัธยมศึกษาปีที่ 4-5 หรือ							
อนุปริญญา/ปวส.	3(50)	2(33.3)	1(12.5)	6(100)			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	(0)	1(100)	(0)	1(100)			
รวม	42(24.0)	62(35.4)	71(40.6)	175(100)			

ตารางที่ 8 (ต่อ)

(n=175)

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย				X ²	df	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม			
4. สถานภาพสมรส					7.477	6	.279
โสด	4(100)	9(0)	11(0)	24(100)			
สมรส	27(17.6)	31(35.2)	40(47.0)	98(100)			
หย่า	5(16.6)	4(41.6)	2(41.6)	11(100)			
หม้าย	6(19.4)	18(38.8)	18(41.6)	42(100)			
รวม	42(24.0)	62(35.4)	71(40.6)	175(100)			
5. อาชีพ					23.611	10	.009
รับจ้าง	13(23.6)	22(40)	20(36.3)	55(100)			
ค้าขาย	9(50)	5(27.7)	2(11.1)	18(100)			
เกษตรกรรม	18(18.5)	31(31.9)	48(49.4)	97(100)			
รัฐวิสาหกิจหรือรับราชการ	(0)	(0)	1(100)	1(100)			
ธุรกิจส่วนตัว	1(100)	(0)	(0)	1(100)			
อื่น ๆ	1(20)	4(80)	(0)	5(100)			
รวม	42(24.0)	62(35.4)	71(40.6)	175(100)			
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					23.697	8	.003
ต่ำกว่า 3,000 บาท	19(15.8)	43(35.8)	58(48.3)	120(100)			
3,001-6,000 บาท	10(38.4)	7(26.9)	9(34.6)	26(100)			
6,001-9,000 บาท	9(45)	9(45)	2(10)	20(100)			
9,001-15,001 บาทขึ้นไป	2(28.5)	3(42.8)	2(28.5)	7(100)			
รวม	42(24.0)	62(35.4)	71(40.6)	175(100)			

*p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 นอกจากนี้ไม่มีความสัมพันธ์ เป็นการยอมรับสมมติฐานที่เป็นบางส่วน

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง
ทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาต
ครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาต
ครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

(n=175)

ปัจจัยนำเข้า	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย	
	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p-value
ด้านความรู้	.153*	.044
ทัศนคติของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก	.210**	.005
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก	.394**	.000

**p < .01, *p < .05

จากตารางที่ 9 พบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ด้านความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ประโยชน์และ
อุปสรรคของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อได้แก่ นโยบายและกฎหมายสนับสนุน และการเข้ารับบริการของ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาล วิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาต ครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย	
	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p-value
ด้านนโยบายและกฎหมายสนับสนุนและการเข้ารับ บริการของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี	.210**	.001

**p < .01

จากตารางที่ 10 พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ด้านนโยบายและกฎหมายสนับสนุน และการเข้ารับ บริการของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นที่ยอมรับสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

(n=175)

ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย	
	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p-value
การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล	-.279**	.000

**p < .01

จากตารางที่ 11 พบว่า ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นที่ยอมรับสมมติฐานที่ 4

ข้อวิจารณ์

จากการศึกษาและวิเคราะห์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ทำให้ได้ข้อค้นพบและนำมาเป็นข้อวิจารณ์โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

จากการศึกษาลักษณะทางชีวสังคม พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.4 มีอายุระหว่าง 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.0 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 68.6 และมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ อยู่ในระดับมาก เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรม

สุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ บุญราชม (2552) ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีก โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีก

อธิบายได้ว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท มีผลส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกรรมทำไร่ทำนา ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเป็นอย่างมาก เพราะมีรายได้ค่อนข้างน้อย ไม่เพียงพอ บางครอบครัวได้รับเงินสนับสนุนมาจากเบี้ยผู้พิการ หรือเบี้ยผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว ทำให้ได้การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพที่ไม่ต่อเนื่องและระยะทางจากที่บ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาล

ด้านปัจจัยนำ ประกอบด้วย ด้านความรู้เกี่ยวกับเรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.71 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.4 และพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญฟ้า (2554) ที่ได้ศึกษาการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและญาติ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลขามเฒ่า อำเภอสарภี จังหวัดเชียงใหม่ หัสยาพร (2552); Sug Yoon *et al.* (2001) ซึ่งศึกษาพบว่า มีการรับรู้กับการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เช่น มีอาการชา อ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนขาข้างใดข้างหนึ่งทันที ความรู้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและญาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กล่าวได้ว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกยังขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่ดีพอหรือไม่ชัดเจน เนื่องจากส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในระดับปานกลาง

ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ส่วนใหญ่ในระดับดี ร้อยละ 40.00 และพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชื่น (2541) ได้ศึกษาพบว่าอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งการมองโลกของญาติผู้ดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

กล่าวได้ว่า ทัศนคติของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกสามารถเข้าใจและทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง ตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างดี เข้าใจปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคและมองโลกในแง่ดี แต่อย่างไรก็ตามทางทีมมีบทบาทบ้างจะต้องเพิ่มสิ่งเร้า สิ่งกระตุ้นให้การดูแลรักษาฟื้นฟูและป้องกันการเกิดโรค ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้การสนับสนุนจัดอบรมให้ความรู้ ชักถามหรือให้คำแนะนำเพื่อหาแนวทางในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมองอย่างสม่ำเสมอ ให้มีการศึกษาดูงานนอกสถานที่เพื่อเพิ่มประสบการณ์และจัดให้มีส่วนร่วมกันกับผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชนนั้นๆมีส่วนร่วมต่อการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้เห็นคุณค่าความสำคัญของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ดีทางจิตใจมากยิ่งขึ้น การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.00 พบว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ (2549) ได้ศึกษาการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นวิธีการดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายที่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

กล่าวได้ว่า การวิจัยครั้งนี้ในเรื่องการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจจะเป็นการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคเรื่องโรคที่ไม่ถูกต้องตามหลักของการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแสดงว่าการรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ชัดเจนและเข้าใจในทางที่ผิด และการรับการรักษาฟื้นฟูไม่ต่อเนื่องจนเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นตาม เช่น มีแผลกดทับ ข้อติดตามข้อ มีแขนขาลีบ เป็นต้น ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกยังขาดการเข้าใจถึงประโยชน์ของการฟื้นฟู และรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ป้องกันไม่ให้เกิดโรคในวิธีที่ถูกต้อง ส่วนอุปสรรคต่อผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ก็คือ ระยะเวลาการรักษาที่โรงพยาบาลห่างไกลจากบ้าน ไม่มีเงินค่าใช้จ่ายสูง รายได้น้อย ไม่มีคนดูแลอยู่ตามลำพัง จึงทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่องและจึงทำให้หาวิธีการรักษาไม่ถูกต้องหรือผิด เช่น ใช้ไสยศาสตร์ รดน้ำมันต์ เป็นต้น เพราะประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้างหาเช้ากินค่ำ มีการศึกษาน้อยไม่มีความรู้ที่ชำนาญเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เมื่อเช่นนั้นทางโรงพยาบาลวิเชียรบุรีจึงเห็นความสำคัญอย่างยิ่งเกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และป้องกันไม่ให้เกิดโรค จึงมีการจัดทีมมิตรภาพบำบัดโดยทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพลงเยี่ยมผู้ป่วย อัมพาตครึ่งซีกที่บ้านและมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขที่ประจำอยู่ภายในตำบลนั้นๆ เพื่อให้เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและวิธีการหลีกเลี่ยงป้องกันการเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย นโยบายและกฎหมายที่สนับสนุนและการเข้ารับบริการของ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่มีระดับการได้รับปัจจัยเอื้อรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.57 และปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อผกา (2553) ได้ศึกษาการพัฒนา แนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ตำบล สันป่าเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัญหาและความต้องการของผู้พิการจากโรค หลอดเลือดสมองและผู้นำชุมชนได้แก่ ด้านการเงินและงบประมาณ ด้านการให้บริการสาธารณสุข ในชุมชน ด้านร่างกาย จิตใจและด้านเจตคติของสมาชิกในชุมชนต่อผู้พิการต่อตนเอง สำหรับ ข้อเสนอแนวทางการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้พิการของสมาชิกกลุ่มพบว่าครอบคลุม การช่วยเหลือผู้พิการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการส่งเสริมอาชีพแก่ ผู้พิการและผู้พิการสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ช่วยให้เกิดเป็นชุมชนที่พึ่งพาตนเองและส่งเสริม สังคม สุขภาวะต่อไป พบว่า ปัจจัยเอื้อรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาต ครึ่งซีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กล่าวได้ว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้รับปัจจัยเอื้อรวมอยู่ในระดับดี ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กระตุ้นให้อำนวยความสะดวกด้านปัจจัยเอื้อที่จำเป็นต่อการดูแลรักษาฟื้นฟูตามนโยบายของภาครัฐ อย่างต่อเนื่องได้แก่ ด้านการเงินและงบประมาณ ด้านการให้บริการสาธารณสุขที่เท่าเทียมกัน มีรถ กู้ชีพรับ-ส่งผู้ป่วยถึงบ้านเพื่อความสะดวกในการเข้ารับการรักษาฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง มีอุปกรณ์ อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เพียงพอเหมาะสม มีสถานที่ที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย เช่น ราวเดิน ห้องน้ำ ทางเดิน เป็นต้น มีการสนับสนุนการพัฒนาอาชีพให้กับผู้ป่วย และมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลทุกวันเพื่อติดตามผลความก้าวหน้าความสามารถของผู้ป่วย

