

ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
แบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี

นางเพ็ญศรี แสนสุข

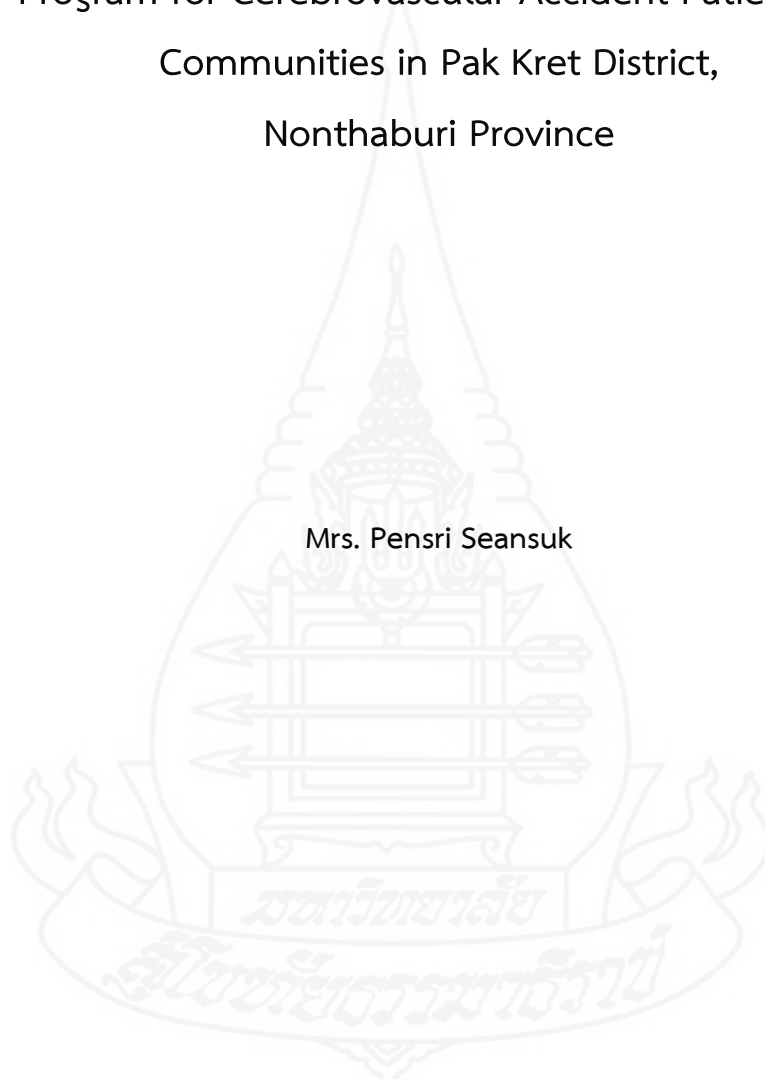


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2562

Effects of a Buddhist Holistic Competency Rehabilitation
Program for Cerebrovascular Accident Patients in
Communities in Pak Kret District,
Nonthaburi Province

Mrs. Pensri Seansuk



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Community Health Nurse Practitioner
School of Nursing
Sukhothai Thammathirat Open University
2019

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม
แนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
ชื่อและนามสกุล นางเพ็ญศรี แสนสุข
แขนงวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูยศรี
2. อาจารย์ พันตรีหญิง ดร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา

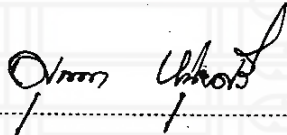
วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2563

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



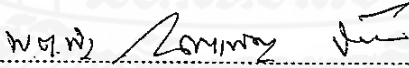
ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูยศรี)



กรรมการ

(อาจารย์ พันตรีหญิง ดร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร พุทธาพิทักษ์ผล)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธ
ในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

ผู้วิจัย นางเพ็ญศรี แสนสุข **รหัสนักศึกษา** 2565100480 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การ
พยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูยศรี (2) อาจารย์ พ.ต.หญิง
ดร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา **ปีการศึกษา** 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง การ
ฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาป่วยไม่เกิน 12 เดือน ซึ่งมารับการ
รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ (กลุ่มทดลอง) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาง
ตลาด (กลุ่มเปรียบเทียบ) ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง
และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎี
ความสามารถตนเองของแบนดูรา และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมแนวพุทธ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถาม มี 3 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองและผู้ดูแล (2) พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และ (3) პროทิวต์ทุกข์ โดยส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 มีค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .99 และ .98 ตามลำดับ 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน และ 3) แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา
สถิติการทดสอบไคสแควร์ การทดสอบทีซนิตอิสระและไม่อิสระ การทดสอบวิลคอกซ์ชันซายน์แรนค์ และสถิติ
การทดสอบแมนนิตนีย์ยู

ผลการศึกษาพบว่า 1) หลังใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม
การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และม
ความทุกข์น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง
มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความสามารถในการทำกิจวัตร
ประจำวัน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีความทุกข์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .001

คำสำคัญ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โรคหลอดเลือดสมอง
ทฤษฎีความสามารถตนเอง แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมแนวพุทธ

Thesis title: Effects of a Buddhist Holistic Competency Rehabilitation Program for Cerebrovascular Accident Patients in Communities in Pak Kret District, Nonthaburi Province

Researcher: Mrs. Pensri Seansuk; **ID:** 2565100480; **Degree:** Master of Nursing Science (Community Health Nurse Practitioner); **Thesis advisors:** (1) Dr. Mukda Nuysri, Assistance Professor; (2) Dr. Napaphen Jantacumma, Major; **Academic year:** 2019

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were 1) to compare self-care behaviors, daily activities ability, restoration of movement and emotional distress from stroke of an experimental group before and after using the program; and 2) to compare of self-care behaviors, daily activities ability, restoration of movement and emotional distress from stroke between the experimental and comparison groups after using the program.

The samples were diagnosed as cerebrovascular patients for less than 12 months prior to the study who received care at Ban Mai Sub-District Health Promoting Hospital (experimental group) and Bang Talat Sub-District Health Promoting Hospital (comparison group). They were selected by purposive sampling technique as per the inclusion criteria to be in the experimental group and comparison group, with 30 persons in each group. The experimental tool was the Buddhist Holistic Competency Rehabilitation Program for Cerebrovascular Accident Patients developed by the researcher based on the Self Efficacy Theory of Bandura and Buddhist holistic care concepts. Study period was 8 weeks. The data collection tools were: 1) questionnaires including 3 parts: (1) general data of stroke patients and caregivers, (2) self-care behaviors, and (3) distress thermometer, (the Cronbach alpha coefficients of parts 2 and part 3 were .99 and .98, respectively); 2) Barthel Activities of Daily Living (ADL; and 3) Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM). Data were analyzed by descriptive statistics, independent and dependent t-tests, Wilcoxon Signed Ranks test and Mann-Whitney U test.

The results found as follows. 1) After using the program, samples in the experimental group were significantly better with self-care behaviors, daily activities ability, restoration of movement and had lower emotional distress from stroke than before using the program ($p < .001$). 2) After using the program, samples in the experimental group were significantly better with self-care behaviors, daily activities ability, restoration of movement and had lower emotional distress from stroke than samples in the comparison group ($p < .001$).

Keywords: Rehabilitation Program, Activities of Daily Living, Cerebrovascular Disease, Self-Efficacy Theory, Buddhist Holistic Care Concept

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หน้อยศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ พ.ต.หญิง ดร.นภาพีญา จันทขัมมา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้ความกรุณาให้คำแนะนำ และติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ในความกรุณาของท่านที่ให้ข้อชี้แนะ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวก ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ พระอาสาศานทรธรรม วัดชลประทานรังสฤษฎ์ และขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่าน ผู้ดูแล แกนนำสโตร์คและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคราจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนนักศึกษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

นางเพ็ญศรี แสนสุข

ตุลาคม 2563

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตการวิจัย	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	14
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	15
โรคหลอดเลือดสมอง	15
การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	26
ทฤษฎีความสามารถตนเองและการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	61
บริบทการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี	75
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	80
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	106
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	106
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	108
การดำเนินการวิจัย	117
การวิเคราะห์ข้อมูล	14937

สารบัญ (ต่อ)

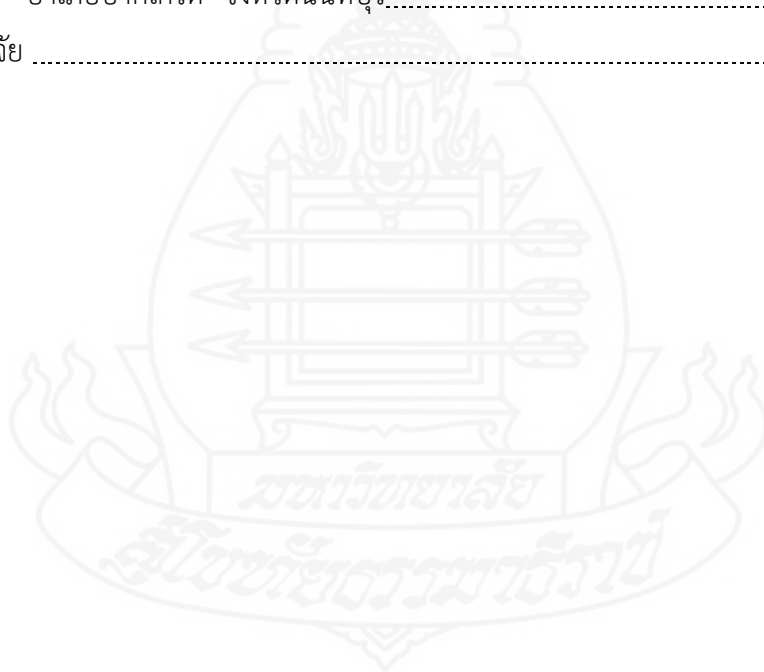
	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	138
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	138
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล.....	149
ส่วนที่ 3 ความแตกต่างของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และ ความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ.....	153
3ส่วนที่ 4 ความแตกต่างของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	155
ส่วนที่ 5 ความทุกข์และสาเหตุของความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	158
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	164
สรุปการวิจัย	164
อภิปรายผล	174
ข้อเสนอแนะ	186
บรรณานุกรม	164
ภาคผนวก	196
ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย.....	197
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	199
ค หนังสือเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาใช้เครื่องมือการวิจัย และหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย.....	201
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	211
จ แผนการสอน.....	239
ฉ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	253
ช คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลหลัก.....	288

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวก

<p>ช - ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามรายด้านและรายข้อ</p> <p>- ผลการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....</p>	<p>311</p>
<p>ณ ประมวลภาพ ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง แบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี.....</p>	<p>231</p>
<p>ประวัติผู้วิจัย</p>	<p>341</p>



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนใช้โปรแกรมฯ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	139
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามภาวะสุขภาพ.....	146
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนใช้โปรแกรมฯ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	149
ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติการทดสอบที่ ชนิดไม่อิสระและการทดสอบวิลคอกชันซายแรงค์.....	153
ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติการทดสอบที่ ชนิดอิสระและการทดสอบแมนวิทนียู.....	156
ตารางที่ 4.6 ความถี่และร้อยละของสาเหตุของความทุกข์ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ.....	158
ตารางที่ 4.7 ความถี่และร้อยละของสาเหตุของความทุกข์ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบหลังใช้โปรแกรม.....	160

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
ภาพที่ 2.1 การประมวลผลของความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.....	62
ภาพที่ 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์.....	63
ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	136



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากเส้นเลือดในสมองแตก ตีบหรือตัน ทำให้สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ส่งผลให้สมองสูญเสียสมรรถภาพ และในรายที่หลอดเลือดในสมองแตกบางรายเสียชีวิต องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization, WSO) รายงานว่า ใน พ.ศ. 2557-2558 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นเป็น 17 ล้านคนทั่วโลก และรายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี และในแต่ละปีมีคนไทยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6 ล้านคน ซึ่งมากกว่าคนไทยที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ วัณโรค และโรคมะเร็งรวมกันเสียอีก (WHO, 2017) ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย เช่น เป็นอัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ชัด สูญเสียการทรงตัว กลืนอาหารลำบาก เป็นต้น (นุกูล ตะบูนพงศ์, ช่อลัดดา พันธุเสนา และนิตยา ตากวิริยะนันท์, 2537) โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2563 (ค.ศ. 2020) คนทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 6.5 ล้านคน (World Stroke Organization, 2010) และคาดว่าใน ค.ศ. 2030 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 7.8 ล้านคน และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดความพิการในหลายประเทศ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2555) ซึ่งสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองจะเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและความพิการของประชากรกลุ่มผู้ใหญ่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระหว่างร้อยละ 6.2-13.9 ในประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และอุบัติการณ์ (ผู้ป่วยรายใหม่) ต่อปีเท่ากับ 141.3 ต่อประชากรแสนคนในผู้ชายและ 94.6 ต่อประชากรแสนคนในผู้หญิงในกลุ่มประชากรอายุระหว่าง 65-84 ปี ตามลำดับ (Savini et al., 2015)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากประเทศไทยที่มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประชากรทั่วประเทศเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.9 ใน พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 47.8 ใน พ.ศ. 2560 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) และจากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557 (Public Health Statistics A.D., 2015) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ในประชากรไทย

(สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) และยังพบว่า เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year, DALY) ใน พ.ศ. 2554 ที่สำคัญเป็นอันดับที่ 3 ในเพศชาย และอันดับ 2 ในเพศหญิง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พบความชุกของโรคหลอดเลือดสมองนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาล เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคพบความชุกสูงที่สุดในภาคเหนือ รองลงมาคือ ภาคกลาง ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร พบความชุกเท่ากัน ความชุกในประชากรเพศชายพบมากกว่าเพศหญิง ความชุกมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยพบสูงสุดในประชากรอายุ 70-79 ปี (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2559) และจากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2550 (Hanchaiphiboolkul et al., 2011 อ้างถึงใน สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) พบว่า โรคนี้มีความชุก 206 ต่อแสนประชากร หรือคนไทยจะเป็นโรคสมองขาดเลือด 1 คน ในทุก ๆ 3 นาที โดยร้อยละ 80 เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ และร้อยละ 20 เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก และพบว่า โรคนี้มีอัตราการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น จาก พ.ศ. 2540 ถึง 2.75 เท่า และโรคนี้เมื่อเป็นแล้วจะมีการเสียชีวิตร้อยละ 10 และอีกร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยเกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ด้านประสาทการรับรู้และการเรียนรู้ ด้านการสื่อความหมาย ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ส่งผลให้เกิดเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลและต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในครอบครัวอีกด้วย

จังหวัดนนทบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มของอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากเป็นชุมชนเมืองที่มีประชากรมาอาศัยอยู่เพิ่มขึ้นมากทั้งประชากรดั้งเดิมและประชากรแฝง จึงทำให้สถิติอัตราป่วย และอัตราตายสูงขึ้นตามลำดับ จากการศึกษาอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดนนทบุรี เท่ากับ 266.08, 301.05, 358.85 และ 369.86 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 31.08, 33.17, 35.11 และ 37.17 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) จะเห็นได้ว่า ทั้งอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในจังหวัดนนทบุรีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ในส่วนของอำเภอปากเกร็ด ชุมชนเมืองนั้น ใน พ.ศ. 2557-2560 อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 166.08, 240.54 , 270.96 และ 302.25 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอปากเกร็ดเท่ากับ 29.9, 31.70, 31.93 และ 38.95 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากเกร็ด, 2561) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ทั้งอัตราป่วยและอัตราตายโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอปากเกร็ดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ส่วนตำบลบ้านใหม่ เป็นหนึ่งใน 12 ตำบลของอำเภอปากเกร็ด ซึ่งมีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับที่ 3

รองลงมาจากโรคไตเรื้อรังและโรคหัวใจ จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการตั้งแต่ พ.ศ. 2557-2560 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 59.85, 62.68, 65.63 และ 70.45 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 24.12, 30.65, 32.07 และ 34.77 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่, 2561) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ทั้งอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของตำบลบ้านใหม่ก็มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับสถานการณ์ของโรคนี้ในอำเภอปากเกร็ด

เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศูนย์การแพทย์ปัญญานันทะภิกขุ โรงพยาบาลชลประทานเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกตรวจโรคทุกวันพุธต่อ 1 สัปดาห์ จำนวนประชาชนที่เจ็บป่วยและอยู่ในพื้นที่อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จึงมารับบริการมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นซึ่งป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองก็มีมากขึ้นกว่าเดิม รวมถึงปัจจุบัน การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ต้องส่งมายังพื้นที่ให้ดูแลต่อเนื่องมีจำนวนมากขึ้น โดยมีระบบติดตามเยี่ยม เรียกว่า Smart Continuum Care (Smart COC) โดยใช้อินเทอร์เน็ต ทำให้การส่งต่อจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ไปรับการรักษาตามสิทธิ์การรักษาต่าง ๆ มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้นมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเป็นปัญหา คือ เมื่อกลับมาจากโรงพยาบาลกลับบ้านแล้ว การดูแลของญาติและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเองยังไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การสำลัก การเกิดภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดแผลกดทับ เกิดข้อติดแข็ง เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น เป็นต้น ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะเครียดและวิตกกังวล ประกอบกับการที่กล้ามเนื้ออ่อนแรงทำให้เดินเอียงไปทางด้านที่อ่อนแรง จึงสูญเสียภาพลักษณ์ เป็นภาระของครอบครัวและขาดรายได้ ส่งผลให้ครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจตามมา และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อในการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งพักอาศัยในตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 ราย ในวันที่ 1-30 มิถุนายน 2562 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากกลับมาจากโรงพยาบาลยังต้องการการดูแลจากผู้ดูแล เนื่องจากพบว่ายังมีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บางรายมีความเครียด เนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียความสามารถทางร่างกาย มีผลต่อจิตใจ เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ รู้สึกอายไม่กล้าที่จะพบปะผู้คน ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแล เช่น การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การช่วยบริหารร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลกิจวัตรประจำวัน การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดแผลกดทับ การเกิดข้อติดแข็ง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความมั่นใจ และวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงตัวผู้ป่วยเอง การดูแลกิจวัตรประจำวัน การบริหาร ร่างกาย ยังไม่สามารถทำได้ถูกต้องหรือบางรายท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่มีผู้ดูแลมากระตุ้นให้บริหารกล้ามเนื้อ จึงทำให้มีโอกาสกลับไปนอน

โรงพยาบาลได้อีกเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชนอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอปากเกร็ดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีหลากหลาย เช่น ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา แนวคิดการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model/ Stage of change) ของเนเลอร์ (Naylor, 2004) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) แนวคิดรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ของแวกเนอร์ (Wagner, 2001) กรอบแนวคิดขององค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model) (อังศุมาลิน พรจันทร์ทำว, สมนึก สกุลหงส์โสภณ และแสงทอง ชีระทองคำ, 2561; ทิพวรรณ ไทยवंต์, 2557; นพวรรณ ผ่องใส, 2552; จารุวรรณ ปิยศิริณ, ทวีศักดิ์ กสิผล และชฎาภา ประเสริฐทรง, 2560; กรกนก ริมนิล, 2559; วาสนา มูลฐี, 2558; นันทกาญจน์ ปักซี่, 2558; สมบัติ น้ำดอกไม้, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณิ เตียววิศเรศ, 2558; อาคม รัฐวงษา, 2554; ปิยนุช ภิญโญ, 2557) ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา เช่น อังศุมาลิน พรจันทร์ทำว, สมนึก สกุลหงส์โสภณ และแสงทอง ชีระทองคำ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพข้อในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยญาติผู้ดูแลโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Bandura, 1977) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพข้อญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้และทักษะฟื้นฟูสภาพข้อสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ค่าเฉลี่ยของอาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ด้านการกางออกและการงอเข้าของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่ในข้ออื่นและในกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่ได้ผลดี ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1996) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน เนื่องจากผู้วิจัยมีความเห็นว่า ทฤษฎีนี้มีองค์ประกอบที่เหมาะสมในการนำมาพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชนเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจากการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ด้วยการสร้างการรับรู้ความสามารถของบุคคล

จากกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งการสาธิตและฝึกทักษะเพื่อให้เกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบด้านบวกเพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้ปฏิบัติตาม การชักจูงโดยคำพูดเพื่อให้เกิดกำลังใจ และการกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลกล้าและกระตือรือร้นเกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไปอย่างยั่งยืน นอกเหนือจากการเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความกังวลใจกับความเจ็บป่วย เป็นความทุกข์ เช่น ความปวดตามอวัยวะต่าง ๆ จากปัญหาด้านการเงินค่าใช้จ่าย การนอนหลับ การสูญเสียภาพลักษณ์ ปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น จึงต้องนำกิจกรรมการจัดการความทุกข์แบบองค์รวมแนวพุทธ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีทั้งกายและจิตใจ ซึ่งเหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งอยู่ในชุมชนกึ่งเมือง มีฐานะปานกลาง และยากจน ซึ่งไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัยได้

ผู้วิจัยเชื่อว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเป็นเวลา 8 สัปดาห์ จะส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง คาดหวังถึงผลลัพธ์ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันให้ดีขึ้นทั้งการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การบริหารร่างกายข้างที่อ่อนแรง การขับถ่าย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสามารถจัดการกับความทุกข์หรือดับทุกข์ได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีภาวะเครียดและวิตกกังวลน้อยลง ส่งผลให้มีความสุขมากขึ้น รวมทั้งยังเป็นการช่วยลดภาระของผู้ดูแลและครอบครัวในระยะยาวอีกด้วย นอกจากนี้หากโปรแกรมฯ นี้ใช้ได้ผลดีก็สามารถใช้เป็นต้นแบบให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นในอำเภอปากเกร็ดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเริ่มแรกหรือหลังระยะเฉียบพลันต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

2.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1996 อ้างถึงใน สุรินทร กลัมพากร, 2554, น. 42-52) แบนดูราเชื่อว่า การศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไข และสิ่งเร้าของพฤติกรรม ซึ่งเน้นการเสริมแรงโดยเงื่อนไขนั้น ๆ ให้คงอยู่ การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลในปัจจุบันควรลดความสำคัญของการควบคุมภายใน แต่ควรศึกษาถึงตัวควบคุมภายนอกด้วยตัวเสริมแรงต่าง ๆ การมีปฏิริยาสัมพันธ์ของพฤติกรรมอาจจะอธิบายได้ว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ พฤติกรรมเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง บุคคล และสิ่งแวดล้อม

แนวคิดของแบนดูรา มองพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมไม่แยกจากกัน แบนดูราเชื่อว่ามนุษย์มักจะใช้สภาพเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของบุคคลจะมีส่วนในการตัดสินใจในการปฏิบัติครั้งต่อไป พฤติกรรมของบุคคล จะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดย่อมขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในบุคคล เช่น ความคิด อารมณ์และความคาดหวัง การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลนั้น จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้จะเป็นตัวเสริมแรง ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

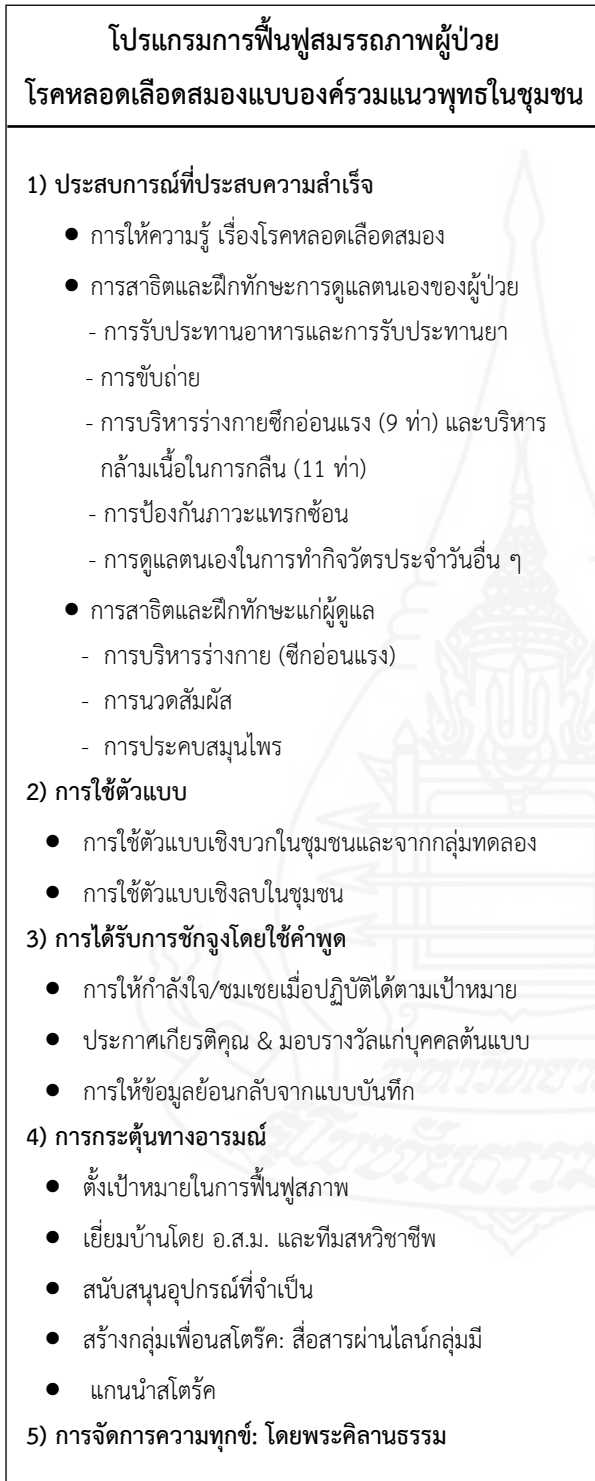
จากแนวคิดข้างต้น แบนดูราได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีใหม่ขึ้นมา เรียกว่า Self-Efficacy theory หรือทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977) สมมติฐานของทฤษฎี คือ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยต้องทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็ปฏิบัติตามดังกล่าว ทฤษฎีความสามารถของตนเองของแบนดูรา ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อความสามารถของตนเอง ดังนั้นความสามารถของตนเองจึงมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานเฉพาะอย่างได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญ ที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ทราบว่าจะต้องทำอะไรกับสิ่งที่ปฏิบัติจริง ๆ

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถนะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ออกแบบกิจกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (1996 อ้างถึงใน สุรินทร กลัมพากร, 2561, น. 50-55) ซึ่งทฤษฎีความสามารถตนเองกล่าวว่า ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็ปฏิบัติตาม โดยทฤษฎีความสามารถตนเองมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำสูง บุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ซึ่งมีปัจจัยในการทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถ

ตนเอง 4 วิธี ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การชักจูงโดยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ โดย 1) *ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ* กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การสาธิตและฝึกทักษะการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การขับถ่าย การบริหารร่างกายด้านอ่อนแรงโดยตัวผู้ป่วยเอง (9 ท่า) และการบริหารกล้ามเนื้อในการกลืน (11 ท่า) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ การสาธิตและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลในการบริหารร่างกาย (ซีทอ่อนแรง) แก่ผู้ป่วย (10 ท่า) การนวดสัมผัส ประกอบด้วย (1) การนวดสัมผัสบริเวณมือและแขน (7 ท่า) (2) การนวดสัมผัสบริเวณขาในท่านอนหงาย (7 ท่า) (3) นวดสัมผัสบริเวณขาในท่านอนตะแคง (2 ท่า) และ (4) การนวดสัมผัสบริเวณหลัง: ท่านอนตะแคง (3 ท่า) และการประคบสมุนไพร 2) *การใช้ตัวแบบ* กิจกรรมประกอบด้วย การนำเสนอตัวแบบเชิงบวกและเชิงลบในชุมชน 3) *การชักจูงโดยคำพูด* กิจกรรมประกอบด้วย การให้กำลังใจโดยการชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย การประกาศเกียรติคุณและมอบรางวัลแก่บุคคลต้นแบบ รวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับจากแบบบันทึกการทำกิจกรรมในการบริหารร่างกาย การนวดสัมผัสและการประคบสมุนไพร และ 4) *การกระตุ้นทางอารมณ์* กิจกรรมประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) และทีมสหวิชาชีพ การสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ไม้เท้า แผ่นยางรองจานกันลื่น ช้อนมีด้ามจับใหญ่หรือแก้วน้ำมีหู เป็นต้น และการสร้างกลุ่มเพื่อนสโตร์คโดยเน้นการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม โดยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราที่มีความสัมพันธ์กับ 1) พฤติกรรมในการดูแลตนเองและการดูแลจากผู้ดูแล 2) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย 3) การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย และ 4) ระดับความทุกข์ของผู้ป่วยซึ่งเป็นตัวแปรตาม ดังภาพที่ 1.1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



- พฤติกรรมในการดูแลตนเองและการดูแลจากผู้ดูแล
- ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
- การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย
- ระดับความทุกข์ของผู้ป่วย

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 หลังใช้โปรแกรมฯ พฤติกรรมในการดูแลตนเองและการดูแลจากผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4.2 หลังใช้โปรแกรมฯ ความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

5. ขอบเขตการวิจัย

5.1 **ขอบเขตด้านประชากร** ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังเฉียบพลัน โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยมีระยะเวลาในการดำเนินโรคน้อยกว่า 12 เดือน ADL คะแนน 5-11 และมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

5.2 ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา

5.2.1 **ตัวแปรต้น** คือ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

5.2.2 **ตัวแปรตาม** คือ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย และระดับความทุกข์ของผู้ป่วย

5.3 **ขอบเขตด้านสถานที่และเวลา** สถานที่ดำเนินการวิจัยได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ ส่วนระยะเวลาดำเนินการใช้โปรแกรมฯ ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2563

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธ ในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี หมายถึง กลุ่มของกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1996) โดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน 4 วิธี

ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การชักจูงโดยใช้คำพูด และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 4 ด้าน กิจกรรม ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การสาธิตและฝึกทักษะการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล โดยผู้ป่วยบริหารร่างกายข้างอ่อนแรงทั้งแขน ขา และกล้ามเนื้อในการกลืน ส่วนผู้ดูแลบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรง นวดสัมผัสและประคบสมุนไพร การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยา การจัดการความเครียดหรือความทุกข์

2) การใช้ตัวแบบ กิจกรรมประกอบด้วย การนำเสนอตัวแบบด้านบวก เกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร การบริหารร่างกาย การรับประทานยา การดูแลตนเองในภาวะฉุกเฉิน 1669 การใช้ตัวแบบด้านลบ เกี่ยวกับอาการกลับเป็นซ้ำ ไม่รับประทานยา ไม่ออกกำลังกาย กลับไปดื่มสุราซ้ำ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ และมีประกาศบุคคลต้นแบบในระยะเวลาในสัปดาห์ที่ 5-6 3) การชักจูงโดยใช้คำพูด กิจกรรมประกอบด้วย การส่งเสริมการพูดให้กำลังใจ โดยการพูดให้กำลังใจร่วมกับการมอบรางวัลรายบุคคล ได้แก่ ซอนต์อาหารมีด้ามจับ แก้วมีหู แผ่นยางรองจานกันลื่น และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ การสร้างเครือข่ายทางสังคม: กลุ่มแกนนำสัปดาห์ การทำไลน์กลุ่มผู้ดูแลและเครือข่ายทางสังคม เยี่ยมบ้าน โดย อ.ส.ม. และทีมสหวิชาชีพประกาศเกียรติคุณและมอบรางวัลแก่บุคคลต้นแบบ สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ไม้เท้าขาเดียว รถนั่ง เป็นต้น โดยทำกิจกรรมกลุ่มรวม 9 ครั้ง ใช้ระยะเวลาครั้งละ 3-6 ชั่วโมง โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการรวม 8 สัปดาห์

6.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแผนการรักษาของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งประเมินจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการขับถ่าย 3) ด้านการบริหารร่างกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 5) ด้านการรับประทานยา และ 6) ด้านการจัดการความทุกข์ ซึ่งแต่ละด้านมีความหมายดังนี้

6.2.1 พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง บริโภคอาหารโซเดียม ไขมัน และน้ำตาลต่ำ โดยรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงจำพวกข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรเบอร์รี่ ข้าวสังข์หยด ขนมปังโฮลวีต เป็นต้น รับประทานผักที่มีแคลอรีต่ำ รับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด จำกัดอาหารที่มีโซเดียมมาก โดยหลีกเลี่ยงอาหารดองเค็ม อาหารดองเปรี้ยว อาหารแห้งจำพวกแกมม ไส้กรอก กุ้งแห้ง ปลาเค็ม เนื้อเค็ม กะปิ และอาหารบรรจุกระป๋องต่าง ๆ หลีกเลี่ยงอาหารกึ่งสำเร็จรูป หลีกเลี่ยงการเติมเกลือหรือสารปรุงรสต่าง ๆ ในอาหาร ทั้งน้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส และผงชูรส หลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลและไขมันสูง จำพวกไข่แดง สมอสัตว์ เครื่องในสัตว์ อาหารทะเลจำพวกปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม เนื้อสัตว์ติดมัน

มันหมู หนึ่งเปิดหนึ่งไก่ นม ไขมัน เนย ครีม เค้ก คุกกี้ เป็นต้น รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เน้น รับประทานเนื้อปลา หลีกเลี่ยงอาหารประเภททอดและอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ ลดอาหารหวาน โดย รับประทานน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชา/วัน ซึ่งประเมินได้จากการตอบแบบสอบถาม

6.2.2 พฤติกรรมด้านการขยับถ่าย หมายถึง พฤติกรรมการขยับถ่ายอุจจาระเป็น เวลา ถ่ายปัสสาวะทันทีที่ปวด ไม่กลั้นปัสสาวะไว้ ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณก้นและซับให้แห้งหลัง การขยับถ่าย เคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องและขมิบก้น/หูรูดทวารหนักให้แข็งแรง เพื่อไม่ให้ท้องผูก ซึ่งประเมินได้จากการตอบแบบสอบถาม

6.2.3 พฤติกรรมด้านการฟื้นฟูสภาพ แบ่งเป็นพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่ผู้ป่วย ทำเองและผู้ดูแลช่วยทำให้ ดังนี้

1) **พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่ผู้ป่วยทำเอง** หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในการบริหารร่างกายข้างที่อ่อนแรง ประกอบด้วย การบริหารร่างกาย 2 ลักษณะ ดังนี้

(1) **การบริหารกล้ามเนื้อแขนขา** หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยโดยใช้ แขนขาข้างที่ดีช่วยบริหารข้อต่อและออกกำลังกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยบริหารร่างกายด้วยตนเอง 9 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1 การยกแขนขึ้น ลง ท่าที่ 2 การกางแขนและหุบแขนท่าที่ 3 การหมุนข้อหัวไหล่ขึ้นและ ลงท่าที่ 4 การเคลื่อนไหวข้อศอกท่าที่ 5 การหมุนข้อมือ ท่าที่ 6 การกระดกข้อมือ ท่าที่ 7 การงอและ เหยียดสะโพก ท่าที่ 8 การกางขาและหุบขาเข้า ท่าที่ 9 การยกก้นขึ้นและลง ซึ่งประเมินได้จากการ ตอบแบบสอบถาม

(2) **การบริหารกล้ามเนื้อในการกลืน** หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยใน การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ปาก ลิ้น และออกเสียง รวม 11 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1 อ้าปากกว้าง ท่าที่ 2 ยิ้มยิงฟัน ท่าที่ 3 ห่อปากจู๋ ท่าที่ 4 ห่อปาก ท่าที่ 5 ออกเสียง “ลา” ท่าที่ 6 เม้มปากติดกัน แน่น ๆ แล้วปล่อย ท่าที่ 7 แลบลายลิ้นแตะมุมปาก ซ้าย-ขวา บน-ล่าง ท่าที่ 8 พองแก้มป่อง 2 ข้าง ท่าที่ 9 ยกปลายลิ้นแตะหลังฟันบน ลากเข้าไปตามเพดานปากท่าที่ 10 ท่าที่ 10 แลบลิ้นยาว ๆ แล้ว หดกลับ ยกปลายลิ้นแตะหลังฟันบน ลากเข้าไปตามเพดานปาก และท่าที่ 11 เป่าเทียนหรือเป่านกหวีด ซึ่งประเมินได้จากการตอบแบบสอบถาม

2) **พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่ผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วย** หมายถึง การปฏิบัติของ ผู้ดูแลในการบริหารร่างกายของเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ประกอบด้วยการบริหารร่างกาย การนวดสัมผัส และการประคบสมุนไพร ดังนี้

(1) **การบริหารร่างกายซีกที่อ่อนแรง** หมายถึง ผู้ดูแลบริหารร่างกายซีกที่ อ่อนแรงให้แก่กลุ่มทดลองทั้งหมด 10 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1 การบริหารข้อไหล่ในท่ายกแขนผู้ป่วยขึ้นและ ลง ท่าที่ 2 การบริหารข้อไหล่ในท่ากางแขนและหุบแขนเข้า ท่าที่ 3 ท่าหมุนข้อไหล่ขึ้นลง ท่าที่ 4

การเคลื่อนไหวโดยคว่ำมือ หงายมือ ท่าที่ 5 การเคลื่อนไหวข้อมือและนิ้วมือ ท่าที่ 6 การเคลื่อนไหว นิ้วโป้ง ท่าที่ 7 การงอขาเข้าและเหยียดขาออก ท่าที่ 8 การหมุนข้อสะโพกเข้าในและออกนอก ท่าที่ 9 การกางขาออกและหุบขาเข้า และท่าที่ 10 การกระดกข้อเท้าหรือการยืดเอ็นร้อยหวาย

(2) *การนวดสัมผัส* หมายถึง การนวดในลักษณะที่เบา ใช้การลูบ บีบ จับ เบา ๆ หรือใช้น้ำมันเพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงของกล้ามเนื้อและกระตุ้นการรับสัมผัส ซึ่งประกอบด้วย

ก. *การนวดสัมผัสบริเวณมือและแขน 7 ท่า* ได้แก่ ท่าที่ 1 นวดคลายกล้ามเนื้อฝ่ามือ ท่าที่ 2 นวดคลายกล้ามเนื้อแขนด้านใน 1 และ 2 ท่าที่ 3 นวดคลายกล้ามเนื้อหลังมือ ท่าที่ 4 นวดคลายกล้ามเนื้อแขนด้านนอก 1 และ 2 ท่าที่ 5 ลูบเอาใจ ท่าที่ 6 วนก้นหอย และท่าที่ 7 ริดกล้ามเนื้อแขนด้านใน

ข. *การนวดสัมผัสบริเวณขาในท่านอนหงาย 7 ท่า* ได้แก่ ท่าที่ 1 นวดคลายกล้ามเนื้อขาแนวที่ 1 ชิดกระดูกสันหลัง ท่าที่ 2 นวดคลายกล้ามเนื้อขาแนวที่ 2, 3 ช่วงสันหลัง ท่าที่ 3 ลูบเอาใจ ท่าที่ 4 วนก้นหอยแนวสันหลัง ท่าที่ 5 ริดกล้ามเนื้อขาด้านนอก ท่าที่ 6 ริดกล้ามเนื้อขาภายในท่อนล่าง และท่าที่ 7 ริดกล้ามเนื้อขาภายในท่อนบน

ค. *การนวดสัมผัสบริเวณขาในท่านอนตะแคง 2 ท่า* ได้แก่ ท่าที่ 1 ริดกล้ามเนื้อขาภายนอกท่อนล่าง และท่าที่ 2 ริดกล้ามเนื้อขาภายนอกท่อนบน

ง. *การนวดสัมผัสบริเวณหลังในท่านอนตะแคง 3 ท่า* ได้แก่ ท่าที่ 1 นวดคลายกล้ามเนื้อหลัง แนว 1, 2 ท่าที่ 2 วนก้นหอยชิดแนวกระดูกสันหลัง (แนว 1) และท่าที่ 3 วนก้นหอยห่างจากแนวกระดูกสันหลัง 1 นิ้วมือ (แนว 2)

(3) *การประคบสมุนไพร* หมายถึง การนำเหง้าขิงแก่ซึ่งมีน้ำมันหอมระเหยมาหั่นเป็นชิ้นเล็ก ๆ ปั่นในเครื่องปั่นหรือขูดฝอย ห่อด้วยผ้าขาวบาง ต้มในน้ำให้เดือด บิดขิงในผ้าขาวบางให้ออกมามากที่สุด ใช้ผ้าชุบน้ำขิงประคบแขนและขาข้างที่อ่อนแรง นำมาประคบบริเวณแขนขาข้างที่อ่อนแรง ซึ่งน้ำมันหอมระเหยจากขิงและความร้อนของน้ำจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น

พฤติกรรมการณ์ฟื้นฟูสภาพที่ผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยทั้ง 3 ด้านนี้ ประเมินได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยและการจดบันทึกของการบริหารร่างกาย การนวดและการประคบสมุนไพรของผู้ดูแล

6.2.4 พฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันไม่ให้อวัยวะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดแผลกดทับ ข้อติดแข็ง ปอดบวม การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น อาการท้องอืด เป็นต้น ซึ่งประเมินได้จากการตอบแบบสอบถาม

6.2.5 พฤติกรรมด้านการรับประทานยา หมายถึง การปฏิบัติในการรับประทานยา ตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประเมินได้จากพฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษา ทั้งชนิด ขนาด จำนวน และเวลา การเฝ้าระวังและสังเกตอาการข้างเคียงของยา

6.3 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลที่กระทำเป็นประจำในแต่ละวันเริ่มตั้งแต่ตื่นนอน จนถึงเข้านอน ซึ่งผู้ป่วยที่อ่อนแรงครึ่งซีกต้องเรียนรู้การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เหล่านี้ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและไม่เป็นภาระของผู้อื่น ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือดัชนีกิจกรรมประจำวันบาร์เธล (Barthel activities of daily living) 10 ด้าน ได้แก่ 1) Feeding (ความสามารถในการรับประทานอาหาร อาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้ ต่อหน้า) 2) Grooming (การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา) 3) Transfer (การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปเก้าอี้) 4) Toilet (การใช้ห้องน้ำ) 5) Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 6) Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 7) Stairs (การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น) 8) Bathing (การอาบน้ำ) 9) Bowels (การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา) 10) Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) คะแนนในการประเมิน ADL รวม 20 คะแนน ใน 10 ข้อ โดยคะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย (ติดเตียง) คะแนน 5-11 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (ติดบ้าน) และคะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (ติดสังคม)

6.4 การฟื้นฟูสภาพในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและข้อต่อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมิน STREAM (การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) แบบประเมิน STREAM ประกอบด้วย การประเมิน 30 หัวข้อ แบ่งเป็นการประเมินการเคลื่อนไหวของแขน จำนวน 10 ข้อ การประเมินการเคลื่อนไหวของขา จำนวน 10 ข้อ และการประเมินการเคลื่อนไหวพื้นฐาน จำนวน 10 ข้อ ซึ่งทำเริ่มต้นที่ใช้ในการประเมินประกอบด้วย ทำนอนหงาย ทำนั่ง ทำยืน และทำเดิน

6.5 ความทุกข์ของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายกายไม่สบายใจจากสภาพที่ทนได้ยากเพราะถูกบีบคั้นด้วยความทุกข์เกิดขึ้นและความดับสลายตามเหตุปัจจัยที่ไม่ขึ้นต่อตัวมันเอง (ปราโมทย์ ปาโมชโช, 2555) ซึ่งประเมินได้จากปรอทวัดทุกข์ (Distress Thermometer) เป็นเครื่องมือในการประเมินความทุกข์ใจของ NCCN (National Comprehensive Cancer Network) อ้างถึงใน ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และสาวิตรี เจตยานุวัตร, 2556) แบ่งเป็น 10 ระดับ คือ 0-10 ที่บอกความรู้สึกทุกข์ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดย 0 หมายถึง ไม่ทุกข์ใจเลย และ 10 หมายถึง มีความ

ทุกข์ใจอย่างแสนสาหัส โดยแบ่งระดับคะแนนของปรอทวัดทุกข์เป็น 3 สี คือ สีเขียว 1-3 คะแนน (มีความทุกข์ปานกลาง) ก็ดูแลผู้ป่วยตามปกติ สีเหลืองเท่ากับ 4-6 คะแนน มีความทุกข์มากเป็นช่วงที่ต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น มีพยาบาลที่มีความชำนาญในการให้คำปรึกษา เป็นต้น และสีแดงเท่ากับ > 7 คะแนน เป็นช่วงที่ต้องประเมินผู้ป่วยหรือมีระบบการส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญ เช่น จิตแพทย์ เพื่อรับการวินิจฉัยหรือการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

6.6 พฤติกรรมการจัดการความทุกข์ หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเผชิญกับความทุกข์ขณะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประเมินได้จากปรอทวัดทุกข์

6.7 องค์กรรวมแนวพุทธ หมายถึง ปัจจัยสำคัญของชีวิต กายกับใจที่อาศัย ประสานสัมพันธ์เป็นระบบเดียวกัน ไม่มีการแยก และรวมไปถึงสิ่งแวดล้อมด้วย ในที่นี้ หมายถึง อริยสัจ 4 (เสาวนีย์ ฤดี, 2554)

6.8 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากหลอดเลือดในสมองอุดตัน ตีบหรือแตก ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดและได้รับออกซิเจนน้อยลง หรือถูกก้อนเลือดกีดกั้นเลือดจนทำให้เซลล์ทำงานไม่ได้ตามปกติ ทำให้มีอาการต่าง ๆ เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งเรียกว่าโรคอัมพาตหรือโรคอัมพฤกษ์

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ได้รูปแบบในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (ติดบ้าน) และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (ติดสังคม) ในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถเผชิญกับความทุกข์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.2 เป็นต้นแบบในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังสามารถดูแลตนเองได้ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ ในจังหวัดนนทบุรี

7.3 เป็นแนวทางให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังเฉียบพลันให้สามารถฟื้นฟูสภาพตนเองจนคืนสู่สภาพเดิมได้ภายใน 6 เดือน ซึ่งเป็นระยะทอง (Golden period) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่น้อยที่สุด โดยนำกลุ่มจิตอาสาที่มีประสบการณ์ในพื้นที่มาเป็นกำลังหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดเกี่ยวกับการการฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากหนังสือ ตำรา วารสาร เอกสาร วิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจะนำเสนอเนื้อหาสาระตามลำดับ ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ทฤษฎีความสามารถตนเองและการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.1 ทฤษฎีความสามารถตนเอง
 - 3.2 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. บริบทการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หรือที่เรียกว่า สโตรก (Stroke) หรือเบรนแอทแทค (Brain attack) นิยมเรียกในภาษาไทยว่า โรคอัมพาต (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) มีความหมายดังนี้

องค์การอนามัยโรค (World Health Organization, 2006) ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยลักษณะของความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นโรคที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดจากการตีบหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง จนเกิดการทำลายหรือการตายของเนื้อสมอง ทำให้สมองทำงานผิดปกติ เกิดอาการตามตำแหน่งที่ขาดเลือดไปเลี้ยง ความรุนแรงขึ้นอยู่กับลักษณะการทำลายของเนื้อสมอง เช่น แขน ขา อ่อนแรง พูดไม่ชัด มึนงง เดินเซ การทรงตัวไม่ดี เป็นต้น ซึ่งจะเกิดอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง

สถาบันประสาทวิทยา (2550) ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง จากการตีบหรือการแตกของหลอดเลือดในสมอง ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดและได้รับออกซิเจนน้อยลง หรือถูกก้อนเลือดกีดกั้นปิดกั้นทำให้เซลล์ทำงานไม่ได้ตามปกติ ทำให้มีอาการต่าง ๆ เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งเรียกว่า โรคอัมพาตหรือโรคอัมพฤกษ์

เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน (2553) ให้ความหมายของ โรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นโรคที่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยมีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง

สมาคมโรคหัวใจอเมริกัน (American Heart Association, 2013) ให้ความหมายโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นภาวะได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพออย่างเฉียบพลัน เนื่องจากหลอดเลือดอุดตันหรือแตกทำให้เซลล์สมองขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง (ischemia) และเซลล์สมองตาย (infarction)

สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองในลักษณะตีบ หรือแตก ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดและได้รับออกซิเจนน้อยลง หรือถูกก้อนเลือดกีดกั้นปิดกั้นทำให้เซลล์สมองทำงานไม่ได้ ตามปกติ เกิดอาการต่าง ๆ ตามตำแหน่งของสมองที่ผิดปกติ เช่น อาการของแขน ขาหรือหน้า ซีกใดซีกหนึ่ง ชา อ่อนแรง เคลื่อนไหวลำบากหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ พูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้อย่างทันทีทันใด ถ้าไม่ได้รับการรักษาเนื้อสมองจะตาย และเกิดความเสียหายอย่างถาวรมีผลให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตหรือเสียชีวิต

1.2 ชนิดของหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ (ก้องเกียรติ ภูณชักันทรารกร, 2553; อาคม อารยาวิชานนท์, 2553; นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2554) ดังนี้

1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันทำให้สมองขาดเลือด (Ischemic stroke)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 70-80 อยู่ในกลุ่มนี้ (ก้องเกียรติ ภูณชักันทรารกร, 2553) การขาดเลือดในสมองเพียงบางส่วน อาจเกิดจากการมีเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เช่น ความดันโลหิตต่ำกว่าปกติหรือจากการตีบตัน หรืออุดตันของหลอดเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงสมอง การอุดตันของหลอดเลือดอาจเกิดจากรวมโบสิส (thrombosis) ทำให้หลอดเลือดตีบเกิดการอุดตันของการไหลเวียนเลือด และเอมโบลีซึม (embolism) หรือการเกิดลิ่มเลือดหรือก้อนเลือดจากบริเวณอื่นไปอุดตันหลอดเลือด (จรรยา สันตยากร, 2554) ดังนี้

1) การอุดตันของการไหลเวียนเลือด อาจเกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อสมองนั้น ๆ ไม่เพียงพอ หรือการอุดตันของหลอดเลือดเล็ก ๆ ในสมองจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดที่หนาตัวขึ้น จากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ผนังหลอดเลือดฉีกขาด (dissection) หลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) การติดเชื้อ

หรือภูมิแพ้ตนเอง (autoimmune) ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นจนทำให้เลือดไหลผ่านได้น้อยหรือผ่านไม่ได้

2) การเกิดลิ่มเลือดหรือก้อนเลือด จากบริเวณอื่นอุดตันหลอดเลือดในสมอง โดยมีความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้เกิดลิ่มเลือดที่มีส่วนประกอบเป็นเกล็ดเลือด (white thrombus) หรือเป็นลิ่มเลือด (red thrombus) หรือส่วนประกอบอื่น เช่น ผลึกโคเลสเตอรอล (cholesterol crystal) เป็นต้น ตำแหน่งที่เกิดลิ่มเลือดบ่อย คือ หัวใจ จากสาเหตุสำคัญคือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ การอักเสบติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ (infective endocarditis) เศษชิ้นส่วนของลิ้นหัวใจที่มีแคลเซียมเกาะ

1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบร้อยละ 30 ของโรคหลอดเลือดสมองการแตกของหลอดเลือดในสมอง อาจทำให้เกิดเลือดออกในเนื้อสมอง (subarachnoid hemorrhage) และในโพรงสมอง (intraventricular) ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทเฉียบพลัน (ก้องเกียรติ คุญท์กันทรารกร, 2553)

1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ประเภท

1) อายุ เมื่ออายุมากขึ้นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะสูงขึ้น จากผลของกระบวนการสูงอายุ (aging process) ผู้มีอายุมากกว่า 55 ปี จะมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็น 2 เท่า ของคนที่มีอายุน้อยกว่า (จรรยา สันตยากร, 2554)

2) เพศ เพศชายมีความเสี่ยงจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 44-76 และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชายสูงกว่าผู้หญิงเกือบทุกช่วงอายุ (จรรยา สันตยากร, 2554)

3) เชื้อชาติ ในสหรัฐอเมริกา พบว่า คนผิวดำ (African American) มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนผิวขาว (Caucasians) อาจเนื่องจากคนผิวดำอ้วน เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผิวขาว จึงมีโอกาสเกิดโรคง่ายกว่า (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

4) ประวัติครอบครัว ผู้มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ไม่มีประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (จรรยา สันตยากร, 2554)

1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมแก้ไขได้

1) โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2 เท่าของผู้ไม่เป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดที่ปกติจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดเล็ก ๆ (Microvascular complication) (จรรยา สันตยากร, 2554)

2) *ภาวะความดันโลหิตสูง* เป็นปัจจัยหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 70 จะมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หลอดเลือดสมองตีบ ตัน และหลอดเลือดสมองแตก (จรรยา สันตยากร, 2554)

3) *โรคหัวใจโคโรนารี* ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารี มีโอกาสเป็นเลือดสมอง 2-5 เท่า ของคนปกติ (จรรยา สันตยากร, 2554)

4) *ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว* ที่ไม่มีลิ้นหัวใจรั่ว มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองเกือบ 5 เท่าของคนปกติ แต่ถ้ามีโรคหัวใจรูห์มาติก (Rheumatic heart fibrillation) ร่วมด้วยจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 17 เท่าของคนปกติ เนื่องจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว จะทำให้หัวใจห้องบนวายขยาย เกิดการคั่งของเลือด มีการรวมตัวของเลือด เกร็ดเลือด และเม็ดเลือดกลายเป็นลิ่มเลือดที่หลุดลอยออกไปอุดตันหลอดเลือด (จรรยา สันตยากร, 2554)

5) *การตีบแคบของหลอดเลือดแดงคาโรติค (Carotid artery)* ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการตีบแคบของหลอดเลือด ถ้าตีบแคบน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75 ของความกว้างของหลอดเลือด มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ไม่รวม TIA) ร้อยละ 1.3 ต่อปี แต่ถ้าตีบแคบเกิน ร้อยละ 75 มีความเสี่ยง ร้อยละ 3.3 ต่อปี (จรรยา สันตยากร, 2554)

6) *ภาวะไขมันในเลือดสูง* เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าลดระดับโคเลสเตอรอลไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (Low density lipoprotein cholesterol: LDL-C) หรือแอลดีแอล 25 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลงประมาณ ร้อยละ 10 และลดการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 11 (จรรยา สันตยากร, 2554)

7) *การสูบบุหรี่* ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เป็น 1.5 เท่าของผู้ไม่สูบบุหรี่ ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ประจำ มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (จรรยา สันตยากร, 2554)

8) *การเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน* ผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดสมองชั่วคราว (TIA) มาก่อน หรือประมาณร้อยละ 6-7 จะเป็นซ้ำ ส่วนผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน 5 ปี มีความเสี่ยง 5 เท่าของคนทั่วไป และมีความเสี่ยงสูงถึง 15 เท่า ในปีแรก (จรรยา สันตยากร, 2554)

9) *ภาวะโฮโมซิสตีนสูง (Homocysteine)* โฮโมซิสตีนเป็นสารก่อให้เกิดความเสียหาย ต่อผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดขรุขระ เป็นจุดเริ่มให้มีตะกรันไขมันมาสะสม เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือด ในคนอายุน้อย เนื่องจากโฮโมซิสตีนที่เพิ่มขึ้นจะทำลาย

ผนังหลอดเลือด และเพิ่มการแข็งตัวของหลอดเลือด รวมทั้งเพิ่มทรอมโบเซน (thromboxane) กระตุ้นการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิดการอุดตันหรือตีบแคบของหลอดเลือดได้ง่าย (จรรยา สันตยากร, 2554)

1.3.3 ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับพฤติกรรมที่อาจปรับเปลี่ยนได้

1) *ความอ้วน* ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวมีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (จรรยา สันตยากร, 2554)

2) *การขาดการออกกำลังกาย* การไม่ออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้อ้วนและเกิดความเครียด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีผลให้ระดับไขมันที่เป็นอันตรายหรือแอลดีแอล (LDL) ลดลงและไขมันที่ไม่เป็นอันตรายหรือเอชดีแอล (HDL) เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงไม่แข็งตัว (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) จึงควรออกกำลังกายมากขึ้น อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน (ก้องเกียรติ ภูณฑ์กันทรากร, 2553)

3) *การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม* ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานว่า การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงเดียวของโรคหลอดเลือดสมอง แต่พบว่าผู้ที่ชอบรับประทานอาหารผักและผลไม้มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลง (จรรยา สันตยากร, 2554)

4) *การดื่มสุรา* ยังไม่มีการสรุปที่ชัดเจนว่าการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองขาดเลือด แต่อาจจะมีสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมอง (จรรยา สันตยากร, 2554)

1.4 พยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

พยาธิสรีรภาพที่เกิดขึ้นกับโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน และหลอดเลือดสมองแตก ทำให้เกิดภาวะเนื้อสมองขาดเลือดจนถึงเนื้อสมองตาย ส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติเฉพาะที่ทางระบบประสาท (focal neurological deficit) ตามบริเวณที่สมองส่วนนั้นเลี้ยงอยู่นอกจากนี้ยังอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่เนื้อสมองส่วนที่ขาดเลือดมีการบวมมากขึ้น หรือหลอดเลือดแตกทำให้เกิดการกดเบียดโครงสร้างอื่น ๆ ของสมองที่อยู่ใกล้เคียง พยาธิสรีรภาพของหลอดเลือดสมองสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ (เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน, 2553; อาคม อารยาวิชานนท์, 2553) ดังนี้

1.4.1 *โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันทำให้สมองขาดเลือด* มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ เมื่อหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจะทำให้สมองขาดเลือด ร่างกายจะปรับตัวโดยเพิ่มการไหลเวียนข้างเคียง (collateral circulation) เพื่อรักษาระดับการไหลเวียนเลือดในสมอง (cerebral blood flow) และระดับออกซิเจน ให้คงที่ที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะสมองไม่มีแหล่งสำรองกลูโคสและทนต่อภาวะขาดออกซิเจนไม่ได้นานเกินกว่า 7 นาที หลังจากนั้นจะเกิดการตายของเซลล์ประสาทซึ่งจะไม่สามารถซ่อมแซมหรือสร้างขึ้นมาทดแทนได้ เมื่อการไหลเวียนเลือดในสมองลดลงมากกว่าเดิมจนถึงจุดวิกฤต ต่ำกว่า 10 มิลลิลิตร/100 กรัม/นาที เยื่อหุ้มเซลล์จะสูญเสียหน้าที่ทำให้แคลเซียมที่ปกติอยู่

ภายนอกเซลล์ไหลเข้ามาภายในเซลล์และกระตุ้นกระบวนการขาดเลือด (Ischemic cascade) จนเกิดการตายของเซลล์ในที่สุด บริเวณแกนกลางของตำแหน่งที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจะเป็นตำแหน่งที่เนื้อสมองตายแล้วอย่างสมบูรณ์ (cerebral infarction zone) ส่วนบริเวณโดยรอบ (penumbra) เป็นส่วนที่อาจจะกู้กลับคืนมาได้ หรือในทางกลับกันก็อาจดำเนินต่อไปสู่ภาวะเนื้อสมองตายได้ (วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์ และดารณี สุวพันธ์, 2551)

1.4.2 โรคหลอดเลือดสมองแตก เลือดที่ออกในเนื้อสมองจะกดเนื้อสมองบริเวณรอบตำแหน่งที่เลือดออก ทำให้สมองบริเวณนั้นขาดเลือดและตาย การมีก้อนเลือดเกิดขึ้นในกะโหลกศีรษะโดยที่ยังมีปริมาณเนื้อสมองอยู่เท่าเดิมทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (increase intracranial pressure) ก้อนเลือดที่เกิดขึ้นอาจกดจนเนื้อสมองใกล้เคียงตาย หรือทำให้หลอดเลือดบริเวณใกล้เคียงถูกกดหรือหดตัวลง หรือดันเนื้อสมองซีกนั้นให้เลื่อนไปยังซีกตรงข้าม หรือผ่านช่องฟอร์ราเมนแมกนัม (foramen magnum) ทำให้ขอบกระดูกก้านสมองส่วนเมดูลลาออบลองกาตา (medulla oblongata) ซึ่งมีศูนย์ควบคุมการหายใจและการเต้นของหัวใจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หลอดเลือดในสมองแตกจะมีเลือดออกในเนื้อสมองและในช่องเยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรชนอยด์ ดังนี้ (จรรยา สันตยากร, 2554)

1) **เลือดออกในเนื้อสมอง** จะพบในผู้มีความดันโลหิตสูงมานาน ความดันในหลอดเลือดที่สูงขึ้นทำให้เกิดฟรินอยด์เนคโรซิส (fibrinoid necrosis) ของเส้นเลือดแดงเล็กในสมอง (penetrating and subcortical artery) ทำให้ผนังหลอดเลือดอ่อนแอลงและถูกดันให้โป่งออกเป็นกระเปาะเล็ก ๆ (Charcot-Bouchard microaneurysm) ซึ่งแตกง่าย ทำให้เกิดเลือดออกในสมองโดยไม่มีสาเหตุร่วมอื่น เลือดมักออกจากหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ (deep penetrating artery) ของเซอร์เคิลออฟวิลลิส (circle of Willis) เลือดมักจะหยุดเองด้วยแรงดันในสมอง แต่ถ้าเลือดออกมากจะเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะเพราะกะโหลกศีรษะขยายตัวไม่ได้ หากก้อนเลือดอยู่ที่สมองซีกใดซีกหนึ่งจะดันเนื้อสมองให้เลื่อนไปอีกซีกหนึ่งหรือเลื่อนผ่านรูกะโหลกศีรษะที่ไขสันหลังผ่านฟอร์ราเมนแมกนัมทำให้เกิดอันตรายมาก เพราะสมองส่วนที่ควบคุมการหายใจและการเต้นของหัวใจถูกกด (จรรยา สันตยากร, 2554)

2) **เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรชนอยด์** พบได้บ่อย เกิดจากการแตกของหลอดเลือดที่โป่งพองเป็นกระเปาะ (aneurysm) ร้อยละ 85 เกิดจากการแตกของหลอดเลือดรอบ ๆ สมองส่วนกลาง (perimesencephalic) ร้อยละ 10 เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด (vascular malformation) เช่น อาร์เทอริโอเวโนสมัลฟอร์เมชัน (Arteriovenous malformation: AVM) ร้อยละ 5 การโป่งพองเป็นกระเปาะของหลอดเลือดมักเกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือด แต่กำเนิดร่วมกับการเสื่อมของหลอดเลือด ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ บริเวณที่หลอดเลือดแยกแขนง (จรรยา สันตยากร, 2554) เมื่อเลือดไปกระทบบริเวณที่โป่งพองหลอดเลือดจึงแตกออกและดันเลือดเข้าไปในบริเวณใต้อะแรชนอยด์ ก้อนเลือดไปกดเนื้อเยื่อสมอง กระตุ้นเส้นประสาทซิมพาเทติก

(sympathetic) ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหดเกร็ง เลือดออกซ้ำ ประมาณ 7-10 วัน เลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะลดลง สมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Bahouth & Yabrough อ้างถึงใน วิจิตรา กุสมภ์ และอรุณี เสงยศมาก, 2551)

สรุปได้ว่า พยาธิสรีรภาพจากหลอดเลือดสมองขาดเลือดและหลอดเลือดสมองแตก จะทำให้เนื้อเยื่อสมองนั้นขาดเลือด ในระยะแรกเซลล์จะทำงานผิดปกติชั่วคราว แต่ยังมีลักษณะและโครงสร้างปกติ (ischemic penumbra) หากได้รับการรักษาทันที่ จะสามารถกลับเป็นปกติได้ และลดหรือป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นได้ หากสมองขาดเลือดนาน ๆ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ทำให้เซลล์ตายในที่สุด บริเวณที่เซลล์ตายจะไม่สามารถฟื้นกลับคืนมาได้

1.5 อาการและการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้อสมองที่ขาดเลือด และขนาดของเนื้อเยื่อที่มีพยาธิสภาพ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ดังนี้

