



ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ความสามารถ
ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏ

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง"
ของ ขวัญดาว ศรีศูนย์
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส)
.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ โทจำปา)
.....กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช โอปะะ)
.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชุลีกร ด้านยุทธศิลป์)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้วิจัย	ขวัญดาว ตรีศุนย์
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ โทจำปา
กรรมการที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช โอบะ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2567
คำสำคัญ	โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ระดับความดันโลหิต, โรคหลอดเลือดสมอง

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการรักษา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง 2) การชี้แนะเพื่อการตัดสินใจรายบุคคลที่บ้าน 3) การสื่อสารบนแอปพลิเคชันไลน์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง 4) การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อความปลอดภัยและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบบันทึกระดับความดันโลหิต แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอน บาค เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และรายด้าน 1) ด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ 2) ด้านการรับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ 3) ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา 4) ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา 5) ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง 6) ด้านการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต ของกลุ่ม

ทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และหลังการทดลองพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านทุกด้านของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หลังการทดลองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หลังการทดลองความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และหลังการทดลองความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสรุปโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้นี้ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะคลายตัวลดลง



Title	EFFECTS OF A SUPPORTIVE - EDUCATIVE NURSING PROGRAM ON SELF -CARE BEHAVIORS, ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND BLOOD PRESSURE LEVEL AMONG PERSONS WITH STROKE
Author	Khwandao Treesun
Advisor	Assistant Professor Dr.Somsak Thojampa, Ph.D.
Co - Advisor	Associate Professor Dr. Nongnut Oba, Ph.D.
Academic Paper	M.N.S Thesis. in Community Nurse Practitioner, Naresuan University, 2024
Keywords	Supportive-educative nursing program, Self-care behaviors, Activities of daily living, Blood pressure levels, Stroke

ABSTRACT

This quasi-experimental study, using a two-groups pretest-posttest design, aimed to examine the effects of a supportive-educative nursing program on self-care behaviors, activities of daily living, and blood pressure levels among persons with stroke. The sample consisted of 60 stroke patients receiving treatment at a primary care unit in Mueang Phetchabun District, Phetchabun Province. They were divided into an experimental group (n=30) and a control group (n=30) . The experimental group received a supportive-educative nursing program consisting of 1) health education on stroke for proper self-care, 2) individualized guidance for decision-making at home, 3) communication via the LINE application to promote self- care behaviors, and 4) home environment modification for safety and physical rehabilitation, over 12 weeks, while the control group received routine care. Research collecting instruments included a self-care behavior questionnaire, an activities of daily living record form, and a blood pressure record form. The reliability of the self-care behavior questionnaire was 0.83 assessed by Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed using mean, standard deviation, paired t- test, and independent t-test.

The findings revealed that, after the intervention, an average scores of the overall self-care behavior and all six aspects 1) seeking knowledge and assistance, 2) awareness and attention to pathological effects, 3) adherence to treatment plans, 4) awareness and prevention of discomfort on treatment, 5) adaptation to changes, and 6) learning and modifying lifestyle patterns of the experimental group were significantly higher than before that the intervention at 0.001 level. In addition, and average score of the overall self-care behavior and all six aspects after intervention of experimental group were significantly higher than that of the control group at .001 level. Average score of the activities of daily living after intervention of experimental group was significantly higher than that before intervention at 0.001 level. Average score of the activities of daily living after intervention was significantly higher than that of control group at .001 level. Average score of the activities of daily living after intervention of experimental group was significantly higher than that before intervention at 0.001 level. Average score of the activities of daily living after intervention was significantly higher than that of control group at .001 level. Average score of systolic blood pressure after intervention of experimental group was significantly lower than that before intervention at 0.001 level. Average score of diastolic blood pressure after intervention of experimental group was significantly lower than that before intervention at 0.001 level. Average score of systolic blood pressure after intervention of experimental group was significantly lower than that of control group at 0.05 level. Average score of diastolic blood pressure after intervention of experimental group was significantly lower than that of control group at 0.01 level.

These results conclude that the supportive-educative nursing program improved self-care behaviors, enhanced activities of daily living, and reduced blood pressure levels among persons with stroke.

The findings revealed that the average age of participants was 26 years ($\bar{x}$ = 26.01, SD = 4.46) , with 69.7% demonstrating a high level of COVID-19 preventive behavior. The factors influencing COVID-19 prevention ($p < 0.05$) included (1) isolation measures for infected individuals and close contacts within factories (Beta = 0.492, $p < 0.001$) ; (2) availability of protective equipment (Beta = -0.079, $p < 0.001$) ; (3) preventive guidance provided by factories (Beta = 0.262, $p < 0.001$) ; and (4) factory environment (Beta = 0.248, $p < 0.001$) . These factors collectively predicted preventive behaviors among Myanmar factory workers, explaining 76.3% of the variance (Adjusted $R^2 = 0.763$) . The study also identified a COVID-19 prevention and control management model for Myanmar factory workers in high-risk border areas of Tak Province, which included

- 1) personal protective measures for workers
- 2) Factory environmental management
- 3) Work schedule and activity management
- 4) Worker screening and monitoring
- 5) Vaccination and health education
- 6) Measures in case of infection outbreaks.

We recommend that authorities should have a plan to promote self-protection behaviors for workers consist of measures to separate patients and contacts, support for protective equipment, forms of advice on prevention, and creating an environment that supports workers to behave correctly. In this regard, continuous training and advice on infectious disease prevention should be provided to foreign workers in factories, both before, during and after the outbreak, to be simple and appropriate for the group of workers and must be integrated with participation from business owners, government agencies and workers themselves. This may require consideration of using language that is easy to understand and appropriate for the labor group.

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ โดยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.สมศักดิ์ โทจำปา ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พร้อมด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช โอชะ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ดำเนินการออกแบบการวิจัย ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ พร้อมตรวจสอบแก้ไขรายงานการวิจัยนี้ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็น อย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการออกแบบ โครงการวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัย และขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้การรับรองโครงการวิจัยก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.สุภาพร แนวนุตร อาจารย์ ดร.สการวัฒน์ ทวีนุต แพทย์หญิงสุรรัตนา สิงห์ป้อม นางสุกมา เกษะสุวรรณ และนางกนกวรรณ เลือดทหาร ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการวิจัย ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ ผู้อำนวยการหน่วยบริการปฐมภูมินางัว บ้านโคก และนาป่า ทีมงานแพทย์ พยาบาลและ อสม.ที่ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลตลอดโครงการวิจัย

ขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ความสำเร็จของวิทยานิพนธ์นี้ได้รับกำลังใจจากครอบครัว ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมชั้นเรียนและอาจารย์ผู้สอนที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือในทุกๆด้านด้วยดีตลอดมา

ขวัญดาว ตรีศุณย์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุุณูปการ	ซ
สารบัญ	ณ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
คำนิยามศัพท์เฉพาะ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์.....	11
โรคหลอดเลือดสมองและการรักษา	12
แนวทางการประเมินและการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง	17
ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	49

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	57
การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
บทที่ 4 ผลการวิจัย	62
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	62
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับ ความดันโลหิตในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม.....	65
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนกรายด้านและ โดยรวม ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิต ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	68
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนกรายด้านและ โดยรวม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความดันโลหิตในระยะหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม.....	71
บทที่ 5 บทสรุป	74
สรุปผลการวิจัย.....	75
อภิปรายผลการวิจัย.....	76
ข้อเสนอแนะ.....	82
บรรณานุกรม	84
ภาคผนวก	90
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย.....	91
ภาคผนวก ข เอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	92
ภาคผนวก ค จดหมายของอนุเคราะห์เก็บข้อมูล.....	94
ภาคผนวก ง เครื่องมือวิจัย.....	95
ประวัติผู้วิจัย	145

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	แสดงจำนวน และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	63
ตาราง 2	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	65
ตาราง 3	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	66
ตาราง 4	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	67
ตาราง 5	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวมก่อนการทดลองหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)	68
ตาราง 6	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)	69
ตาราง 7	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)	70
ตาราง 8	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)	71
ตาราง 9	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)	72
ตาราง 10	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)	73

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	50
ภาพ 2	แสดงแบบแผนการวิจัย.....	51



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นความผิดปกติของหลอดเลือด เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจในครอบครัว บทบาทของสมาชิกในครอบครัว และสังคมเนื่องจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลทำให้เสียชีวิต หรือหากรอดชีวิตมักจะมีคุณภาพการหลงเหลือตามมา ตั้งแต่ระดับความพิการเล็กน้อยจนกระทั่งถึงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ นอกจากนั้นโรคหลอดเลือดสมองยังมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำ (Recurrent stroke) ค่อนข้างสูงโดยเฉพาะในช่วง 30 วันแรกทำให้ผู้ป่วยมีความพิการมากขึ้นและคุณภาพชีวิตเลวลง และยังอาจเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ 2.5 เท่า (สถาบันประสาทวิทยา, 2562)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป (World Stroke Organization, 2023) ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 17 ล้านคน เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6.5 ล้านคน และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งพบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke) เกิดร้อยละ 80 และชนิดแตก (Hemorrhagic Stroke) เกิดร้อยละ 20 (World Stroke Organization, 2023) นอกจากนี้ยังพบว่า กว่า 132.1 ล้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวข้องกับสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life year; DALYs 126.5-137.4) (Krishnamurthi, Ikeda, & Feigin, 2020) นอกจากนี้ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุก ๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยง (World Stroke Organization, 2023) แนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังคงสูงขึ้นเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุข เช่น ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

สถาบันประสาทวิทยาและสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยได้ชี้ให้เห็นว่า ประชาชนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 2.4 แสนคน และอยู่ในกลุ่มเสี่ยงประมาณ 10 ล้านคน โดยเฉพาะผู้ที่เป็ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (สถาบันประสาทวิทยา, 2562) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ทั้งนี้เพราะโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงต่อการเกิดได้ กับประชาชน ทุกกลุ่มวัย ผู้ที่ป่วยจากโรคนี้จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการ ผู้ที่รอดชีวิตจะภาวะแทรกซ้อนเกิดทุพพลภาพตามมา อีกทั้งยังต้องเสียค่าใช้จ่ายรักษาผู้ป่วยมาก ถึงรายละเอียดแสนบาท ซึ่งค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะพบว่าในแต่ละปี ประเทศต่างๆ จะเสียค่าใช้จ่ายกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางตรงและทางอ้อมค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับโรคอื่นๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อมประมาณ 34.3 พันล้านเหรียญสหรัฐ และประมาณค่าใช้จ่ายทางตรงประมาณ 18.8 พันล้านเหรียญสหรัฐจ่ายซึ่งเป็นค่าดูแลรักษาผู้ป่วยนอก และค่ารักษาผู้ป่วยที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาล ค่ายา การเยี่ยมบ้าน และการมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน และประมาณการค่าใช้จ่าย 140,048 เหรียญสหรัฐต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ราย ค่าใช้จ่ายดังกล่าวประมาณร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดจะเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงปีแรกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (American Heart Association, 2020) สำหรับประเทศไทยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหอผู้ป่วยทั่วไป คิดเป็น 45,855 บาท และ 39,535 บาท ตามลำดับ (สถาบันประสาทวิทยา, 2565)

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย จากรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก ถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี อัตราป่วยของโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ตั้งแต่ปี 2560 – 2565 มีแนวโน้มสูงขึ้นคือ ร้อยละ 278.49, 303.2, 318.89 , 328.01, 330.22 และ 330.72 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อฯ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2560 ถึงพ.ศ.2564 พบว่าอัตราตายของโรคหลอดเลือดสมองเป็นร้อยละ 44.6, 44.39, 48.80, 46.74 และ 49.60 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567)

สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าอัตราป่วยของโรคหลอดเลือดสมองปี 2563 – 2566 คือร้อยละ 0.94, 0.92, 0.87 และ 0.84 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง (สำนักโรคไม่ติดต่อฯ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ส่วนอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดเพชรบูรณ์ปี พ.ศ.2563 – 2566 คือ ร้อยละ 48.36, 57.03, 59.38 และ 64.64 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) เมื่อจำแนกอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายอำเภอ พบว่าอำเภอเมืองเพชรบูรณ์อัตราตายสูงกว่าอำเภออื่น โดยปี พ.ศ.2563-2566 พบอัตราตายใน อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ ร้อยละ 13.90, 16.70, 15.44 และ 11.41 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวง สาธารณสุขกำหนด ไม่เกินร้อยละ 7 (คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center), 2566) ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมืองต้องเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ พบว่าในปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,076, 1,032 และ 1,115 คน ตามลำดับ และ หลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับบ้านพบว่า ในปี พ.ศ. 2566 อัตราการกลับเป็น โรคหลอดเลือดสมองซ้ำร้อยละ 8.62 และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้แก่ โรคหัวใจ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ การเกิดแผลกดทับ การเกิดภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขา ข้อติด กระดูกสะโพกหักจากอุบัติเหตุ มีภาวะความดัน โลหิตสูง และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์หลังจากจำหน่ายภายใน 3 เดือนร้อยละ 10.12 (โรงพยาบาลเพชรบูรณ์, 2566) จากรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล เพชรบูรณ์พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันต่ำกว่า 50 คะแนน ร้อยละ 20 เข้ารับการรักษ ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) จากรายงานการติดตามเยี่ยมบ้านโดยโปรแกรม Thai Care Cloud จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ที่ได้รับการส่งต่อการดูแลแบบไว้ รอยต่อและมีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านจำนวน ร้อยละ 80 และมีคะแนน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living Scale) ประเมินด้วย Barthel Index เฉลี่ยประมาณ 50 คะแนน ซึ่งต้องได้รับการลงเยี่ยมบ้าน ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ หลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Thai Care Cloud, 2566) เกณฑ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องได้รับการทำกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ต้องมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ต่ำกว่า 50 คะแนน ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณร้อยละ 80 ที่คะแนน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าร้อยละ 50 จะถูกส่งต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตรับผิดชอบเพื่อทำการ รักษาและฟื้นฟูต่อไป ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับ 3 และ 4 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องกลับมารักษาซ้ำด้วย ภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้แก่ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อ ในกระแสโลหิต มีภาวะความดันโลหิตสูงขั้นวิกฤตและมีอัตราการกลับเป็นซ้ำและมีความต้องการใน การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ซึ่งต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กันดังนี้ได้แก่ 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) 2) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) (Orem, 2001) สำหรับทฤษฎีระบบพยาบาล ตามแนวคิดของโอเร็ม พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้รับบริการและสามารถจัดระบบการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ โดยการค้นหาความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ระบบการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระบบ ตามชนิดของการดูแลได้แก่ ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensation nursing system) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive - educative nursing System) (สมจิต หนูเจริญ, 2536, น. 38 - 42) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ที่มีภาวะเปราะบางทางสุขภาพ แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างจึงมีความเหมาะสมกับทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบที่พยาบาลทำหน้าที่สอน แนะนำ สนับสนุน กระตุ้น ให้กำลังใจผู้รับบริการในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง โดยผู้รับบริการเป็นผู้เรียนรู้และกำหนดความต้องการในการดูแลตนเอง เหมาะสำหรับผู้รับบริการที่สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แต่ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองและขาดสิ่งสนับสนุนเพื่อการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ การสอน (Teaching) การชี้แนะ (Guiding) การสนับสนุน (Supporting) และการสร้างสิ่งแวดล้อม (Providing an environment) (Orem, 2001) มีนักวิจัยนำทฤษฎีนี้ไปใช้แล้วมีประสิทธิผลดี ดังเช่นงานวิจัยของ สี หยวน จี และเชน (Si, Yuan, Ji & Chen, 2021) ที่ศึกษาผลของการผสมผสานระหว่างทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและการพยาบาลแบบ PDCA ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการดูแลตนเองแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็มและการจัดการพยาบาล PDCA มีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดีขึ้นทั้งการเปรียบเทียบก่อน-หลังได้รับการดูแล และคะแนน ADL ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) งานวิจัยของ หยาง และเนี่ย (Yang & Niu, 2022) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง (TBI) โดยอิงตามต่อการทำงานของมอเตอร์และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพที่สร้างจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากดัชนิ Barthel สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ในช่วง 1, 2 และ 3 เดือนหลังได้รับโปรแกรม ผลงานวิจัยของคินึงนิจ เพชรรัตน์, สัณญา ปงลังกา, และจุฑามาศ กิตติศรี (2561) พบว่า

ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ซีสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงและลดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$ และ $p < .05$) งานวิจัยลำพวรรณ แสนบั้ง, สุภาพร แนวบุตร, และประทุมมา ฤทธิโพธิ์ (2561) พบว่า ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) งานวิจัยของกนกวรรณ เลือดทหาร นงนุช โอปะ และสมบุรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล (2559) พบว่า หลังการทดลองพฤติกรรมการดูแลตนเอง สมรรถภาพอด ดัชนีประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 6MWD ภาวะหายใจลำบาก ดัชนีมวลกาย ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, .001 และ .05 ตามลำดับ ดังนั้น การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นและในบางกลุ่มยังช่วยให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตลดลงด้วย

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงประยุกต์ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาเป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีการสอนให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ชี้แนะเป็นรายบุคคล และสนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมโดยนำเทคโนโลยีแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ร่วมกับการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพและแก้ไขปัญหาพร้อมกับติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม และอาจทำให้ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งเป็นการลดโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
5. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
6. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม
3. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน
4. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม
5. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน
6. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. เป็นแนวปฏิบัติของบุคลากรทางด้านสุขภาพในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่เหมาะสมอันจะนำไปสู่การพัฒนาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า โรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2566-2567 และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป และมีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประเมินจาก The Barthel ADL Index ของสถาบันประสาทวิทยา อยู่ในระดับ 3 คือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (50-70 คะแนน) และระดับ 4 คือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (75-95 คะแนน) มีจำนวนทั้งสิ้น 695 คน (โรงพยาบาลเพชรบูรณ์, 2566)

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

2.2.1 การกำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยโดยคำนวณจากโปรแกรม G* power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดกลุ่มละ 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและให้เพียงพอในกรณีกลุ่มตัวอย่างบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 30 คน (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2555)

2.2.2 วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) และทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองแบบการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนได้ครบ 30 คน จากนั้นใช้วิธีเลือกกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะ

ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองโดยใช้วิธีการจับคู่ (Matched Pair) โดยให้มีความเท่าเทียมกันในเรื่อง เพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับเดียวกันจน ได้กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

3. ขอบเขตด้านตัวแปร

3.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

3.2 ตัวแปรตาม คือ

3.2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.2.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3.2.3 ระดับความดันโลหิต

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค หลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเคยรับการรักษาที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ มีภูมิลำเนาอยู่ ในเขต อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ในปีงบประมาณ 2566-2567 มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันโดยใช้ดัชนีบาร์เธล เอดีเอล (Bathel ADL Index) ตั้งแต่ 50 – 95 คะแนน และมี ระยะเวลาป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยนำ พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนสุขภาพของ โอเร็ม (Orem, 2001, p.47) 6 ด้านได้แก่ 1) การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ 2) การรับรู้สนใจและดูแลของพยาธิสภาพซึ่ง รวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การ รับรู้และสนใจดูแลและป้องกัน 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษาการวินิจฉัยการฟื้นฟูและการป้องกัน ความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค 5) การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา 6) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือผลของ การวินิจฉัยโรคและการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ประเมินได้จากแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ระดับความดันโลหิต หมายถึง ตัวเลขแสดงค่าแรงดันเลือดที่เกิดจากการที่หัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure/SBP) และความดันในขณะที่ หัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure/DBP) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่วัดได้จากเครื่องวัดความดันแบบดิจิทัลของ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ซึ่งวัดในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตในแต่ละวันของแต่ละบุคคลในแต่ละวัน โดยใช้แบบประเมิน ดัชนีบาร์เทล (The Barthel ADL Index) สร้างโดย Mahoney & Barthel และแปลโดย สถาบันประสาทวิทยา (2554) ประกอบด้วยความสามารถ 10 ด้าน (จำนวน 10 ข้อ) ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขาหรือกระโถนการอาบน้ำเช็ดตัว การเดิน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ และแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย 2) สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย 3) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง 4) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก 5) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่ดำเนินการให้กับกลุ่มทดลอง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 4 ประเภท ได้แก่

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยการบรรยาย และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงสัญญาณเตือนและอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมมอบคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อใช้ในการทบทวนการปฏิบัติตนที่บ้าน ดำเนินการที่หน่วยบริการปฐมภูมิแบบรายกลุ่ม

2. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน เป็นกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย มีการดำเนินการดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ผู้วิจัยแนะนำตนเอง บอกชื่อ สกุล ตำแหน่งและบอก วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน 2) ผู้วิจัยสำรวจปัญหาของผู้ป่วยโดยประเมินจากสายตา การสังเกตการเคลื่อนไหว รวมทั้งสอบถามอาการต่างๆของผู้ป่วย 3) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติประเมินปัญหาของผู้ป่วยและนำข้อมูลที่ได้มาเทียบกับเคียงกับของผู้วิจัย 4) ผู้วิจัยเชิญชวนให้ผู้ป่วยร่วมกำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญห 5) ผู้วิจัยยุติการให้คำปรึกษาโดยดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วย

3. การส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ไลน์ในการติดต่อสื่อสารโดยผู้วิจัยส่งข้อความและภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติตนรวมทั้งชักจูงให้กำลังใจในการปฏิบัติตน โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์แบบรายบุคคล ส่งทุกวันจันทร์จำนวน 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 10

4. การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายเป็นกิจกรรมการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เพื่อความปลอดภัยและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยสนับสนุนผู้ป่วยและญาติประเมินสภาพที่อยู่อาศัยและอุปกรณ์ช่วยเหลือของผู้ป่วยสรุปความเหมาะสมและความปลอดภัยเชิญชวนผู้ป่วยและญาติวางแผนแก้ไขปัญหาสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและการมีอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอดำเนินการเป็นรายบุคคลที่บ้าน

การพยาบาลแบบปกติ หมายถึง กิจกรรมการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย การประเมินสภาพการวางแผนฟื้นฟูสุขภาพ การปฏิบัติการดูแล และการติดตามสภาพการฟื้นฟูสุขภาพ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและรวบรวมวรรณกรรม ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์
2. โรคหลอดเลือดสมองและการรักษา
3. แนวทางการประเมินและการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง
4. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในงานวิจัย

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า อัตราป่วยของโรคหลอดเลือดสมองปี 2563 – 2566 คือ ร้อยละ 0.94, 0.92, 0.87 และ 0.84 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย (สำนักโรคไม่ติดต่อฯ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ส่วนอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดเพชรบูรณ์ปี พ.ศ.2563 – 2566 คือ ร้อยละ 48.36 , 57.03, 59.38 และ 64.64 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) เมื่อจำแนกอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายอำเภอ พบว่าอำเภอเมืองเพชรบูรณ์อัตราตายสูงกว่าอำเภออื่น โดยปี พ.ศ.2563–2566 พบอัตราตายในอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ ร้อยละ 13.90, 16.70, 15.44 และ 11.41 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ไม่เกินร้อยละ 7 (คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center), 2566) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมืองต้องเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ พบว่าในปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,076 , 1,032 และ 1,115 คน ตามลำดับ และหลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับบ้านพบว่า ปี 2566 อัตราการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำร้อยละ 8.62 และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ การเกิดแผลกดทับ

การเกิดภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขา ข้อติด กระดูกสะโพกหักจากอุบัติเหตุ ระดับความดันโลหิตสูง และการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์หลังจากจำหน่ายภายใน 3 เดือน ร้อยละ 10.12 (งานเวชสถิติโรงพยาบาลเพชรบูรณ์, 2566)

จากรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำกว่า 50 คะแนน ร้อยละ 20 เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) จากรายงานการติดตามเยี่ยมบ้านโดยโปรแกรม Thai Care Cloud จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ที่ได้รับการส่งต่อการดูแลแบบไว้รอยต่อและมีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านจำนวน ร้อยละ 80 และมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity of Daily Living Scale ; Barthel Index) เฉลี่ยประมาณ 50 คะแนน ซึ่งต้องได้รับการลงเยี่ยมบ้าน ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (เราแคร์ไทย (Thai Care Cloud), 2565) เกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อติดตามการทํากายภาพบำบัดในแผนกกายภาพบำบัดโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ต้องมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Activity of Daily Living Scale ; Barthel Index) น้อยกว่า 50 คะแนน ดังนั้นผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองประมาณร้อยละ 80 ที่คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity of Daily Living Scale ; Barthel Index) มากกว่าร้อยละ 50 จึงถูกส่งต่อที่ PCU และ รพ.สต. ในเขตรับผิดชอบเพื่อทำการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการ ในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ อาจทำให้เกิดความรุนแรงต่อสุขภาพของผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่สูงขึ้น มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และเศรษฐกิจของประเทศชาติ และทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นได้จึงเป็นปัญหาที่ควรแก้ไขอย่างรีบด่วน

โรคหลอดเลือดสมองและการรักษา

คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความของ Stroke ว่า “Rapidly developed clinical signs of focal (global) disturbance of cerebral function lasting more than 24 hours or leading to death, with no apparent cause other than a vascular origin” หรือเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยเกิดอาการและอาการแสดงเกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต National Institute of Neurology Disorder and Stroke (NINDS) ให้คำจำกัดความว่า เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกไม่ว่าจะมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือ มากกว่า

โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้ (National Institute of Neurological Disorders and stroke, 1989)

ดังนั้น โรคหลอดเลือดสมองจึงหมายถึงทั้งโรคอัมพาตและอัมพฤกษ์ คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากการ สูญเสียหน้าที่ของสมอง (Neurological deficit) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่ทั้งชั่วคราว หรือถาวร และมีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง (Vascular origin) ที่ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ (Infarction) หรือเลือดออกในสมอง (Hemorrhage) ในความหมายนี้ จึงรวมสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดสมอง อุดตันหรือแตกที่เกิดจากภาวะต่างๆ เช่น trauma, infection หรือ Neoplasm เป็นต้น อย่างไรก็ตามถ้ากล่าว ถึง Stroke จะหมายถึงอาการทางสมองนั้น ๆ จะอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง แต่ถ้าสั้นกว่านั้นจะหมายถึง Transient ischemic attack ซึ่งบางตำราเรียกว่า mini stroke (สถาบันประสาทวิทยา, 2567)

พยาธิสรีรวิทยา

ในสภาวะปกติ สมองได้รับเลือดมาเลี้ยงจาก 2 เส้นเลือดหลัก (สถาบันประสาทวิทยา, 2565) ได้แก่

1. Vertebral artery เป็นแขนงของ Subclavian artery ซึ่งแยกออกมาเป็น 2 เส้น โดยตอนปลาย สุดของเส้นจะทะลุผ่าน Lateral vertebral foramen ของกระดูก Atlas เมื่อมาถึงบริเวณก้านสมอง (Brain stem) จะรวมกันกลายเป็นหลอดเลือดชื่อ Basilar artery (บางที่เรียก Vertebrobasilar artery) ไปเลี้ยงส่วน ของสมอง

2. Internal carotid artery เป็นเส้นเลือดแดงที่สำคัญ โดยจะพุ่งผ่านเข้าไปในช่องกะโหลกศีรษะ โดยผ่าน Foramen lacerum (หรือ Carotid canal) แล้วแตกแขนงออกเป็น 3 แขนงที่สำคัญ ได้แก่ Anterior, middle, และ Posterior cerebral artery

เส้นเลือดทั้ง Internal carotid artery และ Basilar artery จะเชื่อมต่อกันเป็นวงของหลอดเลือดที่ เลี้ยงสมองที่ชื่อว่า Circle of Willis เส้นเลือดแต่ละแขนงจะให้เลือดประมาณ 250 มิลลิลิตร ต่อนาที โดยเฉลี่ยเลือดไปเลี้ยงสมองประมาณ 5 มิลลิลิตร/100 กรัมของเนื้อเยื่อสมอง/นาที ถ้าเลือดไปเลี้ยงที่สมองลดลงต่ำกว่า 30-35 มิลลิลิตร/100 กรัม ของเนื้อเยื่อสมอง/นาที จะเกิดการขาดเลือด (Ischemia) ซึ่งในโรคหลอดเลือดสมองนั้น สภาวะที่มีการขาดออกซิเจนจากหลอดเลือดตีบ ตัน หรือแตก เซลล์จะใช้พลังงานโดยเปลี่ยนจากกระบวนการ เผาผลาญอาหาร จากแบบใช้ออกซิเจน มาเป็นกระบวนการไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้เกิดกรดแลกติก (Lactic acid) อันเป็นสาเหตุ ของการเสียสมดุลกรด-ด่าง ทำให้เซลล์ไม่สามารถผลิตพลังงานได้ จึงเกิดการเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ ส่งผลให้ หน้าที่ของเซลล์เมมเบรนสูญเสียไปเกิดอนุมูลอิสระ เซลล์บวม และแตก เกิดการตายของเซลล์ ซึ่งถ้าเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงเหลือต่ำกว่า 20 มิลลิลิตร/100 กรัมของเนื้อเยื่อสมอง/นาที เนื้อเยื่อสมองจะตาย