อย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เหมาะสมและทำให้สภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นต่อไป

ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน เพื่อน เพื่อนบ้าน ครอบครัว พบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่ได้รับปัจจัยเสริมในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.49 และพบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฟื่องลดา (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมด้านการรักษาฟื้นฟู การได้รับข่าวสารต่าง ๆ เช่น เอกสารต่าง ๆ โทรทัศน์ วิทยุแก่ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มากขึ้น และได้รับการกระตุ้นการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

กล่าวได้ว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้รับปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่อยู่อาศัยในครอบครัว บุคคลภายในครอบครัวควรให้การสนับสนุนการเตือนกระตุ้นการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ การกินยา การปฏิบัติตัวและการไปรับการรักษาตามแพทย์นัด หรือมีการทำกิจกรรมการฟื้นฟูเป็นประจำ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการฟื้นฟูเป็นประจำ ทั้งนี้ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และชุมชนเองก็ควรสนับสนุน เห็นคุณค่าของผู้ป่วยและตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ข่าวสารทางวิทยุเสียงหมู่บ้าน มีการแจกเอกสารต่าง ๆ ด้านปัจจัยเสี่ยงและการรักษาฟื้นฟูให้กับประชาชนภายในชุมชน จัดบอร์ดเตือนภัยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองประจำห้องสมุดหมู่บ้านหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นต้น คนภายในชุมชนควรความสำคัญของผู้ป่วยเท่าเทียมกับบุคคลอื่น ทางด้านงบประมาณ พัฒนาอาชีพแก่ผู้ป่วยเพื่อเพิ่มรายได้ และรวมทั้งเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการประกาศเกียรติคุณเพื่อเชิดชูเกียรติเกี่ยวครอบครัวที่ดูแลสุขภาพที่ดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ และการดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับผู้นำชุมชนตำบลนั้น ๆ มีการติดตามและให้คำแนะนำโดยมีทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลลงไปดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากยิ่งขึ้น

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวนทั้งสิ้น 175 คน โดยสรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

ข้อมูลปัจจัยชีวทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.4 มีอายุระหว่าง 71 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.0 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 68.6 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 นอกจากนี้ไม่มีความสัมพันธ์ เป็นการยอมรับสมมติฐานที่เป็นบางส่วน

ข้อมูลด้านปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.71 รองลงมา อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 37.14 และร้อยละ 21.14 อยู่ในระดับน้อย และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐาน

ทัศนคติของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.0 รองลงมา มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.28 และมีระดับทัศนคติอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 29.71 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ป่วย

อัมพาตครึ่งซีกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐาน

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40 รองลงมา อยู่ในระดับดี ร้อยละ 28.57 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 25.71 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยพบว่ามีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐาน

ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อประกอบด้วย นโยบายและกฎหมายสนับสนุน และการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่มีระดับการได้รับปัจจัยเอื้อรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.57 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.20 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 16.57 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐาน

ข้อมูลด้านปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่มีระดับการได้รับปัจจัยเสริมรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.49 รองลงมา อยู่ในระดับดี ร้อยละ 32 และได้รับปัจจัยเสริมรวมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 4.57 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะผลการวิจัย

จากผลการวิจัยทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยจึงขอให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ควรมีการส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการดูแลตนเอง และการป้องกันปัจจัย

เสี่ยงต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข หรือทีมสหวิชาชีพ เป็นวิทยากรให้ความรู้อย่างต่อเนื่องแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงภัยของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลตนเอง ให้การฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้อย่างเหมาะสมตามหลักวิธีที่ถูกต้อง รวมทั้งสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล ผู้นำชุมชน คนในชุมชนได้มีบทบาทหน้าที่ มีส่วนร่วมในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล เพื่อได้ทราบถึงปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวจะได้หาแนวทางแก้ไขร่วมกันต่อไป