1.5.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบทำให้สมองขาดเลือด มักมีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันชั่วคราวนำมาก่อนมีอาการผิดปกติของสมองเฉพาะที่ โดยมีอาการขาดตามปลายมือปลายเท้า เวียนศีรษะ มีอาการชัก ตาพร่า เห็นภาพซ้อน พูดตะกุกตะกัก ก่อนที่จะมีอาการอัมพาตหรืออ่อนแรงของแขนขา ผู้ป่วยร้อยละ 60 มักมีอาการเกิดขึ้นในช่วงนอนหลับหรือกำลังพักผ่อน อาการมักค่อยเป็นค่อยไปเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน มักพบว่ามีอาการสูงสุดใน 72 ชั่วโมง แล้วมีอาการสมองบวมตามมา ถ้าก้อน thrombus มีขนาดใหญ่ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในขณะนอนหลับ แต่ถ้าเกิดกับหลอดเลือดสมองขนาดเล็กอาการมักเกิดขึ้นเฉียบพลัน ไม่พบอาการเวียนศีรษะ (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2554)

1.5.2 โรคหลอดเลือดสมองอุดตันทำให้สมองขาดเลือด อาจมีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันชั่วคราวนำมาก่อน ทำให้เกิดอาการผิดปกติ ของสมองเฉพาะที่ เช่น มีอาการชัก แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก (hemiplegia) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกแบบไม่สมบูรณ์ (hemiparesis) ความบกพร่องในการเข้าใจและการใช้ภาษา (aphasia) ซึมลง รุนานตาตอสนองต่อแสงผิดปกติ เป็นต้น หากแขนขาอ่อนแรงข้างขวา ผู้ป่วยอาจพูดไม่ได้ร่วมด้วย เนื่องจากพยาธิสภาพที่สมองด้านซ้ายอาจส่งผลกระทบต่อศูนย์ควบคุมการพูดและการเข้าใจภาษา (Wernicke area และ Broca s area) อาการมักเกิดขึ้นมาทันทีโดยไม่มีอาการนำและไม่สัมพันธ์กับการมีกิจกรรม (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2554)

1.5.3 โรคหลอดเลือดสมองแตก มีอาการเฉียบพลัน ภายในไม่กี่นาทีหรือภายใน ชั่วโมงโดยไม่มีอาการเตือน ในช่วงออกกำลังกายหรือเผชิญกับภาวะเครียดทางอารมณ์ มาด้วยอาการปวดศีรษะอย่างมาก คอแข็ง อาเจียน หน้าแดง ชัก ระดับความรู้สึกตัวลดลงอย่างอย่างรวดเร็ว หากมีการฉีกขาดของหลอดเลือดใหญ่อาจทำให้หมดสติทันที หากเป็นที่หลอดเลือดขนาดเล็ก อาจมีผลกระทบ

ต่อการทำงานของสมองบางส่วนและเกิดอาการเมื่อปริมาณเลือดออกมากขึ้นจนมีผลเพิ่มความดันในสมอง (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และสิริพันธ์ุ สาส์ตย์ , 2554)

1.6 ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดหลายด้านจากอาการและอาการแสดง จึงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ และปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแล คือ

1.6.1 แผลกดทับ

สาเหตุ จากการที่ผู้ป่วยนอนนาน ๆ และเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ผิวหนังโดนกดทับบริเวณปุ่มกระดูกนาน ๆ ทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยง จะสังเกตเห็นผิวหนังบวมแดงซ้ำ ต่อมาผิวหนังถลอกมีแผลเกิดขึ้น และจากแรงเสียดทานระหว่างผิวหนังกับพื้นรองรับการเสียดสีกับผ้าปูที่นอนที่ไม่เรียบ มีรอยยับ และการเปียกชื้นที่เกิดจากน้ำ จากเหงื่อปัสสาวะและอุจจาระทำให้เกิดแผลเกิดขึ้นได้ และตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับ คือ บริเวณปุ่มกระดูกสะโพก กระดูกก้นกบ ตาตุ่มด้านนอก สันเท้า หัวไหล่ ไบหู ท้ายทอย

1.6.2 ภาวะข้อติดแข็ง

สาเหตุ ภาวะข้อติดแข็งหรือการติดเกร็งของแขนหรือขาข้างที่อ่อนแรงจากการที่ไม่ได้ใช้งาน หรือไม่ได้เคลื่อนไหวตามปกติ ทำให้การดึงรั้งของเนื้อเยื่ออ่อนรอบข้อต่อ เอ็น กล้ามเนื้อ และข้อที่ติดยึดมากที่สุด คือ ข้อไหล่ และจะติดอยู่ในท่าบิดเข้าใน และแขนมักจะติดในท่าคว่ำมือ ทำให้เกิดความพิการที่ยากแก่การแก้ไข

1.6.3 ภาวะท้องผูก

สาเหตุ มีทั้งจากความเสื่อมทั้งทางร่างกายและทางสมอง เช่นการขับถ่ายช้า โดยเฉพาะผู้ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ถ่ายอุจจาระไม่หมด จากความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง หรือจิตใจสับสน หรือสมองเสื่อม ละเลยต่อการปวดถ่ายอุจจาระ การได้รับอาหารน้อยลง การดื่มน้ำน้อย การได้รับยาบางชนิดอาจทำให้การขับถ่ายนานออกไป เช่น ยานอนหลับ ยาลดกรดบางชนิด เป็นต้น ภาวะท้องผูกแบ่งออกเป็น 3 อย่าง คือ

- 1) การมีอุจจาระเต็มในลำไส้ใหญ่ และมีของเหลวคล้ายอุจจาระซึมอยู่รอบทวารหนัก แต่ขับถ่ายอุจจาระไม่ออก มักมีสาเหตุมาจากขาดความเคลื่อนไหว
- 2) การมีอุจจาระแห้งแข็งอยู่ในลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดอุจจาระ แต่ไม่สามารถบีบตัวให้อุจจาระถูกขับออกมาได้ มักมีสาเหตุจากการขาดน้ำ
- 3) ขาดสุขนิสัยในการฝึกขับถ่าย โดยไม่สนใจละเลยการขับถ่ายยอมก่อให้เกิดปัญหาท้องผูกได้ (มักเกิดร่วมกับรับประทานอาหารไม่มีกาก และดื่มน้ำน้อยด้วย) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง มักพบอาการท้องผูกเช่นในข้อ 1 เป็นส่วนใหญ่แต่ในข้อที่ 2 และ 3 ก็สามารถพบได้เช่นกัน ดังนั้นญาติที่ดูแลควรมีการสังเกตลักษณะอุจจาระของผู้ป่วยให้ชัดเจน

1.6.4 การเกิดอุบัติเหตุ

สาเหตุ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก อาจเกิดอุบัติเหตุได้ เช่น หกล้มตกเตียง แขนขาครูดขณะเคลื่อนย้าย เนื่องจากการขาดการรับรู้สัมผัสและการมองเห็น ผิดปกติหรือจากการทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดึกถ้ำมเมื่ออ่อนแรงหรือเกร็ง การตัดสินใจ ความคิดความจำ ต้อยลง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ส่งผลทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น เกิดแผล กล้ามเนื้อฉีกขาด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน และมีเลือดออกในสมอง

1.6.5 การป้องกันไม่ให้เกิดโรคกลับเป็นซ้ำ

พฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อไม่ให้เกิดโรคกลับเป็นซ้ำเนื่องจากหลอดเลือดในสมองมีหลายแขนง หล่อเลี้ยงสมองในหลายส่วนดังนั้นการเกิดปัญหาของหลอดเลือดสมองในส่วนหนึ่ง อาจเกิดขึ้นกับหลอดเลือดในสมองในตำแหน่งอื่น ๆ ได้อีก จึงพบผู้ป่วยบางราย แม้อาการจะดีขึ้นแล้วก็มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีก ดังนั้นจึงควรสนใจในด้านป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วย แม้ว่าจะเคยเป็นอัมพาตอยู่ก่อนแล้วก็ตาม การป้องกันไม่ให้เกิดโรคกลับเป็นซ้ำ เป็นสิ่งที่จำเป็นมากโดยจะต้องควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น หากควบคุมโรคได้ไม่ดีจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลับซ้ำ การกำเริบของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้

1.7 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉิน ปัจจุบันมีแนวทางการรักษามาตรฐานสำหรับโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้ขาดเลือด เน้นให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่เกิดอาการ ส่วนโรคหลอดเลือดสมองแตกยังไม่มีการรักษาจำเพาะ (จรรยา สันตยากร, 2554) การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ระยะ (ปราณี ทุ์ไพเราะ, วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, รัตนาภรณ์ คงคา และวิชชุดา เจริญกิจการ, 2555) ดังนี้

1.7.1 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute Phase)

เมื่อผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ และผ่านระยะอันตรายแล้ว การรักษามีเป้าหมายสำคัญ คือ รักษาหน้าที่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีที่สุด โดยส่งเสริมเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มมากขึ้น ลดอาการบวมของสมอง ยังต้องใส่ใจในระยะนี้ด้วย อาจฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด และการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานต่อที่บ้าน การรับประทานอาหารจำกัดเกลือ จำกัดไขมัน ควบคุมการสูบบุหรี่ ดื่มน้ำสุรา

และลดน้ำหนักตัว ลดความดันโลหิต ผู้ป่วยที่มีอาการเตือนผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อ กระตุกเฉพาะที่ เป็นต้น (ปราณี ฟูไเราะ และคณะ, 2555) แนวทางในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง หลังระยะเฉียบพลัน (post acute phase) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรักษาทางการแพทย์ 2) การรักษาทางกายภาพบำบัด 3) การรักษาทางกิจกรรมบำบัด 4) การรักษาทางอรรถบำบัดหรือการฝึกพูด และ 5) การรักษาทางจิตใจ (ปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2549) ดังนี้

1) การรักษาทางการแพทย์ ประกอบด้วย การรักษา 3 ประเภท ดังนี้

(1) การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นและป้องกันไม่ให้เป็นซ้ำอีก

จึงจำเป็นต้องดูแลรักษาเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำอีก ปัจจุบันมีแนวทางการป้องกันการเกิดโรคซ้ำโดยการให้ยาเพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือด เช่น ยาต้านเกล็ดเลือด ยาป้องกันการแข็งตัว เป็นต้น โดยขึ้นอยู่กับสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การให้ยาต้านเกล็ดเลือดมีหลายชนิด เช่น Aspirin, Clopidogrel, Clostazol, Triflusal, Aspirin plus dipydamole เพื่อป้องกันการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด ยาป้องกันการแข็งตัว เช่น Warfarin, Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban ซึ่งใช้ในผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ (atrial fibrillation) เพื่อช่วยป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดในหัวใจที่จะไปอุดตันหลอดเลือดสมอง

การให้ยาลดไขมันกลุ่มสแตติน (Statin) บางกรณีอาจต้องให้น้อยกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และควบคุมระดับไขมันในเลือด (LDL) ให้น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะยาว (หลังระยะเฉียบพลัน) คือ การป้องกันมิให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ดังนั้นจึงต้องรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาป้องกันการแข็งตัวควบคู่กับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยทั่วไปถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อห้ามอื่น ๆ ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาไปตลอดและไม่ควรหยุดยาโดยไม่จำเป็น (นภาศรี ชัยสินอนันต์กุลม, 2558)

(2) การรักษาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การควบคุมอาหารที่รับประทานโดยลดบริโภคเกลือ จำกัดปริมาณโซเดียมที่รับประทาน ซึ่งโซเดียมมีอยู่ในอาหารและยาบางประเภท ได้แก่ สารกันบูด ผงฟู มายองเนส อาหารหมักดอง อาหารรมควัน ยาระงับไอ เป็นต้น การฝึกนิสัยไม่ปรุงรสอาหารรับประทาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการรับประทานอาหารหวานและมันให้น้อย ๆ หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง รับประทานผักให้มากและรับประทานข้าวซ้อมมือ รวมทั้งการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

(3) *การรักษาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ* ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักจะมีความพิการทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ ทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม แต่ถ้าได้รับการฟื้นฟูอย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาช่วยเหลือตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยทุกรายที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างรวดเร็วที่สุด หลังจากอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพคงที่จนพ้นภาวะวิกฤตแล้ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นตัวได้ เนื่องจากเซลล์สมองสามารถปรับตัวฟื้นได้ และถึงแม้สมองบางส่วนจะเสียไปอย่างถาวรจากการขาดเลือดหรือมีเลือดออกไปกดเบียดสมอง สมองส่วนอื่นที่อยู่ใกล้เคียงรวมทั้งสมองด้านตรงกันข้ามมักทำงานแทนกันได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทั้งนี้ส่วนที่สมองจะมาทำงานแทนนั้นจะต้องได้รับการกระตุ้น โดยเฉพาะการฟื้นฟูที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการฟื้นตัวที่แตกต่างกันทั้งในเรื่องระยะเวลาและปริมาณ ภายในระยะเวลา 1-2 เดือน ผู้ป่วยบางรายสามารถฟื้นตัวได้ถึงร้อยละ 80-90 ในขณะที่บางรายต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวนานมากกว่า 6 เดือน โดยการฟื้นตัวจะมีมากในช่วง 3 เดือนแรกหลังเป็นโรค ผู้ป่วยเกือบทุกรายจะมีอาการดีขึ้นหลังพ้นภาวะวิกฤตในช่วง 2 สัปดาห์แรกไปแล้ว บางรายอาการอาจดีขึ้นจนหายเป็นปกติ แต่บางรายอาจมีความพิการถาวร ทั้งนี้การฟื้นตัวของผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความรุนแรงของโรค ตำแหน่งของสมองที่มีการขาดเลือด และขนาดของบริเวณที่สมองขาดเลือด นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัว ได้แก่ ความสมบูรณ์ของสมองส่วนที่ไม่ได้เกิดโรค ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคในระยะแรก ๆ อาจจะมีกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงส่วนใหญ่มักเป็นแบบครึ่งซีกข้างใดข้างหนึ่ง เป้าหมายการฟื้นฟูในระยะนี้ คือ ป้องกันไม่ให้ข้อต่อต่าง ๆ ยึดติด กล้ามเนื้อฝ่อลีบ และลดอาการบวม รวมทั้งป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน จึงควรฟื้นฟูด้วยการขยับข้อต่าง ๆ ทั้งแขนและขาส่วนที่อ่อนแรงอย่างนุ่มนวล วันละอย่างน้อย 1-2 รอบ ผู้ป่วยอาจทำเองได้โดยใช้แขนและขาข้างที่ตีมาช่วย หรือให้ญาติช่วยทำให้ นอกจากนี้ควรจัดทำทางที่ถูกต้อง เวลานอนและนั่ง เพื่อป้องกันแผลกดทับและข้อเคลื่อน หลังจากพ้นระยะแรกไปแล้ว ผู้ป่วยมักจะเริ่มขยับแขนขาได้บ้างจึงควรเพิ่มการฟื้นฟูให้มากขึ้น (กฤษณา พีรเวช, 2558)

2) *การรักษาทางกายภาพบำบัด* จะมุ่งเน้นเกี่ยวกับกำลัง การเคลื่อนไหวของข้อและกล้ามเนื้อ การทรงตัวนั่ง ยืนและเดิน ดังนี้

(1) *การรักษาทางกิจกรรมบำบัด* จะมุ่งเน้นเกี่ยวกับการใช้มือ ในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ฝึกและช่วยการกลืนในรายที่มีปัญหาการกลืนลำบาก การช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การใส่และถอดเสื้อผ้า รวมทั้งการแนะนำการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

(2) *การรักษาทางอรรถบำบัดหรือการฝึกพูด* จะมุ่งเน้นเกี่ยวกับการพูด ความเข้าใจในคำพูด และภาษาพูด โดยแนะนำช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและญาติให้สามารถพูดคุยและสื่อความต้องการของตนเองให้แต่ละฝ่ายเข้าใจได้

(3) การรักษาทางจิตใจ ภายหลังจากการเกิดโรคทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมัก รู้สึกตกใจกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้เกิดความกังวลและซึมเศร้าได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพจะช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว สามารถปรับใจรับกับความเปลี่ยนแปลงนี้ได้

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ ที่จะช่วยเร่งให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้มากที่สุด หลังจากเกิดความพิการ โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง และอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพของผู้ป่วยที่หลงเหลืออยู่

2.1 วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- 2.1.1 เพื่อป้องกัน ฝ้าระว่าง รักษาความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
- 2.1.2 เพื่อลดความบกพร่องของระบบประสาทที่มีอยู่
- 2.1.3 เพื่อชดเชยและปรับเปลี่ยนกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับความพิการที่เหลืออยู่
- 2.1.4 เพื่อฝึกหัดให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดโดยเป็นภาระแก่ครอบครัวและผู้ดูแลน้อยที่สุด
- 2.1.5 เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและปรับตัวทางจิตสังคม
- 2.1.6 เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับเข้าร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม รวมทั้งงานอาชีพ

2.2 ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 2.2.1 ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง
- 2.2.2 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เช่น ข้อติดแข็ง ปอดบวม และแผลกดทับ
- 2.2.3 ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติที่สุด
- 2.2.4 เพื่อคงความสามารถการช่วยเหลือตนเองได้ในระยะยาว โดยเป็นภาระแก่ครอบครัวและผู้ดูแลน้อยที่สุด

2.3 สิ่งที่ต้องปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสมรรถภาพจะสำเร็จหรือได้ผลดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับทีมงานจากบุคลากร ทางกายภาพหลายสาขา เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ช่างกายอุปกรณ์ ระยะเวลาที่เริ่มรักษา และสิ่งที่สำคัญ คือ ความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล เป็นหัวใจสำคัญของการดูแล ขั้นตอนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะเริ่มโดยเร็วที่สุดหลังจากผู้ป่วย

พื้นภาวะวิกฤต คือ การเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิ เข้าสู่ภาวะปกติและไม่มี การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทที่เลวลง ในระยะที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องนอนบนเตียง ประโยชน์ ของการฟื้นฟูสมรรถภาพในขั้นตอนนี้ คือ ป้องกันความพิการซ้ำซ้อน เช่น ข้อติดแข็ง แผลกดทับ ปอดบวม โดยสิ่งที่จะปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยมี ดังนี้

- 2.3.1 การจัดทำให้เหมาะสม
- 2.3.2 การบริหารข้อต่อและการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ
- 2.3.3 การหัดการเคลื่อนไหวบนเตียงและหัดนั่ง
- 2.3.4 การหัดยืนและเดิน
- 2.3.5 การฝึกกิจวัตรประจำวัน
- 2.3.6 การดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ
- 2.3.7 การพลิกตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ
- 2.3.8 การตัดแปลงห้องน้ำและห้องส้วม
- 2.3.9 การนวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรง

2.3.1 การจัดทำให้เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะนอนใน ท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการจัดท่าทางผู้ป่วยที่ถูกต้องจึงเป็น วิธีการหนึ่ง ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ การหดสั้น ของกล้ามเนื้อทำให้เกิดการยึดติด ผิดรูปของข้อต่อต่าง ๆ เกิดอาการข้อติดไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ การ เกิดแผลกดทับ เป็นต้น และในการจัดทำท่าให้ถูกต้องจะต้องพิจารณาสิ่งต่อไปนี้

เตียงนอน : ควรเป็นที่นอนที่แน่น เตียงควรมีความสูงพอเหมาะ ควรสูงจาก พื้นประมาณ 50-60 เซนติเมตร เพราะจะทำให้เท้าผู้ป่วยสัมผัสพื้นได้พอดี หรืออาจเป็นเตียงที่ สามารถปรับระดับสูงต่ำของเตียงได้ และควรเสริมราวกันข้างเตียงหรือด้านท้ายเตียง เพื่อช่วยในการ ยันตัวลุกขึ้น

ที่นอน : ต้องเป็นที่นอนที่แน่น ไม่นุ่มหรือแข็งจนเกินไป

ผ้าปูที่นอน : ต้องตึงไม่มีรอยย่น รอยพับ เพื่อไม่ให้เกิดการถูไถกับผิวหนังของ ผู้ป่วย อันจะนำมาสู่การเกิดแผลกดทับขึ้นได้

ท่านอน : การจัดท่านอนสำหรับผู้ป่วย ควรหลีกเลี่ยงการนอนทับแขนหรือขา ข้างที่อ่อนแรงแรงนาน ๆ เพราะจะทำให้เกิดการบวมของแขนและขา เกิดข้อยึดติดได้ง่าย

1) วิธีการจัดท่านอนบนเตียงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ของการจัดท่านอนบนเตียงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้นอนท่าที่ตรงข้ามกับลักษณะการเกร็งของแขน-ขา ลดอาการเกร็งและป้องกันข้อติดแข็ง ควร

จัดเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง และป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งมักจะเกิดที่บริเวณก้น โดยการจัดท่าทำได้ดังนี้

(1) *ท่านอนหงาย* ผู้ป่วยนอนศีรษะตรง หนุนหมอนที่ไม่เตี้ยหรือสูงจนเกินไป จัดตัวให้ตรงอย่าให้เอียงไปทางด้านที่อ่อนแรง โดยใช้หมอนบาง ๆ หนุนที่ไหล่และต้นแขนข้างที่อ่อนแรง ใช้หมอนบาง ๆ หนุนและวางใต้สะโพกข้างที่อ่อนแรง เพื่อป้องกันไม่ให้เชิงกรานแบะออกไปด้านหลัง แขนข้างอ่อนแรงสามารถจัดให้อยู่ในท่าหงายแขนขึ้นงอแขนเข้าเล็กน้อยหรือเหยียดกางออกเล็กน้อย หายฝ่ามือขึ้น ในส่วนของมือที่เป็นอัมพาต ควรจะมีของให้ผู้ป่วยกำไว้ เช่น ฝ่าขนหนู ผืนเล็กม้วนเป็นก้อน เพื่อซึบซับความชื้น และป้องกันการยึดตัวของนิ้วมือในท่ากำ และใช้หมอนบาง ๆ หนุนใต้ข้อเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณสันเท้า หรือใช้กล่องแข็งดันฝ่าเท้าให้ตั้งฉากเพื่อป้องกัน ข้อเท้ายึดติดในท่างอหรือภาวะเท้าตกได้

(2) *ท่านอนตะแคง* ควรจัดให้นอนตะแคงทั้ง 2 ข้าง แต่ควรนอนตะแคงทับข้างปกติมากกว่าข้างที่อ่อนแรง

ก. *ท่านอนตะแคงทับด้านที่ปกติ* ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะตรง หนุนหมอนที่ไม่เตี้ยหรือสูงมากเกินไป นอนตะแคงตัว ดึงสะบักแขนข้างอ่อนแรงมาข้างหน้า พร้อมกับกางแขนออก ใช้หมอนรองใต้แขนข้างอ่อนแรงตลอดจนถึงฝ่ามือ ให้แขนเหยียดตรง (หมอนที่ใช้รองแขนนี้ไม่ควรเตี้ยมาก เพราะจะทำให้ช่วงแขนต่ำกว่าระดับตัว ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ข้อไหล่ได้) รองหมอนใต้ขาข้างที่อ่อนแรงตลอดจนถึงฝ่าเท้า งอสะโพก และเข้า ไขว้ขาไปข้างหน้า เพื่อให้สะโพกบิดไปข้างหน้า และเป็นการยืดกล้ามเนื้อข้างลำตัวและสะโพก เท้าข้างอ่อนแรงวางบนหมอนเช่นเดียวกัน เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อเท้าบิด และขาข้างปกติ เหยียดสะโพกไปด้านหลัง

ข. *ท่านอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง* ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะตรง หนุนหมอนที่ไม่เตี้ยหรือสูงมากเกินไป นอนตะแคงตัว ดึงสะบักแขนข้างอ่อนแรงมาข้างหน้า พร้อมกับกางแขนออก ใช้หมอนรองใต้แขนข้างอ่อนแรงตลอดจนถึงฝ่ามือ ให้แขนเหยียดตรง (หมอนที่ใช้รองแขนนี้ไม่ควรเตี้ยมาก เพราะจะทำให้ช่วงแขนต่ำกว่าระดับตัว ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ข้อไหล่ได้) รองหมอนใต้ขาข้างที่อ่อนแรงตลอดจนถึงฝ่าเท้า งอสะโพก และเข้า ไขว้ขาไปข้างหน้า เพื่อให้สะโพกบิดไปข้างหน้า และเป็นการยืดกล้ามเนื้อข้างลำตัวและสะโพก เท้าข้างอ่อนแรงวางบนหมอนเช่นเดียวกัน เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อเท้าบิด และขาข้างปกติ เหยียดสะโพกไปด้านหลัง

ค. *ท่านอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง* ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะตรง หนุนหมอนที่ไม่เตี้ยหรือสูงมากเกินไป ดึงสะบักข้างอ่อนแรงมาข้างหน้า พร้อมกับกางแขนออก เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับไปบนหัวไหล่ ช่วงปลายแขนอยู่ในท่าหงายมือ ขาข้างที่อ่อนแรง จับเหยียดสะโพกตรง เข่างอเล็กน้อย และขาข้างปกติอยู่ด้านบน งอสะโพกและเข้า ไขว้ขาไปทางด้านหน้า ใช้หมอนรองรับไว้ตลอดจนถึงฝ่าเท้า

2) ทำนั้ง

(1) การจัดทำนั้งบนเตียง ให้ผู้ป่วยนั่งศีรษะและลำตัวตรง จัดให้นั่งโดยมีพนักพิงหลังและศีรษะ หรืออาจปรับหัวเตียงขึ้นก็ได้ (หากเป็นเตียงชนิดปรับได้) หากไม่มีใช้หมอนหนุนรองหลังและศีรษะไว้ แขนข้างที่อ่อนแรงวางไว้บนหมอน หนุนให้สูงจนไหล่ข้างอ่อนแรงอยู่ในระดับเดียวกับข้างปกติ และปลายเท้าทั้ง 2 ข้างยันตั้งฉากกับแผ่นกระดาน หรือผ้าม้วน เพื่อป้องกันเท้าตก

(2) การจัดทำนั้งบนเตียงหรือนั่งบนรถเข็น ให้ผู้ป่วยนั่งศีรษะและลำตัวตรง นั่งบนเตียง วางแขนขาอ่อนแรงไว้บนหมอน ถ้าหมอนที่รองแขนต่ำไปให้ใช้หมอนรองอีกชั้นหนึ่ง ถ้านั่งบนรถเข็น ให้วางแขนทั้งสองข้าง หนุนให้สูงจนไหล่ข้างอ่อนแรงอยู่ในระดับเดียวกับข้างปกติ และเท้าควรจัดให้วางบนพื้นเต็มฝ่าเท้าทั้ง 2 ข้าง ถ้าเตียงหรือเก้าอี้สูงเกินไปจนเท้าลอยพ้นพื้น ให้ใช้กล่องไม้เตี้ย ๆ รองเท้า

2.3.2 การบริหารข้อต่อและการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ

วัตถุประสงค์ของการบริหารข้อต่อและการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ เพื่อป้องกันข้อติดแข็ง เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และเพิ่มการไหลเวียนของเลือด

วิธีการทำ ทำได้ 2 วิธี คือ 1) ออกกำลังกายโดยญาติที่ดูแลเป็นผู้ทำให้ผู้ป่วย และ 2) การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเอง ซึ่งการที่ต้องทำด้วยความนุ่มนวล ขณะทำถ้าผู้ป่วยมีอาการกำลักล้ามเนื้อ ควรให้ผู้ป่วยทำไปพร้อม ๆ กันด้วย ขณะทำควรถามผู้ป่วยว่ามีอาการเจ็บปวดหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้ก็ดูที่สีหน้า ควรทำการเคลื่อนไหวข้อ ท่าละ 10-30 ครั้ง วันละ 2 รอบ

1) การออกกำลังกายโดยญาติที่ดูแลเป็นผู้ทำให้ผู้ป่วย มีทั้งหมด 10 ท่า โดยญาติที่ดูแลจะต้องพยุงส่วนที่จะทำการเคลื่อนไหวอย่างดี มือของผู้ที่ต้องจับอย่างมั่นคง การออกกำลังกายให้ผู้ป่วยจะเริ่มจาก ญาติที่ดูแลทำการเคลื่อนไหวจากส่วนต้นไปส่วนปลายมือเสมอ การเคลื่อนไหวในส่วนแขน ส่วนที่ต้องทำการเคลื่อนไหว ได้แก่ ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือและบริหารข้อนิ้วมือ การเคลื่อนไหวในส่วนขา ส่วนที่ต้องทำการเคลื่อนไหวได้แก่ ข้อสะโพก และข้อเข่า ข้อเท้า และนิ้วเท้า

ท่าที่ 1 การบริหารข้อไหล่ ในท่ายกแขนผู้ป่วยขึ้นและลง

1. ท่าเริ่มต้น ให้ผู้ช่วยจับที่ข้อศอกและมือข้างอัมพาต
2. ค่อย ๆ ยกแขนผู้ป่วยขึ้น
3. ยกจนถึงศีรษะอย่างช้า ๆ ระวังอย่าให้ผู้ป่วยปวด
4. ค่อย ๆ ยกแขนกลับมาข้างลำตัว แล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ ๆ

ท่าที่ 2 การบริหารข้อไหล่ ในท่าการกางแขนและหุบแขนเข้า

1. ท่าเริ่มต้น ให้ผู้ช่วยจับข้อศอกและมือของผู้ป่วย
2. ค่อย ๆ กางแขนผู้ป่วยออกจากลำตัว โดยให้ฝ่ามือผู้ป่วยหงายออก

3. กางแขนจนถึงศีรษะ ระวังอย่าให้ผู้ป่วยปวด
4. ค่อย ๆ จับแขนผู้ป่วยหุบเข้าหาลำตัวแล้วทำการเริ่มต้นซ้ำ

ท่าที่ 3 ท่าหมุนข้อไหล่ขึ้นลง ควรทำด้วยความระมัดระวัง ถ้าเกิดอาการปวดที่ข้อไหล่ควรหยุด

1. ทำเริ่มต้น ผู้ช่วยจับข้อศอกและมือของผู้ป่วยโดยให้แขนกางตั้งฉากกับลำตัว ปลายแขนคว่ำและขนานกับลำตัว
2. ค่อย ๆ หมุนแขนผู้ป่วยขึ้นข้างบน โดยให้แขนและข้อศอกยังอยู่ในแนวตั้งฉาก หมุนขึ้นจนแขนแนบกับที่นอน และแขนขนานกับศีรษะ
3. ค่อย ๆ หมุนแขนผู้ป่วยลง โดยใช้แขนและข้อศอกยังอยู่ในแนวตั้งฉากหมุนลงจนแขนแนบกับที่นอน และขนานกับลำตัว แล้วทำการเริ่มต้นซ้ำ

ท่าที่ 4 การเคลื่อนไหวคว่ำมือ หงายมือ

1. ทำเริ่มต้น จับมือผู้ป่วย
2. ค่อย ๆ หมุนฝ่ามือผู้ป่วยคว่ำลงจนรู้สึกตึง
3. ค่อย ๆ หงายฝ่ามือแล้วทำการเริ่มต้น

ท่าที่ 5 การเคลื่อนไหวข้อมือและนิ้วมือ

1. ทำเริ่มต้น จับมือผู้ป่วย ยกแขนให้ตั้งฉากกับลำตัว
2. ค่อย ๆ กระจกข้อมือผู้ป่วยขึ้นจนรู้สึกตึง
3. ค่อย ๆ กระจกข้อมือลงพร้อมกำมือ แล้วทำการเริ่มต้นซ้ำ

ท่าที่ 6 การเคลื่อนไหวนิ้วโป้ง

1. ทำเริ่มต้น จับแขนผู้ป่วยให้อยู่ในท่าตั้งฉากกับลำตัว อีกมือหนึ่งจับนิ้วโป้งของผู้ป่วย
2. ค่อย ๆ เคลื่อนไหวนิ้วโป้งของผู้ป่วยเข้าหานิ้วก้อย
3. ค่อย ๆ จับนิ้วโป้งของผู้ป่วย เคลื่อนไหวให้ออกห่างจากนิ้วก้อย แล้วลกระดกนิ้วโป้งขึ้น แล้วทำการเริ่มต้นซ้ำ

ท่าที่ 7 การงอขาเข้าและเหยียดขาออก

1. ทำเริ่มต้นให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งจับข้อเท้าผู้ป่วย ส่วนมืออีกข้างหนึ่งจับ ใต้เข่าของผู้ป่วย
2. ค่อย ๆ ยกขาผู้ป่วยขึ้น และงอสะโพก งอเข่าเข้าหาหน้าอกของผู้ป่วย
3. ดันปลายเท้ากระดูกขึ้นไปด้านหน้าให้สุด
4. เหยียดขาผู้ป่วยออกให้ตรง แล้วทำการเริ่มต้นซ้ำ

ท่าที่ 8 การหมุนข้อสะโพกเข้าในและออกนอก

1. ท่าเริ่มต้น ให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งจับข้อเท้า อีกมือหนึ่งจับใต้เข่าของผู้ป่วย ยกต้นขาให้ตั้งฉากกับลำตัว
2. งอปลายขาให้ตั้งฉากกับต้นขา ในท่านี้ปลายขาจะขนานกับพื้นนอน
3. ค่อย ๆ หมุนปลายขาออกด้านนอก จนเริ่มรู้สึกตึง
4. แล้วหมุนปลายขาเข้าด้านใน จนเริ่มรู้สึกตึงแล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ

ท่าที่ 9 การกางขาออกและหุบขาเข้า

1. ท่าเริ่มต้น ให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งจับข้อเท้าผู้ป่วย อีกมือหนึ่งจับใต้เข่าของผู้ป่วย
2. ค่อย ๆ กางขาผู้ป่วยออก
3. แล้วหุบขาผู้ป่วยเข้า แล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ

ท่าที่ 10 การกระดกข้อเท้าหรือการยืดเอ็นร้อยหวาย

1. ท่าเริ่มต้น ให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งซ้อนใต้เท้าผู้ป่วย โดยให้ฝ่าเท้าและปลายเท้าของผู้ป่วยวางบนแขนของท่าน ส่วนมืออีกข้างหนึ่งจับด้านบนข้อเท้าของผู้ป่วย
2. กระดกข้อเท้าของผู้ป่วยจนเริ่มรู้สึกตึง
3. กระดกข้อเท้าลง จนเริ่มรู้สึกตึง แล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ

2) การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเอง โดยใช้แขนข้างที่ดีช่วยการออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเองนี้ ผู้ป่วยทุกราย จำเป็นต้องฝึกกระทำเพื่อให้ได้ผลดีและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยจะฝึกทำได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความสามารถและกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยได้ฝึกให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และทำให้การเคลื่อนไหวต่าง ๆ ดีขึ้น การฝึกการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านของผู้ป่วย ญาติที่ดูแลควรให้ความช่วยเหลือบ้าง ในบางท่าที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองได้อย่างสมบูรณ์ หลักพื้นฐานในการออกกำลังกายด้วยตนเอง ต้องฝึกการเคลื่อนไหวท่าเดิมซ้ำ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้และจะทำให้ผู้ป่วยทำการเคลื่อนไหวนั้นได้เร็วขึ้นในเวลาต่อมาทำการเคลื่อนไหวในจังหวะที่ราบรื่นและสม่ำเสมอพยายามให้ผู้ป่วยใช้แขนและขาข้างที่อ่อนแรงแรงร่วมด้วยเสมอในระยะแรกควรค่อย ๆ ทำทีละน้อยในท่าทางที่ถูกต้องและมีการพักเป็นระยะ ๆ เพื่อไม่ให้เหนื่อยจนเกินไป ต่อไปควรฝึกทำอย่างน้อยวันละ 3 รอบ เข้า-กลางวัน-เย็น

ท่าที่ 1 การยกแขนขึ้น ลง

1. ท่าเริ่มต้น ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่ดี ประสานกับมือข้างที่อ่อนแรงแรง โดยใช้นิ้วโป้งข้างที่อ่อนแรงแรงอยู่ด้านบน
2. ค่อย ๆ ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ ยกจนสุด

3. แล้วยกให้แขนราบไปบนหมอน
4. ค่อย ๆ ยกแขนลง กลับมาท่าเริ่มต้น แล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ

ท่าที่ 2 การกางแขนและหุบแขน

ออกให้ได้มุ่มฉาก

1. ท่าเริ่มต้นใช้แขนข้างที่ตีประสานมือข้างที่เป็นอัมพาตและกาง
2. ยกแขนขึ้นไปให้ลำแขนติดหมอน
3. ยกแขนข้างที่เป็นอัมพาต ให้พาดหน้าอกผู้ป่วย
4. หลังจากนั้นค่อย ๆ ยกกลับมาที่เดิม แล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ

ท่าที่ 3 การหมุนข้อหัวไหล่ขึ้นและลง

กางตั้งฉากกับลำตัว

1. ท่าเริ่มต้น ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างดีจับข้อมือข้างอัมพาต จัดให้แขน
2. หมุนแขนข้างที่เป็นอัมพาตขึ้นไปด้านบน
3. โดยให้ปลายแขนขนานกับศีรษะ
4. จับแขนข้างที่เป็นอัมพาตเคลื่อนไหวลงมา แล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ

ท่าที่ 4 การเคลื่อนไหวข้อศอก

1. ท่าเริ่มต้น ใช้มือข้างดีจับมือด้านอัมพาต
2. งอข้อศอกพับเข้าหาต้นแขน
- 3.เหยียดข้อศอกขึ้นแล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ

ท่าที่ 5 การหมุนข้อมือ

1. ท่าเริ่มต้นให้ใช้ข้อมือข้างที่ตีจับข้อมือข้างที่อัมพาต
2. หมุนฝ่ามือข้างอัมพาตคว่ำลง
3. หมุนฝ่ามือข้างอัมพาตหงายขึ้นแล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ

ท่าที่ 6 การกระดกข้อมือ

แล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ

1. ท่าเริ่มต้น ใช้มือข้างดีจับมือด้านอัมพาต
2. จับปลายนิ้วเหยียดตรง และกระดกข้อมือขึ้น จัดให้นิ้วโป้งกางออก

ท่าที่ 7 การงอและเหยียดสะโพก

1. ท่าเริ่มต้น ยกเท้าข้างดีมาสอดใต้เข่า ข้างที่เป็นอัมพาต
2. เลื่อนเท้าข้างที่ตีไปยังข้อเท้าข้างที่เป็นอัมพาต
3. ยกขาข้างที่เป็นอัมพาตขึ้น โดยใช้แรงจากขาข้างที่ตีช่วยยก
4. ยกขาข้างที่เป็นอัมพาตลง แล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ

ท่าที่ 8 การกางขาและหุบขาเข้า

1. ท่าเริ่มต้น สอดเท้าข้างดีไว้ใต้เท้าข้างเป็นอัมพาต
2. ยกขาข้างอัมพาตขึ้น ให้สูงจากพื้นท่อนประมาณ 2 นิ้ว

ท่าที่ 9 การยกกันขึ้นและลง เมื่อผู้ป่วยมีกำลังมากขึ้น โดยสามารถนอน

หงายพร้อมกับชันเข่าได้ ให้ผู้ป่วยนอนชันเข่าแล้วยกสะโพกขึ้นและลงสลับกัน หลังจากกระยะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนอยู่บนเตียง เมื่อมีการฟื้นตัวของระบบประสาทและสมอง ผู้ป่วยสามารถขยับข้างที่เป็นอัมพาตได้บางส่วน ผู้ป่วยบางรายอาจมีการฟื้นตัวได้รวดเร็วในระยะสั้น ภายใน 2-3 วัน แต่บางรายอาจใช้เวลานานเป็นสัปดาห์หรือนานเป็นเดือน หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพช่วงนี้ จะเริ่มเปลี่ยนท่านอนเป็นท่านั่ง การดูแลจะค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการเวียนศีรษะหรือมีศีรษะในท่านั่ง วิธีแก้ไขควรมีการปรับสภาพแรงดันโดยจัดผู้ป่วยอยู่ในท่ากึ่งนั่งกึ่งนอน ขาเหยียดตรงบนเตียงก่อน โดยใช้หมอนหนุนศีรษะและหลัง ถ้าผู้ป่วยดีขึ้นก็เปลี่ยนมาเป็นนั่งหลังตรง แล้วจับนั่งห้อยขาที่ข้างเตียง ความสูงของเตียงควรพอเหมาะที่เมื่อผู้ป่วยนั่งห้อยขา แล้วฝ่าเท้าสามารถวางราบบนพื้นได้พอดี (ความสูงประมาณ 40-50 เซนติเมตร)

2.3.3 การหัดเคลื่อนไหวบนเตียงและหัดนั่ง

1) การพลิกตัวไปมาบนเตียง เป็นกิจกรรมหน้าที่ที่ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกให้ทำด้วยตนเองโดยใช้แขนข้างที่ดีช่วยเลื่อนตัวมาชิดขอบเตียงให้พอมือที่ว่างตะแคงตัวได้ ใช้ขาที่อ่อนแรงสอดขาข้างที่อ่อนแรงตะแคงลงข้างเตียง ศีรษะยกขึ้นและใช้ศอกข้างที่แข็งแรงออกแรงให้ลำตัวพ้นจากที่นอน เหยียดแขนข้างที่แข็งแรง มือกดที่นอนช่วยดันตัวให้ตั้งตรง และนั่งตรงทำโดยให้ลำตัวตรงลงน้ำหนักที่สะโพก ทั้ง 2 ข้างให้เท่ากันและวางเท้าแนบพื้น

2) การลุกนั่งข้างเตียงโดยมีผู้อื่นช่วย ให้ผู้ป่วยเลื่อนตัวมาชิดขอบเตียง ผู้ช่วยยืนอยู่ข้างที่เป็นอัมพาต ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนตะแคง สอดมือข้างหนึ่งไว้ใต้ศีรษะ และคอของผู้ป่วย มืออีกข้างหนึ่งของผู้ช่วยสอดไว้ใต้เท้าของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยวางมือข้างอัมพาตไว้บนเตียงห่างจากลำตัวเล็กน้อย ส่วนแขนส่วนแขนข้างที่ดีจับที่พื้นเตียง ยกศีรษะและคอของผู้ป่วยขึ้น พร้อมกับลากขาผู้ป่วยมาที่ขอบเตียง โดยผู้ป่วยพยายามใช้แขนข้างที่ดี กดที่พื้นเตียงเพื่อช่วยดันลำตัวขึ้น ผู้ช่วยเปลี่ยนมือข้างที่สอดใต้เท้าเข้ามาจับสะโพกข้างที่ดีและช่วยกด เพื่อให้ผู้ป่วยดันตัวขึ้นมา และนั่งห้อยขาโดยเท้าทั้ง 2 ข้าง วางราบพื้นใช้หลังจากนั่งทรงตัวได้ดีแล้ว ผู้ป่วยบางรายที่มีรถเข็นก็จะมีรถเข็นย้ายตัว จะใช้ข้างที่ดีช่วยเสมอ

3) การย้ายตัวจากเตียงลงนั่งในรถเข็น จัดรถเข็น หรือเก้าอี้เท้าแขนวางทแยงมุมกับเตียงหันหน้าเข้าชิดทางด้านแขน-ขาข้างที่ดีล้อครกก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง โดยโน้มตัวมาข้างหน้าใช้มือที่ดียันขอบเตียงดันตัวให้ลุกขึ้นยืนน้ำหนักตัวอยู่บนขาข้างดี และเอื้อมแขนข้างที่ดีมาจับ

พนักเก้าอี้หรือขอบรถเข็นด้านนอก ค่อย ๆ หมุนตัวหันด้านหลังให้เก้าอี้ลากเท้าและให้ต้นขาด้านหลังสัมผัสที่นั่ง แล้วค่อย ๆ หย่อนตัวลงนั่งในเก้าอี้หรือรถเข็น

สำหรับการเคลื่อนย้ายจากรถเข็นหรือเก้าอี้มายังเตียง ก็มีลำดับขั้นตอนตรงกันข้ามกับการเคลื่อนย้ายจากเตียงลงนั่งในรถเข็น

2.3.4 การหัดเดินและยืน

การลุกยืนจะทำได้ต่อเมื่อ ผู้ป่วยต้องนั่งทรงตัวได้ดีไม่ล้ม การลุกขึ้นจะทำได้ 2 วิธี คือ วิธีที่มีผู้อื่นช่วยและสามารถทำได้ตนเอง

1) การลุกยืนโดยมีผู้อื่นช่วย ทำเริ่มต้นให้ผู้ป่วยเลื่อนตัวมาด้านหน้าให้ก้นชิดขอบเก้าอี้ มือประสานต้นคอด้านหลัง โน้มศีรษะมาด้านหน้า ยกสะโพกและยึดตัวขึ้น เหยียดคอและอกยืดตรง และผู้ช่วยต้องใช้เท้าและเข่ายันกับยันกับเท้าและเข่าที่เป็นอัมพาต ในระยะแรกหัดยืนช่วงระยะสั้น ๆ อาจแค่ 1-2 นาที เมื่อทำได้คล่องแล้ว จึงให้ยืนนานขึ้น แล้วทำทำเริ่มต้นซ้ำ (แค่ประมาณ 5- 10 ครั้ง วันละ 2 รอบ)

2) การลุกยืนโดยตนเอง ทำเริ่มต้นนั่งห้อยขา ก้นชิดขอบเก้าอี้ เข่างอ และให้เท้าทั้ง 2 สัมผัสพื้นเท่ากันห่างประมาณ 8 นิ้ว โน้มศีรษะมาด้านหน้า ยกก้นขึ้นจากเตียงหรือเก้าอี้พร้อมกับเหยียดเข่าทั้ง 2 ข้างและลำตัวให้ตรง

หลังจากที่ผู้ป่วยฝึกลุกขึ้นยืนได้แล้ว ผู้ป่วยต้องฝึกการทรงตัวในท่ายืนให้มั่นคงก่อน โดยเริ่มแรกควรฝึกในราวคู่อานก่อน ขณะที่ยืน ผู้ป่วยฝึกลงน้ำหนักลงบนขาข้างที่เป็นอัมพาต ศีรษะ ลำตัว สะโพก ขาทั้ง 2 ข้างอยู่ในแนวตรง และฝึกการก้าวขาไปข้างหน้า ด้านหลังด้านซ้ายและด้านขวา พร้อมกับลงน้ำหนักตัวบนขาที่ก้าวไป

หลังจากที่ผู้ป่วยหัดยืนทรงตัว และหัดเดินในราวคู่อานได้ดีแล้ว ขั้นตอนต่อไปนี้จะเริ่มหัดเดินออกจากราวคู่อาน เริ่มแรกควรจะมีไม้เท้าช่วย ซึ่งควรปรึกษาแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดก่อนว่าจะใช้แบบใด เพราะไม้เท้าจะมีให้เลือก 3 แบบ คือ แบบที่เป็นปลายแฉก 3 ขา 4 ขา หรือไม้เท้าขาเดียวคล้ายก้านร่ม

3) การหัดเดินด้วยไม้เท้า ใช้หลักการเดียวกัน โดยเริ่มจากท่ายืนตรงปลายเท้าห่างกันเล็กน้อย และไม้เท้าห่างจากนิ้วก้อยประมาณ 6-8 นิ้ว โดยเฉลี่ยน้ำหนักลงขาทั้งสองข้างเท่า ๆ กัน นำไม้เท้าวางด้านหน้าของขา เอียงออกด้านนอกอย่าให้ขวางทางเดิน ก้าวขาข้างที่เป็นอัมพาตมาด้านหน้าก่อน และก้าวขาข้างที่ติดตามมา

2.3.5 การฝึกกิจวัตรประจำวัน

ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ฝึกทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและยังช่วยกระตุ้นให้ร่างกายส่วนที่อ่อนแรงดีขึ้น ถ้าแขนและมือข้างที่อ่อนแรงพอช่วยขับเคลื่อนไหวได้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้แขนข้างที่อ่อนแรงช่วย ไม่ควรใช้ข้างที่มีแรงเพียงอย่างเดียว

1) การรับประทานอาหาร จัดร่างกายให้อยู่ในท่าที่สมดุล พยายามใช้มือข้างที่อ่อนแรงแรงมากเท่าที่จะทำได้ เช่น ช่วยประคองแก้วน้ำหรือหยิบอาหาร จัดโต๊ะอาหารจานสามให้เป็นระเบียบและหยิบใช้ง่าย อุปกรณ์ช่วย เช่น แผ่นยางรองจานกันลื่นไหล ซ้อนช่อมเสริมด้ามเพื่อจะหยิบจับได้สะดวกขึ้น แก้วมีหู มีส่วนช่วยในการรับประทานอาหารสะดวกขึ้น

2) การดูแลสุขอนามัยส่วนตัว การใช้อุปกรณ์ช่วยให้ทำความสะอาดร่างกายได้สะดวกและทั่วถึง เช่น ฝักบัวที่มีมือถือได้ ฟองน้ำถูตัวที่มีด้ามจับยาว หรือแปรงสีฟันเสริมด้าม รวมทั้งเพื่อความปลอดภัยควรใช้แผ่นยางกันลื่นติดตั้งราวจับที่ผนังของห้องน้ำด้วย

3) การสวมเสื้อ เริ่มด้วยการสอดแขนข้างที่อ่อนแรงเข้าไปก่อนจัดเสื้อให้เข้าที่แล้วสอดแขนข้างที่ปกติเข้าไปในแขนเสื้อ แล้วใช้แขนข้างที่มีแรงจัดเสื้อให้เรียบร้อยแล้วติดกระดุม การถอดเสื้อ ให้ถอดข้างปกติก่อนแล้วใช้แขนข้างที่ปกติช่วยดึงเสื้อให้ข้างที่อ่อนแรง สำหรับการสวมรองเท้าและถุงเท้าใช้วิธีการแบบเดียวกัน คือ ไขว้ขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นมา เพื่อจะเอื้อมถึงบริเวณเท้าได้สะดวก สวมข้างที่อ่อนแรงให้เสร็จก่อนส่วนการถอดให้ถอดข้างที่อ่อนแรงเป็นข้างสุดท้าย

4) วิธีการสวมกางเกงขายาว ให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงหรือเก้าอี้ยกขาข้างที่เป็นอัมพาตวางทับขาข้างที่เป็นปกติ จับรููดขาจากงกให้สั้นก่อนแล้วนำมาสวมขาข้างที่เป็นอัมพาต ดึงขาจากงกขึ้นให้สูงที่สุดจากนั้นจึงสวมขาข้างปกติดึงและจัดจากงกให้เรียบร้อย หากผู้ป่วยที่สามารถยืนได้ดี ให้ดึงจากงกขึ้นในท่ายืน ผู้ป่วยที่การทรงตัวในท่ายืนไม่ดี ให้ดึงจากงกในท่านอน โดยการพลิกดึงจากงกขึ้นทีละข้าง

5) วิธีการถอดกางเกง ให้ถอดข้างที่ปกติก่อนแล้วจึงถอดข้างที่เป็นอัมพาต

2.3.6 การดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

ผู้ป่วยมักมีความรู้สึก ปวดปัสสาวะแต่จะกลั้นไม่ได้นาน ทำให้เกิดปัญหาปัสสาวะราด อาจลองให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง บางรายปัสสาวะไม่ออกในระยะแรกควรใช้วิธีสวนทึ่งเป็นครั้งคราว

2.3.7 การพลิกตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ

การพลิกตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ ในสภาพผู้ป่วยที่นอนนานอาจจะทำให้เกิดแผลกดทับบริเวณกันได้ ป้องกันได้โดยพลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง โดยจัดท่าอยู่ในท่านอนหงาย ตะแคงซ้าย ขวา ตามที่กล่าวไว้แล้ว

2.3.8 การดัดแปลงห้องน้ำ และห้องส้วม

ในผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม จึงควรมีความยากลำบากกว่าคนปกติ ทั้งนี้เนื่องมาจากการอ่อนแรงของร่างกาย ซิกที่เป็นอัมพาต หรือการที่ผู้ป่วยมีการทรงตัวที่ไม่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมได้อย่างสะดวก ปลอดภัย จึงควรมีการปรับปรุง หรือดัดแปลงห้องน้ำ ห้องส้วม ให้เข้าผู้ป่วยดังนี้

1) ประตูห้องน้ำ ควรมีความกว้างเพียงพอให้รถเข็นผ่านเข้าออกประตูห้องน้ำได้ โดยควรมีความกว้างประมาณ 89-90 เซนติเมตร และไม่ควรมีธรณีประตู ถ้ามีธรณีประตู หรือถ้าเป็นพื้นต่างระดับไม่ควรมีความสูงเกิน 8 เซนติเมตร และหากสูงกว่า 8 เซนติเมตร ให้ปรับโดยใช้ไม้กระดาน 2 แผ่น วางพาดที่ธรณีประตู หรือใช้ไม้กระดาน 1 แผ่น ทำเป็นทางลาดเข้าสู่ห้องน้ำ

2) อ่างล้างหน้าหรืออ่างล้างมือ ควรมีความสูงประมาณ 76-85 เซนติเมตร จากพื้นและควรมีพื้นที่ว่างใต้อ่างล้างหน้า เพื่อให้รถเข็นสามารถเข้าไปได้

3) กระจกในห้องน้ำ ควรสูงจากพื้นประมาณ 122 เซนติเมตร จากพื้น

4) โถส้วม ควรเป็นชักโครกและควรมีความสูงประมาณ 40-50 เซนติเมตร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสูงของผู้ป่วย เพราะหากโถส้วมสูงหรือเตี้ยเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยลุกนั่งลำบาก

5) การตัดแปลงโถส้วมโดยใช้เก้าอี้ โถส้วมเป็นแบบนั่งของควรตัดแปลงโดยใช้เก้าอี้พลาสติกมีพนักพิง เจาะรูตรงกลางขนาดกว้างพอประมาณลบคมให้เรียบร้อย ควรเพิ่มน้ำหนักของเก้าอี้ เพื่อความมั่นคงปลอดภัยในขณะนั่งโดยใช้ท่อนไม้ต่อขาเก้าอี้ทั้ง 4 ด้าน จากนั้นให้ตัดขาเก้าอี้ให้มีความสูงเท่ากับความสูงของชักโครก คือ ประมาณ 40-50 เซนติเมตร นำเก้าอี้ที่ตัดแปลงแล้วมาวางครอบบนโถส้วมเดิม เก้าอี้ตัดแปลงนี้ยังสามารถใช้เป็นเก้าอี้นั่งอาบน้ำได้อีกด้วย

6) ควรมีราวเกาะเพื่อความสะดวกในการขึ้นลงรถเข็นไปยังที่โถส้วม (สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้รถเข็น)และเพื่อให้ผู้ป่วยใช้เกาะยืนหรือเดิน (สำหรับผู้ป่วยที่เดินได้) โดยราวควรสูงจากพื้น 85 เซนติเมตร

7) อุปกรณ์ต่าง ๆ ในห้องน้ำ เช่น ก๊อกน้ำ สวิตช์ไฟ ควรอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยที่นั่งรถเข็นสามารถเอื้อมถึง คือ สูงไม่เกิน 140 เซนติเมตร หรือต่ำไม่เกิน 50 เซนติเมตร

8) ลูกบิดประตูหรือที่จับประตูห้องน้ำ ควรสูงจากพื้นไม่เกิน 85 เซนติเมตร

9) การทำฟองน้ำด้ามยาวช่วยอาบน้ำ ทำจากฟองน้ำฤดูตัวโดยเจาะรูตรงกลางแล้วนำไม้แขวนเสื้อมาเป็นด้ามจับและตัดให้มีความโค้งตามขนาดร่างกายของผู้ใช้ (ใช้ฟองน้ำดัดแปลงนี้สำหรับทำความสะอาดร่างกายในส่วนที่มีมือเอื้อมไม่ถึง

2.3.9 การนวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรง

การนวดแผนไทยมี 2 แบบ ได้แก่

แบบที่ 1 เป็นการนวดแบบสัมผัส คือ การนวดแบบเบา โดยใช้วิธีการลูบ บีบ จับเบาๆ หรือนวดน้ำมัน เพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงของกล้ามเนื้อและกระตุ้นการรับสัมผัส

แบบที่ 2 เป็นการนวดแบบฟื้นฟู คือ การนวดตามแนวเส้นพื้นฐานหรือการลงจุดสัญญาณ ซึ่งการนวดในลักษณะนี้จะเป็นการนวดที่หนักกว่า

ประโยชน์ของการนวด อาจช่วยลดอาการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวหรือลดอาการบวม ชา ที่ไม่ได้เกิดจากการอักเสบ และทำให้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเคลื่อนไหว

ได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาป้องกันเลือดแข็งตัวมีผลทำให้เกิดจุดเลือด ออกหรือจ้ำเลือดบริเวณผิวหนังได้ง่ายอยู่แล้ว ดังนั้นการนวดที่แรงเกินไปอาจกระตุ้นให้เกิดรอยฟกช้ำ หรือเลือดออกในกล้ามเนื้อได้ง่ายขึ้น การนวดในผู้ป่วยอัมพฤกษ์หรืออัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงของแขนขา โดยให้ผู้ดูแลช่วยนวดจึงขอกว่าเฉพาะการนวดแบบสัมผัสจะเป็นการรักษาในขั้นเบื้องต้นซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และเมื่อผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงนำไปสู่ขั้นตอนการนวดแบบฟื้นฟูต่อไป ขั้นแรกนวดสัมผัสวันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมงครึ่ง ติดต่อกัน 3 วัน แล้วประเมินผลการรักษาและผลการรักษา เมื่ออาการดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถตอบสนองต่อความรู้สึกเจ็บป่วยและความร้อนได้ดีขึ้นสามารถกระดิกนิ้วมือได้ ทำได้บ้างจะทำการฟื้นฟูวันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1-2 ชั่วโมง ติดต่อกัน 5 วัน แล้วประเมินผลการรักษาซ้ำ เมื่อรักษาต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยดีขึ้นเรื่อย ๆ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมีความจำเป็นต้องฟื้นฟูต่อเนื่อง จะกระทำการนวดฟื้นฟูสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง จนกว่าจะฟื้นตัวได้ด้วยตนเอง จะให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ป่วยไปปฏิบัติตนเองต่อที่บ้าน เมื่อการรักษาแล้วอาการคงที่ให้ปรึกษา ประสานกับบุคลากรในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

1) นวดสัมผัสบริเวณมือและแขน

ท่าที่ 1 นวดคลายกล้ามเนื้อฝ่ามือ



ผู้ป่วยหงายมือ ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกด

ซ้อนกันจุดฝ่ามือที่ 1 อยู่บนเนินใหญ่ของฝ่ามือ

จุดที่ 2 อยู่กลางฝ่ามือตรงบริเวณนิ้วกลาง และจุดที่ 3

อยู่บริเวณเนินเล็กของฝ่ามือตรงบริเวณนิ้วก้อย

ท่าที่ 2 นวดคลายกล้ามเนื้อแขนด้านใน 1 และ 2



ผู้ป่วยหงายมือ ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือกดตรงตำแหน่งแนว

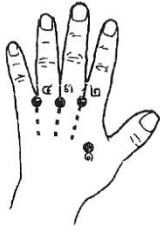
แขนด้านใน 1 (แนวนิ้วกลาง) เริ่มจากเหนือข้อมือ ใช้สองนิ้ว

กดนวดไล่เรียงขึ้นไปจนถึงต้นแขน และนวดและนวดแนว

แขนด้านใน 2 (แนวนิ้วก้อย) นวดลักษณะเช่นเดียวกับแนว 1

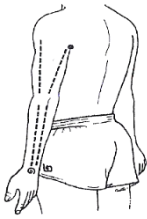
โดยเว้นการกดบริเวณข้อพับแขน

ท่าที่ 3 นวดคลายกล้ามเนื้อหลังมือ



ผู้ป่วยคว่ำมือ ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดซ้อนกันตรงจุดที่ 1 บริเวณง่ามระหว่างนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้ และกดจุดหลังมือ 2, 3, 4 บริเวณร่องระหว่างโคนนิ้ว

ท่าที่ 4 นวดคลายกล้ามเนื้อแขนด้านนอก 1, 2



ผู้ป่วยคว่ำมือ ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือกดตรงตำแหน่งนวดแขนด้านนอก 1 (แนวนิ้วกลาง) เริ่มต้นจากเหนือข้อมือเล็กน้อย กดนวดไ้เรียงขึ้นไปจนถึงต้นแขน และนวดแนวแขนด้านนอก 2 (แนวนิ้วก้อย) นวดลักษณะ เช่นเดียวกับแนว 1 โดยเว้นการนวดบริเวณข้อศอก

ท่าที่ 5 ลูบเอาใจ

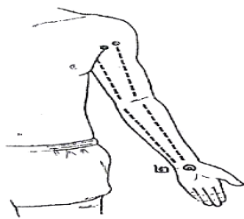
ผู้ป่วยหงายมือ ผู้นวดบีบน้ำมันใส่ฝ่ามือ ซิลิโคนน้ำมันให้ทั่วฝ่ามือ แล้วใช้อุ้งมือขวาและอุ้งมือซ้ายวางบนแขนผู้ป่วยออกแรงกดเบาๆ กดนวดไ้เรียงขึ้นไปจนถึงต้นแขน จากนั้นหมุนฝ่ามือโอบข้างต้นแขนรูดลงมาจนถึงข้อมือ ทำ 3-4 รอบ

ท่าที่ 6 วนกันหอย



ผู้ป่วยหงายมือ ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดนวดวนสลับกันเป็นกันหอยตามแนวกึ่งกลางแขนกึ่งกลางแขนด้านใน เริ่มตั้งแต่บริเวณเหนือข้อมือ นวดไล่ เรียงขึ้นไปจนถึงต้นแขน ทำ 3-4 รอบ เว้นบริเวณใต้พับแขน (นวดวนกันหอยจะนวดทั้งแนวแขนด้านใน 1, 2)

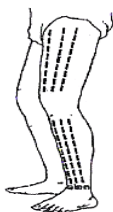
ท่าที่ 7 ริดกล้ามเนื้อแขนด้านใน



ผู้ป่วยหงายมือ ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือกดตรงตำแหน่งกึ่งกลางแขนด้านในบริเวณเหนือข้อมือ กดนวดรัดขึ้นไปจนถึงกึ่งกลางแขนด้านล่าง และกดนวดรัดขึ้นไปจนถึงใต้ข้อพับแขน เว้นบริเวณข้อพับแขน จากนั้นกดนวดรัดขึ้นไปจนถึงต้นแขน ทำ 3-4 รอบ (นวดรัดกล้ามเนื้อแขนด้านในจะนวดทั้งแนวแขนด้านใน 1, 2)

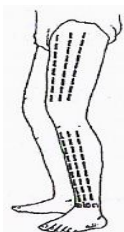
2) การนวดสัมผัสบริเวณขาทำนอนหงาย

ท่าที่ 1 นวดคลายกล้ามเนื้อขาแนวที่ 1 ชิดกระดูกสันหน้าแข้ง



ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างวางคู่กัน กดบนแนวกล้ามเนื้อชิดกระดูกสันหลังหน้าแข้งแนวที่ 1 (ชิดกระดูกสันหน้าแข้ง) กดเรียงลงไปถึงข้อเท้า และ กดเรียงนิ้วขึ้นจาก 2 นิ้วเหนือเข่า ไปถึงต้นขา โดยใช้นิ้วทั้งสี่ประคองด้านล่าง

ท่าที่ 2 นวดคลายกล้ามเนื้อขาแนวที่ 2, 3 ช่วงสันหน้าแข้ง



ผู้นวดพลิกกลับมือ โดยใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างชี้ลง นวดแนวกล้ามเนื้อแนวที่ 2, 3 (ห่างจากกระดูกสันหน้าแข้ง 1 และ 2 นิ้วมือตามลำดับ เว้นข้อเข่าลงมาประมาณ 2 นิ้วมือ กดเรียงนิ้วลงไปถึงข้อเท้าและกดเหนือข้อเข่า 2 นิ้วมือ กดเรียงนิ้วขึ้นไปจนถึงต้นขา โดยใช้นิ้วทั้งสี่ประคองร่วมด้วย

ท่าที่ 3 ลูบเอาใจ

ผู้นวดบีบน้ำมันใส่ฝ่ามือ ทำการขโลมน้ำมันให้ทั่วด้วยท่าลูบเอาใจ คือ ใช้อุ้งมือขวาและอุ้งมือซ้ายวางบนขาผู้ป่วยออกแรงเบา ๆ นวดไล่เรียงขึ้นไปจนถึงต้นขา จากนั้นหมุนฝ่ามือโอบข้างต้นขาลูบลงมาจนถึงข้อเท้า ทำท่าลูบเอาใจ 3-4 รอบ