(Infarction) และถ้าเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงเหลือต่ำกว่า 15 มิลลิลิตร/100 กรัมของเนื้อเยื่อสมอง/นาที จะเกิดเนื้อเยื่อ สมองตายเป็นบริเวณกว้าง (Massive infarction)

ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง

ชนิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้ตามลักษณะ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2558) ดังนี้

1. แบ่งตามพยาธิสภาพ

1.1 ภาวะสมองขาดเลือด จากเส้นเลือดสมองตีบตันหรืออุดตัน (Ischemic stroke or cerebral infarction)

1.2 ภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ จากเส้นเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke or cerebral hemorrhage) เกิดเลือดออกในเนื้อสมอง (Cerebral hemorrhage) หรือเลือดออกในชั้น ซับอะแรดนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage, SAH) หรือเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage) ได้

2. แบ่งตามกายวิภาค

2.1 ระบบหลอดเลือด Carotid เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือด Internal carotid และแขนง (Anterior circulation)

2.2 ระบบหลอดเลือด Vertebral เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือด Vertebral และแขนง (Posterior circulation)

ทั้งนี้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอาจแบ่งตามขนาดเส้นเลือด ได้แก่ เส้นเลือดขนาดใหญ่ (Large vessel) หรือบริเวณ Insular ribbon ซึ่งการอุดตันก่อให้เกิดเนื้อสมองตายเป็นบริเวณกว้าง (Large infarction) หรือ เส้นเลือดขนาดเล็ก (Small vessel) ซึ่งการอุดตันก่อให้เกิดเนื้อสมองตายเป็นหย่อมขนาดเล็ก (Lacunar infarction) ซึ่งการพยากรณ์ของโรคหลอดเลือดสมองที่บริเวณ Posterior circulation ค่อนข้างดีกว่า บริเวณ Anterior circulation เพราะพยาธิสภาพของ Posterior circulation ที่เกิดขึ้นมักจะเกิดที่เส้นเลือด แขนงย่อย

3. แบ่งตามความรุนแรงของอาการแสดงทางคลินิก

3.1 อาการไม่รุนแรง (Minor stroke) : สมองขาดเลือด (Ischemia) เนื้อสมองยังไม่ตายมีอาการ เกิดขึ้นชั่วคราว แล้วหายเป็นปกติ เนื่องจากมีหลอดเลือดข้างเคียงมาเลี้ยงแทน (Collateral circulation) หรือ สิ่งอุดตัน (Emboli) หลุดไป แบ่งเป็น

3.1.1 Transient ischemic attack (TIA) : คืออาการแสดงของความผิดปกติทางระบบ ประสาทไม่เกิน 24 ชั่วโมง เช่น ตาบอดชั่วคราว (Amaurosis fugax) เกิดจากการอุดตันที่ Retinal artery

3.1.2 Reverse Ischemic Neurological Deficit (RIND) : มีอาการแสดงของความผิดปกติทางระบบประสาทคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง อาการหายไปภายใน 1-2 สัปดาห์

3.2 อาการรุนแรง (Major stroke) : เนื้อสมองตาย (Infarction) มีความผิดปกติทางระบบประสาท หรือเกิดความพิการซึ่งอาการอาจเป็นมากขึ้นหรือคงที่ แบ่งเป็น

3.2.1 Progressive stroke อาการเป็นมากขึ้นเมื่อไม่ได้รับการรักษา

3.2.2 Complete stroke อาการคงที่มีความพิการถาวร

อาการและอาการแสดงทางคลินิก (Clinical manifestation)

สมองได้รับเลือดจากหลอดเลือดที่สำคัญ 2 เส้น ได้แก่ Internal carotid artery (แตกแขนงออกไป เป็นหลอดเลือด Anterior, Middle และ Posterior) และ Vertebrobasilar artery ซึ่งหลอดเลือดทั้ง 2 เส้น มีหน้าที่หล่อเลี้ยงเนื้อสมองให้ทำงานอย่างปกติ ดังนั้น เมื่อเกิดพยาธิสภาพในหลอดเลือดเหล่านี้ ก็จะส่งผลต่อหน้าที่ การทำงานของสมองบริเวณที่เส้นเลือดนั้น ๆ ไปเลี้ยง อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจึงขึ้นกับความผิดปกติของหน้าที่ของสมองบริเวณที่ถูกหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพไปเลี้ยง บริเวณที่เส้นเลือดอุดตันอาการและอาการแสดงที่พบบ่อย (สถาบันประสาทวิทยา, 2565) ได้แก่

1. Anterior cerebral artery อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการอ่อนแรง (motor) และสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก (sensory) ของแขน และขา ด้านตรงข้ามของรอยโรคโดยมักพบว่าอาการของขามากกว่าแขน ไม่สามารถกลืนปัสสาวะ ขาดสมาธิ (Decreased attention)
2. Middle cerebral artery อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง (Contralateral hemiparesis) โดยมักพบว่าอาการของแขนมากกว่าขา การสูญเสียความสามารถในการใช้หรือเข้าใจภาษาหรือคำพูด (Aphasia) กลืนลำบาก (Dysphagia) สับสน และความจำบกพร่อง
3. Posterior cerebral artery อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ ตามัว มองไม่เห็น กล้ามเนื้อลูกตาผิดปกติ หลงลืม การทรงตัวเสีย
4. Vertebrobasilar artery อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ เวียนศีรษะ รู้สึกเหมือนบ้านหมุน คลื่นไส้ อาเจียน เดินเซ และตากระตุก

นอกจากนี้อาจพบอาการอื่น ๆ จากการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของสมองมากขึ้น ได้แก่ อาการแสดงของความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะ ตามัว อาเจียนพุ่ง หรือความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (Consciousness change) อาจมีอาการซึมลง หมดสติ หรือ ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใด ๆ

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอาการหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, 2555) ได้แก่

1. ภาวะความดันโลหิตสูง ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีระดับความดันโลหิต สูงกว่าปกติโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคของระบบหลอดเลือด

สมองได้มากกว่าคนปกติ เพราะจะทำให้หลอดเลือดแข็งตัว เกิดการเกาะติดของลิ่มเลือดหรือมีโอกาสดังกล่าวได้ง่าย ถ้าระดับความดันโลหิตสูงกว่า 105 มม.ปรอท จะมีโอกาสเสี่ยงมากถึง 10-12 เท่า และเมื่อลดระดับความดันโลหิตได้ 5-6 มม.ปรอท จะสามารถลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงประมาณร้อยละ 40

2. โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานและไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็งทั่วร่างกาย ส่งผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองอุดตัน อัตราเสี่ยงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเกิดเป็นอัมพาตสูงกว่าคนปกติ 2 - 3 เท่า

3. โรคหัวใจ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจชนิดขาดเลือดไปเลี้ยงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 2 - 5 เท่า ของคนปกติ และถ้าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเอเทรียลฟิบริลเลชัน (Atrial fibrillation) มีโอกาสเสี่ยง สูงได้ถึง 6 เท่า ซึ่งอาจเกิดจากการมีลิ่มเลือดไปอุดตันที่สมอง หรือเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีปริมาณไม่เพียงพอจาก การทำงานของหัวใจผิดปกติ

4. การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะเป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยเกิดอัมพฤกษ์/อัมพาตได้ง่าย โดยผู้ที่สูบบุหรี่จะมี โอกาสเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาตได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มากขึ้น หากหยุดบุหรี่ได้ 2 - 5 ปี พบว่าโอกาสเกิดโรคหลอดเลือด สมองลดลงถึงร้อยละ 30 - 40

ปัจจัยเสี่ยงรองลงมา ได้แก่

1. ภาวะที่มีไขมันในเลือดสูง อาจเป็นได้ทั้งคอเรสเตอรอลหรือไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งจะทำให้เกิดก้อน ไขมันเกาะติดกับผนังของหลอดเลือด ทำให้ผนังของหลอดเลือดหนาตัวขึ้น ตีบแคบ เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ

2. การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณสูงมากเกินไป การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นประจำ จะทำให้เกิดปัญหาความดันโลหิตสูงไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง

3. ภาวะขาดการออกกำลังกาย เกิดภาวะเครียดและโรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย จะลดการ ใช้พลังงาน ทำให้ลดการเผาผลาญน้ำตาลและไขมัน เกิดการสะสมของสารอาหารส่วนเกิน ส่งเสริมการเกิด ปัญหาความดันโลหิตสูงไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง

4. ฮอโมน ยังไม่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างชัดเจน ยกเว้นผู้หญิงที่รับฮอโมนเอสโตรเจน ในปริมาณ สูงร่วมกับมีความดันโลหิตสูงหรือสูบบุหรี่

แนวทางการประเมินและการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง

การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีปัญหาโรคหลอดเลือดสมองนั้น สามารถประเมินได้จากข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้อง (วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, 2555)

1. การมีปัจจัยเสี่ยง
2. อาการเกิดขึ้นทันทีทันใด
3. มีความผิดปกติทางระบบประสาทจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองอธิบายได้ตามรอยโรคของพื้นที่ ที่สมองขาดเลือด

การประเมินและการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ ดังนี้

1. การซักประวัติ เป็นสิ่งสำคัญที่นำมาซึ่งข้อมูลที่สามารถบอกขอบเขตของปัญหาที่เฉพาะเจาะจง และนำไปสู่การตรวจอื่น ๆ ต่อไป แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้ ดังนั้นก่อนซักประวัติ ควรประเมินพฤติกรรมและระดับการรู้สติของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีระดับการรับรู้สติดี อาจเริ่มด้วยคำถามง่ายๆ ก่อน ถ้าผู้ป่วยตอบคำถามได้ เช่น คุณชื่ออะไร อายุเท่าไร วันนี้อะไร ในทางตรงข้าม ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้สติเปลี่ยนแปลงไป ควรซักประวัติจากญาติและผู้ดูแล ซึ่งประเด็นสำคัญในการซักประวัติมีดังนี้

1.1 อาการสำคัญ เป็นอาการหลักที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน เป็นประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญ ตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนกระทั่งนำส่งโรงพยาบาล เช่น วัน เวลาที่เกิดอาการ อาการที่เกิดขึ้น สถานที่เกิดอาการ กิจกรรมที่ ผู้ป่วยกำลังทำอยู่ ลักษณะของอาการที่เกิดขึ้น เช่น เกิดทันทีทันใด หรือค่อยๆ เป็นมากขึ้น ความรุนแรง ตำแหน่งของร่างกายที่มีอาการ อาการที่เป็นลดลง มากขึ้นหรือเท่าเดิม มีอาการนำมาก่อนหรือไม่ เช่น ปวดศีรษะ มึนงง ความจำเสื่อม พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงหรือไม่ มีปัญหาการทรงตัว หรือ การเคลื่อนไหวหรือไม่ อ่อนแรงหรือไม่ มีปัญหาการพูด การได้ยิน หรือการมองเห็นหรือไม่ มีการรับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เช่น ชา รู้สึกเหมือนมีตัวอะไรมาไต่ เจ็บปวดหรือไม่ทำกิจวัตรได้ตามปกติหรือไม่

1.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เช่น โรคประจำตัวหรือไม่ ประวัติการรักษาพยาบาล หรือประวัติการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น

1.4 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลใน ครอบครัว หรือโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย

2.1 การตรวจร่างกายทั่วไป ประกอบด้วย การตรวจร่างกายในระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบหัวใจ ระบบหายใจ เป็นต้น

2.2 การตรวจร่างกายทางระบบประสาท เช่น การประเมินระดับความรู้สึกตัว การประเมิน Neurological sign ได้แก่ Glasgow coma scale (GCS), Pupil reaction และ Motor power เป็นต้น

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะทำการตรวจหาปัจจัยเสี่ยงและเตรียมการรักษา (วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, 2555)

3.1 การตรวจเม็ดเลือด ในบางรายอาจมีภาวะเลือดหนืด ความเข้มข้นเลือดสูงก่อให้เกิดการไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก มักพบในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จัด หรือเป็นโรคเลือดบางชนิด

3.2 การตรวจระดับน้ำตาล เพื่อช่วยวินิจฉัยโรคเบาหวานหรือในรายที่เป็นเบาหวานและใช้ยา ลดน้ำตาล อาจเกิดภาวะน้ำตาลต่ำ ซึ่งทำให้มีอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมองได้

3.3 การตรวจระดับไขมันในเลือด เพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูง และวางแผนการรักษา

3.4 การตรวจการแข็งตัวของเลือด (Coagulogram) อาจพิจารณาตรวจในบางรายช่วยให้ทราบ ภาวะการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติที่สัมพันธ์กับโรคได้

3.5 การตรวจระดับเกลือแร่ในเลือด (Electrolyte) ช่วยแยกภาวะเกลือแร่ในเลือดผิดปกติ เช่น เกลือแร่ต่ำ อาจทำให้มีอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง

3.6 การตรวจเลือดและปัสสาวะเพื่อดูระบบการทำงานอื่นร่วมด้วย เช่น การทำงานของไต หรือ เอนไซม์ ของตับ เพื่อประกอบการพิจารณาให้ยา

4. การตรวจพิเศษต่างๆ ได้แก่

4.1 การตรวจภาพถ่ายทางรังสีของสมองและหลอดเลือดสมอง

4.2 การตรวจด้วยคลื่นเสียงอัลตราซาวด์

แนวทางการรักษา

แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน (สถาบันประสาทวิทยา, 2567)

ปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base medicine) เป็นมาตรฐานและได้รับการยอมรับจากทั่วโลกยืนยันถึงการรักษาที่ได้ผลดี สามารถลดอัตราการตายและอัตราความพิการได้อย่างมีนัยสำคัญได้แก่

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit)

2. การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant Tissue Plasminogen Activator: Intravenous rt-PA) ในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ

3. การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drug) ได้แก่ aspirin ภายในเวลา 48 ชั่วโมง หลังเกิดอาการหรือการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drug) ในผู้ป่วยที่เป็น cardioembolic stroke

4. การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะกว้างเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ (Decompressive wide craniectomy) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่

5. การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (Mechanical thrombectomy) คือการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดในสมอง (endovascular treatment) ภายใต้การใช้เครื่องเอกซเรย์เพื่อนำเอาลิ่มเลือดที่อุดตันออก ซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นความก้าวหน้าของการรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) และระยะผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน (Post-Acute Phase) (สถาบันประสาทวิทยา, 2567)

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase)

การดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระยะที่เริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ซึ่งมักใช้เวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมง เป้าหมายการรักษายาบาลในระยะเฉียบพลัน คือ การดูแลรักษาชีวิต และหน้าที่สำคัญของร่างกาย โดยพยายามลดขนาดของเนื้อสมองที่ขาดเลือดและตาย พร้อมทั้งพยายามแก้ไข เนื้อสมองในตำแหน่งที่เป็นให้ฟื้นฟูลักษณะปกติ แนวทางในการรักษายาบาล คือ ต้องทำโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้ โดยทั่วไปการรักษาในระยะเฉียบพลันใช้หลัก A-B-C-D ประกอบด้วย

1.1 Airway & Breathing สิ่งสำคัญที่สุดคือ การดูแลเรื่องทางเดินหายใจให้โล่งและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ระวังการอุดกั้นทางเดินหายใจจากภาวะต่างๆ ควรจัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงหันหน้าไปด้านข้าง เพื่อป้องกันการสูดสำลักเสมหะหรือน้ำลายลงปอด ในรายที่มีปัญหาเรื่องการระบายอากาศ อาจจำเป็นต้องช่วยแพทย์ใส่ท่อหลอดลมคอช่วยหายใจ เพื่อรักษาระดับออกซิเจนในเลือด ให้มากกว่าร้อยละ 95 และถ้าต้องดูดเสมหะ ไม่ควรใช้เวลานานเกิน 15 วินาที เพราะถ้านานกว่านี้อาจทำให้เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ

1.2 Circulation ดูแลการไหลเวียนเลือดให้เพียงพอ โดยการจัดทำท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อช่วยให้เลือดดำไหลกลับสู่หัวใจได้เพียงพอ ศีรษะไม่ควรบิดไปข้างใดข้างหนึ่งเพราะจะขัดขวางการไหลกลับของ หลอดเลือดดำที่คอได้ ต้องประเมินและวัดสัญญาณชีพ และอาการแสดงของระบบประสาทบ่อยๆ เพื่อค้นหา ความผิดปกติ เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นต้น นอกจากนี้ดูแลเรื่องสารน้ำในร่างกายพร้อมทั้ง ติดตามสมดุลของเกลือแร่และน้ำในร่างกายพร้อมทั้ง บันทึกจำนวนปัสสาวะ ส่วนใหญ่ในระยะแรกจะใส่สายสวนปัสสาวะไว้

1.3 การรักษาด้วยยา ดูแลให้ยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่วนใหญ่จะเตรียมให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อเตรียมให้ยาช่วยเหลือ ซึ่งการพิจารณาให้ยาเพื่อการรักษาที่จำเพาะของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถ แบ่งการรักษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใช้รักษาโรคเส้นเลือดอุดตัน (Ischemic stroke) ได้แก่ ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) ยาต้านเลือดแข็งตัว (Anticoagulants) ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) ยากลุ่ม Neuroprotectant และยาลดระดับความดันโลหิตสูง และกลุ่มที่ใช้รักษาโรคเลือดออกผิดปกติในกะโหลกศีรษะ (Hemorrhagic stroke) ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ (Diuretic drug) ยาเพิ่มความเข้มข้นของเลือด (Osmotherapy) ยาลดเมตาบอลิซึมของสมอง เช่น Barbiturate การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันนี้ ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและไม่สามารถรักษาด้วยยาแล้ว แพทย์อาจพิจารณาผ่าตัด

2. ระยะผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน (Post-Acute Phase)

การรักษาเมื่อผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน คือ การรักษาในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ และผ่านระยะอันตรายไปแล้ว เป้าหมายที่สำคัญคือ รักษาหน้าที่และป้องกันภาวะโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีที่สุดและเร็วที่สุด การรักษาในระยะนี้จะต้องคำนึงถึงการส่งเสริมให้เลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มมากขึ้น ลดอาการบวมของสมอง ซึ่งการใช้ยาสำหรับโรคหลอดเลือดสมองที่กล่าวมาข้างต้นยังจำเป็นต้องใช้ในระยะนี้ด้วย นอกจากนี้ อาจเริ่มฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันโรคแทรกซ้อน และเตรียมตัวเพื่อการกลับบ้านของผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินสุขภาพ และการดูแลให้ความช่วยเหลือ พร้อมทั้งแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย และดำรงชีวิตได้ดี (วันเพ็ญ ภิญญธ ภาสกุล, 2555)

เมื่อผ่านพ้นระยะเฉียบพลันมาแล้ว ผู้ป่วยจะกลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้านและรับบริการระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพนี้จัดเป็นกระบวนการที่ต้องกระทำต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้ป่วย ทีมสุขภาพจัดแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ของบุคคลนั้นเอื้ออำนวย เพื่อให้สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัย และดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Family-centered care) มีส่วนร่วม และบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอรรถบำบัด นักโภชนาการ และทีมสุขภาพในชุมชน ร่วมวางแผนและให้การช่วยเหลือตาม ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วย และดำรงชีวิตได้ดี (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2550)

ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ (สุธาสิณี มั่นจิราวิทยานุวัฒน์, 2559)

1. กล้ามเนื้ออ่อนแรง การทรงตัวและกล้ามเนื้อไม่ประสานงานกัน การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยิบข้อและช่วยเหลือตัวเองได้ อาจส่งผลให้เกิดข้อยึดติดและผิดรูป ส่วนใหญ่จะมีการกล้ามเนื้ออ่อนแรงปวดเมื่อยมากใน 48 ชั่วโมงแรก ถ้ามีการช่วยเหลือแก้ไข จะทำให้เกิดการฟื้นตัวของกำลังกล้ามเนื้อ ถ้าไม่รีบแก้ไขโอกาสที่ฟื้นตัวจะน้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากมีอาการไปแล้ว 6 เดือน

2. กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ภาวะเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นขบวนการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อยึดติดผิดรูปได้ เกิดผลจากการเสียตีสื่อ อาการเจ็บปวด หรือเป็นอุปสรรคในการจัดทำ การแก้ไขกล้ามเนื้อเกร็งกระตุกสามารถทำได้โดยการออกกำลังกายโดยวิธีดัดยืดกล้ามเนื้อ และอาจใช้ ES และอุปกรณ์เสริมเพื่อป้องกันข้อยึดติดผิดรูป เช่น การใช้ Ankle foot orthosis (AFO) และ Hand splint นอกจากนี้บางรายอาจต้องใช้ยาลดอาการเกร็ง เช่น Diazepam, Baclofen เป็นต้น

3. ความรู้สึกลดลงหรือผิดปกติ ปัญหาการรับรู้สีกลดลงของผู้ป่วยอาจทำให้เกิดแผลกดทับ ดังนั้นจึงต้องแนะนำผู้ป่วยหรือญาติ เรื่องการดูแลตรวจผิวหนังของผู้ป่วยเป็นระยะๆ หมั่นพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ไม่ใช้ของร้อนหรือเย็นจัด วางบนส่วนที่รับรู้สีกลดลงเพราะอาจทำให้เกิดแผลได้

4. การเคลื่อนย้ายตัวและการเคลื่อนที่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการสอนผู้ป่วยให้เคลื่อนไหว เพราะนอกจากเป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแล้ว ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจที่จะกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านได้ การสอนควรเริ่มจากการเคลื่อนไหวง่ายๆ ก่อนที่จะเริ่ม ให้ผู้ป่วยเดิน เช่น การเคลื่อนไหวบนเตียง จากเตียงลงไปหัตถ์ยืน การเคลื่อนตัวไปบนรถเข็น จนกระทั่งสามารถหัดเดินได้

4.1 การเคลื่อนไหวนบนเตียง พยาบาลสามารถสอนให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองในการเคลื่อนตัวบนเตียงโดยใช้เท้าข้างที่ตีช่วยพยุงข้างที่อ่อนแรง วางมือที่อ่อนแรงบนหน้าอกหรือหน้าท้องเพื่อป้องกันอุบัติเหตุส่วนมือที่แข็งแรงยันลงบนที่นอน หรือจับขอบที่นอนไว้

4.2 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของแขนขาข้างใดข้างหนึ่งสามารถช่วยเหลือตัวเองให้เคลื่อนตัวจากเตียงมาที่รถเข็น หรือสามารถเคลื่อนจากรถเข็นมาที่เตียงได้ โดยการหันด้านที่แข็งแรงเข้าหาบริเวณที่จะเคลื่อนตัวไป เพื่อจะได้ใช้แรงจากมือข้างที่ตีจับยึด และขาข้างตีช่วยพยุงตัวป้องกันการหกล้มได้

4.3 การฝึกเดิน การฝึกเดินนั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยจะใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ระดับการรับรู้ของผู้ป่วย กำลังกล้ามเนื้อของข้างที่อ่อนแรง

การช่วยเหลือผู้ป่วยฝึกเดิน จะต้องมีการประเมินความพร้อมและผู้ป่วยจะต้องมีเทคนิคที่ดี เพื่อป้องกันผู้ป่วยหกล้ม การจัดเตรียมราวจับและกระจกให้ฝึกเดิน พร้อมทั้งต้องได้รับการฝึกกล้ามเนื้อให้แข็งแรง เมื่อสามารถเดินได้พอควร จึงฝึกการเดินขึ้นลงบันไดโดยใช้ขาข้างที่ดีก้าวเดินขึ้นบันไดก่อน ในขณะที่ลงบันไดใช้ขาข้างที่อ่อนแรงก้าวลงก่อน

5. อาการกลืนลำบาก อาการกลืนลำบาก (Dysphasia) เป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ การสำลักและปอดอักเสบ จุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอและป้องกันการสำลัก ควรแนะนำให้เริ่มฝึกเมื่อผู้ป่วยขยับกล้ามเนื้อปากและยกคอหอยขึ้นในการกลืนน้ำลายได้ การฝึกกลืนควรเริ่มเมื่อผู้ป่วยพร้อม โดยเริ่มสอนให้ออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เช่น การยืงฟัน กัดฟัน ห่อลิ้น เป็นต้น ขณะกลืนให้จัดท่า นั่งตรง ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้า เวลากลืนหันหน้าไปทางด้านที่อ่อนแรงหรือเอียงศีรษะไปด้านที่แข็งแรง ควรเริ่มจาก หัดดื่มน้ำจากช้อนชาก่อน แล้วค่อยฝึกกลืนของเหลวที่ข้นขึ้นได้ อาจปรับเปลี่ยนอาหารเป็นลักษณะหนืดข้นคล้ายอาหารที่ป้อนทารก เช่น เยลลี่ โจ๊กปั่นข้น อาการที่ควรระวังเรื่องการกลืนคือ อาการไอหลังจากกลืน พุดมีเสียงเปลี่ยนเหมือนมีน้ำหลังจากกลืนน้ำหรืออาหาร

6. การขับถ่าย ปัญหาที่พบบ่อยคือ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ความสามารถเคลื่อนย้ายตนเองน้อยลง และยังมีปัญหา การสื่อความหมายจึงบอกใครไม่ได้ ควรช่วยเหลือผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำถ่ายปัสสาวะเป็นเวลา บันทึกการดื่มน้ำ ส่วนอาการท้องผูกควรแนะนำให้ดื่มน้ำดื่มน้อยๆ เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีกากใย จัดเวลาขับถ่ายที่เหมาะสม อาจให้ดื่มน้ำอุ่น กดนวดหน้าท้องตามแนวลำไส้ใหญ่ พร้อมทั้งจัดทำให้ผู้ป่วยโน้มตัวไปข้างหน้าเพื่อเพิ่มแรงดันในช่องท้องร่วมกับนั่งถ่ายบนโถนั่ง และอาจใช้ยาถ่ายได้หากจำเป็น

7. ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุดและเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่ค่อยร่วมมือในการฟื้นฟู นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพสมองด้านอื่นๆ เช่น ความจำ สมาธิ สามารถรักษาด้วยยาต้านการซึมเศร้า แต่อาจรักษาแบบไม่ใช้ยากก็ได้ โดยดูแลสุขภาพกาย ได้แก่ ให้สารอาหารให้เพียงพอ กระตุ้นการออกกำลังกาย และปรับแผนการนอนให้เป็นปกติ และการทำจิตบำบัด

8. ปัญหาด้านการสื่อความหมาย ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาด้านการสื่อสาร โดยทั่วไปความบกพร่องในการสื่อสารแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ความบกพร่องในการใช้ภาษา (Aphasia, Dysphasia, Language disorders) และความผิดปกติในการพูด (Speech disorders) ความบกพร่องในการใช้ภาษาแบ่งเป็นความบกพร่อง เฉพาะการแสดงออกทางภาษา เรียกว่า Motor aphasia (Broca's aphasia) และความบกพร่องในด้านความ เข้าใจภาษา เรียกว่า Sensory aphasia (Wernicke's aphasia) ผู้ป่วยบางรายมีความบกพร่องทั้งด้านความเข้าใจ และการแสดงออกทางภาษาเรียกว่า Global aphasia ความผิดปกติในการพูดประกอบด้วย การพูด ไม่ชัด

(Dysarthria) เสียงเปลี่ยน (Dysphonia) และตั้งใจพูดไม่ได้ (Dyspraxia) โดยทั่วไปการฟื้นฟูความสามารถในการสื่อสารมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถพูด เขียน ฟังและอ่านได้เข้าใจ แต่ถ้าผู้ป่วยมีความบกพร่องมาก จนไม่สามารถแก้ไขได้ นักอรรถบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นโดยใช้ความสามารถของผู้ป่วยที่เหลืออยู่ร่วมกับการใช้ท่าทางหรือรูปภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถสื่อสารกันได้ เป็นการลดความอึดอัดคับข้องใจของทั้งผู้ป่วยและญาติ

9. ความสามารถในการเรียนรู้จดจำ (Cognitive impairment) ปัญหาจากการบกพร่องจากการทำหน้าที่บางส่วนของสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณ hippocampus และ prefrontal cortex ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการเรียนรู้จดจำ โดยเฉพาะในเรื่องของการมีสมาธิ การเรียนรู้จดจำ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำไปปฏิบัติตัวได้พยาบาลสามารถส่งเสริม ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถด้านนี้เพิ่มมากขึ้น โดยการสื่อสารด้วยประโยคที่เข้าใจง่าย อาจต้องพูดซ้ำ และเลือกสิ่งที่สำคัญในการพูดเป็นอันดับแรก บางครั้งอาจต้องเขียนหรือใช้ภาพประกอบในการแนะนำ นอกจากนี้กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับความจริงเกี่ยวกับการรับรู้วัน เวลาและสถานที่ จะช่วยให้ความสามารถด้านนี้ดีขึ้น