2. ในด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอยู่ในระดับปานกลางเกิดจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการรับรู้ถึงประโยชน์ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งการดูแลตนเอง การรักษาฟื้นฟู และการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นทีมสหวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องกระตุ้นให้เกิดความรู้หรือเห็นความสำคัญเกี่ยวกับภัยอันตรายของโรคนี้ ทางด้านอุปสรรคผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจึงทำให้มีรายได้น้อย ซึ่งทำให้การรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ที่อยู่อาศัยหรือบ้านที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล มาลำบาก ไม่มียานพาหนะ ไม่มีผู้ดูแลและต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงในการมาที่โรงพยาบาลจึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง เพราะฉะนั้นทางรัฐจึงมีนโยบายรับส่งผู้ป่วยจากที่บ้านมาที่รักษาที่โรงพยาบาลโดยมีรถกู้ชีพของโรงพยาบาลและองค์กรส่วนท้องถิ่นแต่ละท้องถิ่นสนับสนุนในการรับส่งและงบประมาณบางส่วนเพื่อลดรายจ่ายของผู้ป่วยในการมารักษาอย่างต่อเนื่องและกระตุ้นให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนทั่วไปเพื่อตระหนักถึงภัยโรคหลอดเลือดสมองอย่างสม่ำเสมอ

3. จัดการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล เพื่อให้คนในชุมชนเห็นคุณค่าของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการสู้กับโรค พร้อมรณรงค์ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชนตระหนักและหันมาสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองยิ่งขึ้นเพื่อลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การติดตั้งป้าย โปสเตอร์หรือรูปภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการหลีกเลี่ยง ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้ง่ายและวิธีสามารถปฏิบัติตัวห่างไกลจากโรค

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์
2. ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์



เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กชพรรณ ขอบนิทัศน์. 2551. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลแม็คคอมมิคจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กิตติพันธ์ ถกษ์เกษม. 2552. ตำราพยาธิสรีรวิทยาและการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกาโรติด
ตีบตัน. โรงพิมพ์บริษัทปิยอน เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, เชียงใหม่.
- ขวัญฟ้า ทาอินคำ. 2554. การรับรู้สัญญาณเตือนกับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง และญาติ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬารณย์ โสตะ. ม.ป.ป. แนวคิด ทฤษฎี กลยุทธ์ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (concepts and
Theories of Health Behaviors Development Strategies). วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ช่อผกา ไชยมงคล. 2553. การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือ
ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลสันป่าเป้า อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุศราคม คามเพชร. 2552. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีก
โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เปรมจิต จันทะแจ่ม. 2549. โครงการใช้ผลงานวิจัยทางการแพทย์และการสังเคราะห์งานวิจัย
เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2544. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์,
กรุงเทพฯ.

นิ่มอนงค์ งามประภาส. 2549. **หลักการสุขภาพศึกษา**. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

นิจศรี ชาญณรงค์. 2550. **การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน**. โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. **ราชกิจจานุเบกษา 2550**. เล่มที่ 124, ตอนที่ 47ก. หน้า 1.

ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลวิเชียรบุรี. 2555. **ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (พ.ศ.2552-2555)**. โรงพยาบาลวิเชียรบุรี, เพชรบูรณ์.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2549. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)**. ศรีเมืองการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. 2550. **พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2550**. ศรีเมืองการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2552. **แนวปฏิบัติเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดการคัดกรองและเสริมทักษะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อในสถานบริการและในชุมชน**. สำนักกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

หัตยาพร มะโน. 2552. **การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่**. การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Astrom, M, K. Asplund and T. Astrom. 1992. Psychosocial Function and Life Satisfaction After Stroke. **Stroke**. 23 (1): 527-531.

Byder, L., C. Halter and A. Rudolph. 2006. Presence of an APOE4 allele results in significantly earlier onset of Parkinson's disease and a higher risk with dementia. **Mov Disord.** 21 (1): 45-9.

Centers for Disease Control and Prevention. 2004. Awareness of stroke warning signs-17 states and the U.S. Virgin Islands, 2001 [Electronic version]. **MMWR Morb Mortal Wkly.** 53: 359-362.

Cobb, S. 1976. Social Support as a Moderator of Life stress. **Psychosomatic Medicine.** 38: 300-314.

Follin, S., E. J. Millis and J. Munder. 2006. **Disease: a nursing process approach to excellent care.** 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Green, L. W and M. Kreuter. 1991. **Health Promotion Planning; an Educational and Environmental Approach.** Mayfield Publishing Company, Mountain View.