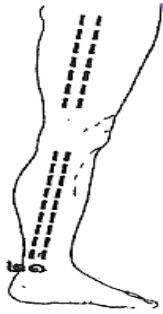
ท่าที่ 4 วนกันหอยแนวสันหน้าแข้ง***

ผู้นวดใช้หัวแม่มือทั้งสองข้างกดนวดวนเป็นกันหอยเริ่มตั้งแต่แนวสันหน้าแข้งด้านนอกและด้านในเหนือข้อเท้า กดนวดไล่ขึ้นไปจนถึงข้อเข่า และนวดบริเวณเหนือข้อเข่า 2 นิ้วมือ กดเรียงนิ้ววนเป็นกันหอยขึ้นไปจนถึงต้นขา ทำ 3-4 รอบ

ท่าที่ 5 ริดกล้ามเนื้อขาด้านนอก

ผู้นวดใช้มือซ้ายจับบริเวณข้อเท้าผู้ป่วย ส่วนมือขวาใช้นิ้วหัวแม่มือกดตรงตามตำแหน่งแนวสันหน้าแข้งด้านนอก กดนวดริดขึ้นไปจนถึงข้อเข่า และนวดบริเวณเหนือข้อเข่า 2 นิ้วมือ นวดริดขึ้นไปจนถึงข้อเข่าทำ 3-4 รอบ จากนั้นเปลี่ยนสลับมือริดขาด้านใน ทำเช่นเดียวกับขา ด้านนอก

ท่าที่ 6 ริดกล้ามเนื้อขาในด้านในท่อนล่าง



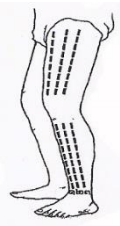
ผู้ป่วยนอนหงายงอเข้าข้างที่นิ้ว ผู้หมวดใช้สันมือกดรีดบริเวณ
แนวขาในด้านในท่อนล่างแนว 1, 2 (ขีดกระดูกหน้าแข้งด้านใน
และห่างจากกระดูกหน้าแข้งด้านใน 1 นิ้วมือ) กดตั้งแต่ใต้ข้อ
พับเข่าลงมา ไปถึงข้อเท้า ทำ 3-4 รอบ

ท่าที่ 7 ริดกล้ามเนื้อขาในด้านในท่อนบน

ผู้ป่วยนอนหงาย งอเข้าข้างที่นิ้ว ผู้หมวดใช้สันมือกดรีดตรงบริเวณ
แนวขาในด้านในท่อนบนแนว 1, 2 (ดังท่าที่ 6) กดตั้งแต่เหนือข้อพับเข่าขึ้นไปจนถึงต้นขา ทำ 3-4 รอบ

3) การนวดลัมฟัสบริเวณขาที่นอนตะแคง

ท่าที่ 1 ริดกล้ามเนื้อขาในด้านนอกท่อนล่าง



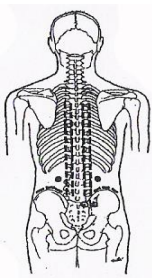
ผู้ป่วยนอนตะแคงข้าง ผู้หมวดใช้นิ้วหัวแม่มือกดรีดตรงบริเวณแนว
ขาในด้านนอกท่อนล่างแนว 1, 2, 3 (ขีดกระดูกสันหน้าแข้งด้านนอก,
ห่างจากสันหน้าแข้ง 1 นิ้วมือ และ 2 นิ้วมือตามลำดับ) กดรีด
ตั้งแต่ใต้ข้อพับเข่าลงไปถึงข้อเท้า ทำ 3-4 รอบ

ท่าที่ 2 ริดกล้ามเนื้อขาในด้านนอกท่อนบน

ผู้ป่วยนอนตะแคงข้าง ผู้หมวดใช้สันมือกดรีดตรงบริเวณแนวขาด้าน
นอกท่อนบนแนว 1, 2, 3 (ดังท่าที่ 1) กดรีดตั้งแต่เหนือข้อพับเข่าขึ้นไปจนถึงต้นขา ทำ 3-4 รอบ

4) การนวดลัมฟัสบริเวณหลังที่นอนตะแคง

ท่าที่ 1 นวดคลายกล้ามเนื้อหลัง แนว 1, 2



ผู้ป่วยนอนตะแคงข้าง ผู้หมวดใช้สันมือกดลงเบา ๆ แนว 1 (ขีด
กระดูกสันหลัง) และ แนว 2 (ห่างจากกระดูกสันหลัง 1 นิ้วมือ)
นวดจากหลังช่วงเอวขึ้นไปจนถึงช่วงบ่า ทำทั้งสองข้างเหมือนกัน

ท่าที่ 2 วนกันหอยขีดแนวกระดูกสันหลัง แนว 1

ผู้ป่วยนอนตะแคงในลักษณะเดิม ผู้หมวดบีบน้ำมันใส่ฝ่ามือ โคลม
ให้ทั่วแผ่นหลัง ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดวนเป็นกันหอยขีดแนวกระดูกสันหลัง แนว 1 เริ่มต้นนวด
จากหลังช่วงเอวกดวนขึ้นไปจนถึงแนวบ่า

ท่าที่ 3 วนก้นหอยห่างจากแนวกระดูกสันหลัง 1 นิ้วมือ แนว 2

ผู้ป่วยนอนตะแคงในลักษณะเดิม ผู้หมวดใช้นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้าง กดนวดวนเป็นก้นหอยห่างจากแนวกระดูกสันหลัง 1 นิ้วมือ เริ่มต้นนวดจากหลังช่วงเอวกดวนขึ้นไป จนถึงแนวเป้า

อย่างไรก็ดี การนวดในระยะที่กล้ามเนื้อมีการหดเกร็ง (spaticity) โดยเฉพาะ ในบางบริเวณ เช่น ฝ่ามือ แขนด้านใน ข้อพับศอกด้านใน ต้นขาด้านหน้า และฝ่าเท้า สามารถกระตุ้น ให้เกิดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อการรักษามากกว่าผลดี จึงควรหลีกเลี่ยง การนวดในกรณีดังกล่าว

การประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร

สมุนไพรที่ใช้ในการรักษา จะมีลูกประคบที่ใช้ในการรักษาที่ประกอบไปด้วย สมุนไพรหลายชนิด อาทิ ผิวมะกรูด ขมิ้นชัน เกลือ การบูร ไพล และตะไคร้บ้าน เป็นต้น นำไปนึ่ง 15-20 นาที แล้วใช้ประคบให้ผู้ป่วยประมาณครึ่งชั่วโมง นอกจากจะช่วยในการรักษา ยังช่วยบรรเทา อาการปวดกล้ามเนื้อได้ดีอีกด้วย สำหรับการใช้สมุนไพรชนิดรับประทาน ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย ว่าหนักแค่ไหน โดยจะมีทั้งแบบสมุนไพรเดี่ยวและสมุนไพรตำรับ

ประโยชน์ของการประคบสมุนไพร (จากตัวยาสมุนไพร และความร้อน)

1. กระตุ้นหรือเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต
2. ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อและบรรเทาอาการปวดเมื่อย
3. ลดการติดขัดของข้อต่อบริเวณที่ประคบและทำให้เนื้อเยื่อพังผืดยืดตัวออก
4. ลดอาการบวมที่เกิดจากการอักเสบของกล้ามเนื้อหรือบริเวณข้อต่อต่าง ๆ

หลังจาก 24-48 ชั่วโมงไปแล้ว

5. ช่วยให้รู้สึก สดชื่น ผ่อนคลายจากกลิ่นของน้ำมันหอมระเหย

ตัวยาที่นิยมทำลูกประคบ

1. ไพล (500 กรัม) แก้ปวดเมื่อย เคล็ด ขัดยอก ลดการอักเสบ
2. ขมิ้นชัน (100 กรัม) ช่วยลดการอักเสบ แก้โรคผิวหนัง
3. ขมิ้นอ้อย (100 กรัม) ช่วยลดการอักเสบ แก้โรคผิวหนัง
4. ตะไคร้บ้าน (200 กรัม) แต่งกลิ่น
5. ผลมะกรูด (100 กรัม) ผิวมะกรูดมีน้ำมันหอมระเหย แก้กลมวิงเวียน ส่วนน้ำในผลแก้คันตามร่างกาย ถ้าไม่มีใช้ใบแทนได้ ซึ่งมีน้ำมันหอมระเหย แก้กลมวิงเวียน เช่นกัน
6. ข่า (100 กรัม) ช่วยรักษาโรคผิวหนังกลากเกลื้อน
7. เกลือ (60 กรัม) ช่วยดูดความร้อนและช่วยพาตัวยาสัมผัสผ่านผิวหนังได้

สะดวกขึ้น

8. การบูร (30 กรัม) แต่งกลิ่นบำรุงหัวใจ

9. พิมเสน (30 กรัม) แต่งกลิ่นบำรุงหัวใจ

สูตรตำรับยาประคบที่ระบุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2556 ในยา 130 กรัม ประกอบด้วยเหง้าไพล 50 กรัม ใบมะขาม 30 กรัม ผิวมะกรูด 20 กรัม เหง้าขมิ้นชัน 10 กรัม ตรีโครี (ลำต้น) 10 กรัม เกลือเม็ด 1 ซ่อนโต๊ะ การบูร 2 ซ่อนโต๊ะ

อุปกรณ์การทำลูกประคบสมุนไพร

1. ผ้าสำหรับห่อลูกประคบ ต้องเป็นผ้าฝ้ายหรือผ้าดิบที่มีเนื้อผ้าแน่นพอที่จะป้องกันไม่ให้สมุนไพรร่วงออกมาได้
2. สมุนไพรที่ใช้ประคบต้องหั่นหรือสับเป็นชิ้นเล็ก ๆ อาจใช้สมุนไพรสดหรือแห้งก็ได้ แต่ต้องไม่มีเชื้อราปรากฏให้เห็น
3. หม้อสำหรับนึ่งลูกประคบและจานรองลูกประคบ
4. เชือกสำหรับห่อลูกประคบ

วิธีทำลูกประคบ

1. นำหัวไพล ขมิ้นชัน ขมิ้นอ้อย ข่า ตรีโครี และมะกรูด ล้างทำความสะอาด นำมาหั่นหรือสับให้เป็นชิ้น ตามขนาดที่ต้องการ ตำพอหยาบ ๆ
2. ใส่เกลือ การบูรและพิมเสน คลุกเคล้าให้เข้าเป็นเนื้อเดียวกัน แต่อย่าให้แฉะเป็นน้ำ
3. แบ่งสมุนไพรที่คลุกเคล้าให้เข้ากันแล้วแบ่งเป็นส่วน ๆ เท่า ๆ กัน ใช้ผ้าฝ้ายหรือผ้าดิบห่อเป็นลูกประคบมัดด้วยเชือกให้แน่น

วิธีการใช้ลูกประคบสมุนไพร

นำลูกประคบที่ได้ไปนึ่งประมาณ 15-20 นาที เมื่อลูกประคบร้อนได้ที่แล้ว ก่อนนำมาใช้ประคบควรมีการทดสอบความร้อนตดยแต่ที่ท้องแขนหรือหลังมือก่อน และในช่วงแรกที่ลูกประคบยังร้อนอยู่ ต้องประคบด้วยความเร็ว ไม่วางลูกประคบไว้บนผิวหนังนาน ๆ เพียงแต่ลูกประคบแล้วยกขึ้น แต่เมื่อลูกประคบคลายความร้อนลงสามารถวางลูกประคบได้นานขึ้นพร้อมกับกดคลึงจนกว่าลูกประคบคลายความร้อน แล้วจึงเปลี่ยนลูกประคบลูกใหม่มาใช้แทนและนำลูกประคบที่เย็นแล้วกลับไปนึ่งใหม่เพื่อนำมาใช้ต่อไป

ข้อควรระวังในการประคบสมุนไพร

1. ไม่ควรใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไป โดยเฉพาะบริเวณผิวหนังที่เคยเป็นแผลมาก่อน หรือบริเวณที่มีกระดูกยื่น และต้องระมัดระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อัมพาต ในเด็กและผู้สูงอายุ เพราะมักมีความรู้สึกในการรับรู้และตอบสนองช้า อาจทำให้ผิวหนังไหม้พองได้ง่าย
2. ห้ามประคบบริเวณที่มีแผล

3. ไม่ควรใช้การประคบสมุนไพรในกรณีที่มีการอักเสบ บวมแดง ร้อน ในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก เพราะจะทำให้อักเสบมากขึ้นและอาจมีเลือดออกตามมาได้

4. หลังจากประคบสมุนไพรเสร็จใหม่ ๆ ไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะจะไปล้างตัวยาจากผิวหนัง และร่างกายยังไม่สามารถปรับตัวได้ทันที (ร้อนเป็นเย็นทันที) อาจทำให้เกิดเป็นไข้ได้

5. ควรระวังการใช้ในผู้ที่แพ้ส่วนประกอบในลูกประคบ

การเก็บลูกประคบสมุนไพร

ลูกประคบสมุนไพรที่ใช้ครั้งหนึ่งแล้วสามารถเก็บไว้ได้นาน 3-5 วัน หลังจากใช้แล้วควรผึ่งลูกประคบให้แห้ง เก็บใส่ถุงหรือภาชนะให้แน่นแช่ตู้เย็นจะเก็บได้นานขึ้น ให้สังเกตถ้าลูกประคบมีเชื้อรา ปรากฏให้เห็นและมีกลิ่นเหม็นเปรี้ยว หรือสีเหลืองจางลง แสดงว่าตัวยาสีหาย ไม่มีคุณภาพ ไม่ควรนำมาใช้อีกต่อไป เพราะจะใช้ไม่ได้ผล

นอกจากการทำเพื่อใช้เองแล้ว ปัจจุบันมีการทำลูกประคบจำหน่ายเป็นสินค้าโอท็อปในหลาย ๆ จังหวัด โดยส่วนใหญ่จะใช้สมุนไพรแห้งเพื่อให้เกิดความสะดวกและการเก็บรักษาง่าย ซึ่งสรรพคุณจะแตกต่างกันไปตามชนิดของสมุนไพรที่นำมาทำ สำหรับการเลือกว่าควรเลือกซื้อลูกประคบ ที่มีลักษณะดี สะอาด ไม่มีเชื้อรา และควรเลือกซื้อจากแหล่งที่เชื่อถือได้ (กฤติยา ไชยนอก, 2017)



2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ มี 7 ด้าน ดังนี้

2.4.1 ด้านรับประทานอาหาร อาหารเป็นสิ่งจำเป็นต่อชีวิตและสุขภาพ จึงควรจัดอาหารที่มีความหลากหลาย สีสนับรับประทาน ปริมาณเพียงพอ กับความต้องการของผู้ป่วยเน้นผัก

และผลไม้เพื่อช่วยการขับถ่าย ให้รับประทานอาหารมื้อเช้าเพราะสำคัญที่สุดในการให้พลังงาน มื้อสุดท้ายควรเป็นอาหารเบา ๆ อาจแบ่งมื้ออาหารเป็นวันละ 6 มื้อ แทน 3 มื้อ โดยรับประทานอาหารเช้าแต่ละมือน้อยลง แต่บ่อยขึ้น ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาดวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร ยกเว้นในรายที่มีการจำกัดน้ำถ้ามีปัญหาเกลือแร่ได้รับประทานอาหารปั่น หรือตัดอาหารเป็นชิ้นเล็กให้กลืนง่ายขึ้น จัดหาอุปกรณ์สำหรับรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น ทำหลุมวางจานอาหารเพื่อป้องกันการเลื่อน ใช้ช้อนด้ามใหญ่สำหรับผู้ที่มีปัญหาแขนขาอ่อนแรง เครื่องชั่งลดน้ำหนักในกรณีที่มีปัญหาน้ำหนักเกินโดยรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่มีรสหวาน ลดคาร์โบไฮเดรต เช่น แป้ง น้ำตาล เป็นต้น งดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม รสมัน เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และลดความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติมากที่สุด

2.4.2 ด้านการรับประทานยา

รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยยึดหลัก ให้อาณุกคน ให้อาณุกโรค โดยไม่รับประทานยาของคนอื่น ให้อาณุกขนาด โดยรับประทานยาตามจำนวนที่แพทย์สั่งไม่งดหรือลดยาเอง ให้อาณุกทาง/ณุกวิธี เช่น ยารับประทาน ยามอมใต้ลิ้น เป็นต้น ให้อาณุกเวลา โดยรับประทานตามเวลา เช่น ก่อนอาหาร 30 นาที หลังอาหารทันที หรืออื่น ๆ ถ้าลืมต้องรีบรับประทานทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าใกล้กับมือต่อไป ให้งดรับประทานมือที่ลืม การเฝ้าระวังและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังให้อาณุกละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือด ควรเฝ้าระวังสังเกตอาการเลือดออกจากอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนของยาละลายลิ่มเลือด เช่น มีจ้ำเลือดเพิ่มมากขึ้นที่รอยแทงน้ำเกลือ หรือรอยเจาะเลือด พร้อมสังเกตสีของปัสสาวะ สีของอุจจาระ หรือลักษณะอาเจียนที่ออกมา ผู้ป่วย/ผู้ดูแลควรเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นจากการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ดังนี้

1) แอสไพริน (Aspirin) จะมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน จากการระคายเคืองกระเพาะอาหาร

2) โคลพิโดเกรล (Clopidogrel) จะมีอาการผื่น ปวดหน้าอก ปวดศีรษะ ตาพร่า อึดอัดท้อง ผู้ป่วยโรคตับหรือมีปัญหาตกเลือด ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง

3) โคลพิดีน (Ticlopidine) มักมีอาการท้องเดิน คลื่นไส้ จำนวนเกล็ดเลือดลดลง ทำให้เกิดแผลฟกซ้ำ

4) ไดไพริดาโมล (Dipyridamole) จะมีอาการปวดศีรษะ

5) ซิโลสตาซอล (Cilostazol) มักมีอาการปวดศีรษะ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือวอร์ฟาริน (Warfarin)

1) ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องต่อเนื่อง และมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อเจาะเลือดเพื่อดูฤทธิ์ของยา

- 2) กรณีที่ต้องได้รับการผ่าตัดหรือถอนฟัน ต้องแจ้งแพทย์ทันทีและพบแพทย์ที่ส่งรักษาเพื่อพิจารณา
- 3) ถ้าเกิดอุบัติเหตุหรือมีเลือดออกมากผิดปกติ ให้หยุดยาทันทีและมาพบแพทย์
- 4) กรณีที่มีอาการบวมที่แขนขา โดยไม่ทราบสาเหตุหรือมีเลือดออกเองควรแจ้งแพทย์ทันที
- 5) งดการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เพราะอาจมีผลทำให้ระดับยาเปลี่ยนแปลงได้
- 6) ยานี้ขับผ่านน้ำนมได้ ดังนั้นสตรีที่ให้นมบุตรและได้รับยาออร์ฟาริน หากตั้งครรภ์ควรแจ้งแพทย์ทันทีเพื่อปรับเปลี่ยนยา
- 7) หากลิ้มรับประทานยามานานกว่า 12 ชั่วโมง ให้ข้ามยามื้อนั้นไปเลยและรับประทานยามื้อต่อไปในขนาดเดิม
- 8) การเก็บรักษา ยา ควรเก็บยาให้พ้นแสงและความชื้น เก็บยาให้พ้นมือเด็ก และเก็บยาในภาชนะที่ได้รับจากโรงพยาบาล

2.4.3 ด้านการขับถ่าย

ผู้ป่วยมักมีความรู้สึก ปวดปัสสาวะแต่จะกลั้นไม่ได้นาน ทำให้เกิดปัญหาปัสสาวะรด อาจลองให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง บางรายปัสสาวะไม่ออกในระยะแรกควรใช้วิธีสวนทิงเป็นครั้งคราว

การขับถ่าย ผู้ป่วยอาจมีภาวะท้องผูก กระตุ้นให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน ให้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักใบเขียวต่าง ๆ ผลไม้ เป็นต้น และดื่มน้ำสะอาดเพียงพออย่างน้อยวันละ 1,500-3,000 มิลลิลิตร หากไม่มีข้อจำกัด กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้ลำไส้ทำงานปกติ ช่วยเหลือในการขับถ่าย เช่น ช่วยให้ขับถ่ายบนเตียง โดยใช้หมอนหนุน กระโถน หรือเก้าอี้ถ่ายอุจจาระ และช่วยทำความสะอาดหลังการขับถ่าย ในรายที่มีปัญหาหกลั้นปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ด ใช้ผ้าอ้อมรองซับและเปลี่ยนเมื่อเปียก ฝึกให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองตามเวลาที่เหมาะสม ในรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ต้องดูแลให้สายต่อปัสสาวะอยู่ในระบบปิด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วย ป้องกันการไหลกลับของปัสสาวะ ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะดึงรั้งท่อทางเดินปัสสาวะ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ สังเกตลักษณะและปริมาณปัสสาวะ ทุก 8 ชั่วโมง

2.4.4 ด้านการฟื้นฟูสภาพโดยผู้ป่วยทำเองและผู้ดูแลช่วยทำ

การเคลื่อนไหวเป็นเรื่องสำคัญช่วยให้การไหลเวียนเลือดดี กล้ามเนื้อแข็งแรง กระตุ้นความอยากอาหาร โดยสนับสนุนหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวอวัยวะบางส่วนได้ ออกจากห้องนอนและเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เพื่อให้รู้สึกเป็นอิสระเป็นตัวของตัวเอง และดูแลช่วยเหลือให้เดินทาง

ไปยังที่ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสอยู่กับผู้อื่น จะช่วยให้ฟื้นฟูสมรรถภาพได้มากขึ้น อาจใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า รถเข็น เป็นต้น ทำกายภาพบำบัดโดยใช้อุปกรณ์ การบริหารร่างกายผู้ป่วยด้วยการเคลื่อนไหวแขนและขา เป็นต้น

พฤติกรรมด้านการฟื้นฟูสภาพโดยผู้ป่วยทำเองและผู้ดูแลช่วยทำให้โดยผู้ป่วยทำเองและโดยผู้ดูแลช่วยทำให้ หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบริหารร่างกายข้างที่อ่อนแรงด้วยการใช้แขนขาข้างที่ดีช่วย โดยใช้วิธีการบริหารข้อต่อและการออกกำลังกายกล้ามเนื้อผู้ป่วยบริหารร่างกายด้วยตนเอง 9 ท่า ดังนี้

ท่าที่ 1 การยกแขนขึ้น ลง

ท่าที่ 2 การกางแขนและหุบแขน

ท่าที่ 3 การหมุนข้อหัวไหล่ขึ้นและลง

ท่าที่ 4 การเคลื่อนไหวข้อศอก

ท่าที่ 5 การหมุนข้อมือ

ท่าที่ 6 การกระดกข้อมือ

ท่าที่ 7 การงอและเหยียดสะโพก

ท่าที่ 8 การกางขาและหุบขาเข้า

ท่าที่ 9 การยกกันขึ้นและลง

การฟื้นฟูสภาพที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เองเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อปาก ดังนี้

1) อ้าปากกว้าง ออกเสียงคำว่า “อา” “อะ อา”

2) ยิ้มยิงฟัน ออกเสียงคำว่า “อี” “อิ อี”

3) ห่อปากจู๋ ออกเสียงคำว่า “อู” “อุ อู”

4) ห่อปาก ออกเสียงคำว่า “โอ” “โอะ โอ”

5) ออกเสียงคำว่า “ลา” “ลา ลา ลา”

6) เม้มปากติดกันแน่น ๆ แล้วย่อออก

7) แลบลายลิ้นแตะมุมปาก ซ้าย-ขวา บน-ล่าง

8) พองแก้มป่อง 2 ข้างทำเสียงกระแอม

9) ยกปลายลิ้นแตะหลังห้น บน ลากเข้าไปตามเพดานปาก

หมายเหตุ* การฝึกให้ทำวันละ 3 ครั้ง โดยทำท่าละ 10 ครั้ง หน้ากระจก โดยสถานที่ที่เหมาะสม คือห้องที่เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน ถ้าผู้ป่วยทำไม่ได้ ให้ทำให้อาหรือจับปากผู้ป่วยให้ช่วยก็ตาม

2.4.5 ด้านการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ควรฝึกกิจวัตรประจำวันส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและยังช่วยให้ร่างกายส่วนที่ อ่อนแรงดีขึ้น ถ้าแขนและมือข้างที่อ่อนแรงพอขยับเคลื่อนไหวได้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้แขนข้างที่อ่อนแรงโดยใช้ข้างที่มีแรงช่วย ไม่ควรใช้แต่ข้างที่มีแรงอย่างเดียว การฝึกกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเองมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การรับประทานอาหาร จัดร่างกายให้อยู่ในท่านั่งที่สมดุล พยายามใช้มือข้างที่อ่อนแรงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น ช่วยประคองแก้วน้ำหรือหยิบอาหาร จัดโต๊ะอาหาร จาน ชาม ซ้อนให้เป็นระเบียบและหยิบใช้ง่ายอุปกรณ์ช่วย เช่น แผ่นยางรองจานกันลื่นไหล ซ้อนช้อมเริ่มตามเพื่อจะหยิบจับได้สะดวกขึ้น แก้วมีหู มีส่วนช่วยในการรับประทานอาหารและสะดวกมากขึ้น

2) การดูแลสุขอนามัยส่วนตัว การใช้อุปกรณ์ช่วยให้ทำความสะอาดร่างกายได้สะดวกและทั่วถึง เช่น ฝักบัวที่ใช้มือถือได้ ฟองน้ำถูตัวที่มีด้ามยาว หรือแปรงสีฟันเสริมด้าม รวมทั้งเพื่อความปลอดภัยควรใช้แผ่นยางกันลื่นหรือติดตั้งราวจับที่ผนังของห้องน้ำด้วย

3) การแต่งตัว การสวมเสื้อ เริ่มด้วยการสอดแขนข้างที่อ่อนแรงเข้าไปก่อน จัดเสื้อให้เข้าที่แล้วสอดแขนข้างที่ปกติเข้าไปในแขนเสื้อ แล้วใช้แขนข้างที่มีแรงจัดเสื้อให้เรียบร้อยและติดกระดุม การถอดเสื้อ ให้ถอดข้างที่ปกติก่อนแล้วใช้แขนข้างปกติช่วยดึงเสื้อให้ข้างที่อ่อนแรงสำหรับการสวมรองเท้าและถุงเท้าใช้วิธีการแบบเดียวกัน คือ ไขว้ขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นมา เพื่อจะเอื้อมถึงบริเวณเท้าที่สะดวก สวมข้างที่อ่อนแรงให้เสร็จก่อน ส่วนการถอดให้ถอดข้างที่อ่อนแรงเป็นข้างสุดท้าย

4) การจัดท่า ในท่านอน ท่านั่งท่า การฝึกการขึ้นลงบันได การใช้อุปกรณ์ในท่านอน ท่านั่งท่า การฝึกการขึ้นลงบันได การใช้อุปกรณ์ ท่านอนหงายให้ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรงใช้หมอนบาง ๆหนุนที่หัวไหล่และต้นแขนข้างที่อ่อนแรง นิ้วมือเหยียดออก ใช้หมอนหนุนข้างสะโพกด้านที่อ่อนแรง ขาเหยียดตรงและใช้หมอนกันปลายเท้าตก นอนตะแคงทั้งด้านซ้ายและด้านขวา สลับกัน นอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรงนอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง ท่านอนมีศีรษะไปด้านหน้าเล็กน้อย ลำตัวตรง แขนขาข้างปกติวางบนหมอน งอข้อศอก สะโพกและเข่าเล็กน้อย แขนขาข้างที่อ่อนแรงยื่นมาข้างหน้า แขนเหยียดตรง มือหงายขึ้น จัดวางตำแหน่งขาข้างที่อ่อนแรงไม่ให้ถูกกดทับ สะโพกเหยียดตรง เข่างอเล็กน้อย เท้าอยู่ในท่าปกติ ท่านอนลุกขึ้นนั่งจากท่านอนหงาย โดยใช้มือข้างที่ปกติจับมือข้างที่อ่อนแรงไว้พลิกตะแคงตัวไปทางด้านดีโดยจับมือข้างที่อ่อนแรงไปด้วยใช้ขาข้างปกติเกี่ยวขาข้างที่อ่อนแรงลงมาข้างเตียงใช้แขนข้างที่ปกติ ดันตัวลุกขึ้นมาสู่ท่านั่ง นั่งข้างขอบเตียง โดยบ่าทั้ง 2 ข้างอยู่ในระดับเดียวกัน นั่งเก้าอี้มีพนักหรือรถเข็นโดยนั่งหลังตรงสะโพกชิดพนักพิงหลังวางมือข้างอ่อนแรงบนโต๊ะ หรือหมอน ไม่ปล่อยให้แขนข้างอ่อนแรงตกไปด้านข้าง เมื่อจะลุกขึ้นยืน ท่านอนเริ่ม

จากนั้นขอบเตียงเท้าทั้ง 2 ข้างวางราบกับพื้น เลื่อนตัวมาด้านหน้าให้ส้นเท้าทั้ง 2 ข้างอยู่หลังต่อข้อเข่า จากนั้นโน้มตัวมาด้านหน้าลงน้ำหนักที่เท้าทั้ง 2 ข้างให้เท่ากัน พร้อมกับยืดตัวขึ้นยืนตรง เมื่อเดินโดยใช้ไม้เท้าขาเดียวหรือสามขา ท่านเริ่มจากทำยืนตรง นำไม้เท้าวางด้านหน้าของขา ก้าวขาด้านที่อ่อนแรงมาด้านหน้าก่อนแล้วก้าวขาข้างที่ดีตามมา

เมื่อขึ้นบันได ท่านใช้มือข้างที่ดีจับราวบันได ก้าวขาข้างที่ดีขึ้นก่อน ลงน้ำหนักขาข้างดี ก้าวขาข้างที่อ่อนแรงวางบนบันไดขึ้นเดียวกัน เมื่อลงบันได ท่านใช้มือข้างที่ดีจับราวบันได ก้าวขาข้างที่อ่อนแรงลงมาก่อนก่อน ก้าวขาข้างที่ดีตามลงมา

2.4.6 ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยมีทั้งด้านร่างกายทุกระบบและจิตใจ ดังนี้

1) การเกิดแผลกดทับ จากการที่ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว สูญเสียประสาทรับความรู้สึกของผิวหนัง มีการไหลเวียนโลหิตลดลง ขาดสารอาหาร การบวม การติดเชื้อ เป็นต้น บริเวณที่พบมาก ได้แก่ ก้นกบ ข้อศอก สะบัก ส้นเท้า และตาตุ่ม

2) ข้อยึดติด ข้อติดแข็ง จากไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อต่อทำให้พังผืดใกล้ข้อหดตัว น้ำไขข้อลดลง หรือมีหินปูนมาเกาะ

3) ภาวะปอดบวม จากการสำลัก สารอาหารจากความผิดปกติของการกลืน

4) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะในรายที่คาสายสวนปัสสาวะไว้จากการคั่งของ

5) ภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า ที่พบบ่อยจะมีอาการมึนงง วิงเวียน เซ เหนื่อย มือสั่น หูไม่ได้ยิน หรือได้ยินน้อยลง หูอื้อตาพร่า คลื่นไส้ อาจปวดศีรษะ ปวดต้นคอ หรือปวดไหล่ ชาขา เมื่อความดันโลหิตต่ำมากอาจเป็นลมหมดสติ การกดทับของประสาท กล้ามเนื้อหดเกร็ง จากการไหลเวียนเลือดที่สมองผิดปกติ ออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมองลดลง เซลล์ประสาทในสมองจึงถูกทำลาย

6) อุบัติเหตุทำให้ได้รับบาดเจ็บจากการสูญเสียความรู้สึก ภาวะอ่อนแรง ไม่มีกำลังของกล้ามเนื้อ

7) ภาวะซึมเศร้า จากสมองและร่างกายเปลี่ยนแปลงไป

2.4.7 การจัดการด้านความเครียดหรือความทุกข์

1) ความหมายของความทุกข์

ความทุกข์ หมายถึง ความรู้สึกทางใจที่เกิดขึ้นในขณะที่มีความคิดเจ็บปวดด้วยกิเลส ความต้องการ ความปรารถนา ความคาดหวังและไม่ได้ตามที่ต้องการ ทำให้เกิดความทุกข์

ทางด้านจิตใจ เช่น เครียด กลุ้มใจ ชุ่นมัว เศร้าหมอง ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย น้อยใจ คับข้องใจ ซัดเคือง โกรธ พยาบาท อิจฉา เป็นต้น ความทุกข์มีทั้งทุกข์จากความไม่สมบูรณ์ ทุกข์ที่ต้องต่อสู้ดิ้นรน เพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง และทุกข์จากความไม่สบายกายไม่สบายใจที่เกิดจากความไม่สมบูรณ์และการพยายามดิ้นรนต่อสู้เพื่อแก้ไขความไม่สมบูรณ์นั้น ทุกข์เป็นปรากฏการณ์ของชีวิตหรือเป็นความจริงของชีวิตที่เกิดได้กับทุก ๆ คนในชีวิตประจำวัน (วิชชุดา ฐิติโชติรัตน, 2562, น. 47-48)

2) ความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการเป็นอัมพาตครึ่งซีกหรือแขนขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรง ตาข้างที่เป็นอัมพาตจะสูญเสียการมองเห็น และขาดความสนใจในร่างกายซีกนั้นใน ระยะแรกของการเกิดโรค ผู้ป่วยบางรายพูดไม่ได้ พูดซ้ำ พูดไม่ชัด หรือพูดผิด รับประทานอาหารตามปกติ ไม่ได้ ไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะได้ตามปกติ บางรายยังมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์อีกด้วย จึงทำให้ ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ทั้งการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมถึงการรับประทานอาหาร จึงมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีกำลังใจที่จะทำอะไร บางรายเกิดภาวะ ซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งเป็นอาการของความทุกข์นั่นเอง นอกจากนั้นในรายที่มีผู้ดูแล อาจมีปัญหาขัดแย้ง หรือบาดหมางกับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเมื่อความต้องการไม่ตรงกัน ไม่เข้าใจกัน ทะเลาะและ โต้เถียงกัน ทำให้เกิดทุกข์ทั้งสองฝ่าย ผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกไม่มีคุณค่าและเป็นภาระของครอบครัว ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยวต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพัง บางรายยังมีความคิดว่าหากตายไปยังคงดีกว่า นี้ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ดูแลบางรายมีปัญหาด้านสุขภาพ เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหา ในการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งกาย และใจ ซึ่งเป็นความทุกข์อีกรูปแบบหนึ่ง หากผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับการเยียวยา จิตใจที่เหมาะสม จะทำให้สามารถเสริมแรงและเสริมพลังใจให้ครอบครัวก้าวผ่านความทุกข์ไปได้ด้วยดี พร้อมทั้งสามารถเผชิญความทุกข์ครั้งต่อ ๆ ไปได้อย่างมั่นใจ มีสติและสงบ

3) ที่มาของกลุ่มอาสาสมัครในการเยียวยาผู้ป่วยแบบองค์รวมแนวพุทธ

การเยียวยาจิตใจของผู้ป่วยและญาติให้คลายทุกข์โดยใช้หลักคำสอนใน พระพุทธศาสนาเริ่มต้นจากพระสงฆ์กลุ่มอาสาสมัครซึ่งเป็นกลุ่มพระนิสิตจิตอาสาสาขาวิชาชีวิต และความตาย ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยตั้งแต่ พ.ศ.2551 จนถึงปัจจุบัน โดยหวังให้ผู้ป่วยผ่อนคลายจากความทุกข์และความเจ็บปวดตามหลักวิชาการ ให้การปรึกษาแนวพุทธ อันเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมร่วมกับการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งเริ่มจากการเยี่ยมเยียนให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวแบบข้างเตียง การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้การ ปรึกษาสร้างขวัญกำลังใจ แนะนำการวางท่าทีต่อความเจ็บไข้และชีวิตอย่างถูกต้องตามหลักพุทธธรรม รวมทั้งออกแบบและจัดกิจกรรมสำหรับหน่วยงานที่ต้องการนำองค์ความรู้นี้ไปประยุกต์ใช้ เช่น การอบรม พยาบาลวิชาชีพ นิสิตจิตวิทยา นักศึกษาแพทย์แผนไทยประยุกต์ เป็นต้น การปรึกษาแนวพุทธที่พระสงฆ์

กลุ่มศิลาธรรมมีความเมตตาต่อญาติโยมผู้มีความทุกข์ให้เขาสามารถบรรเทาความทุกข์ของเขาได้ด้วยตนเองในปัจจุบันมีการขยายผลไปใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลบาราศนราดรุร สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน (โรงพยาบาลชลประทาน) ซึ่งในศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน นั้นมีพระอาจารย์พระมหาถาวร ถาวรโร เป็นผู้นำในการทำงานของพระสงฆ์กลุ่มอาสาศิลาธรรมในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยและญาติ โดยผ่านการอบรมหลักสูตรการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธเพื่อการเยียวยารักษาจิตใจผู้ป่วยตั้งแต่ พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา พระสงฆ์กลุ่มศิลาธรรมได้เยียวยาความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติโดยใช้การปรึกษาแนวพุทธซึ่งเป็นการสนทนาระหว่างพระสงฆ์และญาติโยมที่มีความทุกข์ โดยใช้องค์ธรรมอริยสัจ 4 เป็นแผนที่ในการสนทนา โดยมีเป้าหมายปลายทางคือ ให้ผู้ป่วยและญาติที่มาปรึกษาบรรเทาความทุกข์ใจของตน ด้วยการสำรวจตัวเอง รู้ทุกข์ของตนเอง รู้จักต้นตอของทุกข์ สามารถแก้ไขทุกข์ด้วยสติปัญญาของตนเอง รู้จักปล่อยวางความคิดในแง่ลบที่เป็นอกุศลได้ด้วยตนเอง มีจิตใจที่สงบนิ่ง จนจัดการชีวิตตามความเป็นจริงทั้งหลายที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และนำพาชีวิตไปสู่หนทางที่เป็นโทษน้อย อีกทั้งสามารถสกัดปัญหา และพัฒนาตนเอง โดยการเพิ่มพูนภาวะจิตที่เป็นกุศล ให้จิตใจมีกำลังที่จะดำรงอยู่ในฝ่ายกุศลมากขึ้น เอื้อให้เกิดความสุขที่ยั่งยืน ประพฤติตนให้ถูกต้องตามทำนองคลองธรรม ผลการปฏิบัติงานพบว่า ผู้ป่วยและญาติคลายจากความทุกข์ภายในจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งยังเห็นคุณค่าในการดำรงอยู่ของตนเองและผู้อื่น นอกจากนั้นพยาบาลที่ทำงานในศูนย์การแพทย์แห่งนี้ก็สัมผัสได้ถึงความสงบและผ่อนคลายของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการนี้ จึงเป็นจุดกำเนิดของความสนใจ จนเป็นที่มาของโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยแบบองค์รวมแนวพุทธและทำกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มอาสาศิลาธรรมกับพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุในเวลาต่อมา จนในปัจจุบันศูนย์การแพทย์แห่งนี้ได้จัดเป็นต้นแบบของพื้นที่ “เยียวยาใจด้วยธรรมะ” สำหรับเยียวยาจิตใจทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการในหน่วยงาน และเป็นสถานที่รองรับการฝึกงานภาคสนามให้แก่บัณฑิต นักศึกษาที่ทำงานอาสาเยียวยาจิตใจจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย และสาขาจิตปัญญาศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลอีกด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงความทุกข์ใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ดำเนินชีวิตอยู่ในบ้านโดยมีวิถีชีวิตที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หากมีการนำการปรึกษาแนวพุทธมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดทุกข์ของผู้ป่วยและญาติก็คาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับและกล้าเผชิญกับความทุกข์ตามความเป็นจริง และคลายทุกข์ลงได้บ้าง ประกอบกับศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ และพระอาจารย์ถาวร ถาวรโรพร้อมทั้งพระสงฆ์กลุ่มอาสาศิลาธรรมยินดีให้

ความร่วมมือในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นที่มาของการนำกิจกรรมนี้เข้ามาประยุกต์ใช้ในการดูแลจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มทดลอง

4) การดับทุกข์ตามแนวพุทธศาสนาของพระสงฆ์กลุ่มอาสาสมัคร

การดับทุกข์ตามแนวพุทธศาสนาของพระสงฆ์กลุ่มอาสาสมัครเป็นการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยหรือผู้มีทุกข์ทางใจด้วยการบูรณาการองค์ความรู้เกี่ยวกับการดับทุกข์ตามแนวทางพุทธศาสนาเข้ากับแนวทางการรักษาตามจิตวิทยาตะวันตก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจทุกข์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง แก้ไขปัญหาได้ และสามารถดำเนินชีวิตที่ติงามด้วยศีล สมาธิ และปัญญา โดยพระสงฆ์กลุ่มอาสาสมัครใช้หลักธรรมและกระบวนการ ดังนี้ (วิชชุตตา ฐิติโชติรัตนนา, 2562, น. 42-60)

(1) *หลักธรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษา* พุทธศาสนามองปัญหาหรือความทุกข์ที่เกิดกับมนุษย์ทั่วไปเป็นปัญหาภายในจิตใจ พระธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธองค์ล้วนชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญญาหรือความทุกข์ทางใจของมนุษย์ทั้งสิ้น ซึ่งหลักธรรมในพุทธศาสนาและเป็นองค์ความรู้สำคัญที่ต้องนำมาใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาหรือดับทุกข์ของผู้ป่วยมี 4 ประเด็น ได้แก่ ชั้นที่ 5 หลักกรรม หลักไตรลักษณ์ หลักอริยสัจ 4 และไตรสิกขา ดังนี้

ก. *ชั้นที่ 5* พุทธศาสนาเชื่อว่า ชีวิตมนุษย์โดยธรรมชาติมิใช่เป็นตัวเป็นตน แต่เป็นผลรวมขององค์ประกอบ 5 ประการที่เรียกว่า ชั้นที่ 5 ซึ่งจำแนกเป็น 2 ส่วน คือ รูปชั้นหรือรูปธรรมซึ่งเป็นร่างกายมนุษย์ รูปหรือร่างกายไม่สามารถรับรู้อะไรได้หรือสภาพธรรมเป็นลักษณะไม่รู้ ประกอบด้วย ธาตุ 4 ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ และนามชั้นหรือนามธรรม ได้แก่ เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ นามเป็นจิตใจของมนุษย์นั่นเอง นามเป็นสิ่งที่สามารถรับรู้สภาพธรรมได้ หรือคือสภาพธรรมที่มีลักษณะรู้ ได้แก่ สภาพรู้ อากาญรู้ ธาตุรู้ ปัญญา ความสุข ความทุกข์ ความพอใจ ความดีใจ ความเสียใจ ความหดหู่ เป็นต้น ซึ่งเมื่อแยกส่วนประกอบของชั้นที่ 5 ออกจากกัน ชีวิตล้วนไม่มีไม่มีตัวตน แต่ด้วยความไม่เข้าใจถึงองค์ประกอบข้างต้น ทำให้มนุษย์เกิดอุปาทานชั้นที่ 5 คือจิตที่เข้าไปยึดมั่นในชั้นที่ 5 ว่ามีตัวตน ว่ามีตัวเรา มีตัวเขา จึงเกิดความทุกข์ ซึ่งพระพรหมคุณาภรณ์ [พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต), 2534] อธิบายว่า การคลี่คลายความยึดมั่นนี้มี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 การยึดมั่นในตัวเพลาลง โดยการเกื้อกูลหรือคำนึงถึงผู้อื่น ระดับที่ 2 ชมความยึดมั่นในตน อยู่กับโลกและสรรพสัตว์โดยการพัฒนาจิตให้มีเมตตา อิมเอิบ และตีเมตตา และระดับที่ 3 หมดความยึดมั่นในตน อยู่เพื่อโลกหรือสรรพสัตว์ด้วยปัญญา โดยการเข้าใจความจริงของโลกและชีวิต ทำให้จิตเป็นอิสระ ผ่องใส โลง โปร่ง และเบิกบาน

โดยสรุป ผู้ที่มีทุกข์หรือมีปัญหา คือ ผู้ที่ไม่เข้าใจชีวิตตามความเป็นจริง และมักจะฝืนความเป็นจริงตามธรรมชาติโดยการเข้าไปหลงยึดมั่นถือมั่นในชั้นที่ 5 จึงก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ความไม่สบายใจ ความคับแค้นใจ น้อยเนื้อต่ำใจ วิตกกังวล ซึ่งการนำแนวคิด

ของชั้น 5 ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก แต่หากพระสงฆ์ผู้ให้คำปรึกษาสามารถทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญที่ชีวิตของตนได้รับการเกื้อกูลจากผู้อื่น ก่อให้เกิดความอ่อนน้อม กตัญญู พร้อมที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เอื้อให้จิตใจคลายจากความยึดมั่น ทำให้บรรเทาทุกข์หรืออาจหลุดพ้นเป็นอิสระได้ในระดับที่ 1 ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

ข. *หลักไตรลักษณ์* ไตรลักษณ์เป็นกฎธรรมชาติที่ครอบคลุมทุกสรรพสิ่งในจักรวาล และทุกชีวิตในโลกนี้ ซึ่งกฎธรรมชาติทั้ง 3 ประการคือ ความไม่เที่ยง ความเป็นทุกข์ และความไม่มีตัวตนที่แท้จริง (วิชชุตตา จูติโชติรัตนนา, 2562, น. 44-46) ดังนี้

ก) *ความไม่เที่ยง (อนิจจตา, Impermanent)* สรรพสิ่งในโลกนี้ ล้วนไม่ยั่งยืน ไม่คงที่ เมื่อเกิดขึ้นแล้วก็จะเสื่อมและสลายไป

ข) *ความเป็นทุกข์ (ทุกขตา, Stress and Conflict)* คือ ภาวะที่ถูกบีบคั้นด้วยการเกิดขึ้นและสลายตัว ภาวะที่กดดัน ผืน และขัดแย้งอยู่ในตัว เพราะปัจจัยปรุงแต่งให้มีสภาพเป็นอย่างนั้น เปลี่ยนแปลงไป จะทำให้คงอยู่ในสภาพนั้นไม่ได้ ภาวะที่ไม่สมบูรณ์ มีความบกพร่องอยู่ในตัว ไม่ให้ความสมอยากอย่างแท้จริงหรือความพึงพอใจเต็มที่แก่ผู้ที่ยากด้วยตัณหา และก่อให้เกิดทุกข์แก่ผู้ที่เข้าไปอยากเข้าไปยึดด้วยตัณหาอุปาทาน

ค) *ความไม่มีตัวตนที่แท้จริง (อนัตตา, Non-Self or Soullessness)* คือ ไม่มีตัวตนที่แท้จริง ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นสภาวะที่มีอยู่ เป็นอยู่หรือเป็นไปของมัน ไม่มีตัวตนที่จะครอบครอง สั่งบังคับให้เป็นหรือให้ไม่เป็นอย่างนั้นอย่างนี้ตามใจปรารถนาไม่ได้ หลักระบวนข้อนี้เน้นถึงความไม่ยั่งยืนของสรรพสิ่ง เมื่อบุคคลฝึกสังเกตไตรลักษณ์ด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีความเข้าใจตนเอง เห็นความปรารถนาของตนที่จะดั่งสิ่งต่างๆ ให้คงอยู่เหมือนเดิม จนเห็นภาวะทุกข์ที่เกิดขึ้น หากบุคคลฝึกตนเองในการทำความเข้าใจถึงความไม่ยั่งยืนของสรรพสิ่งจนเข้าใจและยอมรับความไม่เที่ยงแปรเปลี่ยนในทุกขณะของชีวิต ซึ่งเป็นกฎที่เป็นไปตามธรรมชาติ (ไม่เที่ยง เป็นทุกข์ และไม่มีตัวตนที่แท้จริง) ได้แล้ว ก็จะทำให้ทุกข์นั้นสลายไปได้ โดยการเข้าใจและยอมรับหลักไตรลักษณ์จะเอื้อให้บุคคลที่กำลังทุกข์ ไม่สบายใจ คลายความยึดมั่น ไม่หลงคิดปรุงแต่ง เพราะทุกสิ่งล้วนเป็นเพียงปรากฏการณ์ชั่วคราว มีเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และเสื่อมสลายไปในที่สุด ทำให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้อย่างสงบสุขมากขึ้น และมีความเข้าใจเรื่องราวที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

ค. *หลักกรรม* กรรม แปลว่า "การกระทำที่ประกอบด้วยเจตนา" ได้แก่ การกระทำทางกายเรียก กายกรรม ทางวาจาเรียก วาจากรรม และทางใจเรียก มโนกรรม หลักกรรมเป็นหลักการที่บอกถึงความเป็นมาเป็นไปของมนุษย์ เพราะทุกชีวิตที่เกิดขึ้นล้วนมาจากเหตุปัจจัยทั้งสิ้น และมีความเป็นมาเป็นไปตามกฎแห่งกรรม และพระพุทธองค์ทรงตรัสในเรื่องผลของกรรมว่า "บุคคลหว่านพืชเช่นใด ย่อมได้รับผลเช่นนั้น ผู้ที่ทำดีย่อมได้ดี ผู้ที่ทำชั่วย่อมได้ชั่ว" จากพุทธพจน์จะ

เห็นได้ว่าสิ่งทั้งหลายที่เกิดขึ้นมีเหตุปัจจัยสืบเนื่องต่อกันไป เป็นกุศลกรรมและอกุศลกรรม (วิชชุดา จูติโชติรัตนนา, 2562, น. 46) ซึ่ง “อกุศลกรรม” เป็นกรรมชั่ว ซึ่งทำให้เสื่อมเสียคุณภาพชีวิต อกุศลกรรม เกิดมาจากอกุศลมูลอย่างใดอย่างหนึ่งใน 3 อย่าง คือ โลภะ โทสะ โมหะ เพราะเมื่อเกิดอย่างใด อย่างหนึ่งขึ้นแล้วก็เป็เหตุชักนำใจให้คิดทำอกุศลกรรม เช่น เมื่อความโลภเกิดขึ้นก็เป็นเหตุให้คิดอยากได้ เมื่ออยากได้ก็แสวงหา เมื่อไม่ได้ตามต้องการด้วยวิธีสุจริต ก็เป็นเหตุให้ทำอกุศลกรรมอื่นต่อไป เช่น ลักขโมย ปล้น ฉ้อโกง เป็นต้น และ “กุศลกรรม” เป็นกรรมดี การกระทำที่ดี/ฉลาด เกิดจากปัญญา ส่งเสริมคุณภาพของชีวิตจิตใจ กุศลกรรมเป็นการกระทำที่เกิดจากกุศลมูล คือ อโลภะ อโทสะ หรือ อโมหะ เป็นบุญ ความดี ความถูกต้อง ซึ่งให้ผลเป็นความสุขโดยส่วนเดียว กุศลกรรมที่ควรทำเป็นประจำ ได้แก่ ให้ทาน เสียสละ รักษาศีล อบรมจิตใจด้วยการเจริญภาวนา (บำเพ็ญทาน ศีล ภาวนา) ซึ่งสามารถทำให้บรรเทาความโลภ ความโกรธ ความหลงให้น้อยลง ส่วน *กฎแห่งกรรม* คือ กฎธรรมชาติที่ว่าด้วยการกระทำและผลแห่งการกระทำ ซึ่งการกระทำและผลแห่งการกระทำนั้นย่อมสมเหตุสมผลกัน เช่น กรรมใดใครก่อ ตนเองเท่านั้นที่จะได้รับผลของสิ่งที่กระทำ ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว เช่น บุคคลที่โหดเหี้ยม ชอบฆ่าสัตว์ เมื่อเกิดเป็นมนุษย์จะอายุสั้น หากไม่ฆ่าสัตว์ตัดชีวิต เมื่อเกิดเป็นมนุษย์จะอายุยืน บุคคลที่เคยเบียดเบียนสัตว์ด้วยฝ่ามือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ เมื่อเกิดเป็นมนุษย์จะมีโรคมาก หากมีเมตตาและไม่เบียดเบียนสัตว์ เมื่อเกิดเป็นมนุษย์จะมีโรคน้อยหรือสุขภาพดี เป็นต้น ผลกรรมในปัจจุบันเป็นกรรมคือเจตนาที่ทำมาในอดีต และกรรมคือเจตนาที่ก่อไว้ในปัจจุบันเป็นเหตุที่จะส่งผลสืบเนื่องต่อไปยังอนาคต กรรมดี-กรรมชั่วลบล้างซึ่งกันและกันไม่ได้ เป็นต้น แต่ถึงแม้ว่าการทำกรรมดี จะลบล้างกรรมชั่วเก่าที่มีอยู่เดิมไม่ได้ แต่มีส่วนช่วยให้ผลจากกรรมชั่วที่มีอยู่เดิมผ่อนลง คือ การผ่อนหนัก ให้เป็นเบาได้ ซึ่งในพระไตรปิฎกเล่มที่ 14 ในจุฬามณีวาทคสูตรกล่าวไว้ว่า “สัตว์ทั้งหลายมีกรรมเป็นของตน เป็นทายาทแห่งกรรม มีกรรมเป็นกำเนิด มีกรรมเป็นเผ่าพันธุ์ มีกรรมเป็นที่พึ่งอาศัย กรรมย่อมจำแนกสัตว์ให้เลวและประณีตได้ ” หรือพุทธสุภาษิตกล่าวว่า “สัตว์โลกย่อมเป็นไปตามกรรม” [พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช, 2548)]

โดยสรุป ความเข้าใจกรรมจะทำให้บุคคลเข้าใจความจริงของชีวิต ผลที่ตนกระทำทุกอย่างนั้นเกิดขึ้นตามเหตุปัจจัย มนุษย์เป็นผู้ทำกรรมและรับกรรมตามกฎหมายของธรรมชาติ การแก้ไขปัญหาหรือการคลี่คลายทุกข์ได้ก็ต่อเมื่อมีการสร้างกุศลกรรมให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง กุศลกรรมที่ควรทำเป็นประจำ ได้แก่ การให้ทาน การรักษาศีล และการอบรมจิตใจด้วยการเจริญภาวนา (บำเพ็ญทาน ศีล ภาวนา) ซึ่งสามารถทำให้บรรเทาความโลภ ความโกรธ และความหลงให้น้อยลงได้

ง. *หลักอริยสัจ 4* อริยสัจ 4 เป็นหลักธรรมสำคัญที่ครอบคลุมคำสอนทั้งหมดในพุทธศาสนา ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ 1) ทุกข์ คือ ความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ 2) สมุทัย คือ เหตุของทุกข์ 3) นิโรธ คือ ความดับทุกข์ และ 4) มรรค คือ ทางดับทุกข์ ซึ่ง

เป็นหลักในการควบคุมความทุกข์ และการพัฒนาจิตใจให้บริสุทธิ์ผ่องใส (วิชชуда ฐิติโชติรัตนานา, 2562, น. 47-60) ดังนี้

ก) *ทุกข์* คือ สภาพที่ทนได้ยาก ภาวะที่ทนอยู่ในสภาพเดิมไม่ได้ สภาพที่บีบคั้น ได้แก่ ชาติ (การเกิด) ชรา (การแก่ การเก่า) มรณะ (การตาย การสลายไป การสูญสิ้น) การประสบกับสิ่งอันไม่เป็นที่รัก การพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก การปรารถนาสิ่งใดแล้วไม่สมหวัง ในสิ่งนั้น หรือกล่าวโดยย่อ ทุกข์ก็คืออุปาทานขั้น 5 (พระธรรมปิฎก, 2546) ความทุกข์ เป็นความรู้สึกทางใจที่เกิดขึ้นในขณะที่มีความคิดเจือปนด้วยกิเลส (อกุศลจิต) ความต้องการ ความปรารถนา ความคาดหวัง และไม่ได้ตามที่ต้องการ ทำให้เกิดความทุกข์ทางด้านจิตใจ เช่น เครียด กลุ้มใจ ชุนมัว น้อยใจ คับข้องใจ เคืองแค้น โกรธ พยาบาท อิจฉา ท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เป็นต้น พระพุทธองค์ทรงเริ่มต้นการดับทุกข์ด้วยการเห็นทุกข์ก่อน และในชีวิตถ้าเราดูทุกข์อย่างละเอียดแล้ว จะพบว่า ทุกข์มีความหมายถึง 3 ชั้น คือ ทุกข์จากความไม่สมบูรณ์ ทุกข์ที่ต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อแก้ไข ข้อบกพร่อง และทุกข์จากความไม่สบายกายไม่สบายใจที่เกิดจากความไม่สมบูรณ์และการพยายาม ดิ้นรนต่อสู้เพื่อแก้ไขความไม่สมบูรณ์นั้น ซึ่งพระพุทธเจ้าทรงตรัสไว้ว่า ความทุกข์เป็นความจริงอัน ประเสริฐ เป็นของจริงแท้ เป็นสิ่งสากล และเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นสิ่งที่ควรพยายามศึกษา ไตรตรองจนเกิดความเข้าใจว่ามีทุกข์แน่ ๆ หรือเกิดทุกข์แน่ ๆ ทุกข์เป็นความจริงของชีวิตที่เกิดได้กับ ทุกคน บุคคลที่ยอมรับหรือรู้ว่ามีทุกข์กลับมีทุกข์ลดลง ซึ่งการรู้ทุกข์ทำให้จิตใจคุ้นเคยกับความ ทุกข์ เมื่อเกิดทุกข์ขึ้นจะไม่ทุกข์มาก จะต่อสู้กับทุกข์ด้วยจิตใจสงบ ไม่ขวิญเสีย และเมื่อเห็นทุกข์อย่าง แจ่มแจ้งในตนเองจะเกิดความเบื่อหน่ายทุกข์และตั้งใจจริงจึงเพื่อดับทุกข์ นอกจากนั้น เมื่อเห็นทุกข์ ในตนเองและผู้อื่น สัตว์อื่น จะเกิดความสงสาร เห็นใจขึ้นมาโดยอัตโนมัติ ทำให้เกิดการงดเว้นการ เบียดเบียนผู้อื่นหรือสัตว์อื่น และจะช่วยเหลือผู้อื่นด้วยใจสงบและจริงใจ เพื่อช่วยให้เขาพ้นทุกข์ ไม่ใช่ ช่วยเพราะหวังผลตอบแทน

โดยสรุป ความทุกข์เกิดขึ้นได้กับทุกคน การรับรู้ทุกข์จะทำให้ บุคคลมีทุกข์ลดลง คุ้นเคยกับทุกข์ ต่อสู้กับความทุกข์ด้วยจิตใจที่สงบ รวมทั้งอยากเป็นอิสระจากความ ทุกข์ที่เกิดขึ้นกับตน ทำให้บุคคลแสวงหาหนทางบรรเทาทุกข์ ซึ่งเป็นโอกาสที่พระสงฆ์กลุ่มศิลาธรรม ซึ่งมีศักยภาพทางจิตที่เปี่ยมด้วยความเมตตา กรุณา และมีพลังเข้มแข็งจะพาไปสู่หนทางดับทุกข์ จนมี จิตอันเป็นกุศล อยากช่วยให้ผู้อื่นพ้นทุกข์เช่นกัน

ข) *สมุทัย* คือ สาเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ ได้แก่ กิเลส ซึ่งเป็นผลทำให้จิตใจเศร้าหมองชุนมัว รากเหง้าของกิเลสประกอบด้วยความโลภ ความโกรธ ความหลง ที่เจือปน อยู่ในจิตใจ เช่น เจือปนอยู่ในความรู้สึก (เวทนา) ความจำ (สัญญา) ความคิด (สังขาร) และสามารถ รับรู้ได้ทางใจ (วิญญาน) ดังนี้

(ก) ความโลภ (โลภะ) คือ ความอยากได้มากจนเกินควร เป็นความต้องการอย่างรุนแรง จิตใจมีความทะยานอยาก เรียกว่าเกิดตัณหา มี 3 ประการ ได้แก่ 1) กามตัณหา เป็นความโลภที่ทะยานอยากในกาม ความอยากได้ทางกามารมณ์ 2) ภวตัณหา เป็นความโลภอยากได้ อยากมี อยากเป็น และ 3) วิภวตัณหา เป็นความโลภที่อยากจะไม่ได้รับสิ่งที่ตนเองไม่ชอบ เช่น ไม่อยากแก่ ไม่อยากเจ็บ ไม่อยากตาย ไม่อยากพลัดพราก เป็นต้น เหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดทุกข์ทางใจแทบทั้งสิ้น เมื่อมีความเข้าใจความโลภที่เป็นความปรารถนาที่เกินความเป็นจริง ก็จะทำให้เข้าใจทุกข์ของตนเองได้

(ข) ความโกรธ (โทสะ) คือ ความไม่พอใจ ไม่ถูกใจ ไม่พอใจที่เกินควร จนเบียดเบียนตนเองและผู้อื่น จนทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ เกลียด แค้นเคือง อาฆาต พยาบาท ทำร้าย ทำลาย เป็นต้น

(ค) ความหลง (โมหะหรืออวิชชา) คือ อาการที่รู้ไม่เท่าทัน ถึงสภาวะธรรมที่แท้จริงของอารมณ์ที่เข้ากระทบกับจิต ทำให้เกิดความวิปริต เห็นผิดไปจากสภาวะธรรมที่แท้จริง ได้แก่ ความไม่รู้ในทุกขสัจ สมุทัยสัจ นิโรธสัจ มรรคสัจ ทั้งสี่ หรือเป็นความคิดเห็นที่ผิดจากการไม่ใช้ปัญญาพิจารณาให้ถ่องแท้ถี่ถ้วนก่อน เมื่อเกิดขึ้นแล้วก็เป็นที่เหตุให้ไม่รู้บุญไม่รู้บาป ไม่เชื่อบุญ ไม่เชื่อบาป ชักนำไปไปทำความชั่วความไม่ดีต่าง ๆ เช่น ประมาท ทะเลาะวิวาท แก่งแย่งชิงดี อวดดี เกียรติคร้าน บ้ากาม ออกตัญญู เชื่อง่าย หูเบา เป็นต้น

เหตุแห่งทุกข์ในลักษณะต่าง ๆ ของบุคคลนั้นเกิดจากการสวนทางของกระแสของเหตุปัจจัยตามธรรมชาติ และกระแสความอยาก ความปรารถนาซึ่งเป็นพลังที่มีมากในใจของผู้คน ซึ่งก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างกฎความเป็นจริงของธรรมชาติที่ว่าขั้น 5 มีการแปรเปลี่ยนตามกฎไตรลักษณ์กับการยึดถือว่ามีตัวตน ซึ่งในทางพุทธศาสนาเรียกว่าความหลงผิด ทำให้อยู่อย่างเป็นทาส อยู่อย่างขัดแย้ง จึงกลายเป็นความทุกข์ บุคคลจะทุกข์มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับช่องว่างของความขัดแย้งระหว่างกระแสเหตุปัจจัยตามธรรมชาติกับกระแสความอยากในใจคน

โดยสรุป ช่องว่างของความขัดแย้งระหว่างกระแสเหตุปัจจัยตามธรรมชาติกับกระแสความอยากที่เกิดขึ้นภายในใจของบุคคลเป็นเหตุทำให้เกิดความทุกข์ การยึดมั่นถือมั่น การมุ่งให้ทุกอย่างเป็นไปตามเงื่อนไขที่เรากำหนด ความอยาก ความคาดหวังภายในตัวเอง การเห็นแก่ตัวเอง สนใจแต่ตัวเอง เป็นการปรุงแต่งที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ทุกคน การมีตัวเราและของเราจะปิดกั้นไม่ให้เราเห็นสิ่งที่ดี ๆ ที่เชื่อมโยงอย่างจริงแท้ระหว่างเรากับสิ่งอื่น ๆ การช่วยเหลือผู้ป่วยของพระสงฆ์กลุ่มคิลานธรรมจะช่วยลดช่องว่างดังกล่าวลงได้ โดยทำให้กระแสของความอยากในใจและตัณหาของผู้ป่วยลดลงมาอยู่ใกล้กับกระแสความเป็นจริงมากที่สุด เมื่อธรรมชาติของความจริงปรากฏ ผู้ป่วยก็จะทำก่อให้เกิดความสงบภายในใจอย่างแท้จริง