10. ปัญหาด้านการเพิกเฉยหรือไม่ใส่ใจ (Spatial neglect) ภาวะเพิกเฉยหรือไม่ใส่ใจ (Spatial neglect) เป็นภาวะที่พบได้ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกขวาโดยผู้ป่วยจะไม่ใส่ใจหรือสนใจกับวัตถุหรือบุคคลที่อยู่ทางด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพของสมอง การกระตุ้นให้ผู้ป่วยใส่ใจกับวัตถุที่อยู่ทางด้านที่ผู้ป่วยไม่สนใจ เช่น บอกให้ทราบถึงสิ่งของด้านนั้น ๆ หรือการวางของที่ผู้ป่วยชอบไว้ทางด้านที่ถูกเพิกเฉยจะช่วยกระตุ้นการรับรู้ส่วนนี้ได้ นอกจากนี้อาจใช้แว่นที่ทำด้วย Fresnel prism ปิดส่วนที่ผู้ป่วยเคยชินกับการมอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยหันมาใส่ใจกับด้านที่ถูกเพิกเฉยไปได้

11. การทำกิจวัตรประจำวัน ปัญหาจากการบกพร่องของประสาทสั่งการ ยังเป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การดูแลระยะแรกอาจต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือญาติ จากนั้นผู้ป่วยจะเริ่มเรียนรู้การใช้แขนขาข้างที่ตีมาดูแลตนเอง

จากปัญหาดังกล่าว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมที่อยู่อาศัยและอุปกรณ์เครื่องใช้ให้เหมาะสมสำหรับกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยรวมทั้งต้องประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพื่อนำไปวางแผนให้การดูแลต่อไป (สถาบันประสาทวิทยา, 2567)

1. การเตรียมที่อยู่อาศัยและอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมและปลอดภัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่จะมีสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง เช่น การอ่อนแรงของแขนขา จึงควรมีจัดที่อยู่อาศัยและอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมและปลอดภัย

1.1 ควรวางแผนร่วมกับผู้ดูแลในการจัด ห้องนอน ห้องน้ำและห้องอาหารให้อยู่ชั้นเดียวกัน เตียงผู้ป่วยที่ยังช่วยตัวเองไม่ได้ หรือรับประทานอาหารเองไม่ได้ควรเตรียมเตียงที่มีลักษณะเหมือน เตียงในโรงพยาบาล พื้นเตียงควรเป็นพื้นไม้โดยสามารถปรับหัวเตียง และมีราวสำหรับให้ผู้ป่วยยึดจับสำหรับ พลิกตัว เตียงควรมีความสูงพอเหมาะที่จะดูแลผู้ป่วยได้ง่าย และผู้ป่วยสามารถนั่งที่ขอบเตียงโดยเท้าแตะพื้น ควรติดราวไว้ในห้องน้ำและทางเดินเพื่อให้ผู้ป่วยยึดเวลาเดิน ควรมีสว่างของทางเดินให้เพียงพอ ไม่ควรมีธรณีประตูเพราะผู้ป่วยอาจจะสะดุดได้

1.2 การเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนแรงของแขนขา ทำให้ไม่สามารถเดินได้ตามปกติ และอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จึงควรมีเครื่องมือช่วยเดิน เช่น 1) Cane หรือ ไม้เท้าช่วยเดิน อาจมีขาเดียว 3 ขา หรือ 4 ขา เหมาะสำหรับประคองตัว 2) Walker เป็นคอกสี่เหลี่ยมมี 4 ขา ใช้สำหรับประคองตัว 3) Braces อุปกรณ์ให้ข้อเท้า และเท้าอยู่ในตำแหน่งที่เดินได้ และ 4) Wheelchair รถเข็นนั่ง

1.3 การเสริมทักษะผู้ช่วยเหลือดูแลที่บ้าน โดยทั่วไปผู้ดูแลมักจะเป็นญาติของผู้ป่วยเอง เช่น สามีหรือภรรยา ลูก พี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน หรืออาจจะเป็นเจ้าหน้าที่ตามศูนย์บริการ ดังนั้นผู้ดูแลควรได้รับการเสริมทักษะความสามารถ ซึ่งควรมีความสามารถในการช่วยผู้ป่วยทำกายภาพตามแพทย์สั่งได้ สามารถจัดยาตามแพทย์สั่งได้ ช่วยผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันได้

การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลศิริราช, 2560)

การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคซ้ำได้ หากมีน้ำหนักตัวเกินหรือภาวะอ้วน ควรจำกัดการบริโภคอาหาร โดยหลีกเลี่ยงอาหารในกลุ่มที่ให้พลังงานสูง เช่น อาหารที่มีแป้งและน้ำตาล หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด อาหารไขมันสูง หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกแกงกะทิและของทอด เป็นต้น โรคอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกิน จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ควรควบคุมอาหารที่จะส่งผลให้ความดันโลหิตสูง เนื่องจากหากมีภาวะความดันโลหิตสูง อาจส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้

ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ควรบริโภคอาหารดังนี้

1. ลดเค็มจำกัดการรับประทานโซเดียมไม่เกินวันละ 2,300 มิลลิกรัม โดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงได้แก่อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป อาหารกระป๋อง เครื่องปรุงรสต่างๆ ได้แก่เกลือ น้ำปลาซอสปรุงรส

2. รับประทานผักผลไม้ให้หลากหลายเป็นประจำทุกวัน

องค์การอนามัยโลกกำหนดปริมาณการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมไว้คือ ไม่เกินวันละ 2 กรัม (2,000 มิลลิกรัม) การจำกัดโซเดียมให้เข้มงวดขึ้นในปริมาณไม่เกินวันละ 1.5 กรัม นั้นอาจช่วยลดความดันโลหิตได้เพิ่ม (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2565)

ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

อาหารประเภทไขมันมีความจำเป็นสำหรับร่างกายเนื่องจากให้พลังงานและช่วยในการดูดซึมวิตามินต่างๆ เราจึงจำเป็นต้องรับประทานอาหารประเภทไขมัน แต่ปริมาณไขมันที่ได้รับไม่ควรเกิน ร้อยละ 25 –30 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับจากสารอาหาร เพราะเมื่อรับประทานมากเกินไปที่ร่างกายต้องการจะทำให้เกิด โรคอ้วนและภาวะไขมันในเลือดสูงได้ แนวทางในการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณไขมันในเลือด มีดังนี้

1. หลีกเลี่ยงหรือลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ได้แก่ น้ำมันหมู หมูสามชั้น เนย ครีม น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม อาหารที่ทำจากกะทิ เพราะกรดไขมันอิ่มตัวส่วนใหญ่ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น

2. จำกัดปริมาณคอเรสเตอรอลในอาหารไม่เกิน วันละ 300 มิลลิกรัม

3. รับประทานไข่แดงไม่เกินสัปดาห์ละ 3 ฟอง

4. หลีกเลี่ยงเครื่องในสัตว์ทุกชนิด

5. หลีกเลี่ยงอาหารทะเลบางชนิด ได้แก่ กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม

6. เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ ได้แก่ ปลา เนื้อไก่ไม่ติดหนัง เต้าหู้

7. เลือกดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมไขมันต่ำ

8. เลือกวิธีการปรุงอาหารที่ใช้ไขมันน้อย ได้แก่ ต้ม ตุ่น นึ่ง อบ ยำ แพนการทอดหรือผัด ซึ่งใช้น้ำมันในปริมาณมาก

9. รับประทานไขมันไม่อิ่มตัวในปริมาณที่พอเหมาะได้แก่ใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหารแทนการใช้น้ำมันจากสัตว์ ซึ่งน้ำมันพืชที่ดี คือน้ำมันมะกอกรองลงมาคือน้ำมันถั่วเหลืองและน้ำมันรำข้าว แต่ต้องเลือกใช้น้ำมันให้เหมาะสมกับวิธีการปรุงประกอบได้แก่ น้ำมันถั่วเหลืองและน้ำมันรำข้าวเหมาะสมกับการผัด ส่วนน้ำมันปาล์มเหมาะสมกับการทอดเพราะมีจุดเกิดควันสูงสามารถทอดอาหารได้กรอบแต่ควรใช้เพียงครั้งเดียว (ไม่ควรใช้น้ำมันในการทอดอาหารซ้ำ)

10. รับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูงเช่น ผัก ผลไม้ ข้าวซ้อมมือ ถั่วเมล็ดแห้ง เนื่องจากใยอาหารจะช่วยลดการดูดซึมไขมันได้

11. หลีกเลี่ยงน้ำหวาน ขนมหวานทุกชนิดที่หวานมีน้ำตาลหรือแป้งมาก รับประทานข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมปังแต่พอสมควร รวมถึงการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะจะสะสมเกิดเป็นไขมันได้

ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสในเลือดไปใช้ได้อย่างเหมาะสมซึ่งอาหารที่รับประทานเข้าไป จะถูกเปลี่ยนเป็นน้ำตาลกลูโคส ถ้ารับประทานอาหารมากเกินไปน้ำตาลที่นำไปใช้ไม่หมดจะสะสมอยู่ในกระแสเลือดถ้ามีมากก็จะออกมาในปัสสาวะ

ได้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาที่จะเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบมากกว่าปกติซึ่งโรคดังกล่าวนั้นก็ส่งผลให้เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้หลักในการเลือกรับประทานอาหารสำหรับคนเบาหวานดังนี้

1. รับประทานอาหารให้หลากหลาย และรับประทานให้เป็นเวลา
2. หลีกเลี่ยงของหวานและอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาล
3. รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่มีใยอาหารมากขึ้น ได้แก่ ข้าวซ้อมมือ

ขนมปังโฮลวีต

4.อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงได้แก่อาหารที่มีรสหวานจัดขนมหวาน น้ำตาลทุกชนิด ผลไม้รสหวานจัด เช่น ทุเรียน น้ำหวาน ลูกอม ลูกกวาด น้ำอัดลม เป็นต้น

อาหารที่แนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ DASH diet เป็นรูปแบบการกินอาหารเพื่อป้องกันหรือควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรค สัดส่วนอาหารตามหลัก DASH Diet พลังงานไม่เกิน 2,000 กิโลแคลอรีต่อวันสำหรับคนไทย ดังนี้

1. ข้าว แป้งและธัญพืชต่างๆที่ไม่ขัดสี 6-8 ส่วนบริโภคต่อวัน (หรือประมาณ 6-8 ทัพพีต่อวัน) เพื่อเพิ่มการรับประทานใยอาหารที่ช่วยการขับถ่ายและลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. ผักหลากหลายชนิด อย่างน้อย 5 สี 4-5 ส่วนบริโภคต่อวัน (หรือประมาณ 4-5 ทัพพีต่อวัน)
3. ผลไม้ 4-5 ส่วนบริโภคต่อวัน (1 ส่วนของผลไม้มีขนาดไม่เท่ากัน แบ่งตามขนาด ดังนี้ ผลไม้ลูกเท่ากำปั้น 1 ลูก คือ 1 ส่วน ได้แก่ ส้ม แอปเปิ้ล สาลี่ , ผลไม้ที่เป็นชิ้นคำ 6-8 ชิ้นคำ คือ 1 ส่วน ได้แก่ สับปะรด แคนตาลูป แตงโม เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงผักและผลไม้กระป๋องหรือผลิตภัณฑ์แปรรูปต่างๆ
4. เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ 6 ส่วนบริโภคต่อวัน (หรือประมาณ 12 ช้อนกินข้าวต่อวัน) เลือกเนื้อสัตว์สีขาว เลี่ยงเนื้อสัตว์สีแดงและเนื้อแปรรูปต่างๆ
5. ถั่วเมล็ดแห้งชนิดต่างๆ 4-5 ส่วนบริโภคต่อสัปดาห์ (หรือประมาณ 4-5 กำมือต่อสัปดาห์)
6. นมและผลิตภัณฑ์จากนม เลือกชนิดที่ไขมันต่ำ 2-3 ส่วนบริโภคต่อวัน (2-3 แก้วต่อวัน) อาหารหวานชนิดต่างๆ ไม่เกิน 5 ส่วนบริโภคต่อสัปดาห์ (หรือน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน) แนะนำให้รับประทานนานๆครั้ง และสามารถใช้น้ำตาลแทนน้ำตาลในการปรุงประกอบอาหารได้บ้าง
7. ไขมันไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน และเลือกรับประทานอาหารเมนูไขมันต่ำ
8. แนะนำให้ใช้สเปรี้ยว เครื่องเทศและสมุนไพรต่างๆ ในการเสริมรสชาติอาหารให้เด่นขึ้นแทนการใช้เกลือหรือเครื่องปรุงที่มีเกลือโซเดียมสูง

การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การออกกำลังกายในปัจจุบันโรคหลอดเลือดในสมองถือเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรงของแขนขาครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด สูญเสียความสามารถในการทรงตัว เป็นต้น โดยภาวะดังกล่าวควรได้รับการทำกายภาพบำบัดเพื่อทำการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้กลับมาใกล้เคียงปกติโดยเร็วที่สุด ระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงแรกๆผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรงที่กล้ามเนื้อแขนขาครึ่งซีกแบบปวดเปื่อย ไม่สามารถควบคุมการทำงานแขนขาส่วนที่มีพยาธิสภาพได้เลย ส่งผลให้ผู้สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวแขนขาในช่วงที่มีพยาธิสภาพ เมื่อร่างกายผู้ป่วยขาดการขยับหรือเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลานานสิ่งที่จะตามคือ ภาวะกล้ามเนื้อหดรั้งและตึงตัว ภาวะกล้ามเนื้อฝ่อลีบจากการไม่ได้ใช้งาน และภาวะข้อตื้อยึดติด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสามารถป้องกันได้ด้วยการขยับร่างกายให้กับผู้ป่วยโดยใช้แรงจากนักกายภาพบำบัด หรือเรียกอีกชื่อว่า การออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ (Passive movement exercise) โดยการเคลื่อนไหวข้อต่อ ข้อไหล่ ข้อมือ ข้อสะโพก ข้อเท้า การออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ คือ การใช้แรงจากภายนอกในการช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย ซึ่งแรงกระทำจากภายนอก อาจจะเป็นแรงจากคน แรงจากเครื่องมือ รวมถึงแรงโน้มถ่วงของโลก การออกกำลังกายชนิดนี้เหมาะกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆได้ด้วยตนเอง เช่นผู้ป่วยไม่รับรู้สติ หรือผู้ป่วยที่อ่อนแรงกล้ามเนื้อแขนขามีประโยชน์ และหลักการออกกำลังกาย (เสมอแะ วิบูลย์พานิช, 2562)

ประโยชน์ของการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ

1. ป้องกันการยึดติดของข้อต่อ
2. ลดภาวะหดรั้งของกล้ามเนื้อ เยื่อหุ้มข้อ เส้นเอ็นข้อต่อ
3. ช่วยคงสภาพความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ
4. ช่วยส่งเสริมและคงสภาพการไหลเวียนโลหิตบริเวณข้อต่อที่ทำการเคลื่อนไหว
5. ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความรู้สึกบริเวณข้อต่อที่ทำการเคลื่อนไหว
6. ช่วยลดอาการปวดได้

หลักการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ

1. ช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆควรทำด้วยความนุ่มนวล ไม่ควรผลัก ดัน หรือกระตุกข้อต่อ เพราะอาจทำให้เกิดภาวะการฉีกขาดของกล้ามเนื้อ เอ็นหุ้มข้อ รวมถึงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้
2. ช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆควรทำการยืดที่ละน้อยเท่าที่มีอาการตึง และผู้ป่วยสามารถทนได้
3. จำนวนครั้งในการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ ทำท่าละประมาณ 10 – 20 ครั้ง วันละ 1-2 รอบ ทำประจำต่อเนื่องทุกวัน

2. การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของโรคหลอดเลือดสมอง

ฮอม และโรเจอร์ (Holm & Rogers, 2004) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคือ กิจกรรมที่ ดำเนินเป็นประจำทุกวันในชีวิต เพื่อให้ชีวิตคงอยู่ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่าย การล้างหน้าแปรงฟัน การเคลื่อนย้าย การใช้ ห้องน้ำ สุขวิทยาส่วนบุคคล การพักผ่อนนอนหลับ เพศสัมพันธ์

ฮิกส์กี และฮอค (Hickey & Hock, 2003) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลมีความต้องการในการประกอบกิจกรรมด้วยตนเองโดยอิสระให้สำเร็จในแต่ละวัน และเป็นกิจกรรมที่มีส่วนร่วมในสังคมได้แก่ การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ การหิวผม การแต่งตัว การรับประทานอาหาร สุขนิสัยส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย การต้องการความปลอดภัย การติดต่อสื่อสาร

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) กล่าวว่า กิจวัตรประจำวันหมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน จำแนกได้เป็น 2 ระดับคือ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ได้แก่ ความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ หรือการอาบน้ำ อีกระดับเป็นกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ได้แก่ การไปจ่ายตลาด ความสามารถในการใช้บริการขนส่งสาธารณะ เช่น รถประจำทางรถสองแถว หรือความสามารถในการประกอบอาหาร เป็นต้น

อารีรัตน์ อนันต์นนท์ศักดิ์ และเสก อักษรานุเคราะห์ (2539) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมที่จำเป็นในชีวิตประจำวันคือ

1. กิจวัตรประจำวันอื่นที่จำเป็น (personal care activities) ได้แก่ รับประทานอาหาร อาบน้ำ หิวผม โกนหนวด แต่งหน้า ใส่เสื้อผ้า-กางเกง อูจจาระ ปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัว
2. กิจวัตรประจำวันอื่นที่จำเป็น (instrumental activities) ได้แก่ การเตรียมอาหาร การเลี้ยงเด็ก การทำความสะอาดบ้าน ชื้อของ เดินทาง ใช้โทรศัพท์ การจัดการรายรับ-รายจ่าย และยังรวมถึงกิจกรรมสันทนการต่างๆ

Mahoney and Barthel (1965, as cited in Christiansen & Ottenbacher, 1998) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหมายถึงกิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย อูจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น

ขวลี แยมวงษ์ (2538) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหมายถึง ความสามารถในการรับประทานอาหาร ดูแลรักษาส่วนบุคคล อาบน้ำ แต่งตัว ควบคุมการขับถ่ายอูจจาระและปัสสาวะ การใช้สุขา การเดินและการเคลื่อนย้าย

การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการวัดความสามารถทางด้านร่างกาย หรือ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้กับผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุ เครื่องมือวัด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่

1. The Katz Index of ADL เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้น เพื่อใช้ในคนไข้ที่กระดูก สะโพกหัก และใช้ติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรคในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Katz, 1963, as cited in Christiansen & Ottenbacher, 1998) เป็นแบบประเมินด้วยตนเองหรือใช้เป็น แบบสังเกตในการประกอบกิจกรรม ซึ่งมีกิจกรรมที่วัดในเครื่องมือทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ การ อาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายปัสสาวะ และการรับประทานอาหาร แบบวัดนี้มีการให้คะแนนความสามารถเป็น 2 ลักษณะ คือ ความสามารถในการประกอบกิจกรรมที่ ทำด้วยตนเอง และการประกอบกิจกรรมที่ต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือ

2. ดัชนีบาร์เทล (The Barthel ADL Index) สร้างขึ้นโดย มาร์โชนีและบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965, as cited in Christiansen & Ottenbacher, 1998) เป็นแบบ ประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้า ในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผอม การลุกจากที่นอน การใช้ ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และ การเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นคะแนนต่อเนื่องและคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนด ไว้ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

- 0-0 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
- 25-45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
- 50-70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
- 75-95 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก
- 100 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

คอลลินส์ (Collin, 1993 อ้างอิงใน เจียมจิต โสภณสุขสถิต, 2544) ได้พัฒนาดัชนี บาร์เทลเพื่อความเหมาะสมในการนำไปใช้ เรียกว่า ดัชนีบาร์เทลแบบประยุกต์ (Modified Barthel ADL Index) และมีการปรับคะแนนในการประเมินแต่ละข้อ โดยมีคะแนนรวม 0 - 20 คะแนน โดย กำหนด เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 0-4 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
- 5-9 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
- 10-14 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง

15-19 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก

20 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily) เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐานที่จำเป็นของแต่ละบุคคลในแต่ละวัน ประกอบด้วย ความสามารถ 10 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขหรือกระโถน การอาบน้ำเช็ดตัว การเดิน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ สถาบันประสาทวิทยา (2554) ดำเนินการสร้างแบบประเมิน ประกอบด้วย 10 ด้านดังนี้

1. การรับประทานอาหาร (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้)
 - 0 คะแนน คือ ต้องมีคนช่วยเหลือ
 - 5 คะแนน คือ มีคนช่วยบางส่วน เช่น ช่วยเหลือในการตัดหั่นอาหารเตรียมอาหารให้
 - 10 คะแนน คือ ทำเองได้
2. ด้านการขึ้นลงจากเตียง (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 - 0 คะแนนคือ ลุกจากเตียง
 - 5 คะแนน คือ ลุกนั่งได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง 1-2 คน
 - 10 คะแนน คือ ลุกนั่งได้ ต้องการคนช่วยเหลือน้อย
 - 15 คะแนน คือ ลุกนั่งได้เอง ยกเท้าวางบนรถเข็นได้เอง
3. ด้านการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 - 0 คะแนน คือ ต้องมีคนช่วยเหลือ
 - 5 คะแนน คือ ทำเองได้
4. ด้านการเข้าห้องน้ำ
 - 0 คะแนน คือ ต้องมีคนช่วยเหลือ
 - 5 คะแนน คือ มีคนช่วยทำให้บางส่วน
 - 10 คะแนน คือ ทำเองได้
5. ด้านการอาบน้ำ
 - 0 คะแนน คือ ต้องมีคนช่วยเหลือ
 - 5 คะแนน คือ ทำเองได้

6. ด้านการเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

0 คะแนน คือ นั่งบนรถเข็นแต่ไปไหนเองไม่ได้

5 คะแนน คือ นั่งรถเข็นและไปได้ไกล 50 หลา

10 คะแนน คือ เดินได้ไกล 50 หลา โดยมีคนช่วยเล็กน้อย

15 คะแนน คือ เดินได้เอง อาจใช้ไม้เท้าช่วย

7. ด้านการขึ้นบันได (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0 คะแนน คือ ขึ้นบันไดเองไม่ได้

5 คะแนน คือ ขึ้นบันไดได้แต่ต้องการคนช่วยเล็กน้อยต่อหน้า

10 คะแนน คือ ขึ้นบันไดเองได้ อาจจะต้องเกาะราวช่วย

8. ด้านการแต่งตัว (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0 คะแนน คือ ต้องมีคนช่วยเหลือ

5 คะแนน คือ มีคนช่วยบางส่วน

10 คะแนน คือ ทำเองได้ รวมทั้งติดเข็มขัดติดกระดุม

9. ด้านการถ่ายอุจจาระ (การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 คะแนน คือ ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วย

5 คะแนน คือ อุจจาระเองได้เป็นส่วนใหญ่ต้องการคนช่วยสวนหรือเหน็บยาเป็นบางครั้งไม่เกิน 1 ครั้งสัปดาห์

10 คะแนน คือ ทำเองได้ สวนหรือเหน็บยาเองได้

10. ด้านการปัสสาวะ (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 คะแนน คือ ปัสสาวะไม่ได้ คาสายสวน

5 คะแนน คือ สวนบางครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้งวัน

10 คะแนน คือ ปัสสาวะเองได้

ซึ่งการแปลงผลคะแนนจะมีระดับคะแนนเต็ม 100 คะแนน สามารถแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2554)

0 - 20 คะแนน ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย (Very severity disabled)

25 - 45 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (Severity disabled)

50 - 70 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (Moderately disabled)

75 - 95 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก (Mildly disabled)

100 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด
(Physically independent but not necessary normal or social independent)

แบบประเมินดัชนีบาร์เทล (The Barthel ADL Index) สร้างขึ้นโดย ฮาร์โมนีและบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965, as cited in Christiansen & Ottenbacher, 1998) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สถาบันประสาทวิทยา (2554) เพื่อประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการปฏิบัติ 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิว้ม การลุกจากที่นอน การใช้ ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น โดยมี คะแนนรวม 0 - 100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่องและคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

0 - 20 คะแนน ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย (Very severity disabled)

25 - 45 คะแนน สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (Severity disabled)

50 - 70 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (Moderately disabled)

75 - 95 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก (Mildly disabled)

100 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด
(Physically independent but not necessary normal or social independent)

โดยแบบประเมินดัชนีบาร์เทล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ของสถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ผ่านการหาความตรงด้านเนื้อหาและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 10 ราย แล้วนำไปคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86 ซึ่งเป็นแบบประเมินใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงเลือก ดัชนีบาร์เทล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) เป็นแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Theory of Self - care) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆทางด้านการพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กันดังนี้ (Orem, 2001, p. 42) ได้แก่ 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) 2) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care)

การดูแลตนเอง (Self - care: SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อบำรุงชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนากำเนินไปจนถึงขีดสูงสุด ของแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self - care requisites) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำอย่างมีเป้าหมาย เป็นกิจกรรมที่สามารถเรียนรู้ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม เพื่อบำรุงรักษาชีวิต สุขภาพ และความผาสุกในชีวิตการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งเสริมให้มีโครงสร้างการ ทำหน้าที่และพัฒนากำเนินไปจนถึงขีดสูงสุด (Orem 1995, 103-104; สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) เป็นกระบวนการกระทำด้วยความตั้งใจและเจตนาที่จะให้บรรลุผลหรือเป้าหมายตามที่ต้องการ ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

1. ระยะการพิจารณาตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาตัดสินใจและเลือกกระทำ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำเป็นระยะการพิจารณาเพื่อให้เห็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและสถานการณ์สิ่งแวดล้อมพิจารณาผลลัพธ์ของการกระทำและตัดสินใจว่าจะกระทำหรือไม่กระทำในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญเพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ

2. ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) โดยเริ่มจากการตัดสินใจว่าจะทำอะไรวางแผนอย่างไรจากนั้นลงมือกระทำจนสิ้นสุดการกระทำและผลของการกระทำที่บรรลุเป้าหมายหรือไม่บรรลุเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (psychomotor action)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand: TSCD)

ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำใน ระยะเวลาหนึ่งเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

สวัสดีภาพ ตลอดจนความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล ซึ่งก็คือการปฏิบัติกิจกรรม (Action demand) การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่งเพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self - care Requisites) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - care Demand) เป็นเป้าหมายสูงสุด (Ultimate goal) ของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพ หรือความผาสุก กิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็นซึ่งการดูแลที่จำเป็น (Self-care requisites: SCR) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคลอื่น ซึ่งมี 3 ด้าน ดังนี้ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2540, น. 27-30)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites: USCR) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่น ๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งทางด้านคุณภาพหรือปริมาณตามอายุ เพศ ระยะพัฒนาการภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (Action demand) ประกอบด้วย 1) การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ 2) การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ 3) การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน 4) การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 5) การป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ 6) การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites: DSCR) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด บุตร และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การเสียคู่ชีวิตเป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปแต่แยกตามพัฒนาการเพื่อเน้นให้เห็นความสำคัญและความเฉพาะเจาะจงได้แก่ 1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวหน้าสู่ภาวะตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงตามโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง 2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาลดความเครียดหรือเอาชนะผลที่เกิดจากภาวะวิกฤตเช่นขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียเพื่อน คู่ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ การเปลี่ยนงาน เป็นต้น

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites: HDSCR) เป็นการดูแลเองของบุคคลที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ มีพยาธิสภาพซึ่งรวมถึง ความพิการและด้อยความสามารถ และผู้ที่อยู่ภายใต้การรักษาและการวินิจฉัยของแพทย์ การมี ข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวหรือสูญเสียการรับรู้ อาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งถ้า ไม่ได้รับการแก้ไข อาจรบกวนความสมบูรณ์ของการทำหน้าที่ของบุคคล เมื่อใดที่ภาวะสุขภาพ เปี่ยงเบนทำให้เกิดการด้อยความสามารถหรือสูญเสียโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย เมื่อนั้นก็จะเกิด ความต้องการการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงทางการแพทย์และการพยาบาล การดูแลตนเองของบุคคล ในภาวะเปี่ยงเบนมี 6 วิธี ได้แก่ 1) มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น บุคลากรสุขภาพ 2) รับรู้สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพรวมทั้งผลที่กระทบต่อพัฒนาการของ ชีวิต 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ 4) รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจาก ผลข้างเคียงของการรักษา 5) ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพ ของตนเอง ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโน ทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคล อื่น และ 6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือผลของการวินิจฉัย และการรักษาใน รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเปี่ยงเบน เป็นตัวแปรตาม ที่ศึกษาทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit)

โอเร็ม (Orem 1995) อธิบายว่า บุคคลพัฒนาความสามารถและพลังของตนเองเพื่อ สนองตอบความต้องการในการดูแลอย่างต่อเนื่องในการควบคุมหน้าที่การทำงานของร่างกายซึ่งมีความ แตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกและภายในตัวบุคคลที่เรียกว่า ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors)