Harold, P. A. 2007. **Principles of Cerebrovascular Disease.** McGraw-Hill, New York

Jauch, E.C. 2005. **Acute Stroke Management** (Online). Available Source: <http://www.emedicine/nuers/topics.html>, June 4, 2010.

Levin, L. S. 1981. **Self-care in Health: Potentials and pitfalls.** World Health Forum 2, New York.

Murray, R. B. and J. P. Zentner. 1993. **Nursing Assessment and Health Promotion Strategies Through the Life Span.** Appleton & Lange, Connecticut.

Mccunce, K. L. and S. E. Huether. 2006. **Pathophysiology the biologic basis for disease in adults and children.** 5th ed. Elsevier Mosby, St. Louis.

Morgenstern, L. B. and S. B. Kasner. 2004. **Cerebrovascular disorder**. In D. C. Dale & D. D. Federman (Eds.), ACP medicine (2151-2164), New York.

National Institute of Neurological Disorder and Stroke. 2009. **What You Need to know About stroke**. Available Source: [http://stroke.nih.gov/materials/need to know.html](http://stroke.nih.gov/materials/need%20to%20know.html), January 9, 2011.

National Stroke Foundation. 2009 . **Signs of stroke [Electronic version]**. Available Source: <http://www.strokefoundation.com.au/Sign-of-stroke>, January 9, 2011.

Oram, D. E. 1991. **Nursing concepts of practice**. 4th ed. Mosby Year Book, St. Louis.

Palank ,C. L 1991. Determinant of health-promotive behavior. **Nursing Clinics of North America**. 30: 815-832.

Pender, N. J. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice**. 2nd ed. Connecticut: Appleton & Cange, New Jersey.

_____. 1996. **Health promotion in nursing practive**. 3rd ed. Appleton & Lange, Connecticut.

_____. 2006. **Health promotion in nursing practive**. Upper Saddle River, New Jersey.

SugYoon, S., R. R. Heller, C. Levi, J. Wiggers and P. E. Fitzgerald. 2001. **Knowledge of stroke risk factors, warning syndoms and treatment among an Australian urban population (Electronic version)**. Available Source: [http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/stroke aha, 23/8/1921](http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/stroke%20aha%2023%2F8%2F1921), November 19, 2010.

World Health Organization. 2008. **Cardiovascular Disease**. Available Source: http://www.who.int/caridivascular_dreaselenl.html, December 23, 2009.





รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

1. นายแพทย์วิสัน เทียนรุ่งโรจน์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิเชียรบุรี
อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์
2. แพทย์หญิงปาริชาติ คุ่มทอง
นายแพทย์ชำนาญการ (อายุรกรรม)
โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์
3. นางสาวนงรักษ์ พวงคำ
นักกายภาพบำบัดชำนาญการ
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์



แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ใช้สำหรับการวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลเสียต่อตัวท่าน ดังนั้นขอความกรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ตลอดจนเป็นข้อมูลทางวิชาการ ดังนั้น จึงโปรดขอความอนุเคราะห์จากท่านกรุณาตอบแบบสอบถามครบทุกข้อ ทุกตอน ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคมของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ประกอบด้วย

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ
- 2.2 ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 20 ข้อ
- 2.3 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ประกอบด้วย

- 3.1 นโยบายและกฎหมายที่สนับสนุน จำนวน 5 ข้อ
- 3.2 การเข้ารับบริการของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
ประกอบด้วย

4.1 การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ จำนวน 5 ข้อ

4.2 การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 25 ข้อ

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นายศรายุทธ สิงห์ช่างชัย

นิสิตปริญญาโท (ภาคพิเศษ) หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคมของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือ
เติมข้อความลงในช่องที่กำหนด

1. เพศ

- () ชาย () หญิง

2. อายุ

- () ต่ำกว่า 31 ปี () 31-40 ปี () 41-50 ปี
() 51-60 ปี () 61-70 ปี () 70 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

- () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาปีที่ 1-3
() มัธยมศึกษาปีที่ 4-6 () อนุปริญญา หรือเทียบเท่า/ปวส.
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี

4. สถานภาพสมรส

- () โสด () สมรส
() หย่า () หม้าย

5. อาชีพ

- () รับจ้าง () ค้าขาย () เกษตรกรรม
() รัฐวิสาหกิจ () รับราชการ () ธุรกิจส่วนตัว
() อื่น ๆ