ค) นิโรธ คือ ความดับทุกข์ ได้แก่ ดับสาเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ กล่าวคือ ดับกิเลสตัณหาทั้ง 3 ได้อย่างสิ้นเชิง ส่งผลให้ไม่มีทุกข์ทางจิตใจ หรือเป็นการหยุดคิด หรือความคิดที่ไม่มีกิเลส ตัณหาเจือปน ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นการดับกิเลสชั่วคราว ซึ่งสมภาร พรหมทา (2542) อธิบายว่า กิเลสสามตัวหลัก คือ โลภะ โทสะ โมหะ ที่เป็นรากเหง้าของความทุกข์ในชีวิตมนุษย์นั้น โลภะแก้ไขได้ด้วยศีล โทสะแก้ไขได้ด้วยสมาธิ ส่วนโมหะซึ่งเป็นกิเลสที่ลึกซึ้งที่สุดแก้ไขได้ด้วยปัญญา นิโรธเป็นผลที่เกิดขึ้นทางจิตใจ เป็นความสุขสงบใจอย่างลึกซึ้งที่เกิดขึ้นจากความปรารถนา ความอยากคลี่คลายลง และจะดับลงได้อย่างชัดเจนก็ต่อเมื่อต้องสร้างอริยมรรคมีองค์ 8 ให้เกิดขึ้นในตนจนครบถ้วนบริบูรณ์แล้ว

โดยสรุป เมื่อบุคคลมองเห็นและเข้าใจถึงความอยาก ความปรารถนาที่เกินจริงของตนจนเกิดความเห็นขัดแย้งในใจ ส่งผลให้ความทุกข์ใจลดน้อยลง เกิดความสว่าง ภายใจสงบลง ส่งผลให้จิตใจหวั่นไหวน้อยลง ซึ่งเป็นเป้าหมายของการดูแลจิตใจผู้ป่วยของพระสงฆ์กลุ่มคิลานธรรม

ง) มรรค คือ วิธีหรือแนวปฏิบัติที่นำไปสู่ความดับทุกข์ มีองค์ประกอบอยู่ 8 ประการ ได้แก่ 1) สัมมาทิฐิ (ความเห็นชอบ Right View, Right Understanding) ได้แก่ ความรู้ริยสัจ 4 หรือเห็นไตรลักษณ์ หรือ รู้กุศลและอกุศลมูลกับกุศลและอกุศลมูล 2) สัมมาสังกัปปะ (ดำริชอบ, Right Thought) 3) สัมมาวาจา (เจรจาชอบ, Right Speech) 4) สัมมากรรมันตะ (กระทำชอบ, Right Action) 5) สัมมาอาชีวะ (เลี้ยงชีพชอบ, Right Livelihood) 6) สัมมาพยายามะ (พยายามชอบ, Right Effort) 7) สัมมาสติ (ระลึกรู้ชอบ, Right Mindfulness) ได้แก่ สติปัญฐาน 4 และ 8) สัมมาสมาธิ (ตั้งจิตมั่นชอบ, Right Concentration) ได้แก่ ฌาน 4 ซึ่งรวมเรียกได้ว่า "มัชฌิมาปฏิปทา" หรือทางสายกลาง โดยองค์ 8 ของมรรคนั้น ข้อ 3, 4, 5 เป็นศีล ข้อ 6, 7, 8 เป็นสมาธิ และข้อ 1-2 เป็นปัญญา มรรคเป็นแนวทางหรือถนนเดินไปสู่การแก้ไขปัญหาในทางพุทธศาสนา โดยเริ่มจากความตั้งใจที่จะดับกิเลสด้วยความคิดที่เป็นสัมมาทิฐิและความดำริชอบ (สัมมาสังกัปปะ) ซึ่งเป็นความเห็นและความคิดภายในใจที่เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการกระทำทางกายและวาจาต่อไป รับรู้ความคิดและการกระทำของตนที่เจือด้วยกิเลส เพียรฝึกสติ สมาธิของตนให้คิดแต่กุศลและทำแต่สิ่งที่เป็นกุศล และรักษาจิตของตนให้บริสุทธิ์เสมอ ๆ

โดยสรุป หลักอริยสัจ 4 เป็นแผนที่ในการเดินทางออกจากทุกข์ ซึ่งภารกิจหลักของผู้เดินทางต้องเริ่มจากอริยสัจว่า ทุกข์เป็นสิ่งที่ต้องกำหนดรู้ สมุทัยเป็นสิ่งที่จะต้องละเพื่อที่จะถอนความยึดมั่นถือมั่น นิโรธเป็นความดับทุกข์ซึ่งจะต้องทำให้แจ้ง และมรรคคือทางดำเนินสู่ความดับทุกข์ซึ่งเป็นแนวทางประพฤติปฏิบัติที่จะต้องทำให้เจริญงอกงาม ในการให้การปรึกษาของพระสงฆ์กลุ่ม คิลานธรรมแก่ผู้ป่วยนั้นมุ่งเน้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ดับทุกข์ในระดับโลกิยมรรค กล่าวคือ มีความรู้ความฉลาดที่จะอยู่กับโลกอย่างเป็นทุกข์น้อย ๆ หรือระงับความทุกข์ได้ชั่วคราว

หรือขมกิเลสตัณหาได้ชั่วคราว เช่น เป็นผู้ฉลาดในการรู้จักทำงาน รักษาศีล และทำสมถกรรมฐาน เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางจิตใจ เป็นต้น

จ) *หลักไตรสิกขา* ไตรสิกขาเป็นข้อพึงศึกษาและปฏิบัติ จัดเรียงลำดับได้ด้วย ศีล-สมาธิ-ปัญญา เริ่มต้นด้วยการมีศีล ฝึกฝนให้เกิดสมาธิ เมื่อสมาธิเกิด ปัญญาก็เกิดมีตามมา โดยเริ่มต้นด้วยการฝึกกาย วาจาให้เรียบร้อย (อริศีลสิกขา) ต่อจากนั้นจึงฝึกอบรมทางใจ (อริจิตตสิกขา) ขั้นสุดท้ายเป็นการฝึกอบรมพัฒนาปัญญาให้เข้าใจ รู้แจ้งเห็นจริงในสัจธรรม (อริปัญญาสิกขา) โดยสาระสำคัญของสิกขาทั้ง 3 นี้เป็นกระบวนการที่สืบเนื่องและไม่สามารถแยกขาดจากกันได้ ไตรสิกขาเป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่ทำลายอวิชชาและตัณหา พร้อมทั้งเสริมสร้างปัญญา ฉันทะและกรุณา จึงเป็นการฝึกฝนให้มนุษย์บรรลุสภาวะที่ปราศจากความทุกข์ในที่สุด โดยมีรายละเอียด (วิชชุตาลูติโชติรัตนนา, 2562, น. 54-60) ดังนี้

(ก) *ศีล* แปลว่า ปกติ พระพุทธเจ้าทรงบัญญัติ 5 ไว้เพื่อให้คนอยู่ในสภาวะปกติ คือเป็นคนตามสภาวะเดิมที่ไม่ก่อกรรมใคร อันจะทำให้ตนเอง ตลอดจนผู้อื่นต้องเดือดร้อน การมีศีลเป็นบ่อเกิดของความดีทั้งหลาย เป็นที่ตั้งของจิตที่แน่วแน่ เป็นที่ตั้งของการเห็น การรู้ และเข้าใจสิ่งทั้งปวงตามความเป็นจริง ศีล 5 ประกอบด้วย การไม่ประทุษร้ายในชีวิต (ห้ามฆ่าสัตว์) การไม่ประทุษร้ายในสมบัติของผู้อื่นให้เสียหาย (ห้ามลักทรัพย์) การไม่ประทุษร้ายในของรักของผู้อื่น (ห้ามประพฤติผิดในกาม) การไม่ประทุษร้ายในความถูกต้องเป็นธรรมของผู้อื่นด้วยการใช้วาจาเป็นเครื่องมือ (ห้ามพูดเท็จ) และการไม่ประทุษร้ายความมีสติสัมปชัญญะของตน (ห้ามดื่มสุรา) ซึ่งปัจจัยที่จะช่วยให้เกิดศีล ประกอบด้วย 1) ความไม่เห็นแก่ตัว ซึ่งเป็นรากฐานที่ลึกซึ้งของศีล 2) การมีหิริโอตตปัปะ คือ ความเกรงกลัวและละอายต่อบาป ซึ่งเป็นเครื่องหล่อเลี้ยงให้ศีลเจริญงอกงาม 3) การมีสติสัมปชัญญะ ซึ่งเป็นเครื่องระคับระคองให้ศีลดำรงอยู่ได้ และ 4) สัมมาทิฏฐิ เป็นเครื่องชักนำให้สามารถดำเนินชีวิตไปให้ถูกต้อง เมื่อบุคคลรักษาศีลจะทำให้เกิดความเยือกเย็นใจ ไม่มีความทุกข์ และไม่มียกเลสมารบกวน

(ข) *สมาธิ* เป็นความตั้งมั่นของจิต หรือภาวะที่จิตแน่วแน่ ต่อสิ่งที่กำหนด จิตที่มีสมาธิจะเป็นจิตที่มีคุณภาพ กล่าวคือเป็นจิตที่แข็งแรง มีพลังมาก ราบเรียบ สงบ ใส กระจ่าง และนุ่มนวล เหมาะแก่การใช้งานเพราะไม่เครียด ไม่ขุ่นมัว ไม่วุ่น ไม่สับสน ไม่เร่าร้อนและไม่กระวนกระวาย การจะเกิดสภาวะจิตที่เป็นสมาธิได้ต้องปฏิบัติจริง จนจิตอยู่ในภาวะที่เป็นอิสระปราศจากสิ่งรบกวน ก็จะทำให้เกิดความสงบ เกิดปัญญา นำไปสู่ทางพ้นทุกข์ได้ การฝึกฝนสมาธิเป็นการพัฒนาด้านจิตใจที่มีความสำคัญมากเพราะจิตใจเป็นฐานของพฤติกรรม เนื่องจากพฤติกรรมทุกอย่างเกิดขึ้นจากความตั้งใจหรือเจตนาและมีแรงจูงใจอยู่เบื้องหลัง ถ้าจิตใจได้รับการพัฒนาให้ตั้งงามแล้วจะควบคุมดูแลและนำพฤติกรรมไปในทางที่ติงามด้วย นอกจากนั้นปัญญาจะเจริญงอกงามได้ต้องอาศัยจิตใจที่เข้มแข็ง สู้ปัญหา เอาใจใส่ เพียรพยายามที่จะคิดค้น ยิ่งเรื่องที่คิดละเอียดลึกซึ้งก็ยิ่งต้องมี

จิตใจที่สงบ แน่วแน่ ไม่ฟุ้งซ่าน หรือกระวนกระวาย คือต้องมีสมาธิ จึงจะคิดได้อย่างชัดเจนและมองเห็นทั่วตลอด

(ค) *ปัญญา* หมายถึง การพัฒนาปัญญา ปัญญาเป็นตัวนำทางและควบคุมพฤติกรรมทั้งหมดของคนเรา บุคคลจะมีพฤติกรรมอะไร อย่างไร และแค่นั้นก็อยู่ที่ว่าจะมีปัญหาขึ้นมาหรือบอกทางให้เท่าใด และปัญญาเป็นตัวปลดปล่อยจิตใจ เช่น เมื่อจิตใจยึดติดมีปัญหาติดตันอยู่ พอเกิดปัญญารู้ว่าจะทำอย่างไร จิตใจก็โล่งและเป็นอิสระ การพัฒนาปัญญาเป็นเรื่องกว้างขวางและมีหลายระดับตั้งแต่ปัญญาที่ช่วยให้ดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ ปัญญาที่ช่วยให้ดำเนินเข้าสู่วิถีชีวิตที่ถูกต้องดีงาม และปัญญาที่ช่วยให้บรรลุจุดหมายสูงสุดของชีวิต

ไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิ ปัญญาเป็นหลักใหญ่ของพระพุทธศาสนา เป็นระบบและกระบวนการของการพัฒนาคนให้ไม่ทุกข์ โดยให้มีการพัฒนาที่เริ่มจากร่างกาย วาจา อันเป็นส่วนภายนอกที่เห็นได้ง่ายให้มีสภาวะปกติ ทำให้เกิดความสงบเรียบร้อยในกลุ่ม ในสังคม พร้อมรับต่อการพัฒนาจิตใจที่มีความตั้งมั่น เข้มแข็ง กล้าเผชิญปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งช่วยส่งเสริมให้ปัญญาทำงานอย่างอิสระ สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยดี เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาและการพัฒนาจนบรรลุจุดหมายสูงสุด

โดยสรุป การศึกษาแนวพุทธมุ่งเน้นการจัดการกับทุกข์ทางใจเท่านั้น โดยมีหลักการสำคัญ คือ การพิจารณาชั้น 5 และอุปาทานชั้น 5 หลักกรรม หลักไตรลักษณ์ และหลักอริยสัจ 4 เป็นแผนที่ในการเดินทางออกจากทุกข์ เพื่อถอนความยึดมั่นถือมั่น เมื่อสิ้นความยึดมั่นถือมั่นก็สิ้นทุกข์ และมีมรรคเป็นแนวทางประพฤติปฏิบัติ ซึ่งการศึกษาแนวพุทธของพระสงฆ์ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นให้เกิดโลกียมรรคในชั้นวิธีการคิด คือ การวางวิธีการ แผนการ และรายการต่าง ๆ ที่ต้องทำ ซึ่งจะช่วยให้แก้ไขสาเหตุของปัญหาได้สำเร็จ

(2) กระบวนการการศึกษาแนวพุทธ

รูปแบบการศึกษาแนวพุทธของพระสงฆ์มีกระบวนการ 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ปฏิสังขารด้วยจิตเมตตา ขั้นตอนที่ 2 สนทนาอย่างเป็นกัลยาณมิตร ขั้นตอนที่ 3 พินิจรู้ทุกข์ ขั้นตอนที่ 4 ชี้อวนให้เห็นและเข้าใจเหตุแห่งทุกข์ ขั้นตอนที่ 5 นำพาให้บังเกิดสุขภายใน และขั้นตอนที่ 6 ให้แนวทางดำเนินชีวิตด้วยมรรควิธี โดยใช้แนวทางอริยสัจ 4 เป็นแผนที่และมีไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิ ปัญญาเป็นตัวกำกับในการก้าวเดินร่วมกัน ซึ่งกระบวนการทั้ง 6 ขั้นตอน มีรายละเอียด (วิชชุดา ฐิติโชติรัตนนา, 2562, น. 70-89) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ปฏิสังขารด้วยจิตเมตตา เป็นการที่พระสงฆ์เริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วยจิตที่เป็นกุศล มีกระแสของความเมตตา กรุณา และการแสดงออกด้วยท่าทีอ่อนโยน วาจาสุภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความศรัทธา เชื่อถือ และไว้วางใจ ก่อให้เกิดจิตใจที่สงบ มีสมาธิ มี

ความพร้อมที่จะอยู่กับเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยพระสงฆ์จะตั้งจิตให้มีสมาธิ ผ่องแผ้ว ไม่หวั่นไหว มีจิตเป็นกุศล ต้อนรับด้วยความจริงใจและมีเมตตา ทักทายด้วยภาษาพูดที่เป็นกลาง ๆ ที่เป็นมงคล เช่น เจริญพรโยม เป็นต้น สนใจและใส่ใจต่อความต้องการของผู้ป่วย สังเกตสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกทั้งคำพูดและกริยาท่าทาง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีศรัทธาในพระสงฆ์ อันเป็นปัจจัยให้เกิดกุศลกรรม ผู้ป่วยมีจิตใจแจ่มชื่น เบิกบาน มีความพร้อมมากขึ้น เพราะจิตใจที่กำลังหดหู่ ห่อเหี่ยว โศกเศร้า มักมองหาทางออกหรือหาที่พึ่ง เมื่อได้มาพบกับพระสงฆ์ที่มีจิตใจสะอาด อ่อนโยน ก็สามารถขัดเกลาจิตใจในรู้สึกละเอียด อ่อนนุ่มและมีที่พึ่ง ซึ่งจะนำไปสู่การพูดคุยในเรื่องที่เป็นปัญหาหลัก ๆ ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 สนทนาอย่างเป็นกัลยาณมิตร เป็นการที่พระสงฆ์สื่อสารกับผู้ป่วยโดยการพูดคุยอย่างเป็นกัลยาณมิตร สนใจผู้ป่วยที่อยู่ข้างหน้าว่ามีความทุกข์ สื่อสารด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ใช้วาจา ที่อ่อนโยน มีเมตตา มีท่าทีสำรวม ให้เกียรติและวางท่าทีที่เสมอกัน โดยเริ่มจากการสนทนาเรื่องทั่ว ๆ ไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ ผ่อนคลาย ควบคู่กับการสังเกตอย่างใส่ใจ และบางโอกาสอาจใช้พิธีกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ รับศีลสั้น ๆ ถวายสังฆทาน เป็นต้น เพื่อยกระดับจิตที่เป็นกุศลของผู้ป่วยและนำเข้าสู่ประเด็นเรื่องราวที่ทุกข์ใจ เมื่อผู้ป่วยไว้วางใจและเล่าเรื่องราวของตนให้ฟังแล้ว พระสงฆ์มีความเห็นอกเห็นใจในทุกข์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ยอมรับปัญหา ไม่คาดหวัง ไม่คาดหวังและไม่รีบร้อนตัดสินล่วงหน้า และให้ทุกอย่างเคลื่อนไปตามธรรมชาติ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความศรัทธาและไว้วางใจ มั่นใจในพระสงฆ์มากขึ้น อกุศลจิตในใจของผู้ป่วยค่อย ๆ หายไป มีสติและสมาธิเข้ามาแทนที่ และเอาสมาธินั้นมาใส่ใจความทุกข์ของตนเอง ค่อย ๆ เรียบเรียงทุกข์ที่สะเปะสะปะมากมายให้มาอยู่เฉพาะจุดที่สำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเริ่มมีสัมมาทิฐิเล็ก ๆ เกิดขึ้นในใจ

ขั้นตอนที่ 3 พินิจรู้ทุกข์ เป็นการที่พระสงฆ์เอื้อให้ผู้ผู้ป่วยได้พิจารณาความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับตัวเองด้วยใจที่สงบและมีสติ พร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความทุกข์ สามารถเรียบเรียงเรื่องราวที่สับสนให้ชัดเจนเป็นเรื่อง ๆ ได้มากขึ้น โดยใช้การถามให้เกิดการคิดแบบโยนิโสมนสิการ ใช้การฟังอย่างลึกซึ้ง และใช้การสะท้อนโดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยมองเข้าไปในใจตนเอง และสำรวจตัวเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสสังเกต ใคร่ครวญ สำรวจปัญหาของตนเองอย่างถี่ถ้วน และยอมรับกับปัญหาของตนเองมากขึ้น กำหนดรู้ทุกข์และจำแนกทุกข์ได้ มองเห็นว่าทุกข์ที่เกิดขึ้นนั้นแก้ไขได้ จิตใจปลอดโปร่ง ผ่อนคลาย สงบ มีสติมากขึ้น พร้อมที่จะเผชิญกับความทุกข์ และพร้อมที่จะเรียบเรียงปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งในอริสัจ 4 กล่าวถึงทุกข์ควรกำหนดรู้ ต้องเข้าใจอย่างแท้จริงว่าทุกข์เป็นเพียงสภาพธรรมแต่ละอย่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแล้วดับไปเท่านั้น การกำหนดรู้ทุกข์ด้วยปัญญาเป็นไปเพื่อขัดเกลาและคลายความยึดถือว่าเป็นบุคคล ซึ่งในความเป็นจริงเป็นเพียงสภาพธรรมที่เกิดเพราะเหตุปัจจัยแล้วก็ดับไป ไม่เที่ยง ไม่ยั่งยืน จนสามารถยอมรับได้ว่าทุกข์เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้และเปลี่ยนแปลงได้

ขั้นตอนที่ 4 ชี้อธิบายให้เห็นและเข้าใจเหตุแห่งทุกข์ เป็นการที่พระสงฆ์สนทนากับผู้ป่วยเพื่อชี้ชวนให้เห็นและเข้าใจเหตุแห่งทุกข์ด้วยการถามเพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นการต่อเนื่องของเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างชัดเจนมากขึ้น รับฟังด้วยความใส่ใจ ไม่ขัดแย้ง ไม่ตัดสิน ไม่ยึดถือความคิดเห็นของตนเป็นสำคัญ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายเรื่องราวที่มีในใจอย่างอิสระ สะท้อนความคิดความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดปัญญาไตร่ตรองเรื่องราวที่เกิดขึ้นตามจริง โดยให้ผู้ป่วยสำรวจทุกข์ของตนเองด้วยใจที่เป็นกลาง จะทำให้เข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ตามความเป็นจริง จนเห็นความการยึดมั่นถือมั่นของตน เห็นความอยาก ความปรารถนาหรือความคาดหวังของตนที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เห็นโลภะ โทสะ โมหะ ทำให้เห็นทุกข์ ให้ผู้ป่วยคิดใคร่ครวญเรื่องราวต่าง ๆ ที่เป็นต้นเหตุของปัญหา มองเห็นสาเหตุของปัญหาทั้งจากตัวเองและจากปัจจัยรอบข้าง ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ขึ้นเองว่าจริง ๆ แล้ว เขาต้องการอะไร เพราะอะไร ความปรารถนานั้นขัดแย้งกับสภาพธรรมตามจริงอย่างไร และสามารถละวางความปรารถนา (ตัณหา) ด้วยปัญญาของผู้ป่วยเอง

ขั้นตอนที่ 5 นำพาให้บังเกิดสุขภายใน เป็นการที่พระสงฆ์เอื้อให้ผู้ป่วยมีความปลอดโปร่ง โล่งสบาย อ่อนโยนและปล่อยวางจากความเข้าใจเหตุแห่งทุกข์ตามจริง มองเห็นที่มาของตัวทุกข์ที่เกิดขึ้นตามจริง ทุกข์ที่เกิดขึ้นได้รับการคลี่คลาย ผู้ป่วยมีจิตเป็นกุศลเพิ่มขึ้น มีสติ มีสมาธิและเป็นอิสระ โดยพระสงฆ์กระตุ้นผู้ป่วยให้มีกระบวนการคิดเกี่ยวกับทุกข์ด้วยจิตที่เป็นกุศล เข้าใจและยอมรับว่าทุกข์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้และเป็นไปได้ การเกิดทุกข์ทำให้ได้เรียนรู้ชีวิตได้อย่างชัดเจน ชวนให้ผู้ป่วยคิดทบทวน ให้กำลังใจในการเผชิญกับความทุกข์ และให้องค์ธรรมที่เป็นข้อคิดซึ่งสามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความกล้ากล้า มีกำลังใจ มีอุตสาหะ เข้มแข็ง และมั่นใจว่าจะสามารถผ่านพ้นความทุกข์ได้ด้วยจิตที่เข้มแข็งเบิกบานมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 6 ให้แนวทางดำเนินชีวิตด้วยมรรควิธี พระสงฆ์เอื้อให้ผู้ป่วยมีแนวทางการดำเนินชีวิตที่ตั้งงามด้วยการแสดงธรรม ให้ข้อมูล ข้อคิด ข้อเสนอแนะ เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการดำเนินชีวิต เต็มกำลังใจโดยการสร้างบุญกุศลทั้งกับตนเองและผู้อื่น และแสดงความยินดีกับการทำกุศลของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขยายความคิด ขยายแนวทางที่จะทำต่อไป นำข้อแนะนำที่พระสงฆ์ชี้แนะมาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ลดน้อยลง ดำรงตนในทิศทางที่เป็นประโยชน์ทั้งกับตนเองและผู้อื่น มีแรงบันดาลใจ และมีความสุขในชีวิตปัจจุบัน

ในการศึกษาครั้งนี้ มีการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลองในเรื่อง การจัดการความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มพระคิลานธรรมและนำเสนอตัวแบบด้านบวก โดยใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เริ่มจากกลุ่มพระคิลานธรรมให้ความรู้เรื่อง “การจัดการความทุกข์ของผู้ป่วย” ในกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นสนทนากลุ่มกับกลุ่มพระคิลานธรรมถึงวิธีการดับทุกข์ใน

ประเด็นต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยประสบมา และกลุ่มพระคิลานธรรมให้คำปรึกษาในการจัดการความทุกข์ใจแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือครอบครัว กลุ่มทดลองถวายปัจจัยและเครื่องสังฆทานที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้แก่พระกลุ่มคิลานธรรม เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่ และขั้นตอนสุดท้ายของการเยียวยาด้านจิตใจ กลุ่มพระคิลานธรรมจะให้ข้อคิด และน้อมนำจิตที่ดี ให้กลุ่มทดลองฝึกนำไปปฏิบัติที่บ้าน และติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีความทุกข์ใจ ≥ 5 คะแนน รายละ 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-2 สัปดาห์

3. แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเองและการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

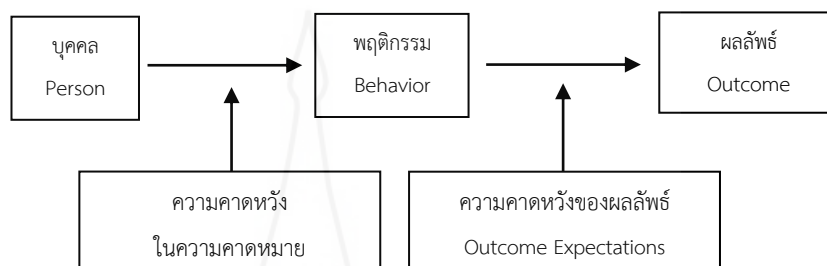
3.1 ทฤษฎีความสามารถตนเอง

3.1.1 แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1996 อ้างถึงใน สุรินทร กลัมพากร, 2554, น. 42-52) แบนดูราเชื่อว่า การศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไข และสิ่งเร้าของพฤติกรรม ซึ่งเน้นการเสริมแรงโดยเงื่อนไขนั้น ๆ ให้อยู่ การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลในปัจจุบันควรลดความสำคัญของการควบคุมภายใน แต่ควรศึกษาถึงตัวควบคุมภายนอกด้วยตัวเสริมแรงต่าง ๆ การมีปฏิริยาสัมพันธ์ของพฤติกรรมอาจจะอธิบายได้ว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ พฤติกรรมเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง บุคคล และสิ่งแวดล้อม แนวคิดของแบนดูรา มองพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมไม่แยกจากกัน แบนดูราเชื่อว่ามนุษย์มักจะใช้สภาพเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของบุคคลจะมีส่วนในการตัดสินใจในการปฏิบัติครั้งต่อไป พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในบุคคล เช่น ความคิด อารมณ์และความคาดหวัง การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลนั้น จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้จะเป็นตัวเสริมแรง ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

จากแนวคิดข้างต้น แบนดูราได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีใหม่ขึ้นมา เรียกว่า Self-Efficacy theory หรือทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977) สมมติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยต้องทราบว่าต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็ปฏิบัติตามดังกล่าว ทฤษฎีความสามารถของตนเองของแบนดูรา ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อความสามารถของตนเอง ดังนั้น

ความสามารถของตนเองจึงมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานเฉพาะอย่างได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญ ที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ทราบว่าต้องทำอะไรกับสิ่งที่จะปฏิบัติจริง ๆ

แบนดูรา (1977) ได้ประมวลบทบาทของความสามารถของตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2.1 การประมวลของความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตามโครงสร้างของทฤษฎี แสดงให้เห็นว่า ส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎีคือ

1. ความคาดหวังในความสามารถ (efficacy expectations) แบนดูราให้ความหมาย ความคาดหวังในความสามารถว่า เป็นความเชื่อของบุคคลที่ว่า ตนสามารถทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectations) หมายถึง การที่บุคคลจะประมาณค่าถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

โดยสรุปทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy theory) มีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม และมีกำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนาย หรือตัดสินใจว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป

การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์กัน โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ดังแสดงในภาพที่ 2.2

	ความคาดหวังในผลลัพธ์	
	สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถตนเอง	สูง มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน ต่ำ มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์
ที่มา: Bandura (1996 อ้างถึงใน สุรินธร กลัมพากร (2554)

จากภาพที่ 2.2 จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำที่จะเกิดขึ้นได้ว่า ถ้าบุคคลมีความรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำสูงเช่นเดียวกัน บุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และมีความคาดหวังในผลของการกระทำต่ำด้วย หรือมีการรับรู้ความสามารถของตนเองส่วนใดส่วนหนึ่งต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้แบนดูรายังได้กล่าวถึงบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงอีกว่าบุคคลเหล่านี้มักจะมี ความคาดหวังในผลของการกระทำที่สูงอีกด้วย ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ จะมีความคาดหวังในผลของการกระทำในระดับปานกลาง

การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ไม่สามารถจะแยกออกจากกันได้เด็ดขาด เพราะบุคคลจะมองผลที่เกิดขึ้นว่า เป็นสิ่งที่แสดงถึงความพอเหมาะพอเพียงของพฤติกรรมอื่นใดต่อไปอีกหรือไม่ อย่างไรก็ตามในการวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมาพบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองจะเป็นตัวทำนายถึงแนวโน้มการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

แบนดูรายังได้กล่าวถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสามารถตนเอง ดังนี้

1. แหล่งความเชื่อในความสามารถ (source of self-efficacy beliefs)
2. กระบวนการกระตุ้นความสามารถ (efficacy activated processes)
3. ผลประโยชน์ในแง่ที่ดีที่มีความเชื่อในความสามารถตนเอง (adaptive benefits of optimistic self-beliefs of efficacy)
4. การพัฒนาและการฝึกหัดการมีความสามารถตนเองตลอดชีวิต (development of self-efficacy over the lifespan)

รายละเอียดของปัจจัยที่ทำให้เกิดความสามารถตนเองมีดังนี้

1. แหล่งของความเชื่อ ในความสามารถแบนดูราได้เสนอการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแหล่งความเชื่อในความสามารถ (Source of self-efficacy beliefs) ไว้ 4 แหล่ง (Bandura, 1996) ดังนี้

1.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) คือ การเรียนรู้จากความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง จากอดีตเชื่อมโยงเข้าสู่การตัดสินใจที่จะกระทำกิจกรรมในปัจจุบัน ประสบการณ์ของความสำเร็จของตนเองถือเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของตนเองมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับและเป็นความสำเร็จที่ตนกระทำได้จริง การที่บุคคลกระทำกิจกรรมแล้วประสบกับความสำเร็จหลาย ๆ ครั้ง จะเสริมให้บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการกระทำเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นที่จะต้องฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขายอมรับรู้ว่าเขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้นได้ และจะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าบางครั้งกิจกรรมที่กระทำนั้นจะล้มเหลว อาจจะเนื่องจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความพยายามไม่พอหรือใช้วิธีการทำงานที่ไม่เหมาะสมมากกว่าที่จะบอกว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะกระทำ ส่วนบุคคลที่พบกับความล้มเหลวในการกระทำกิจกรรมอยู่เสมอจะส่งผลให้บุคคลประเมินความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ

พยายามสามารถประยุกต์ใช้แนวทางที่ส่งเสริมให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จด้วยตนเอง ด้วยการกำหนดแผนการจัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพให้บุคคลได้มีโอกาสมีกิจกรรมในการดูแลตนเองภายใต้ความเหมาะสมของสภาวะทางกาย พยายามควรใจเย็นและอดทนต่อความล่าช้าที่จะมีกิจกรรมด้วยตนเองของบุคคลตามความแตกต่างของปัจเจกบุคคล ซึ่งผลจากความพยายามนี้ จะทำให้บุคคลได้มีประสบการณ์ของการกระทำด้วยตนเองและเกิดการรับรู้ว่าคุณสามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ดีต่อไป

1.2 การใช้ตัวแบบ (Modeling) เป็นการได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างความสำเร็จของผู้อื่นในการกระทำที่ยากโดยไม่เกิดผลเสียตามมา ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งอิทธิพลที่มีความสำคัญเป็นอันดับสองรองจากประสบการณ์ของความสำเร็จด้วยตนเอง การที่บุคคลได้เห็นผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วประสบกับความสำเร็จจะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองมากขึ้น ทั้งนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมนั้นได้อยู่ก่อนแล้ว เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นแล้วว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งนั้นได้ ถ้าตั้งใจพยายาม โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในวัย เพศ ความสามารถและประสบการณ์ในอดีตที่ไม่แตกต่างกัน ในการส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้หรือความคาดหวังในความสามารถด้วยวิธีการนี้ พยายามสามารถกระทำได้ง่ายด้วยการใช้

กระบวนการกลุ่มที่มีบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวมาก่อนเป็นแบบอย่างให้เห็น นอกจากนี้อาจใช้แผนการส่งเสริมความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมที่ดี ด้วยการใช้ภาพถ่ายวิดีโอให้เห็นความสามารถของตัวแบบ เพื่อให้เกิดการเลียนแบบและมีพฤติกรรมดังกล่าว อย่างไรก็ตามการคัดเลือกตัวแบบก็มีความสำคัญ ทั้งนี้พยาบาลควรพยายามให้ตัวแบบนั้นมีความใกล้เคียงกับบุคคลที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด เพื่อให้บุคคลคิดว่าขณะที่บุคคลอื่นซึ่งมีสถานะที่ใกล้เคียงกับตนเองมีพฤติกรรมที่ดีได้ ตนเองก็น่าจะมีพฤติกรรมนั้นได้เช่นกัน

1.3 การชักจูงโดยใช้คำพูด (Verbal persuasion) เป็นอีกแหล่งที่ช่วยเสริมความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ด้วยการรับเอาคำแนะนำชักจูงจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาถึงความสามารถที่ตนเองมีอยู่ การพูดชักจูงจากผู้อื่นจะมีส่วนช่วยทำให้บุคคลมีกำลังใจเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แม้ว่าจะไม่เคยกระทำมาก่อนก็ตาม ส่งผลให้เกิดความพยายามกระทำสำเร็จ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองมากขึ้นพลังของคำพูดชักจูงไม่สามารถชักนำให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองได้ทุกครั้งไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานภาพและความเชื่อถือได้ของผู้ที่ให้คำชักจูง เช่น บิดา มารดา ครูบาอาจารย์ เป็นต้น นอกจากนี้คำพูดชักจูงจะมีความสำคัญมากขึ้น ถ้าผู้ชักจูงเคยมีประสบการณ์ของความสำเร็จในการกระทำมาก่อนแล้ว วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากในบางครั้งการก่อให้เกิดความสามารถของตนเอง ไม่สามารถกระทำได้ด้วยวิธีการหรือการให้ลองกระทำด้วยตนเอง ในการส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้หรือความคาดหวังในความสามารถด้วยวิธีการนี้พยาบาลสามารถกระทำได้ด้วยการใช้กลวิธีกระทำร่วมกับการได้เห็นตัวแบบ ซึ่งนอกจากการได้เห็นความสำเร็จของการกระทำของตัวแบบแล้ว ตัวแบบเองยังสามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมจากการกระตุ้นด้วยคำพูดได้ด้วย

1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) เป็นการใช้สภาวะทางร่างกายและอารมณ์เพื่อตัดสินความสามารถของบุคคลที่มีความเครียด ตื่นเต้น วิตกกังวล หรือมีสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมาก ๆ จนทำให้เกิดความอ่อนเพลีย เมื่อยล้า ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้กระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร จนเกิดการหลีกเลี่ยงการกระทำหรือเผชิญกับเหตุการณ์นั้นในที่สุด เช่น บุคคลที่เคยมีเหงื่อออกมากที่บริเวณฝ่ามือ หัวใจเต้นแรงและขาสั่นก่อนที่จะขึ้นพูดในที่ประชุม จะทำให้มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการพูดในระดับต่ำ เป็นต้น ความสำคัญของการกระตุ้นทางอารมณ์ไม่ได้อยู่ที่ว่าสภาวะร่างกายและจิตใจจะมีความเข้มแข็งเท่าไร แต่อยู่ที่ว่าเขาจะรับรู้และแปลความหมายอย่างไร บุคคลที่มีความรู้สึกในความสามารถของตนเองสูง สภาวะที่มีความรู้สึกสูงนั้นจะสามารถปลุกเร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยส่งเสริมพลังในการแสดงพฤติกรรม แต่บุคคลที่สงสัยตนเองจะวัดความสามารถได้ด้วยสภาวะทางสรีรวิทยาและอารมณ์เป็นตัวชี้วัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อสภาวะสุขภาพและกิจกรรมที่ใช้สรีระทางร่างกายเป็นตัวแสดง

พฤติกรรม ดังนั้นเพื่อให้บุคคลเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมที่ต้องการ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับความคงที่ของสภาวะทางกายและอารมณ์ด้วยเสมอ

ดังนั้นคนที่มีความเชื่อในความสามารถตนเองต่ำในการปฏิบัติงานเฉพาะอย่าง จึงเป็นอุปสรรคหรือทำลายความสามารถของบุคคลในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ ทำให้ขาดความสนใจที่จะติดตามงานที่รับผิดชอบอยู่ ทำให้งานไม่ประสบผลสำเร็จหรือประสบผลสำเร็จได้ แต่ไม่ได้ผลดี ดังนั้นการทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณจะทำงานอะไร จะต้องสร้างให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถทำได้ และทำได้อย่างดี ซึ่งไม่ใช่เป็นเรื่องของการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่จะทำเท่านั้น แต่บุคคลจะต้องทราบว่าจะทำอะไร ทำอย่างไร หมายถึง การมีทักษะ มีความรู้ในเรื่องนั้น และข้อสำคัญต้องมีความรู้สึก มีความต้องการที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น มีความรู้สึกว่าการงดอาหารพวกแป้ง และการได้ออกกำลังกายสามารถช่วยลดความอ้วน ลดน้ำหนักได้ แค่นี้ไม่เพียงพอบุคคลนั้นจะต้องมีทักษะในการคำนวณคุณค่าอาหาร จำนวนแคลอรีที่จะรับประทานในแต่ละวัน รูปแบบของการออกกำลังกายที่ถูกต้องกับบุคคล กำหนดเวลาที่จะปฏิบัติ มีกำลังใจที่จะปฏิบัติ เมื่อบุคคลมีความเชื่อถึงคุณค่าและประโยชน์ของการปฏิบัติที่จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง รูปร่างสวยงาม และสามารถป้องกันโรคได้ ดังนั้นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง เมื่อมาใช้จึงต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่รวบรวมความรู้ที่จะทำ และมีทักษะที่จะทำอย่างเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการที่จะนำไปปฏิบัติ

3.1.2 กระบวนการกระตุ้นความสามารถ (Efficacy activated processes)

1) กระบวนการรู้คิด (cognitive processes) จะช่วยให้บุคคลคาดเดาเหตุการณ์ และพัฒนาแนวทางที่จะควบคุมสิ่งที่มีอิทธิพลต่อชีวิตของเขา

2) กระบวนการจูงใจ (motivational processes) แรงจูงใจจะถูกกำกับโดยการคาดหวัง ในผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ๆ บุคคลจะกระทำเมื่อเขามีความเชื่อว่าเขาทำได้ การจูงใจจะมีอิทธิพลต่อความคาดหวัง ในผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ๆ

3) กระบวนการความรู้สึก (affective processes) ความรู้สึกในความสามารถตนเองบุคคลก็จะพยายามทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จ

4) กระบวนการเลือกสรร (selection processes) ความเชื่อในความสามารถตนเองสามารถปรับแต่งให้เกิดขึ้นได้ โดยอิทธิพลของกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เขาเลือก

3.1.3 ผลประโยชน์ในแง่ที่ดีที่มีความเชื่อในความสามารถตนเอง (Adaptive benefits of optimistic self-beliefs of efficacy) จากการศึกษาของแบนดูรา ความรู้สึกของบุคคลที่จะแสดงกับความสำเร็จและความผาสุกนั้น ก็คือ ความต้องการความรู้สึกที่ดีต่อความสำเร็จของตนเอง บุคคลที่ประสบความสำเร็จด้านต่าง ๆ เป็นบุคคลที่อยู่ในสังคมที่ดี ได้มองความสามารถ

ของตนในด้านดี เพื่อการควบคุมเหตุการณ์ที่มีผลต่อชีวิตของเขา และเชื่อว่าความสามารถตนเองจะทำให้เกิดความผาสุกและประสบความสำเร็จ

3.1.4 การพัฒนาและการฝึกหัดการมีความสามารถตนเองตลอดชีวิต (Development of self-efficacy over the lifespan) ในช่วงเวลาที่ต่างกันของชีวิต บุคคลจะต้องการความสามารถในการทำงานให้สำเร็จที่ต่างกัน วิวัฒนาการความสามารถก็จะแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ ความสามารถในเรื่องต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตของบุคคล จะเพิ่มขึ้นตามประสบการณ์ของบุคคลที่ได้รับ ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้เกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกตจากตัวแบบต่าง ๆ ที่บุคคลมีความตั้งใจจะรับรู้การเรียนรู้จากตัวแบบนี้มีส่วนประกอบสำคัญ 4 กระบวนการ ดังนี้

1) *กระบวนการตั้งใจ (attention processes)* บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกตถ้าบุคคลนั้นไม่มีความตั้งใจ และรับรู้ได้อย่างแม่นยำ ถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวการกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบด้วยกัน คือ ตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด และสร้างให้เกิดความพึงพอใจ และตัวผู้สังเกตเองที่มีความสามารถในการรับรู้ การเห็นและการได้ยิน

2) *กระบวนการเก็บจำ (retention processes)* บุคคลจะไม่ได้รับอิทธิพลมากนักจากตัวแบบ ถ้าเขาไม่สามารถจะจดจำได้ถึงลักษณะของตัวแบบ บุคคลจะต้องแปลงข้อมูลจากตัวแบบให้เป็นรูปแบบสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่ายขึ้น แบนดูรา พบว่า ผู้สังเกตที่สามารถอธิบายพฤติกรรมหรือการกระทำของตัวแบบได้ด้วยคำพูดหรือสามารถมีภาพพจน์ สิ่งที่ตนสังเกตไว้ในใจ จะเป็นผู้ที่สามารถจำสิ่งที่เรียนรู้โดยการสังเกต ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่เพียงดูเฉย ๆ หรือทำงานอื่นในขณะที่ดูตัวแบบไปด้วย

3) *กระบวนการกระทำ (production processes)* เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตได้ทำการแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นมาเป็นการกระทำ ซึ่งจะทำได้ดีหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นกับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตการกระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และได้เทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จะได้ รวมถึงความสามารถทางกายและทักษะในพฤติกรรมต่าง ๆ จะทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมที่เลียนแบบออกมาได้ดีและตรง

4) *กระบวนการจูงใจ (motivation processes)* การที่บุคคลที่เกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ กระบวนการจูงใจย่อมขึ้นอยู่กับสิ่งประกอบของสิ่งล่อใจจากภายนอก สิ่งนั้นจะต้องกระตุ้นการรับรู้ เป็นที่ยอมรับของบุคคลและสังคม ทั้ง 4 กระบวนการ

ในด้านอิทธิพลของตัวแบบ แบนดูราได้เสนอข้อสรุปว่าตัวแบบที่มีอิทธิพลต่อผู้สังเกตไว้ดังนี้ (Bandura, 1996)

1. การสร้างพฤติกรรมใหม่

2. การสร้างกฎเกณฑ์ใหม่ จากนั้นผู้สังเกตการณ์ทดลองการกระทำตามตัวแบบ ลักษณะต่าง ๆ ถ้าผลออกมาในทางบวก ผู้สังเกตจะนำรูปแบบต่าง ๆ ที่ทดสอบแล้วมาสร้างเป็นกฎเกณฑ์ หรือหลักการใหม่

3. การสอนการคิดและพฤติกรรมสร้างสรรค์ การมีตัวแบบจะช่วยสนับสนุน การพัฒนาเชิงสร้างสรรค์ เป็นพฤติกรรมนั้น

4. การยับยั้งการกระทำและลดความหวั่นเกรงที่จะกระทำ การที่เห็นตัวแบบ ถูกลงโทษ ผู้สังเกตจะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำตามพฤติกรรมนั้น

6. การส่งเสริมการกระทำ การมีตัวแบบจะมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการกระทำ ทั้งที่เป็นทางบวกและทางลบ

7. ทางด้านอารมณ์ ตัวแบบนอกจากจะส่งผลต่อการกระทำแล้ว ยังส่งผลต่อ อารมณ์ของ ผู้สังเกตให้รุนแรงเพิ่มขึ้นอีกและกระตุ้นให้เกิดอารมณ์คล้ายตามไปด้วย

8. การเอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำตามตัวแบบ การกระทำใดที่บุคคลให้คุณค่า และมีความชื่นชอบอยู่แล้ว จะกระทำได้โดยเร็วและมีความง่ายในการกระทำตาม

การเพิ่มความเชื่อหรือความคาดหวังในความสามารถของตนเอง โดยการสังเกต จากตัวแบบนั้น แบนดูราได้เสนอว่า ควรมีขั้นตอนในการนำเสนอ ดังนี้

1. กำหนดพฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้สังเกตเรียนรู้
2. หาตัวแบบที่เหมาะสมกับผู้สังเกตที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้สังเกต ได้เรียนรู้
3. เมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้สังเกตได้เรียนรู้แล้ว ต้องให้การ เสริมแรงกับตัวแบบ
4. เมื่อผู้สังเกตสามารถแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบได้อย่างถูกต้อง ต้องมีการ เสริมแรงแก่ผู้สังเกต

โดยสรุป ทฤษฎีความสามารถตนเอง มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความ สามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์การกระทำ การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นปัจจัยสำคัญนำไปสู่การ ปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่คาดหวัง โดยการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบุคคล มี 4 วิธี ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เป็นการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ว่า เมื่อสามารถ กระทำกิจกรรมนั้นสำเร็จจะเกิดความเชื่อมั่นและเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น ด้วยการฝึก ให้มีทักษะอย่างเพียงพอ 2) การใช้ตัวแบบ เป็นการเรียนรู้จากการสังเกต พฤติกรรมของบุคคลอื่นที่มี ลักษณะคล้ายตนเอง เมื่อเรียนรู้แล้วบุคคลก็จะเกิดความหวังว่าตนเองจะได้รับผลเช่นเดียวกันหาก ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 3) การชักจูงโดยใช้คำพูด เป็นการส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีกำลังใจและเชื่อมั่นว่า ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แม้จะไม่เคยกระทำมาก่อน โดยการกระตุ้นด้วย

คำพูด และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ เป็นการทำให้บุคคลมีความพร้อมทางอารมณ์ ซึ่งช่วยให้บุคคลรู้สึกดีที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เปลี่ยนความรู้สึกกลัวเป็นความรู้สึกตื่นเต้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3.2 การประยุกต์ใช้ความสามารถตนเองและการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ได้มีผู้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในด้านสุขภาพ เพื่อช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรค การเสริมสร้างสุขภาพและการรักษาโรค โดยการเพิ่มความต้องการของบุคคลในการเพิ่มความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติในเรื่องใด เรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น ประยุกต์ใช้ในโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวาน การลดความอ้วน การควบคุมระดับน้ำตาล การควบคุมระดับความดันโลหิต การออกกำลังกาย ทฤษฎีความสามารถตนเองได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่มุ่งหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่แบนดูราได้กล่าวไว้

1. บุคคลจะเลือกพฤติกรรมและสถานการณ์บางอย่าง ซึ่งบุคคลมักจะหลีกเลี่ยงหรือพยายามที่จะทำหรือไม่อยากทำ เช่น ความพยายามที่จะงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย งดดื่มสุรา พฤติกรรมที่ขัดต่อความเคยชิน ความชอบความพอใจเปลี่ยนแปลงมักไม่อยากทำ

2. ความพยายามบางอย่างที่จะปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ จะต้องมีการวางแผนการแห่งความพยายาม อาจจะต้องใช้ความพยายาม เพื่อให้สามารถเลิกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น งดสูบบุหรี่ งดยาเสพติด เป็นต้น

3. บุคคลจะต้องใช้เวลาปฏิบัติต่อสิ่งนั้น ๆ เป็นเวลานานให้ติดต่อกันไป มีความสม่ำเสมอ บางครั้งเกิดความเบื่อหน่าย เช่น การจะต้องออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ ติดต่อกันไป

4. ด้านอารมณ์ ความเชื่อในความสามารถของตนเอง มีผลกระทบต่ออารมณ์ของบุคคล บุคคลอาจเผชิญกับความวิตกกังวล ความกดดัน ความเครียด อารมณ์ไม่ดี ซึ่งก่อความให้เกิดความล้มเหลว ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ

ดังนั้น คนที่มีความเชื่อในความสามารถตนเองต่ำในการปฏิบัติงานพาอย่างยิ่ง จึงเป็นอุปสรรคหรือทำลายความสามารถของบุคคลในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ หรือทำให้ขาดความสนใจ ที่จะติดตามงานที่รับผิดชอบอยู่ ทำให้งานไม่ประสบความสำเร็จ หรือประสบความสำเร็จได้แต่ไม่ได้ผลดี ดังนั้นการให้บุคคลมีความรู้สึกที่ตัวเองจะทำงานอะไร จะต้องสร้างให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถจะทำได้ และทำได้อย่างดี ซึ่งไม่ใช่เรื่องของการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่จะทำเท่านั้น แต่บุคคลจะต้องทราบว่าจะทำอะไร ทำอย่างไร หมายถึง การมีทักษะ มีความรู้ในเรื่องนั้น และข้อสำคัญ ต้องมีความรู้สึก มีความต้องการที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น มีความรู้สึกว่าการงดอาหารพวกแป้ง และการได้ออกกำลังกายสามารถช่วยลดความอ้วน ลดน้ำหนักได้ แค่นี้ไม่เพียงพอบุคคลนั้นจะต้องมีทักษะ

ในการคำนวณคุณค่าอาหาร รูปแบบของการออกกำลังกาย ที่ถูกต้อง ดังนั้นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะสร้างความเชื่อในความสามารถตนเองเมื่อมาใช้จึงต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ต้องรวบรวมความรู้ที่จะทำ และมีทักษะที่จะทำที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการที่จะนำไปปฏิบัติ

ทฤษฎีความสามารถตนเองสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มุ่งเน้นการ เรียนรู้และมีทักษะจากการรับรู้แก้ไขปัญหาสมรรถภาพที่อ่อนแรง มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเช่นข้อติดแข็ง จากการบริหารร่างกายไม่ถูกต้องหรือไม่มีผู้ดูแลช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดทำนอน ทำนั้ง ทำเดิน ไม่ถูกต้อง เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อน สูญเสียภาพลักษณ์ เกิดความทุกข์และความเครียดตามมา ซึ่งทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง กล่าวว่า ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็ปฏิบัติตาม โดยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลการกระทำ ซึ่งอธิบายว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำสูง บุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และมีความคาดหวังผลของการกระทำต่ำด้วย หรือมีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูราเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นปัจจัยสำคัญนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ซึ่งมีปัจจัยในการทำให้เกิดความสามารถของตนเอง 4 วิธี ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experience) 2) การใช้ตัวแบบ (modeling) 3) การชักจูงโดยใช้คำพูด (verbal persuasion) และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal)

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy-Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1996) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรม การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธ โดยมุ่งเน้นในการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การบริหารร่างกาย การจัดทำนอน ทำนั้ง ทำเดิน การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่ให้เกิดข้อติดแข็ง การติดเชื่อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ความสามารถตนเองในการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมการพัฒนาสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองทั้ง 4 วิธี ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) เป็นการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าสามารถกระทำกิจกรรมใด ๆ ได้สำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่นและส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น โดยการให้ความรู้และฝึกให้มี

ทักษะเพียงพอ การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย กิจกรรม 3 ประการ ดังนี้

1.1 การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ประกอบ สื่อวีดิทัศน์ เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้กลุ่มทดลองแต่ละกลุ่ม วิเคราะห์วีดิทัศน์ และส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอ ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างอภิปรายร่วมกันเพื่อให้เข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุการเกิดโรค อาการของโรค การรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสาธิตและฝึกทักษะ การบริหารร่างกายโดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำเองและโดยมีผู้ดูแลช่วยทำ การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันตั้งแต่ตื่นนอนถึงเข้านอน การจัดทำนอน ทำนั้ง ทำเดิน การขึ้น-ลงบันได การป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการรับประทานยา การจัดการความเครียดหรือความทุกข์ การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

1.2 การสร้างการรับรู้ เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้ อันจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดย การให้เห็นตัวแบบด้านลบ โดยเชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นต้นแบบให้เห็น และเล่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ที่ไม่ถูกต้อง หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันว่าในชุมชนมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรค ใครมีโอกาสเกิดโรคมามากที่สุด โรคมีความรุนแรงเพียงใด ทำให้เสียชีวิตหรือไม่ พิกัดหรือไม่ โอกาสเกิดโรคซ้ำมาน้อยเพียงใด ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะเกิดจาก หลอดเลือดสมองแตก ตีบ และอุดตัน มีแนวทางการดูแลเมื่อกลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้านหรือในชุมชนอย่างไร แล้วให้กลุ่มทดลองอภิปรายร่วมกัน เพื่อสรุปภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำ

1.3 การฝึกทักษะและสาธิตในการดูแลตนเอง โดยการฝึกทักษะและสาธิตการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.3.1 การจัดทำให้เหมาะสม โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการจัดทำให้เหมาะสม โดยการบรรยาย ประกอบสื่อเพาเวอร์พอยท์ (power point) ที่ผู้วิจัยสร้างเอง และใช้สื่อในการให้ความรู้หลากหลาย เช่น คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีภาพประกอบ มีทีมสหวิชาชีพ (ค.ป.ส.อ.) งานสุขภาพบูรณาการระดับอำเภอให้เหมาะสม มีตัวแบบด้านบวก คือ ผู้ป่วยตัวจริงที่เป็นแบบให้สาธิตเพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะในการจัดทำที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่มสมาชิกในกลุ่มฝึกสาธิตกับผู้ป่วยจริงที่มาร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยมีคะแนน ADL 5-11 ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 12 เดือน มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง (ติดบ้าน)

1.3.2 การบริหารข้อต่อและการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในการบริหารข้อต่อและออกกำลังกายกล้ามเนื้อ โดยการบรรยายประกอบสไลด์เพาเวอร์พอยต์ (power point) ที่ผู้วิจัยสร้างเอง และเตรียมอุปกรณ์ ที่ต้องใช้ในการสาธิต เช่น เตียงนอน คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีภาพประกอบ มีนักกายภาพมาช่วยสาธิตในการบริหารข้อต่อและออกกำลังกาย เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะในการจัดทำที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม สมาชิกในกลุ่มฝึกสาธิตกับผู้ป่วยจริงที่มาร่วมกิจกรรม

1.3.3 การหัดการเคลื่อนไหวบนเตียงและหัดนั่ง โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในการหัดการเคลื่อนไหวบนเตียง โดยการบรรยายประกอบสไลด์เพาเวอร์พอยต์ (power point) ที่ผู้วิจัยสร้างเอง และเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการสาธิต เช่นเตียงนอน คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีภาพประกอบ มีนักกายภาพมาช่วยสาธิตในการบริหารข้อต่อและออกกำลังกาย เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะในการจัดทำที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม สมาชิกในกลุ่มฝึกสาธิตกับผู้ป่วยจริงที่มาร่วมกิจกรรม

1.3.4 การหัดยืนและเดิน โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในการหัดยืนและเดิน โดยการบรรยายประกอบสไลด์เพาเวอร์พอยต์ (power point) ที่ผู้วิจัยสร้างเอง และเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการสาธิต เช่น เตียงนอน คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีภาพประกอบ มีนักกายภาพมาช่วยสาธิต เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะในการจัดทำที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม สมาชิกในกลุ่มฝึกสาธิตกับผู้ป่วยจริงที่มาร่วมกิจกรรม

1.3.5 การฝึกกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยให้ข้อมูลในเรื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการฟื้นฟูสมรรถภาพ การฝึกกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเองสามารถทำได้ด้วยตนเองและมีผู้ดูแลช่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การถอด-ใส่เสื้อผ้า เครื่องมือประกอบด้วย ใช้ชมวีดิทัศน์ นำเสนอภาพ (power point) เสื้อผ้าผ่าหน้า ในการสาธิตการใส่และถอด หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองฝึกทักษะเองโดยจับคู่ดูแลกัน โดยแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม สมาชิกในกลุ่มฝึกสาธิตกับผู้ป่วยจริงที่มาร่วมกิจกรรม

1.3.6 การดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ผู้วิจัยให้ข้อมูลในเรื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการฟื้นฟูสมรรถภาพการดูแลระบบขับถ่าย โดยการบรรยาย ประกอบการนำเสนอภาพ (power point) และอุปกรณ์ เช่น ถูรองรับน้ำปัสสาวะ สายปัสสาวะสาธิตไม่ให้ตั้งรั้งไม่ให้ยกถูรองรับน้ำปัสสาวะอยู่เหนือลำตัว โดยแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม สมาชิกในกลุ่มฝึกสาธิตกับผู้ป่วยจริงที่มาร่วมกิจกรรม

1.3.7 การพลิกตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ ผู้วิจัยให้ข้อมูลในเรื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการฟื้นฟูสมรรถภาพการพลิกตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ โดยการบรรยาย ประกอบการนำเสนอภาพ (power point) อุปกรณ์ เช่น แผ่นรองซับ เตียงที่นอนลม ถูมือ บรรจุน้ำเปล่าเพื่อรองตามข้อกระดูกไม่ให้เกิดการกดทับนาน โดยแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม สมาชิกในกลุ่มฝึกสาธิตกับผู้ป่วยจริงที่มาร่วมกิจกรรม

1.3.8 การนวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรง ผู้วิจัยให้ข้อมูลในเรื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการฟื้นฟูสมรรถภาพการ นวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการเตรียม เครื่องประคบ โดยการนำเสนอ (power point) คู่มือการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื่องการนวดผ่อนคลาย สาธิตการนวดโดยเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอปากเกร็ด 3 ท่านที่มาช่วย โดยแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม สมาชิกในกลุ่มฝึกสาธิตกับผู้ป่วยที่มาร่วมกิจกรรม

สรุป การฝึกทักษะและสาธิตในการดูแลตนเอง โดยการฝึกทักษะและสาธิตการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้วิธีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) เป็นการที่บุคคลได้ รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าสามารถกระทำกิจกรรมใด ๆ ได้สำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่นและส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น โดยการให้ความรู้และฝึกให้มีทักษะเพียงพอ การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) เป็นการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะคล้ายตัวเอง โดยใช้บุคคลอื่นเป็นตัวแบบเมื่อเรียนรู้แล้วบุคคลก็จะเกิดความหวังต่อตนเองจะได้รับผลเช่นเดียวกัน หากปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การสร้างการรับรู้ตนเองจากการใช้ตัวแบบประกอบกิจกรรม 2 ประการ ดังนี้

2.1 การให้เห็นตัวแบบด้านบวก โดยเชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในชุมชน ที่สมัครใจมาเล่าประสบการณ์ ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเอง ในด้านการบริหารร่างกาย การเตรียมและการรับประทานอาหาร การรับประทานยาที่ถูกต้อง ตลอดจนการจัดความเครียดจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยซักถาม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับตัวแบบด้านบวกว่ามีแนวทางในการปฏิบัติ การดูแลตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถอยู่กับครอบครัว สังคมได้อย่างมีความสุข หลังจากนั้นอภิปรายร่วมกัน เพื่อสรุปแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้หลงเหลือความพิการน้อยที่สุดให้ร่างกายกลับมาสู่ปกติมากที่สุด

2.2 การให้เห็นตัวแบบด้านลบ โดยเชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่สมัครใจมาเล่าประสบการณ์ ที่มีการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การ

รับประทานอาหารไม่เหมาะสม การกลับไปดื่มสุรา การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจนเกิดมีภาวะแทรกซ้อน หรือกลับไปนอนโรงพยาบาลบ่อย ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยซักถาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ กับตัวต้นแบบด้านลบ ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือ การฟื้นฟูสมรรถภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เพื่อสรุปแนวทางร่วมกันในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลความถี่ในการ ปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ด้าน การจัดทำ ท่านอน ท่านั่ง การบริหารข้อต่อและกล้ามเนื้อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่นการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา การดูแลความ สะอาดร่างกาย การใส่-ถอดเสื้อผ้า การนวดผ่อนคลายจากการบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

3. การชักจูงโดยใช้คำพูด (Verbal persuasion) เป็นอีกแหล่งหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริม ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ด้วยการรับเอาคำแนะนำและชักจูงจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูล เพื่อพิจารณาถึงความสามารถที่ตนเองมีอยู่ การพูดชักจูงจากผู้อื่นจะมีส่วนช่วยให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ แม้ว่าจะไม่เคยกระทำมาก่อน ก็ตาม ส่งผลให้เกิดความพยายามกระทำสำเร็จ มีความคาดหวังในความสามารถตนเองมากขึ้น พลัง ของการพูดชักจูงไม่สามารถชักนำให้เกิดความคาดหวังในความสามารถตนเองได้ทุกครั้งไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ สถานภาพและความเชื่อถือได้ของผู้ที่ให้คำพูดชักจูง เช่น บิดา มารดา ครูบาอาจารย์ เป็นต้น นอกจากนี้ คำพูดชักจูงจะมีความสำคัญมากขึ้น ถ้าผู้ชักจูงเคยมีประสบการณ์ของความสำเร็จในการกระทำมา ก่อนแล้ว วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเนื่องจากในบางครั้งการก่อให้เกิดความสามารถของตนเอง ไม่สามารถกระทำให้ดูได้ด้วยการสาธิตหรือการให้ลองกระทำด้วยตนเอง ในการส่งเสริมให้บุคคลมี การรับรู้หรือความคาดหวังในความสามารถด้วยวิธีนี้ พยาบาลสามารถกระทำได้ด้วยการใช้กลวิธี กระทำร่วมกับการได้เห็นตัวแบบซึ่งนอกจากการได้เห็นความสำเร็จของการกระทำของตัวแบบแล้ว ตัวแบบเองยังสามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรม จากการกระตุ้นด้วยคำพูดได้ด้วย

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) เป็นการที่บุคคลมีความพร้อม ทางอารมณ์ ซึ่งช่วยให้บุคคลรู้สึกดี ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เปลี่ยนความรู้สึกกลัวที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ใหม่ เป็นความรู้สึกที่ตื่นเต้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง จากการ กระตุ้นทางอารมณ์ ทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายทางสังคม: กลุ่มแกนนำสโตนด์ การทำไลน์กลุ่มผู้ดูแล และเครือข่ายทางสังคม เยี่ยมบ้านโดยอ.ส.ม.และทีมสหวิชาชีพ ประกาศเกียรติคุณและมอบรางวัลแก่ บุคคลต้นแบบสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ไม้เท้าขาเดียว แผ่นยางรองจานกันลื่น ซ้อนมีด้ามจับใหญ่ หรือแก้วน้ำมีหู

โดยสรุป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองในการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองทั้ง 4 วิธี ได้แก่ *กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences)* เป็นการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าสามารถกระทำกิจกรรมใด ๆ ได้สำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่นและส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น โดยการให้ความรู้และฝึกให้มีทักษะเพียงพอ การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ *การใช้ตัวแบบ (Modeling)* ประกอบด้วย ตัวแบบด้านบวก จากกลุ่มทดลองที่บรรลุเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและให้อยู่กับครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข และนำเสนอตัวแบบด้านลบ จากกลุ่มทดลองโดยความสมัครใจ ให้เล่าประสบการณ์ถึงการไม่ปฏิบัติหรือปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมในเรื่องการรับประทานยาไม่ถูกต้อง การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การกลับไปดื่มสุรา การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจนเกิดมีภาวะแทรกซ้อน หรือกลับไปนอนโรงพยาบาลบ่อย ๆ *การชักจูงโดยใช้คำพูด* ประกอบด้วย การให้กำลังใจ/ชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมายการให้ข้อมูลย้อนกลับจากแบบบันทึกการรับประทานยา อาหาร ประสาทเกียรติคุณ และมอบรางวัลแก่บุคคลต้นแบบ *การกระตุ้นทางอารมณ์* ประกอบด้วย การสร้างเครือข่ายทางสังคม : กลุ่มแกนนำสัปดาห์ การทำไลน์กลุ่มผู้ดูแลและเครือข่ายทางสังคม เยี่ยมบ้านโดย อ.ส.ม. และทีมสหวิชาชีพ ประสาทเกียรติคุณและมอบรางวัลแก่บุคคลต้นแบบ สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ไม้เท้าขาเดียว หรืออุปกรณ์ในการรับประทานอาหาร เช่น ซ้อนเสริมด้าม แก้วมีหู 2 ข้าง แผ่นยางกันลื่นรองจาน เป็นต้น

4. บริบทการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

4.1 ขอบเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ รับผิดชอบประชากร ทั้งหมด 38,625 คน มีจำนวนหลังคาเรือน 7,807 หลังคาเรือน อาสาสมัครหมู่บ้าน จำนวน 8 คน จำนวนโรงเรียน จำนวน 5 โรงเรียน สหกรณ์การเกษตร มีสิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2593 คน สิทธิ์ประกันสังคม 7,652 คน สิทธิ์ราชการ 5,502 คน มีพื้นที่ 7.80 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ในเขตตำบลบ้านใหม่รับผิดชอบทั้งหมด 7 หมู่บ้าน แยก

เป็น 10 ชุมชน ในเขตเทศบาลนครปากเกร็ด อยู่ห่างจากอำเภอปากเกร็ด 5 กิโลเมตร มีเขตความรับผิดชอบสำคัญ 5 ด้าน ตามขอบเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค (ไพจิตร วราจิต, ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, นิทัศน์ รวยยวา, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, เกษม เวชสุทธานนท์, สุทธิมา สงวนศักดิ์ และสุรติ ฉัตรไชยาฤกษ์, 2553) ดังนี้

4.1.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถของตนเองในการดูแล การพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) กลุ่มปกติ 146 คน กลุ่มป่วยที่ต้องดูแล 6 คน กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-15 ปี) กลุ่มปกติ 2,703 คน กลุ่มวัยรุ่น (15-20 ปี) 2,429 คน กลุ่มวัยทำงาน (21-59 ปี) 22,676 กลุ่มป่วย 316 คน กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 5,713 คน กลุ่มป่วยที่ต้องดูแล 588 คน กลุ่มติดเตียง 24 คน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการให้บริการที่แตกต่างกัน กลยุทธ์หลัก ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งกับกิจกรรมชุมชนเพื่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนสาธารณสุข เป็นวิธีการทำงานเชิงรุก ซึ่งดำเนินทั้งในสถานบริการและในชุมชน

4.1.2 ด้านการรักษาพยาบาล ให้บริการรักษาโรคเบื้องต้น และการรักษาต่อเนื่อง การส่งต่อและกลับมาดูแลต่อเนื่อง การดูแลรักษาโรคเรื้อรัง การเยี่ยมบ้าน การป้องกัน การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยที่สัมผัสโรค กลุ่มเสี่ยงในสถานบริการและชุมชน การจัดบริการด้านเภสัชกรรม การให้คำปรึกษา และงานแพทย์แผนไทย

4.1.3 ด้านการควบคุมป้องกันโรค ประกอบด้วย กิจกรรมการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค และกิจกรรมการควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โดยการเฝ้าระวัง สอบสวนโรคและภัยสุขภาพ มีการสังเกต การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ การแปลผล และการรายงาน สถานการณ์โรค ภัยสุขภาพที่เฝ้าระวังและติดตามหรือคาดว่าจะเกิด ค้นหาการระบาดของโรคภัยที่อาจเกิดขึ้น และสามารถดำเนินการควบคุมได้ทันเวลา การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ การนำข้อมูลจากการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค และภัยสุขภาพมาวิเคราะห์แล้วจัดทำแผนงาน กำหนดมาตรการลงชุมชน

4.1.4 ด้านการฟื้นฟูสภาพ มีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย พิกัดในชุมชน โดยทีมสุขภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และอาสาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.1.5 ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค มีการสร้างความตระหนักหรือส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในการติดตามเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่ประชาชนต้องบริโภค และใช้ในชีวิตรประจำวัน เช่น ยา อาหาร เครื่องสำอาง น้ำ น้ำแข็ง เป็นต้น ซึ่งอาศัยภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบ เฝ้าระวัง ทั้งกับตนเองครอบครัว รวมไปถึงชุมชน

สรุปได้ว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ มีมาตรฐานการบริการ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2) ด้านรักษาพยาบาล 3) ด้านการควบคุมป้องกันโรค 4) ด้านการฟื้นฟูสภาพ 5) การคุ้มครองผู้บริโภค ที่สำคัญในปี พ.ศ. 2561 ได้มีการยกระดับให้เป็นคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) ซึ่งมีศูนย์การแพทย์ ปัญญานันท์ภิกขุ ชลประทาน เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการจัดบริการทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่และในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน อย่างต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม มีขอบเขตการดำเนินงาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายหลักในการดูแล มีภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนงานปฐมภูมิ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ในปี พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดีระดับ 5 ดาว และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ เป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี และสาขาสาธารณสุขของวิทยาลัยเอกชน เป็นต้น

4.2 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การจัดการบริการการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จะต้องครอบคลุมกิจกรรมการให้บริการ การพยาบาลและผดุงครรภ์ทั้งในหน่วยบริการและชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการรักษาต่อเนื่องในคลินิกเฉพาะทาง/เฉพาะโรค และการฟื้นฟูสภาพ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และปนัดดา ปรียทฤษ, 2559)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้การดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม เน้นการบริการหลัก ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วประเทศให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อลดอัตราการป่วยและอัตราการตาย และหลงเหลือความพิการน้อยที่สุด ในปัจจุบันการให้บริการเชิงรุกมีกิจกรรมหลายรูปแบบในการบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการป้องกันและฟื้นฟูกิจกรรมการคัดกรองเบาหวานความดันซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง การคืนความรู้สู่ชุมชนในภาคการทำโครงการของเทศบาลนครปากเกร็ดโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีส่วนร่วมคือเป็นวิทยากรส่งเสริมสุขภาพเตรียมองค์ความรู้ ทักษะและสาริตการดูแลตนเองให้ในภาคส่วนของชุมชน ในภาคส่วนของนักเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้นำโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอปากเกร็ดดูแลผู้สูงอายุลงสู่โรงเรียนวัยประถมศึกษาและมัธยม ที่มีจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในบ้านและในชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้จากการติดตามประเมินผลหลังอบรม 1 เดือน นักเรียนสามารถดูแลผู้สูงอายุในบ้านในชุมชนได้ถูกต้อง เกิดความรักสามัคคีขึ้น เกิดจิตอาสาในชุมชนขึ้นมาช่วย เรียกว่า จิตอาสาหมोजิว การส่งต่อผู้ป่วยโรค

หลุดเลือดสมองจากโรงพยาบาลกลับมาฟื้นฟูสมรรถภาพต่อที่บ้าน ดั้งเดิมเป็นการส่งต่อแบบส่งทางจดหมาย จากฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ประชากรในพื้นที่ไปรับการรักษาตามสิทธิการรักษา การเยี่ยมหรือดูแลต่อเนื่องล่าช้า ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนบ้าง หรือการดูแลของผู้ดูแลไม่ถูกต้อง บางรายมีอุปกรณ์ติดมาเช่น สายให้อาหาร เจาะคอ ต้องดูแลเสมหะ ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแลทำให้เกิดปัญหาการดูแลเพิ่มขึ้นเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดความพิการ สูญเสียภาพลักษณ์ และความเครียดในตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ต่อมาในนโยบายมีระบบการส่งต่อที่รวดเร็วขึ้น มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยทางเมล์ และต่อมาทาง Smart COC. มีระบบการติดตามเยี่ยมที่รวดเร็ว การรู้ปัญหาสื่อสารได้ดีขึ้น การประสานงานกับเครือข่ายในการลงเยี่ยมและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้ทันเวลา ลดความพิการลง ทีมสหวิชาชีพ มีการประสานงานกัน พร้อมทั้งมีการเตรียมการลงเยี่ยมประเมินเป็นระยะ ๆ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติการพยาบาล มีแนวทางร่วมกัน ในภาคส่วนของการบูรณาการในระบบสาธารณสุขอำเภอ (District Health System: DHS) เครื่องมือที่ใช้ในการ รับ-ส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ Clinical Nursing Practice Guideline (โรงพยาบาลปากเกร็ด, 2562) มีการนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมและเข้ากับบริบทของครอบครัว และชุมชนผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินว่าปลอดภัย ญาติ ผู้ดูแลต้องผ่านการฝึกทักษะ ทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ การบริหารข้อต่อและกล้ามเนื้อ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา ในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว อีกอย่างคือ ผู้จัดการสุขภาพ Care manager ในกลุ่มเป้าหมายหลัก ทั้ง 5 กลุ่มวัย ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และในชุมชน

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบตามกระบวนการหลัก ดังนี้

1. ร่วมเป็นคณะกรรมการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับอำเภอ ทำหน้าที่ร่วมประชุมวางแผนกำหนดทิศทางนโยบายเป้าหมายของการให้บริการ การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ โดยใช้โปรแกรมที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีการวิเคราะห์ข้อมูล นำไปสู่การวางแผนกิจกรรม โครงการต่าง ๆ ที่ส่งผลดีต่อสุขภาพภาคประชาชนรู้จัก เช่น Stroke Fast tack สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง หรือการมีโครงการ CPR.การนำความรู้สู่ชุมชนการช่วยฟื้นคืนชีพ
2. การเชื่อมโยงกับศูนย์ข้อมูลสารสนเทศของจังหวัด และเครือข่ายบริการสุขภาพ จัดทำข้อมูลที่เป็น ได้แก่ ทะเบียนกลุ่มผู้ป่วยโรค เบาหวาน ความดันโลหิต ทะเบียนคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ทางหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ
3. ให้บริการป้องกันควบคุมโรคและดูแลให้การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและในชุมชน โดยมีทีมสหวิชาชีพ ในภาคีเครือข่ายลงพื้นที่ด้วย

4. มีเครื่องมือในการสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ได้แก่คู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพ การบริหารร่างกาย การนวดผ่อนคลาย รวมถึงบริการเยี่ยมอุปกรณ์การแพทย์ เช่น เตียง รถวีลแชร์ หรือไม้สามขา วอคเกอร์ช่วยเดิน เป็นต้น รวมถึงการนวดผ่อนคลายที่ผู้ดูแลสามารถทำได้

5. มีแนวทางเวชปฏิบัติแนวทางในการดูแลรักษา โรคหลอดเลือดสมอง Clinical Nursing Practice Guideline (โรงพยาบาลปากเกร็ด, 2562) มีการนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมและเข้า เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติ และเพื่อให้บุคคลากรสาธารณสุขมั่นใจในการตัดสินใจ

6. มีการคืนข้อมูล ประชุมร่วมกับชุมชน ผู้นำชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังมีบทบาทรับผิดชอบ เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะบทบาทการรักษาโรคเบื้องต้นเกี่ยวกับการตรวจ การวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษาโรคทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในตรงพยาบาล ในสถานบริการสาธารณสุขที่สูงกว่าอย่างเหมาะสม (กาญจนา จันทร์ไทย, อีรพร สติรอังกูร และขวัญภา ขวัญสถาพร, 2559)

4.3 สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่

ในส่วนของอำเภอปากเกร็ด อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งอำเภอปากเกร็ดพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจาก พ.ศ. 2557-2560 เป็น 29.9, 31.70, 31.93 และ 38.95 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการป่วย อันดับที่ 4 รองลงมาจากโรคไตและโรคหัวใจ แต่การส่งต่อในการเยี่ยมบ้านด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ 2560-2562 พบว่า สูงกว่าโรคอื่นที่ส่งมาให้เยี่ยม คือ 14, 27 และ 42 คนตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่เป็นประชากรในพื้นที่ และประชากรป่วยแล้วมาอาศัยกับบุตรหรือญาติ เพื่อการดูแล สถิติโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการตั้งแต่ พ.ศ. 2557-2560 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเป็น อย่างต่อเนื่อง เป็น 59.85, 62.68, 65.63 และ 70.45 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2557-2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็น 24.12, 30.65, 32.07 และ 34.77 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่, 2561)

จากสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองจาก การส่งต่อในการเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ จากอัตราป่วยและอัตราตาย มีแนวโน้มสูงขึ้น สะท้อนให้เห็นว่า สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ ออกเยี่ยมบ้านมานาน 13 ปี เห็นความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในประชากรในเขตรับผิดชอบมีแนวโน้มจะเพิ่มอัตราป่วยมากขึ้น

โดยสรุป บริบทพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ มีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบทั้งหมด 38,625 คน มีพื้นที่ 7.80 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ในเขตตำบลบ้านใหม่รับผิดชอบทั้งหมด 7 หมู่บ้าน แบ่งเป็น 10 ชุมชน ชุมชนเมืองเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการยกฐานะเป็นคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) มีการจัดบริการทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่และในชุมชน มีขอบเขตความรับผิดชอบ สำคัญ 5 ด้าน ตามขอบเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค พยาบาลเวชปฏิบัติมีกระบวนการดูแลผู้ป่วย 6 กระบวนการหลัก คือ 1) ร่วมเป็นคณะกรรมการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับอำเภอ 2) การเชื่อมโยงกับศูนย์ข้อมูลสารสนเทศของจังหวัด 3) ให้บริการป้องกันควบคุมโรคและดูแลให้การักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและในชุมชน โดยมีทีมสหวิชาชีพ ในภาคีเครือข่ายลงพื้นที่ด้วย 4) มีเครื่องมือในการสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง 5) มีแนวทางเวชปฏิบัติแนวทางในการดูแลรักษา โรคหลอดเลือดสมอง Clinical Nursing Practice Guideline (โรงพยาบาลปากเกร็ด, 2562) มีการนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม และ 6) การคืนข้อมูล ประชุมร่วมกับชุมชน ผู้นำชุมชน โดยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ มีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถานพยาบาลและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมทุกด้าน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์จากศูนย์การแพทย์ปัญญานันทะภิกขุ ชลประทาน ได้มาออกตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ทุกวันพุธ และช่วงบ่ายออกเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

5.1.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผุสดี ก่อเจติย์, ชนัญชิตา วงษ์ท้าว, และปัทมณา เมืองไทยชัย (2562) ศึกษาผลการนวดแผนไทยต่อความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการนวดไทยต่อความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรีและจำหน่ายกลับบ้านไม่เกิน 1 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดสระบุรี จำนวน 30 คน อายุ 35 ปีขึ้นไป เลือกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการ

วิจัยเป็นคู่มือการนวดไทยเบื้องต้นเพื่อการฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily living) และประเมินด้วยระดับความวิตกกังวลและซึมเศร้าโดยวัดจากแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) มีข้อคำถาม 14 ข้อ อาการวิตกกังวล 7 ข้อ อาการซึมเศร้า 7 ข้อ ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการนวดแผนไทย 4 สัปดาห์ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับสูงกว่าก่อนนวดแผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความวิตกกังวลและซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนนวดแผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

พญ.กามาศ พิริยะประสาธน์, กรอนงค์ ยืนยงชัยวัฒน์, นพพล ประโมทยกุล, และกฤษฎณา ครุฑนาท (2562) ศึกษาผลของการทำกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูแล้ว โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการทำกายภาพบำบัด 1 ครั้ง ร่วมกับการออกกำลังกายที่บ้านเป็นเวลา 1 เดือน ต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังในชุมชน เน้นกลุ่มที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูแล้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมาระยะหนึ่งแล้ว (มากกว่า 3 เดือนขึ้นไป) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีสัญญาณชีพปกติ และเข้าใจคำสั่งอย่างง่าย จำนวนทั้งสิ้น 9 คน กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน 1 ครั้งและฝึกควบคุมการเคลื่อนไหวตามโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านเป็นเวลา 1 เดือน โดยสาธิตและฝึกปฏิบัติในการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวตามความสามารถของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เองจะสอนการเคลื่อนไหวโดยใช้แขนหรือขาข้างที่แข็งแรงกว่าช่วยในการเคลื่อนไหว และสอนให้ผู้ดูแลช่วยในการเคลื่อนไหว เป็นต้น หากผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้บ้างจะให้คำแนะนำในการฝึกการเคลื่อนไหวเป็นกิจกรรม เช่น ลุกขึ้นยืนจากท่านั่ง โดยมีผู้ดูแลเฝ้าระวังป้องกันการล้ม การใช้แขนข้างที่อ่อนแรงในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ในผู้ป่วยที่สามารถทรงตัวได้ในท่านั่งและเดินจะได้รับคำแนะนำให้ฝึกก้าวเดินโดยมีผู้ดูแลเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการล้ม โดยให้เคลื่อนไหวตามโปรแกรมที่ให้ไว้ทุกวัน ทุกคนได้รับการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวโดยใช้แบบประเมิน Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) ประเมินความเร็วในการเดินโดยใช้ 5 meter walk test (5 MWT) ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจเข้าและออกโดยใช้ respiratory pressure meter และประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมิน Barthel Index ทั้งก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 9 คน มีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหว

แขน ขา และทำกิจกรรมต่าง ๆ จากการประเมิน ด้วยแบบประเมิน STREAM อยู่ในระดับปานกลาง ในช่วงเริ่มต้นการประเมิน โดยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเคลื่อนไหวร่างกาย แขนเท่านั้น ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเคลื่อนไหวร่างกาย และการเคลื่อนไหวที่เป็นกิจกรรมทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และในผู้ป่วยที่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง โดยใช้หรือไม่ใช้เครื่องช่วยจำนวน 4 คนจาก 9 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความเร็วในการเดินทั้งก่อน (Mean = 0.35 เมตร/วินาที, SD = 0.32) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 0.20 เมตร/วินาที, SD = 0.21) ช้ากว่า 0.8 เมตรต่อวินาที ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ เข้า (ก่อนเข้าโปรแกรม Mean = 38.00 cmH₂O, SD = 17.73; หลังเข้าโปรแกรม Mean = 38.00 cmH₂O, SD = 17.73) และกล้ามเนื้อหายใจออก (ก่อนเข้าโปรแกรม Mean = 39.22 cmH₂O, SD = 20.92; หลังเข้าโปรแกรม Mean = 38.56 cmH₂O, SD = 12.29) ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของกลุ่มตัวอย่างก่อน (Mean = 82.78, SD = 20.48) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 84.44, SD = 20.68) ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันอยู่ในระดับที่มีความบกพร่องเล็กน้อย

เอื้ออารีย์ สืบเสาะดี, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูศรี (2562) ศึกษาผลของ โปรแกรมพัฒนาความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแลหลักและอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และอาศัยอยู่ในอำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มโดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วยการบริหารข้อต่อ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อ และการจัดทำผู้ป่วยคนเดียว รวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย และความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .94 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล กำลังกล้ามเนื้อผู้ป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ผลการศึกษาพบว่า หลังทดลอง ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกำลังกล้ามเนื้อ

ชีพขบวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่กำลังกล้ามเนื้อชีพซ้ายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อังศุมาลิน พรจันทร์ท้าว, สมนึก สกุลหงส์โสภณ, และแสงทอง ชีระทองคำ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพข้อในผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยญาติผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพข้อในผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยญาติผู้ดูแล เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ถูกเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา จำนวน 44 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพข้อซึ่งประยุกต์แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy-theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินความรู้และทักษะการฟื้นฟูสภาพข้อ แบบประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อ ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพข้อ ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสภาพข้อสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่ะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .5$) แต่ไม่พบความแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.5$) ค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ด้านการกางออกและการงอของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่ในข้ออื่น ๆ และในกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

จารุวรรณ ปิยศิริณ, ทวีศักดิ์ กสิผล, และชฎาภา ประเสริฐทรง (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันปอดอักเสบ และแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการรับรู้สมรรถนะของตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผลของโปรแกรม และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับปอดอักเสบ และแผลกดทับก่อนและหลังได้รับโปรแกรมและระยะติดตามผลของโปรแกรม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura) มาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแล ซึ่งเน้นการป้องกันการเกิดปอดอักเสบและแผลกดทับ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ดูแล แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และแบบประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปวดอวัยวะ ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ระยะติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลองและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการของปวดอวัยวะและไม่มีแผลกดทับ

จิรายุ ชาตีสวรรณ, พระระวี เพ็ชรผดุงรัชต์, อรุณพร อิฐรัตน์, และณภัทรพานิชกร (2560) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการทำกายภาพบำบัดกับการทำกายภาพบำบัด ร่วมกับการนวดไทยต่อความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลอง และหลังการทดลองวันที่ 15 และ 30 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง ฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มแรกใช้วิธีการทำกายภาพบำบัดอย่างเดียว (PT) กลุ่มที่สอง ใช้วิธีการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทย (PTTM) ทั้งหมด 11 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินทักษะการทํากิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Index; MBI) แบบประเมิน Fugl-Meyer Assessment of Physical Performance และแบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย ปรับปรุง พ.ศ. 2548 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มอาสาสมัครที่ได้รับการกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทย มีทักษะการทํากิจวัตรประจำวัน ขึ้นพื้นฐาน (PT = 65.29±16.10, PTTM = 74.62±18.27) การทำงานของกล้ามเนื้อส่วนบน (upper motor extremity) (PT = 28.71± 8.60, PTTM = 40.32±9.91) การรับรู้ความรู้สึกของรยางค์ส่วนบน และรยางค์ส่วนล่าง (upper and lower extremity sensation) (PT = 19.12±3.86, PTTM = 21.00±2.20) พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (range of motion) (PT = 27.00± 7.32, PTTM = 30.44±3.88) และความปวดตามข้อต่าง ๆ (joint pain) (PT = 33.26±5.54, PTTM = 38.71±5.18) ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว แต่การทำงานของกล้ามเนื้อส่วนล่าง (lower motor extremity) (PT = 21.47± 4.90, PTTM = 20.76±5.07) และการทรงตัว (balance) (PT = 8.45± 2.45, PTTM = 7.53±2.51) ทั้งสองกลุ่มการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคุณภาพชีวิตพบว่า กลุ่มที่ทำกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทยมีคะแนนคุณภาพชีวิต (PTTM = 112.15±5.89) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการกายภาพบำบัดอย่างเดียว (PT = 107.32±9.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

กรกนก ริมนิล (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถ

แห่งตน ความคาดหวังผลลัพธ์และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่ง กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร จำนวน 30 คน ซึ่งเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลรามารัตติ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา เครื่องมือสำหรับคัดกรองและประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองภาคภาษาไทย (NIHSS-T) และแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของบาร์เทิลภาคภาษาไทย และแบบประเมินความรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนและคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมฯ ในวันที่ 2 วันที่ 7 และวันที่ 14 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ และคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในวันที่ 14 อยู่ในระดับปานกลาง

วัฒน์ยี่ ปานจินดา และพุทธรธรณ ชูเชิด (2559) ศึกษาการดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการฟื้นฟูสภาพ ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพอัมพฤกษ์-อัมพาต และปฏิบัติธรรมวัดทุ่งบ่อแป้น จังหวัดลำปาง จำนวน 10 คน ซึ่งผู้ป่วยนอนพักที่วัดและมีญาติให้การดูแล เก็บข้อมูลด้วยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เจาะลึก ผลการศึกษาพบว่า วัดทุ่งบ่อแป้นดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมโดยการฟื้นฟูสภาพตามแนวแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการให้ยีนบนเตียงปรับระดับให้ยีนได้ ผูกชิ้นขันไคโดยมีราวจับ เตาะเช่า ชักรอก และหมუნวงล้อ การดูแลของบุคคลในครอบครัวหรือญาติ การเยี่ยมตรวจรายวันของพยาบาล การฟื้นฟูสภาพด้านภูมิปัญญาไทยด้วยการให้แช่ตัวในน้ำสมุนไพรอุ่น ใช้ใบปลับปลิงร้อนนวดประคบ ใช้ลูกประคบอุ่นประคบทั่วร่างกายและการเดินในบ่อเลนเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มกำลังขา การสร้างบรรยากาศและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมด้วยการจัดให้สถานที่สงบ ร่มรื่น สะอาด มีความเป็นส่วนตัว ถนนเรียบและกว้าง สะดวกต่อการใช้รถเข็นรวมทั้งมีการสวดมนต์และปฏิบัติธรรมตามหลักสูตรคุณแม่สิริ กรินชัย โดยผู้ป่วยรับรู้ต่อวิธีการดูแลแบบองค์รวมว่า การทำกายภาพบำบัดช่วยให้สภาพร่างกายมีการทรงตัวและเคลื่อนไหวดีขึ้น การตรวจเยี่ยมรายวันของพยาบาลช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองและการประเมินความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสภาพ การแช่น้ำสมุนไพรอุ่น ๆ และการนวดประคบ ช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัวและกระตุ้นการไหลเวียนเลือด การ

เดินบ่อเลนช่วยเพิ่มกำลังขา การเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจเริ่มเห็นผลหลังจากผู้ป่วยเข้ามาบำบัดฟื้นฟูที่ศูนย์เป็นระยะเวลา 1 เดือนขึ้นไป ทั้งด้านการสื่อสาร การช่วยเหลือตนเอง การได้สวดมนต์และปฏิบัติธรรมประกอบกับบรรยากาศที่เป็นธรรมชาติช่วยให้จิตใจที่ขังตื้นนระส่ำระสาย ลดการปรุงแต่ง สงบและเข้มแข็งมากขึ้น

วาสนา มุลฐี (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลจำนวน 60 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คู่ และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คู่ ที่ได้จากการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ (Naylor, 2004) ซึ่งมุ่งเน้นให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แผนการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และของญาติผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาวะปอดอักเสบ แบบประเมินภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วย ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนภาวะแทรกซ้อน พบว่า ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เสาวภา เต็ดขาด (2558) ศึกษาผลของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพโดยใช้การรักษาทางเลือกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการรักษาทางเลือกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนการทดลองและวัดซ้ำ 1 เดือน และ 3 เดือนหลังการรับรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองประเภทมีการอุดตัน และ/หรือมีเลือดออกที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีภูมิลำเนาอยู่ในประเทศไทย สามารถ

ไต้ยีนและสื่อสารภาษาไทยได้ดี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย รูปแบบการรักษาทางเลือกของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาต (การนวดประคบด้วยใบพลับพลึง การทำกายภาพด้วยการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ การประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพรนึ่ง การแช่น้ำสมุนไพร หรือธาราบำบัด การเคลื่อนไหวข้อในน้ำ และการออกกำลังกายด้วยเครื่องมือที่หลากหลาย) ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของการวัดทั้ง 3 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลังรับการรักษา 1 เดือน เพิ่มขึ้นจากแรกรับเข้ารักษา และหลังรับการรักษา 3 เดือน เพิ่มขึ้นจากหลังรับการรักษา 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สมบัติ น้ำดอกไม้, จินตนา วัชรสินธุ์, และวรรณิ เตียววิศเรศ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียด และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 30 ราย เลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย 4 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนาบำบัด ได้แก่ การสร้างบริบท ค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ 3) การสะท้อนคิดของครอบครัวผู้ดูแล และ 4) การสรุปผลการสนทนา พบครอบครัวผู้ดูแลรายกลุ่มที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน 2 ครั้ง และรายครอบครัวที่บ้าน 2 ครั้ง รวม 4 ครั้ง แต่ละครึ่งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นันทกาญจน์ ปิกษี (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความพร้อม ความเครียดและการปรับตัว ในการดูแลของญาติในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกจากโรงพยาบาล รูปแบบการวิจัยโดยใช้กรอบแนวคิดของรูปแบบการดูแลตามระยะ

เปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model ของ เนลเลอร์ (Naylor, 2004) รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบหลังการทดลอง (Two group post test design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุม 30 คู่ กลุ่มทดลอง 30 คู่ 1) แบบประเมินสมรรถภาพทางสมอง (The Set Test) และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily living) 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน คู่มือการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลและแผนการสอน 3) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย และแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน และทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลในระยะ 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติ ผู้ดูแลในระยะ 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ย คะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในระยะ 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) คะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในระยะ 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ทิพวรรณ ไทยวันต์ (2557) ศึกษาเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ (Interrelationship studies) ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและระดับความสามารถ การช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสภาพที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ (Interrelationship studies) ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและระดับความสามารถ การช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะหลังเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสภาพที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Description Research) ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบตามความสะดวกของผู้วิจัย (Accidental sampling) และตามความสมัครใจของอาสาสมัคร (Volunteer) จำนวนทั้งสิ้น 30 คน อายุเฉลี่ย 55 ปี เครื่องมือที่ใช้วัด ได้แก่ แบบสอบถามความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมด้วยตนเองหลังโรคหลอดเลือดสมอง (The Stroke Self Efficacy Questionnaire) เพื่อวัดระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบประเมินการดูแลตนเอง (Barthel Index Scoring Form) เพื่อวัดระดับความสามารถการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของ Spearman Rank Correlation Coefficient

(r) ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและความสามารถการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีค่าเฉลี่ย คือ 94 คะแนน จาก 130 คะแนน และค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 78 คะแนน อธิบายคือ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสามารถการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปิยนุช ภิญโญ (2557) ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis & McTaggart (1992) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน ซึ่งแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) 2) การวางแผน (Plan) 3) ดำเนินการปฏิบัติ (Act) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ปรับแผนใหม่ (Replanning) และ 4) ประเมินผลลัพธ์ (Evaluation) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนรูปแบบการวิจัยใช้กรอบแนวคิดขององค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (ECCM) พื้นที่ศึกษาคือ ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น จำนวน 13 หมู่บ้าน กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยมี 2 ระยะ คือ 1) กลุ่มเป้าหมายในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 26 คน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 24 คน (ผู้ป่วย 2 คน ไม่มีผู้ดูแล) อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 13 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 13 คน สมาชิกสภาเทศบาล จำนวน 12 คน นายกหรือตัวแทน จำนวน 1 คน พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเป็ด จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเป็ด จำนวน 1 คน รวม 91 คน และ 2) กลุ่มเป้าหมายระยะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 16 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 13 คน สมาชิกสภาเทศบาล จำนวน 12 คน พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเป็ด จำนวน 1 คน รวม 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาล ผู้อำนวยการ รพ.สต. และนายกเทศมนตรี 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วย 3) แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ในกลุ่มผู้ป่วย 4) ประเด็นคำถามในการสนทนาในกลุ่ม อสม. ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกสภาเทศบาล 5) แบบบันทึกการสังเกต และ 6) แนวทางการเยี่ยมบ้านของ อสม. ผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน พบว่า ผู้ป่วย มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและปฏิบัติตัวในด้านการออกกำลังกาย และการฟื้นฟูสภาพด้วยตนเองน้อย การประเมินด้วยระดับ BI ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับฟังก์ชันผู้เฒ่าเล็กน้อยร้อยละ 65.4 มีเพียงร้อยละ 3.9 ที่อยู่ในระดับ ฟังก์ชันผู้เฒ่ามากที่สุด การประเมินระดับ NIHSS ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับเล็กน้อย ร้อยละ 57.7 และมี

เพียงร้อยละ 3.9 ที่อยู่ในระดับความรุนแรงมากที่สุด ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชนมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคนี้พอ ไม่ทราบสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล และ อสม. ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย อสม. ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มี 1 รายที่เคยดูแลผู้ป่วย เทศบาลและหน่วยงานบริการสุขภาพมีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปในชุมชน แต่ไม่พบการจัดทำแผนงานโครงการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หน่วยงานบริการสุขภาพไม่มีแนวทางในการติดตามเยี่ยมบ้าน และฐานข้อมูลผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน ระยะที่ 2 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยได้ร่วมกับผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชนวางแผนและจัดกิจกรรม ดังนี้ 1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน 2) จัดทำแนวทางการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามระดับ BI และ NIHSS ให้กับ อสม. และผู้ดูแล 3) ฝึกทักษะ อสม. ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามระดับ BI และ NIHSS และฝึกปฏิบัติ การลงบันทึก 4) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกรายร่วมกับ อสม. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยพร้อมบันทึกข้อมูลและส่งต่อข้อมูลให้กับ รพ.สต. และ 5) ผู้นำชุมชนสนับสนุนเกี่ยวกับกายอุปกรณ์และให้กำลังใจผู้ป่วยที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแล และ อสม. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และมีความมั่นใจในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ผู้นำชุมชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง เห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. มีแนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับ อสม. และมีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นปัจจุบัน

จรรยาลักษณ์ บ้องเจริญ, จักรกฤษณ์ ลูกอินทร์, และลักขณา ศิริธิกรกุล (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน และ 3) ผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ตามผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) แบบทดสอบความรู้โรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบประเมินทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6) แบบสัมภาษณ์ ความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วย และผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ โรคหลอดเลือดสมองและทักษะในการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นงนุช เพ็ชรร่วง, ปณิตดา ปรียทฤณ, และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง (2556) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมบัว ส่วนกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ได้มาจากการอาสาสมัคร ได้แก่ 1) ผู้ดูแลหลัก 5 คน 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในสภาพไม่รู้สีกตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อยหรือรู้สึกตัวดีแต่มีอัมพาตครึ่งซีก 5 คน 3) กลุ่มตัวอย่างในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย อสม. 30 คน สมาชิก อบต. 2 คน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 1 คน 4) กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันในศูนย์สุขภาพชุมชนตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาล 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และ 5) กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมเวทีประชาคม ได้แก่ พยาบาล 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งมี 5 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบแผนการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ข้อมูลส่วนบุคคล ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย และความคิดเห็นที่มีต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย) ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เจาะลึกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันในศูนย์สุขภาพชุมชนตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชนประยุกต์ตามกรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ของ Wagner (1998) ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 1) ด้านการสนับสนุนทางนโยบายและทรัพยากรจากชุมชนให้มีการขยายอัตรากำลังนักกายภาพบำบัด และระดมทุนจัดซื้ออุปกรณ์การกายภาพบำบัด ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล อสม. และอาสาสมัคร องค์การบริหารส่วนตำบลควรสนับสนุนการจัดพาหนะรับ-ส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ และมีงบประมาณช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย ให้มีการประสานงานกับหน่วยบริการ

คู่สัญญาปฐมภูมิเพื่อนำรถมารับผู้ป่วยไปโรงพยาบาลในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ควรมีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้มีการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยและให้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 2) ด้านการจัดบริการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยให้สามารถจัดการการดูแลตนเอง: ให้มีการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยและคู่มือการทำกายภาพบำบัด โดยมีการประเมินและให้คำแนะนำในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (2) การออกแบบระบบการจัดและให้บริการผู้ป่วย: ให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านและให้การพยาบาลที่บ้าน และให้มีการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ (3) การตัดสินใจบนพื้นฐานทางวิชาการ: ควรมีการโทรประชุมเพื่อการศึกษาทางไกล (Tele conference) ระหว่าง รพ.สต. และหน่วยบริการคู่สัญญาปฐมภูมิ และ (4) มีการจัดระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง รพ.สต. กับหน่วยบริการคู่สัญญาปฐมภูมิ

อาคม รัฐวงษา (2554) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งเสริมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย รูปแบบการวิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดบริการอย่างต่อเนื่องและครบวงจร จากโรงพยาบาลถึงบ้านและชุมชน ควบคู่กับแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ซึ่งพัฒนาโดย Dr. Wagner และคณะ (2001) ที่เน้นการพัฒนา 4 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การสนับสนุนการตัดสินใจ การออกแบบระบบบริการ และการใช้นโยบายและทรัพยากรของชุมชน และกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงจรเดมมิง (Deming cycle) ที่เน้นการมีส่วนร่วมผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เลือกรุ่นเป้าหมายแบบจำเพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่อยู่ในตำบลหัวขวาง 23 คน ผู้ดูแลหลัก 23 คน ทีมสุขภาพและทีมดูแลต่อเนื่อง (home health care team) ของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่ายปฐมภูมิ 16 คน และแกนนำชุมชน 35 คน รวมทั้งหมด 97 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน แบบประเมินโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล แบบสังเกตและจดบันทึกภาคสนามที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม คู่มือการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและญาติ คู่มือการปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย สมุดบันทึกประจำตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างมี 4 ชุดสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์กลุ่มแกนนำ

ชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ได้มีการพัฒนาเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองขึ้น ในชุมชน มีการติดตามดูแลผู้ป่วยตามปัญหาเป็นรายกรณีเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการทางสังคมที่ควรได้รับอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในระยะ 2 เดือนแรกที่ผู้ป่วยและญาติต้องปรับตัวและเรียนรู้เพื่อดูแลตนเอง เป็นผลให้เกิดกระแสการยอมรับและความตื่นตัวของชุมชนในการดูแล มีการคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลทั่วถึงและเป็นระบบมากขึ้น ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับสูงขึ้น เป็นร้อยละ 87.9 การประเมินผลโดยรวมหลังการพัฒนาบริการโดยทีมสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในทุกองค์ประกอบ จาก 5.8 คะแนน เป็น 7.8 คะแนน และมีการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และเครือข่าย เพื่อให้มีการจัดบริการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะป่วยจนถึงระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความพิการ ภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านโดยเฉพาะในชุมชน นอกจากนี้ในการศึกษารั้งนี้ทำให้ชุมชนได้เกิดความตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมามากขึ้น ได้มีการพัฒนาทักษะ อสม. ให้สามารถคัดกรองภาวะเสี่ยงและคำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้

รสศุคนธ์ เจืออุบลมัย (2553) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแล โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) และแนวคิดความต้องการของผู้ดูแลของ วิทเกต และแลคเคย์ (Wingate & Lackey, 1989) กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตบางคอแหลม จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 102 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านข้อมูล ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการประคับประคองจิตใจ ด้านการเงิน ด้านการจัดการภายในบ้าน ด้านการดูแลสุขภาพ และด้านการพักผ่อน อยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย โดยสัมพันธภาพในครอบครัว ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 34.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ชัยวัฒน์, ญุณท์กันทรารกร, และศรีทิพย์สุโข (Chaiyawat, Kulkantrakorn, and Sritipsukho, 2009) ศึกษาประสิทธิผลของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมอง

ขาดเลือดที่บ้านในประเทศไทย ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะสมองตายจาก middle cerebral artery ตีบหรืออุดตันและถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และบ้านพักอยู่ห่างจากโรงพยาบาลไม่เกิน 50 ไมล์ จำนวน 60 คน สุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านเป็นเวลา 3 เดือน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 5 ตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมิน Barthel Index (BI คะแนนเต็ม 100 คะแนน ถ้าคะแนนมากกว่า 95 แสดงว่า ดูแลตนเองได้) ความรุนแรงของความพิการโดยใช้แบบประเมินความพิการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Rankin Scale, MRS ถ้าเกรด 0-2 เป็น Minor strokes ถ้าเกรด 3-5 เป็น major strokes และเกรด 6 จะเสียชีวิต) คุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality-of-life index, EQ-5D) ระดับความวิตกกังวลและความซึมเศร้าโดยประเมินจากแบบสอบถาม the Hospital Anxiety and Depression score (HADs มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 11 แสดงว่า มีภาวะซึมเศร้า) และตรวจการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจโดยใช้แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Thai Mental State Examination, TMSE มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวม ≤ 23 คะแนน แสดงว่า มีภาวะสมองเสื่อม) ทำการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทุกเดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยสัมภาษณ์และประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกรายที่บ้าน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน ยกเว้นกลุ่มทดลองมีภาวะอ่อนแรงข้างขวาร้อยละ 60 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีภาวะอ่อนแรงข้างขวาร้อยละ 40 ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ของตัวแปรตามทุกตัวแปรมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นคะแนนจากการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (TMSE) ของกลุ่มทดลอง (Mean = 24.63, SD = 0.35) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Mean = 24.07, SD = 0.33) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง (Mean = 96.33, SD = 1.04) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Mean = 66.25, SD = 1.58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ Barthel Index ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่มีคะแนน 95-100 ร้อยละ 93.33 มีความพิการที่ประเมินจาก Modified Rankin Scale (MRS) อยู่ที่ระดับ 0 หรือ 1 ร้อยละ 90 นอกจากนั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพทั่วไปทั้ง 5

ด้าน (การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บปวด/ไม่สุขสบาย และความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า) ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p = .001$) ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ประเมินจาก Hospital Anxiety and Depression score ในระยะแรกเพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Mean = 16.1, SD = 7.6) ลดน้อยลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Mean = 16.4, SD = 4.9) จากข้อมูลพื้นฐาน พบว่า กลุ่มทดลองมีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า 20 คน (ร้อยละ 66.67) และตลอด 3 เดือน มีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน (ร้อยละ 3.33) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า 25 คน (ร้อยละ 83.33) และตลอด 3 เดือน มีผู้ป่วยรายใหม่ 2 คน (ร้อยละ 6.67) และในช่วง 3 เดือนที่ใช้โปรแกรม พบผู้ป่วยสมองเสื่อม (dementia) ในกลุ่มทดลอง 3 คน (ร้อยละ 10) และกลุ่มเปรียบเทียบพบ 4 คน (ร้อยละ 13.33) ซึ่งทั้งสองกลุ่มไม่พบปัญหาที่รุนแรงแต่อย่างใด

นพวรรณ ผ่องใส (2552) ศึกษาผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามระยะเปลี่ยนผ่าน 2) คู่มือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระยะเปลี่ยนผ่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อัญชลี ยศกรรม (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตัวในสถาบันประสาทวิทยา เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน โดยจับคู่ความเหมือนกันในเรื่องความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล 2) การระบุความต้องการในการดูแลของผู้ดูแล 3) การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแล และ 4) การประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัย ผลการศึกษาพบว่า ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลหาดใหญ่ เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุไรวรรณ จาริก (2551) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียลจังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียล จังหวัดนครราชสีมา รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินสุขภาวะของผู้พิการ แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้พิการ แบบสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่มิสุขภาพและแบบประเมินมาตรฐาน การบริการสุขภาพที่บ้าน และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ การเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลหลัก 3 ส่วน ได้แก่ สภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้พิการ ความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแลผู้พิการและบริบทด้านการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียล จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความสามารถใน

การช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้พิการหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการพัฒนา คะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้พิการเพิ่มขึ้น ทุกคน

5.1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตใจ

พระเทพสุวรรณเมธี และสุพิชฌาย์ พรพิชฌรงค์ (2562) ศึกษาเรื่อง พระจิตอาสาศิลาณธรรม: รูปแบบและกระบวนการเยียวยาใจผู้ป่วยด้วยธรรมะ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษา รูปแบบและกระบวนการเยียวยาใจด้วยธรรมะของกลุ่มพระจิตอาสาศิลาณธรรม 2) เพื่อสังเคราะห์ กิจกรรมรูปแบบและกระบวนการเยียวยาใจผู้ป่วยด้วยธรรมะของกลุ่มพระจิตอาสาศิลาณธรรม 3) เพื่อ วิเคราะห์ผลการประเมินรูปแบบและกระบวนการการเยียวยาใจผู้ป่วยด้วยธรรมะของกลุ่มพระจิตอาสา ศิลาณธรรม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสานและเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ในส่วนที่ 1 เป็นส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสัมภาษณ์กลุ่ม พระจิตอาสาศิลาณธรรม เพื่อศึกษาหลักธรรมและคุณลักษณะของพระจิตอาสาพร้อมแนวทางการ เยียวยาจิตใจผู้ป่วยด้วยธรรมะ ส่วนที่ 2 เป็นการสนทนากลุ่มย่อย ซึ่งผู้วิจัยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญทาง จิตวิทยาและการปรึกษาแนวพุทธ พร้อมด้วยกลุ่มผู้ก่อตั้งกลุ่มพระจิตอาสาศิลาณธรรม มาสนทนากลุ่ม ย่อย โดยประเด็นการสนทนากลุ่มเป็นการวิเคราะห์หลักธรรมตามพระพุทธศาสนา ทฤษฎีจิตวิทยา และกระบวนการการปรึกษาแนวพุทธ เพื่อสังเคราะห์เป็นกิจกรรมการเยียวยาใจผู้ป่วยด้วยธรรม และ ส่วนที่ 3 วิเคราะห์โครงการฝึกอบรมรูปแบบและกระบวนการเยียวยาใจด้วยธรรมะของพระจิตอาสา ศิลาณธรรม ตามวัตถุประสงค์และคำถามวิจัย ซึ่งโครงการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 เปิด พื้นที่ใจแห่งการเรียนรู้ สู่ประสบการณ์ใหม่ในโลกใบเดิม (สัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้ทักษะและ กระบวนการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยและญาติของกลุ่มอาสาศิลาณธรรม และสำรวจความปรารถนาในจิตใจ ของตนเอง) ระยะที่ 2 เยียวยาจิตใจด้วยธรรมะ (อบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับหลักพุทธธรรมและ ทักษะกระบวนการปรึกษาแนวพุทธในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยและญาติตามพระธรรมวินัย) ระยะที่ 3 สู่วิถีศิลาณธรรม (ศึกษาดูงานและฝึกปฏิบัติการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวมแนวพุทธ ร่วมกับกลุ่มอาสาศิลาณธรรม) และระยะที่ 4 แบ่งปันความองอกงามด้วยหัวใจอย่างตื่นรู้ (สัมมนาสรุป และประเมินผลจากเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการตลอดโครงการ “เยียวยาใจด้วยธรรมะ”) กลุ่มตัวอย่าง ในระยะที่ 1 พระจิตอาสาที่สนใจสมัครเข้าร่วมกลุ่มพระอาสาศิลาณธรรม จำนวน 91 รูป ส่วนระยะ ที่ 2-4 เป็นพระจิตอาสาที่ผ่านการอบรมในระยะที่ 1 แล้ว ไม่ติดภาระงานอื่น และมีสุขภาพที่เอื้อต่อ การปฏิบัติงาน โดยระยะที่ 2 มีพระสงฆ์จิตอาสาเข้าร่วม 58 รูป ระยะที่ 3 และ 4 ระยะละ 40 รูป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 โครงการกิจกรรมอบรมกระบวนการเยียวยา ผู้ป่วยด้วยธรรมะ เกี่ยวกับการใช้หลักพุทธธรรมและทักษะ กระบวนการการปรึกษาแนวพุทธในการ เยียวยาจิตใจผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากวิธีการและหลักการเขียนคู่มือการจัดฝึกอบรม

หลักสูตร In-house Training ส่วนที่ 2 คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับหลักพุทธธรรมและทักษะกระบวนการการปรึกษาแนวพุทธในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยและญาติตามพระธรรมวินัย และคู่มือการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเชิงพุทธ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับรูปแบบและกระบวนการเยียวยาใจผู้ป่วยโดยการให้การปรึกษาแนวพุทธเมื่อร่วมกันพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว จึงนำไปใช้ในการวิจัยต่อไป ส่วนที่ 3 แบบประเมินเพื่อวัดความรู้ ความเข้าใจและความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่สร้างขึ้นสะท้อนความคิดและเป็นวิธีการที่ทำให้เกิดความเข้าใจว่ากระบวนการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยด้วยธรรมะ สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพัฒนาจิตวิญญาณของพระจิตอาสา ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจใหม่หรือความหมายบางอย่างในตัวเองขึ้นมา และสำหรับของผู้ป่วยทำให้เห็นความหมายของความทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่ แนวทางการเยียวยาจิตใจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในจิตใจผู้ป่วยได้มากหรือน้อย สิ่งที่สำคัญอยู่ที่พระสงฆ์มีวิธีการต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มาขอรับการปรึกษา ซึ่งทักษะและเทคนิคดังกล่าวมีความสำคัญต่อกระบวนการเยียวยาจิตใจเป็นอย่างมาก กระบวนการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยด้วยธรรมะ กลุ่มพระอาสาชิลานธรรมใช้กระบวนการจิตวิทยาให้การปรึกษาแนวพุทธ TIR (Process of TIR : A Basic Model of Buddhist Counseling and Psychotherapy Process) เป็นโครงสร้างพื้นฐาน เป็นกระบวนการที่สามารถทำความเข้าใจในหลักการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธในเบื้องต้น เพื่อช่วยแก้ปัญหาความทุกข์ใจ ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาภายในใจของผู้มาปรึกษา เช่น ความผิดหวัง ความเสียใจ ความวิตกกังวล ความกลัว เป็นต้น เป็นความทุกข์ใจที่หนัก ซึ่งเกิดจากความต้องการของตนมีความไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งกระบวนการนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยคลี่คลายทุกข์ได้ด้วยตนเอง โดยตระหนักรู้ถึงความจริงของธรรมชาติของชีวิตตามแนวพุทธธรรม การพัฒนาพระจิตอาสาเป็นพระจิตอาสาสำหรับผู้ป่วยที่มีความประสงค์เยียวยาใจด้วยธรรมะ จึงต้องมีผู้มีความเจริญทางปัญญาและมีภาวะแห่งความเป็นกัลยาณมิตรหรือสัมพันธ์ภาพอันเป็นส่วนสำคัญต่อผู้ป่วย มีประสบการณ์และความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในการนำหลักธรรมมาใช้ในการเยียวยาผู้ป่วยให้เข้าใจง่าย เกิดความสดชื่นร่าเริง มองเห็นถึงเป้าหมายของชีวิต และสุดท้ายสามารถแก้ความทุกข์ และปัญหาของตนเองได้ รูปแบบและกระบวนการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยด้วยธรรมะเป็นกระบวนการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยโดยการให้การปรึกษาและเอื้อเพื่อให้ผู้ป่วยได้มองเห็นทุกข์และเข้าใจความทุกข์ของตนเองได้อย่างแท้จริงโดยผ่านการสนทนาให้การปรึกษาแนวพุทธและกิจกรรมเยียวยาจิตใจผู้ป่วยด้วยธรรมะของกลุ่มพระอาสาชิลานธรรมเป็นการเสริมสร้างคุณลักษณะของพระจิตอาสาให้มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาตนไปสู่คุณงามความดี ความเมตตาในจิตใจ อีกทั้งยังสามารถปรับปรุงสิ่งที่บกพร่องและเป็นการพัฒนาพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสังคม

สุพิชฌาย์ พรพิชฌรงค์ และพระมหาวิโรจน์ คุตตวีโร (2561) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพและกิจกรรมการเยียวยาใจผู้ป่วยด้วยธรรมะของกลุ่มพระจิตอาสาชิลานธรรม โดยมีวัตถุประสงค์

เพื่อ 1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีการพัฒนาศักยภาพพระอาสาและกลุ่มพระอาสาศีลानธรรมและกิจกรรมการเยียวยาจิตใจด้วยธรรมะกลุ่มพระอาสาศีลानธรรม 2) สังเคราะห์กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพและกิจกรรมเยียวยาจิตใจด้วยธรรมะของพระจิตอาสาศีลानธรรม และ 3) วิเคราะห์ผลการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมแนวพุทธของกลุ่มพระจิตอาสาศีลानธรรม รูปแบบเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการสนทนากลุ่มย่อย (focus group) 2 ครั้ง ครั้งแรกสนทนากลุ่มย่อยเพื่อวิเคราะห์จุดดี จุดด้อย ปัญหา และอุปสรรคของพระจิตอาสาในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยด้วยธรรมะเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพพระจิตอาสาและกลุ่มพระอาสาศีลानธรรม และครั้งที่ 2 สนทนากลุ่มย่อยเพื่อสังเคราะห์กระบวนการพัฒนาศักยภาพพระจิตอาสาและกิจกรรมการเยียวยาจิตใจด้วยธรรมะของกลุ่มพระอาสาศีลानธรรม และส่วนที่ 2 เป็นโครงการฝึกปฏิบัติดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมแนวพุทธ กลุ่มตัวอย่างเป็นพระจิตอาสาที่ผ่านกระบวนการฝึกอบรมจากกลุ่มศีลानธรรมแล้ว และไม่ติดภาระงานเพราะโครงการนี้ใช้ระยะเวลาจนถึง 90 วัน และพระจิตอาสาที่เข้าร่วมโครงการต้องมีสุขภาพที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน มีพระสงฆ์จิตอาสาเป็นกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ 40 รูป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 โครงการฝึกปฏิบัติการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวมแนวพุทธของกลุ่มพระจิตอาสาศีลानธรรม เกี่ยวกับหลักพุทธธรรมและทักษะกระบวนการการปรึกษาแนวพุทธในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยและญาติตามพระธรรมวินัย ส่วนที่ 2 คู่มือการฝึกเชิงปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเชิงพุทธ ส่วนที่ 3 แบบประเมินและแบบสัมภาษณ์เพื่อวัดผลการพัฒนาศักยภาพกิจกรรมเยียวยาจิตใจผู้ป่วย ทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพคุณลักษณะพระจิตอาสา 2) การพัฒนาความรู้พระจิตอาสา 3) การพัฒนาศักยภาพพระจิตอาสาด้านทักษะทางปัญญา และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ รวม 12 องค์ประกอบย่อย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล 2 วิธี คือ 1) ข้อมูลปฐมภูมิ รวบรวมโดยการทบทวนหลักธรรมในพระไตรปิฎก อรรถกถา ฎีกา คัมภีร์อื่น ๆ ที่ปรากฏและเก็บรวบรวมข้อมูลจากการพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการกระบวนการฝึกปฏิบัติการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวม แนวพุทธของกลุ่มพระจิตอาสาศีลानธรรม จำนวน 40 รูป 2) ข้อมูลทุติยภูมิ รวบรวมโดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากผลงานวิจัยของผู้ที่เคยนำกระบวนการทางจิตวิทยาไปทดลองใช้ ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบที่ 1 การพัฒนาศักยภาพคุณลักษณะพระจิตอาสา การพัฒนาศักยภาพคุณลักษณะพระจิตอาสาและกิจกรรมการเยียวยาจิตใจด้วยธรรมะของกลุ่มพระอาสาศีลानธรรมสามารถพัฒนาพระจิตอาสาไปสู่คุณงามความดี โดยเริ่มต้นจากกระบวนการปลูก ปลูกกระตุนในกระบวนการรับรู้การทำงานจิตอาสาถึงปรากฏการณ์ความทุกข์ของผู้ป่วย และย้อนกลับมามองเห็นความเจ็บไข้ป่วยชราที่มีอยู่ในกาย ใจพระจิตอาสาทำให้ตระหนักถึงคุณค่าแห่งการมีชีวิต องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาความรู้พระจิตอาสา ความรู้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อพระอาสาเป็นอย่างมาก ในกระบวนการเยียวยาจิตใจด้วยธรรมะของกลุ่มพระอาสาศีลानธรรม สภาวะจิตใจผู้ป่วยที่เป็นทุกข์

เกิดจากใจที่มีความยึดมั่นว่าเราทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตได้กลมกลืนกับเหตุการณ์ หรือสิ่งที่ปรากฏอยู่ตรงหน้า เมื่อมีความยึดมั่นย่อมต้องมีความปรารถนาที่จะรักษาความยึดมั่นในระบบความเชื่อ การเยียวยาจิตใจด้วยธรรมะมิได้มุ่งทำลายความเชื่อที่ไม่ได้ประกอบด้วยปัญญา แต่เน้นการเรียนรู้ที่จะอยู่กับความทุกข์ ความเศร้าโศกในปัจจุบัน อาศัยหลักพุทธธรรม การสนทนาสื่อสารปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้มาปรึกษาด้วยความเป็นกัลยาณมิตร เพื่อเอื้อให้ผู้มาปรึกษาสามารถเข้าใจทุกข์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและใช้ปัญญาไตร่ตรองจนเข้าใจสาเหตุของทุกข์ ตลอดจนสามารถพัฒนาตนให้ถึงพร้อมองค์ประกอบที่ 3 การพัฒนาศักยภาพพระจิตอาสาด้านทักษะทางปัญญา ความทุกข์ทางใจเป็นสิ่งที่ซับซ้อน ความทุกข์ที่เกิดจากจิตใจของผู้ป่วยต้องแก้ที่จิตใจ การค้นหาปมแห่งความทุกข์จึงไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะค้นหาเจอ มนุษย์มีกลไกทางธรรมชาติมากมายในการป้องกันตนเอง หากพระจิตอาสาไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยไวใจ โอกาสที่จะค้นหาความทุกข์ในใจก็จะยิ่งยากขึ้น พิจารณาสะท้อนกลับไปยังผู้ป่วยด้วยศิลปะของกระบวนการเรียนรู้ ทักษะการฟัง การชวนถาม ชวนมอง ไม่ใช่การบังคับ หรือยึดยึดความรู้ ทบทวนประโยคที่ผู้ป่วยพูด และสะท้อนความรู้สึกด้วยพื้นที่แห่งความวางใจ ให้ผู้ป่วยได้กลับมาทบทวนชีวิต ทบทวนตนเอง จนไปถึงการสรุปความที่ผู้ป่วยสนทนามาทั้งหมด จนเห็นความเป็นจริง และอยู่กับความเป็นจริงนั้นได้ สะท้อนกลับไปยังผู้ป่วยให้ได้รับรู้ถึงสิ่งที่เป็ความจริงอันเป็นเรื่องที่เขาเป็นทุกข์ ซึ่งจะช่วยทำให้เขาเห็นและเข้าถึงต้นตอของเรื่องได้อย่างตรงปัญหาความทุกข์ใจของผู้ป่วย จนถึงชวนมองไปหาวิธีการที่จะอยู่กับมันและแก้ไขปัญหานั้น ๆ ด้วยการพิจารณาไตร่ตรองด้วยตัวของผู้ป่วยเอง การให้การปรึกษาแนวพุทธจึงเป็นการใคร่ครวญปัญหาและชี้แนะแนวทางด้วยหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา

องค์ประกอบที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ กลุ่มพระอาสาชิลานธรรมได้รับโอกาสและพื้นที่ในการทำหงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเชิงพุทธเป็นความพยายามหนึ่งในการหาทางออกจากวิกฤตการณ์ดูแลสุขภาพที่นับวันจะรุนแรงมากขึ้น การได้ช่วยเหลือเยียวยาความทุกข์ของผู้คนย่อมสร้างความสุขแก่ทีมดูแลผู้ป่วย เป็นพลังแรงบันดาลใจ และกำลังใจในการทำงานดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน พรหมวิหารถือเป็นมหากุศลจิตที่ต้องการช่วยเหลือให้ผู้อื่นพ้นจากความทุกข์ โดยพระจิตอาสาเต็มเปี่ยมไปด้วยสภาพจิตที่เบิกบานแจ่มใส สดชื่น ไม่มีความเศร้าโศกเสียใจแต่ประการใด ความมีเชื้อโยใคร่จะช่วยเหลือ ปรารถนาให้ผู้อื่นตลอดถึงสรรพสัตว์ที่ประสบทุกข์อยู่พ้นจากความทุกข์และความเดือดร้อนเบื้องต้นแม้ว่าตนจะช่วยเหลือเขาพ้นทุกข์ได้หรือไม่ได้ก็ตาม วิธีปฏิบัติเพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจของคนให้เกิดความรัก เกิดการสงเคราะห์ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผูกมัดใจคนในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ร่วมสร้างสรรค์ ประสานสังคมให้ดีงาม มีเอกภาพ เป็นทางเกิดของความสามัคคี ช่วยให้เกิดความรักสามัคคีในกลุ่มคน การให้ปันสิ่งของ ๆ ตนแก่ผู้อื่นตามกำลังฐานะตน สรุปผลการทดลองใช้กิจกรรมฝึกภาคปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเชิงพุทธ พบว่า การพัฒนาศักยภาพพระจิตอาสาในการเยียวยาใจด้วยธรรมะกลุ่มพระจิตอาสาชิลาน

ธรรมทั้ง 4 องค์ประกอบหลัก หลังการทดลองทุกองค์ประกอบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และสาวตรี เจตยานุวัตร (2556) ศึกษาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม “ปรอทวัดทุกข์ (Distress Thermometer)” ฉบับภาษาไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม Distress Thermometer ฉบับภาษาไทย ในการคัดกรองภาวะทุกข์ใจผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด รูปแบบการศึกษาเป็นวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดชนิดต่าง ๆ โดยไม่จำกัดระยะ และชนิดของมะเร็ง ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเลือด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน - 31 ตุลาคม 2553 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแบบวัด Distress Thermometer และ HADS (Hospital anxiety depression scale) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแบบวัด Distress Thermometer ฉบับภาษาไทย (ปรอทวัดทุกข์) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นส่วนของปรอทวัดทุกข์ โดยจะให้ผู้ป่วยวงกลมรอบตัวเลข 1-10 ที่บอกความรู้สึกทุกข์ใจในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยได้ดีที่สุด โดย 0 คือ ไม่ทุกข์เลย จนถึง 10 คือ มีความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส และส่วนที่ 2 เป็นส่วนที่ระบุถึงปัจจัยที่สร้างภาวะความทุกข์ใจ โดยแบ่งเป็น 5 หัวข้อ ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านอารมณ์ ความเชื่อทางศาสนา และปัญหาทางกาย รวมถึงการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งหมด 21 อาการ ที่พบว่าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ในส่วนนี้ผู้ตอบแบบสอบถามใช้วิธีการขีดเครื่องหมายถูกหน้าหัวข้อที่เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะทุกข์ใจของผู้ป่วย (ถ้าหัวข้อใดที่ไม่เป็นปัญหาก็เว้นไว้) ผลการศึกษาพบว่า กราฟ ROC ของ Distress Thermometer (ฉบับภาษาไทย) ในส่วนภาวะทุกข์ใจมีพื้นที่ใต้กราฟ ROC เท่ากับ 0.769 ($p < .01$) ซึ่งแสดงว่าแบบสอบถามนี้มีความสอดคล้องกับผลของเครื่องมือ HADS ที่เป็น gold standard ในการคัดกรองภาวะทุกข์ใจในระดับดีปานกลาง โดยที่คะแนนจุดตัดที่ 3/4 ของแบบสอบถาม Distress Thermometer ฉบับภาษาไทย (เทียบกับการใช้ HADS คะแนนรวมที่มากกว่า 15 คะแนน) จะได้ค่าความไว ร้อยละ 70 และความจำเพาะ ร้อยละ 86 ดังนั้นจุดตัดที่ 4 คะแนนจึงเป็นจุดตัดที่เหมาะสมสำหรับนำมาใช้ในการคัดกรองภาวะทุกข์ใจ ซึ่งมีค่าพยากรณ์ผลบวก (PPV) ร้อยละ 63 และค่าพยากรณ์ผลลบ (NPV) ร้อยละ 89 และในการคัดกรองภาวะความกังวล ใช้จุดตัดที่ 4 คะแนน มีค่าความไว ร้อยละ 91 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 79 ค่าพยากรณ์ผลบวก ร้อยละ 33 ค่าพยากรณ์ผลลบ ร้อยละ 99 และในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ใช้จุดตัดที่ 4 คะแนน มีค่าความไว ร้อยละ 43 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 72 ค่าพยากรณ์ผลบวก ร้อยละ 10 ค่าพยากรณ์ผลลบ ร้อยละ 95 โดยสรุป แบบสอบถาม Distress Thermometer ฉบับภาษาไทยมีค่าความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นดี ไม่แตกต่างจากต้นฉบับภาษาต่างประเทศในการคัดกรองภาวะทุกข์ใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด แผนกผู้ป่วยนอก โดยมีความสามารถหาภาวะความกังวลได้ดีกว่าภาวะซึมเศร้า และเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการคัดกรองเท่านั้น