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

เป็นความสามารถที่พัฒนาขึ้นอย่างซับซ้อนของบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการการ ดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง ในการคงไว้ซึ่งกระบวนการดำรงชีวิต หรือส่งเสริมความสมบูรณ์ของ โครงสร้าง การทำหน้าที่ และพัฒนาการของบุคคลและส่งเสริมความผาสุก ความสามารถในการดูแล ตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างตั้งใจของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงตาม ระยะพัฒนาการตั้งแต่วัย ทารก จนถึงวัยชรา หรือเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพและปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง กับการเรียนรู้ โครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับคือ

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการ แสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย 1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ได้แก่ ความจำ การอ่าน เขียน การใช้เหตุผลอธิบาย 2) หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึกทั้งการสัมผัส มองเห็น ได้กลิ่นและรับรส 3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง 5) นิสัยประจำตัว 6) ความตั้งใจและสนใจสิ่งต่างๆ 7) ความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง 8) ความห่วงใยในตนเอง 9) การยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง 10) การจัดลำดับความสำคัญของการกระทำรู้จักเวลาในการกระทำ และ 11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power component) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและ เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำ ประกอบด้วย 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง .4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผล 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามการตัดสินใจ 7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและสามารถ นำความรู้ไปใช้ได้ 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และ 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติตามการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบูชาตนเอง (Capabilities for self – care operations)

ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูลความหมายและความจำเป็นของการกระทำรูปปัจจัยภายในภายนอกที่สำคัญเพื่อประเมินสถานการณ์ 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยนเป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสามารถและควรกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆรวมถึงการ เตรียมการเพื่อการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependence care agent)

เป็นความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความเจ็บป่วย เรื้อรัง มีความพิการซึ่งต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) ความสามารถทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่ได้จากการศึกษาและประสบการณ์ การปฏิบัติที่ซับซ้อนที่ช่วยให้พยาบาลสามารถวินิจฉัยและให้การพยาบาลแก่บุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ระบบพยาบาล (Nursing system) ระบบพยาบาล เป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามความสามารถและ ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) เป็นภาวะไม่สมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความพร่องในการดูแลตนเองจำแนกออกเป็นความพร่องในการดูแลตนเองอย่างสมบูรณ์คือไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย และความพร่องในการดูแลตนเองบางส่วน คือภาวะที่บุคคลมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองบางส่วนเป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีของโอเรม เพราะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีได้ 3 แบบ ได้แก่ 1) ความต้องการที่สมดุล (Demand is equal to abilities: TSCD = SCA) 2) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is less than abilities: TSCD < SCA) ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้นบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (no deficit) 3) เป็นความไม่สมดุลของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จึงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system)

ทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of nursing system) ตามแนวคิดของโอเรม พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการประเมินความพร่องในการดูแลตนเองของผู้รับบริการและสามารถจัดระบบการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ โดยการค้นหาความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ระบบการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระบบตามชนิดของการดูแลได้แก่ ระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (สมจิต หนูเจริญ, 2536, น. 38 - 42)

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) พยาบาลทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ ชดเชยความพร่องในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ปกป้องช่วยเหลือผู้รับบริการให้รอดพ้นจากอันตรายที่คุกคามชีวิต สุขภาพ สวัสดิการ ซึ่งเหมาะสำหรับผู้รับบริการที่ไม่สามารถกระทำกิจกรรมได้อย่างจงใจ เช่น ไม่สามารถ

เคลื่อนไหวเพื่อดูแลตนเองถึงแม้รับรู้ตระหนักถึงความต้องการในการดูแลตนเอง หรือผู้รับบริการที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายแต่ขาดคุณสมบัติการตระหนักรู้ ตัดสินใจ อย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยระยะสับสน (Confusion) ผู้ป่วยทางจิตรุนแรง

2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensation nursing system) พยาบาลและผู้รับบริการทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ โดยการวางแผนกำหนดวัตถุประสงค์การดูแลตนเองร่วมกัน บทบาทพยาบาลขึ้นอยู่กับความต้องการ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ซึ่งเหมาะสำหรับผู้รับบริการที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองอันเนื่องมาจาก ขาดความรู้ ทักษะ ความพร้อมในการปฏิบัติการดูแลตนเอง หรือการเคลื่อนไหวเพื่อการดูแลตนเองถูกจำกัดเนื่องจากความเจ็บป่วย การรักษา

3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive educative nursing system) พยาบาลทำหน้าที่สอน แนะนำ สนับสนุน กระตุ้น ให้กำลังใจผู้รับบริการในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง โดยผู้รับบริการเป็นผู้เรียนรู้และกำหนดความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งเหมาะสำหรับผู้รับบริการ มีความสามารถในการกระทำการกิจกรรมอย่างตั้งใจ สามารถตัดสินใจให้เหตุผลในการดูแลตนเองสามารถริเริ่มและปฏิบัติการดูแลตนเองแต่อาจยังขาดความรู้ ทักษะ แหล่งสนับสนุนเพื่อการดูแลตนเอง ประกอบด้วย

3.1 การสอน (teaching) วิธีนี้เหมาะสม ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งการสอนผู้ป่วยจะต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเอง การสอนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนผู้ป่วยมีดังนี้

3.1.1 สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ บุคคลโดยเฉพาะผู้ใหญ่มักเรียนรู้การดูแลตนเองในบางอย่างมาแล้ว และรู้จักวิถีชีวิตของตนเองดีพอ การสอนจึงอาจเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

3.1.2 เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องการการดัดแปลงหรือเสริมสร้างความรู้สึนึกคิดและการกระทำ เพราะฉะนั้นประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมาย และวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้มากขึ้น

3.1.3 ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้

3.1.4 การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและกาฝึกปฏิบัติ การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งทำโดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล หรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย

3.1.5 การประเมินโดยการถามผู้ป่วยจะช่วยการเรียนรู้และปรับพฤติกรรม โดยพยาบาลต้องประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชมและให้กำลังใจในการดูแลตนเองได้ถูกต้องในกิจกรรมที่ทำไม่ถูกต้องจะต้องชี้แจงและแก้ไข แต่พยายามหลีกเลี่ยงไม่ตีตื้น

3.1.6 เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งแตกต่างกัน

3.1.7 การมีสิ่งรบกวนจะขัดขวางการเรียนรู้ พยาบาลจะต้องควบคุมสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น มีห้องหรือที่ร่มให้เป็นส่วนหนึ่งเมื่อทำการสอน

3.1.8 สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน

3.1.9 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้วิธีการที่จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยคือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาเอง

3.2 การชี้แนะ (guiding) เป็นวิธีการที่พยาบาลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองที่พยาบาลไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจให้กับผู้ป่วยเพียงแต่ให้ในรูปแบบของการแนะนำ การบอก แนวทางการให้ข้อมูลที่จำเป็น เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเอง ภายใต้การแนะนำและการตรวจตราของพยาบาล เพื่อปรับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองหรือตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็นพยาบาลมักใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับการสนับสนุน

3.3 การสนับสนุน (supporting) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของความสามารถในการดูแลตนเองและสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องแม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวด หรือความทุกข์ทรมานจากโรค ให้สามารถจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม วิธีการสนับสนุนอาจเป็นคำพูด กิริยา ท่าทาง เช่น การมอง สัมผัส การให้กำลังใจ กล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองถูกต้อง เป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา ขัดข้องใจ

3.4 การสร้างสิ่งแวดล้อม (providing a developmental environment) เป็นการส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางแผนที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้

ดังนั้น ผู้วิจัยนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) มาสร้างเป็นโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยการสอน การชี้แนะ การ

สนับสนุน การสร้างสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยนำไปสร้างเป็นกิจกรรม 1) การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง 2) การชี้แนะเพื่อการตัดสินใจรายบุคคลที่บ้าน 3) การสื่อสารบนแอปพลิเคชันไลน์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง และ 4) การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านตามลำดับ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการใช้สนับสนุน และให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวิธีต่าง ๆ ด้วยการทบทวนวรรณกรรมและเอกสาร หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือทุกระดับ ดังนี้

อารีย์ วัชรพัฒนานันท์ (2567) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านในอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาครเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุน และให้ความรู้ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจที่จะทำการดูแลตนเอง 2) กิจกรรมการพัฒนาความสามารถ การเสาะแสวงหาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค 3) กิจกรรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพร่างกาย 4) กิจกรรมการพัฒนาความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง 5) กิจกรรมการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการสื่อสาร 6) กิจกรรมการพัฒนาทักษะการตัดสินใจและใช้เหตุผลในการเลือกแนวทางการจัดการกับการมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดไม่คงที่ 7) กิจกรรมการวางแผนดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องกลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (81.01 ± 35.87 และ 67.01 ± 17.25 ; $p < 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองก็สูงขึ้นเช่นเดียวกัน (3.15 ± 0.27 และ 3.02 ± 0.91 ; $p < 0.001$) 2) หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สูงกว่ากลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (81.01 ± 35.87 และ 71.21 ± 11.01 ; $p < 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองก็สูงขึ้นเช่นเดียวกัน (3.15 ± 0.27 และ 2.84 ± 0.65 ; $p < 0.001$)

วรรณลักษณ์ สุประดิษฐ์อาภรณ์ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 คลินิกโรคไต โรงพยาบาลท่าตะโก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยใช้ระบบการพยาบาล

แบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความดันโลหิตหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

วินิตา ประทีปวัฒนพันธ์, ปิยะนุช จิตตานุทम्म และอาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 64 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

พัชรินทร์ เชื้อมทอง, นิภา กิมสูงเนิน, และรัชณี นามจันทรา (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่จำนวน 20 ราย เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนเข้าโปรแกรมและเมื่อครบ 16 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ Wilcoxon signed rank test ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมดีกว่า ก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.079$, $p < .001$) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงหลังเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.465$, $p < .05$)

ศุภลักษณ์ ทองขาว (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มารับบริการ ตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ คุณสมบัติจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของโอเร็มเป็นเวลา 12 สัปดาห์เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเครื่องวัดความดันโลหิต วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Independent t- test และ pair t- test ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมี พฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว และขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลาย ตัวลดต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ

สิทธิพงศ์ ปาปะกัง และชลิดา ธนัฐธีรกุล (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วยสมุดภาพการดูแลกิจกรรมการเล่น และการเยี่ยมบ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ณ หอผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลมหาสารคามจำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -6.52, p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -6.25, p < .001$)

ยวนจิตร ภัคตะภา (2562) ศึกษาผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) ศึกษากลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง (One group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม และแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $< .001$ โดยที่ค่าเฉลี่ยภายหลังการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนสูงกว่า ก่อนการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001 โดยที่ค่าเฉลี่ยภายหลังการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน สูงกว่า ก่อนการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน การให้การพยาบาลระบบสนับสนุน สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้มากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับที่ดีขึ้น

อัมชฎาพร การสะอาด และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุน และให้ความรู้ร่วมกับสื่ออินโฟกราฟิกและคู่มือสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่พาเด็กมารับเลือดที่หอผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 22 คนเลือกแบบเจาะจง โดย 11 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ และ 11 คนหลังเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแล ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

พวงทอง จินดากุล, อำภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย รักดีวงศ์ (2561) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตัวเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่ได้รับ การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 ราย ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบบันทึกการรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่ประเมินโดยใช้ Edmonton Symptom Assessment Scale และภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่ประเมินโดยใช้เกณฑ์ของ WHO ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสูงกว่าก่อนและระหว่างเข้าโปรแกรม ($p < .001$) การรับรู้อาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และเหนื่อยล้า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมต่ำกว่าระหว่างเข้าโปรแกรม ($p < .001$) และความวิตกกังวลหลังเข้าโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ($p < .001$) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ลดอาการข้างเคียง และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่ได้รับเคมีบำบัด

กฤษฎา จอดนอก และณิตชาธร ภาโนมัย (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ 2) เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงเดี่ยว และเชิงพหุระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน Chi-square และ Multiple logistic ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 43.5 ทศนคติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 40.5 ส่วนปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.5 และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 43.0 เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรพหุระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ที่เข้าถึงบริการทางสุขภาพในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี เป็น 11.82 เท่าของผู้ที่เข้าถึงบริการทางสุขภาพในระดับปานกลาง-ต่ำ ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี เป็น 3.64 เท่าของผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ในระดับปานกลาง - ต่ำ

คณิงนิจ เพชรรัตน์, สัณญา ปงลังกา, และจุฑามาศ กิตติศรี (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่แอบ จ.เชียงราย จำนวน 54 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 27 รายจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดปรอทเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบบันทึกค่าความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที่ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว และหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวลดลงและลดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วิลาวัลย์ กาไหลทอง (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุที่มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในฝงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุที่มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลอง และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีผลรวมคะแนน ADL 5-11 คะแนน 3) ไม่ใช่เครื่องช่วยหายใจ 4) สามารถติดต่อได้สะดวกทางโทรศัพท์ 5) มีผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัว 6) สื่อสารภาษาไทย และ 7) สนใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยโดยประยุกต์แนวความคิดการดูแลตนเองของโอเร็มและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาเป็นกรอบแนวคิดระยะเวลาการทดลอง 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .012 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง พบว่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ลำพวรรณ แสนบั้ง, สุภาพร แนวบุตร และประทุมมา ฤทธิโพธิ์ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และของทั้งสองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคือผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุดรธานี ที่มีระดับการควบคุมโรคหืดอยู่ในระดับที่ควบคุมไม่ได้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วยการสอนโดยใช้คู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหืด การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุน และการชี้แนะโดยการให้คำปรึกษาแบบสั้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติทั่วไป เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มลิวลัย ชัยโคตร (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้ในการดูแลตนเองพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางไตที่มีคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางไต คู่มือการดูแลตนเอง สื่อวีดิทัศน์ และโมเดลอาหาร ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางไตในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าอัตราการกรองของไตระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีค่าไมโครอัลบูมินในปัสสาวะระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กนกวรรณ เลือดทหาร, นงนุช โอบะ, และสมบุรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองและดัชนีประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

จังหวัดพิจิตร จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองละกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและดัชนีประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย การสอนโดยใช้คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การแนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการให้คำปรึกษารายบุคคล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเอง และแบบรวบรวมดัชนีประเมินความรุนแรงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพฤติกรรม การดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และ 6MWD ภาวะหายใจลำบาก ดัชนีมวลกาย ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, .001 และ .05 ตามลำดับ ส่วนสมรรถภาพปอดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองไม่แตกต่างกันจากก่อนการทดลองและสมรรถภาพปอด สมรรถภาพร่างกาย ภาวะหายใจลำบาก และดัชนีมวลกาย หลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, .001, .001 และ .01 ตามลำดับ

เพ็ญพร ทวีบุตร, พัทธพร เกิดมงคล, และขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ (2560) เรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น กลุ่มตัวอย่างที่คือผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 28 คนกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง คือก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ ระยะติดตาม โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง การดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ และ 10 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ปัทมิตา ทรวงโพธิ์, ประสพสุข ศรีแสนปาง, และเจียมจิต แสงสุวรรณ (2556) ศึกษา พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด การดูแลตนเองของโอเร็ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Bathel Index) และแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่ผู้วิจัยสร้าง

ขึ้น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง ประกอบด้วยด้านต่างๆ 11 ด้าน จำนวนคำถามแบ่งเป็น 56 ข้อแบ่งคะแนนที่ได้ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ คะแนนร้อยละ 80 หมายถึง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองดี $\geq$ ร้อยละ 60 - < ร้อยละ 80 หมายถึง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองปานกลาง และ < ร้อยละ 60 หมายถึง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่ดี วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติ เชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำโดยใช้ สถิติ Chi-square หรือ Fisher exact test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับ เป็นซ้ำมีพฤติกรรม การดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และดี (ร้อยละ 48.8 และ 47.6 ตามลำดับ) และมีเพียงร้อยละ 3.7 เท่านั้นที่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่ดี พิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี มากที่สุดใน 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมี ประสิทธิภาพ และการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายตามลำดับ (ร้อยละ 80.5, 79.3 และ 70.7) สำหรับปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมองกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($p < .01$) รายได้เฉลี่ยของ ครอบครัว ($p < .05$) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในครอบครัว ($p < .01$) และการได้รับการจากระบบ บริการระดับปฐมภูมิ ($p=.034$)

ซาร์บาซามานี อาร์ลีโล และซาร์คิบิ (Sahebalzamani, Aliloo & Shakibi, 2009) ศึกษา ประสิทธิภาพการสนับสนุน การให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คนกลุ่มควบคุม 40 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้ด้านการดูแล ตนเองได้แก่การดูแลความสะอาด การอาบน้ำ โภชนาการ การขับถ่าย การใส่เสื้อผ้า การหิวผม การแปรงฟัน การควบคุมการขับถ่าย การใช้วีลแชร์ การเคลื่อนย้ายตัวเอง โดยทำ 6-8 ครั้งภายใน 45 วันการเก็บข้อมูลก็จะเป็นการทำแบบสอบถาม มี 3 ด้านคือด้านแรกเก็บข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปด้านที่ 2 ADL Kate basic activity of daily Living และด้านที่ 3 คือ ADL Lowton - Broady instrumental activity of daily Living ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน สูงกว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

ดิ โอริเวียรา และคณะ (de Oliveira, do Couto, & Reis, 2018) ศึกษาผลของโปรแกรม การบำบัดด้วยกระจกและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้กรอบแนวคิดการดูแล ตนเองของโอริเริ่ม ซึ่งประเมินความสามารถในการดูแลตนเองการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่การหิว ผม ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ การกินอาหาร การเข้าออกห้องน้ำ การเคี้ยวอาหารและกลืนอาหารภายใต้ความ

พร้อมของการดูแลตนเอง เป็นการวิจัยแบบทดลอง กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วย Stroke MCA จำนวน 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลองมีการฝึก Miller therapy ฝึกฟื้นฟูหน้ากระຈกฝึกการใช้แขนทำ function หน้ากระຈก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีแรงบีบมือเคลื่อนไหวข้อต่อความคล่องแคล่วเพิ่มมากขึ้นเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

สี หยวน จี และ เซน (Si, Yuan, Ji & Chen, 2021) ที่ศึกษาผลของการผสมผสานระหว่างทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มการสนับสนุนและให้ความรู้ และการพยาบาลแบบ PDCA ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับ educational support ในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถตอบสนองความต้องการในชีวิตประจำวันได้ พยาบาลให้ความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ป่วย เช่น การให้กำลังใจให้ทำงานบ้านเท่าที่ทำได้เพื่อเพิ่มความรู้สึกถึงความสำเร็จและคุณค่าในตนเอง กิจกรรมอื่นๆ ได้แก่ การฝึกอบรมและแนะนำผู้ป่วยในการทำความสะดวก การทำเตียง การกวาดพื้น การซักผ้า การตากผ้า การล้างผัก การหั่นผัก การล้างจาน เป็นต้น พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลที่ใช้รูปแบบการดูแลตนเองของโอเร็ม และการจัดการพยาบาล PDCA มีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (คะแนน ADL) ดีขึ้นทั้งการเปรียบเทียบก่อน-หลังได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมคะแนน ADL ของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

หยาง และ นี (Yang & Niu, 2022) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (TBI) โดยอิงตามทฤษฎีการดูแลตนเองแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม โดยกลุ่มทดลอง (30 ราย) ได้รับการดูแลโดยมีการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง มีการให้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและการให้ความรู้ที่ต่างกักันเพื่อแนะนำทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วย อธิบายความสำคัญและวัตถุประสงค์ของการดูแลตนเองและความรับผิดชอบที่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทยควรนำไปใช้ในกระบวนการฝึกอบรมฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วย มีการปรับเปลี่ยนอย่างยืดหยุ่นตามสภาพเฉพาะในกระบวนการพยาบาล ในขณะที่กลุ่มควบคุม (30 ราย) ได้รับรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้นแบบดั้งเดิม โปรแกรมฝึกอบรมประกอบด้วยการฝึก anti muscle contracture, การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ flexion และ extension, การฝึกเดิน และการฝึกความต้านทานข้อต่อ มีการบันทึกวิดีโอเนื้อหาการฝึกอบรมและแจกจ่ายให้กับผู้ป่วยเพื่อการเรียนรู้ การฝึกอบรมดำเนินการวันละสองครั้ง ครั้งละ 60 นาที ภายใต้การแนะนำของนักบำบัดฟื้นฟู ให้ความสนใจกับความเสี่งด้านความปลอดภัยในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน Barthel Index สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 1, 2 และ 3 เดือนหลังได้รับโปรแกรม ($t = 3.732, 6.145,$

8.619 ตามลำดับ, $p < .01$) และกลุ่มทดลองยังมีคะแนนความพึงพอใจในการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

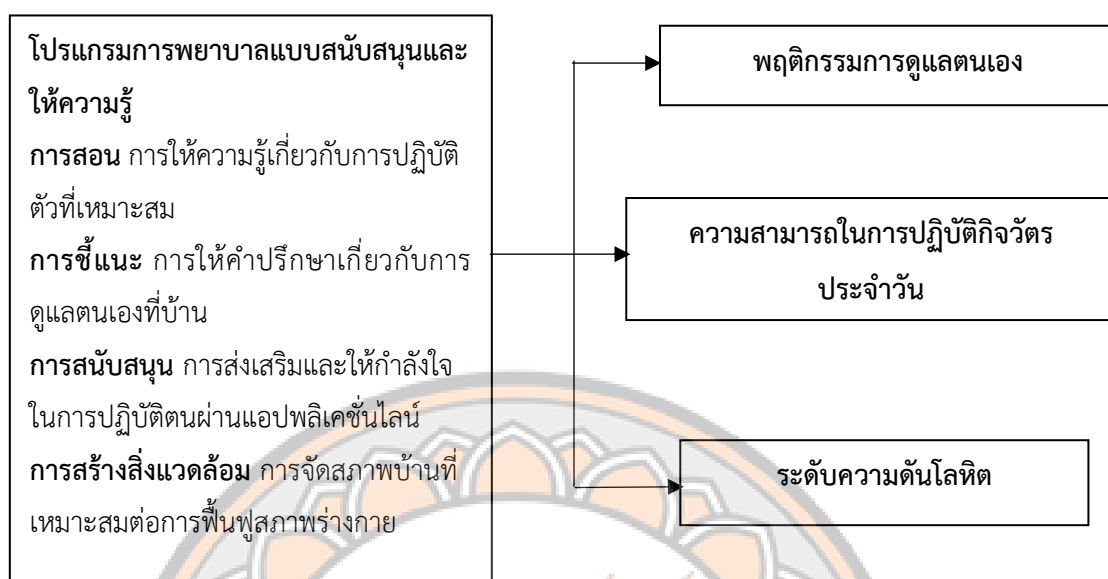
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย การสอน การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลากหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และภาวะความดันโลหิตสูง โดยช่วยเพิ่มระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และมีงานวิจัยที่ดำเนินการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ระดับความดันโลหิตดีขึ้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประสบปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง แต่ยังสามารถดูแลตนเองได้ และอาจเกิดการกลับเป็นซ้ำได้หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ทฤษฎีการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย การสอนให้ความรู้ การสนับสนุน การชี้แนะ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ และจากงานวิจัยยังพบว่าทฤษฎีการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้นี้ยังสามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและลดระดับความดันโลหิตได้ ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มากรอบในการสร้างโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาจทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลง จึงสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีระบบการพยาบาลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบ 2 กลุ่มที่ศึกษาก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest–posttest design) โดยที่กลุ่มทดลอง (Experimental Group) จะได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ และกลุ่มควบคุม (Control Group) ได้รับการดูแลปกติใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์ตามแผนการวิจัยดังนี้

สัปดาห์		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
กลุ่มทดลอง	O1	X1	X2		X3			X2			X3			O2
		←→	←→					←→	←→					
		←→	←→					←→	←→					
กลุ่มควบคุม	O3													O4

ภาพ 2 แสดงแบบแผนการวิจัย

โดยกำหนดให้

O1, O3 หมายถึง การประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

O2, O4 หมายถึง การประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิต หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

X1 หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

X2 หมายถึง การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน

X3 หมายถึง การส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์

X4 หมายถึง การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า โรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2566-2567 และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป และมีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประเมินจาก The Barthel ADL Index ของสถาบันประสาทวิทยา อยู่ในระดับ 3 คือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (50-70 คะแนน) และระดับ 4 คือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก (75-95 คะแนน) มีจำนวนทั้งสิ้น 696 คน (โรงพยาบาลเพชรบูรณ์, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง

1. การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ในการวิจัยนี้ ใช้ โปรแกรม G* Power version 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยของ คณินิจ เพชรรัตน์, สัญญา ปงลังกา, และจุฑามาศ กิตติศรี (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและ การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดย ผลค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยค่าเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 4.50 และกลุ่มที่ 2 เท่า กับ 3.16 ใส่สูตรและให้อำนาจในการทดสอบ $1-\beta = .08$ คำนวณค่าอิทธิพล ซึ่งค่าขนาดอิทธิพลได้ 0.89 ซึ่งมากกว่า 0.80 นำค่าขนาดอิทธิพลได้คำนวณ ในโปรแกรม G* Power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองจึงคำนวณเพิ่มร้อยละ 20 ต่อกลุ่มดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร, 2555)

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยสำรวจหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ แบ่งเป็น 7 แห่ง ซึ่งมีพื้นฐานการบริการสุขภาพตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนของหน่วยปฐมภูมิ มีลักษณะการบริการสุขภาพภายใต้ CUP โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ มีอัตราการผู้ป่วยของโรคหลอดเลือดสมองสูงใกล้เคียงกันและมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ประจำหน่วยบริการทุก PCU ได้แก่ 1) โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ทีม 1และ2) โรงพยาบาลเพชรบูรณ์สาขาลองศาสา, นางั่ว, บ้านโคก, ท่าพล และห้วยสะแกจากนั้นทำการสุ่มแบบ Simple random sampling ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Thaiware สุ่มครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองได้หน่วยบริการปฐมภูมินางั่ว สุ่มครั้งที่ 2 กลุ่มควบคุมได้หน่วยบริการปฐมภูมิบ้านโคก

2.2 ผู้วิจัยสำรวจจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมินางัว (กลุ่มทดลอง) ที่มีระยะเวลาเป็นโรค 6 เดือนขึ้นไป และมีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประเมินจาก The Barthel ADL Index ของ Mahoney และ Barthel ซึ่งแปลโดยสถาบันประสาทวิทยา อยู่ในระดับ 3 - 4 ได้จำนวน 159 คน

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเรียงลำดับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามเกณฑ์คัดเข้าของ หน่วยบริการปฐมภูมิ นางัว ซึ่งมีจำนวน 120 คนตาม HN ของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จากนั้นทำการสุ่มแบบ Simple random sampling ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Thaiware โดยสร้างเลขสุ่มขึ้นมาหมายเลข 1 - 120 แล้วใช้คำสั่งสุ่มเลือกหมายเลข จนได้ครบ 30 หมายเลขนำหมายเลขที่ได้ไปเทียบกับตารางเรียงลำดับตาม HN จะได้รายชื่อกลุ่มทดลองจำนวนทั้งสิ้น 30 คน

ขั้นตอนที่ 2 การคัดเลือกกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเรียงลำดับรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์คัดเข้าหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านโคกมีจำนวน 136 คน จากนั้นผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมให้มีความเท่าเทียมกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คนด้วยวิธีการจับคู่ โดยมีเกณฑ์การจับคู่ ได้แก่ 1) เป็นเพศเดียวกัน 2) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และ 3) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับ 3 หรือ 4 เดียวกัน

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก และเกณฑ์ถอดถอนดังนี้
เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อำเภอเมืองเพชรบูรณ์

2. มีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยประเมินจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ Barthel index of activities of daily living ของ มาโฮนีและบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965) ซึ่งแปลโดยสถาบันประสาทวิทยา (2554) โดยอยู่ในระดับ 3 (สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองปานกลาง = 50 -70 คะแนน) หรืออยู่ในระดับ 4 (สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก = 75-95 คะแนน)

3. มีการรับรู้ดี สื่อความหมายเข้าใจกันได้ การมองเห็น และการได้ยินปกติ

4. สามารถอ่าน พุด ฟัง และเขียนภาษาไทยได้ดี

5. มีโทรศัพท์มือถือส่วนตัว สามารถสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตได้

6. อาสาสมัครมีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 7 ครั้ง โดยเข้าร่วมกิจกรรม ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ 3 ครั้ง และการพบรายบุคคลที่บ้าน 2 ครั้ง ติดต่อกัน Line 2 ครั้ง

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ จะพิจารณาคัดออกจากโครงการวิจัย

1. มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ เช่น

โรคความดันโลหิตสูง: ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงในระดับวิกฤตมากกว่า 160/110 mmHg (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2565)

โรคเบาหวาน: ผู้ป่วยที่มีระดับ A1C เกิน 7% หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Blood Sugar) สูงกว่า 180 mg/dL

2. มีภาวะกลับเป็นซ้ำหรือมีการกำเริบของโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการตรวจประเมินและวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