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- () ต่ำกว่า 3,000 บาท () 3,001-6,000 บาท
() 6,001-9,000 บาท () 9,001-12,000 บาท
() 12,001-15,000 บาท () 15,001 บาทขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

2.1 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โปรดตอบทุกข้อ ดังนี้

ถูก หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อความในข้อนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ผิด หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่ทราบ หมายความว่า ท่านไม่ทราบหรือไม่รู้จริงว่าข้อความในข้อนั้นตรงกับ
ความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. โรคอัมพาตครึ่งซีกมีอาการชา อ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด			
2. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น			
3. การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ทำให้เกิดโรคอัมพาตครึ่งซีก			
4. อาหารประเภทเกลือ กะทิ มันหมู จะส่งเสริมให้เกิดโรคอัมพาตครึ่งซีก			
5. ความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มม.ปรอทส่งผลให้เกิดโรคอัมพาตครึ่งซีก			
6. ความเครียดส่งผลต่อการเกิดโรคอัมพาตครึ่งซีก			
7. การรักษาฟื้นฟูร่างกายควรได้รับการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง			
8. อาการอัมพาต ต้องได้รับการรักษาจากทีมแพทย์และผู้ดูแลเท่านั้น ถ้าไม่ได้รับการดูแลจะไม่หาย			
9. อาการอัมพาตไม่มีทางกลับมาเดินได้อย่างปกติ			
10. การรักษาทางเภสัชศาสตร์จะทำให้หายจากอาการอัมพาต			
11. การรักษาด้วยสมุนไพรช่วยให้หายจากโรคอัมพาต			

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
12. การรักษาด้วยการฝังเข็มช่วยให้หายจากโรคอัมพาต			
13. การรักษาฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องจะไม่ทำให้มีข้อติดของกระดูกและกล้ามเนื้อลีบ			
14. ถ้ามีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุอย่างทันทีทันใด และอาการดังกล่าวหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์			
15. ผู้ป่วยอัมพาตควรได้รับยาภายใน 3 ชั่วโมง			

2.2 ทักษะการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความเข้าใจของท่าน
เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โปรดตอบทุกข้อ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าโรคอัมพาตของตนเองสามารถรักษาให้หายขาด				
2. ท่านคิดว่าถ้ามารักษาฟื้นฟูไม่สม่ำเสมอจะทำให้ตนเองเกิดภาวะข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ				
3. การมารักษาฟื้นฟูอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง				
4. ท่านคิดว่ามีอาการปวดศีรษะบ่อย ๆ จะมีโอกาสเป็นอัมพาตได้				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
5. ท่านคิดว่าการบำบัดฟื้นฟูสามารถทำเองที่บ้านได้				
6. ท่านคิดว่าการมารักษาฟื้นฟูแต่ละครั้งทำให้เสียเวลามาก				
7. ถ้านำหนักตัวเพิ่มขึ้นจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคอัมพาตได้				
8. การดื่มสุราจะทำให้เกิดโรคอัมพาตได้				
9. การกินอาหารเค็ม มัน หวาน ทำให้เกิดโรคอัมพาต				
10. การควบคุมอาหารรสจัด จะทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง				
11. การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเป็นประจำ				
12. ความเครียดและวิตกกังวลมาก ทำให้เกิดอัมพาตได้				
13. การผ่อนคลายความเครียดจะทำให้ชีวิตยืนยาว				
14. การเจ็บป่วยของท่านต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาฟื้นฟู				
15. ท่านมีความพอใจในการรักษาของโรงพยาบาลทุกครั้ง				
16. แม้ว่าการฝึกสมาธิเป็นเรื่องยาก แต่ท่านก็จะพยายาม				
17. การรับประทานยาคลายเครียดเป็นวิธีที่สะดวกและได้ผลดี				
18. การได้ปรับทุกข์กับเพื่อน ครอบครัวญาติ ทำให้สบายใจขึ้น				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
19. ท่านยินดีและเต็มใจเมื่อมีโอกาสได้ ตรวจร่างกายประจำปี แม้ว่าไม่มีอาการ เจ็บป่วยใด ๆ				
20. การรักษาบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ที่ดีต้องได้รับคำแนะนำจากนักกายภาพ บำบัดเท่านั้น				