รุ่งนภา เดชะกิจโกศล (2552) จากการค้นคว้าอิสระ ศึกษาความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลศิริราช เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอกที่หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 11 และตึกศรีสังวาลชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ โดยความสมัครใจและผ่านการทดสอบโดยใช้ Thai Mental State Examination (TMSE) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความเครียด มี 14 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึก และความคิดในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 คือ ไม่เคยเครียด ระดับ 2 คือ เกือบไม่เคยเครียด ระดับ 3 คือ เครียดบางครั้ง ระดับ 4 คือ เครียดบ่อย ระดับ 5 คือ เครียดบ่อยมาก 3) แบบวัดการเผชิญความเครียด เกณฑ์การให้คะแนนในการประเมินการเผชิญความเครียด มี 5 ระดับ เช่นกัน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศิริราช ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 52 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54) มีอายุระหว่าง 58-77 ปีขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 60) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง คือ 63 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 61 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40) มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัวถึงร้อยละ 67 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 73) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ก่อนป่วยประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 25) ระยะเวลาการเป็นโรคของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระยะเวลาการเป็นโรค 24 สัปดาห์ขึ้นไป (ร้อยละ 67) มีโรคประจำตัวโดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมมากที่สุด (ร้อยละ 92) ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86 กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 แบบ คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ การจัดการกับปัญหาทางอ้อม แต่แบบที่กลุ่มตัวอย่างใช้มาก คือ วิธีการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (ร้อยละ 65) ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประเมินระดับความเครียด การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับการให้คำปรึกษาและแนวทางการจัดการกับความเครียด โดยจัดกลุ่มให้ผู้ป่วยมีโอกาสฝึกทักษะทางด้านการผ่อนคลายเป็นการสนับสนุนด้านขวัญและสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยที่มารับการฟื้นฟูสภาพ

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

อเราโจ เลจ คาบริต้า และเตเซรา (Araujo, Lage, Cabrita & Teixeira, 2018) ศึกษาการฝึกอบรมผู้ดูแลไม่เป็นทางการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการฝึกอบรมต่อทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกต่อภาระในการดูแลผู้ป่วย และสุขภาพ

ของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงอายุหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในประเทศโปรตุเกส จำนวน 174 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 89 คน ได้รับการดูแลตามระบบปกติ และกลุ่มทดลอง 85 คน ได้รับโปรแกรมอินแคร์ (Incare) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมอินแคร์เป็นเวลา 1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 3, 6, 8 และ 10 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกต่อภาระในการดูแลผู้ป่วย และสุขภาพจิตดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1 และเดือนที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลี, ยูน, คาง, คิม, คิม และฮาน (Lee, Yoon, Kang, Kim, Kim, & Han, 2018) ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลันในประเทศเกาหลี จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 37 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความสามารถของการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (MBI) แบบประเมินความสามารถในการเดิน (FAC) แบบประเมินการทรงตัว (BBS) แบบประเมินความมั่นคงของลำตัว (TIS) และแบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้ม (FES-I) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงของความสามารถของการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการเดิน การทรงตัว ความมั่นคงของลำตัว 3 ด้าน (TIS-T, TIS-D และ TIS-C) และความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้ม ระหว่างการวัดครั้งแรกกับสัปดาห์ที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษา (TEAEs) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการเดิน การทรงตัว และความมั่นคงของลำตัวมีความสัมพันธ์ผกผันกับความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มทดลอง

เพลลิเชอร์ ลูซาร์ คาสาโนวา และเฟอเรอร์ (Pellicer, Lusa, Casanovas, & Ferrer, 2017) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการออกกำลังกายหลายวิธีต่อความสามารถในการเดิน ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการออกกำลังกายหลายวิธีต่อความเร็วในการเดิน ความสามารถในการเดิน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living, ADLs) มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 31 คน มี 26 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมจนเสร็จสมบูรณ์ คือ สัปดาห์ละ 2 วัน แต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง เก็บรวบรวมข้อมูลจากความเร็วในการเดินโดยจับเวลาในการเดินระยะทาง 10 เมตร ความสามารถในการเดินในระยะเวลา 6 นาที บนทางตรงความยาว 25 เมตร และ

การจัดระดับการฟื้นฟูสภาพในการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional ambulation classification, FAC) โดยระดับ 0 คือ ไม่สามารถเดินได้ ระดับ 1 คือ ต้องใช้อุปกรณ์ขณะเดินบนพื้นราบและต้องมีคนช่วยประคองอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้การทรงตัวดี ระดับ 2 คือ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยขณะเดินบนพื้นราบและประคองเบา ๆ อย่างต่อเนื่องหรือเป็นช่วง ๆ เพื่อช่วยให้การทรงตัวดี ระดับ 3 คือ สามารถเดินบนพื้นราบได้โดยไม่ต้องมีคนช่วยประคองแต่ต้องเฝ้าดู ระดับ 4 คือ สามารถเดินได้เองในบ้านหรือบนพื้นราบ และระดับ 5 หมายถึง สามารถเดินได้เองนอกบ้านและขึ้นบันไดได้ และวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Barthel Index มี 10 กิจกรรม คะแนน 40-55/100 คือ ฟื้นฟูปานกลาง คะแนน $\geq 60/100$ คือ ฟื้นฟูน้อย และคะแนน 100/100 คือ อิสระ โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้เวลา 12 สัปดาห์ ทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) การอ่อนร่างกายและเดินแอโรบิก (อาจใช้การปั่นจักรยาน เดินเร็ว) 2) การออกกำลังกายเพื่อทำงาน (Task oriented exercises) ประกอบด้วย การฝึกขึ้นบันได การฝึกนั่งและยืนจากเก้าอี้ และการฝึกเขย่งเท้า 3) การทรงตัวและท่าทางในการทำกิจกรรม (Balance and postural tonic activities) เป็นการฝึกยืนและเดินบนพื้นเรียบ ทางลาด ขึ้นบันได หรือเดินบนพื้นที่ไม่สม่ำเสมอ และ 4) การยืด (Stretching) มีการสาธิตและฝึกทักษะโดยทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม ๆ ละ 4-6 คน โดยมีนักกายภาพบำบัดเป็นผู้เลี้ยง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมตามโปรแกรมที่บ้าน และมีการโทรศัพท์ติดตามทุกเดือนเพื่อกระตุ้นให้ออกกำลังกายและแก้ไขปัญหาที่พบ โดยประเมินข้อมูลพื้นฐานก่อนใช้โปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และหลังใช้โปรแกรมครบ 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม ผลลัพธ์ทุกด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเร็วในการเดินเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.16 and 0.40 เมตรต่อวินาที ตามลำดับ ระยะทางที่เดินได้ภายใน 6 นาที เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 59.8 เมตร เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพโดยเดินได้ด้วยตัวเองทั้งในบ้านและนอกบ้าน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ 40 หลังเข้าร่วมโปรแกรมความสามารถเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 64

ปาร์ค โอห์ คิม และชอย (Park, Oh, Kim, & Choi, 2011) ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกฟื้นฟูสภาพการเดินแบบใช้ชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อ่อนแรงครึ่งซีก ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกฟื้นฟูสภาพการเดินแบบใช้ชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อ่อนแรงครึ่งซีก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 13 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 12 คน กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการทำกายภาพบำบัดจากบริการตามปกติของโรงพยาบาล โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกฟื้นฟูสภาพการเดินแบบใช้ชุมชนเป็นฐานซึ่งใช้เวลา 1 ชั่วโมง วันละครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง 5 ประการ ได้แก่ 1) การทดสอบการเดินระยะ 10 เมตร (Ten-metre

walk test) 2) การทดสอบการเดิน 6 นาที (6-minute walk test) 3) การทดสอบการเดินในชุมชน (Community walk test) 4) การตอบแบบสอบถามความสามารถในการเดิน (Walking ability questionnaire) และ 5) คะแนนความเชื่อมั่นในการทรงตัวขณะทำกิจกรรมเฉพาะอย่าง (Activities-specific balance confidence scale) ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง การทดสอบการเดิน 6 นาที (0.21 ± 0.12 เมตร/วินาที) กับ 0.07 ± 0.10 เมตร/วินาที) การทดสอบการเดินในชุมชน (-13.61 ± 10.31 นาที) กับ -3.27 ± 11.99 นาที) ความสามารถในการเดิน (จากแบบสอบถาม) (6.15 ± 3.60 คะแนน) กับ 2.75 ± 2.38 คะแนน) และความเชื่อมั่นในการทรงตัวขณะทำกิจกรรมเฉพาะอย่าง (17.45 ± 11.55 คะแนน) กับ 2.55 ± 10.14 คะแนน) ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ หลังการทดลอง การทดสอบการเดิน ระยะ 10 เมตรในกลุ่มทดลอง (0.72 ± 0.24 เมตร/วินาที) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (0.50 ± 0.23 เมตร/วินาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่า ในกลุ่มทดลอง ตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวแปรก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีเพียงความสามารถในการเดินเท่านั้นที่ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม แนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิด 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest- posttest design) ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน หรือแตก ซึ่งมารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของอำเภอปากเกร็ด และอาศัยอยู่ในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 102 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน หรือแตก ซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านใหม่และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตลาด โดยมีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.2.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แนวคิด Power Analysis สำหรับสถิติที่ใช้ทดสอบความแตกต่างของข้อมูล (t-test) โดยใช้ขนาดอิทธิพล (effect size) ที่คำนวณจากผลการวิจัยของ วาสนา มุลฐิ (2559) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองจำนวน 30 คู่ และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คู่ พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง 34.13 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.27 คะแนน และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มเปรียบเทียบ 28.57 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.96 คะแนน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 1.7226 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลที่มีขนาดใหญ่มาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) = .80

โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = .92 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05
 จำนวนได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน

1.2.2 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตลาดเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา และเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา ดังนี้

1) เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) เลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการเข้าศึกษา ดังนี้

(1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งชนิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตกเป็นครั้งแรก ไม่เกิน 12 เดือน

(2) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง จากการประเมินด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bethel ADL index) ได้คะแนน 5-11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (กรมอนามัย, 2557)

(3) ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ

(4) มีการรับรู้และสื่อความหมายได้ดีด้วยภาษาไทย กรณีพูดไม่ได้ พูดไม่ชัด อาจใช้วิธีการสื่อสารอื่นทดแทน เช่น การเขียน การอ่านหนังสือ การใช้รูปหรือสัญลักษณ์แทนคำพูด เป็นต้น

(5) ยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

2) เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ตัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยเมื่อมีคุณสมบัติดังนี้

(1) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการของโรครุนแรงขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

(2) ย้ายที่อยู่

(3) ขอดอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย

1.2.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง สุ่มกลุ่มทดลองจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา จากจำนวน 102 คน เข้าเกณฑ์ 85 คน และเลือกตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้และเข้าเกณฑ์เยี่ยมบ้าน จำนวน 30 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มเปรียบเทียบจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตลาด ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาโดยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยอายุ เพศ แขนขาข้างที่อ่อนแรง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ มี 2 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ที่ผู้วิจัยพัฒนาพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1996) โดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 วิธี ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การชักจูงโดยใช้คำพูด และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 4 วิธี โดยใช้เครื่องมือในการทำกิจกรรมโดยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธ ประกอบด้วย

2.1.1 กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือประกอบด้วย การใช้สื่อเพาเวอร์พอยท์ วีดิทัศน์ประกอบเสียงเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และแผนการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยสถานการณ์การเกิดโรค ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเกิดโรค พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ที่ทำให้ความรู้กับกลุ่มทดลองมีชุดนิทรรศการความรู้ Roll Up เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ชุด ตั้งแสดงตลอดระยะเวลาในการอบรม พร้อมทั้งมีคู่มือการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง สติกเกอร์ FAST Check สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 1669 สำหรับให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้และเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น

2.1.2 การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1) กิจกรรมการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : ด้านการรับประทานอาหารรับประทานยา เครื่องมือประกอบ แผนการสอนเรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วีดิทัศน์ประกอบเสียง สื่อเพาเวอร์พอยท์ที่มีรายละเอียดของอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โมเดลอาหาร ชุดนิทรรศการความรู้ Roll Up เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่แสดงธงอาหารลดหวาน มัน เค็ม สัดส่วนอาหารที่รับประทาน ตัวอย่างแบบบันทึกการวางแผนเป้าหมายการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อวัน การรับประทานยาตัวอย่างอาหารเสริมที่เสริมฤทธิ์กับยาต้านเกล็ด

เลือดที่ไม่ควรรับประทาน ตัวอย่างยาที่ใช้บ่อย อาการข้างเคียงของยาที่ควรระวัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง
ตัวแบบด้านบวกในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ผู้สาคิตการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

2) กิจกรรมการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง : ด้านการขับถ่าย เครื่องมือประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง ทักษะการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการขับถ่าย คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่บ้าน สื่อเพาเวอร์พ้อย ผู้สาคิตการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการ
ขับถ่าย ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

3) กิจกรรมการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง : ด้านการบริหารร่างกายซีกอ่อนแรง (9 ท่า) และบริหารกล้ามเนื้อในการกลืน (11
ท่า) โดยตัวผู้ป่วยเอง เครื่องมือประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง ทักษะการบริหารร่างกายซีกอ่อนแรง
(9 ท่า) และบริหารกล้ามเนื้อในการกลืน (11 ท่า) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สื่อเพาเวอร์พ้อย ชุดนิทรรศการ
ความรู้ Roll Up ผู้สาคิตการฟื้นฟูด้านการบริหารร่างกายด้านอ่อนแรงเป็นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย และ
นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลปากเกร็ด (ทีม คป.สอ.ปากเกร็ด)

4) กิจกรรมการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เครื่องมือประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง การฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สื่อเพาเวอร์พ้อย ชุดนิทรรศการ
ความรู้ Roll Up เรื่องภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ตัวอย่างสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับน้ำปัสสาวะ ตัวแบบด้านบวก
ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้สาคิตการฝึกทักษะ
การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้ช่วย
วิจัย

5) กิจกรรมการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองด้านการทำกิจวัตรประจำวัน เครื่องมือประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง การฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน
การใส่-ถอดเสื้อผ้า หวีผม การรับประทานอาหารด้วยตัวเอง การจัดทำนอหงาย นอนตะแคง การลุก
ขึ้นนั่งจากท่านอนหงาย การเดินโดยใช้ไม้เท้า การขึ้นลงบันได เป็นต้น เครื่องมือประกอบด้วย แผนการ
สอนเรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้สาคิตการฝึก
ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ผู้วิจัยและ
ผู้ช่วยวิจัย

6) กิจกรรมการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล โดยการบริหารร่างกายซีทีอ่อนแรง เครื่องมือประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง ทักษะการบริหารร่างกายซีทีอ่อนแรงของผู้ดูแล (10 ท่า) คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล เช่น ท่าแรก คือ การบริหารข้อไหล่ ในท่ายกแขนผู้ป่วยขึ้นและลง จนถึงท่าที่ 10 การกระดกข้อเท้าและการยืดเอ็นร้อยหวาย สาธิตการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการบริหารร่างกายซีทีอ่อนแรง ได้แก่ ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัด

7) กิจกรรมการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล โดยการนวดผ่อนคลาย การประคบด้วยสมุนไพร การทำลูกประคบสมุนไพร เครื่องมือประกอบด้วย สื่อเพาเวอร์พ้อย คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื่องนวดผ่อนคลายที่บ้านสำหรับผู้ดูแล อุปกรณ์การทำสมุนไพรประคบสมุนไพร ผู้สาธิตเรื่องการนวดผ่อนคลาย ได้แก่ แพทย์แผนไทยประจำของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่

8) กิจกรรมพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการจัดการความทุกข์ เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย เรื่อง การจัดการความทุกข์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีกิจกรรมดังนี้ (1) กิจกรรมค้นหาทุกข์ (2) กิจกรรมคลายทุกข์ (3) กิจกรรม เติมสุข (4) กิจกรรมสงบใจ วิทยากร คือ พระมหาถาวร ถาวโร และกลุ่มพระอาสาสมัครธรรม จากวัดชลประทานรังสฤษฎ์ การสนทนากลุ่ม เนื้อหาที่จัดกิจกรรมกลุ่มใหญ่ มีดังนี้ เริ่มตั้งแต่การสวดมนต์ เจริญสตินั่งสมาธิ และแบ่งกลุ่ม 5 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยพร้อมผู้ดูแล 3 กลุ่ม กลุ่มจิตอาสา (อ.ส.ม.) และตัวแทนชุมชน พระอาจารย์แจ้งวัตรประสงค์ สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นผ่านกระดาษคลิบขีดและผู้นำกลุ่ม ออกมานำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้สมาชิกอื่นในห้องได้ทราบ เป็นการถอดบทเรียน กิจกรรมที่ 2 ในวันเดียวกัน กิจกรรมคลายทุกข์ พระอาจารย์แจ้งวัตรประสงค์ วิธีการคือ ทบทวนเขียนถึงสิ่งที่คาดหวังอยากให้เป็นและความสุขที่ต้องการ รับการเติมเต็ม 10 ประเด็น ท่านให้ข้อคิด คือ การทำงานทางกายที่มอบหมายให้กลับไปทำที่บ้าน (มอบรางวัลให้ตนเอง) กิจกรรมที่ 3 เติมสุข (กลุ่มย่อย) และกิจกรรมที่ 4 สงบใจ (กลุ่มย่อย) แบ่งกลุ่มเช่นกัน เป็น 5 กลุ่ม สมาชิกเป็นกลุ่มเดิม มีพระอาสาสมัครธรรมเป็นผู้ดำเนินรายการในกลุ่ม ในกิจกรรมที่ 3 ที่ เติมสุข (กลุ่มย่อย) พระอาสาสมัครธรรมชวนทบทวน สิ่งที่ต้องการจะทำ สร้างแรงจูงใจให้เกิดกำลังใจ มีเป้าหมายลงมือทำ ให้ข้อคิด การทำงานทางจิตที่มอบหมายไปทำที่บ้าน (มีตนเองเป็นรางวัลให้ตนเอง ทุกขณะจิต) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ สื่อเพาเวอร์พ้อย แนวปฏิบัติการปรึกษาแนวพุทธ จิตวิทยาบูรณาการ การบรรยายเรื่องการจัดการความทุกข์ และตัวแบบด้านบวกในการจัดการความทุกข์ รวมทั้งปรอทวัดทุกข์ (Distress thermometer) หรือแบบประเมินความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกิจกรรมนี้พระอาจารย์ได้แนะนำการฝึกสมาธิ เจริญสติกับกลุ่มทดลองคือใช้เวลาประมาณ 5 นาที เริ่มจากท่านจะเคาะระฆังเล็ก ๆ ที่มีเสียงกังวล เรียกสติ ปิดเครื่องมือสื่อสารทุกชนิด ให้นิ่งหลับตา

วางมือบนหน้าตัก วางขา 2 ข้าง ในท่าตัวตรงสบาย ๆ กำหนดรู้ว่า มืออยู่ไหน ขาวางตรงไหน หายใจ เข้าออก กำหนดลมหายใจ ภาวนา พุทโธ คือ สรุพบว่า ณ ขณะเจริญสติ นั่งสมาธิ ให้รู้ตัวตลอด ซึ่งผู้เข้า กลุ่มทดลองได้ปฏิบัติตาม และหลังจากนั้นได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกกัน หลาย ๆ ท่านบอกเป็นวิธีที่ เข้าใจง่าย ปฏิบัติง่าย แม่เมตตาด้วย ทีมพระอาสาชิลานธรรมได้แจกหนังสือ สวดมนต์แปล แบบ สวณโมกษ์ เล่มใหญ่

2.1.3 การใช้ตัวแบบ เครื่องมือประกอบด้วย ตัวแบบด้านบวกในการพัฒนาทักษะ การดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 8 ด้าน ใช้ตัวแบบในชุมชนที่เป็น จิตอาสา ส่วนตัวแบบด้านลบใช้ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 คน ได้ เล่าประสบการณ์ว่า การกลับไปป่วยอีกเพราะอะไร เช่น เล่าว่าหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะเวลา 4 เดือน รู้สึกว่าดีขึ้น ที่บ้านจัดงานก็กลับไปดื่มสุรหลายครั้ง ต่อมารู้สึกยกแขนขาไม่ขึ้น ญาติพาไปโรงพยาบาลหมอบอกว่ากลับเป็นซ้ำให้เลิกดื่มสุรา

2.1.4 การชักจูงโดยใช้คำพูด เครื่องมือประกอบด้วย ผู้พูดให้กำลังใจ/ชมเชยเมื่อ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แบบบันทึกข้อมูลใน การรับประทานยา การบริหารร่างกายของผู้ป่วย การนัดและประคบสมุนไพรของผู้ดูแล มอบประกาศ เกียรติคุณและบุคคลต้นแบบ รางวัลรายบุคคลสำหรับผู้ที่เป็บุคคลต้นแบบ ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยในการ รับประทานอาหาร ช้อนเสริมด้าม แก้วมีหู แผ่นยางกันลื่นรองจาน หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน ไม้สามขา ไม้ ถูหลังมีด้ามสำหรับอาบน้ำ เป็นต้น

2.1.5 การกระตุ้นทางอารมณ์ เครื่องมือประกอบด้วย อ.ส.ม. ซึ่งต้องเข้าเยี่ยมบ้าน พร้อมแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อ.ส.ม. การสร้างเครือข่ายทางสังคม เช่น กลุ่มเพื่อนสตรีรัก มีแกนนำ สตรีรัก ซึ่งแกนนำสตรีรัก คือกลุ่มบุคคลที่ลาออกจากราชการ/เกษียณอายุราชการและมีเงินที่เป็นบำนาญ มีประสบการณ์การดูแลบุคคลในครอบครัวสามารถช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ในชุมชน ตำบลบ้านใหม่ และมีจิตอาสาช่วยเหลือคนในชุมชนที่ป่วย เป็นต้น มีบทบาท ในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง เช่น พาผู้ป่วยไปหาหมอแทนญาติ การช่วยบริหารร่างกาย นัดประคบ เมื่อญาติไม่ สะดวกอยู่กับผู้ป่วย การเข้าไปช่วยพูดคุยกับผู้ป่วยให้กำลังใจผู้ป่วย ชวนทำกิจกรรมง่าย ๆ กลุ่มแกนนำ สตรีรักได้รับการอบรม อาสาสมัครครอบครัว (อสค.) กิจกรรมอีกอย่างคือสร้างกลุ่มไลน์มีเครื่องมือคือ โทรศัพท์มือถือสำหรับทำไลน์กลุ่มในผู้ที่เกี่ยวข้อง (ผู้ป่วย ผู้ดูแล กลุ่มแกนนำสตรีรัก และบุคลากรสาธารณสุข ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในไลน์กลุ่มเพื่อนสตรีรัก มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ช่วยให้ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นคลิปวิดีโอ ที่ พูดเองบ้าง เป็นวิดีโอจากสื่อที่น่าเชื่อถือได้ มีเภสัชกร จากโรงพยาบาลปากเกร็ด แนะนำการใช้ยา แพทย์แผนไทยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ ช่วยแนะนำเรื่องการนัดและ ประคบ สมุนไพร การมีไลน์เพื่อนสตรีรักได้มีสมาชิกเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันมี 51 คน)

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ชนิดของหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมในบ้าน อุปกรณ์และเครื่องใช้ภายในบ้าน ห้องน้ำในบ้าน โรคประจำตัว ยารักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับในปัจจุบัน การไปพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาสมุนไพรอื่น ๆ การรับประทานอาหารเสริม/วิตามิน/น้ำผลไม้ ระยะเวลาในการออกกำลังกายการบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรง การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว รวม 30 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยด้านอาหาร จำนวน 22 ข้อ ด้านการรับประทานยา จำนวน 4 ข้อ ด้านการขับถ่าย จำนวน 4 ข้อ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้ป่วยทำเอง จำนวน 21 ข้อ และโดยผู้ดูแลช่วยทำ จำนวน 17 ข้อ การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน จำนวน 13 ข้อ และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 8 ข้อ การจัดการความทุกข์ 6 ข้อ รวมทั้งสิ้น 102 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	ให้	5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้	4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	3 คะแนน
ปฏิบัติน้อย	ให้	2 คะแนน
ปฏิบัติน้อยมาก	ให้	1 คะแนน

การแปลผลระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553, น. 502)

คะแนนเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรม
4.50-5.00	มากที่สุด
3.50-4.49	มาก
2.50-3.49	ปานกลาง

1.50-2.49	น้อย
1.00-1.49	น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้ปรอทวัดทุกข์ (ภุขงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และสาวิตรี เจตยานุวัตร, 2556) เป็นเครื่องมือในการประเมินความทุกข์ใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยแบ่งความทุกข์ใจเป็น 10 ระดับ คือ 0-10 ที่บอกความรู้สึกทุกข์ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

1-3	หมายถึง	มีความทุกข์น้อย
4-6	หมายถึง	มีความทุกข์ปานกลาง
7-10	หมายถึง	มีความทุกข์มาก



โดยการวัดความทุกข์ แบ่งเป็น 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 วัดความทุกข์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครั้งที่ 2 วัดความทุกข์หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2.2.2 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ใช้บันทึกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- (1) ชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย
- (2) การวินิจฉัยโรค: ระบุว่า หลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือหลอดเลือดสมองแตก
- (3) ด้านที่อ่อนแรง: ระบุว่า ซีกซ้ายหรือซีกขวา

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเคลื่อนที่ การแต่งตัว การอาบน้ำ การทำความสะอาดสุขวิทยาส่วนบุคคล (การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม) การใช้ห้องส้วมหรือกระโถน การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ มีคะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง มี

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยเลือกคัด กลุ่มคะแนน 5-11 คะแนนเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 3 แบบประเมิน STREAM (การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) ประกอบด้วย การประเมิน 30 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินการเคลื่อนไหวของแขน จำนวน 10 ข้อ การประเมินการเคลื่อนไหวของขา จำนวน 10 ข้อ การประเมินการเคลื่อนไหวพื้นฐาน จำนวน 10 ข้อ ซึ่งทำเริ่มต้นที่ใช้ในการประเมิน คือ ท่านอนหงาย ตามด้วยท่านั่ง ทำยืน และทำเดิน คะแนนเต็ม 70 คะแนน ตามหัวข้อ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่กล้ามเนื้ออ่อนแรงเพื่อที่จะช่วยเรื่องกายภาพบำบัด บริหารกล้ามเนื้อและนวดประคบสมุนไพร

2.2.3 เครื่องวัดความดันโลหิต วัดระดับความดันโลหิตโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตระบบอัตโนมัติ (Automatic Blood Pressure Monitor) ได้ผ่านการสอบเทียบมาตรฐานจากหน่วยงานชั้นสูตกร กระทรวงสาธารณสุข ปี 2562

2.2.4 เครื่องชั่งน้ำหนัก ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคน โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอล รุ่น HKES-0100A ที่ผ่านการสอบเทียบมาตรฐาน ปี 2562 มีหน่วยวัดเป็นกิโลกรัม ซึ่งใช้เครื่องเดิมทุกครั้งในการชั่งน้ำหนัก โดยผู้วิจัยได้อ่านค่าเป็นเลขจำนวนเต็มและทศนิยม 2 ตำแหน่ง ได้ผ่านการสอบเทียบมาตรฐานจากหน่วยงานชั้นสูตกร กระทรวงสาธารณสุข ปี 2562

2.2.5 อุปกรณ์วัดส่วนสูง วัดส่วนสูง กลุ่มทดลอง โดยใช้อุปกรณ์สำหรับวัดส่วนสูง มีหน่วยวัดเป็นเซนติเมตร โดยผู้วิจัยเป็นผู้วัดและเป็นที่วัดส่วนสูงอันเดียวกันทุกครั้ง อ่านค่าเป็นเลขจำนวนเต็ม

2.2.6 สายวัดรอบเอว วัดรอบเอวกลุ่มทดลองโดยใช้สายวัดรอบเอว (BMI Calculator) ใช้สำหรับวัดเส้นรอบเอว มีหน่วยวัดเป็นเซนติเมตร โดยผู้วิจัยเป็นผู้วัดเส้นเดียวกันทุกครั้ง อ่านค่าเป็นเลขจำนวนเต็ม

2.2.7 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอวเป็นแบบเติมค่าในช่องว่าง และแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้าน และจิตอาสาที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) ซึ่งผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ แบบบันทึกการบริหารข้อต่อ กล้ามเนื้อ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แบบบันทึกการรับประทานยา แบบบันทึกการรับประทานอาหาร แบบบันทึกการบริหารร่างกายที่ผู้ป่วยทำเอง แบบบริหารกล้ามเนื้อในการกลืน และแบบบันทึกที่ผู้ดูแลช่วยทำ เช่น แบบบันทึกการบริหารร่างกายที่ผู้ดูแลช่วยทำ แบบบันทึกการนวดสัมผัสและการประคบสมุนไพร เพื่อติดตามผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธ

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.3.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1) นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของอาจารย์

2) นำเครื่องมือที่ผ่านการแก้ไขและปรับปรุงแล้ว เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง และความชัดเจนของภาษา ด้วยการให้คะแนนแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์ และไม่เหมาะสมที่จะใช้ตัวแปรนั้น ควรตัดทิ้ง
- 2 หมายถึง คำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์น้อย จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมาก จึงจะสอดคล้องกับนิยามศัพท์และเหมาะสมที่จะใช้วัดตัวแปรนั้นน้อย
- 3 หมายถึง คำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์ค่อนข้างมาก จำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะสอดคล้องกับนิยามศัพท์และเหมาะสมที่จะใช้วัดตัวแปรนั้นปานกลาง
- 4 หมายถึง คำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์ค่อนข้างมาก และเหมาะสมที่จะใช้วัดตัวแปร นั้นมาก

นำความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index : CVI) หากมีค่าตั้งแต่ .80 ถือว่าใช้ได้ (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และวรรณภา อัครชัยสุวิกรม, 2550, น. 46) โดยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ทั้งฉบับด้วยวิธี เอส-ซีวีไอ/ยูเอ (S-CVI/universal agreement: S-CVI /UA) (อิศรัฎฐ์ รินโรสง, 2557, น. 1) ดังนี้

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ = $\frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$

ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI/UA) ของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ได้เท่ากับ .99

3) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้ว เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ก่อนนำไปทดลองใช้

2.3.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม

(1) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประเสริฐอิสลาม ตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน

(2) นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .99

(3) นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงแล้วมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม เพื่อจัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ปรับ/ตัดต่อข้อคำถาม ดังนี้ ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิข้อ 7 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน...บาท เพิ่มเป็น แบ่งเป็นช่วงเงินรายได้ ข้อ 11 การสื่อสารตัวเลือกไม่ครอบคลุม คือ พุดปกติและพุดผิดปกติ แก้เป็นพุดชัดเจน/พุดไม่ชัดเจน ข้อ 20 ปัจจุบันท่านรับประทานผลิตภัณฑ์อาหาร/วิตามิน/น้ำผลไม้ ร่วมด้วยหรือไม่ ให้ตัดออก ไม่เกี่ยวกับ ข้อ 28 เดิมคำถามท่านดื่มสุราหรือไม่ เปลี่ยนเป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก ข้อ 11 ตัดออก คือ ผู้ดูแลท่านต้องไปพบแพทย์เฉพาะทางตามนัดหรือไม่ ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในส่วนของแบบสอบถาม ด้านการรับประทานอาหาร ให้ตัดคำว่าอาหารที่มีรสเค็มออก ตอบยาก ข้อ 4 ใช้กินแทนคำว่ารับประทานอาหาร ข้อ 8 ใช้กินแทนคำว่าลดอาหารหวาน ด้านรับประทานยา ข้อ 22 ตัดออก จากท่านได้รับประทานยาโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องโดยไม่หยุดยาเอง ตัดออกเพราะข้อ 23-25 ครอบคลุมแล้ว ข้อ 27 เมื่อท่านลืมรับประทานยาป้องกันเลือดแข็งตัว(วอร์ฟาริน)ไม่ถึง 12 ชั่วโมง ให้รับประทานยาทันที ตัดคำว่า ให้ ออก

(4) นำแผนการสอนไปให้พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ 2 คน อ่านและสอนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลพบว่า พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ เข้าใจตรงกัน และสามารถสอนได้ผลดี

(5) นำคู่มือการเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน อ่าน ผลพบว่า ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดี และขอให้เป็นเล่มใหญ่ อ่านง่ายกว่าเล่มเล็ก มีภาพประกอบชัดเจน

3. การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนใช้โปรแกรมฯ ระยะดำเนินการใช้โปรแกรมฯ และระยะหลังใช้โปรแกรมฯ ดังนี้

3.1 ระยะก่อนใช้โปรแกรมฯ

3.1.1 จัดทำโปรแกรมฯ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และจัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยฉบับสมบูรณ์

3.1.2 เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 6/2563

3.1.3 ขอนหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอความอนุเคราะห์สอบเทียบความถูกต้องของเครื่องมือ จากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

3.1.4 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช โครงการวิจัยและตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

3.1.5 ติดต่อประสานงานกับศูนย์การแพทย์ปัญญานันทะภิกขุ โรงพยาบาลชลประทาน เพื่อสอบเทียบความถูกต้องของเครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องชั่งน้ำหนัก

3.1.6 ติดต่อประสานงานกับบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี หลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่ง

3.1.7 เตรียมผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ให้เป็นผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ทำความเข้าใจแบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูล ทดสอบความถูกต้องของการวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง และการวัดรอบเอว

2) วิทยากร ประกอบด้วย ผู้วิจัย 1 คน ผู้ช่วยวิจัย 1 คน พระอาสาคิลานธรรม วัดชลประทาน นักกายภาพบำบัด นวดแผนไทย ตัวแบบด้านบวก 2 คน ตัวแบบด้านลบ 2 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ทำความเข้าใจเนื้อหาในแผนการสอนให้ตรงกัน

3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10-20 คน ที่สมัครใจให้ความร่วมมือ และมีกลุ่มตัวอย่างอยู่ใกล้ละแวกบ้าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การติดตามเยี่ยมบ้าน ฝึกทักษะการวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดรอบเอว อธิบายวิธีการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา และมอบแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดขั้นตอนการลงบันทึก ให้รวบรวมแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแบบบันทึกการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การบริหารร่างกาย ของกลุ่มตัวอย่างส่งผู้วิจัยทุก 2 สัปดาห์ ตามนัด แกนนำสโตร์ค มีบทบาทหน้าที่ของกลุ่ม คือ เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งเพื่อทราบวิธีการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นและมาเรียนรู้เพื่อให้เกิดความไว้วางใจมากขึ้นในการช่วยกิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการให้ช่วย เช่น การบริหารร่างกาย นวดประคบ หรือการมาอยู่เป็นเพื่อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน หรือแม้กระทั่งที่แกนนำสโตร์คทำต่อเนื่องสม่ำเสมอ คือ พาผู้ป่วยไปหาหมอตามนัดที่ญาติไม่ว่างพาไปเอง กลุ่มแกนนำสโตร์ค คือ ผู้ที่เป็นข้าราชการที่รับเงินบำนาญ มีจิตอาสาช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน โดยมีประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว และได้รับการอบรมเพิ่มขึ้นจากอาสาสมัครครอบครัว (อสค) จึงเกิดการรวมกลุ่มเล็ก ๆ ในชุมชนตำบลบ้านใหม่และมีเพื่อนแกนนำจากวัดชลประทานมาช่วยกันอีก

3.1.8 ขอความร่วมมือจากพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ให้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษา โดยทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองจากคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา และคัดเลือกกลุ่มเปรียบเทียบจากคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน โดยการจับคู่เพศ อายุ (± 2 ปี) ด้านที่อ่อนแรง และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) (± 3 คะแนน)

3.1.9 เก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ กลุ่มเปรียบเทียบที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตลาด ดังนี้

1) เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลอง ดังนี้

(1) ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มทดลองเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ประโยชน์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมในโครงการ จำนวนครั้งในการทำกิจกรรมกลุ่ม และระยะเวลาดำเนินโครงการ และอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มทดลองลงนามในแบบฟอร์มใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังจากผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว

(2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ประกอบด้วย การตอบแบบสอบถามการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยวัดระดับความดันโลหิต วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย นักกายภาพบำบัดช่วยวัด STREAM และเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมิน STREAM (การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) 1) วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนี้ ความสามารถในการรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน และการสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลืนอุจจาระ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยสังเกตหรือสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และให้คะแนนพฤติกรรมในช่องคะแนนตามที่ผู้ป่วยทำได้จริง (ไม่ใช่การสอบถามว่าสามารถทำได้หรือไม่) 2) วัดความดันโลหิต หลังจากนั่งพักนาน 5-10 นาที ไม่ดื่มชาหรือกาแฟ ไม่สูบบุหรี่ ก่อนวัดอย่างน้อย 30 นาที และถ่ายปัสสาวะเรียบร้อยแล้ว โดยจัดให้นั่งบนเก้าอี้มีพนักพิง หลังพิงพนัก เท้าทั้งสองข้างวางราบกับพื้น ไม่ไขว้ห้าง ไม่พูดคุยกขณะวัด วางแขนบนโต๊ะ ไม่กำมือ วัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที จากแขนซ้าย นำค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกสองครั้งมาหาค่าเฉลี่ย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558, น. 1-2)

2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

(1) ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งแจ้งรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประโยชน์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรม และอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้กลุ่มเปรียบเทียบ ลงนามในแบบฟอร์มใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังจากผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว

(2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ประกอบด้วย การตอบแบบสอบถามการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ประมาณ 30 นาที หลังตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยวัดระดับความดันโลหิต วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย และเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประเมิน STREAM (การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง)

3.1.10 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยดำเนินการเพื่อขอการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 6/2563 ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง ขอความร่วมมือและได้รับความร่วมมือจากบุคคลต้นแบบทั้งด้านบวกและด้านลบ เพื่อเป็นแบบอย่างแก่กลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษาเป็นกลุ่ม การมีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และผู้วิจัยพร้อมจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมหากต้องการ รวมทั้งจัดทำเอกสารแสดงการยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

3.2 ระยะดำเนินการใช้โปรแกรม

3.2.1 กลุ่มทดลอง

กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (วันจันทร์) ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
เนื้อหาสาระประกอบด้วย สถานการณ์การเกิดโรค ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเกิดโรค พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง สัญญาณสัญญาณเตือน FAST Check

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความคุ้นเคย และไว้วางใจระหว่างสมาชิก
2. เพื่อสร้างความตระหนัก และการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม
3. เพื่อให้กลุ่มทดลองเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเกิดโรค พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง สัญญาณเตือน FAST Check

4. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

5. เพื่อให้กลุ่มทดลองรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองหากผู้ป่วยดูแลตนเองไม่เหมาะสม

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

กิจกรรม

1. ลงทะเบียน (เซ็นชื่อ)
2. ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิทักทาย แนะนำตัวเอง และทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อละลายพฤติกรรม

3. แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 11-12 คน ให้สมาชิกแนะนำตนเองเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้รู้จัก สร้างความคุ้นเคยกัน จากนั้นให้แต่ละกลุ่มเลือกผู้นำกลุ่ม ตั้งชื่อกลุ่ม และคำขวัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

4. ทำการทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ก่อนการทำกิจกรรมให้ความรู้ 10 ข้อ

5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์และเพาเวอร์พ้อยท์ (Power Point) เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง รายละเอียดเนื้อหาประกอบด้วย สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเกิดโรค พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เรื่องการรับประทานอาหารและยา การขับถ่าย การบริหารร่างกาย และการบริหารกล้ามเนื้อในการกลืนโดยผู้ป่วยทำเอง รวมถึงการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ดูแลช่วยทำ มี 3 ประการ คือ การบริหารร่างกายข้างที่อ่อนแรง การนวดผ่อนคลาย การนวดประคบสมุนไพรพร้อมทั้งคู่มือการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และสติ๊กเกอร์ FAST Check สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 1669 สำหรับให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้และเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น

6. สร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลตนเองไม่เหมาะสมด้วยการนำเสนอตัวแบบด้านลบ โดยแนะนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 คน ที่สมัครใจมาเล่าประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และผลกระทบที่ได้รับจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร ยา

การบริหารร่างกาย และการจัดการกับความทุกข์ รวมทั้งพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสหวิชาชีพได้ จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามปัญหาต่าง ๆ ตามอัธยาศัย

7. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ คือ ในชุมชนมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรค ใครมีโอกาสเกิดโรคมามากที่สุด โรคมีความรุนแรงเพียงใด ทำให้เสียชีวิตหรือไม่ โอกาสเกิดโรคซ้ำมาน้อยเพียงใด และส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลที่ได้จากการวิเคราะห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยและกลุ่มทดลองตัวอย่างอภิปรายร่วมกันเพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา เป็นต้น เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

8. ผู้วิจัยมอบคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายรายละเอียดเนื้อหา พร้อมเน้นให้ทบทวนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

9. ผู้วิจัยสรุปความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

10. ผู้วิจัยทำการทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการตั้งคำถาม และผู้เข้าร่วมช่วยตอบ

11. นัดหมายการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1 วันพุธ) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและนำเสนอตัวแบบด้านบวก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องและความเข้าใจ การเคลื่อนไหวหรือการเดินทาง การรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ การรับประทานยา การพักผ่อนนอนหลับ การทำกิจวัตรประจำวัน ความคิดการรับรู้และการให้ความช่วยเหลือด้านเพศสัมพันธ์และอารมณ์

3. เพื่อให้กลุ่มทดลอง วางเป้าหมาย การบริหารร่างกาย การรับประทานอาหาร รับประทานยา เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ การบันทึกพฤติกรรมการบริหารร่างกาย การรับประทานอาหาร รับประทานยา

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

กิจกรรม

1. ลงทะเบียน ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต
2. ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิทักทาย ทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
3. ผู้วิจัยทำการทดสอบความรู้ เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเคลื่อนไหวหรือการเดินทาง การรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ การรับประทานยา การพักผ่อนนอนหลับ การทำกิจวัตรประจำวัน ความคิดการรับรู้และการให้ความช่วยเหลือด้านเพศสัมพันธ์ และอารมณ์ ก่อนการทำกิจกรรมให้ความรู้ บรรยายโดยใช้สื่อ เพาเวอร์พอยต์ และสื่อวีดิทัศน์
4. แนะนำตัวแบบด้านบวกแก่กลุ่มทดลอง โดยเชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 2 คน ที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพในการเคลื่อนไหวเพื่อช่วยให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น กระตุ้นความอยากอาหาร การเคลื่อนไหวอวัยวะบางส่วน พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การได้ออกจากห้องนอนและเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การทำกายภาพโดยใช้อุปกรณ์ การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่ถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัวที่สมัครใจมาเล่าประสบการณ์ที่ได้รับจากการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองด้านต่าง ๆ ให้กลุ่มทดลองพูดคุยซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบด้านบวก หลังจากนั้นอภิปรายร่วมกัน และสมาชิกกลุ่มสรุปเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านต่าง ๆ
5. แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 11-12 คน ให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์ความรู้ที่ได้รับ และสรุปแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แล้วส่งตัวแทนกลุ่มมานำเสนอ
6. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนเป้าหมาย การบริหารร่างกาย การรับประทานยา และให้กลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มฝึกทักษะในการวางแผนเป้าหมายการบริหารร่างกาย และฝึกลงบันทึกพฤติกรรมการบริหารร่างกาย ลงในแบบบันทึกการรับประทานยา ตามแบบบันทึกด้วยตนเอง
7. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการศึกษา “คู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน” ทดลองอ่านเรื่องนี้ประกอบเมื่อกลับไปปฏิบัติที่บ้าน
8. ผู้วิจัยสรุปความรู้เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

9. ผู้วิจัยทำการทดสอบความรู้เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการเคลื่อนไหวหรือการเดินทาง การรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ การรับประทานยา การพักผ่อนนอนหลับ การทำกิจวัตรประจำวัน ความคิดการรับรู้และการให้ความช่วยเหลือด้านเพศสัมพันธ์และอารมณ์ หลังการทำกิจกรรมให้ความรู้

10. นัดหมายการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป พร้อมทั้งเน้นให้กลุ่มทดลองนำองค์ความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติและนำแบบบันทึกการการบริหารร่างกาย การรับประทานยา การรับประทานอาหารของตนเองมาส่งผู้วิจัยในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 1 วันศุกร์) พัฒนาทักษะพฤติกรรม การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำเสนอตัวแบบด้านบวก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง
2. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านรับประทาน อาหารและยา
3. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการขับถ่าย
4. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้ป่วยทำเอง การบริหารร่างกายข้างที่อ่อนแรง (9 ท่า) และการบริหารกล้ามเนื้อในการกลืน (11 ท่า)
5. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน
6. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการรับประทานยา
7. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการจัดการความทุกข์

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

กิจกรรม

1. ลงทะเบียน ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต และกลุ่มทดลองส่งแบบบันทึก การการบริหารร่างกาย การรับประทานยา การรับประทาน อาหารของตนเอง
2. ผู้วิจัยกล่าวสวัสดี ทักทาย ทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์

3. ผู้วิจัยทำการทดสอบความรู้ เรื่องพัฒนาทักษะพฤติกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำเสนอตัวแบบด้านบวก ก่อนการทำการกิจกรรมให้ความรู้
4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 7 ด้าน โดยการบรรยายประกอบเพาเวอร์พ้อยท์ (Power Point)
5. ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัด สาธิตและฝึกทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยให้ผู้ช่วยบริหารร่างกายด้วยตนเองรวม 9 ท่า และการบริหารกล้ามเนื้อปากที่ ผู้ป่วยทำเอง รวมถึงการจัดท่านอน ท่านั่ง ท่าลุกยืน การเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และการขึ้นลงบันได สำหรับผู้ดูแล ที่ต้องช่วยบริหารร่างกายด้านอ่อนแรงให้ผู้ช่วย มีท่าบริหาร 10 ท่า คือ ท่าที่ 1 การบริหารข้อไหล่ ในท่ายกแขนขึ้นลง ท่าที่ 2 การบริหารข้อไหล่ในท่ากางแขนและหุบแขน เข้าท่าที่ 3 การหมุนข้อไหล่ขึ้นลงท่าที่ 4 การเคลื่อนไหวคว่ำมือท่าที่ 5 การเคลื่อนไหวข้อมือท่าที่ 6 การเคลื่อนไหวนิ้วโป้งท่าที่ 7 การงอขาเข้าและเหยียดขาออกท่าที่ 8 การหมุนข้อสะโพกเข้าในและออกนอก ท่าที่ 9 การกางขาออกและหุบขาเข้า และท่าที่ 10 การกระดกข้อเท้าและยืดเอ็นร้อยหวาย
6. แนะนำตัวแบบด้านบวกต่อกลุ่มทดลอง โดยเชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆ เช่น ด้านอาหาร ด้านการขับถ่าย ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้ป่วยทำเองและโดยผู้ดูแลช่วยทำ ด้านการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการความทุกข์ทั้งหมด 7 ด้าน โดยให้ตัวแบบด้านบวกและครอบครัวที่สมัครใจมาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ และให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบด้านบวกเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ หลังจากนั้นอภิปรายร่วมกันและสรุปแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับมาดำเนินชีวิตให้ปกติเร็วที่สุด
7. ให้กลุ่มทดลองแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 11-12 คน ให้แต่ละกลุ่ม วิเคราะห์ความรู้ที่ได้รับ และสรุปแนวทางในพัฒนาทักษะพฤติกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แล้วส่งตัวแทนกลุ่มมานำเสนอ
8. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนเป้าหมาย การบริหารร่างกาย เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มฝึกทักษะในการวางแผนเป้าหมายการบริหารร่างกายต่อสัปดาห์ของตนเอง
9. ให้สมาชิกกลุ่มทดลองฝึกทักษะการลงบันทึกพฤติกรรมการบริหารร่างกายลงในแบบบันทึกการบริหารร่างกายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง
10. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการศึกษา “คู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน” พร้อมทั้งแนะนำให้อ่านเรื่องนี้เมื่อกลับไปปฏิบัติที่บ้าน

11. ผู้วิจัยสรุปความรู้เรื่องการพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 7 ด้านให้กลุ่มทดลองอีกครั้ง

12. ผู้วิจัยทำการทดสอบความรู้เรื่อง การพัฒนาทักษะการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 7 ด้าน หลังการทํากิจกรรมให้ความรู้

13. ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การบริหารร่างกาย การรับประทานยา จากแบบบันทึก และจัดส่งเสริมให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและต่อเนื่องในกิจกรรมการสาธิตและฝึกทักษะ แกนนำ สตรีค์เข้ามามีส่วนร่วมช่วยกระตุ้นให้กำลังใจ กลุ่มทดลองและผู้ดูแลด้วยความเต็มใจและมีจิตอาสา ช่วยให้กลุ่มทดลอง มีความกระตือรือร้นมากขึ้นเพราะมีบุคคลต้นแบบที่เป็นบุคคลในชุมชนคุ้นเคย รู้จักกันมาเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือกัน

14. นิตหมายการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป พร้อมทั้งเน้นให้กลุ่มทดลองนำองค์ความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติและนำบันทึกในแบบบันทึกการบริหารร่างกาย และการรับประทาน อาหาร การรับประทานยา สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตนเองมาส่งผู้วิจัยในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 1 วันอาทิตย์) พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพ เพื่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ดูแลเรื่องการการบริหารร่างกายด้านที่ อ่อนแรง การนวดและประคบสมุนไพร และนำเสนอตัวแบบด้านบวก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรง การนวดและการประคบสมุนไพรในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง

2. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนวดผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองได้ถูกต้อง

3. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้ข้อควรระวังในการนวด และข้อควร หลีกเลี่ยงในการนวด

4. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเตรียมอุปกรณ์ถูกประคบและประคบ สมุนไพรให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอ ปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิ์ ทักทาย ทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
2. ผู้วิจัยทำการทดสอบความรู้ พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การบริหารร่างกายด้านอ่อนแรงโดยผู้ดูแลช่วย มีทั้งหมด 10 ท่า ดังนี้ ท่าที่ 1 การบริหารข้อไหล่ ในท่ายกแขนขึ้นลง ท่าที่ 2 การบริหารข้อไหล่ในท่ากางแขนและหุบแขนเข้า ท่าที่ 3 การหมุนข้อไหล่ขึ้นลง ท่าที่ 4 การเคลื่อนไหวคว่ำมือ ท่าที่ 5 การเคลื่อนไหวข้อมือ ท่าที่ 6 การเคลื่อนไหวนิ้วโป้ง ท่าที่ 7 การงอขาเข้าและเหยียดขาออก ท่าที่ 8 การหมุนข้อสะโพกเข้าในและออกนอก ท่าที่ 9 การกางขาออกและหุบขาเข้า และท่าที่ 10 การกระดกข้อเท้าและยืดเอ
3. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการนัดและประคบสมุนไพร โดยเฉพาะข้างที่อ่อนแรง
4. แนะนำตัวแบบด้านบวกแก่กลุ่มทดลอง โดยเชิญผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแขนขาอ่อนแรง และดึงกล้ามเนื้อแขนขาหรือเป็นอัมพฤกษ์ โดยการใช้วิธีการนวดผ่อนคลายและประคบสมุนไพร ให้กลุ่มทดลองพูดคุยซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบด้านบวกเกี่ยวกับแนวทางในการนวดผ่อนคลาย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านที่แขนขาอ่อนแรง หลังจากนั้นอภิปรายร่วมกัน และสรุปแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแขนขาอ่อนแรง และดึงกล้ามเนื้อแขนขาโดยการใช้วิธีการนวดผ่อนคลายและประคบสมุนไพร
5. แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 11-12 คน ให้แต่ละกลุ่มทำลูกประคบ (ผู้วิจัยเตรียมไว้สำหรับให้กลุ่มทดลองฝึกทักษะการเตรียมและห่อเป็นลูกประคบโดยมีแพทย์แผนไทยช่วยให้ความรู้)
 - 5.1 เตรียมสมุนไพร คือ ไพล (500 กรัม) แก้วปาดเมื่อย เกล็ดขี้ด ยอดการอักษะ ขมิ้นชัน (100 กรัม) ช่วยลดการอักเสบ แก้วโรคผิวหนัง ขมิ้นอ้อย (100 กรัม) ช่วยลดการอักเสบ แก้วโรคผิวหนัง ตะไคร้บ้าน (200 กรัม) แต่งกลิ่น ผลมะกรูด (100 กรัม) ผิวมะกรูด มีน้ำมันหอมระเหย แก้วลมวิงเวียน ส่วนน้ำในผลแก้คันตามร่างกาย ถ้าไม่มีใช้ใบแทนได้ ซึ่งมีน้ำมันหอมระเหย แก้วลมวิงเวียน เช่นกัน เกลือ (60 กรัม) ช่วยดูดความร้อนและช่วยพาตัวยาสัมผ่านผิวหนังได้ สะดวกขึ้น การบูร (30 กรัม) แต่งกลิ่นบำรุงหัวใจ พิมเสน (30 กรัม) แต่งกลิ่นบำรุงหัวใจ
 - 5.2 อุปกรณ์การทำลูกประคบสมุนไพร ดังนี้ 1) ผ้าสำหรับห่อลูกประคบ ต้องเป็นผ้าฝ้ายหรือผ้าดิบที่มีเนื้อผ้าแน่นพอที่จะป้องกันไม่ให้สมุนไพรร่วงออกมาได้ 2) สมุนไพรที่ใช้ประคบต้องหั่นหรือสับเป็นชิ้นเล็ก ๆ อาจใช้สมุนไพรสดหรือแห้งก็ได้ แต่ต้องไม่มี

เชื้อราปรากฏให้เห็น 3) หม้อสำหรับนึ่งลูกประคบและจานรองลูกประคบ และ 4) เชือกสำหรับห่อลูกประคบ

5.3 วิธีทำลูกประคบ นำหัวไพล ขมิ้นชัน ขมิ้นอ้อย ข่า ตะไคร้ และมะกรูด ล้างทำความสะอาด นำมาหั่นหรือสับให้เป็นชิ้นตามขนาดที่ต้องการ ตำพอหยาบ ๆ ใส่เกลือ การบูรและพิมเสน คลุกเคล้าให้เข้าเป็นเนื้อเดียวกัน แต่อย่าให้แฉะเป็นน้ำ แบ่งสมุนไพรที่คลุกเคล้าให้เข้ากันแล้วแบ่งเป็นส่วน ๆ เท่า ๆ กัน ใช้ผ้าฝ้ายหรือผ้าดิบห่อเป็นลูกประคบมัดด้วยเชือกให้แน่น โดยในกุ่มทดลอง มีแกนนำเพื่อนสตรีค มาแนะนำการเตรียมอุปกรณ์มาแนะนำกับกลุ่ม ให้มีทักษะในการเตรียมวัสดุสรรพคุณสมุนไพรแต่ละชนิด “พร้อมช่วยเหลือในการนวดประคบ” จากคำพูดแกนนำเพื่อนสตรีค ในชุมชนที่มีความชำนาญการนวดประคบสมุนไพร

5.4 วิธีการใช้ลูกประคบสมุนไพร นำลูกประคบที่ได้ไปนึ่งประมาณ 15-20 นาที เมื่อลูกประคบร้อนได้ที่แล้ว ก่อนนำมาใช้ประคบควรมีการทดสอบความร้อนโดยแตะที่ท้องแขนหรือหลังมือก่อน และในช่วงแรกที่ลูกประคบยังร้อนอยู่ ต้องประคบด้วยความเร็ว ไม่วางลูกประคบไว้บนผิวหนังนาน ๆ เพียงแตะลูกประคบแล้วยกขึ้น แต่เมื่อลูกประคบคลายความร้อนลงสามารถวางลูกประคบได้นานขึ้นพร้อมกับกดคลึงจนกว่าลูกประคบคลายความร้อน แล้วจึงเปลี่ยนลูกประคบลูกใหม่มาใช้แทนและนำลูกประคบที่เย็นแล้วกลับไปนึ่งใหม่เพื่อนำมาใช้ต่อไป

6. สาธิตและฝึกทักษะการนวดกับวิทยากร แพทย์แผนไทย โดยผู้ดูแลจับคู่กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ดูแลจับคู่กับ อ.ส.ม. ที่เป็นอาสาสมัครมาช่วย มีแกนนำเพื่อนสตรีค อยู่ร่วมช่วยเหลือกลุ่มทดลองทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย

7. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ฝึกบันทึกการนวด และประคบสมุนไพร ตามแบบบันทึกในรายวัน ทำทุกวันใน 1 สัปดาห์

8. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการศึกษา “คู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการนวดผ่อนคลายและประคบสมุนไพร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” พร้อมทั้งแนะนำให้อ่านเรื่องนี้เมื่อกลับไปปฏิบัติที่บ้าน

9. ผู้วิจัยสรุปความรู้เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการบริหารร่างกายที่อ่อนแรง การนวดและประคบสมุนไพร ประโยชน์ของการนวดผ่อนคลาย และข้อควรระวัง

10. ผู้วิจัยทำการทบทวนการนวดผ่อนคลายและการประคบสมุนไพร หลังการทำกิจกรรมให้ความรู้

11. ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในเรื่องการบริหารร่างกายด้านอ่อนแรง โดยมีผู้ดูแล และจัดส่งเสริมให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเรื่องฟื้นฟู

สมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแขนขาอ่อนแรง โดยการนวดผ่อนคลายอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถดำเนินชีวิตหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นกว่าเดิม

12. นัดหมายการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป พร้อมทั้งเน้นให้กลุ่มทดลองนำแบบบันทึกการนวดผ่อนคลาย อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ หรือทำทุกวันยิ่งดี ของตนเองมา ส่งผู้วิจัยในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 2 วันอาทิตย์) พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเอง
เพื่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เรื่อง การจัดการความทุกข์และการเยียวยา
จิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มพระคิลานธรรมและนำเสนอตัวแบบด้านบวก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ตระหนักถึงความสำคัญ
 ในการจัดการความทุกข์

2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลมีความรู้ ความ
 เข้าใจ และมีความสามารถในการจัดการความทุกข์

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอบางบาล จังหวัดนนทบุรี

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวสวัสดี ทักทาย ทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
 2. ประเมินแบบบันทึกการนวดผ่อนคลายใน 7 วัน และถามความรู้สึกที่ได้รับ
 การนวดผ่อนคลายว่าดีขึ้นมากน้อยแค่ไหน

3. กลุ่มพระคิลานธรรมให้ความรู้เรื่อง “การจัดการความทุกข์ของ
 ผู้ป่วย” ในกลุ่มทดลอง หลังจากนั้น

4. สนทนากลุ่มกับกลุ่มพระคิลานธรรมถึงวิธีการดับทุกข์ในประเด็น
 ต่างๆ ที่ผู้ป่วยประสบมา

5. กลุ่มพระคิลานธรรมให้คำปรึกษาในการจัดการความทุกข์ใจแก่
 ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือครอบครัว

6. ผู้วิจัยเตรียมปัจจัยและเครื่องสังฆทาน ถวายพระคิลานธรรม
 พร้อมกลุ่มทดลอง เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่

7. ขั้นตอนสุดท้ายของการเยียวยาด้านจิตใจ กลุ่มพระศิลาธรรมจะให้ข้อคิด และน้อมนำจิตที่ดี ให้กลุ่มทดลองฝึกนำไปปฏิบัติที่บ้าน และฝึกการนั่งสมาธิ

หลังจากการเข้ากลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อยแล้ว กิจกรรมเยี่ยมบ้านในรายที่มีความทุกข์จากการให้คำปรึกษาแล้ว พระอาสาศิลาธรรมเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่จะออกเยี่ยมวันอาทิตย์ เนื่องด้วยว่า ครอบครัวส่วนใหญ่อยู่บ้าน การเยี่ยมมีขั้นตอนคือ ผู้วิจัยจะถวายเป็นงานเรื่องโรคของผู้ป่วย แล สิ่งที่พบในปัญหาต่าง ๆ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากศูนย์การแพทย์ปัญญานันทะภิกขุก็จะถวายเป็นเรื่องความเป็นไปของโรค การดูแลทางกาย การรักษาด้วยยา หลังจากนั้นก็เข้าสู่กระบวนการเยี่ยมโดยพระอาจารย์แนะนำตัวท่านเองพร้อมทีม วัตถุประสงค์เพื่อช่วยดูแลทางด้านจิตใจ ชวนผู้ป่วยและญาติพูดคุยความในใจที่ไม่ได้คุยกัน ครอบครัว โดยแยกคุยก่อนระหว่างผู้ป่วย ส่วนใหญ่พระอาจารย์จะถามนำเรื่องความรู้สึก “รู้สึกอย่างไรเมื่อเป็นผู้ป่วย อยากบอกอะไรคนดูแลไหม” คำตอบลึก ๆ ที่พบหลาย ๆ บ้านที่เยี่ยมจะบอก “สงสารเห็นใจคนดูแลมาก เขาต้องมาช่วยหาของให้กินบ้าง เขาต้องมาช่วยทำให้ฉันเรื่องเกือบทุกเรื่อง” ท่านจะถามทุกคนในบ้านที่อยู่เรื่องความรู้สึก ให้เปิดใจกัน สิ่งที่ได้คือการได้พูดความในใจเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเข้าใจกัน การดูแลกันมีมากขึ้น การเยี่ยมครั้งที่ 2 ก็จะเหมือนครั้งแรก แต่มีเพิ่มเติม การนำสิ่งของที่จำเป็นไปให้ด้วย เช่น ของกินของใช้ ไปพบเจอบ้านที่มีเด็กและขาดแคลนก็จะมึนนำผง เสื้อผ้า แม้กระทั่ง ผ้าขาวม้า ผ้าถุง ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ สิ่งเหล่านี้ทีมผู้ไปเยี่ยมด้วย เกิดความปลื้มปิติ สุขใจไปด้วยกัน

กิจกรรมที่ 6 (สัปดาห์ที่ 2, 4, 6) ติดตามประสบการณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้

และการซักถามโดยใช้คำพูด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จและในกลุ่มที่มีปัญหาและอุปสรรค ไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมาย
3. เพื่อถอดบทเรียนเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ประสบความสำเร็จ และสรุปปัญหาและอุปสรรคในกลุ่มที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้
4. เพื่อติดตามการลงบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลงในแบบบันทึก

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

กิจกรรม

1. กลุ่มทดลองส่ง แบบบันทึกที่ได้บันทึกไว้
2. ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิ์ ทักทาย ทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
3. ประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร บริหารร่างกาย และ การรับประทานยาจากแบบบันทึก การบันทึกการนอนคลายการประคบสมุนไพร และกล่าวชมผู้ที่ ปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
4. ประเมินความถูกต้องในการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในแบบ บันทึก หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังลงบันทึกไม่ถูกต้องจะทบทวน และอธิบายวิธีการบันทึกที่ถูกต้อง
5. ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
6. ผู้วิจัยทบทวนความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การนอนคลายการประคบสมุนไพรโดยผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการความทุกข์ด้วยตนเอง และการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของแขน ของขา และการเคลื่อนไหวพื้นฐานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (STREAM)
7. แบ่งสมาชิกออกเป็น 3 กลุ่ม ให้แต่ละคนสำรวจพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การบริหารร่างกาย และการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง หรือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา พร้อมทั้งให้คิดวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา
8. ให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกัน พิจารณาว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร จึงจะสามารถแก้ปัญหา และ ให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็ว ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าเดิมจนเป็นปกติ และส่งตัวแทนกลุ่ม นำเสนอกลุ่มใหญ่
9. ผู้วิจัยสรุปเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพอีกครั้ง และเปิดโอกาสให้ ชักถามข้อสงสัย สมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันสร้างกลุ่มไลน์ “เพื่อนสตรีค” สื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม โดยมีทั้ง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล และ อ.ส.ม ที่ดูแล และทีมสุขภาพ เป็นต้น
10. นัดหมายทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป พร้อมเน้นให้กลุ่มทดลองนำ แบบบันทึกสุขภาพ ของตนเองมาส่งผู้วิจัย

**กิจกรรมที่ 7 (สัปดาห์ที่ 4, 6, 8) ติดตามประสบการณ์ การชักจูงโดยใช้
คำพูด และมอบรางวัลแก่บุคคลต้นแบบ**

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จ และในกลุ่มที่มีปัญหา
3. เพื่อถอดบทเรียนเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ประสบความสำเร็จ และสรุปปัญหาและอุปสรรคในกลุ่มที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมได้
4. เพื่อกระตุ้นและเป็นที่กำลังใจแก่กลุ่มทดลองในการปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จนทำให้เกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่องในระยะยาว