เกณฑ์ถอน (Withdrawal criteria)

1. ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 80 หรือน้อยกว่า 6 ครั้ง
3. เสียชีวิต
4. ย้ายที่อยู่อาศัยไปรับบริการสถานบริการอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ชนิด ได้แก่

1.1 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย เป็นคำถามมีตัวเลือกให้ตอบและให้เติมคำตอบ ส่วนที่ 2 พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสร้างขึ้นจากพฤติกรรม การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพของโอเร็ม (Orem, 1995; สมจิต หนูเจริญ, 2536) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ 2) ด้านการรับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ 3) ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา 4) ด้านการรับรู้และสนใจต่อดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลการรักษา 5) ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และ 6) ด้านการเรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิต จำนวน 6, 6, 7, 5, 5 และ 6 ตามลำดับ จำนวน 35 ข้อ เป็นแบบสอบถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่

คะแนน 4 เท่ากับ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความ ในข้อนั้น ทุกครั้งและ/หรือทุกวันอย่างสม่ำเสมอ

คะแนน 3 เท่ากับ ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความ ในข้อนั้น สัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง

คะแนน 2 เท่ากับ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความในข้อนั้น สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

คะแนน 1 เท่ากับ ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความ ในข้อนั้น สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

คะแนน 0 เท่ากับ ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยหรือไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความในข้อนั้น

การแปลงผลคะแนนรายข้อและโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 0.00 ถึง 4.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1996 p.14) โดยใช้สูตร

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}}$$

$$= \frac{4 - 0}{5} = 0.8$$

การแปลงดังนี้

ระดับเหมาะสมน้อยที่สุด	หมายถึง มีคะแนนระหว่าง	0.00 – 0.80
ระดับเหมาะสมน้อย	หมายถึง มีคะแนนระหว่าง	0.81 – 1.60
ระดับเหมาะสมปานกลาง	หมายถึง มีคะแนนระหว่าง	1.61 – 2.40
ระดับเหมาะสมมาก	หมายถึง มีคะแนนระหว่าง	2.41 – 3.20
ระดับเหมาะสมมากที่สุด	หมายถึง มีคะแนนระหว่าง	3.21 – 4.00

1.2 แบบบันทึกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Activity of Daily Living Index) ของมาโฮนีและบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965) ซึ่งแปลโดยสถาบันประสาทวิทยา (2554) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผ่านการหาความตรงด้านเนื้อหาและมีการปรับปรุงแก้ไขจนเป็นมาตรฐาน และใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินที่บ่งชี้ถึงข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ประเมินกิจวัตรประจำวันประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การอาบน้ำ เช็ดตัว การเดิน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุม

การถ่ายอุจจาระและการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 0, 5, 10 และ 15 ซึ่งมีคะแนนความสามารถสูงสุด 100 คะแนน และมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน 0-20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย

คะแนน 25-45 หมายถึง สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย

คะแนน 50-70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง

คะแนน 75-95 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก

คะแนน 100 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

1.3 แบบบันทึกระดับความดันโลหิต เป็นแบบบันทึกค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกในขณะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง วัดจากเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอลโมเดล Omron (HBP-1300) หน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอทของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ซึ่งผ่านการทดสอบเทียบมาตรฐานการใช้งานจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นประจำทุกปี และใช้เครื่องเดียวตลอดการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 4 ประเภท ได้แก่

2.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยการบรรยาย และเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองปัจจัยเสี่ยงสัญญาณเตือนและอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย พร้อมมอบคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อใช้ในการทบทวนการปฏิบัติตนที่บ้านดำเนินการที่หน่วยบริการปฐมภูมิจัดแบบรายกลุ่ม

2.2 การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านเป็นรายบุคคลเป็นกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย มีการดำเนินการดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ผู้วิจัยแนะนำตนเอง บอกชื่อ สกุล ตำแหน่งและบอก วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน 2) สำรวจปัญหาของผู้ป่วยโดยประเมินจาก สายตา การสังเกตการเคลื่อนไหว รวมทั้งสอบถามอาการต่างๆของผู้ป่วย 3) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ประเมินปัญหาของผู้ป่วย และนำข้อมูลที่ได้มาเทียบเคียงกับของผู้วิจัย 4) การวางแผนแก้ไขปัญหา เชิญชวนให้ผู้ป่วยร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และวางแผนแก้ไขปัญหา 5) ยุติกระบวนการ ดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วย

2.3 การส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ไลน์ในการติดต่อสื่อสารเพื่อกระตุ้นเตือนโดยผู้วิจัยส่งข้อความและภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม รวมทั้งชักจูง ให้กำลังใจ โดยส่งทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 10 โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์แบบรายบุคคล

2.4 การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เป็นกิจกรรมการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน โดยผู้วิจัย ดำเนินการดังนี้ 1) สนับสนุนผู้ป่วยและญาติประเมินสภาพที่อยู่อาศัยและอุปกรณ์ช่วยเหลือของผู้ป่วย 2) สรุปความเหมาะสมและความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยและอุปกรณ์ช่วยเหลือของผู้ป่วย 3) เชิญชวนผู้ป่วยและญาติวางแผนแก้ไขปัญหาสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและการมีอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ ดำเนินการเป็นรายบุคคลที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง แบบบันทึกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบบันทึกระดับความดันโลหิต ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง 2) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทฤษฎีการดูแลตนเอง 3) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 4) พยาบาลวิชาชีพระดับปริญญาโทที่เคยทำวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) พยาบาลวิชาชีพระดับปริญญาโทที่เคยทำวิจัยโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ดำเนินการพิจารณาตรวจสอบปรับปรุงความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหาและภาษาสอดคล้องกับตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยแบบ CVI (Content validity index) โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

เกณฑ์ของค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพต้องไม่น้อยกว่า 0.8 (Davis, 1992; บุญใจ ศรีสถิตยรรณกร, 2555, น. 124) พบว่าค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง แบบบันทึกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบบันทึกระดับความดันโลหิต เท่ากับ 0.92, 0.94, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับจากนั้นนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นต่อไป

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้กับกลุ่มทดสอบเครื่องมือที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่หน่วยบริการปฐมภูมิมาป่า นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากสัมประสิทธิ์ของ ครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) หากข้อคำถามได้ค่า α ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป (Streiner & Norman, 1995) ถือว่าอยู่ในเกณฑ์สามารถยอมรับได้ พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 สำหรับ

โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (แต่ไม่ใช่อาสาสมัครจริงในงานวิจัย) จำนวน 3 คนอ่านแล้วสอบถามความเข้าใจ หากมีประเด็นที่อ่านไม่เข้าใจ ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยยื่นโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองคณะกรรมการเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อได้รับการรับรองเลขที่ COA No. 355/2024 ลงผลวันที่ 30 กันยายน 2567 ให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมทุกอย่างตลอดการวิจัย หากต้องการออกจากกรวิจัยสามารถกระทำได้ ตลอดเวลาของการทำวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ โดยไม่มีการบันทึกชื่อหรือข้อมูลที่ทำให้สืบค้นถึงตัวอาสาสมัครได้ และการนำข้อมูลไปใช้เผยแพร่จะเป็นข้อมูลภาพรวม ซึ่งจะไม่มีการระบุถึงตัวบุคคล เอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้จากการเก็บข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อค และแฟ้มข้อมูลในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวมีรหัสป้องกันบุคคลอื่นไม่ให้อ่านเปิดได้ โดยผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้นั้นมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น สถานที่เก็บหนังสือยินยอมที่มีลายเซ็นอาสาสมัคร จะเก็บในซองเอกสารที่ปิดผนึกและเก็บในตู้เอกสารที่มีการล็อคกุญแจ และถูกกุญแจเก็บไว้ที่ผู้ร่วมโครงการวิจัย ส่วนรายชื่อและบ้านเลขที่ของอาสาสมัครจะเก็บในรูปของ file word และข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์จะเก็บในรูปของ data file ในคอมพิวเตอร์ที่ต้องเปิดด้วยรหัสที่ผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ โดยจะเก็บข้อมูลในลักษณะนี้อย่างน้อย 1 ปี ในช่วงของการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลาย 1) เอกสาร (Hard copy) ด้วยวิธีการย่อยทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสาร 2) ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ (Digital file) จะทำการลบข้อมูลแบบถาวร (Empty Recycle) ภายใน 3 ปี หลังจากจัดทำรายงานและตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองโครงการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

1.2 ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย และเอกสารการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

1.3 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก มีขั้นตอนดังนี้ 1) การคัดเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ เลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 แห่ง จาก 7 แห่งในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยการสุ่มแบบ Simple random sampling ได้ กลุ่มทดลอง ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมินาजू และกลุ่มควบคุมได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิบ้านโคก 2) สุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองแบบ Simple random sampling จำนวน 30 คน 3) การคัดเลือกกลุ่มควบคุม เรียงลำดับรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์คัดเข้าหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านโคกเลือกกลุ่มควบคุมให้มีความเท่าเทียมกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คนด้วยการจับคู่ มีเกณฑ์ได้แก่ 1) เป็นเพศเดียวกัน 2) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และ 3) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินจาก The Barthel ADL Index อยู่ในระดับ 3 หรือ 4

1.4 ผู้วิจัยขอให้พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ประสานงานการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างโดยโทรศัพท์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยทางวาจาแล้วผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาพบและขอคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

2. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลอง (1 วัน ก่อนเริ่มโปรแกรม) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยขอให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบันทึกค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง จัดกิจกรรม ณ ห้องประชุมหน่วยบริการปฐมภูมินาजू ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

สัปดาห์ที่ 1 วันแรกของการดำเนินโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้วิจัยดำเนินการจัดการให้ความรู้ โดยบรรยายความรู้ตามคู่มือโรคหลอดเลือดสมองที่มอบให้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค และเปิดโอกาสให้ซักถาม ใช้เวลา 30 นาที จัดกิจกรรม ณ ห้องประชุมหน่วยบริการปฐมภูมินาजू ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

สัปดาห์ที่ 1-2 ดำเนินกิจกรรมพร้อมกับ 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน (X2) และ 2) การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (X4) โดยดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วยใช้เวลา 10 นาที

สัปดาห์ที่ 4 การส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (X3) ผู้วิจัยส่งข้อความและภาพที่สื่อถึงการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง การซักถาม รวมทั้งให้กำลังใจ โดยส่งทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 4 ทางแอปพลิเคชันไลน์เป็นรายบุคคลใช้เวลาคนละ 5 นาที

สัปดาห์ที่ 7 – 8 ดำเนินกิจกรรมพร้อมกับ 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน (X2) และ 2) การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (X4) โดยผู้วิจัยดำเนินการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยใช้เวลาบ้านละ 10 นาที

สัปดาห์ที่ 10 การส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (X3) ผู้วิจัยส่งข้อความและภาพที่สื่อถึงการปฏิบัติพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง การออกกำลังกาย รวมทั้งให้กำลังใจโดยส่งทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 10 ทางแอปพลิเคชันไลน์เป็นรายบุคคลเวลาคนละ 5 นาที

หลังสัปดาห์ที่ 12 (1วัน) ผู้วิจัยขอให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ผู้ป่วยตอบ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบันทึกค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองทุกคนหลังการทดลอง จัดกิจกรรม ณ ห้องประชุมหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที (O2)

หมายเหตุ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติด้วย

ดำเนินการทดลองกับกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลอง (1 วัน ก่อนเริ่มโปรแกรม) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยขอให้อาสาสมัครกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบันทึกค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มควบคุม จัดกิจกรรม ณ ห้องประชุมหน่วยบริการปฐมภูมิ บ้านโคก ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที (O3)

สัปดาห์ที่ 1-12 ได้รับการพยาบาลแบบปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลโดยทีมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ประกอบด้วยการประเมินสภาพ การวางแผนฟื้นฟูสุขภาพ การปฏิบัติการณ์ดูแล และการติดตามสภาพการฟื้นฟูสุขภาพ

หลังสัปดาห์ที่ 12 (1วัน) ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้อาสาสมัครตอบ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบันทึกค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมทุกคนหลังการทดลอง จัดกิจกรรม ณ ห้องประชุมหน่วยบริการปฐมภูมิ บ้านโคก ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที (O4)

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆได้แล้วผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ตรวจสอบลักษณะข้อมูล (Test of normality) ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิต
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิตในระยะก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบ Paired t-test
4. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบ independent t-test



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลเปรียบเทียบก่อน-หลังได้รับโปรแกรม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 - มกราคม 2568 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนกรายด้านโดยรวม ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนกรายด้านและโดยรวม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

งานวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ปรากฏดังตาราง

ตาราง 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
		(n=30)		(n=30)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	15	50.0	15	50.0
	หญิง	15	50.0	15	50.0
อายุ	21-40 ปี	2	6.7	1	3.3
	41 – 60 ปี	28	93.3	29	96.7
สถานภาพสมรส	โสด	8	26.67	3	10.00
	คู่	14	46.67	20	66.67
	หม้าย	7	23.33	6	20.00
	ร้าง	1	3.33	1	3.33
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	7	23.33	15	50.00
	มัธยมต้น	14	46.67	4	13.33
	มัธยมปลาย	3	10.00	8	26.67
	ประกาศนียบัตร	5	16.67	2	6.67
	ปริญญาตรี	1	3.33	1	3.33
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	20.00	12	40.0
	รับจ้าง	9	30.00	6	20.0
	เกษตรกร	8	26.67	9	30.0
	ค้าขาย	3	10.00	2	6.67
	รับราชการ	1	3.33	1	3.33
	อื่นๆ	3	10.0		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูล	ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้	เพียงพอ	19	63.33	13	43.33
	ไม่เพียงพอ	11	37.67	17	56.67
ระยะเวลาการ เจ็บป่วย	หลัง 6 เดือน - 1 ปี	20	66.67	10	33.33
	1 ปี - 2 ปี	8	26.67	10	33.33
	2 ปี - 4 ปี	2	6.67	7	23.33
	41-60 ปี	-28	-	3	10.00
	เฉลี่ย (เดือน) $\bar{x}$	14.13	-	24.87	-

จากตาราง ทั้งสองกลุ่มเพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนเท่ากันคือ ร้อยละ 50 กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 21- 40 ปี ร้อยละ 6.7 อายุระหว่าง 41- 60 ปี ร้อยละ 93.3 และมีอายุเฉลี่ย 52.37 ปี อายุต่ำสุด 37 ปี อายุสูงสุด 59 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 21- 40 ปี ร้อยละ 3.3 อายุระหว่าง 41- 60 ปี ร้อยละ 96.7 อายุเฉลี่ย 53.37 ปี อายุต่ำสุด 39 ปี อายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพคู่ คือร้อยละ 46.67 และ 66.67 ตามลำดับ โดยกลุ่มควบคุมอยู่ในสถานภาพคู่ มากกว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มทดลองมีสถานภาพ โสด ร้อยละ 26.67 ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมต้น ร้อยละ 46.67 รองลงมาจบ ประถมศึกษา ร้อยละ 23.33 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 รองลงมาจบระดับ มัธยมปลาย ร้อยละ 26.67 กลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.00 กลุ่มควบคุมไม่ได้ ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40 กลุ่มทดลองมีรายได้เพียงพอร้อยละ 63.33 ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มี รายได้เพียงพอ ร้อยละ 43.33 ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ยเป็นเดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 14.13 , 24.87 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความ
 ตันโลหิตในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง
 และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการดูแล ตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มควบคุม (n=30)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ เหมาะสม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ เหมาะสม
ด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ						
ก่อนการทดลอง	1.87	0.72	ปานกลาง	2.30	0.42	ปานกลาง
หลังการทดลอง	3.67	0.378	มากที่สุด	2.58	0.48	มาก
ด้านการรับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ						
ก่อนการทดลอง	1.99	0.66	ปานกลาง	2.20	0.31	ปานกลาง
หลังการทดลอง	3.69	0.28	มากที่สุด	2.82	0.37	มาก
ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา						
ก่อนการทดลอง	2.29	0.61	ปานกลาง	2.30	0.46	ปานกลาง
หลังการทดลอง	3.62	0.36	มากที่สุด	2.67	0.42	มาก
ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา						
ก่อนการทดลอง	2.27	0.56	ปานกลาง	2.33	0.31	ปานกลาง
หลังการทดลอง	3.57	0.37	มากที่สุด	2.79	0.37	มาก
ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น						
ก่อนการทดลอง	2.29	0.59	ปานกลาง	2.21	0.41	ปานกลาง
หลังการทดลอง	3.57	0.37	มากที่สุด	2.94	0.45	มาก
ด้านการเรียนรู้และปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต						
ก่อนการทดลอง	2.15	0.58	ปานกลาง	2.27	0.34	ปานกลาง
หลังการทดลอง	3.63	0.29	มากที่สุด	2.75	0.36	มาก
โดยรวม						
ก่อนการทดลอง	2.15	0.56	ปานกลาง	2.27	0.21	ปานกลาง
หลังการทดลอง	3.63	0.23	มากที่สุด	2.75	0.24	มาก

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวม ระดับปฏิบัติเหมาะสมปานกลางทุกด้าน 1) ด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ 2) ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา 3) ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา 4) ด้านการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต 5) ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 6) ด้านการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต และ 7) พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.87 ± 0.72 , 1.99 ± 0.66 , 2.29 ± 0.61 , 2.27 ± 0.56 , 2.29 ± 0.59 , 2.15 ± 0.58 และ 2.15 ± 0.56 ตามลำดับ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปฏิบัติเหมาะสมมากที่สุดในทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.67 ± 0.38 , 3.69 ± 0.28 , 3.62 ± 0.36 , 3.57 ± 0.37 , 3.57 ± 0.37 และ 3.63 ± 0.29 และ 3.63 ± 0.23 ตามลำดับ

สำหรับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปฏิบัติเหมาะสมปานกลางในทุกด้านได้แก่ 1) ด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ 2) ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา 3) ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา 4) ด้านการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต 5) ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 6) ด้านการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต และ 7) พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.30 ± 0.42 , 2.20 ± 0.31 , 2.30 ± 0.46 , 2.33 ± 0.31 , 2.21 ± 0.41 , 2.27 ± 0.34 และ 2.27 ± 0.21 ตามลำดับ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปฏิบัติเหมาะสมมากในทุกด้าน มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.58 ± 0.48 , 2.82 ± 0.37 , 2.67 ± 0.42 , 2.79 ± 0.37 , 2.94 ± 0.45 , 2.75 ± 0.36 และ 2.75 ± 0.24 ตามลำดับ

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มควบคุม (n=30)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับปฏิบัติ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับปฏิบัติ
ก่อนการทดลอง	86.33	5.71	มาก	85.33	6.81	มาก
หลังการทดลอง	91.33	5.40	มาก	85.83	6.44	มาก

จากตาราง 3 พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลอง และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 86.33 ± 5.71 และ 91.33 ± 5.40 ตามลำดับ อยู่ในระดับมาก และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเท่ากับ 85.33 ± 6.81 และ 85.83 ± 6.44 ตามลำดับ อยู่ในระดับมาก

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มควบคุม (n=30)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว						
ก่อนการทดลอง	144.83	8.30	สูงกว่าปกติ	140.63	9.85	ปกติ
หลังการทดลอง	131.93	6.86	ปกติ	138.37	14.32	ปกติ
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว						
ก่อนการทดลอง	88.67	6.71	ปกติ	85.33	6.81	ปกติ
หลังการทดลอง	76.67	7.43	ปกติ	83.33	6.44	ปกติ

จากตาราง 4 พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวก่อนการทดลองและหลังการทดลอง อยู่ในระดับสูงกว่าปกติและระดับปกติตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 144.83 ± 8.30 และ 131.93 ± 6.858 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวก่อนการทดลองและหลังการทดลองอยู่ในระดับปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 88.67 ± 6.712 และ 76.67 ± 7.429 ตามลำดับ

สำหรับกลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ก่อนการทดลองและหลังการทดลองอยู่ในระดับปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 140.63 ± 9.85 และ 138.37 ± 14.32 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวก่อนการทดลองและหลังการทดลอง อยู่ในระดับปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 85.33 ± 6.81 และ 83.33 ± 6.44 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนกรายด้านและโดยรวม ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิต ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวมก่อนการทดลองหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	$\bar{x}$	S.D.	Paired t-test	p - value	$\bar{x}$	S.D.	Paired t-test	p - value
ด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ								
ก่อนการทดลอง	1.87	0.56	-13.78	<.001***	2.30	0.42	-4.205	<.001***
หลังการทดลอง	3.67	0.38			2.58	0.48		
ด้านการรับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ								
ก่อนการทดลอง	1.99	0.66	-14.46	<.001***	2.21	0.31	-7.996	<.001***
หลังการทดลอง	3.69	0.28			2.82	0.37		
ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา								
ก่อนการทดลอง	2.29	0.61	-12.14	<.001***	2.30	0.46	-3.564	<.001***
หลังการทดลอง	3.62	0.36			2.67	0.42		
ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา								
ก่อนการทดลอง	2.27	0.56	-12.85	<.001***	2.33	0.31	-5.425	<.001***
หลังการทดลอง	3.57	0.37			2.79	0.37		
ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น								
ก่อนการทดลอง	2.29	0.59	-12.11	<.001***	2.21	0.41	-7.751	<.001***
หลังการทดลอง	3.57	0.37			2.94	0.45		
ด้านการเรียนรู้และปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต								
ก่อนการทดลอง	2.15	0.58	-13.15	<.001***	2.27	0.34	-6.13	<.001***
หลังการทดลอง	3.63	0.29			2.75	0.36		
โดยรวม								
ก่อนการทดลอง	2.15	0.56	-16.25	<.001***	2.26	0.21	-5.03	<.001***
หลังการทดลอง	3.63	0.23			2.75	0.24		

*** p<.001

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านทุกด้าน และโดยรวม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มควบคุมหลังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านทุกด้านและโดยรวม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ($n=30$) และกลุ่มควบคุม ($n=30$)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	$\bar{x}$	S.D.	Paired t-test	p - value	$\bar{x}$	S.D.	Paired t-test	p - value
ก่อนการทดลอง	86.33	5.713	- 14.75	<.001***	85.33	6.81	- 1.795	.083
หลังการทดลอง	91.33	5.403			85.83	6.44		

*** $p < .001$

จากตาราง 6 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกัน

ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

ระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	$\bar{x}$	S.D.	Paired t-test	p - value	$\bar{x}$	S.D.	Paired t-test	p - value
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว								
ก่อนการทดลอง	144.83	8.30	12.02	<.001***	140.63	9.85	1.32	.195
หลังการทดลอง	131.93	6.86			138.37	14.32		
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว								
ก่อนการทดลอง	88.67	6.71	10.18	<.001***	84.40	9.43	0.65	.519
หลังการทดลอง	76.67	7.43			83.53	9.85		

*** p<.001

จากตาราง 7 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะคลายตัวก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะคลายตัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะคลายตัวก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนกรายด้านและโดยรวม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความดันโลหิตในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม

ตาราง 8 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	$\bar{x}$	S.D.	independent t-test	p-value
ด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ				
กลุ่มทดลอง	3.67	0.38	-4.91	<.001***
กลุ่มควบคุม	2.58	0.48		
ด้านการรับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ				
กลุ่มทดลอง	3.69	0.28	-5.70	<.001***
กลุ่มควบคุม	2.82	0.37		
ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา				
กลุ่มทดลอง	3.62	0.36	-4.65	<.001***
กลุ่มควบคุม	2.67	0.42		
ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา				
กลุ่มทดลอง	3.57	0.37	-4.81	<.001***
กลุ่มควบคุม	2.79	0.37		
ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น				
กลุ่มทดลอง	3.57	0.37	-4.81	<.001***
กลุ่มควบคุม	2.94	0.45		
การเรียนรู้และปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต				
กลุ่มทดลอง	3.63	0.29	-5.18	<.001***
กลุ่มควบคุม	2.75	0.36		
โดยรวม				
กลุ่มทดลอง	3.63	0.24	14.54	<.001***
กลุ่มควบคุม	2.75	0.24		

***p<.001

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ 2) ด้านการรับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ 3) ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา 4) ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา 5) ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่ 6) ด้านการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 9 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ($n=30$) และกลุ่มควบคุม ($n=30$)

ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	$\bar{x}$	S.D.	independent t-test	p -value
กลุ่มทดลอง	91.33	5.403	3.582	$< .001^{***}$
กลุ่มควบคุม	85.83	6.444		

*** $p < .001$

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 10 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

ระดับความดันโลหิต	$\bar{x}$	S.D.	independent t-test	p-value
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว				
กลุ่มทดลอง	131.93	6.858	-2.220	.032*
กลุ่มควบคุม	138.37	14.318		
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว				
กลุ่มทดลอง	76.67	7.429	-3.049	.003**
กลุ่มควบคุม	83.33	6.81		

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

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 5

บทสรุป

งานวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ปี พ.ศ. 2566–2567 และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 696 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ 2 แห่งจากทั้งหมด 7 แห่งด้วยโปรแกรม Thaiware สุ่มครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองได้หน่วยบริการปฐมภูมินาजू สุ่มครั้งที่ 2 กลุ่มควบคุมได้หน่วยบริการปฐมภูมิบ้านโคก และทำการสุ่มกลุ่มทดลองแบบ Simple random sampling ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Thaiware จนได้ครบ 30 คน จากนั้นเลือกกลุ่มควบคุมให้มีความเท่าเทียมกับกลุ่มทดลองโดยใช้วิธีการจับคู่ โดยใช้เกณฑ์ ได้แก่ เพศเดียวกัน อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับ 3 หรือ 4 เหมือนกัน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน

เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) สอนคือทำให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 2) ชี้แนะ คือ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน 3) สนับสนุนคือการส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นรายบุคคล และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมคือการจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบบันทึกระดับความดันโลหิต ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านได้แก่ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง 2) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทฤษฎีการดูแลตนเอง 3) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 4) พยาบาลวิชาชีพพระดับปริญญาโทที่เคยทำวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) พยาบาลวิชาชีพพระดับปริญญาโทที่เคยทำวิจัยโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่าค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92, 0.94, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าความสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างนำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Paired t-test และทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะเพศเหมือนกัน คือ เพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนเท่ากัน เพศชายร้อยละ 50.00 เพศหญิงร้อยละ 50.00 กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 21- 40 ปี ร้อยละ 6.7 อายุระหว่าง 41- 60 ปี ร้อยละ 93.3 กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 21- 40 ปี ร้อยละ 3.3 อายุระหว่าง 41- 60 ปี ร้อยละ 96.7 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานะคู่ คือร้อยละ 46.67 และร้อยละ 66.67 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมต้นร้อยละ 46.67 ส่วนกลุ่มควบคุมจบระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.00 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30.00 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.00 กลุ่มทดลองมีรายได้เพียงพอร้อยละ 63.33 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 56.67 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 14.13 , 24.87 เดือนตามลำดับ

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ 2) ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา 3) ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา 4) ด้านการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต 5) ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 6) ด้านการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลองต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวหลังการทดลองต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมหลังการทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

อภิปรายผลการวิจัย

สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ที่ตั้งไว้ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน และโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากกลุ่มทดลองปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างจากระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) ทำให้กลุ่มทดลองได้รับแนวทางการดูแลตนเองเฉพาะด้านเช่นการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายมากขึ้นส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองทั้ง 6 ด้านคือ 1) ด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ 2) ด้านการรับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ 3) ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา 4) ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา 5) ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และ 6) ด้านการเรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิต ทั้งนี้โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ส่งเสริมให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม 4 กิจกรรมดังนี้

1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ผู้วิจัยสอนให้ความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือน อาการกลับเป็นซ้ำและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมได้รับคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อใช้ในการทบทวนการปฏิบัติตนที่บ้านทำให้ กลุ่มทดลองสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้นและทำให้รับรู้และเอาใจใส่ดูแลตนเองมากขึ้น มีความสนใจในการหาข้อมูลในทีวีและวิทยุเพิ่มเติมหรือสอบถามแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เรียนรู้การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆของตนเอง เช่น ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด กลืนอาหารลำบาก เดินเซ แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น ซึ่งควรรีบไปตรวจรักษาที่ รพ.สต./โรงพยาบาลทันทีอย่างเร่งด่วนส่งผลให้พฤติกรรม การดูแลตนเองสูงขึ้น