2.3 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความเข้าใจของท่าน
เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โปรดตอบทุกข้อ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การตรวจสุขภาพประจำปีช่วยลดโอกาส เกิดอัมพาตได้				
2. การควบคุมความดันโลหิตให้ไม่เกิน 140/90 มม.ปรอทป้องกันไม่ให้เกิด โรคได้				
3. การหลีกเลี่ยงอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ช่วยลดโอกาสการเกิดอัมพาตได้				
4. การไม่สูบบุหรี่ช่วยลดโอกาสการเกิดโรค				
5. การดื่มแอลกอฮอล์ทุกวันทำให้เกิดโรค				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6. การออกกำลังกายทุกวันช่วยป้องกัน การเกิดโรค				
7. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ อย่างเคร่งครัดจะช่วยป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้นได้				
8. การมารับบริการบำบัดฟื้นฟู อย่างต่อเนื่อง ทำได้ยากลำบาก เพราะบ้านอยู่ไกลโรงพยาบาล				
9. การมารับบริการรักษามะเร็งบำบัดฟื้นฟู อย่างต่อเนื่อง ทำได้ยากลำบาก เพราะต้องให้ญาติพามา				
10. การมารับบริการรักษามะเร็งบำบัดฟื้นฟู อย่างต่อเนื่อง ทำได้ยากลำบาก เพราะค่าใช้จ่ายสูง				
11. การมารับบริการรักษามะเร็งบำบัดฟื้นฟู อย่างต่อเนื่อง ทำได้ยากลำบาก เพราะไม่มีรถหรือยานพาหนะ				
12. การรักษาบำบัดฟื้นฟูไม่ต่อเนื่อง เพราะไม่มีผู้ดูแล				
13. การทำกายภาพบำบัดไม่ต่อเนื่อง เพราะไม่มีความรู้ในเรื่องการฟื้นฟู สมรรถภาพร่างกาย				
14. ผู้ที่มองโลกในแง่ดีนอกจากไม่ค่อย เครียดแล้วความสัมพันธ์กับผู้อื่นดีด้วย				
15. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ทำได้ยาก เพราะรายได้น้อย				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยอื่นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความเข้าใจของท่าน
เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โปรดตอบทุกข้อ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้น ๆ ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
ทุกประการ

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้น ๆ ตรงกับความรู้สึกของท่านมากกว่า
ไม่เห็นด้วย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือตรงกับความรู้สึก
เพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือไม่ตรงกับความรู้สึก
เลยมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดนโยบายเพื่อให้ผู้พิการมีสิทธิเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูที่โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง				
2. กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดนโยบายเพื่อให้ผู้พิการรับเบี้ยผู้พิการ				
3. กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดนโยบายพัฒนาอาชีพแก่ผู้พิการ				
4. กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดนโยบายให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกและความช่วยเหลือให้แก่ผู้พิการ				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
5. กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดนโยบายเพื่อให้ผู้ป่วยมีรถรับส่งฉุกเฉิน (EMS) ไปโรงพยาบาลโดยโทรแจ้ง 1669				
6. ท่านได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการโรงพยาบาล				
7. ท่านได้รับการรักษาบำบัดฟื้นฟูและคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านจากแพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด ที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม				
8. สถานที่เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูของโรงพยาบาลเหมาะสม เช่น ห้องน้ำ ราวเดิน ทางเดิน เป็นต้น				
9. ท่านได้รับการติดตามเยี่ยมรักษาบำบัดฟื้นฟูที่บ้านจากแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น				
10. ท่านได้รับการบริการที่ดีทุกครั้งที่มารักษาบำบัดฟื้นฟูที่โรงพยาบาล				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความเข้าใจของท่าน
เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โปรดตอบทุกข้อ ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ หมายถึง ท่านได้รับเป็นประจำสม่ำเสมอ หรือทุกครั้ง

ได้รับเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับเป็นบางครั้ง แต่ไม่สม่ำเสมอ หรือนาน ๆ ครั้ง

ไม่ได้รับเลย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับเลย หรือไม่เคยสักครั้ง

ข้อความ	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับเป็นบางครั้ง	ไม่ได้รับเลย
ส่วนที่ 4.1 การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ			
1. ท่านได้รับการกระตุ้นในเรื่องของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโทรทัศน์ โปสเตอร์ หนังสือพิมพ์			
2. ท่านได้รับการกระตุ้นในเรื่องของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโทรทัศน์ โปสเตอร์ หนังสือพิมพ์			
3. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโทรทัศน์ โปสเตอร์ หนังสือพิมพ์			
4. ท่านได้แรงกระตุ้นในเรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการความเครียดของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโทรทัศน์ โปสเตอร์ หนังสือพิมพ์			
5. ท่านได้แรงกระตุ้นในเรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโทรทัศน์ โปสเตอร์ หนังสือพิมพ์			
ส่วนที่ 4.2 การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล			
6. ท่านได้รับการกระตุ้นให้ไปพบแพทย์ตามนัดจากครอบครัว			