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่

กิจกรรม

1. กลุ่มทดลองส่งแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ
2. ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิ์ ทักทาย ทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
3. ประเมินความถูกต้องในการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในแบบบันทึก ทบทวนและอธิบายวิธีการบันทึกที่ถูกต้อง หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังลงบันทึกไม่ถูกต้อง
4. ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลตนเอง สัญญาณเตือน FAST Check เป็นสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ที่ให้ประชาชนต้องรู้ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 1669 สำหรับให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้และเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น
5. ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานอาหาร การบริหารร่างกาย และการรับประทานยา และการดูแลตนเองในภาวะฉุกเฉินจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง
6. แบ่งสมาชิกออกเป็น 3 กลุ่ม ให้แต่ละคนสำรวจพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การบริหารร่างกาย และการรับประทานยา การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ที่ไม่ถูกต้อง หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา พร้อมทั้งให้คิดวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา
7. ให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกัน พิจารณาว่าจะแก้ปัญหายังไง จึงจะมีพฤติกรรมดูแล

ตนเองด้านการรับประทานอาหาร การบริหารร่างกาย และการรับประทานยา การนวดผ่อนคลาย การจัดการความทุกข์ได้ถูกต้อง

8. ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมกันสรุปแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และส่งตัวแทนนำเสนอกลุ่มใหญ่

9. ผู้วิจัยสรุปแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกครั้ง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

10. ผู้วิจัยกล่าวชมเชยและให้รางวัลแก่บุคคลต้นแบบที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ตามเป้าหมายอย่างน้อย 1 กิจกรรม โดยการให้รางวัลรายบุคคล คนละ 1 รางวัล ได้แก่ ชุดอุปกรณ์การรับประทานอาหาร ซ้อนมีด้ามจับ แก้ว 2 หู แผ่นยางรองจาน พร้อมทั้งพูดส่งเสริมให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การบริหารร่างกาย การรับประทานยา การนวดผ่อนคลาย การจัดการความทุกข์ และการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และให้กลุ่มตัวอย่างที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องนำไปเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ได้ตามเป้าหมาย

11. นัดหมายการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป พร้อมทั้งเน้นให้กลุ่มทดลองนำแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมาส่งผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 8 การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และการกระตุ้นทางอารมณ์ (สัปดาห์ที่ 1-8) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง คนละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อติดตามพฤติกรรมที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้คำแนะนำ/ช่วยเหลือ

3. เพื่อติดตามการลงบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดลงในแบบบันทึก

4. เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดกำลังใจและกระตือรือร้นในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเวลา 30 นาที

สถานที่ บ้านกลุ่มทดลอง

กิจกรรม

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเยี่ยมกล่าวสวัสดิ์ ทักทาย
2. วัดความดันโลหิต ย้ำเตือนให้กลุ่มทดลองปฏิบัติตัวด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การบริหารร่างกายข้างที่อ่อนแรง การนวดและประคบสมุนไพร ให้ถูกต้องและสม่ำเสมอ สอบถามปัญหาและให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
3. บันทึกข้อมูลการเยี่ยมในรูปแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และแบบบันทึกคะแนนรายบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) ส่งผู้วิจัยทุกสัปดาห์

3.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1-12

ได้รับการพยาบาลและข้อมูลจากพยาบาลที่ให้บริการในระบบบริการปกติ และนัดหมาย เพื่อรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัยในสัปดาห์ที่ 9

3.3 ระยะหลังใช้โปรแกรม สัปดาห์ที่ 9

3.3.1 กลุ่มทดลอง

ประเมินผลการใช้โปรแกรมโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง (post-test) ประกอบด้วย การตอบแบบสอบถามการวิจัยเรื่องโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยวัดระดับความดันโลหิต วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก คำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย และเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลจากผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพเรื่อง การบริหารร่างกาย การรับประทานยา การขับถ่าย การฝึกกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น แก่กลุ่มเปรียบเทียบ พร้อมทั้งมอบคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล คู่มือการบริหารร่างกาย และนวดประคบสมุนไพร ให้กับกลุ่มทดลอง

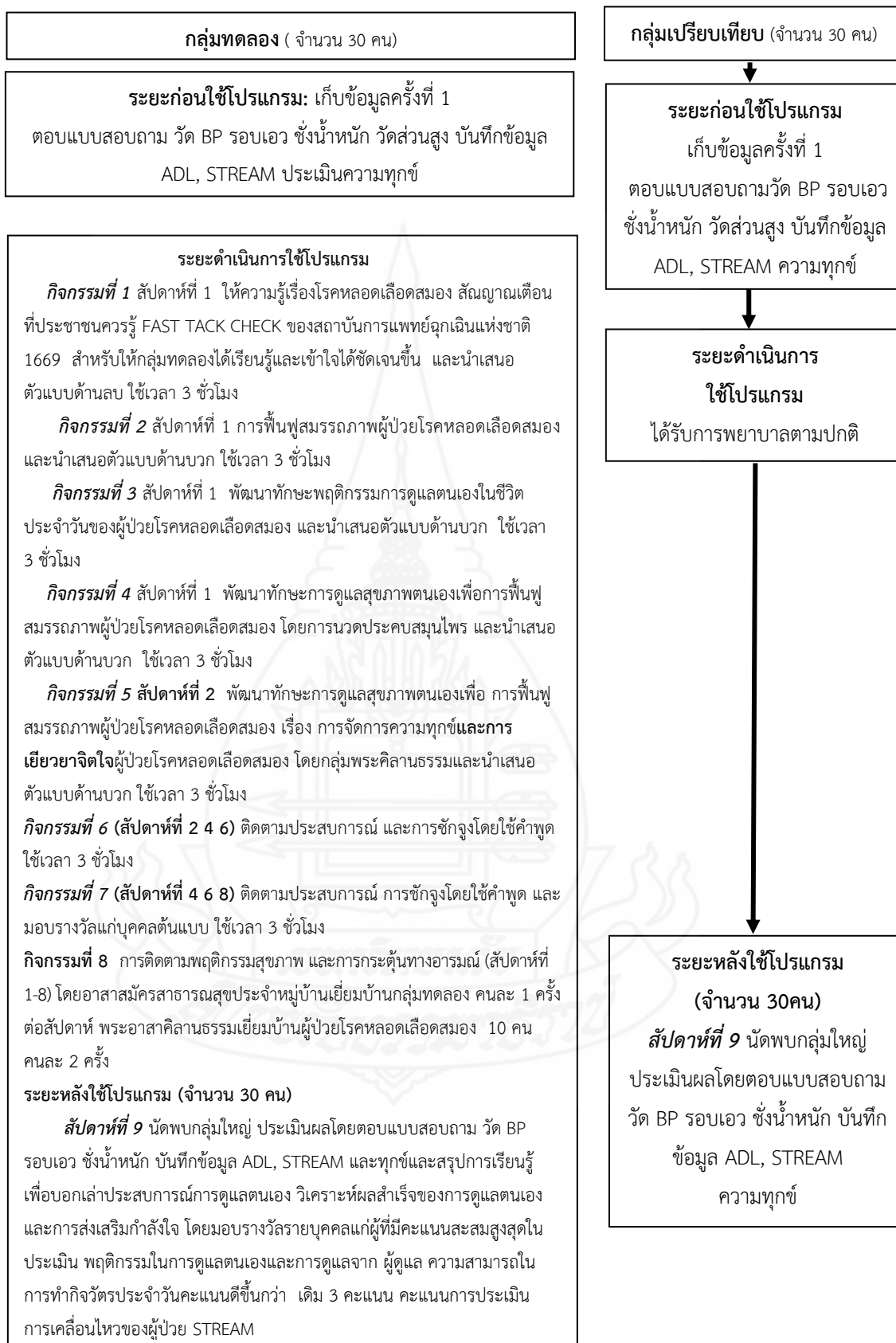
3.3.2 กลุ่มเปรียบเทียบ

ประเมินผลการใช้โปรแกรมโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง (post-test) ประกอบด้วย การตอบแบบสอบถามการวิจัยเรื่องโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอ

ปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยวัดระดับความดันโลหิต วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก คำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย และเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลจากผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มเปรียบเทียบที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพเรื่อง การบริหารร่างกาย การรับประทานยา การขับถ่าย การฝึกกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น แก่กลุ่มเปรียบเทียบ พร้อมทั้งมอบคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล คู่มือการบริหารร่างกายและนวด ประคบสมุนไพร ให้กับกลุ่มเปรียบเทียบ

สามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยทั้ง 3 ระยะ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้ดังภาพที่ 3.1





ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองระหว่าง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติการทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Paired t-test)

4.3 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติการทดสอบทีชนิดอิสระ (Independent t-test)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยนำเสนอผลการวิจัยเป็น 5 ตอน ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ตอนที่ 3 ความแตกต่างของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

ตอนที่ 4 ความแตกต่างของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตอนที่ 5 ความทุกข์และสาเหตุของความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง สภาพร่างกาย โรคประจำตัว ยารักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับ การรับประทานยาตามแผนการรักษา การไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตามนัด การบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงด้วยตนเองและผู้ดูแลช่วยบริหาร การออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นในปัจจุบัน ประเภทของการออกกำลังกาย และระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง การสูบบุหรี่ก่อนมีอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมีอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมในบ้าน เตียงนอน และห้องน้ำในบ้าน ส่วนข้อมูลด้านสุขภาพประกอบด้วย ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และระดับการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 4.1 และตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนใช้โปรแกรมฯ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		$\chi^2 /$ t/ Z	p-value
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ						
ชาย	17	56.67	17	56.67	0.000 ^a	1.000
หญิง	13	43.33	13	43.33		
2. อายุ (ปี)	$\bar{X} = 67.50, S.D. = 7.601$		$\bar{X} = 65.20, S.D. = 6.299$			
51-60	4	13.33	5	16.67	-1.366 ^c	.172
61-70	18	60.00	19	63.33		
> 70	8	26.67	6	20.00		
3. สถานภาพสมรส						
โสด	8	26.67	3	10.00	3.31 ^a	.191
คู่	16	53.33	22	73.33		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6	20.00	5	16.67		
4. ศาสนา						
พุทธ	30	100.00	30	100.00	0.000 ^a	1.000
5. ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0.00	1	3.34	2.912 ^a	.714
ประถมศึกษา	10	33.33	12	40.00		
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	30.00	9	30.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	16.67	4	13.33		
อนุปริญญา/ ปวส./ปริญญาตรีและ สูงกว่าปริญญาตรี	6	20.00	4	13.33		
6. อาชีพ						
เกษตรกรกรรม	2	6.67	2	6.67	4.910 ^a	.555
รับจ้างทั่วไป	13	43.33	16	53.33		
ค้าขาย	3	10.00	6	20.00		
พนักงานบริษัทเอกชน	3	10.00	2	6.67		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1	3.33	0	0.00		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	20.00	4	13.33		
อื่น ๆ	2	6.67	0	0.00		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		$\chi^2 /$ t/ Z	p-value
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)	$\bar{X} = 15,843.33, S.D. = 11,184.709$		$\bar{X} = 13,746.67, S.D. = 5,719.219$			
≤ 5,000	3	10.00	0	0.00	-.540 ^c	.689
5,001-10,000	7	23.33	12	40.00		
10,001-15,000	8	26.67	8	26.67		
15,001-20,000	6	20.00	6	20.00		
> 20,000	6	20.00	4	13.33		
8. ความพอเพียงของรายได้						
เพียงพอ เหลือเก็บ	9	30.00	14	46.67	4.910 ^a	.179
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	18	60.00	11	36.67		
ไม่เพียงพอ แต่ไม่เป็นหนี้	2	6.67	1	3.33		
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	1	3.33	4	13.33		
9. บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว						
หัวหน้าครอบครัว	14	46.67	14	46.67	0.000 ^a	1.000
ผู้อาศัย	16	53.33	16	53.33		
10. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง						
หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	21	70.00	23	76.67	0.341 ^a	.559
หลอดเลือดสมองแตก	9	30.00	7	23.33		
11. สภาพร่างกาย						
11.1 ใบหน้า						
มุมปากขวาตก	13	43.34	18	60.00	0.421 ^a	.517
มุมปากซ้ายตก	10	33.33	11	36.67		
มุมปากปกติ	7	23.33	1	3.33		
11.2 ลำตัว						
ซีกขวาอ่อนแรง	18	60.00	16	53.33	0.271 ^a	.602
ซีกซ้ายอ่อนแรง	12	40.00	14	46.67		
11.3 การสื่อสาร						
11.3.1 การพูด						
พูดปกติ	21	70.00	18	60.00	0.659 ^a	.417
พูดผิดปกติ (ช้า ไม่ชัด)	9	30.00	12	40.00		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		$\chi^2 /$ t/ Z	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
11.3.2 การฟัง						
ฟังเข้าใจ	28	93.33	29	96.67	2.069 ^a	.150
ฟังไม่เข้าใจ	2	6.67	1	3.33		
11.4 การกลืน						
กลืนปกติ	25	83.33	26	86.67	2.455 ^a	.074
กลืนลำบาก	5	16.67	4	13.33		
11.5 การมองเห็น						
ปกติ	25	83.33	24	80.00	2.155 ^a	.080
ผิดปกติ	5	16.67	6	20.00		
11.6 การถ่ายปัสสาวะ						
กลั้นได้	20	66.67	22	73.33	2.667 ^a	.077
กลั้นไม่ได้	10	33.33	8	26.67		
11.7 การถ่ายอุจจาระ						
ปกติ	20	66.67	23	76.66	1.495 ^a	.474
กลั้นไม่ได้	5	16.67	2	6.67		
ท้องผูก ต้องสวนระบาย	5	16.67	5	16.67		
12. โรคประจำตัว						
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	11	36.67	10	33.33	0.292 ^a	.864
โรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง	14	46.66	16	53.34		
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง	5	16.67	4	13.33		
13. ยารักษาโรคตลอดเลืดสมองที่ได้รับ						
ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง	30	100.00	30	100.00	0.000 ^a	1.00
ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด	21	70.00	23	76.67	0.141 ^a	.708
ยารักษาโรคเบาหวาน	16	53.33	14	46.67	0.267 ^a	.606
ยาลดระดับไขมันในเลือด	17	56.67	14	46.67	0.601 ^a	.438
อื่น ๆ เช่น วิตามิน เป็นต้น	21	70.00	22	73.33	0.082 ^a	.774

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		$\chi^2 /$ t/ Z	p-value
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
14. การรับประทานยาตามแผนการรักษา						
รับประทานอย่างต่อเนื่องทุกชนิด	30	100.00	30	100.00	0.000 ^a	1.00
15. การไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตามนัดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา						
พบแพทย์ตรงตามนัด	25	83.33	24	80.00	0.111 ^a	.739
พบแพทย์ไม่ตรงตามนัด	5	16.67	6	20.00		
16. การบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงด้วยตนเอง						
ไม่บริหาร	13	43.33	11	36.67	0.287 ^a	.866
บริหารไม่สม่ำเสมอ	11	36.67	12	40.00		
บริหารสม่ำเสมอ	6	20.00	7	23.33		
17. การบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงโดยผู้ดูแล						
ไม่บริหาร	12	40.00	10	33.33	0.310 ^a	.857
บริหารไม่สม่ำเสมอ	13	43.33	14	46.67		
บริหารสม่ำเสมอ	5	16.67	6	20.00		
18. การออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นต่อสัปดาห์ในปัจจุบัน (ครั้ง/สัปดาห์)						
ไม่ออกกำลังกายเลย	17	56.67	15	50.00	0.268 ^a	.606
ออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	1	3.33	1	3.33		
ออกกำลังกาย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	7	23.33	10	33.33		
ออกกำลังกาย 5-6 ครั้ง/สัปดาห์	3	10.00	3	10.00		
ออกกำลังกายทุกวัน	2	6.67	1	3.33		
19. ประเภทของการออกกำลังกาย/เคลื่อนไหวร่างกาย						
เดิน	13	100.00	15	100.00	0.000 ^a	1.00
20. ระยะเวลาออกกำลังกาย (นาที/วัน)	$\bar{X} = 44.60, S.D. = 10.417$		$\bar{X} = 45.33, S.D. = 11.666$			
30-40	5	38.46	5	33.33	-0.291 ^c	.771
41-50	4	30.77	5	33.33		
51-60	4	30.77	5	33.34		
21. การสูบบุหรี่ก่อนมีอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต						
ไม่สูบบุหรี่	23	76.67	25	83.33	0.426 ^a	.808
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	4	13.33	3	10.00		
สูบบุหรี่เป็นประจำ	3	10.00	2	6.67		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		$\chi^2 /$ t/ Z	p-value
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
22. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมีอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต						
ไม่ดื่ม	22	73.33	22	73.33	0.000 ^a	1.00
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	8	26.67	8	26.67		
23. สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมในบ้าน						
23.1 พื้นในบ้าน						
23.1.1 พื้นลื่น	5	16.67	6	20.00	0.111 ^a	.739
23.1.2 พื้นมีหลายระดับ	7	23.33	5	16.67	0.417 ^a	.519
23.2 บ้านมีขั้นบันได แต่ไม่ได้ทำทาง	7	100.00	5	100.00	-	-
ลาดเอียง						
23.3 บันไดมีราวเกาะ	2	28.57	0	0.00	1.477 ^a	.224
24. เติงนอน						
24.1 ไม่มี	13	43.33	17	56.67	1.067 ^a	.302
24.2 มี	17	56.67	13	43.33		
เตียงสูงจากพื้น (เซนติเมตร)						
25. ห้องน้ำในบ้าน						
	$\bar{X} = 43.90, S.D.= 19.087$		$\bar{X} = 51.00, S.D.= 1.044$			
25.1 โถส้วม - แบบชักโครก	26	86.67	23	76.67	1.002 ^a	.317
- แบบนั่งยอง	4	13.33	7	23.33		
25.2 มีอ่างล้างหน้า	14	46.67	5	16.67	6.239 ^a	.012 [*]
25.3 มีราวเกาะรอบผนังห้องน้ำ	11	36.67	10	33.33	0.073 ^a	.787
25.4 มีแผ่นยางกันลื่นที่พื้น	13	43.33	15	50.00	0.268 ^a	.605
25.5 มีฝักบัวที่ใช้มือถือได้	25	83.33	25	83.33	0.000 ^a	1.000
25.6 มีฟองน้ำถูตัวที่มีด้ามยาว	8	26.67	4	13.33	1.667 ^a	.197
25.7 มีแสงสว่างเพียงพอ	30	100.00	30	100.00	0.000 ^a	1.000

* p < .05

a หมายถึง ค่า χ^2 จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

b หมายถึง ค่า t จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบทีซนดิอิสระ (Independent t-test)

c หมายถึง ค่า Z จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติการทดสอบแมนวิทนียู (Mann Whitney U test)

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลคล้ายคลึงกัน ดังนี้

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล เพศ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.67 เท่ากัน **อายุ** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 67.50 ปี (S.D.= 7.601) และ 65.20 ปี (S.D.= 6.299) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 63.33 ตามลำดับ **สถานภาพสมรส** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.33 และร้อยละ 73.33 ตามลำดับ **ศาสนา** กลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนาพุทธ **ระดับการศึกษา** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33.33 และร้อยละ 40.00 ตามลำดับ **อาชีพ** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 43.33 และร้อยละ 53.33 ตามลำดับ **รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 15,843.33 บาท (S.D.= 11,184.709) และ 13,746.67 บาท (S.D.= 5,719.219) ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 26.67 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.00 **ความพอเพียงของรายได้** พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 60.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 46.67 **บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัย ร้อยละ 53.33 เท่ากัน

สภาพร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ **สภาพร่างกายเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง** พบว่า **ใบหน้า** กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีปากขวาทก ร้อยละ 43.34 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ **ลำตัว** กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีภาวะลำตัวซีกขวาอ่อนแรง ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 53.33 ตามลำดับ **การสื่อสาร** กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่พูดปกติ ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ **การฟังปกติ** ร้อยละ 93.33 และร้อยละ 96.67 ตามลำดับ **การกลืนปกติ** ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 96.67 ตามลำดับ **การมองเห็น** กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่การมองเห็นปกติ ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ **การขับถ่ายปัสสาวะ** กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่กลั้นปัสสาวะได้ ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 73.33 ตามลำดับ **การขับถ่ายอุจจาระ** กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ถ่ายอุจจาระปกติ ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 76.66 ตามลำดับ **โรคประจำตัว** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 46.66 และร้อยละ 53.34 ตามลำดับ **การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับ** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทุกคนได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง และส่วนใหญ่ได้รับ

ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ **การรับประทานยาตามแผนการรักษา** พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนรับประทานยาตามแผนการรักษา **การไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตามนัด** พบว่า ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตรงตามนัด ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ **การบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงด้วยตนเอง** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่บริหารและบริหารไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 80.00 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ **การบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงโดยผู้ดูแล** พบว่า ผู้ดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่บริหารและบริหารให้ผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ **การออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นในปัจจุบัน** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 56.67 และร้อยละ 50.00 ไม่ออกกำลังกาย ที่เหลือส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 23.33 และร้อยละ 33.34 ตามลำดับ โดยทุกคนออกกำลังกายด้วยการเดิน ระยะเวลาในการออกกำลังกายเฉลี่ยวันละ 44.60 นาที (S.D.= 10.417) และ 45.33 นาที (S.D.= 11.666) ตามลำดับ **การสูบบุหรี่ก่อนมีอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 76.67 และร้อยละ 83.33 ตามลำดับ **การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมีอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 73.33 เท่ากัน

สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพื้นในบ้านบ้านลื่นร้อยละ 16.67 และร้อยละ 20.00 ตามลำดับ พื้นมีหลายระดับร้อยละ 23.33 และร้อยละ 16.67 ตามลำดับ ทุกบ้านที่มีขั้นบันไดไม่ได้ทำทางลาดเอียง บ้านของกลุ่มทดลองบันไดมีราวเกาะเพียงร้อยละ 28.57 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบทุกบ้านบันไดไม่มีราวเกาะ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีเตียงนอน ร้อยละ 56.67 และร้อยละ 43.33 ตามลำดับ โดยเตียงนอนสูงจากพื้นเฉลี่ย 43.90 เซนติเมตร และ 51.00 เซนติเมตร ตามลำดับ ส่วนห้องน้ำในบ้าน พบว่า บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีโถส้วมแบบชักโครก ร้อยละ 86.67 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ มีอ่างล้างหน้าร้อยละ 46.67 และร้อยละ 16.67 ตามลำดับ มีราวเกาะรอบผนังห้องน้ำ ร้อยละ 36.67 และร้อยละ 33.33 ตามลำดับ มีแผ่นยางกันลื่นที่พื้น ร้อยละ 43.33 และร้อยละ 50.00 ตามลำดับ มีฝักบัวที่ใช้มือถือได้ ร้อยละ 83.33 เท่ากัน มีฟองน้ำถูตัวที่มีด้ามยาว ร้อยละ 26.67 และร้อยละ 13.33 ตามลำดับ และมีแสงสว่างเพียงพอทุกบ้าน

เมื่อทำการทดสอบความเหมือนกันของข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นนามมาตรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Test for Homogeneity) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติการทดสอบทีชนิดอิสระ (Independent t-test) ในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) และใช้สถิติการทดสอบแมนวิทนียู (Mann Whitney U test) ในกรณีที่ข้อมูลมีการ

กระจายแบบอิสระ (Free distribution) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นการมีอ่างล้างหน้าในห้องน้ำซึ่งบ้านของกลุ่มทดลองมีอ่างล้างหน้าในห้องน้ำมากกว่าบ้านของกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามภาวะสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		Z	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย: แขนซ้ายและแขนขวา ท่านั่ง (มิลลิเมตรปรอท)						
1) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	$\bar{X} = 133.89$, S.D.= 12.981		$\bar{X} = 137.68$, S.D.= 10.181			
≤ 129.99	12	40.00	10	33.33	-2.603 ^c	.069
130-139.99	7	23.33	10	33.33		
140-149.99	7	23.33	6	20.00		
≥ 150	4	13.34	4	13.34		
2) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	$\bar{X} = 81.62$, S.D.= 12.741		$\bar{X} = 82.01$, S.D.= 6.463			
≤ 89.99	25	83.33	26	86.67	-2.190 ^c	.129
90- 99.99	2	6.67	2	6.67		
100-109.99	1	3.33	1	3.33		
≥ 110	2	6.67	1	3.33		
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)						
$\bar{X} = 24.96$, S.D.= 3.076			$\bar{X} = 25.46$, S.D.= 2.745			
18.50-22.99	8	26.67	6	20.00	-2.285 ^c	.062
23.00-24.99	12	40.00	13	43.33		
≥ 25.00	10	33.33	11	36.67		
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)						
$\bar{X} = 81.90$, S.D.= 4.950			$\bar{X} = 80.60$, S.D.= 3.710			
หญิง ≤ 80	10	76.92	7	53.85	1.255 ^c	.210
> 80	3	23.08	6	46.15		
ชาย ≤ 90	17	100.00	17	100.00		
ความสามารถในการทำ						
กิจวัตรประจำวัน (คะแนน)						
$\bar{X} = 7.50$, S.D.= 1.225			$\bar{X} = 7.67$, S.D.= 1.124			
5-8	24	80.00	23	76.67	-0.482 ^c	.630
9-11	6	20.00	7	23.33		

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		Z	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว(คะแนน)	$\bar{X} = 55.70, S.D.= 2.842$		$\bar{X} = 56.40, S.D.= 2.836$			
41-50	1	3.33	1	3.33	-2.412 ^c	.130
51-60	28	93.34	26	86.67		
61-70	1	3.33	3	10.00		
ระดับความทุกข์ (คะแนน)	$\bar{X} = 3.50, S.D.= 2.529$		$\bar{X} = 3.60, S.D.= 0.770$			
1-3 (mild distress)	14	46.67	13	43.33	-.449 ^c	.653
4-6 (moderate distress)	11	36.67	16	56.67		
7-10 (severe distress)	5	16.66	1	10.00		

** c หมายถึง ค่า Z จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบแมนวิทนียู (Mann Whitney U test)

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลภาวะสุขภาพคล้ายคลึงกัน ดังนี้

ความดันโลหิต ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 133.89 มม.ปรอท (S.D.= 12.981) และ 137.68 มม.ปรอท (S.D.= 10.181) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยน้อยกว่า 129.99 มม.ปรอท ร้อยละ 40.00 และร้อยละ 33.33 ตามลำดับ ส่วน**ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 81.62 มม.ปรอท (S.D.= 12.741) และ 82.01 มม.ปรอท (S.D.= 6.463) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยน้อยกว่า 89.99 มม.ปรอท ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 86.67 ตามลำดับ

ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.96 กิโลกรัม/ตารางเมตร (S.D.= 3.076) และ 25.46 กิโลกรัม/ตารางเมตร (S.D.= 2.745) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 23.00-24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 40.00 และร้อยละ 43.33 **เส้นรอบเอว** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 81.90 เซนติเมตร (S.D.= 4.950) และ 80.60 เซนติเมตร (S.D.= 3.710) ตามลำดับ ส่วนใหญ่เพศหญิงเส้นรอบเอวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร ร้อยละ 76.92 และร้อยละ 53.85 ตามลำดับ เพศชายทุกคนมีเส้นรอบเอวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยเฉลี่ย 7.50 คะแนน (S.D.= 1.225) และ 7.67 คะแนน (S.D.= 1.124) ส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ระหว่าง 5-8 คะแนน ร้อยละ 80.00 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ ส่วน**การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวโดยเฉลี่ย 55.70 คะแนน (S.D.= 2.842) และ 56.40 คะแนน (S.D.= 2.836) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวอยู่ระหว่าง 51-60 คะแนน ร้อยละ 93.34 และร้อยละ 86.67 ตามลำดับ

ระดับความทุกข์ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความทุกข์เฉลี่ย 3.50 คะแนน (S.D.= 2.529) และ 3.60 คะแนน (S.D.= 0.770) ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีความทุกข์อยู่ระหว่าง 1-3 คะแนนหรือทุกข์น้อย ร้อยละ 46.67 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความทุกข์อยู่ระหว่าง 4-6 คะแนนหรือทุกข์ปานกลาง ร้อยละ 56.67

เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลภาวะสุขภาพทั้ง 5 ตัวแปรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติการทดสอบแมนวิทนียู (Mann Whitney U test) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบอิสระ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผู้ดูแลซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว และการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบก่อนใช้โปรแกรมฯ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง (n = 30)		ผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		$\chi^2 /$ t-test	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ						
ชาย	9	30.00	3	10.00	3.75 ^a	.053
หญิง	21	70.00	27	90.00		
2. อายุ (ปี)	$\bar{X} = 51.63, S.D. = 11.687$		$\bar{X} = 50.13, S.D. = 10.998$			
≤ 39	7	23.33	9	30.01	2.645 ^b	.056
40-49	6	20.00	7	23.33		
50-59	6	20.00	7	23.33		
60-69	11	36.67	7	23.33		
3. สถานภาพสมรส						
โสด	7	23.33	5	16.67	2.229 ^a	.328
คู่	18	60.00	23	76.67		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	5	16.67	2	6.66		
4. ศาสนา						
พุทธ	29	96.67	30	100.00	1.017 ^a	.313
คริสต์	1	3.33	0	0.00		
5. ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	7	23.33	6	20.00	5.271 ^a	.384
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	33.33	15	50.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	26.67	5	16.67		
อนุปริญญา/ ปวส.2ปริญญาตรี/ ปริญญาโท	5	16.67	4	13.33		

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง (n = 30)		ผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		$\chi^2 /$ t-test	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	6. อาชีพ					
เกษตรกรรวม	2	6.67	2	6.67	5.824 ^a	.443
รับจ้างทั่วไป	17	56.66	22	73.33		
ค้าขาย	4	13.33	3	10.00		
พนักงานบริษัทเอกชน	2	6.67	2	6.67		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1	3.33	0	0.00		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	6.67	1	3.33		
อื่น ๆ	2	6.67	0	0.00		
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) $\bar{X} = 15,570.00$, S.D. = 9,351.347 $\bar{X} = 14,616.67$, S.D. = 6,309.111						
< 10,000	10	33.33	7	23.33	.349 ^b	.729
10,000-19,999	13	43.33	19	63.33		
20,000-29,999	2	6.67	2	6.67		
30,000-39,999	4	13.34	2	6.67		
$\geq 40,000$	1	3.33	0	0.00		
8. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (เดือน) $\bar{X} = 5.47$, S.D. = 2.556 $\bar{X} = 6.40$, S.D. = 2.955						
1-4	9	30.00	8	26.67	.647 ^b	.520
5-8	16	53.33	13	43.33		
9-12	5	16.67	9	30.00		
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
บิดา/ มารดา/บุตร	20	66.66	23	76.67	1.422 ^a	.110
พี่/ น้อง	6	20.00	5	16.67		
สามี/ ภรรยา	2	6.67	2	6.67		
อื่น ๆ	2	6.67	0	0.00		
10. โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	20	66.67	21	70.00	0.077 ^a	.781
มีโรคประจำตัว	10	33.33	9	30.00		

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง (n = 30)		ผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		$\chi^2 /$ t-test	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การทำความสะอาดร่างกาย	14	46.67	21	70.00	5.455 ^a	.020*
การสวมใส่เสื้อผ้า	21	70.00	25	83.33	3.068 ^a	.080
การจัดเตรียมอาหารและ การรับประทานอาหาร	26	86.67	30	100.00	4.286 ^a	.038*
การจัดเตรียมยาและ การรับประทานยา	16	53.33	24	80.00	4.800 ^a	.028*
การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ	8	26.67	10	33.33	0.317 ^a	.573
การจัดทำนอนบนเตียง	13	43.33	2	6.67	12.273 ^a	.000*
การเคลื่อนย้ายร่างกายจากเตียง ไปยังรถเข็นหรือจากรถเข็นขึ้น เตียง	14	46.67	6	20.00	5.934 ^a	.015*
การบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรง	14	46.67	3	10.00	11.429 ^a	.001*
การเป็นเพื่อนคุยเมื่อมีเรื่อง วิตกกังวล รับฟังและให้กำลังใจ	12	40.00	1	3.33	13.416 ^a	.000*

* p-value < .05

a หมายถึง ค่า χ^2 จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

b หมายถึง ค่า t จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบทีซนดิอิสระ (Independent t-test)

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้ดูแลของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลภาวะสุขภาพทั้งคล้ายคลึงกันและแตกต่างกันดังนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคล เพศ พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 90.00 ตามลำดับ **อายุ** พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 51.63 ปี (S.D.= 11.687) และ 50.13 ปี (S.D.= 10.998) ตามลำดับ ผู้ดูแลกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 36.67 ส่วนผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 39 ปี ร้อยละ 30.01 **สถานภาพสมรส** พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ **ศาสนา** ผู้ดูแลส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีผู้ดูแลกลุ่มทดลองเพียงคนเดียวที่นับถือศาสนาคริสต์ **ระดับ**

การศึกษา พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.33 และร้อยละ 50.00 ตามลำดับ **อาชีพ** พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 56.66 และร้อยละ 73.33 ตามลำดับ **รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน** พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 15,570.00 บาท (S.D.= 9,351.347) และ 14,616.67 บาท (S.D.= 6,309.111) ตามลำดับ โดยผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 10,000-19,999 บาท ร้อยละ 43.33 และร้อยละ 63.33 ตามลำดับ **ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย** พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบดูแลผู้ป่วยมานานเฉลี่ย 5.47 เดือน (S.D.= 2.556) และ 6.40 เดือน (S.D.= 2.955) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ดูแลมานานระหว่าง 5-8 เดือน ร้อยละ 53.33 และร้อยละ 43.33 ตามลำดับ **ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย** พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา/บุตร ร้อยละ 66.66 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ **โรคประจำตัว** พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 70.00 ตามลำดับ

การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดเตรียมอาหารและการรับประทานอาหาร ร้อยละ 86.67 และร้อยละ 100.00 ตามลำดับ รองลงมาเป็นการช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 83.33 ตามลำดับ และช่วยเหลือในการจัดเตรียมยาและการรับประทานยา ร้อยละ 53.33 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ

เมื่อทำการทดสอบความเหมือนกันของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลซึ่งเป็นนามมาตรระหว่างผู้ดูแลกลุ่มทดลองกับผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Test for Homogeneity) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติการทดสอบทีซอินดิเพนเด้นท์ (Independent t-test) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การทำกายภาพบำบัดร่างกาย การจัดเตรียมอาหารและการรับประทานอาหาร การจัดเตรียมยาและการช่วยเหลือในการรับประทานยา การช่วยเหลือในการจัดทำอาหารคนเดียว การช่วยเคลื่อนย้ายร่างกายจากเตียงไปยังรถเข็นหรือจากรถเข็นขึ้นเตียง การบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรง และการเป็นเพื่อนคุยเมื่อมีเรื่องวิตกกังวล รับประทานอาหาร มีเพียงด้านการสวมใส่เสื้อผ้าและช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเท่านั้นที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 ความแตกต่างของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

เนื่องจากข้อมูลพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ มีการกระจายเป็นโค้งปกติ (ดังแสดงในภาคผนวก ข) จึงวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Paired t-test) ส่วนข้อมูลที่เหลือได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลก่อนหรือหลังใช้โปรแกรมฯ ชุดใดชุดหนึ่งหรือทั้งสองชุดกระจายแบบอิสระ (Free distribution) (ดังแสดงในภาคผนวก ข) จึงวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ของทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติการทดสอบวิลคอกซ์ซายแรงค์ (Wilcoxon Signed Ranks Test) ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติการทดสอบทีชนิดไม่อิสระและการทดสอบวิลคอกซ์ซายแรงค์ (n=30)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรมฯ			หลังใช้โปรแกรมฯ			t / Z	p-value
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ		
พฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	3.76	0.682	มาก	3.93	0.597	มาก	-4.295 ^b	.000***
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.09	0.210	ปานกลาง	3.15	0.209	ปานกลาง	-1.000 ^a	.326
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน								
กลุ่มทดลอง	8.67	1.124	ติดบ้าน	12.07	0.868	ติดสังคม	-4.357 ^b	.000***
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.83	1.053	ติดบ้าน	8.93	1.112	ติดบ้าน	-0.021 ^b	.983

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรมฯ			หลังใช้โปรแกรมฯ			t / Z	p-value
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ		
การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว								
กลุ่มทดลอง	55.70	2.842	ปานกลาง	63.90	1.668	มาก	-4.796 ^b	.000***
กลุ่มเปรียบเทียบ	60.40	2.836	ปานกลาง	60.60	2.647	ปานกลาง	-4.322 ^b	.061
ความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง								
กลุ่มทดลอง	3.50	2.529	น้อย	1.10	1.125	น้อยมาก	-4.141 ^b	.000***
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.60	.770	น้อย	3.70	.828	น้อย	-2.000 ^b	.072

*** p -value < .001

** a หมายถึง ค่า t จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Paired t – test

b หมายถึง ค่า Z จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมก่อนใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.76$, S.D.= 0.682) หลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับมากเช่นเดิม แต่มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น ($\bar{x} = 3.93$, S.D.= 0.597) โดยหลังใช้โปรแกรมฯ พฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -4.295$, p -value = .000) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.09$, S.D. = 0.210 และ $\bar{x} = 3.15$, S.D. = 0.209 ตามลำดับ) โดยพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -1.000$, p -value = .326)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับติดบ้าน ($\bar{x} = 8.67$, S.D.= 1.124) หลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับติดสังคม ($\bar{x} = 12.07$, S.D.= 0.868) โดยหลังใช้โปรแกรมฯ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -4.357$, p -value = .000) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับติดบ้าน ($\bar{x} = 8.83$, S.D. = 1.053 และ $\bar{x} = 8.93$, S.D. = 1.112 ตามลำดับ) โดยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -0.021$, p -value = .983)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวก่อนใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 55.70$, S.D.= 2.842) หลังใช้โปรแกรมฯ มีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 63.90$, S.D.= 1.668) โดยหลังใช้โปรแกรมฯ มีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -4.796$, $p\text{-value} = .000$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 60.40$, S.D.= 2.836 และ $\bar{x} = 60.60$, S.D.= 2.647 ตามลำดับ) โดยการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวก่อนและหลัง ใช้โปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -4.322$, $p\text{-value} = .061$)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความทุกข์ก่อนใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 3.50$, S.D.= 2.529) หลังใช้โปรแกรมฯ มีความทุกข์อยู่ในระดับน้อยมาก ($\bar{x} = 1.10$, S.D.= 1.125) โดยหลังใช้โปรแกรมฯ มีความทุกข์น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -4.141$, $p\text{-value} = .000$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความทุกข์ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 3.60$, S.D.= 0.770 และ $\bar{x} = 3.70$, S.D.= 0.828 ตามลำดับ) โดยความทุกข์ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.000$, $p\text{-value} = 0.072$)

ตอนที่ 4 ความแตกต่างของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เนื่องจากข้อมูลพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนใช้โปรแกรมฯ มีการกระจายเป็นโค้งปกติ (ดังแสดงในภาคผนวก ข) จึงวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบทีซนดิอิสระ (Independent t-test) ส่วนข้อมูลที่เหลือ ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังใช้โปรแกรมฯ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนใช้โปรแกรมฯ และหลังใช้โปรแกรมฯ มีข้อมูลชุดใดชุดหนึ่งหรือทั้งสองชุดกระจายแบบอิสระ (Free distribution) (ดังแสดงในภาคผนวก ข) จึงวิเคราะห์ความแตกต่างของการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังใช้โปรแกรมฯ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนใช้โปรแกรมฯ และหลังใช้โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติการทดสอบแมนนวิทนียู (Mann-Whitney U test) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติการทดสอบที่ชนิดอิสระและการทดสอบแมนวิทนียู (n=30)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t / Z	p-value
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ		
พฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม								
ก่อนใช้โปรแกรม	3.76	0.682	มาก	3.09	0.210	ปานกลาง	-4.333 ^b	.000***
หลังใช้โปรแกรม	3.92	0.597	มาก	3.15	0.209	ปานกลาง	-5.183 ^b	.000***
ความแตกต่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม	0.170	0.252	-	0.0003	0.002	-	-5.709 ^b	.000***
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน								
ก่อนใช้โปรแกรม	8.67	1.124	ติดบ้าน	8.83	1.053	ติดบ้าน	-0.578 ^b	.563
หลังใช้โปรแกรม	12.07	0.868	ติดสังคม	8.93	1.112	ติดบ้าน	-6.611 ^b	.000***
การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว								
ก่อนใช้โปรแกรม	55.70	2.842	ปานกลาง	60.40	2.836	ปานกลาง	-2.412 ^a	.088
หลังใช้โปรแกรม	63.90	1.668	มาก	60.60	2.647	ปานกลาง	-3.688 ^b	.000***
ความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง								
ก่อนใช้โปรแกรม	3.50	2.529	น้อย	3.60	0.770	น้อย	-4.333 ^b	.653
หลังใช้โปรแกรม	1.10	1.125	น้อยมาก	3.70	0.828	น้อย	-5.982 ^b	.000***

***p-value < .001

a หมายถึงค่า t จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Independent t – test

b หมายถึง ค่า Z จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Mann Whitney U test

จากตารางที่ 4.5 พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$, S.D.= 0.597) กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.09$, S.D.= 0.209) โดยพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Z= -5.183, p-value = .000) ส่วนก่อนใช้โปรแกรมฯ พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.76$, S.D.= 0.682) แต่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.09$, S.D.= 0.209) ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและ

กลุ่มเปรียบเทียบก่อนใช้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -4.333$, $p\text{-value} = .000$) จึงสรุปผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองโดยวิเคราะห์จากค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ซึ่งพบว่าพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -5.709$, $p\text{-value} = .000$)

หลังใช้โปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับติดสังคม ($\bar{x} = 12.07$, $S.D. = 0.868$) กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับติดบ้าน ($\bar{x} = 8.93$, $S.D. = 1.112$) โดยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -6.611$, $p\text{-value} = .000$) ส่วนก่อนใช้โปรแกรมฯ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับติดบ้าน ($\bar{x} = 8.67$, $S.D. = 1.124$ และ $\bar{x} = 8.83$, $S.D. = 1.053$ ตามลำดับ) ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนใช้โปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -0.578$, $p\text{-value} = .563$)

หลังใช้โปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 63.90$, $S.D. = 1.668$) กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 59.60$, $S.D. = 2.647$) โดยการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -3.688$, $p\text{-value} = .000$) ส่วนก่อนใช้โปรแกรมฯ การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 55.70$, $S.D. = 2.842$ และ $\bar{x} = 56.50$, $S.D. = 2.836$ ตามลำดับ) ซึ่งการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนใช้โปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.412$, $p\text{-value} = .088$)

หลังใช้โปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยความทุกข์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 1.10$, $S.D. = 1.125$ และ $\bar{x} = 3.73$, $S.D. = 0.828$ ตามลำดับ) โดยความทุกข์ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -5.982$, $p\text{-value} = .000$) ส่วนก่อนใช้โปรแกรมฯ ความทุกข์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 3.50$, $S.D. = 2.529$ และ $\bar{x} = 3.60$, $S.D. = 0.770$ ตามลำดับ) ซึ่งความทุกข์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนใช้โปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -4.333$, $p\text{-value} = .653$)

ตอนที่ 5 ความทุกข์และสาเหตุของความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5.1 การเปรียบเทียบระดับความทุกข์และสาเหตุของความทุกข์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ก่อนใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีความทุกข์ระดับน้อยหรือ Mild distress ($\bar{X} = 3.50$, S.D.= 2.529) และหลังใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีความทุกข์น้อยลง โดยยังอยู่ในระดับน้อยเช่นเดิม ($\bar{X} = 1.10$, S.D.= 1.125) โดยสาเหตุของความทุกข์ก่อนใช้โปรแกรมที่พบมากที่สุด ได้แก่ มีอาการปวดตามอวัยวะต่าง ๆ (ร้อยละ 56.67) รองลงมาเป็นปัญหาด้านการเงินและค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 53.33) การนอนหลับ (ร้อยละ 46.67) และมีความกังวลใจกับความเจ็บป่วย (ร้อยละ 40.00) หลังใช้โปรแกรมฯ สาเหตุของความทุกข์ส่วนใหญ่เป็นการสูญเสียภาพลักษณ์ภายนอก ปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และกังวลใจกับความเจ็บป่วย ร้อยละ 13.33 เท่ากัน ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ความถี่และร้อยละของสาเหตุของความทุกข์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ (n=30)

ข้อความ	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
สาเหตุ: ปัญหาทางกาย				
1. รูปลักษณ์ภายนอกเปลี่ยนแปลงเช่น ปากเปื่อย พุดไม่	6	20.00	4	13.33
ขาด สูญเสียการทรงตัว เป็นต้น				
2. การรับประทานอาหาร/น้ำ	5	16.67	0	0.00
3. การรับประทานยา	6	20.00	0	0.00
4. อาหารไม่ย่อย/ ท้องอืด	8	26.67	0	0.00
5. การอาบน้ำ/ แต่งตัว	4	13.33	0	0.00
6. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ	7	23.33	0	0.00
7. การติดต่อสื่อสาร: นึกคำพูดไม่ออก สับสน พุดไม่ชัด	5	16.67	4	13.33
8. อาการปวดตามอวัยวะต่าง ๆ	17	56.67	0	0.00
9. การมองเห็น: เห็นภาพซ้อน เห็นภาพครึ่งเดียว ตาบอด	4	13.33	0	0.00

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
10. การเคลื่อนย้ายตัวเอง เช่น การเดิน นั่ง นอน การเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น	12	40.00	0	0.00
11. อาการชาตามมือ/เท้าหรืออวัยวะอื่น ๆ	7	23.33	0	0.00
12. กล้ามเนื้อลีบ	6	20.00	0	0.00
13. ข้อติดแข็ง	5	16.67	0	0.00
14. ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์	4	13.33	0	0.00
15. การนอนหลับ	14	46.67	0	0.00
ปัญหาในชีวิตประจำวันทั่วไป				
1. การดูแลบุตร	1	3.33	0	0.00
2. ทืออยู่อาศัย	0	0.00	0	0.00
3. การเงิน/ค่าใช้จ่าย	16	53.33	0	0.00
4. การเดินทาง	3	10.00	0	0.00
5. การทำงาน	5	16.67	0	0.00
ปัญหาในครอบครัว				
1. การรับมือกับคู่สมรสและความต้องการของคู่สมรส	3	10.00	3	10.00
2. การจัดการกับบุตรและความต้องการของบุตร	3	10.00	0	0.00
ปัญหาด้านอารมณ์				
1. กังวลใจกับความเจ็บป่วย	12	40.00	4	13.33
2. ความหดหู่/ สะเทือนใจ	0	0	0	0.00
3. หวามกลัว/ กลัวถูกทอดทิ้ง	0	0	0	0.00
4. กลัวการพลัดพราก/ ห่วงคนข้างหลัง	9	30.00	0	0.00
5. รู้สึกเศร้า/ เสียใจ	7	23.33	0	0.00
6. เบื่อ/ เซ็ง ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน	7	23.33	0	0.00
ปัญหาด้านจิตวิญญาณ				
1. ไม่เชื่อมั่นกับชีวิตหลังความตาย	2	6.67	0	0.00
2. กลัวตาย	4	13.33	0	0.00
3. มีเรื่องค้างคาใจที่ต้องสะสางก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต	4	13.33	3	10.00

5.2 การเปรียบเทียบระดับความทุกข์และสาเหตุของความทุกข์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังใช้โปรแกรมฯ

หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความทุกข์ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.10$, S.D. = 1.125) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบก็มีความทุกข์ในระดับน้อยเช่นกัน แต่มีระดับความทุกข์มากกว่ากลุ่มทดลอง ($\bar{x} = 3.73$, S.D. = 0.828) ซึ่งหลังใช้โปรแกรมฯ พบว่า ปัญหาที่พบบ่อยของกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ อาการปวดตามอวัยวะต่าง ๆ และปัญหาด้านการเงินและค่าใช้จ่าย ร้อยละ 56.67 เท่ากัน รองลงมา เป็นปัญหาการเคลื่อนย้ายตัวเอง เช่น การเดิน นั่ง นอน การเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น และปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 40.00 เท่ากัน และเศร้า/เสียใจ ร้อยละ 23.33 โดยมีความถี่และร้อยละของสาเหตุของความทุกข์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ความถี่และร้อยละของสาเหตุของความทุกข์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังใช้โปรแกรม (n=30)

ข้อความ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
สาเหตุ: ปัญหาทางกาย				
1. รูปลักษณ์ภายนอกเปลี่ยนแปลงเช่น ปากเปื่อย พุดไม่	4	13.30	6	20.00
ขาด สูญเสียการทรงตัว เป็นต้น				
2. การรับประทานอาหาร/น้ำ	0	0.00	5	16.7
3. การรับประทานยา	0	0.00	6	20.00
4. อาหารไม่ย่อย/ ท้องอืด	0	0.00	8	26.70
5. การอาบน้ำ/ แต่งตัว	0	0.00	4	13.30
6. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ	0	0.00	7	23.30
7. การติดต่อสื่อสาร: นึกคำพูดไม่ออก สับสน พุดไม่ชัด	4	13.30	5	16.70
8. อาการปวดตามอวัยวะต่าง ๆ	0	0.00	17	56.70
9. การมองเห็น: เห็นภาพซ้อน เห็นภาพครึ่งเดียว ตาบอด	0	0.00	4	13.33
10. การเคลื่อนย้ายตัวเอง เช่น การเดิน นั่ง นอน การ	0	0.00	12	40.00
เคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น				
11. อาการชาตามมือ/เท้าหรืออวัยวะอื่น ๆ	0	0.00	4	13.33
12. กล้ามเนื้อลีบ	0	0.00	5	16.67
13. ข้อติดแข็ง	0	0.00	3	10.00

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อความ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
14. ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์	0	0.00	4	13.33
15. การนอนหลับ	0	0.00	12	40.00
ปัญหาในชีวิตประจำวันทั่วไป				
1. การดูแลบุตร	0	0.00	0	0.00
2. ที่อยู่อาศัย	0	0.00	0	0.00
3. การเงิน/ค่าใช้จ่าย	0	0.00	17	56.67
4. การเดินทาง	0	0.00	9	30.00
5. การทำงาน	0	0.00	5	16.67
ปัญหาในครอบครัว				
1. การรับมือกับคู่สมรสและความต้องการของคู่สมรส	3	10.00	6	20.00
2. การจัดการกับบุตรและความต้องการของบุตร	0	0.00	2	6.67
ปัญหาด้านอารมณ์				
1. กังวลใจกับความเจ็บป่วย	4	13.33	5	16.67
2. ความหดหู่/ สะเทือนใจ	0	0.00	0	0.00
3. หวามกลัว/ กลัวถูกทอดทิ้ง	0	0.00	3	10.00
4. กลัวการพลัดพราก/ ห่วงคนข้างหลัง	0	0.00	6	20.00
5. รู้สึกเศร้า/ เสียใจ	0	0.00	7	23.33
6. เบื่อ/ เซ็ง ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน	0	0.00	4	13.33
ปัญหาด้านจิตวิญญาณ				
1. ไม่เชื่อมั่นกับชีวิตหลังความตาย	0	0.00	4	13.33
2. กลัวตาย	0	0.00	5	16.67
3. มีเรื่องค้างคาใจที่ต้องสะสางก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต	3	10.00	4	13.33

5.3 การจัดการความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการศึกษาครั้งนี้ ในโปรแกรมฯ ได้จัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคลายความทุกข์ลง ทั้งการให้ข้อมูลด้วยการรับฟังการบรรยายเกี่ยวกับความทุกข์และการดับทุกข์ตามแนวทางอริยสัจ 4 ของพระพุทธองค์ และการเยี่ยมบ้านโดยพระอาสาศานุกรม จากการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมฯ จำนวน 3 คน ซึ่งแขนขาขวาอ่อนแรง พบว่า ก่อนใช้โปรแกรม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกข์ใจมาก เนื่องจากเดินไม่ได้ เดินก็ไม่แข็งแรง ไปไหนก็ไม่ได้ ต้องลาออกจากงานเพื่อมารักษาตัว ทำให้ขาดรายได้มาเลี้ยงครอบครัว เป็นภาระให้ครอบครัวต้องมาดูแลตนเอง นอนไม่หลับ กลัวว่าคู่ชีวิตจะทอดทิ้ง ท้อแท้ และอยากตาย โดยผู้ป่วยรายแรกกล่าวว่า “ผมเดินไม่ได้ ไปทำงานไม่ได้ นอนไม่หลับ สารพัดเรื่อง อยากจะตาย ๆ ไป ผมท้อ เป็นภาระลูกเมีย” “ผมรู้สึกว่อกแล้ว ผมกลัวเขาไปไกล กลัวทุกอย่าง” อีกรายหนึ่งกล่าวว่า “ผมไม่อยากเป็นอย่างนี้ เดินก็ไม่แข็งแรง ไปไหนก็ไม่ได้ อยากตาย ๆ ไปให้สิ้นเรื่อง”

หลังได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีพระอาสาศานุกรมมาเยี่ยมบ้าน พบว่า ความคิดของผู้ป่วยเปลี่ยนไป โดยคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญ ความกลัวหายไป มีกำลังใจจากคนใกล้ชิดมากขึ้น มีสติและสมาธิจากการสวดมนต์ ทำให้คิดได้ว่า เมื่อถึงเวลาที่ต้องเจ็บป่วย ถ้าดูแลตัวเองดีก็จะดีขึ้น หลังจากผู้ดูแลช่วยนวดและประคบด้วยลูกประคบสมุนไพรให้ทุกวัน ทำให้แขนขาปวดน้อยลง ทำกิจวัตรประจำวันได้เองมากขึ้น ไข้ไม่สามขาพุงแหวอคอเคอร์ นอนหลับได้ รับประทานอาหารได้มากขึ้นและมีกำลังใจดีขึ้น ดังคำกล่าวว่า

“ผมดีใจครับที่ผมได้เจอทีมเยี่ยมบ้านแบบมีพระมาด้วย”

“นอนได้ อาบน้ำเองแค่พุงเข้าห้องน้ำ กินข้าวได้มากขึ้น แม่ทำอะไรหลายอย่าง แม่บอกคนอื่นก็เป็นก็ป่วย เดียวก็หาย แม่บอกพระบอกมา แม่เชื่อ”

นอกจากนั้น ผู้ป่วยยังชื่นชมที่ทีมสหวิชาชีพและพระอาสาศานุกรมที่มาเยี่ยมในวันหยุด และเห็นคุณค่าในตัวเอง ฟังธรรมะจากวิทยุที่ได้รับแจก และทำสมาธิได้ และได้เห็นประโยชน์ของไลน์กลุ่ม ดังคำกล่าวที่ว่า

“เขาชื่นชมคะ วันหยุดก็ไม่หยุดชวนกันมาเยี่ยมคนไข้”

“ผมอยากจะกราบท่านอีกที่เปลี่ยนความคิดผมได้ ผมมีความสุขมากกว่าเดิม ผมทำสมาธิเป็น แม่เมตตาได้ มีความสุขมากขึ้นครับบอกตามตรง ท่านเยี่ยมหลายบ้านนะครับ ผมเห็นในไลน์”

ก่อนที่จะเข้าโปรแกรมฯ แล้วทีมเยี่ยมบ้านได้ชักชวน ไปฟังเรื่องการจัดการทุกข์ ฉันทน์ก็คิดแย้งในใจว่า “ฉันยังไม่ใกล้ตายนะ จะมาสวดมนต์ให้ฉันฟังเหรอ” คือ ความคิดตอนนั้นเราเบื่อเราทุกข์ เรา รู้สึกแสบสาหัสกับชีวิต ไม่ได้พูดคุยกับใครแม้แต่คนในครอบครัว หลังจากได้ไปฟังไปพบกับ

พระให้ชวนคิดทบทวนหลาย ๆ สิ่ง “ให้เรา รู้จักทุกข์ตนเอง จับทุกข์ไว้ให้ได้ ถ้ามทุกข์ให้ได้มาทำไม ขณะนี้ก็จับทุกข์ได้ อยู่กับความสุขมีมากขึ้นทุกข์มันก็หนีไป” อยากบอกต่อ

“ตอนนี้แม่ นั่งสมาธิ แม่ฟังวิทยุเทปธรรมะที่พระท่านให้ไว้ ลูกกับพ่อก็ตั้งใจ ที่แม่ เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นทั้งทางร่างกาย และจิตใจแม่ดีขึ้น ไม่หงุดหงิด แม่บอกให้นิมนต์พระมาให้แม่ ทำบุญอีกวันครบรอบวันเกิด”

โดยสรุป ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความทุกข์จากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสาร ส่งผลให้ไม่สามารถทำงานได้ ขาดรายได้มาเลี้ยงครอบครัว เป็นภาระให้กับผู้ดูแล และอยากตาย หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งมีพระอาสาชิลานธรรมมาให้ข้อมูลเกี่ยวกับความทุกข์และการดับทุกข์ตามแนวอริยสัจ 4 และเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทำให้ความทุกข์ของผู้ป่วยลดลงเนื่องจากคิดได้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญ สามารถทำสมาธิได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้จิตใจสงบ ไม่กลัว ไม่กังวล และมีกำลังใจมากขึ้น

โดยสรุป พฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม หลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากและมากที่สุดถึงร้อยละ 80.00 มีเพียงร้อยละ 20.00 ที่อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 96.67 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 3.33 การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองทุกคนมีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับมาก ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.67 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.33 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับดีสังคม ร้อยละ 76.67 และระดับดีบ้าน ร้อยละ 23.33 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับดีบ้าน ร้อยละ 100 เช่นเดิม ระดับความทุกข์ พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความทุกข์ระดับน้อย ร้อยละ 90.00 และที่เหลือร้อยละ 10.00 มีความทุกข์อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีความทุกข์ในระดับน้อยเพียงร้อยละ 36.67 และมีความทุกข์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.33

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม แนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี สามารถสรุปการวิจัย อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชนอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ เฉพาะดังนี้

1.1.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

1.1.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังเฉียบพลัน โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยมีระยะเวลาในการดำเนินโรคน้อยกว่า 12 เดือน และมีภูมิลำเนาอยู่ใน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี (รายงานสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอปากเกร็ด, 2562) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตลาดเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

1.2.2 เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ มี 2 ชนิด ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์จากทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1996) โดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 วิธี ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การชักจูงโดยใช้คำพูด และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยใช้กิจกรรมกลุ่มร่วมกัน 9 ครั้ง มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีทุกซ์ระดับปานกลาง 10 ครอบครัว กับทีมพระอาสา ศิลานธรรม มีการติดตามเยี่ยมของ อสม. รวม 8 ครั้ง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 4 วิธี ใช้เครื่องมือในการทำกิจกรรมดังนี้

(1) **ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ** มีกิจกรรม 9 กิจกรรมดังนี้

ก. **การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง** เครื่องมือประกอบด้วย การใช้สื่อเพาเวอร์พอยท์ (power point) วิดีทัศน์ประกอบเสียงเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และแผนการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยสถานการณ์การเกิดโรค ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเกิดโรค พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงอาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ นอกจากนั้นยังมีการให้ความรู้กับกลุ่มทดลองโดยแสดงชุดนิทรรศการความรู้ Roll Up เรื่อง “โรคหลอดเลือดสมอง” จำนวน 6 ชุด ตั้งแสดงตลอดระยะเวลาในการอบรม พร้อมทั้งมีคู่มือการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง สติกเกอร์ FAST Check สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 1669 เพื่อให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้และเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น

ข. **การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** มีกิจกรรมย่อยดังนี้

ก) **พัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับประทานอาหารและยา** เครื่องมือประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง “การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” วิดีทัศน์ประกอบเสียง สื่อเพาเวอร์พอยท์ (power point) ที่มีรายละเอียดของอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โมเดลอาหาร ชุดนิทรรศการความรู้ Roll Up เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่แสดงธงอาหารลดหวาน มัน เค็ม สัดส่วนอาหารที่รับประทาน ตัวอย่างแบบบันทึกการวางแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อวัน การรับประทานอาหาร ตัวอย่างอาหารเสริมที่เสริมฤทธิ์กับยาต้านเกล็ดเลือดที่ไม่ควรรับประทาน ตัวอย่างยาที่ใช้บ่อย อาการข้างเคียงของยาที่ควรระวัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ตัวแบบด้านบวกในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ผู้สาคิตและฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานอาหารและยา ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

ข) พัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการขับถ่าย เครื่องมือประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการขับถ่าย และคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สื่อเพาเวอร์พอยท์ (power point) ผู้สาคิตและฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการขับถ่าย ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

ค) พัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการบริหารร่างกายซีกอ่อนแรง (9 ท่า) และบริหารกล้ามเนื้อในการกลืน (11 ท่า) โดยตัวผู้ป่วยเอง เครื่องมือประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง ทักษะการบริหารร่างกายซีกอ่อนแรง (9 ท่า) และบริหารกล้ามเนื้อในการกลืน (11 ท่า) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สื่อเพาเวอร์พอยท์ (power point) ชุดนิทรรศการความรู้ Roll Up ผู้สาคิตและฝึกทักษะการฟื้นฟูด้านการบริหารร่างกายด้านอ่อนแรงเป็นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย และนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลปากเกร็ด (ทีม คป.สอ.ปากเกร็ด)

ง) พัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เครื่องมือประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สื่อเพาเวอร์พอยท์ (power point) ชุดนิทรรศการความรู้ Roll Up เรื่องภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้สาคิตและฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

จ) พัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน เครื่องมือประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การใส่-ถอดเสื้อผ้า หวีผม การรับประทานอาหารด้วยตัวเอง การจัดท่านอนหงาย นอนตะแคง การลุกขึ้นนั่งจากท่านอนหงาย การเดินโดยใช้ไม้เท้า การขึ้นลงบันได เป็นต้น ผู้สาคิตและฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

ฉ) พัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล มี 3 ด้าน คือ การบริหารร่างกายซีกอ่อนแรง การนวดผ่อนคลาย และการประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร โดยการบริหารร่างกายซีกอ่อนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง ทักษะการบริหารร่างกายซีกอ่อนแรงโดยผู้ดูแล (10 ท่า) คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล เช่น ท่าแรก คือ การบริหารข้อไหล่ ในท่ายกแขนผู้ป่วยขึ้น

และลง จนถึงท่าที่ 10 การกระดกข้อเท้าและการยืดเอ็นร้อยหวาย เป็นต้น ผู้สาธิตและฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการบริหารร่างกายซีกอ่อนแรงของผู้ดูแล ได้แก่ ผู้วิจัย และนักกายภาพบำบัด การสาธิตและฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในการนวดผ่อนคลาย การทำลูกประคบสมุนไพร และการประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร เครื่องมือประกอบด้วย สื่อเพาเวอร์พ้อยท์ คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เรื่อง การนวดผ่อนคลายที่บ้านสำหรับผู้ดูแล อุปกรณ์การทำสมุนไพรประคบสมุนไพร ผู้สาธิตและฝึกทักษะ เรื่องการนวดผ่อนคลายและการประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร ได้แก่ แพทย์แผนไทยประจำของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่

ช) พัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการจัดการความทุกข์ เป็นการบรรยายเรื่อง การจัดการความทุกข์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิทยากรคือ พระมหาถาวร ถาวโร และกลุ่มพระอาสาชานธรรม จากวัดชลประทานรังสฤษฎ์ การแบ่งกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย เพื่อสำรวจทุกข์ตนเองทั้งกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มผู้ดูแล ให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุของทุกข์ในจิตใจ ใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแนวพุทธจิตวิทยาบูรณาการในการปฏิบัติ เพื่อการดับทุกข์ โดยทำกิจกรรมคลายทุกข์ กิจกรรมเติมสุขและสงบใจ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ สื่อเพาเวอร์พ้อยท์ กระดาษคลิปข่าว ปากกาเมจิก การบรรยายเรื่อง “กระบวนการจัดการความทุกข์” กิจกรรมสำรวจทุกข์ กิจกรรมคลายทุกข์ กิจกรรมย่อยเติมสุขและสงบใจ นำเสนอตัวแบบด้านบวกในการจัดการความทุกข์ รวมทั้งปรอทวัดทุกข์ (Distress thermometer) หรือแบบประเมินความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเยียวยาด้านจิตใจ กลุ่มพระชานธรรมจะให้ข้อคิด และน้อมนำจิตที่ดี ให้กลุ่มทดลองฝึกนำไปปฏิบัติที่บ้าน และฝึกการนั่งสมาธิ