1.2 การให้คำปรึกษาที่บ้าน ผู้วิจัยให้คำปรึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองกับผู้ป่วยกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล พบว่าผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ อาหารที่ปรุงด้วยปลาร้า (แกงหน่อไม้ แกงป่า น้ำพริก ปลาร้าสับ ส้มตำปลาร้า) ปรุงอาหารด้วยผงชูรสในปริมาณมาก และเติมพริกน้ำปลาในกับข้าวทุกครั้งที่ได้รับประทาน จึงแนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หวานจัด อาหารที่ผ่านการแปรรูป อาหารหมักดอง ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดปริมาณการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมไว้คือไม่เกินวันละ 2 กรัม (2,000 มิลลิกรัม) การจำกัดโซเดียมให้เข้มงวดขึ้นในปริมาณไม่เกินวันละ 1.5 กรัม นั้นอาจช่วยลดความดันโลหิตได้เพิ่ม (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2565) การรับประทานอาหารดังกล่าวข้างต้นของกลุ่มทดลองทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ ส่งผลให้มีผู้ป่วยมีสนใจในการดูแลตนเองและเริ่มหาข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมมากขึ้น มีการสอบถามพยาบาลเกี่ยวกับอาหารที่ช่วยลดความดันโลหิต เริ่มเข้าใจถึงผลกระทบของอาหารที่มีโซเดียมสูง สามารถสังเกตอาการผิดปกติของตนเองเมื่อรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น อาการบวม ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น หรือเวียนศีรษะ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร โดยลดปริมาณการใช้ปลาร้า น้ำปลา และผงชูรสในแต่ ละมื้อ และเน้นทานผัก ผลไม้ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษา นอกจากนั้นผู้วิจัยแนะนำให้ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำอาหารรสจืดจึงส่งผลให้พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการแสวงหา ความรู้และความช่วยเหลือ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกัน ความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษาสูงขึ้น ผู้ป่วยบางรายไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย มักนั่งและนอน เป็นส่วนใหญ่ จึงแนะนำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากขึ้น ได้แก่ ให้ลุกเคลื่อนไหวหิบบของ ใช้เอง เดินไปรับประทานอาหารด้วยตนเอง ขึ้นบันไดด้วยตัวเอง อาบน้ำแปรงฟัน ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ข้างที่อ่อนแรงเพิ่มมากขึ้นเป็นประจำตามคู่มือโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยมอบให้ กระตุ้นการ เคลื่อนไหวร่างกาย และอวัยวะข้อต่อต่างๆมากขึ้นเพื่อป้องกันข้อติด ทำให้มีการเรียนรู้วิธีออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ฟันฟุสภาพร่างกายทำให้สามารถเคลื่อนไหวได้มากขึ้นปัจจัย

ต่างๆเหล่านี้ ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านสูงขึ้นได้แก่พฤติกรรมด้านการรับรู้และสนใจ ดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา และด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1.3 การส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยจะส่งข้อความและภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เมนูอาหารที่เหมาะสมกับโรค เพื่อกระตุ้นชักจูงให้กำลังใจ ในการปฏิบัติตน บางรายไม่ค่อยออกกำลังกาย ผู้วิจัยจึงกระตุ้นให้ส่งภาพ และข้อความออกกำลังกาย การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรือภาพเมนูอาหารที่รับประทานตอบกลับมา ทางไลน์ของผู้วิจัย เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง บางรายมีความวิตกกังวลและเครียดกลัวจะ พิกการ หรือเดินไม่สะดวก ไม่คล่องแคล่ว ผู้วิจัยส่งข้อความสอบถามปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น และเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก พร้อมแนะนำวิธีการคลายเครียด โดยให้ผู้ป่วยดูหนัง ฟังเพลง พูดคุย กับเพื่อนบ้านและคนในครอบครัว นั่งสมาธิ ฟังธรรมะ ผู้ป่วยบางรายส่งภาพอาหาร เป็นหมูสามชั้น ทอดน้ำปลา แกงเห็ดเห็ดใส่หมูสามชั้น ปลาต้ม แหนม ผู้วิจัยได้ส่งภาพและข้อความเมนูอาหารประเภท ผัก ปลานึ่ง ผักต้ม ฝรั่ง โอวคาโด แกงเลียง แกงจืด ข้าวไรเบอรี่ และส่งข้อความชื่นชมให้กำลังใจเมื่อ ผู้ป่วยส่งภาพอาหารที่ได้รับประทานได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการ แสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและ ด้านการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตสูงขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมสูงขึ้น

1.4 การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้าน ผู้ป่วยบางรายนอนพักชั้นบนของบ้านผู้วิจัยแนะนำ ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ชั้นล่าง ที่อยู่ใกล้ห้องน้ำ จัดหากริ่งไว้อัลลาร์ดผู้ป่วยสำหรับขอความช่วยเหลือ แนะนำ ญาติทำราวจับเดิน ทำรอกสำหรับออกกำลังกายแขน ใช้ผ้าขาวม้าในการออกกำลังกายขา แนะนำขอ Cane จากห้องกายอุปกรณ์ของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ซึ่งการสร้างสิ่งแวดล้อมนี้จะส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมที่บ้านทำให้ ผู้ป่วยเข้าใจถึง ผลกระทบของ การเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสม และความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ การปฏิบัติตามแผนการรักษา มี โอกาสฟื้นฟูร่างกายได้ดีขึ้น เนื่องจากมีอุปกรณ์ช่วยเหลือ มีการปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันให้ ปลอดภัยและเหมาะสม ส่งผลให้พฤติกรรมด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นและด้าน การปฏิบัติตามแผนการรักษาดีขึ้น

วิธีการสอนให้ความรู้ การชี้แนะที่บ้านรายบุคคล การใช้แอปพลิเคชันไลน์ และการจัดสภาพแวดล้อมบ้านให้เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 6 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัย อารีย์ วัชวัฒนันท์ (2567) พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุน และให้ความรู้ที่บ้านเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแล ตนเองสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พชรินทร์ เชื้อมทอง, นิภา กิมสูง เนิน, และ รัชณี นามจันทร์ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเป็นเวลา 16 สัปดาห์ พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแล

ตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ลำพวรรณ แสนบั้ง, สุภาพร แนวบุตร, และประทุมมา ฤทธิโพธิ์ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า พฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลวิจัยของ กนกวรรณ เลือดทหาร, นงนุช โอปะ, และสมบุรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและดัชนีประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ดังนั้นโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่นำการชี้แนะรายบุคคลที่บ้านและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงขึ้น

2. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวมแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 ที่ตั้งไว้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดเลือดสมองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมที่มีการชี้แนะรายบุคคลที่บ้านและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น แต่กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังทดลองใกล้เคียงกับก่อนทดลอง สอดคล้องกับผลวิจัยของ อารีย์ วัชวัฒนันท์ (2567) พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลวิจัยของ ลำพวรรณ แสนบั้ง, สุภาพร แนวบุตร, และประทุมมา ฤทธิโพธิ์ (2561) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผลวิจัยของ กนกวรรณ เลือดทหาร, นงนุช โอปะ, และสมบุรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล (2559) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และ 6MWD ภาวะหายใจลำบาก ดัชนีมวลกาย ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, .001 และ .05 ตามลำดับ

3. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 ที่ตั้งไว้ว่า ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหืดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน เป็นผลมาจากกลุ่มทดลองสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านดีขึ้นจากการปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ คือ

การแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ ทำให้มีผู้คอยช่วยเหลือสนับสนุนในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนด้านปฏิบัติตามแผนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาโรคหลอดเลือดสมอง มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษาทำให้ผู้ป่วยสังเกตความผิดปกติและการทำหน้าที่ของร่างกายตนเองและหาวิธีการแก้ไขได้อย่างเหมาะสม ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและคำแนะนำจากทีมสุขภาพและสามารถจัดการความเครียดได้ดี ด้านการเรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ซึ่งช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลของการผสมผสานระหว่างทฤษฎีการดูแลตนเองแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็มและการพยาบาลแบบ PDCA ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับ PDCA (Plan-Do-Check-Act) มีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Si, Yuan, Ji & Chen, 2021)

4. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 ที่ตั้งไว้ว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม เป็นผลจากกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นจากการได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ แต่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจึงยังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่เปลี่ยนแปลงและใกล้เคียงกับก่อนทดลอง ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติตามแผนการรักษามากขึ้น สามารถปรับตัวกับข้อจำกัดทางร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปได้เหมาะสม และเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือมีแผนการดำเนินชีวิตใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการดูแลตนเองแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็มร่วมกับการจัดพยาบาล PDCA พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดีขึ้นหลังได้รับการดูแลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ และคะแนน ADL ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Si, Yuan, Ji & Chen, 2021) งานวิจัยในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากดัชนี Barthel สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ในช่วง 1, 2 และ 3 เดือนหลังได้รับโปรแกรม (Yang & Niu, 2022)

5. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัวแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัวก่อนการต่ำกว่าหลังการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานที่ 5 ที่ตั้งไว้ว่าระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน เป็นผลมาจากกลุ่มทดลองสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านดีขึ้นจากการปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีการแสวงหาความรู้เพิ่มขึ้นสอบถามผู้วิจัยและค้นคว้าหาความรู้จากสื่อต่างๆพูดคุยกับเพื่อนหรือผู้ป่วยด้วยกันซึ่งการได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่ถูกต้องหรือการสนับสนุนจากคนรอบข้างช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจดูแลตนเองมากขึ้นเนื่องจากกลัวเกิดโรคแทรกซ้อน กลัวการกลับเป็นซ้ำจึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารทอด กะทิ อาหารรสหวานจัด อาหารเค็มจัด ออกกำลังกายสม่ำเสมอ งดดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เครื่องดื่มชูกำลัง ปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง ติดตามดูแลการวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ร่างกายได้รับ โพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหาร ซึ่งช่วยลดความดันโลหิต (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2565) สอดคล้องกับผลวิจัยของ ศุภลักษณ์ ทองขาว (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยผู้ใหญ่ออนดัน พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว และขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลวิจัยของ คณินิจ เพชรรัตน์, สัญญา ปงลังกา, และจุฑามาศ กิตติศรี (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าภายหลังเข้าโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว และหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

6. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และระดับความโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 6 ที่ตั้งไว้ว่า ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ผลมาจากกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นแต่กลุ่มควบคุมพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เปลี่ยนแปลงจึงยังมีระดับความดันโลหิตคงเดิมใกล้เคียงกับก่อนทดลองซึ่งสอดคล้องกับ ผลวิจัยของศุภลักษณ์ ทองขาว (2563) ศึกษาผลของ

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยผู้ใหญ่ออนต้น พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวและขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยผู้ใหญ่ออนต้นกลุ่มทดลองลดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลวิจัยของ คณินิจ เพชรรัตน์, สัญญา ปงลังกา, และจุฑามาศ กิตติศรี (2561) พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ 12 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว และหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้น โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมพร้อมมอบคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อใช้ในการทบทวนการปฏิบัติตนที่บ้าน 2) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นรายบุคคลที่บ้าน 3) การส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 4) การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมดูแลตนเอง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ 2) ด้านการรับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ 3) ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา 4) ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา 5) ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และ 6) ด้านการเรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิต ส่งผลให้พฤติกรรมดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นและส่งผลให้ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทีมสุขภาพสามารถนำกิจกรรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านเป็นรายบุคคลมาเป็นแนวทางการพยาบาลและการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เพราะสามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงประเด็นกับผู้ป่วยแต่ละราย

2. จากกิจกรรมการชี้แนะเป็นรายบุคคลที่บ้านพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยบางรายต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติ ผู้ดูแล เช่น การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน การทำอาหาร จึงควรนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วย ส่วนร่วมในกิจกรรมของโปรแกรมอาจทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการสนับสนุนให้กำลังใจ กระตุ้นและติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย และได้มีการติดตามอาการที่อาจจะเปลี่ยนแปลงได้

ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้ไม่ได้มีการจับคู่ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตที่เท่าเทียมกันก่อนการทดลอง จึงทำให้เห็นผลของโปรแกรมต่อระดับความดันโลหิตไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น การติดตามผลในช่วง 6 เดือน ถึง 1 ปีหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง



บรรณานุกรม

- กนกวรรณ เลือดทหาร, นงนุช โอบะ, และสมบุญ ตันสุกสวัสดิกุล. (2559). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและดัชนีประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 10*(2), 47-60.
- กฤษฎา จอดนอก, และณิตชาธร ภาโนมัย. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 13*(2), 38-55.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- กิ่งแก้ว ปาจริย. (2550). *การพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรส์.
- คณินิจ เพชรรัตน์, สัญญา ปงลังกา, และจุฑามาศ กิตติศรี (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร, 45*(1), 37-49.
- คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center). (2567). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคหัวใจ และหลอดเลือดสืบค้น 30 พฤษภาคม 2567, จาก https://pnb.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=39fd60c25235db479930db85a0e97dd3
- งานเวชสถิติโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. (2566). สถิติโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. เพชรบูรณ์: งานเวชสถิติโรงพยาบาลเพชรบูรณ์.
- เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. (2544). *ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและการดูแล ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ขวลี แยมวงษ์. (2538). *ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2558). โรคหลอดเลือดสมอง. ใน ชูชนา สวนกระต่าย, นกชาญ เอื้อประเสริฐ, กำพล สุวรรณพิมลกุล, และกมลวรรณ จุติวรกุล (บก.), *ตำราอายุรศาสตร์* (ล.1, น. 190-205). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2555) . *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัด*
เชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมิตา ทรวงโพธิ์, ประสพสุข ศรีแสนปาง, และเจียมจิต แสงสุวรรณ. (2556) . พฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาค*
ตะวันออกเฉียงเหนือ, 8(4), 9-25.
- ฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลศิริราช. (2560) . *โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้น
30 พฤษภาคม 2565, จาก [https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?](https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1298&utm_source)
[aid=1298&utm_source](https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1298&utm_source)
- พวงทอง จินดากุล, อำภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2561). ประสิทธิภาพของ
โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตัวเอง การรับรู้ความ
รุนแรงของ อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ระยะแรกที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด. *วารสารโรคมะเร็ง*, 38(3), 105-116.
- พัชรภรณ์ สิริธรรานนท์. (2558) . *ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติ*
กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ เชื้อมทอง, นิภา กิมสูงเนิน, และรัชนี นามจันทร์. (2563) . ผลของโปรแกรมการสนับสนุน
และให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่. *วารสารพยาบาลและสุขภาพ*, 43(1), 81-92.
- เพ็ญพร ทวีบุตร, พัชรพร เกิดมงคล, และขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ. (2560). ผลของโปรแกรมการ
พยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น.
วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31(1), 129-145.
- มลิวัลย์ ชัยโคตร. (2561). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้ในการ*
ดูแลตนเองพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางไต (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัย
บูรพา.
- ยวนจิตร ภักตะภา, (2562) . ผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*,
16(1), 114-120.
- เราแคร์ไทย (Thai Care Cloud). (2565). *โปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยที่บ้านจังหวัดเพชรบูรณ์*. สืบค้น
30 พฤษภาคม 2565, จาก <https://www.thaicarecloud.org/tdc-monitor>

โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. (2562). รายงานประจำปีสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปี 2561- 2562.

เพชรบูรณ์: งานเวชระเบียนโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์.

โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. (2566). รายงานประจำปีสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปี 2563- 2566.

เพชรบูรณ์: งานเวชระเบียนโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์.

ลำพวรรณ แสนบั้ง, สุภาพร แนวนุตร, และประพума ฤทธิโพธิ์. (2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมได้. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 12(พิเศษ), 75-85.

วรรณลักษณ์ สุประดิษฐ์อาภรณ์. (2565). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 คลินิกโรคไต โรงพยาบาลท่าตะโก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์*, 3(4), 1-22.

วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล. (2555) . การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน ปราณี ทุไฟเราะ (บก.), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1* (น. 117-136). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.

วิลาวณีย์ กาไหล์ทอง. (2561). ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรดิตถ์*, 10(1), 117-128.

วินิตา ประทีปวัฒนพันธ์, ปิยะนุช จิตตบุญ, และอาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร. (2564). ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 27(3), 343-359.

ศุภลักษณ์ ทองขาว. (2563). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วิทยาลัยพยาบาล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต.

สถาบันประสาทวิทยา. (2550). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.

สถาบันประสาทวิทยา. (2552) . *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.

สถาบันประสาทวิทยา. (2554) . *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.

สถาบันประสาทวิทยา. (2555) . แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์.

กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.

สถาบันประสาทวิทยา. (2562). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์.

กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.

สถาบันประสาทวิทยา. (2565). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์.

กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.

สถาบันประสาทวิทยา. (2567) . แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล
ทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. (2564) .

เกณฑ์ประเมินและรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐานครบวงจร ฉบับ พศ. 2564

2562. นนทบุรี: เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2536) . การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพฯ:

วิศสิณ.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2540) . การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพฯ:

วี.เจ.พรีนติ้ง.

สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคความดันโลหิตสูง

พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.

สำนักโรคไม่ติดต่อฯ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานประจำปี 2566. นนทบุรี:

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

สิทธิพงศ์ ปาปะกัง, และชลิตา ธัญธีรกุล. (2562) . ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วยสมุด

ภาพการ์ตูน กิจกรรมการเล่น และการเยี่ยมบ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 42(4), 40-50.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ:

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุธาสนี มั่นจิราวิทยานุกุล. (2559). แนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ:

ธนาเพรส.

เสมอแซ วิบูลย์พานิช. (2562) . กายภาพบำบัดในผู้ป่วยระบบประสาท (Neurological Physical

Therapy) . กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เมดิคอล มีเดีย.

อัมชฎาพร การสะอาด, และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. (2562) . ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

ร่วมกับสื่ออินโฟกราฟิกและคู่มือสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแล เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

ของผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 42 4), 51-60.

- อารีย์ วัชรพัฒนานันท์. (2567). ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านในอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา*, 12 (2), 76-91.
- อารีรัตน์ อนันต์นนท์ศักดิ์, และเสก อักษรานุเคราะห์. (2539). การประเมินผู้ป่วยทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู. ใน เสก อักษรานุเคราะห์ (บ.ก.), *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู* (พิมพ์ครั้งที่ 3, น. 23-53). กรุงเทพฯ: เทคนิค.
- American Heart Association. (2020). *Stroke (Cerebrovascular disease)*. Retrieved February 20, 2020, from <http://www.circ.ahajournals.org/content/1217/e46>.
- Best, J. W. (1996). *Research in Education* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Christiansen, C. H., & Ottenbacher, K. (1998). Evaluation and management of daily self-care requirements. In J. A. DeLisa & B. M. Gans (Eds.), *Rehabilitation medicine: Principles and practice* (3rd ed., pp. 137-163). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197.
- de Oliveira, P., do Couto, G. M. A., & Reis, M. G. (2018). Terapia por caixa de espelho e autonomia no autocuidado após acidente vascular cerebral: programa de intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 95-105.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Hickey, J. V., & Hock, N. H. (2003). Stroke and other cerebrovascular diseases. In J.V. Hickey (Eds.), *The clinical practice of neurological and neurological nursing* (5th ed., pp. 559-587). Philadelphia: Lippincott.
- Holm, M. B., & Rogers, J. C. (2024). The performance assessment of self-care skills. In *Assessments in occupational therapy mental health* (pp. 359-370). Routledge.
- Krishnamurthi, R. V., Ikeda, T., & Feigin, V. L. (2020). Global, regional and country-specific burden of ischaemic stroke, intracerebral haemorrhage and subarachnoid haemorrhage: a systematic analysis of the global burden of disease study 2017. *Neuroepidemiology*, 54(2), 171-179.

- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (1989). *Classification of cerebrovascular disease III*. Washington, DC: National Institute of Neurological Disorders and Stroke: NINDS.
- Oliveira e Castro P, Martins M, Couto G, et al. (2018). Mirror therapy and self-care autonomy after stroke: an intervention program. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (17), 95–105. <https://doi.org/10.12707/RIV17088>.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice (5th ed.)*. St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6th ed.)*. St. Louis: Mosby.
- Sahebalzamani, M., Aliloo, L., & Shakibi, A. (2009). The efficacy of self-care education on rehabilitation of stroke patients. *Saudi Medical Journal*, 30(4), 550–554.
- Si, Y., Yuan, H., Ji, P., & Chen, X. (2021). The combinative effects of orem self-care theory and PDCA nursing on cognitive function, neurological function and daily living ability in acute stroke. *American Journal of Translational Research*, 1 (9), 10493.
- Streiner, D., & Norman, G. (1995). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use (2nd ed.)*. Oxford: Oxford University Press.
- Weidmann, A. E., Sonnleitner-Heglmeier, A., & Dartsch, D. C. (2023). Effect of patient education videos on modifying medication-related health behaviours: A systematic review using the behaviour intervention functions. *Patient Education and Counseling*, 117, 107992.
- World Stroke Organization. (2023). *World Stroke campaign*. [cited 2024 May 30]. Retrieved from <http://www.Worldstrokecampaign.com>.
- Yang, Y., & Niu, L. (2022). Effect of early rehabilitation nursing on motor function and living ability of patients with traumatic brain injury based on Orem's Self-Care Theory. *Computational Intelligence and Neuroscience*, 2022(1), 7727085.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

1. ชื่อ-สกุล ผศ.ดร.สุภาพร แนวบุตร
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก
ชื่อ – สกุล ดร.สกวรัตน์ ทวีนุต
ตำแหน่ง อาจารย์พยาบาล
สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ จ.เพชรบูรณ์
2. ชื่อ – สกุล แพทย์หญิงสุรตนา สิงห์ป้อง
ตำแหน่ง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวชำนาญการพิเศษ
สถานที่ทำงาน คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สาขาคลองศาลา จ.
เพชรบูรณ์
3. ชื่อ – สกุล นางสุกมา เกาะสุวรรณ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองหล่มสัก อ.หล่มสัก จ.เพชรบูรณ์
4. ชื่อ – สกุล นางกนกวรรณ เลือดทหาร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน รพ.สต. หุ่งโพธิ์ ต.หุ่งโพธิ์ อ.ตะพานหิน จ.พิจิตร

ภาคผนวก ข เอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COA No. 355/2024
IRB No. P2-0306/2567

AF 11/6.0



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก 65000 หมายเลขโทรศัพท์ 05596 8721

หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, GOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช ไอบะ

สังกัดหน่วยงาน

คณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ร่วมวิจัย

นางสาวขวัญดาว ศรีศูนย์

สังกัดหน่วยงาน

คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีบทวน

แบบเร่งรัด

รายงานความก้าวหน้า

ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

1. IF 01 Research Ethical Application for Intervention Study เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 22 กันยายน 2567
2. IF 02 Conflict of Interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 สิงหาคม 2567
3. IF 03 ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป (กลุ่มทดลอง) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 22 กันยายน 2567
4. IF 03 ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป (กลุ่มควบคุม) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 22 กันยายน 2567
5. IF 03 ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป (กลุ่ม Try out) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 22 กันยายน 2567
6. IF 04 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 สิงหาคม 2567
7. IF 05 CV เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 สิงหาคม 2567
8. IF 06 Budget เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 สิงหาคม 2567
9. Full Protocol เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 6 กันยายน 2567
10. คู่มือในการดำเนินการวิจัย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 6 กันยายน 2567
11. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 6 กันยายน 2567
12. แบบคัดกรองเข้าร่วมโครงการวิจัย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 6 กันยายน 2567

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ ชีระบุตร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 30 กันยายน 2567

วันหมดอายุ : 30 กันยายน 2568

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

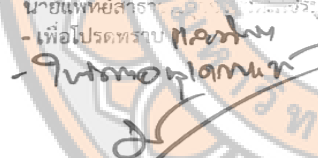
นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

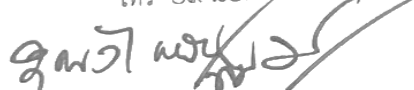
1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์เท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าส่งไม่ครบถ้วน และยังไม่ได้รับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่วันที่ส่งใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากมีรองลงหน้า)



ภาคผนวก ค จดหมายของอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

กองงานทรัพยากรบุคคล วันที่ 25 ก.ค. 2567 เลขที่ 5669		สำนักงานทรัพยากรบุคคล เลขที่ 12728 วันที่ 24 ก.ค. 2567 เวลา
ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/ว ๒๓๗๔		บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐
๖ กันยายน ๒๕๖๗		
เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน.....ฉบับ ด้วย นางสาวขวัญดาว ตรีสุนย์ รหัสประจำตัว ๖๒๐๖๑๙๒๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช โอปะะ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากหน่วยงานของท่าน บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์		
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์		ขอแสดงความนับถือ
		
(นายธรรมจักร บุญซึ้ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	(รองศาสตราจารย์ ดร.อนามัย นาอุดม) รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร	
๑. งานวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัย โทร ๐-๕๕๕๖-๘๘๒๒ โทรสาร ๐-๕๕๕๖-๘๘๒๖		(นางมนทกานต์ สีทรวงษ์) ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ วิชาการการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์
๒. นางสาวขวัญดาว ตรีสุนย์ โทร ๐๙-๘๒๘๓-๙๙๘๘๓		



ภาคผนวก ง เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

รหัส.....

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: โปรดเติมข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความจริง

จริง

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - () 1.โสด
 - () 2.คู่
 - () 3.หม้าย
 - () 4.หย่า
 - () 5.ร้าง
 - () 6.อื่นๆโปรดระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
 - () 1.ไม่ได้ศึกษา
 - () 2.ประถมศึกษา
 - () 3.มัธยมศึกษาตอนต้น
 - () 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย
 - () 5.ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา
 - () 6.ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 - () 7.สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 - () 1.ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 - () 2.รับจ้าง
 - () 3.เกษตรกร
 - () 4.ค้าขาย/ประกอบกิจการส่วนตัว
 - () 5.รับราชการ
 - () 6.รัฐวิสาหกิจ
 - () 7.อื่นๆโปรดระบุ.....
6. รายได้
 - () 1.เพียงพอ
 - () 2.ไม่เพียงพอ
7. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง

ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่าน 5 ระดับ

4 = ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น ทุกครั้งและ/หรือ ทุกวันอย่างสม่ำเสมอ

3 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง

2 = ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

1 = ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

0 = ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยหรือไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น

ข้อความ	ความคิดเห็น				
	4	3	2	1	0
ด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือ					
1. ท่านหาความรู้หรือขอคำแนะนำเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรด้านสุขภาพ					
2. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต, หอกระจายข่าว, วิทยุ, โทรทัศน์ และแผ่นพับ เป็นต้น					
3. ท่านหาข้อมูลการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยพูดคุยกับผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
4. เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ท่านมีผู้คอยช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้ท่าน					
5. ท่านเข้าร่วมการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยกัน					
6. คนในครอบครัวของท่านช่วยชี้แนะ ดักเตือนให้ท่านมีการปฏิบัติตัวในด้านต่างๆที่เหมาะสม					

ข้อความ	ความคิดเห็น				
	4	3	2	1	0
ด้านการรับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ 1. ท่านหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเช่น การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และความเครียด เป็นต้น					
2. ท่านสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เช่นปวดศีรษะ ล้มแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น เป็นต้น					
3. ท่านสามารถสังเกตอาการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองด้วยตัวเอง ได้แก่ ภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ แผลกดทับ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ มีไข้สูง การสำลักอาหาร					
4. ท่านมีเวลาออกกำลังกาย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพและผ่อนคลายความเครียด					
5. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง					
6. หากท่านมีอาการ ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง ล้มแรง ปากเบี้ยว มากขึ้น ท่านจะพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันที					
ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา 1. ท่านรับประทานยารักษาโรคหลอดเลือดสมองตรงตามแผนการรักษา					
2. ท่านสามารถออกกำลังกายด้วยตนเองหรือให้ญาติคอยช่วยเหลือเพื่อเสริมกำลังกล้ามเนื้อ ข้อต่อ และป้องกันข้อติดหรือป้องกันแผลกดทับ					
3. ท่านจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้มีความปลอดภัย					
4. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง					

ข้อความ	ความคิดเห็น				
	4	3	2	1	0
5. ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง					
6. ท่านงดดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลัง					
7. ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง					
ด้านการรับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา					
1. ท่านสนใจติดตามดูผลการวัดความดันโลหิตของท่านที่อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง					
2. ท่านสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นและสนใจหาวิธีปฏิบัติตัว เช่น อาการท้องผูก ท้องอืด ปัสสาวะขุ่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวติดขัด เป็นต้น					
3. ท่านอาบน้ำและแปรงฟันทุกเช้า – เย็น และล้างทำความสะอาดมือและอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังขับถ่าย					
4. เมื่อท่านมีอาการไข้หนาวสั่น หายใจเหนื่อยหอบ ท่านรีบไปห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลทันที					
5. เมื่อมีอาการ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน มีผื่นขึ้นตามร่างกายท่านไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ					
ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น					
1. ท่านปรึกษาปัญหาด้านต่างๆ กับญาติหรือเพื่อนและพิจารณาก่อนนำไปปฏิบัติ					
2. เมื่อเกิดความเครียดหรือวิตกกังวล ท่านจะ ฟังเพลง ดูทีวี ท่องอินเทอร์เน็ต หรือทำงานอดิเรก					
3. ในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ บางประเภท ท่านขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว					
4. ในกรณีที่ท่านมีอาการ ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยวท่านขอคำแนะนำจากทีมสุขภาพ					

ข้อความ	ความคิดเห็น				
	4	3	2	1	0
5. ในกรณีที่ท่านมีอาการ แขนขาอ่อนแรง ข้อติดท่านจะเคลื่อนไหวร่างกายอย่างช้าๆ และระมัดระวังเพื่อความปลอดภัย					
ด้านการเรียนรู้และปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต					
1. ท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ ได้แก่ แป้ง โปรตีน ไขมัน เกลือแร่และวิตามิน และน้ำ					
2. ท่านหลีกเลี่ยงอาหาร อาหารทอด กะทิ อาหารรสหวานจัด เค็มจัด					
3. ท่านรับประทานอาหารเช้าได้ตรงเวลาหรือใกล้เคียงทุกมื้อ					
4. ท่านพยายามออกกำลังกายตามสภาพร่างกายของตนเองจะปฏิบัติได้					
5. ท่านทำสมาธิ หรือ การบริหารลมหายใจในเวลาที่ท่านสะดวก					
6. ท่านเข้านอนตรงเวลาและใช้เวลานอน 6-8 ชั่วโมง ในแต่ละคืน					

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily:ADL)

รหัส.....