ข้อความ	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับเป็นบางครั้ง	ไม่ได้รับเลย
7. ท่านได้รับการเตือนให้รับประทานยาจากแพทย์ พยาบาล หรือครอบครัว			
8. ท่านได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ต่อร่างกายจากครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน			
9. ท่านได้รับคำตักเตือนให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ประเภทหวาน มัน เค็มจากครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน			
10. ท่านได้รับการกระตุ้นในการทำกายภาพบำบัดที่เหมาะสมกับ สภาวะอัมพาตครึ่งซีกอย่างสม่ำเสมอจากนักกายภาพบำบัด			
12. ท่านได้รับคำชมจากครอบครัวเมื่อท่านสามารถปฏิบัติตัว ได้ในการบำบัดฟื้นฟู			
13. ท่านได้รับคำปรึกษาเมื่อไม่สบายใจ วิตกกังวล ท้อแท้ และซึมเศร้าจากครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน			
14. ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น คำแนะนำ การดูแลสภาวะของท่านจากแพทย์ พยาบาล			
15. ท่านได้รับวัสดุสิ่งของจากหน่วยงานอำเภอ เทศบาล องค์กรส่วนท้องถิ่น เช่น เครื่องช่วยเดิน อุปกรณ์เพื่อการยังชีพ เป็นต้น			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด
เพียงข้อเดียวในแต่ละข้อคำถาม โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ 6-7 ครั้ง/สัปดาห์

ปฏิบัติมาก หมายถึง ท่านปฏิบัติบ่อยแต่ไม่สม่ำเสมอ 4-5 ครั้ง/สัปดาห์

ปฏิบัติน้อย หมายถึง ท่านปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2-3 ครั้ง/สัปดาห์

ปฏิบัติน้อยที่สุด หมายถึง ท่านปฏิบัติน้อยมาก หรือไม่ปฏิบัติเลย 0-1 ครั้ง/สัปดาห์

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อยที่สุด
1. ท่านรับประทานเฉพาะอาหารที่มีประโยชน์				
2. ท่านรับประทานอาหารผักต่าง ๆ				
3. ท่านรับประทานขนมหวานใสกะทิ				
4. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ				
5. ท่านสูบบุหรี่ ดื่มสุรา				
6. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด เผ็ดจัด				
7. ท่านรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ที่ปรุง โดยวิธีปิ้งย่าง				
8. ท่านรับประทานอาหารขบเคี้ยว ประเภท ข้าวเกรียบ				
9. ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง/สัปดาห์				
10. ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเป็นประจำ อย่างน้อย 1 อย่าง				
11. ท่านตรวจร่างกายประจำปีอย่างน้อย 1 ครั้ง				
12. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง				
13. ท่านนอนหลับได้ตามปกติ				

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อยที่สุด
14. ท่านสามารถควบคุมตัวเองให้มีน้ำหนักตัว คงที่				
15. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ อย่างเคร่งครัด				
16. ท่านรู้จักวิธีคลายเครียด เพื่อไม่ให้จิตใจ อยู่ในความเครียด				
17. เมื่อมีปัญหาท่านพูดคุยหรือปรึกษาคน ที่ไว้ใจได้				
18. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการหางาน อดิเรกทำ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ เป็นต้น				
19. ท่านยอมรับว่าการดำเนินชีวิตของท่าน เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากโรค				
20. ท่านได้รับการยอมรับจากสังคมเช่นเดิม				
21. ท่านรู้สึกหงุดหงิด โกรธง่าย มีอารมณ์ เปลี่ยนแปลงมากกว่าเดิม				
22. ท่านไปมาหาสู่หรือร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่น ได้เหมือนเดิม				
23. ท่านสามารถแสดงบทบาทในครอบครัวของ ท่านได้เหมือนเดิม เช่น บทบาทบิดา มารดา หรือบุตร				
24. ท่านกินยานอนหลับเพื่อช่วยลดความเครียด หรือเมื่อต้องการพักผ่อน				
25. ท่านรับประทานวิตามินและยาบำรุงต่าง ๆ ที่ได้รับฟังจากโฆษณา				

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ-นามสกุล	นายศรายุทธ สิงห์ช่างชัย
วันเดือนปีเกิด	24 กรกฎาคม พ.ศ. 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบูรณ์ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2543-2545 ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2548-2550 วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน)
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์