() กลุ่มทดลอง () ก่อนทดลอง () หลังทดลอง วันที่.....

() กลุ่มควบคุม () ก่อนทดลอง () หลังทดลอง วันที่.....

เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
1. การรับประทานอาหาร 0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ หรือรับอาหารทางสายยาง 5 = ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ว่างลิ้นหน้า 10 = ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้	
2. การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น 5 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องยกโดยใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คนหรือ ใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นจึงนั่งอยู่ได้ 10 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือ พยุงเล็กน้อย หรือ ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย 15 = ทำได้เอง	
3. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน การโกนหนวด 0 = ต้องการความช่วยเหลือ 5 = ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
4. การใช้ห้องสุขา 0 = ช่วยตัวเองไม่ได้ 5 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 10 = ช่วยตนเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าเรียบร้อย)	

เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
5. การอาบน้ำ 0 = ต้องมีคนช่วยเหลือ 5 = ทำเองได้	
6. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน 0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 5 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้ามุมห้องหรือประตูได้ 10 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 15 = เดิน หรือเคลื่อนที่ได้เอง อาจใช้ไม้เท้า หรือเครื่องพยุงเดิน	
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 0 = ไม่สามารถทำได้ 5 = ต้องการคนช่วยเหลือ 10 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	
8. การแต่งตัว 0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ช่วยตนเองแทบไม่ได้ หรือได้น้อย 5 = ช่วยตัวเองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 10 = ช่วยตนเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมได้)	
9. การกลืนอาหารใน ระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0 = กลืนไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 5 = กลืนไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 10 = กลืนได้เป็นปกติ	
10. การกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0 = กลืนไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ 5 = กลืนไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) 10 = กลืนได้เป็นปกติ	
รวมคะแนน	

เกณฑ์การจำแนกกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน ดังนี้

0 – 20 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย 25 – 45 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย

50 – 70 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง 75 – 95 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก 100 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด



แบบบันทึกระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้วิจัย

รายที่	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

แบบบันทึกระดับความดันโลหิต

สำหรับผู้วิจัย

กลุ่มทดลอง

รายที่	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	SBP	DBP	SBP	DBP
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

แบบบันทึกระดับความดันโลหิต

สำหรับผู้วิจัย

กลุ่มควบคุม

รายที่	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	SBP	DBP	SBP	DBP
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

โครงการวิจัย ชื่อ ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง

สรุปกิจกรรมในโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ดำเนินการกับกลุ่ม

ทดลอง

พบครั้งที่	สัปดาห์ที่	ชื่อกิจกรรม	สถานที่/ช่องทาง	ระยะเวลา
1	ก่อนการทดลอง (1วัน)	ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยให้กลุ่มทดลองเซ็นต์ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบันทึกระดับความดันโลหิต	ห้องประชุมหน่วยบริการปฐมภูมินางิ้ว	30 นาที
2	1	การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมผู้ป่วยบรรยายพร้อมสื่อประกอบและมอบคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ห้องประชุมหน่วยบริการปฐมภูมินางิ้ว	30 นาที
3	1และ2 (วันที่ 2 สัปดาห์ที่ 1- วันสุดท้ายของ สัปดาห์ที่ 2)	1) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน 2) การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย	ดำเนินการที่บ้านของอาสาสมัครกลุ่มทดลอง	10 นาที ต่อคน ต่อครั้ง
4	4	การส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นรายบุคคล	แอปพลิเคชันไลน์ส่งทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 4	คนละ 5 นาที
5	7 และ8 (วันที่ 2 สัปดาห์ที่ 7- วันสุดท้ายของ สัปดาห์ที่ 8)	1) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน 2) การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย	ดำเนินการที่บ้านของอาสาสมัครกลุ่มทดลอง	10 นาที ต่อคน ต่อครั้ง
6	10	การส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นรายบุคคล	แอปพลิเคชันไลน์ส่งทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 10	คนละ 5 นาที
7	หลังสัปดาห์ที่ 12 (1 วัน)	ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยให้กลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบันทึกระดับความดันโลหิต	ห้องประชุมหน่วยบริการปฐมภูมินางิ้ว	30 นาที

โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
กิจกรรมที่ 1: การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

เรื่อง	การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
ประเภท	แบบรายกลุ่มใหญ่
ผู้เข้าร่วม	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน
ระยะเวลา	30 นาที
วันที่ดำเนินการ	สัปดาห์ที่ 1
สถานที่	หน่วยบริการปฐมภูมินางัว
ผู้โปรแกรมการพยาบาล	นางสาวขวัญดาว ตรีศุณย์
วิธีการ	การบรรยาย Power point และคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

กิจกรรมที่ 1: การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา (นาที)	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการประเมิน
1.เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ขั้นนำ แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัย นางสาววิญดา ตรีศุณย์ นิสิตสัตวศาสตร์ มหาวิทยาลัยเรศวร ในวันที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเรศวร ในวันนี้ฉันจะมาจัดกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ขั้นนำ ผู้วิจัย กล่าวแนะนำตนเอง พูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพอย่างเป็นมิตร - เปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้เข้าร่วมกิจกรรม: แนะนำตนเอง	ผู้วิจัย ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	5 นาที	- ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสนใจ และนั่งฟังอย่างสงบ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรมพูดคุยทักทายสวัสดิ์ผู้วิจัย
2.ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัจจัยเสี่ยงสัญญาณเตือนและอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้	ขั้นสอน โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุหลักของการพิการและเสียชีวิตของประชากรโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในประเทศไทยจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ประมาณ 15 ล้านคน	ผู้วิจัย บรรยายและมีสไลด์ผู้ฟัง ผู้เข้าร่วมกิจกรรม: ฟังการบรรยายและมี การตอบคำถามเป็นระยะ	- Power point - คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	5 นาที	- ผู้ฟังสามารถบอก ถึงปัจจัยเสี่ยงสัญญาณเตือนและอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	- ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถสัญญาณเตือนและอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง ตอบบอกปัจจัยเสี่ยงต่อการ

วัตถุประสงค์	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา เวลา (นาที)	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการประเมิน
						เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่า 3 ปัจจัย
	ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ 1. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ 1) โรคความดันโลหิตสูง 2) โรคหัวใจ 3) การสูบบุหรี่ 4) ภาวะไขมันในเลือดสูง 5) โรคเบาหวาน 6) ภาวะอ้วนลงพุง 7) การรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยง 8) ภาวะซึมเศร้า 9) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 10) การไม่ออกกำลังกาย 11) ความเครียดในชีวิต 2. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ 1) อายุ 2) เชื้อชาติ 3) ประวัติครอบครัวที่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 4) ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคเส้นเลือดสมองตีบชั่วคราว ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง (World Stroke Organization, 2018) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ					

วัตถุประสงค์	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา (นาทีก)	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการประเมิน
	1. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเกิดจากการอุดตันของไขมันหรือลิ่มเลือดของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง หรือเกิดจากลิ่มเลือดจากหัวใจในกรณีหัวใจมีการเต้นผิดปกติทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณสมองทำให้สมองบริเวณนั้นตายเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง 2. โรคหลอดเลือดสมองแตก สาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดเส้นเลือดในสมองแตกคือความดันโลหิตสูงเนื่องจากมีการมีความดันโลหิตสูงในสมองมักส่งผลให้มีการแตกของเส้นเลือดฝอยเล็กๆในสมองที่อยู่ลึกๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีการปวดศีรษะอย่างรุนแรง และมีการทรงตัวระบบประสาทเช่น อาการอ่อนแรงตามมา ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมลง หรือถึงขั้นหมดสติ (coma)					
	สัญญาณเตือนและการของโรคหลอดเลือดสมอง (World Stroke Organization, 2018) การรักษาและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ 1) ใบหน้าอ่อนแรง มุมปากตก ปากเบี้ยว					

วัตถุประสงค์	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา (นาที)	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการประเมิน
	2) มีอาการแขนขาชา อ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย 3) พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ลิ้นแข็ง มีความผิดปกติของการใช้ภาษา พูดไม่ค่อยรู้เรื่อง นึกคำไม่ออก หรือใช้ภาษาผิด 4) ทรงตัวลำบาก สูญเสียการทรงตัว 5) ปวดศีรษะอย่างรุนแรง 6) มองไม่เห็นภาพครึ่งหนึ่งของกลาสนสายตา					

วัตถุประสงค์	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา (นาที)	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการประเมิน
ผู้ป่วยบอกปัญหาและการดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหาของโรคหลอดเลือดสมองได้	ปัญหาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาและการดูแลตนเอง (สุธาสิณี มั่นจิรวิทย์ นวัตกรรม, 2559) ดังนี้ 1. กล้ามเนื้ออ่อนแรง การทรงตัวและกล้ามเนื้อไม่ประสานงานกัน การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ 2. กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ภาวะเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นขบวนการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อยึดติดได้ 3. ความรู้สึกลดลงหรือผิดปกติ ปัญหาการรับรู้ ความรู้สึกลดลงของผู้ป่วยอาจทำให้เกิดผลกดทับ ดังนั้นจึงต้องแนะนำผู้ป่วยหรือญาติ เรื่องการดูแล ตรวจวินิจฉัยของผู้ป่วยเป็นระยะๆ หมั่นพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ไม่ใช้ของร้อนหรือเย็นจัด วางบนส่วนที่รับความรู้สึกลดลงเพราะอาจทำให้เกิดแผลได้ 4. การเคลื่อนย้ายและการเคลื่อนที่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง มีวิธีการแก้ไข	ผู้วิจัย บรรยายและมีการถาม ผู้ฟัง ผู้เข้าร่วมกิจกรรม: ฟังการบรรยายและมีการตอบคำถามเป็นระยะ	- Power point - คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	15 นาที	ผู้ฟังสามารถบอกปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ในระยะเวลาที่กำหนด	ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกปัญหาของตนเองที่พบจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและถามถึงแนวทางการแก้ไขที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา (นาที)	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการประเมิน
	โดย 1) การเคลื่อนไหวบนเตียง 2) การเคลื่อนไหวย้ายผู้ป่วย และ 3) การฝึกเดิน 5. อาการกลืนลำบาก อาการกลืนลำบาก เป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ การสำลักและปอดอักเสบ ควรแนะนำให้เริ่มฝึกเมื่อผู้ป่วยยังรับประทานอาหารและยาค่อยๆ ชื่นในการกลืนน้ำลายได้ การฝึกกลืนควรเริ่มเมื่อผู้ป่วยพร้อม โดยเริ่มสอนให้ออกกำลังกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เช่น การยืดฟัน กัดฟัน ท่อลิ้น เป็นต้น ขณะกลืนให้จัดท่านั่งตรง ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้า เวลากลืนหันหน้าไปทางด้านที่อ่อนแรงหรือเอียงศีรษะไปด้านที่แข็งแรง 6. การขยับย้าย ปัญหาที่พบบ่อยคือ การกลืนปัสสาวะไม่ได้ ความสามารถเคลื่อนย้ายตนเองน้อยลง และยังมีปัญหา การสื่อสารหมายถึงบอกใครไม่ได้ ควรช่วยเหลือผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำถ่ายปัสสาวะเป็นเวลา บันทึกการดื่ม น้ำส่วนอาการท้องผูกควรแนะนำให้ใช้น้ำดื่มอย่างเพียงพอ					

วัตถุประสงค์	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา (นาที)	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการประเมิน
	รับประทานอาหารที่มีกากใย จัดเวลาขี้อย่างที่ เหมาะสม 7. ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจและ อารมณ์ที่พบบ่อยที่สุด และเป็นอุปสรรคต่อการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อ สมรรถภาพสมรรถภาพด้านอื่นๆ เช่น ความจำ สมาธิ อาจ รักษาแบบไม่หายก็ได้ โดยดูแลสุขภาพกาย ได้แก่ ให้สารอาหารให้เพียงพอ กระตุ้นการออกกำลังกาย และปรับแผนการนอนให้เป็นปกติ และการทำจิต บำบัด 8. ปัญหาด้านการสื่อสารความหมาย แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ความบกพร่องในการใช้ภาษา และ ความผิดปกติในการพูด การฟื้นฟูความสามารถใน การสื่อสารมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ช่วยสามารถพูด เขียน ฟังและอ่านได้เข้าใจ แต่ถ้าผู้ช่วยมีความบกพร่อง มาก จนไม่สามารถแก้ไขได้ควรส่งให้นักการบำบัด ช่วยพัฒนาความสามารถในการติดต่อสื่อสาร 9. ความสามารถในการเรียนรู้จดจำ ปัญหาการ บกพร่องจากการทำหน้าที่บางส่วนของตนเอง ซึ่งจะ					

วัตถุประสงค์	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา (นาที)	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการประเมิน
	ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารกรับข้อมูลข่าวสารต่างๆได้ เพื่อเพิ่มความสามารถด้านนี้ทำ โดยการสื่อสารด้วยประโยคที่เข้าใจง่าย อาจต้องพูดซ้ำ และเลือกสิ่งที่สำคัญในการพูดเป็นอันดับแรก บางครั้งอาจต้องเขียนหรือใช้ภาพประกอบในการแนะนำ 10. ปัญหาด้านการเพิกเฉยหรือไม่ใส่ใจ มีวิธีการช่วยเหลือโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยใส่ใจกับวัตถุอยู่ทางด้านที่ผู้ป่วยไม่สนใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยหันมาใส่ใจกับด้านที่ถูกเพิกเฉยไปได้ 11. การทำกิจวัตรประจำวัน จากปัญหาการบกพร่องของประสาทสั่งการทำให้ผู้ป่วยต้องการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล จากพยาบาลหรือญาติในระยะเวลาที่ผู้ป่วยควรเรียนรู้การใช้แขนขาข้างที่ดีมาดูแลตนเองและช่วยแขนขาข้างที่อ่อนแรงให้มีกำลังเพิ่มมากขึ้น 12. การสังเกตอาการกลับซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปากเบี้ยว ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด แขนขาอ่อน					

วัตถุประสงค์	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา (นาทีก)	การประเมินผล	
					วิธี/เกณฑ์	ผลการประเมิน
	แรง ตาพร่ามัว หากพบอาการเหล่านี้ อาจจะเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองกลับซ้ำควรรีบไปพบแพทย์ทันที นอกจากนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันต้องรับประทานยา เช่น ยาในกลุ่ม Aspirin หรือยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง					
	ขั้นสรุป โรคหลอดเลือดสมอง สามารถป้องกันกลับเป็นซ้ำได้ ด้วยการดูแลสุขภาพของตนเอง งดสูบบุหรี่ ควบคุมระดับไขมัน และน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เลิกสูบบุหรี่ ลดการรับประทานอาหารรสเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และออกกำลังกายสม่ำเสมอ หากมีอาการตามสัญญาณเตือนข้างต้นให้รีบปรึกษาแพทย์และรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดอัตราการตาย และลดความพิการได้	ขั้นสรุป ผู้วิจัย: - สรุปประเด็น - เปิดโอกาสให้ผู้ฟังซักถามประเด็นที่สงสัย - กล่าวขอบคุณผู้ฟัง ผู้เข้าร่วมกิจกรรม: ซักถามข้อสงสัย	Power point	5 นาที	- สังเกตความตั้งใจของผู้ฟัง และมีส่วนร่วมในการถาม-ตอบ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตอบโต้ซักถามข้อสงสัยจากผู้วิจัยและบอกวิธีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้

โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
กิจกรรมที่ 2: การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน

เรื่อง	การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน
ประเภท	แบบรายบุคคล
ผู้เข้าร่วม	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 คน
ระยะเวลา	10 นาทีต่อ 1 คน
วันดำเนินการ	ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1-2 ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 7-8 (ดำเนินการร่วมกับกิจกรรมที่ 4)
สถานที่	บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้ให้โปรแกรมการพยาบาล	นางสาวขวัญดาว ตรีคุณย์
วิธีให้การช่วยเหลือ	การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	การประเมินผล	
				วิธี/เกณฑ์	ผลการประเมิน
ผู้ปฏิบัติงานสามารถตัดสินใจปฏิบัติการดูแลตนเองและสามารถแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้	การชี้แนะ (guiding) เป็นวิธีการแนะนำ การบอกแนวทางการให้ข้อมูลที่จำเป็น เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1-2) ผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการให้คำปรึกษาดังนี้ 1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ผู้วิจัยแนะนำตนเองและบอกวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน 2. สำรวจปัญหาของผู้ป่วยโดยประเมินจากสายตาสังเกตการณ์เคลื่อนไหว รวมทั้งสอบถามอาการต่างๆ 3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาของผู้ป่วย 4. การวางแผนแก้ปัญหา เจาะจงให้ผู้ป่วยบอกวิธีการแก้ไขปัญหาก่อนหากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้จึงเสนอแนะและร่วมกันกำหนดเป้าหมายการวางแผนแก้ไขปัญหาลงซึ่งควรมีทางเลือกได้หลาย ๆ วิธี 5. ผู้วิจัยให้คำแนะนำกับผู้ป่วย	ผู้วิจัย: ใช้กระบวนการให้คำปรึกษาในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้เข้าร่วมกิจกรรม: รับฟังและตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง	10 นาที	- สังเกตการพูดคุยของผู้ป่วย - ประเด็นข้อสงสัยและปัญหาของผู้ป่วย - การปฏิบัติตนที่เหมาะสมของผู้ป่วย	ผู้เข้าร่วมกิจกรรมพูดคุยโต้ตอบกับผู้วิจัยสนใจให้ความร่วมมือในการพูดคุย ปัญหาของการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา เวลา (นาที)	การประเมินผล	
				วิธี/เกณฑ์	ผลการประเมิน
	ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 7-8) ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษา ดังนี้ 1.สำรวจปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มเติมรวมทั้งสอบถามอาการต่างๆ ของผู้ป่วยอีกครั้งและเทียบกับครั้งที่ผ่านๆ มา 2. พูดคุยถึงปัญหาอุปสรรคของการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา รวมทั้งผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาและความต้องการเพิ่มเติม 3. การสรุปผล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สรุปหรือทบทวนสิ่งต่างๆ ก่อนและผู้วิจัยเพิ่มเติมประเด็นที่ยังสรุปได้ไม่สมบูรณ์				วิธีการแก้ไข ปัญหาได้ ด้วยตนเอง

โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
กิจกรรมที่ 3: การส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติผ่านแอปพลิเคชันไลน์

เรื่อง	การส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติผ่านแอปพลิเคชันไลน์
ประเภท	แบบรายบุคคล
ผู้เข้าร่วม	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 คน
ระยะเวลา	5 นาทีต่อคนต่อครั้ง
วันที่ดำเนินการ	สัปดาห์ที่ 4 และ 10
สถานที่	เครือข่ายอินเทอร์เน็ต
ผู้ให้โปรแกรมการพยาบาล	นางสาวขวัญดาว ตรีศุณย์
วิธีการ	ผู้วิจัยส่งข้อความและภาพที่สื่อถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งชักจูงและให้กำลังใจโดยส่งทุกวันจันทร์สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 10



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลาเวลา (นาที)	การประเมินผล	
				วิธี/เกณฑ์	ผลการประเมิน
ผู้ช่วยปฏิบัติ พฤติกรรม ดูแลตนเองอย่าง ถูกต้องและ ต่อเนื่อง	การสนับสนุน (supporting) เป็นวิธีการ ส่งเสริมให้ผู้ช่วยสามารถควบคุมและ ให้ สามารถจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นโดยมี วิธีการสนับสนุนด้วยคำพูด กริยา ท่าทาง และ ข้อมูลต่างๆ ผ่านภาพและเสียง รวมทั้งให้ กำลังใจ และกล่าวชมเชย โดยผู้วิจัยดำเนินการ ส่งเสริมการปฏิบัติ การดูแลตนเองผ่าน แอปพลิเคชันในสัปดาห์ที่ 4 และ 10	ผู้วิจัย: -แนะนำให้ผู้ช่วยใช้ ไลน์แอปพลิเคชัน -กระตุ้นเตือนและ ส่งเสริมให้ผู้ช่วยมี พฤติกรรมการดูแล ตนเองที่เหมาะสมโดย ส่งข้อความหรือภาพ การปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ เหมาะสมกับโรค -ชี้แจงและให้กำลังใจ โดยส่งทวิตเตอร์ ของสัปดาห์ที่ 4 และ 10 -เชิญชวนให้ผู้ช่วยส่ง ข้อความและรูปภาพ	คนละ 5 นาที ใน วันจันทร์สัปดาห์ที่ 4 และ 10	ความถี่การสื่อสาร ระหว่างผู้วิจัยและ ผู้ช่วย	ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่ง รูปภาพการ รับประทานอาหาร อาหารที่ตนเองกิน และรูปภาพที่ตนเอง ออกกำลังกายมาใน แอปพลิเคชันไลน์ ของผู้วิจัย ในตอน เช้าและตอนเย็นของ ทุกวัน

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลาเวลา (นาที)	การประเมินผล	
				วิธี/เกณฑ์	ผลการประเมิน
		เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้ผู้วิจัย ผู้เข้าร่วมกิจกรรม - รับและอ่านข้อความ/รูปภาพ -ส่งข้อความ/รูปภาพ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้ผู้วิจัย			

โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
กิจกรรมที่ 4: การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูร่างกาย

เรื่อง	การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูร่างกาย
ประเภท	แบบรายบุคคล
ผู้เข้าร่วม	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 คน
ระยะเวลา	10 นาทีต่อ 1 คนต่อครั้ง
วันดำเนินการครั้งที่	1 สัปดาห์ที่ 1-2 , ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 7-8 ดำเนินการพร้อมกับกิจกรรมที่ 2
สถานที่	บ้านของผู้ป่วย
ผู้ให้โปรแกรมการพยาบาล	นางสาวขวัญดาว ตรีศุณย์
วิธีให้การช่วยเหลือ	ให้คำแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้มีความปลอดภัยและมีความเหมาะสมต่อการฟื้นฟูสภาพ



วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลาที่ใช้	การประเมินผล	
				วิธีการ/เกณฑ์	ผลการประเมิน
ผู้ป่วยจัดสภาพบ้านของตนเองที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูร่างกายได้	การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูร่างกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจมีอาการอัมพฤกษ์อัมพาตร่วมด้วย ควรจัดสภาพบ้านที่มีความปลอดภัยสามารถป้องกันกรหกล้มและมีอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูร่างกาย ดังนี้ 1. ผู้ป่วยควรสวมเสื้อผ้าที่ถอดง่าย ๆ สวมรองเท้าส้นเตี้ย และพนักรองเท้าไม่เส้น 2. ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการใช้ของมีคม 3. จัดให้ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ชั้นล่าง บริเวณที่พัก สะอาด แสงแดดส่องถึง อากาศถ่ายเทดี พื้นห้องเรียบไม่มีธรณีประตู 4. กรณีผู้ป่วยขึ้นลงบันไดเองได้ บันไดควรมีความสูงประมาณ 14 ซม. กว้างประมาณ 32 ซม. มีแสงสว่างเพียงพอ 5. จัดวางของใช้ให้ใกล้ตัวผู้ป่วย และจัดหากรังไว้ใกล้ตัวผู้ป่วยเพื่อขอความช่วยเหลือ และวางของภายในบ้านให้เป็นระเบียบและไม่ควรวางของเกะกะทางเดิน 6. ประตูห้องไม่ควรกว้างอย่างน้อย 1 เมตร มีราวจับช่วยในการทรง ตัวสูงจากพื้น 85 ซม. 7. ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เรียบสงบในตอนกลางคืน 8. จัดอุปกรณ์ให้เหมาะสมและเอื้ออำนวยสำหรับการฝึกเดิน การออกกำลังกาย และการพักผ่อนหย่อนใจ 9. ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของแขนขาทำให้ไม่สามารถเดินได้ตามปกติและอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายจึงควรต้องมีเครื่องช่วยเดิน เช่น 1) ไม่เท้าช่วยเดิน อาจมี	ผู้วิจัย: ประเมินสภาพแวดล้อมของบ้านของผู้ป่วย และสรุปความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้เข้าร่วม กิจกรรม: -ร่วมประเมินสภาพแวดล้อมของบ้าน -นำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงสภาพแวดล้อมของบ้าน	10 นาที	วิธีการ/เกณฑ์ -ความสนใจและความใส่ใจในการแก้ไขสภาพบ้าน -การปรับเปลี่ยนสภาพบ้านได้เหมาะสมขึ้น ผลการประเมิน - ผู้เข้าร่วมกิจกรรมและผู้ดูแลสนใจและให้ความร่วมมือในการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านใหม่เพื่อป้องกันกรกิดอุบัติเหตุและจัดหาอุปกรณ์มาส่งเสริมในการออกกำลังกาย	

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลาที่ใช้	การประเมินผล	
				วิธีการ/เกณฑ์	ผลการประเมิน
	ขาเดียว 3 ขา หรือ 4 ขา เหมาะสำหรับการรับประคองตัว 2) คอกลีเทียมี 4 ขา ใช้สำหรับประคองตัว 3) อุปกรณ์ป้องกันปลายเท้าตกเป็นอุปกรณ์พยางค์เพื่อเท้าและเท้าอยู่ในตำแหน่งที่เคลื่อนไหวได้ปกติ และ 4) รถเข็นนั่ง รวมทั้งจัดสภาพที่ฝึกเดิน การออกกำลังกาย และการพักผ่อนหย่อนใจ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 2-3) ดำเนินการพร้อมกับกิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์การเยี่ยมชมบ้านเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม 1. สนับสนุนผู้ช่วยประเมินสภาพที่อยู่อาศัยและอุปกรณ์ช่วยเหลือ 2. สรุปความเหมาะสมและความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยและอุปกรณ์ช่วยเหลือ 3. เชิญชวนผู้ช่วยวางแผนวางแผนแก้ไขปัญหาสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและการมีอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอโดยกำหนดระยะเวลาดำเนินการแก้ไขด้วย ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 7-8) ดำเนินการพร้อมกับกิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยติดตามผลการดำเนินการที่วางแผนไว้ตั้งแต่ครั้งที่ 1 ดังนี้ 1. ประเมินความสภาพที่อยู่อาศัยและอุปกรณ์ช่วยเหลือของผู้ป่วยอีกครั้ง 2. สอดถามผู้ช่วยถึงปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการแก้ไข และความต้องการเพิ่มเติม 3. วางแผนช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการ				

คู่มือ

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



จัดทำโดย

นางสาวขวัญดาว ตรีศุณย์

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคหนึ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ความพิการ และการเสียชีวิตของคนไทยเป็นจำนวนมาก เนื่องจากประชาชนมีการรับประทานอาหารที่มีไขมันและพลังงานสูง ไม่ออกกำลังกาย ทำให้หลอดเลือดสมองตีบ หรือหลอดเลือดสมองตัน และบางคนอาจมีหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งทำให้ร่างกายเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต และเกิดปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย จนอาจทำให้เกิดความพิการ และเสียชีวิต ตามมาได้

คู่มือฉบับนี้ประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ อาการของโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หวังว่าคู่มือฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดียิ่งขึ้น และลดความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับซ้ำ รวมทั้งมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป



นางสาวขวัญดาว ตรีศุณย์
ผู้วิจัย

สารบัญ

หน้า

ข้อมูลส่วนตัว	1
โรคหลอดเลือดสมอง	2
ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง	2
อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	3
การรักษา	4
ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ	5
การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	5
การดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	7
การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	9
การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูร่างกาย	16



ข้อมูลส่วนตัว

วัน/เดือน/ปี ที่บันทึก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

วัน/เดือน/ปี เกิด

อายุ.....

เพศ.....

ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง.....ปี.....เดือน



โรคหลอดเลือดสมอง



โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ

ไทย เนื่องจากเป็นโรคที่สาเหตุของการเสียชีวิตหรือพิการแบบถาวรอีกทั้งมีปัญหาด้านการสื่อสาร ผู้รอดชีวิตมักต้องใช้ชีวิตแบบพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งระบบสุขภาพไทย สาเหตุของโรคเกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตันทำให้เนื้อสมองขาดเลือด หรือหลอดเลือดในสมองแตกเกิดเลือดออกในสมองและกดเนื้อสมองโดยรอบ ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดและนำไปสู่ภาวะการณตายของเนื้อสมองส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1. หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เกิดจากมีก้อนไขมันสะสมที่อยู่ในหลอดเลือดสมองเอง จนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองส่วนปลายได้ เรียกว่า หลอดเลือดสมองตีบ หรือเกิดจากก้อนไขมันที่บริเวณอื่นหลุดและลอยมาอุดตันที่หลอดเลือดสมองเล็กๆ ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยง เรียกว่า หลอดเลือดสมองอุดตัน พบประมาณร้อยละ 70 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด

2. หลอดเลือดสมองแตก

หลอดเลือดสมองแตก เกิดจากหลอดเลือดสมองเล็กๆ เกิดการฉีกขาด จึงเกิดมีเลือดออกในสมอง พบประมาณร้อยละ 15- 20 และอีกประมาณร้อยละ 5 เกิดจากหลอดเลือดสมองโป่งพองแล้วแตกออก เมื่อมีเลือดออกในสมองก้อนเลือดจะไปกดทับเนื้อสมองทำให้เกิดสมองขาดเลือด

อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อหลอดเลือดสมองตีบ แตกหรือตันจะเกิดอาการสำคัญทันทีทันใด ดังภาพข้างล่าง ได้แก่

1. ใบหน้าอ่อนแรง
2. แขนขาชา หรือ หรือไม่มีแรงหรือขยับไม่ได้
3. พูดลำบาก หรือพูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจคำพูดหรือพูดไม่ชัด
4. ทรงตัวลำบาก
5. ปวดหัวศีรษะรุนแรง (ไม่เคยเป็นมาก่อน)
6. ตามัว หรือมองไม่เห็นหรือเห็นภาพซ้อน
7. เวียนศีรษะ บ้านหมุน เดินเซ เสียการทรงตัวโดยเฉพาะเกิดร่วมกับอาการข้างต้น



หากพบอาการเหล่านี้ ควรรีบไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านที่สุด โดยควรพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมง เพราะหากอาการเกิดขึ้นนานกว่านี้และไม่ได้ได้รับการรักษา เนื้อสมองจะตายจนไม่สามารถฟื้นกลับคืนได้ และทำให้เกิดความพิการหรืออาจเสียชีวิตได้

การรักษา

1. การใช้ยา ยาที่ใช้รักษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ใช้รักษาโรคเส้นเลือดอุดตัน ได้แก่ ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเลือดแข็งตัว ยาต้านเกล็ดเลือด และยาลดระดับความดันโลหิตสูงและ 2) กลุ่มที่ใช้รักษาโรคเลือดออกผิดปกติในกะโหลกศีรษะ ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ ยาเพิ่มความเข้มข้นของเลือด ยาลดเมตาบอลิซึมของสมอง โดยทั่วไปผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน เพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

2. การผ่าตัด ในรายที่มีหลอดเลือดสมองแตกและมีเลือดออกเป็นจำนวนมากผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

3. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ข้อติดแข็ง ผู้ป่วยที่มีอาการแขนขาอ่อนแรงเคลื่อนไหวไม่ได้ และอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง เป็นเวลานาน มีการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้ข้อต่อติดแข็ง

2. กล้ามเนื้อลีบและอ่อนแรง เกิดจากพยาธิสภาพที่สมองไม่สามารถสั่งการให้กล้ามเนื้อเคลื่อนไหวและเมื่อไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานานกล้ามเนื้อลีบและเกิดอาการอ่อนแรง

3. แผลกดทับ พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนนิ่งไม่เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน จึงมีการกดทับและเกิดแผลบริเวณปุ่ม กระดูกต่างๆ

4. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ มักพบในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน เกิดการสำลักอาหารสู่ปอดจนทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบหายใจ

5. การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ พบในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ

6. ภาวะขาดสารอาหาร เกิดจากการได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ

สุขภาพจิตกับโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จะส่งผลต่อสุขภาพจิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ พฤติกรรมต่อต้าน (ปฏิเสธการดูแลจากผู้อื่น ไม่ยอมให้ช่วยเหลือ ไม่ยอมกินยา) พฤติกรรมถดถอย พฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ บางคนอาจเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิต และสามารถจัดการความเครียดได้

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ ดำเนินการดังนี้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงแม้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องแล้ว มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ หากปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ควรปฏิบัติตนดังนี้

1. รับประทานยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือดตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ และมาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นเช่น แขนขาชา ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ควรมาพบแพทย์ทันที

2. ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดิน 30-40 นาที วิ่ง ปั่นจักรยาน 30 นาที รวมทั้งควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม รวมทั้งการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา

3. ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับซ้ำ เช่น งดสูบบุหรี่ ควบคุมความดันโลหิต (ให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท) ตรวจสุขภาพประจำปี ควบคุมโรคเบาหวาน (ให้ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) ควบคุมไขมันในเลือด (ควรมีระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอลไม่เกิน 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับ ไตรกลีเซอไรด์ น้อยกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) โดยการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองควรรับประทานอาหารที่เหมาะสมดังนี้

1. ควรรับประทานอาหารที่มีพลังงานต่ำ และอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวซ้อมมือ และถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ
2. น้ำมันที่ใช้ปรุงอาหารควรเป็นน้ำมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก น้ำมันข้าวโพด เป็นต้น
3. เลือกประกอบอาหารด้วยวิธีอบ นึ่ง ย่าง ต้ม แทนการใช้ไขมันทอด
4. ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3 ลิตร
5. ลดการกินขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ผลไม้เชื่อม และผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ขนุน
6. ลดการรับประทานอาหารเค็ม ควรลดอาหารประเภทไขมัน เช่น ไข่แดง เนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง อาหารทะเล เช่น หอย ปลาหมึก
7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น กะทิ ไขมันสัตว์ หนังสัตว์ และเนื้อสัตว์ที่มีไขมันติดมาก ๆ
8. งดเครื่องดื่มจำพวกเหล้า สุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

อาหารที่แนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ DASH diet เป็นรูปแบบการกินอาหารเพื่อป้องกันหรือควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรค สัดส่วนอาหารตามหลัก DASH Diet พลังงานไม่เกิน 2,000 กิโลแคลอรีต่อวันสำหรับคนไทย ดังนี้

1. ข้าว แป้งและธัญพืชต่างๆที่ไม่ขัดสี 6-8 ส่วนบริโภคต่อวัน (หรือประมาณ 6-8 ทัพพีต่อวัน) เพื่อเพิ่มการรับประทานใยอาหารที่ช่วยการขับถ่ายและลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. ผักหลากหลายชนิด อย่างน้อย 5 สี 4-5 ส่วนบริโภคต่อวัน (หรือประมาณ 4-5 ทัพพีต่อวัน)
3. ผลไม้ 4-5 ส่วนบริโภคต่อวัน (1 ส่วนของผลไม้มีขนาดไม่เท่ากัน แบ่งตามขนาด ดังนี้ ผลไม้ลูกเท่ากำปั้น 1 ลูก คือ 1 ส่วน ได้แก่ ส้ม แอปเปิ้ล สาลี่ , ผลไม้ที่เป็นชิ้นคำ 6-8 ชิ้นคำ คือ 1 ส่วน ได้แก่ สับปะรด แคนตาลูป แตงโม เป็นต้น) ควรหลีกเลี่ยงผักและผลไม้กระป๋องหรือผลิตภัณฑ์แปรรูปต่างๆ

4. เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ 6 ส่วนบริโภคต่อวัน (หรือประมาณ 12 ช้อนกินข้าวต่อวัน) เลือกเนื้อสัตว์สีขาว เลี่ยงเนื้อสัตว์สีแดงและเนื้อแปรรูปต่างๆ
 5. ถั่วเมล็ดแห้งชนิดต่างๆ 4-5 ส่วนบริโภคต่อสัปดาห์ (หรือประมาณ 4-5 กำมือต่อสัปดาห์)
 6. นมและผลิตภัณฑ์จากนม เลือกชนิดที่ไขมันต่ำ 2-3 ส่วนบริโภคต่อวัน (2-3 แก้วต่อวัน)
- อาหารหวานชนิดต่างๆ ไม่เกิน 5 ส่วนบริโภคต่อสัปดาห์ (หรือน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน) แนะนำให้รับประทานนานๆครั้ง และสามารถใช้สารให้ความหวานแทนน้ำตาลในการปรุงประกอบอาหารได้บ้าง
7. ไขมันไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน และเลือกรับประทานอาหารเมนูไขมันต่ำ
 8. แนะนำให้ใช้สเปรี้ยว เครื่องเทศและสมุนไพรต่างๆ ในการเสริมรสชาติอาหารให้เด่นขึ้น แทนการใช้เกลือหรือเครื่องปรุงที่มีเกลือโซเดียมสูง

การดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. การรับประทานอาหาร

ในขณะรับประทานอาหารจัดร่างกายให้อยู่ในท่านั่งบนเก้าอี้ จัดวางของใช้ในการรับประทานอาหารให้เป็นระเบียบและหยิบใช้ง่าย จัดหาอุปกรณ์ เช่น แผ่นรองจาน และผ้ากันเปื้อน ซึ่งช่วยให้การรับประทานอาหารสะดวกมากขึ้น ผู้ป่วยพยายามใช้มือข้างที่อ่อนแรงให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ เช่น ประคองแก้วน้ำ หยิบอาหาร จัดจานชาม ให้เป็นระเบียบ เป็นต้น

2. การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

ในการลุกจากที่นอนหากผู้ป่วยไม่สามารถลุกได้ด้วยตัวเอง ผู้ช่วยเหลือต้องเตรียมตัวและเก้าอี้นั่งให้พร้อม ผู้ป่วยนอนตะแคงหันหน้าออกนอกเตียง หรือหันหน้าออกด้านที่จะลุกขึ้น จากนั้นใช้มือข้างที่ดียันเตียงพยุงศีรษะและลำตัวส่วนบนลุกขึ้นนั่ง อาจใช้หมอนสามเหลี่ยมพยุงหลังไว้ จากนั้นหย่อนเท้าทั้งสองข้างลงพื้นลงน้ำหนักที่ฝ่าเท้าทั้งสองข้าง ผู้ช่วยเหลือเตรียมตัวและเก้าอี้ไว้ข้างเตียงให้พร้อม ผู้ป่วยใช้มือข้างที่ดีจับผู้ช่วยเหลือหรือจับเก้าอี้แล้วพยุงตัวขึ้น หมุนตัวไปนั่งเก้าอี้ ถ้าทำไม่ไหวควรหยุดพักเป็นระยะๆ และฝึกนั่งทรงตัวบนเตียงให้แข็งแรงก่อน

3. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด

การล้างหน้าผู้ป่วยใช้มือข้างที่ดีหรือพยายามใช้มือข้างที่อ่อนแรง เปิดลูกบิดก๊อกน้ำ (ในกรณีที่ใช้น้ำให้ใช้มือข้างที่ดีจับขันน้ำ) ก้มลงให้น้ำราดลงที่หน้า นำมือข้างที่อ่อนแรงลูบหน้า ให้น้ำไหลลงให้ทั่วหน้าจนสะอาด

สำหรับการหวีผม ผู้ป่วยใช้มือข้างที่ดีจับหวีและหวีผมให้เรียบทั่วศีรษะ หากมือข้างที่อ่อนแรงพอมิ่แรงพยายามยกขึ้นช่วยในการลูบผม

สำหรับการแปรงฟัน ควรทำอย่างน้อย วันละ 2 ครั้งหลังอาหารและก่อนนอน เปิดก๊อกน้ำ ก้มลงอมน้ำในปากเล็กน้อย ใช้มือข้างที่ดีบีบยาสีฟันลงบนแปรงสีฟัน จากนั้นจับแปรงสีฟันแปรง

ฟันบนฟันล่าง ด้านในด้านนอก และแปรงลิ้นให้ทั่วปาก จากนั้นบ้วนและใช้น้ำล้างปากให้สะอาดหลายๆครั้ง และเช็ดปากให้แห้ง

สำหรับการโกนหนวด ใช้มือข้างที่ตีบใช้น้ำยาโกนหนวดใส่ในที่โกนหนวด จากนั้นนำใบมีดไปโกนบริเวณหนวดอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันไม่ให้ใบมีดบาดผิวหนัง เมื่อโกนหนวดเรียบร้อยแล้วล้างด้วยน้ำสะอาดและเช็ดให้แห้ง

4. การใช้ห้องสุขา พยายามช่วยเหลือประคองตัวเองเดินเข้าห้องน้ำ โดยใช้ร่างกายข้างที่ดีพยุง หรือนั่งรถเข็นพยุงตัวเองเข้าห้องน้ำ หรืออาจใช้ไม้เท้าร่วมด้วย ถ้าสามารถเดินได้เองควรสวมรองเท้าที่มีพื้นยางป้องกันการหกล้ม และควรจับราวในห้องน้ำ พยายามยืนอยู่บนพื้นที่แห้งเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม ล้างมือก่อนและหลังขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

5. การอาบน้ำ

กรณีที่สามารเข้าห้องน้ำได้ให้ใช้มือข้างที่ดีตักน้ำหรือเปิดก๊อกน้ำ หรือฝักบัว เพื่อชำระล้างร่างกาย พยายามใช้มือข้างที่อ่อนแรงถือสบู่ลูกตัวทำความสะอาดร่างกาย ฟอกสบู่ให้ทั่ว และตักน้ำราดให้ครบทุกสัดส่วนแล้วเช็ดตัวให้แห้ง อาจใช้ผ้าชุบน้ำสบู่อและเช็ดออกด้วยน้ำสะอาดเพื่อเช็ดตัว ในกรณีที่สามารเคลื่อนไหวย่างกายไปเข้าห้องน้ำได้

6. การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือในบ้าน

การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือในบ้านควรใช้ร่างกายและแขนขาข้างที่ดี ฝึกการทรงตัวเพื่อพยุงตัวเองลุกนั่ง ยืน เดิน และนอน ภายในบ้าน โดยฝึกวางน้ำหนักของเท้าทั้งสองข้างบนพื้น พยายามใช้เท้าหรือแขนข้างที่อ่อนแรงให้มากที่สุด สำหรับผู้ที่อ่อนแรงมาก อาจใช้ไม้เท้า รถเข็นช่วยในการเคลื่อนที่ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีคนขึ้นให้และพยายามใช้มือข้างดีประคองข้างที่อ่อนแรงในการทำกิจกรรม ถ้าสามารถทรงตัวดีขึ้นพยายามลดการใช้ไม้เท้า หรือรถเข็น ในกรณีที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องหาผู้ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวรวมทั้งใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือด้วย

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น ในขณะที่ขึ้นบันไดผู้ป่วยควรระมัดระวังอันตรายจากการล้ม โดยพยายามใช้เท้าข้างที่ดีก้าวขึ้นบันไดเพียง 1 ชั้น และมือทั้งสองข้างจับราวบันได ยกตัวขึ้นและดึงขาข้างที่อ่อนแรงก้าวตามขึ้นมา ทำเช่นนี้ทุกชั้น ในการขึ้นบันได ก้าวขาข้างที่ดีลงบันไดเพียง 1 ชั้น มือทั้งสองข้างจับราวบันได นำขาข้างที่อ่อนแรงก้าวตามลงไป ทำเช่นนี้ทุกชั้นในการลงบันได

8. การแต่งตัว การสวมเสื้อ เริ่มด้วยการสอดแขนข้างที่อ่อนแรงเข้าไปก่อน จัดเสื้อให้เข้าที่ แล้วสอดแขนข้างที่ปกติเข้าไปในแขนเสื้อสวมต่อจนเสร็จ สำหรับการสวมกางเกง นั่งบนเตียงหรือเก้าอี้ ใช้มือข้างที่ดีจับขอบกางเกงและสวมเข้าขาข้างที่อ่อนแรงก่อนถึงแค่หัวเข่าก่อน จากนั้นยกขาข้างที่ดีสวมเข้าในกางเกงอีกข้างหนึ่ง จากนั้นค่อยๆยืนขึ้น โดยอาจจะยืนพิงโต๊ะหรือผนัง แล้วดึงขอบกางเกงขึ้นมาถึงเอว ดึงกระดุมหรือรููดซิบให้เรียบร้อย สำหรับการสวมรองเท้าและถุงเท้าใช้วิธีการแบบเดียวกัน คือ ไขว้ขาข้างที่อ่อนแรงบนขาอีกข้างหนึ่ง เพื่อจะเอื้อมถึงบริเวณเท้า ได้สะดวก สวมถุงเท้า

หรือรองเท้าข้างที่อ่อนแรงให้เสร็จก่อน แล้วจึงสวมข้างที่แข็งแรงภายหลัง ส่วนการถอดถุงเท้าหรือรองเท้าให้ถอดข้างที่อ่อนแรงเป็นข้างสุดท้าย

9. การกลืนอุจจาระใน ระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอุจจาระได้เอง มีความจำเป็นต้องฝึกการกลืนอุจจาระเพื่อให้สามารถกลืนเนื้อหุตุของผู้ป่วยกลับมาใช้งานได้ดี ต้องหมั่นฝึกขมิบก้ามเนื้อหุตุของรูทวารหนัก โดยขมิบค้างไว้ นับ 1 – 10 ซ้ำๆ แล้วจึงค่อยๆ คลายก้ามเนื้อ โดยใช้เวลาทั้งหมด 10 นาที ทำทุกวันเช้า กลางวัน เย็น จนเป็นนิสัย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลืนอุจจาระได้เองต้องสวมใส่ผ้าอ้อมสำหรับผู้ป่วยและหมั่นเปลี่ยนผ้าอ้อมหลังการขับถ่ายอุจจาระและดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้แห้งเสมอ

10. การกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้เอง มีความจำเป็นต้องฝึกกลืนปัสสาวะเพื่อให้สามารถกลืนเนื้อหุตุอั่งเชิงกรานของผู้ป่วยกลับมาใช้งานได้ดี ต้องหมั่นฝึกขมิบก้ามเนื้ออั่งเชิงกราน โดยขมิบค้างไว้ แล้วค่อยๆ คลายออก โดยไม่เกร็งหน้าท้อง ไม่แถม่วพุง ไม่กลืนหายใจ สามารถหายใจเข้าออกได้ตามปกติ โดยนับ 1 – 10 ซ้ำๆ แล้วจึงค่อยๆ คลายก้ามเนื้อ โดยใช้เวลาทั้งหมด 10 นาที ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้เองต้องสวมใส่ผ้าอ้อมสำหรับผู้ป่วยและหมั่นเปลี่ยนผ้าอ้อมหลังการขับถ่ายปัสสาวะและดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้แห้งเสมอ

การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การออกกำลังกายมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังของกล้ามเนื้อและมีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น หลักการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

1. ผู้ป่วยควรสวมเสื้อและกางเกงที่สามารถเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้สะดวก ไม่รัดแน่น หรือรุ่มร่ามจนเกินไป
2. ประเมินอาการ และความผิดปกติของตนเองก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง เช่น วัดระดับความดันโลหิต ประเมินอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย เป็นต้น
3. ขณะออกกำลังกายหากเกิดอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น หอบ เหนื่อยมาก ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ควรหยุดออกกำลังกาย และปรึกษาแพทย์ หรือนักกายภาพบำบัด
4. ผู้ป่วยที่มีอาการเกร็งของแขนหรือขาขณะออกกำลังกาย ควรเคลื่อนไหวในช่วงที่สามารถทำได้อย่างช้าๆ จนอาการเกร็งลดลง และสามารถเคลื่อนไหวได้เพิ่มขึ้น

การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6 ท่า ดังนี้

1. ทำบริหารกล้ามเนื้อข้อศอก

ผู้ป่วยนอนหงายหรือนั่งบนเตียงเหยียดข้อศอกตรง งอข้อศอกขึ้นมาจนมือแตะหัวไหล่ เหยียดข้อศอกตรงกลับมาทำเริ่มต้น ทำซ้ำ 20 ครั้งต่อรอบ ทำ 2-3 รอบต่อวัน (ในรายที่ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อดี อาจใช้ขวดน้ำขนาดเล็กให้ผู้ป่วยถือ หรือใช้ถุงทรายเพื่อเป็นแรงต้านทำให้สามารถเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น)





นอน



2. ทำบริหารกล้ามเนื้อเหยียดข้อศอก

ผู้ป่วยนอนหงายหรือนั่งบนเตียง ตั้งแขนขึ้นตั้งฉากโดยใช้มืออีกด้านคอยดันไว้ เหยียดข้อศอกขึ้นให้แขนเหยียดตรง ค่อยๆงอข้อศอกลงกลับมาท่าเริ่มต้น ทำซ้ำ 20 ครั้งต่อรอบ ทำ 2-3 รอบต่อวัน ในรายที่ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อดี อาจใช้ขวดน้ำขนาดเล็กให้ผู้ป่วยถือ เพื่อเป็นแรงต้านทำให้สามารถเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น



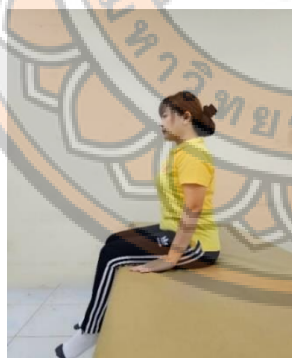


นอน



3. ทำบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า

ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง ใช้หมอนรองใต้เข่าให้เข่าอยู่ในท่าอหรือนั่งห้อยขาข้างเดียวเหยียดข้อเข่าให้ขาเหยียดตรง ค่อยๆอขาหลังกลับมาทำเริ่มต้น ทำซ้ำ 20 ครั้งต่อรอบ ทำ 2-3 รอบต่อวัน ในรายที่ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อดี อาจใช้ถุงทรายขนาดเล็กคล้องบริเวณข้อเท้า เพื่อเป็นแรงต้านทำให้สามารถเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น

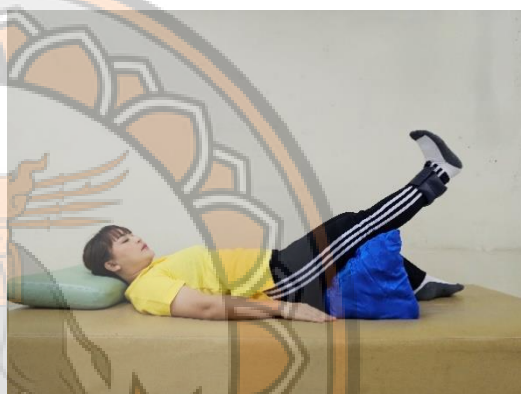
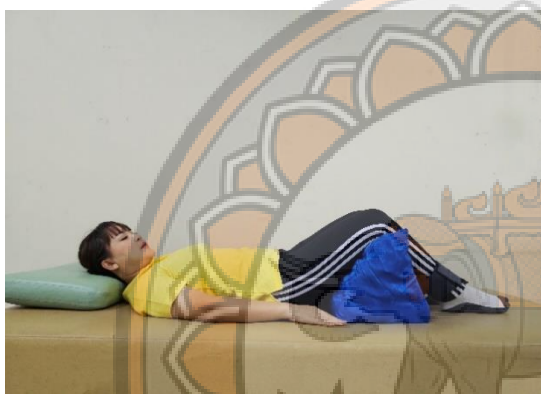


นั่ง





นอน



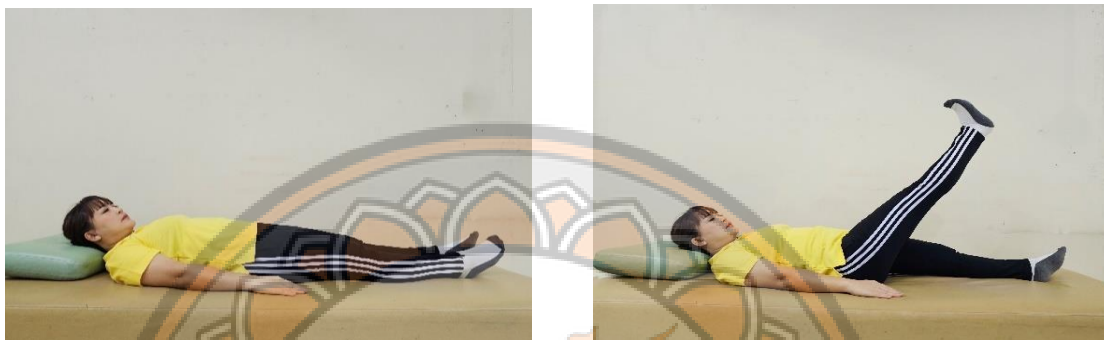
4. ทำบริหารกล้ามเนื้อเหยียดสะโพก

ผู้ป่วยนอนหงาย ชันเข่าทั้งสองข้างขึ้น พยายามยกสะโพกให้ลอยขึ้นจากเตียงค่อยๆ วางสะโพกลงกลับมาทำเริ่มต้น ทำซ้ำ 20 ครั้งต่อรอบ ทำ 2-3 รอบต่อวัน



5. ทำบริหารกล้ามเนื้อองสะโพก

ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง เหยียดขาตรง พยายามยกขาขึ้นให้ส้นเท้าลอยขึ้นจากเตียง ค่อยๆวางขาลงกลับมาท่าเริ่มต้น ทำซ้ำ 20 ครั้งต่อรอบ ทำ 2-3 รอบต่อวัน ในรายที่ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อดี อาจใช้ถุงทรายขนาดเล็กคล้องบริเวณข้อเท้า เพื่อเป็นแรงต้านทำให้สามารถเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น



6. ทำบริหารกล้ามเนื้อกางสะโพก

ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง เหยียดขาตรง พยายามกางสะโพกออกด้านข้าง หุบสะโพกกลับมาท่าเริ่มต้น ทำซ้ำ 20 ครั้งต่อรอบ ทำ 2-3 รอบต่อวัน ในรายที่ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อดี อาจใช้ถุงทรายขนาดเล็กคล้องบริเวณข้อเท้า เพื่อเป็นแรงต้านทำให้สามารถเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น



การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูร่างกาย

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีการอ่อนแรงของแขนขา จึงควรมีจัดที่อยู่อาศัยและอุปกรณ์ที่เหมาะสมและปลอดภัย ควรวางแผนร่วมกับผู้ดูแลในการจัด ห้องนอน ห้องน้ำ และห้องอาหารให้อยู่ชั้นเดียวกัน ดังนี้

1. ผู้ป่วยควรสวมเสื้อผ้าที่ถอดง่าย ๆ สวมรองเท้าส้นเตี้ย และพื้นรองเท้าไม่ลื่น
2. ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการใช้ของมีคม
3. จัดให้ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ชั้นล่าง บริเวณที่พัก สะอาด แสงแดดส่องถึง อากาศถ่ายเทดี พื้นห้องเรียบไม่มีธรณีประตู
4. กรณีผู้ป่วยขึ้นลงบันไดเองได้ บันไดควรมีความสูงประมาณ 14 ซม. กว้างประมาณ 32 ซม. มีแสงสว่างเพียงพอ
5. จัดวางของใช้ให้ใกล้ตัวผู้ป่วย และจัดหากริ่งไว้ใกล้ตัวผู้ป่วยเพื่อขอความช่วยเหลือ และวางของภายในบ้านให้เป็นระเบียบและไม่ควรวางของเกะกะทางเดิน
6. ประตูห้องน้ำควรกว้างอย่างน้อย 1 เมตร มีราวจับช่วยในการทรง ตัวสูงจากพื้น 85 ซม.
7. ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบในตอนกลางคืน
8. ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของแขนขา ทำให้ไม่สามารถเดินได้ตามปกติ และอาจเกิดอุบัติเหตุง่าย จึงควรมีเครื่องช่วยเดิน เช่น 1) ไม้เท้าช่วยเดิน อาจมีขาเดียว 3 ขา หรือ 4 ขา เหมาะสำหรับประคองตัว 2) คอกสี่เหลี่ยมมี 4 ขา ใช้สำหรับประคองตัว 3) อุปกรณ์ป้องกันปลายเท้าตก เป็นอุปกรณ์พยางค์ให้ข้อเท้า และเท้าอยู่ในตำแหน่งที่เคลื่อนไหวได้ปกติ และ 4) รถเข็นนั่ง รวมทั้งจัดสภาพที่รบกวน การออกกำลังกาย และการพักผ่อนหย่อนใจ

****หากมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยควรปรึกษาทีมผู้วิจัย****

เอกสารอ้างอิง

- ดวงจันทร์ เสงส์สวัสดิ์. (2555) . Dash diet กำแพงกันโรคความดันโลหิตสูง. วารสารอาหาร, 42(2) , 98-102.
- บรรณทวารณ หรือเคราะห์ สุพัตรา อังสุโรจน์กุล สิทธิ อติรัตนนา พรพชร กิตติเพ็ญกุล, ลัดดา ลามศิริ รือนันตกุล. (2554). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพฯ: The sun group.
- มนูญ บัญชรเทวกุล. (2544). การฟื้นฟูอาการอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ครึ่งซีก พยากรณ์การฟื้นตัวของกายภาพบำบัด. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. เชียงใหม่: ทริ จึงค์.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
- สำนักโรคไม่ติดต่อฯ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพฯ: อีโมชั่น อาร์ต.
- สำนักโรคไม่ติดต่อฯ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง CKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.