หลังจากการเข้ากลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อยแล้ว กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ในรายที่มีความทุกข์จากการให้คำปรึกษาแล้ว พระอาสาชานธรรมเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่จะออกเยี่ยมวันอาทิตย์เนื่องด้วยว่า ครอบครัวส่วนใหญ่อยู่บ้าน การเยี่ยมมีขั้นตอน คือ ผู้วิจัยจะถวายนางานเรื่องโรคของผู้ป่วย และสิ่งที่พบในปัญหาต่าง ๆ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากศูนย์การแพทย์ปัญญานันทะภิกขุโรงพยาบาลชลประทาน ก็จะถวายนางานเรื่องความเป็นไปของโรค การดูแลทางกาย การรักษาด้วยยา หลังจากนั้นก็เข้าสู่กระบวนการเยี่ยมโดยพระอาจารย์แนะนำตัวท่านเองพร้อมทีม วัตถุประสงค์เพื่อช่วยดูแลทางด้านจิตใจ ชวนผู้ป่วยและญาติพูดคุยความในใจที่ไม่ได้คุยกัน ในครอบครัว โดยแยกคุยก่อนระหว่างผู้ป่วยและญาติโดยพระอิกองค์ที่ไปด้วย ส่วนใหญ่พระอาจารย์จะถวายนางานเรื่องความรู้สึก “รู้สึกอย่างไรเมื่อเป็นผู้ป่วย อยากบอกอะไรคนดูแลไหม” คำตอบสัก ๆ ที่พบหลาย ๆ บ้านที่เยี่ยมจะบอก “สงสารเห็นใจคนดูแลมาก เขาต้องมาช่วยหาของให้กินบ้าง เขาต้องมาช่วยทำให้ฉันเกือบทุกเรื่อง” ท่านจะถามทุกคนในบ้านที่อยู่เรื่องความรู้สึก ให้เปิดใจกัน สิ่งที่ได้คือการได้พูดความในใจเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเข้าใจกัน การดูแลกันมีมากขึ้น การเยี่ยมครั้งที่ 2 ก็จะ

เหมือนครั้งแรก แต่มีเพิ่มเติม การนำสิ่งของที่จำเป็นไปให้ด้วย เช่น ของกินของใช้ ไปพบเจอบ้านที่มีเด็กและขาดแคลนก็จะมีน้ำผง เสื้อผ้า ขาวสาร อาหารแห้งที่จำเป็นแม้กระทั่ง ผ้าขาวม้า ผ้าถุง ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ สิ่งเหล่านี้ทีมผู้ไปเยี่ยมด้วย เกิดความปลื้มปิติ สุขใจไปด้วยกัน ชั้นสุดท้ายก่อนกลับท่านก็สวดมนต์ ให้พร และแม่เมตตา ทั้งผู้ป่วยผู้ดูแล มีสีหน้าสดใสขึ้น บางคนบอก “ไกลวัดไม่ไกลบุญ”

(2) *การใช้ตัวแบบ* เครื่องมือประกอบด้วย ตัวแบบด้านบวกในการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน ใช้ตัวแบบในชุมชนที่เป็นจิตอาสา ส่วนตัวแบบด้านลบใช้ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 2 คน

(3) *การชักจูงโดยใช้คำพูด* เครื่องมือประกอบด้วย ผู้พูดให้กำลังใจ/ชมเชย เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติได้ตามเป้าหมายได้แก่ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แบบบันทึกข้อมูลในการรับประทานยา การบริหารร่างกายของผู้ป่วย การนวดและประคบสมุนไพรของผู้ดูแล การประกาศเกียรติคุณและยกย่องให้เป็นบุคคลต้นแบบ โดยมีรางวัลรายบุคคลสำหรับผู้ที่เป็บุคคลต้นแบบ ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยในการรับประทานอาหาร ช้อนเสริมด้าม แก้วมีหู แผ่นยางกันลื่นรองจาน อุปกรณ์ช่วยเดินไม้สามขา และไม้ถูหลังมีด้ามสำหรับอาบน้ำ

การสร้างเครือข่ายทางสังคม เช่น กลุ่มแกนนำสตรีศรี เครื่องมือประกอบด้วย อ.ส.ม. ซึ่งต้องเข้าเยี่ยมบ้านพร้อมแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อ.ส.ม. การสร้างเครือข่ายทางสังคม เช่น กลุ่มเพื่อนสตรีศรี มีแกนนำสตรีศรี ซึ่งแกนนำสตรีศรี คือ กลุ่มบุคคลที่ลาออกจากราชการ/เกษียณอายุราชการและมีเงินที่เป็นบำนาญ มีประสบการณ์การดูแลบุคคลในครอบครัวสามารถช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ในชุมชน ตำบลบ้านใหม่ และมีจิตอาสาช่วยเหลือคนในชุมชนที่ป่วย เป็นต้น มีบทบาท ในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังอื่น เช่น พาผู้ป่วยไปหาหมอแทนญาติ การช่วยบริหารร่างกาย นวดประคบ เมื่อญาติไม่สะดวกอยู่กับผู้ป่วย การเข้าไปช่วยพูดคุยกับผู้ป่วยให้กำลังใจผู้ป่วย ชวนทำกิจกรรมง่าย ๆ เช่น บางคนฝึกพับใบเตย เป็นช่อดอกไม้ พับเหรียญไว้โปรยทานงานบุญ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยผู้ดูแลมีกิจกรรมเพลิดเพลิน มีความสุข กลุ่มแกนนำสตรีศรีได้รับการอบรมอาสาสมัครครอบครัว (อสค.) กิจกรรมอีกอย่างคือ สร้างกลุ่มไลน์ มีเครื่องมือคือ โทรศัพท์มือถือสำหรับทำไลน์กลุ่มในผู้ที่เกี่ยวข้อง (ผู้ป่วย ผู้ดูแล กลุ่มแกนนำสตรีศรี และบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในไลน์กลุ่มเพื่อนสตรีศรี มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่าน จากศูนย์การแพทย์ปัญญานันทะภิกขุ ชลประทาน ช่วยให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นคลิปวิดีโอ ที่พูดเองบ้าง เป็นวิดีโอจากสื่อที่น่าเชื่อถือได้ มีเภสัชกรจากโรงพยาบาลปากเกร็ด แนะนำการใช้ยา แพทย์แผนไทยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ ช่วยแนะนำเรื่องการนวดและประคบสมุนไพร การมีไลน์เพื่อนสตรีศรีได้มีสมาชิกเพิ่มมากขึ้น สมาชิก

เกิดการเรียนรู้ ในกลุ่มมีกติกา เพื่อให้เกิดเป็นระเบียบ คือไม่ลงการเมือง ไม่สวัสดีทุกเช้า ไม่ส่งดอกไม้ เป็นต้น ปัจจุบันมี 51 คน)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบวัด แบบประเมิน เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก อุปกรณ์วัดส่วนสูง และสายวัดรอบเอว ดังนี้

(1) แบบสอบถามเรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 2 พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 3 ความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี 7 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหารและน้ำ ด้านการรับประทานยา ด้านการขับถ่าย ด้านการฟื้นฟูสภาพ ด้านการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการจัดการความทุกข์ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96 และได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 เท่ากับ .99 และ .98 ตามลำดับ

(2) แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 1) ชื่อนามสกุลของผู้ป่วย 2) การวินิจฉัยโรค: ระบุว่า หลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือหลอดเลือดสมองแตก และ 3) ด้านที่อ่อนแรง: ระบุว่า ซีกซ้ายหรือซีกขวา ส่วนแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งมีกิจกรรมที่ประเมินรวม 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเคลื่อนที่ การแต่งตัว การอาบน้ำ การทำความสะอาดสุขวิทยาส่วนบุคคล (การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม) การใช้ห้องส้วมหรือกระโถน การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ มีคะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนมากหมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก หากคะแนน 0-4 คะแนน เป็นผู้ป่วยติดเตียง คะแนน 5-11 เป็นผู้ป่วยติดบ้าน และคะแนน 12-20 เป็นผู้ป่วยติดสังคม

(3) แบบประเมิน STREAM (การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) ประกอบด้วย การประเมิน 30 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินการเคลื่อนไหวของแขน จำนวน 10 ข้อ การประเมินการเคลื่อนไหวของขา จำนวน 10 ข้อ การประเมินการเคลื่อนไหวพื้นฐาน จำนวน 10 ข้อ ซึ่งทำเริ่มต้นที่ใช้ในการประเมินคือท่านอนหงาย ตามด้วยท่านั่ง ทำยืน และทำเดิน คะแนนเต็ม 70

(4) เครื่องวัดความดันโลหิต วัดระดับความดันโลหิตโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตระบบอัตโนมัติ (Automatic Blood Pressure Monitor) รุ่น Ye660c ได้ผ่านการสอบเทียบมาตรฐานจากหน่วยงานชั้นสูตกร กระทรวงสาธารณสุข ปี 2562

(5) เครื่องชั่งน้ำหนัก ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคน โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล รุ่น HKES -0100A ที่ผ่านการสอบเทียบมาตรฐาน ปี 2562 จากหน่วยงานชั้นสูตกร กระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยวัดเป็นกิโลกรัม ซึ่งใช้เครื่องเดิมทุกครั้งในการชั่งน้ำหนัก โดยผู้วิจัยได้อ่านค่าเป็นเลขจำนวนเต็มและทศนิยม 2 ตำแหน่ง

(6) อุปกรณ์วัดส่วนสูง วัดส่วนสูงกลุ่มทดลองโดยใช้อุปกรณ์สำหรับวัดส่วนสูง มีหน่วยวัดเป็นเซนติเมตร โดยผู้วิจัยเป็นผู้วัดและเป็นที่วัดส่วนสูงอันเดียวกันทุกครั้ง อ่านค่าเป็นเลขจำนวนเต็ม

(7) สายวัดรอบเอว วัดรอบเอวกลุ่มทดลอง โดยใช้สายวัดรอบเอว มีหน่วยวัดเป็นเซนติเมตร โดยผู้วิจัยเป็นผู้วัดและใช้สายวัดเส้นเดียวกันทุกครั้ง อ่านค่าเป็นเลขจำนวนเต็ม

1.2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) การทดสอบทีชนิดคู่ (Paired t-test) การทดสอบวิลคอกซันซายด์แรนจ์ (Wilcoxon Signed Ranks Test) และสถิติการทดสอบทีชนิดอิสระ (Independent t-test) และสถิติการทดสอบแมนวิทนียู (Mann-Whitney U test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบตัวแปรที่ทำการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย**ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล** เพศ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 เท่ากัน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 67.50 ปี และ 65.20 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 63.33 ตามลำดับ **สถานภาพสมรส** ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.33 และร้อยละ 73.33 ตามลำดับ **ศาสนา** กลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนาพุทธ **ระดับการศึกษา** ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33.33 และร้อยละ 40.00 ตามลำดับ **อาชีพ** ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 43.33 และร้อยละ 53.33 ตามลำดับ **รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน** กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 15,843.33 บาท และ 13,746.67 บาท ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 26.67 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย

ของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.00 ความพอเพียงของรายได้ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 60.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 46.67 บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัย ร้อยละ 53.33 เท่ากัน **สภาพร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพ** ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ **สภาพร่างกายเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ใบหน้า** ส่วนใหญ่มีปากขวาทก ร้อยละ 43.34 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ **ลำตัว** ส่วนใหญ่มีภาวะลำตัวซีกขวาอ่อนแรง ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 53.33 ตามลำดับ **การสื่อสาร** ส่วนใหญ่พูดปกติ ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ **การฟัง** ปกติ ร้อยละ 93.33 และร้อยละ 96.67 ตามลำดับ **การกลืนปกติ** ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 96.67 ตามลำดับ **การมองเห็น** ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ **การขับถ่ายปัสสาวะ** ส่วนใหญ่กลั้นปัสสาวะได้ ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 73.33 ตามลำดับ **การขับถ่ายอุจจาระ** ส่วนใหญ่ถ่ายอุจจาระปกติ ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 76.66 ตามลำดับ **โรคประจำตัว** ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 46.66 และร้อยละ 53.34 ตามลำดับ **ยารักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับ** ทุกคนได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง และส่วนใหญ่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ **การรับประทานยาตามแผนการรักษา** กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มรับประทานยาอย่างต่อเนื่องทุกชนิด **การไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตามนัด** ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตรงตามนัด ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ **การบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงด้วยตนเอง** ส่วนใหญ่ไม่บริหารและบริหารไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 80.00 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ **การบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงโดยผู้ดูแล** ส่วนใหญ่ไม่บริหารและบริหารให้ผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ **การออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นในปัจจุบัน** ร้อยละ 56.67 และร้อยละ 50.00 ไม่ออกกำลังกายที่เหลือส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 23.33 และร้อยละ 33.34 ตามลำดับ โดยทุกคนออกกำลังกายด้วยการเดิน ระยะเวลาในการออกกำลังกายเฉลี่ยวันละ 44.60 นาที และ 45.33 นาที ตามลำดับ **การสูบบุหรี่ก่อนมีอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต** ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 76.67 และร้อยละ 83.33 ตามลำดับ **การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมีอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต** ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 73.33 เท่ากัน **สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน** บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพื้นในตัวบ้านลื่น ร้อยละ 16.67 และร้อยละ 20.00 ตามลำดับ พื้นมีหลายระดับ ร้อยละ 23.33 และร้อยละ 16.67 ตามลำดับ ทุกบ้านที่มีชั้นบันไดไม่ได้ทำทางลาดเอียง บ้านของกลุ่มทดลองบันไดมีราวเกาะเพียงร้อยละ 28.57 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบทุกบ้านบันไดไม่มีราวเกาะ มีเตียงนอน ร้อยละ 56.67 และร้อยละ 43.33 ตามลำดับ โดยเตียงนอนสูงจากพื้นเฉลี่ย 43.90 เซนติเมตร และ 51.00 เซนติเมตร ตามลำดับ **ห้องน้ำในบ้านมีโถส้วมแบบชักโครก** ร้อยละ 86.67

และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ มีอาการง่วงนอน ร้อยละ 46.67 และร้อยละ 16.67 ตามลำดับ มีราวเกาะรอบผนังห้องน้ำ ร้อยละ 36.67 และร้อยละ 33.33 ตามลำดับ มีแผ่นยางกันลื่นที่พื้น ร้อยละ 43.33 และ ร้อยละ 50.00 ตามลำดับ มีฝักบัวที่ใช่มือถือได้ ร้อยละ 83.33 เท่ากัน มีฟองน้ำถูตัวที่มีด้ามยาว ร้อยละ 26.67 และร้อยละ 13.33 ตามลำดับ และมีแสงสว่างเพียงพอทุกบ้าน

1.3.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ผู้ดูแลของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมี **คุณลักษณะส่วนบุคคลคล้ายคลึงกัน** ได้แก่ เพศ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 และ ร้อยละ 90.00 ตามลำดับ อายุ พบว่า ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 51.63 ปี และ 50.13 ปี ตามลำดับ ผู้ดูแลกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 36.67 ส่วนผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 39 ปี ร้อยละ 30.01 *สถานภาพสมรส* พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ *ศาสนา* ผู้ดูแลส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีผู้ดูแลกลุ่มทดลองเพียงคนเดียวที่นับถือศาสนาคริสต์ *ระดับการศึกษา* พบว่า ผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.33 และร้อยละ 50.00 ตามลำดับ *อาชีพ* พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 56.66 และร้อยละ 73.33 ตามลำดับ *รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน* พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 15,570.00 บาท และ 14,616.67 บาท ตามลำดับ โดยผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 10,000-19,999 บาท ร้อยละ 43.33 และร้อยละ 63.33 ตามลำดับ *ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย* พบว่า ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยมานานเฉลี่ย 5.47 เดือน และ 6.40 เดือน ตามลำดับ ส่วนใหญ่ดูแลมานานระหว่าง 5-8 เดือน ร้อยละ 53.33 และร้อยละ 43.33 ตามลำดับ *ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย* พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา/บุตร ร้อยละ 66.66 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ *โรคประจำตัว* พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 70.00 ตามลำดับ *การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ* ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดเตรียมอาหารและการรับประทานอาหาร ร้อยละ 86.67 และร้อยละ 100.00 ตามลำดับ รองลงมาเป็นการช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 83.33 ตามลำดับ และช่วยเหลือในการจัดเตรียมยาและการรับประทานยา ร้อยละ 53.33 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ

1.3.3 ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ผลการเปรียบเทียบ พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ พฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมมีคะแนนสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 *ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน* สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 *การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว* มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .001 และหลังใช้โปรแกรมฯ มีความทุกข์น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

1.3.4 ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังใช้โปรแกรมฯ ผลการเปรียบเทียบพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ มีค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และหลังใช้โปรแกรมฯ ความทุกข์ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โดยสรุป พฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม หลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากและมากที่สุดถึงร้อยละ 80.00 มีเพียงร้อยละ 20.00 ที่อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 96.67 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 3.33 **ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน** พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับดีดั่งเดิม ร้อยละ 76.67 และระดับดีบ้าน ร้อยละ 23.33 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับดีบ้านร้อยละ 100 เช่นเดิม **การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว** พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองทุกคนมีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับมาก ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.67 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.33 **ระดับความทุกข์** พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความทุกข์ระดับน้อย ร้อยละ 90.00 และที่เหลือร้อยละ 10 มีความทุกข์อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีความทุกข์ในระดับน้อยเพียงร้อยละ 36.67 และมีความทุกข์ในระดับปานกลางร้อยละ 63.33

2. อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ภายหลังจากใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม หลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -4.295, p\text{-value} = .000$) ละสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -5.183, p\text{-value} = .000$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ เป็นเวลานาน 8 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมฯ มุ่งเน้นการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 วิธี ตามทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การชักจูงโดยใช้คำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยกิจกรรมในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

2.1.1 การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences)

เป็นการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าสามารถกระทำกิจกรรมใด ๆ ได้สำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่นและส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองสูงขึ้นโดยการให้ความรู้และฝึกให้มีทักษะอย่างเพียงพอ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติหรือเปลี่ยนพฤติกรรมตามประสบการณ์ที่ตนเองได้รับการฝึกฝนมา (Bandura, 1996) การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จประกอบด้วยกิจกรรม 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลหรือความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้กลุ่มทดลองรับฟังการบรรยายประกอบสื่อพาวเวอร์พอยท์ให้ชม วีดิทัศน์เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ให้กลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มวิเคราะห์วีดิทัศน์ และส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลที่ได้จากการวิเคราะห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยและกลุ่มทดลองอภิปรายร่วมกันเพื่อให้เข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุการเกิดโรค อาการของโรค และการรักษา 2) การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้หรือการกลับเป็นซ้ำอีกด้วยการนำเสนอตัวแบบด้านลบ โดยเชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำอีกจากการดื่มแอลกอฮอล์มาเป็นต้นแบบ และเล่าพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ที่ไม่ถูกต้อง หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองพูดคุยซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น

กันว่าในชุมชนมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรค ใครมีโอกาสเกิดโรคมากที่สุด โรคมีความรุนแรงเพียงใด ทำให้เสียชีวิตหรือไม่ พิกัดหรือไม่ โอกาสเกิดโรคซ้ำมากน้อยเพียงใด ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก ตีบ และอุดตัน มีแนวทางการดูแลเมื่อกลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้านหรือในชุมชนอย่างไร แล้วให้กลุ่มทดลองอภิปรายร่วมกัน เพื่อสรุปภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำ 3) *การสาธิตและฝึกทักษะในการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ* การสาธิตและฝึกทักษะในการดูแลตนเองด้านร่างกายได้แก่ การสาธิตและฝึกทักษะในการจัดทำให้อาหารที่เหมาะสม การบริหารข้อต่อและการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ การฝึกหัดการเคลื่อนไหวบนเตียงและฝึกหัดนั่ง การฝึกหัดยืนและเดิน การฝึกการทำกิจวัตรประจำวันที่สามารถทำได้ด้วยตนเองและมีผู้ดูแลช่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การถอด-ใส่เสื้อผ้า เป็นต้น โดยในการฟื้นฟูสภาพแต่ละด้านจะมีการบรรยายประกอบสไลด์พาวเวอร์พอยท์ (power point) และเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการสาธิต แจกคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำการสาธิตและฝึกทักษะโดยนักกายภาพบำบัด ทีมสหวิชาชีพ (ค.ป.ส.อ.) จากงานสุขภาพบูรณาการของอำเภอปากเกร็ด เจ้าหน้าที่การแพทย์แผนไทยประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอปากเกร็ด และผู้วิจัย จากนั้นแบ่งกลุ่มทดลองและผู้ดูแลเป็น 3 กลุ่ม สมาชิกในกลุ่มจับคู่กันเพื่อฝึกทักษะในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ การสาธิตและฝึกทักษะในการดูแลตนเองด้านจิตใจประกอบด้วย การให้ข้อมูลและฝึกทักษะในการจัดการความทุกข์ด้วยการให้รับฟังการบรรยายเรื่อง “การจัดการความทุกข์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและอริยสัจ 4” จากพระสงฆ์กลุ่มศิลาธรรมที่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลชลประทานคลายทุกข์มาแล้ว พร้อมทั้งนำเสนอตัวแบบด้านบวกในการจัดการความทุกข์และให้กลุ่มทดลองและผู้ดูแลแบ่งเป็นกลุ่มย่อยทำกิจกรรมสำรวจทุกข์และสาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์ จากนั้นพระสงฆ์กลุ่มศิลาธรรมใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มทดลองโดยให้ทำกิจกรรมคลายทุกข์ กิจกรรมเติมสุขและสงบใจ และพระสงฆ์กลุ่มศิลาธรรมทำการเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองที่มีความทุกข์ระดับปานกลางขึ้นไป รวม 10 ราย ๆ ละ 2 ครั้ง และ 4) *การสาธิตและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล* การวิจัยครั้งนี้ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ดูแลโดยใช้การบรรยายประกอบสไลด์พาวเวอร์พอยท์ (power point) มอบคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย การบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรง การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร นอกจากนี้ยังมีการสาธิตและฝึกทักษะผู้ดูแลในการบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงให้แก่ผู้ป่วยโดยผู้วิจัย ส่วนการนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การเตรียมลูกประคบสมุนไพรและการประคบด้านที่อ่อนแรงด้วยลูกประคบสมุนไพรสาธิตและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลโดยเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอปากเกร็ด 3 ท่าน โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 3 กลุ่ม ผู้ดูแลฝึกทักษะกับผู้ป่วยจริงที่มาร่วมกิจกรรม ซึ่งการสาธิตและฝึกทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการดูแล

ผู้ป่วยโดยผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่าง ๆ และสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเพียงพอที่จะฟื้นฟูสภาพให้กลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้เหมือนเดิม โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่กลับเป็นซ้ำอีก

2.1.2 การใช้ตัวแบบ (Modeling) เป็นการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะคล้ายตัวเองโดยใช้บุคคลอื่นเป็นตัวแบบ เมื่อเรียนรู้แล้วบุคคลก็จะเกิดความหวังต่อตนเองว่าจะได้รับผลเช่นเดียวกันหากปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ มีการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองจากการใช้ตัวแบบประกอบกิจกรรม 2 ประการ ได้แก่ 1) การนำเสนอตัวแบบด้านบวก มี 2 แบบ คือ (1) ตัวแบบด้านบวกจากผู้ป่วยในชุมชน โดยเชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในชุมชนที่สมัครใจมาเล่าประสบการณ์ ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเอง ในด้านการบริหารร่างกาย การเตรียมและการรับประทานอาหาร การรับประทานยาที่ถูกต้อง ตลอดจนการจัดการจัดการความเครียดหรือความทุกข์ใจจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป และไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยซักถาม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบด้านบวกว่ามีแนวปฏิบัติอย่างไรในการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพจากโรคหลอดเลือดสมองจนสามารถอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข หลังจากนั้นกลุ่มทดลองทำการหาข้อสรุปเกี่ยวกับแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้หลงเหลือความพิการน้อยที่สุดและร่างกายกลับมาสู่สภาพเดิมมากที่สุด และ (2) ตัวแบบด้านบวกจากกลุ่มทดลอง โดยนำเสนอตัวแบบด้านบวกจากกลุ่มทดลองที่บรรลุเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการประกาศให้เป็น “บุคคลต้นแบบ” และมอบรางวัลให้เพื่อเป็นกำลังใจในการดูแลตนเองต่อไป และ 2) การนำเสนอตัวแบบด้านลบ โดยเชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำอีกและผู้ดูแลที่สมัครใจมาเล่าประสบการณ์ ซึ่งผู้ป่วยมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรค การกลับไปดื่มสุรา เป็นต้น จนเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอีกและต้องกลับไปนอนโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยซักถาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตัวแบบด้านลบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดได้อย่างไร และผู้วิจัยสรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติและที่ควรหลีกเลี่ยงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้กลุ่มทดลองตระหนักในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้

2.1.3 การชักจูงโดยใช้คำพูด (Verbal persuasion) ผู้วิจัยใช้การชักจูงด้วยการพูดเพื่อให้กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ และให้กำลังใจว่าเขาสามารถทำสิ่งนั้นด้วยตนเองได้และ

พูดส่งเสริมให้เห็นประโยชน์ ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยพูดให้กำลังใจ/ชมเชยเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับและให้คำปรึกษาเมื่อวิเคราะห์ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ การรับประทานยา การบริหารร่างกาย ด้านอ่อนแรงและกล้ามเนื้อในการกลืนของผู้ป่วย รวมทั้งการบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรง การนวดผ่อนคลายและการประคบด้วยลูกประคบสมุนไพรของผู้ดูแล รวมทั้งการประกาศเกียรติคุณและมอบรางวัลแก่บุคคลต้นแบบ สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ไม้เท้าขาเดียว แผ่นยางรองจานกันลื่น ช้อนมีด้ามจับใหญ่หรือแก้วน้ำมีหู เป็นต้น

2.1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ผู้วิจัยใช้วิธีการกระตุ้นทางอารมณ์ที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้วยการทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ “กลุ่มแกนนำสโตรค” บทบาทของแกนนำเพื่อนสโตรคส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์จากการดูแลบุคคลในครอบครัวที่ป่วย ด้วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่ามาซึ่งโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นนานกว่า 1 ปี บุคคลกลุ่มนี้ได้รับความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จากการเป็นอาสาสมัครครอบครัว (อสค.) จึงมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นได้ในชุมชนตำบลบ้านใหม่ เช่น พาผู้ป่วยไปหาหมอตามนัดและรับยาพากลับมาส่งบ้าน ในรายที่ญาติผู้ป่วยไม่สะดวกพาไปหรือ มาช่วยบริหารร่างกาย นวดประคบ มาชวนผู้ป่วยพูดคุยเมื่อผู้ป่วยบางครั้งอยู่บ้านคนเดียว แกนนำสโตรค ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล และ อ.ส.ม ที่ดูแล และทีมสุขภาพ การเยี่ยมบ้านโดย อสม. พระสงฆ์กลุ่มศิลาธรรม และทีมสหวิชาชีพ

โดยสรุป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองในการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองทั้ง 4 วิธี ได้แก่ กิจกรรมเกี่ยวกับ *ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ* เป็นการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าสามารถกระทำกิจกรรมใด ๆ ได้สำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่นและส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น โดยการให้ข้อมูลหรือความรู้และฝึกให้มีทักษะอย่างเพียงพอ กิจกรรมเกี่ยวกับ *การใช้ตัวแบบ* ประกอบด้วย การนำเสนอตัวแบบด้านบวกจากในชุมชนและกลุ่มทดลองที่บรรลุเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค กิจกรรมเกี่ยวกับ *การชักจูงโดยใช้คำพูด* ประกอบด้วย การให้กำลังใจ/ชมเชยเมื่อกลุ่มทดลองและผู้ดูแลปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย และการให้ข้อมูลย้อนกลับจากการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจากแบบบันทึกต่าง ๆ รวมทั้งมีการประกาศเกียรติคุณและมอบรางวัลแก่บุคคลต้นแบบ ส่วนกิจกรรมเกี่ยวกับ *การกระตุ้นทางอารมณ์* ประกอบด้วยการสร้างเครือข่ายทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ “กลุ่มแกนนำสโตรค” เยี่ยมบ้านโดย อสม. พระสงฆ์กลุ่มศิลาธรรม และทีมสหวิชาชีพ และสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมหลังใช้

โปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบได้รับเพียงคำแนะนำในการดูแลตนเองจากบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ หรือโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิในพื้นที่เท่านั้น พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ จึงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับผลการศึกษาของภารดี เจริญทอง, วิไลวรรณ ทองเจริญ, นารินทร์ จิตรมนตรี, และวิชชุดา เจริญกิจการ (2558) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์สรีนทรเพื่อการพัฒนาฟื้นฟู มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของจุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ (2560) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ซึ่งเน้นการสร้างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำดีขึ้นจากระดับต่ำหรือปานกลางเป็นระดับมาก และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.2 การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว ($\bar{x} = 63.90$, S.D.= 1.668) มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\bar{x} = 55.70$, S.D.= 2.842) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -4.796$, $p\text{-value} = .000$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{x} = 59.60$, S.D.= 2.647) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -3.688$, $p\text{-value} = .000$) และพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง ($\bar{x} = 12.07$, S.D.= 0.868) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\bar{x} = 8.67$, S.D.= 1.124) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -4.357$, $p\text{-value} = .000$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{x} = 8.93$, S.D.= 1.112) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -6.611$, $p\text{-value} = .000$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ เป็นเวลานาน 8 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมฯ ได้มุ่งเน้นการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 วิธี ตามทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การชักจูงโดยใช้คำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ กลุ่มทดลองได้รับความรู้และการฝึกทักษะ

จากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง การดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การขับถ่าย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้และฝึกทักษะในการจัดทำนอน ทำนั่ง ทำลุกยืน การเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และการขึ้นลงบันได อีกทั้งยังมีการให้ความรู้และฝึกทักษะในการบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงด้วยตนเอง 9 ท่า การบริหารกล้ามเนื้อในการกลืน 11 ท่า ส่วนผู้ดูแลได้รับความรู้และฝึกทักษะในการบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงให้แก่กลุ่มทดลองรวม 10 ท่า ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลจะทำการบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงและกล้ามเนื้อในการกลืนทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยทำซ้ำท่าละ 10 ครั้ง ประกอบกับกิจกรรมในโปรแกรมยังมีการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลในการนวดผ่อนคลายและการประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร โดยผู้ดูแลจะนวดและประคบให้แก่กลุ่มทดลองวันละครั้ง ซึ่งการบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงด้วยตนเองและผู้ดูแลช่วยบริหารให้ทุกวันอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้กล้ามเนื้อมีกำลังมากขึ้น เนื่องจากเซลล์ประสาทสมองมีการปรับตัว (neural plasticity) มีการงอกกิ่งก้านสาขาแขนงประสาทเดนไดรต์ แอกลอน และเชื่อมต่อเพื่อสร้างเครือข่ายแขนงประสาทขึ้นใหม่ (synapse) ร่วมกับลดการยับยั้งการทำงานของเซลล์สมองบางส่วน (unmasking) ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและการทำงานของเซลล์สมอง กระบวนการปรับตัวของเซลล์สมองเกิดขึ้นต่อเนื่อง ใช้เวลานานเป็นเดือนถึงปี การเรียนรู้และฝึกฝนอย่างเต็มที่ที่จะช่วยให้กระบวนการนี้เกิดขึ้นได้ดีขึ้น (ดุจใจ ชัยวานิชศิริ และวสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล, 2553) การบริหารร่างกาย จะช่วยให้ระบบประสาทพื้นตัวและกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นด้วย นอกจากนี้การนวดผ่อนคลาย และการประคบด้วยลูกประคบสมุนไพรของผู้ดูแลยังช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว และกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ส่งผลให้ร่างกายมีสภาพพร้อมที่จะทรงตัว (วัฒนีย์ ปานจินดา และพุทธรธรณ ชูเชิด, 2559) การนวดช่วยเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และจะเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหากผู้ป่วยอัมพาตได้รับการฟื้นฟูด้วยกรรมวิธีทางแพทย์แผนไทย ทั้งการนวดไทยและการประคบสมุนไพร ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด โดยจะเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อส่วนบน (จิรายุชาติสุวรรณ, พระระวี เพียรผดุงรัชต์, อรุณพร อิฐรัตน์, และ ฌภัทร พานิชการ, 2560) ซึ่งการนวดไทย ร่วมกับการบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของมือ ข้อศอก และข้อไหล่ โดยการนวดไทยจะช่วยเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ ได้ ช่วยเพิ่มการรับรู้สัมผัสของรยางค์ส่วนบนและรยางค์ส่วนล่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การนวดไทยช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด (อรวรรณ พงศ์พานิช, 2549) และอุณหภูมิที่ผิวหนังเพิ่มมากขึ้น (Plakornkul et.al., 2016) เมื่อการไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้น การรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ ก็จะมีมากขึ้นด้วย ช่วยเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อและลดความปวดตามข้อต่าง ๆ และลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกระยะเริ่มต้น (จินตนา นันตี๊ะ, 2555) การนวดช่วยลดอาการปวดได้โดยลดระดับ substance P การนวดจะช่วยลดระดับความปวดได้ทั้งการปวดแบบฉับพลันและการปวดแบบเรื้อรัง

ทั้งยังช่วยในเรื่องการฟื้นฟูร่างกายด้วย (สุรัสวดี มรรควัลย์, วิชัย อิงพิณิจพงศ์, รุ่งทิพย์ พันธุ์เมธากุล, อุไรวรรณ ชัชวาลย์, ทกมล หารราชวงศ์, จุรีพร คำพันธ์, 2547) ส่วนการประคบสมุนไพรเป็นการใช้สมุนไพรมาห่อด้วยผ้าเป็นลูก นำลูกประคบไปนึ่งให้ร้อนแล้วนำมาประคบบริเวณด้านที่อ่อนแรง ซึ่งสมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบส่วนใหญ่เป็นสมุนไพรสดที่มีน้ำมันหอมระเหย เมื่อนึ่งร้อนแล้วน้ำมันหอมระเหยซึ่งเป็นตัวยาจะออกมากับไอน้ำและความชื้น เมื่อนำมาประคบ ตัวยาเหล่านั้นจะซึมเข้าในผิวหนัง ช่วยทำให้พังผืดยึดตัวออก ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้อาการปวดลดลง และลดการติดขัดของข้อต่อ นอกจากนี้ความร้อนจากลูกประคบจะช่วยกระตุ้นให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ช่วยให้ตัวยาซึมผ่านผิวหนังได้ดีขึ้น ทั้งกลิ่นจากน้ำมันหอมระเหยยังช่วยให้เกิดความสดชื่นด้วย (จิตรลดา คงคำ, 2555; มูลนิธิหมอชาวบ้านและโครงการฟื้นฟูการนวดไทย, 2535) ดังนั้นกิจกรรมในโปรแกรมฯ เกี่ยวกับการบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรง การนวดและการประคบด้วยลูกประคบสมุนไพรอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอทุกวัน จึงทำให้กลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบได้รับเพียงคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เท่านั้น ทำให้หลังใช้โปรแกรมฯ การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไม่เปลี่ยนแปลงแต่อย่างใด

สอดคล้องกับผลการศึกษาของเอื้ออารีย์ สืบเสาะดี, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และมุกดา หนูยศรี (2562) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มโดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นเวลา 3 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแลหลักและอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และอาศัยอยู่ในอำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกำลังกล้ามเนื้อซีกขวาและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่กำลังกล้ามเนื้อซีกซ้ายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ นพรัตน์ รุจิราษฎร์เรือง (2551) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการ สอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลหาดใหญ่ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ วาสนา มูลฐิ (2558) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ (Naylor, 2004) ซึ่งมุ่งเน้นให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การศึกษาของ ผุสดี ก่อเจติย์, ชัญญูชิตา วงษ์ท้าว, และปัทมณา เมืองไทยชัช (2562) ที่พบว่า หลังได้รับการนัดหมายไทยเป็นเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรีและจำหน่ายกลับบ้านไม่เกิน 1 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดสระบุรี มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนนัดหมายไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การศึกษาของ เสาวภา เต็ดขาด (2558) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาต และปฏิบัติธรรม วัดทุ่งบ่อแป้น อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง จำนวน 60 คน ซึ่งได้รับการรักษาทางเลือกโดยใช้การนวดประคบด้วยใบพลับพลึง การทำกายภาพด้วยการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ การประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพรหนึ่ง การแช่น้ำสมุนไพรหรือธาราบำบัด การเคลื่อนไหวข้อในน้ำ และการออกกำลังกายด้วยเครื่องมือที่หลากหลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในการวัดแรกรับเข้าศึกษา หลังศึกษา 1 เดือน และ 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลังรับการรักษา 1 เดือน เพิ่มขึ้นจากรับรักษา 1 เดือน และหลังรับการรักษา 3 เดือน เพิ่มขึ้นจากรับการรักษา 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษาของอังศุมาลิน พรจันทร์ท้าว, สมนึก สกุลหงส์โสภณ, และแสงทอง ธีระทองคำ (2561) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพข้อในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยญาติผู้ดูแล ซึ่งประยุกต์แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา เป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่พบความแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ค่าเฉลี่ยของอาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ด้านการกางออกและการงอของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่ในข้ออื่น ๆ และในกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) การศึกษาของ นพวรรณ ผ่องใส (2552) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นเวลาประมาณ 8 สัปดาห์ (จากวันที่รับไว้ในโรงพยาบาลจนถึงกลับบ้านไป 6 สัปดาห์) กลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรายุ ชาติสูวรรณ, พระระวี

เพียรผดุงรัชต์, อรุณพร อิฐรัตน์, และณภัทร พานิชการ (2560) ที่พบว่า ภายหลังจากนำกลุ่มทดลอง สองกลุ่ม ซึ่งเป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ กลุ่มแรกทำกายภาพบำบัดอย่าง เดียว กลุ่มที่สองทำกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทย รวม 11 ครั้ง และติดตามอาการในวันเริ่มการ ทดลอง วันที่ 15 และวันที่ 30 กลุ่มอาสาสมัครที่ได้รับการกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทยมีทักษะ ในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การทำงานของกล้ามเนื้อส่วนบน การรับรู้ความรู้สึกของรยางค์ ส่วนบนและรยางค์ส่วนล่าง พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ และ*ความปวดตามข้อ*ต่าง ๆ ดีกว่า/น้อยกว่า กลุ่มที่ทำกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การทำงานของ กล้ามเนื้อส่วนล่างและการทรงตัวของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 การจัดการความทุกข์ ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความทุกข์ ($\bar{x} = 1.10$, S.D.= 1.125) น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\bar{x} = 3.50$, S.D.= 2.529) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -4.141$, $p\text{-value} = .000$) และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{x} = 3.73$, S.D.= 0.828) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -5.982$, $p\text{-value} = .000$) หรือ หลังใช้ โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความทุกข์ระดับน้อยร้อยละ 90.00 และที่เหลือน้อยละ 10 มีความทุกข์อยู่ใน ระดับปานกลาง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีความทุกข์ในระดับน้อยเพียงร้อยละ 36.67 และมีความทุกข์ในระดับปานกลางร้อยละ 63.33 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ เป็นเวลานาน 8 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมฯ ได้มุ่งเน้นการจัดการ ความทุกข์โดยใช้หลักการดับทุกข์ตามแนวทางอริยสัจ 4 ของพุทธศาสนา เพื่อให้กลุ่มทดลองคลาย ความทุกข์ลง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สาเหตุของความทุกข์ก่อนใช้โปรแกรมฯ ที่พบมากที่สุด ได้แก่ มี อาการปวดตามอวัยวะต่าง ๆ (ร้อยละ 56.67) รองลงมาเป็นปัญหาด้านการเงินและค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 53.33) การนอนหลับ (ร้อยละ 46.67) และมีความกังวลใจกับความเจ็บป่วย (ร้อยละ 40.00) ประกอบกับ การสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มทดลองที่มีความทุกข์ปานกลางขึ้นไป (มีความทุกข์ตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10 ทุกข์แสนสาหัส) 3 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกข์ใจมากเนื่องจาก สภาพร่างกายไม่แข็งแรงเหมือนเดิม เดินไม่ได้ ไม่มีแรงเดิน ไปไหนก็ไม่ได้ ต้องลาออกจากงานเพื่อมา รักษาตัว ทำให้ขาดรายได้มาเลี้ยงครอบครัว รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว นอนไม่หลับ กลัว ว่าคู่ชีวิตจะทอดทิ้ง ท้อแท้ และอยากตาย เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองได้รับฟังการ บรรยายเกี่ยวกับความทุกข์และการดับทุกข์ตามแนวทางอริยสัจ 4 ของพระพุทธองค์ กล่าวคือ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย พัลตพราภ เป็นธรรมดาของชีวิต ความทุกข์ใจเกิดจากความปรารถนาที่ไม่สมปรารถนา ทั้งที่ชอบและไม่ชอบ การพิจารณาอยู่เป็นประจำจะทำให้เกิดการยอมรับด้วยใจของตนเองว่า เราจะ ต้องแก่ เจ็บ ตาย พัลตพราภ และทุกคนมีกรรมเป็นของตน เมื่อมีสิ่งใดเกิดขึ้นกับตนเอง ก็สามารถมี สติกลับมาสู่ตนเองได้ไวขึ้น และสามารถปล่อยวางความทุกข์ที่เข้าไปยึดถือได้ การให้การปรึกษา แนวพุทธเริ่มจากการสร้างพื้นว่างในใจของผู้ให้การปรึกษาเพื่อเป็นเครื่องมือรับรู้และเข้าใจตามความ

เป็นจริง และเชื่อมสมานกับผู้รับการปรึกษาหรือผู้ป่วยให้เป็นหนึ่งเดียวกัน จากนั้นจึงชวนเข้าไปหาสาเหตุแห่งปัญหาที่ทำให้เกิดทุกข์ จนพบและเข้าใจตามความเป็นจริง พร้อมยอมรับและเผชิญด้วยใจที่สงบ (พระมหาสุเทพ สุทธิญาโณ, 2562) ในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อกลุ่มทดลองและผู้ดูแลรับฟังการบรรยายเกี่ยวกับความทุกข์และการดับทุกข์แล้ว พระอาสากรุ่มคิลานธรรมได้มอบหมายให้ทำกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อสำรวจทุกข์และหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์ จากนั้นพระอาสากรุ่มคิลานธรรมใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มทดลองโดยให้ทำกิจกรรมคล้ายทุกข์ กิจกรรมเติมสุขและสงบใจ หรือใช้หลักการ “ค้นหาทุกข์ คลายทุกข์ เติมสุข สงบใจ” พร้อมทั้งแจกวิทยุเทปธรรมะสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้กลุ่มทดลองนำไปฟังที่บ้าน และเน้นให้กลุ่มทดลองเจริญสติภาวนาก่อนทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันทุกวันจนเป็นนิสัย และพระอาสากรุ่มคิลานธรรมทำการเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองที่มีความทุกข์ระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มี 10 คน โดยเยี่ยมบ้านคนละ 2 ครั้ง หลังจากการเข้ากลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อยแล้ว กิจกรรมเยี่ยมบ้านในรายที่มีความทุกข์จากการให้คำปรึกษาแล้ว พระอาสากรุ่มคิลานธรรมเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่จะออกเยี่ยมวันอาทิตย์เนื่องด้วยว่า ครอบครัวส่วนใหญ่อยู่บ้าน การเยี่ยมมีขั้นตอน คือ ผู้วิจัยจะถวายนางานเรื่องโรคของผู้ป่วย และสิ่งที่พบในปัญหาต่าง ๆ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากศูนย์การแพทย์ปัญญานันทะภิกขุโรงพยาบาลชลประทานก็จะถวายนางานเรื่องความเป็นไปของโรค การดูแลทางกาย การรักษาด้วยยา หลังจากนั้นก็เข้าสู่กระบวนการเยี่ยมโดยพระอาจารย์แนะนำตัวท่านเองพร้อมทีม วัตถุประสงค์เพื่อช่วยดูแลทางด้านจิตใจ ชวนผู้ป่วยและญาติพูดคุยความในใจที่ไม่ได้คุยกัน ครอบครัว โดยแยกคุยก่อนระหว่างผู้ป่วยและญาติโดยพระอีกองค์ที่ไปด้วย ส่วนใหญ่พระอาจารย์จะถามนำเรื่องความรู้สึก “รู้สึกอย่างไรเมื่อเป็นผู้ป่วย อยากบอกอะไรคนดูแลไหม” คำตอบสั้น ๆ ที่พบหลาย ๆ บ้านที่เยี่ยมจะบอก “สงสารเห็นใจคนดูแลมาก เขาต้องมาช่วยหาของให้กินบ้าง เขาต้องมาช่วยทำให้ฉันเกือบทุกเรื่อง” ท่านจะถามทุกคนในบ้านที่อยู่เรื่องความรู้สึก ให้เปิดใจกัน สิ่งที่ได้คือการได้พูดความในใจเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเข้าใจกัน การดูแลกันมีมากขึ้น การเยี่ยมครั้งที่ 2 ก็จะเหมือนครั้งแรก แต่มีเพิ่มเติม การนำสิ่งของที่จำเป็นไปให้ด้วย เช่น ของกินของใช้ ไปพบเจอบ้านที่มีเด็กและขาดแคลนก็จะมึนนำผง เสื้อผ้า ข้าวสาร อาหารแห้งที่จำเป็น แม้กระทั่ง ผ้าขาวม้า ผ้าถุง ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ สิ่งเหล่านี้ทีมผู้ไปเยี่ยมด้วย เกิดความปลื้มปิติสุขใจไปด้วยกัน ขั้นสุดท้ายก่อนกลับท่านก็สวดมนต์ ให้พร และแผ่เมตตา ทั้งผู้ป่วยผู้ดูแล มีสีหน้าสดใสนั่น บางคนบอก “ไกลวัดไม่ไกลบุญ”

หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองจึงมีความทุกข์น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับ การเยี่ยมบ้านโดยพระสงฆ์กรุ่มคิลานธรรมซึ่งพบว่า ความคิดของผู้ป่วยเปลี่ยนไป โดยคิดว่า การเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญ ความกลัวหายไป มีกำลังใจจากคนใกล้ชิดมากขึ้น มีสติและสมาธิจากการสวดมนต์และการทำสมาธิตามที่พระสงฆ์กรุ่มคิลานธรรมสอนไว้ ทำให้คิดได้ว่า

เมื่อถึงเวลาที่ต้องเจ็บป่วย ถ้าดูแลตัวเองดีก็จะดีขึ้น หลังจากผู้ดูแลช่วยนวดและประคบด้วยลูกประคบสมุนไพรให้ทุกวัน ทำให้แขนขาปวดน้อยลง ทำกิจวัตรประจำวันได้เองมากขึ้น ใช้ไม้สามขาพยุงแทนวอล์กเกอร์ นอนหลับได้ รับประทานอาหารได้มากขึ้นและมีกำลังใจดีขึ้น โดยหลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความทุกข์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุขตามระบบปกติเท่านั้น ระดับความทุกข์หลังใช้โปรแกรมฯ จึงไม่เปลี่ยนแปลงแต่อย่างใด

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุ่งนภา เดชะกิจโกศล (2552) ที่ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 11 และตึกศรีสังวาลชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศิริราชที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ก่อนป่วยประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 25) มีระยะเวลาการเป็นโรค 24 สัปดาห์ขึ้นไป (ร้อยละ 67) มีโรคประจำตัวโดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมมากที่สุด (ร้อยละ 92) ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86 กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 แบบ คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ การจัดการกับปัญหาทางอ้อม แต่แบบที่กลุ่มตัวอย่างใช้มาก คือ วิธีการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (ร้อยละ 65) การศึกษาของ วัฒนีย์ ปานจินดา และพุทธวรรณ ชูเชิด (2559) ที่ศึกษาการดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการฟื้นฟูสภาพ ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพอัมพฤกษ์-อัมพาต และปฏิบัติธรรมวัดทุ่งบ่อเป็นจังหวัดลำปาง ซึ่งผู้ป่วยนอนพักที่วัดและมีญาติให้การดูแล เก็บข้อมูลด้วยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เจาะลึก ผลการศึกษาพบว่า วัดทุ่งบ่อเป็นดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมโดยการฟื้นฟูสภาพตามแนวแพทย์แผนปัจจุบัน การดูแลของบุคคลในครอบครัวหรือญาติ การเยี่ยมตรวจรายวันของพยาบาล การฟื้นฟูสภาพด้านภูมิปัญญาไทย การสร้างบรรยากาศและจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยรับรู้ต่อวิธีการดูแลแบบองค์รวมว่า การเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เริ่มเห็นผลหลังจากผู้ป่วยเข้ามาบำบัดฟื้นฟูที่ศูนย์เป็นระยะเวลา 1 เดือนขึ้นไป ทั้งด้านการสื่อสารและการช่วยเหลือตนเอง การได้สวดมนต์และปฏิบัติธรรมประกอบกับบรรยากาศที่เป็นธรรมชาติช่วยให้จิตที่ยังดิ้นรนระส่ำระสาย ลดการปรุงแต่ง สงบและเข้มแข็งมากขึ้น การศึกษาของพระเทพสุวรรณเมธี และสุพิชฌาย์ พรพิชฌรงค์ (2562) ที่ศึกษาเรื่อง พระจิตอาสาศานิตานธรรม: รูปแบบและกระบวนการเยียวยาใจผู้ป่วยด้วยธรรมะ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มพระจิตอาสาศานิตานธรรมเพื่อศึกษาหลักธรรมและคุณลักษณะของพระจิตอาสา พร้อมแนวทางการเยียวยาใจผู้ป่วยด้วยธรรมะ การสนทนากลุ่มย่อยเพื่อวิเคราะห์หลักธรรมตามพระพุทธศาสนา ทฤษฎีจิตวิทยาและกระบวนการ

การปรึกษาแนวพุทธ และสังเคราะห์เป็นกิจกรรมการเยียวยาใจผู้ป่วยด้วยธรรม รวมทั้งวิเคราะห์
 โครงการฝึกอบรมรูปแบบและกระบวนการเยียวยาใจด้วยธรรมะของพระจิตอาสาศิลาณธรรม ซึ่ง
 โครงการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 สัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้ทักษะและกระบวนการ
 เยียวยาใจผู้ป่วยและญาติ และสำรวจความปรารถนาในจิตใจของตนเอง) ระยะที่ 2 อบรมเชิงปฏิบัติการ
 เกี่ยวกับหลักพุทธธรรมและทักษะกระบวนการปรึกษาแนวพุทธในการเยียวยาใจผู้ป่วยและญาติ
 ตามพระธรรมวินัย ระยะที่ 3 ศึกษาดูงานและฝึกปฏิบัติการเยียวยาใจผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวม
 แนวพุทธ และระยะที่ 4 สัมมนาสรุปและประเมินผล โครงการ “เยียวยาใจด้วยธรรมะ” ผลการศึกษา
 พบว่า รูปแบบที่สร้างขึ้นสะท้อนความคิดและเป็นวิธีการที่ทำให้เกิดความเข้าใจว่า กระบวนการเยียวยา
 ใจผู้ป่วยด้วยธรรมะสามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาจิตวิญญาณของพระจิต
 อาสา ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจใหม่หรือความหมายบางอย่างในตัวเองขึ้นมา และสำหรับของผู้ป่วย
 ทำให้เห็นความหมายของความทุกข์ที่ตนเป็นอยู่ แนวทางการเยียวยาใจจะทำให้เกิดการ
 เปลี่ยนแปลงในจิตใจผู้ป่วยได้มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับวิธีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มาขอรับการปรึกษา
 ที่พระสงฆ์นำมาใช้ ซึ่งทักษะและเทคนิคดังกล่าวมีความสำคัญต่อกระบวนการเยียวยาใจเป็นอย่างมาก
 กระบวนการเยียวยาใจผู้ป่วยด้วยธรรมะ กลุ่มพระจิตอาสาศิลาณธรรมใช้กระบวนการจิตวิทยา
 ให้การปรึกษาแนวพุทธเพื่อช่วยแก้ปัญหาความทุกข์ใจ ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาภายในใจของผู้มาปรึกษา
 เช่น ความผิดหวัง ความเสียใจ ความวิตกกังวล ความกลัว เป็นต้น เป็นความทุกข์ใจที่หนัก ซึ่งเกิดจาก
 ความต้องการของตนมีความไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งกระบวนการนี้สามารถทำให้ผู้ป่วย
 คลี่คลายทุกข์ได้ด้วยตนเอง โดยตระหนักรู้ถึงความจริงของธรรมชาติของชีวิตตามแนวพุทธธรรม การ
 พัฒนาพระจิตอาสาเป็นพระจิตอาสาสำหรับผู้ป่วยที่มีความประสงค์เยียวยาใจด้วยธรรมะ จึงต้องมีผู้
 มีความเจริญทางปัญญาและมีภาวะแห่งความเป็นกัลยาณมิตรหรือสัมพันธ์ภาพอันเป็นส่วนสำคัญต่อ
 ผู้ป่วย มีประสบการณ์และความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในการนำหลักธรรมที่นำมาใช้ในการเยียวยาผู้ป่วยให้
 เข้าใจง่าย เกิดความสดชื่นร่าเริง มองเห็นถึงเป้าหมายของชีวิต และสุดท้ายสามารถแก้ความทุกข์ และ
 ปัญหาของตนเองได้

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หรือหลังใช้โปรแกรมฯ พฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากและมากที่สุดถึงร้อยละ 80.00 มีเพียงร้อยละ 20.00 ที่อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 96.67 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 3.33 ส่วนการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หรือหลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองทุกคนมีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับมาก ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.67 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.33 และยังพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หรือหลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับดีสังคม ร้อยละ 76.67 และระดับดีบ้าน ร้อยละ 23.33 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับดีบ้าน ร้อยละ 100.00 เช่นเดิม ส่วนด้านจิตใจ พบว่า ความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หรือหลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความทุกข์ระดับน้อย ร้อยละ 90.00 และที่เหลือร้อยละ 10.00 มีความทุกข์อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีความทุกข์ในระดับน้อยเพียงร้อยละ 36.67 และมีความทุกข์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.33 แสดงว่า โปรแกรมนี้ใช้ได้ผลดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลางหรือดีที่บ้านในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จึงควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปประยุกต์ใช้ในตำบลอื่น ๆ ของอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสมรรถภาพสามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุข แม้ศกยภาพจะลดลงจากเดิม

3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 เนื่องจากการศึกษานี้ใช้เวลาดำเนินการวิจัยเพียง 8 สัปดาห์ ซึ่งทำให้มีระยะเวลาในการทำกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูลค่อนข้างสั้น ประกอบกับระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละคนก็แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพในสมอง ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัยอย่างน้อย 3 เดือน และ

ศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาวโดยมีการประเมินผลเป็นระยะในช่วง 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อเปรียบเทียบความต่อเนื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต่อไป

3.2.2 เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ มีการใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มในการติดต่อสื่อสาร และแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านระยะหลังเฉียบพลันด้วยแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม

3.2.3 เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ พระจิตอาสาศีลานธรรมทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความทุกระดับปานกลางขึ้นไป และพบว่า ได้ผลดีในการลดระดับความทุกข์ของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบมากขึ้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยหรือติดเตียงทุกคน ซึ่งน่าจะมีความทุกข์อยู่ในระดับมากและต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยศึกษาผลของการเยี่ยมญาติใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดเตียงที่บ้านโดยพระอาสาสมัครศีลานธรรม โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง และออกแบบการศึกษาเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรกนก ริมนิล. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- คณะกรรมการจัดทำรายงานประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2560. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2555). คู่มือการจัดการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร. ใน สมศักดิ์ เทียมเก่า, กาญจนศรี สิงห์ภู, กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ, และพัชรินทร์ อ้วนไตร (บรรณาธิการ), คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระดับเขต 7. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- จินตนา จักรปิง (2552). ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล โรงพยาบาลน่าน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- จรรยา สันตยากร. (2554). การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน: แนวคิดและประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน. พิษณุโลก: ตระกูลไทย.
- จรรุวรรณ ปิยหิรัญ, ทวีศักดิ์ กสิผล, และชฎาภา ประเสริฐทรง. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสาร มฉก.วิชาการ, 2(43-44), 130-142.
- จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ. (2560). ผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.

- จินตนา นันตะ. (2555). *การวิเคราะห์ผลการรักษาอาการอัมพาตและติดขัดเฉพาะที่ด้วยกระบวนการนวดรักษาของการแพทย์แผนไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, เชียงราย.
- จิรายุ ชาติสุวรรณ, พระระวี เพ็ชรผดุงรัตน์, อรุณพร อธิรัตน์, และณภัทร พานิชการ. (2560). เปรียบเทียบประสิทธิผลการทำกายภาพบำบัดกับการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทยต่อความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 17(3), 40-52.
- ชนิกานต์ วงศ์ประเสริฐสุข. (2557). *คู่มือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน* โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นนทบุรี. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- ดารณี สุวพันธ์, และยิ่งสุมาลย์ อัจจงค์. (2546). *คู่มือสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวศูนย์สิรินทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: มูลนิธิศูนย์สิรินทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.
- ศุภใจ ชัยวานิชศิริ และวสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล (บ.ก.). (2553). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพวรรณ ไทยवंต์. (2558). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง และระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 1(1), Online.
- ทิมสหวิชาชีพน่วยเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลนครปฐม. (2557). *ถอดรหัสลับ Stroke. ดูแลอย่างไร กายและใจเป็นสุข*. นครปฐม: เพชรเกษมพรินติ้ง กรู๊ป.
- นุกูล ตะบูนพงศ์, ช่อลัดดา พันธุเสนา, และนิตยา ตากวิริยะนันท์. (2537). ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 14(4), 1-13.
- นพวรรณ ผ่องใส. (2552). ผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นงนุช เพ็ชรรวง, ปณิตดา ปรียทฤม, และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง. (2556). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(1), 25-34.
- นันทกาญจน์ ปักซี่, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจาก

- โรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียดการปรับตัว และความพึงพอใจ
ต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(1), 65-80.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง. (2551). *ผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของ
ร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด
สมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ดีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
กรุงเทพฯ.
- ปิยนุช ภิญโญ. (2557). *การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ดีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปิยนุช ภิญโญ, กิตติ ภูมิภิญโญ, เพชรไสว ลิมตระกูล, สมศักดิ์ เทียมเก่า, จิราพร วรวงศ์, วิชชุรี
เชื้อสวน, . . . วนิตา ศรีทรหมษา. (2558). *การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิทยาลัย
พยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(2), 93-105.
- ผุสดี ก่อเจตีย์, ชัญชิตา วงษ์ท้าว, และปัทมยา เมืองไทยชัย. (2561). *ผลของการนัดแผนไทยต่อ
ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 42(2), 106-112.
- เยียวยาใจผู้ป่วยด้วยธรรมชาติของกลุ่มพระจิตอาสาศากิยานธรรม. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์*, 14(3),
65-73.
- พระเทพสุวรรณเมธี และสุพิชฌาย์ พรพิชรรงค์. (2562). *พระจิตอาสาศากิยานธรรม: รูปแบบและ
กระบวนการเยียวยาใจผู้ป่วยด้วยธรรมชาติ*. สืบค้นจาก [http://www .ojs.mcu.ac.th](http://www.ojs.mcu.ac.th).
- พระปราโมทย์ ปาโมชฺโช, และสุรพล สายพานิช. (2555). *อริยสัจเพื่อความพ้นทุกข์*. กรุงเทพฯ: อักษร
สัมพันธ์.
- พระมหาสุเทพ สุทธิญาโณ. (2562). *การปรึกษาแนวพุทธกับงานจิตอาสา. ศาสตร์จิตวิทยาการปรึกษา
กับการรักษาเยียวยาและแก้กมลจิตใจในสังคมร่วมสมัย*. เอกสารประกอบการประชุม
วิชาการสมาคมจิตวิทยาการปรึกษาครั้งที่ 1 ประจำปี 2562 วันที่ 12-13 ธันวาคม 2562
ณ ห้องกิ่งเพชร โรงแรมเอเชีย ราชเทวี กรุงเทพฯ.
- ภารดี เจริญทอง, วิไลวรรณ ทองเจริญ, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, และวิชชุดา เจริญกิจการ. (2558).
*ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(ฉบับพิเศษ เดือนกันยายน-
ธันวาคม), 143-158.

- รายงานการะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554. (2557). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนา
นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- รุ่งนภา เตชกกิจโกศล. (2552). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลศิริราช* (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต
ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- วัฒน์ย์ ปานจินดา และพุทธรธรณ ชูเชิด. (2559). การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิชาการ ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สมาคม
สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 5(2), 71-78.
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- วิชชุดา ฐิติโชติรัตนนา. (2562). *คู่มือแนวปฏิบัติการศึกษาแนวพุทธจิตวิทยาบูรณาการของพระสงฆ์ที่
มีบทบาทให้การปรึกษา*. กรุงเทพฯ: Japrint.
- วิยะดา ศักดิ์ศรี, และสุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล. (2552). *คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*.
กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจรแห่งโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2558). *โรคหลอดเลือดสมอง ยิ่งรู้เร็ว ยิ่งรอดไว ยิ่ง
ห่างไกลจากอัมพาต*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *คู่มือ
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูผู้ป่วยและผู้ดูแล*. กรุงเทพฯ: ปิยอนันต์
พับลิชชิ่ง.
- สมบัติ น้ำดอกไม้, จินตนา วัชรสินธุ์, และวรรณิ เตียววิศเรศ. (2558). *ผลของโปรแกรมการพยาบาล
ตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองของครอบครัวผู้ดูแล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).
มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สุวรรณชัย วัฒนาวิจิตรชัย. (2562). *กรมควบคุมโรค รณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2562*. สืบค้นจาก
<https://gnews.apps.go.th/news?news=49435>
- สุพิชฌาย์ พรพิชฌรงค์ และพระมหาวิโรจน์ คุตตวิโร. (2561). การพัฒนาศักยภาพและกิจกรรมการ
เยียวยาใจ ผู้ป่วยด้วยธรรมะของกลุ่มพระจิตอาสาศิกขานุธรรม. *วารสารบัณฑิตศึกษา
ปริทรรศน์*, 14(3), 65-73.
- สมพร สังข์รัตน์, สุธีพร อุทัยคุปต์, มหิตา แก้วสุทธิ, จิตติมา เจริญลิมประเลื้อ, และสุภาพร
แก้วแสนเมือง. (2560). *ความน่าเชื่อถือภายในและระหว่างผู้ประเมินในการใช้แบบ*

- ประเมิน Stroke Rehabilitation Assessment of Moment (Stream). *วารสาร
วิทยาศาสตร์การแพทย์*, 50(1), 71-86.
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การพยาบาล
ผู้ป่วยที่บ้าน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2559). *รักษ์...สมอง* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สุรินธร กลัมพากร. (2561). การประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน
โรคในชุมชน. ใน *อาหาร ฝ่าวิวัฒนา, สุรินธร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำปิ่น, และทัศนีย์
รวีวรกุล (บรรณาธิการ). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: ประยุกต์
แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* (ฉบับปรับปรุง, น. 50-60). กรุงเทพฯ: เอ็มเอ็น
คอมพิวออฟเซท.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *สถานการณ์โรคหลอดเลือด
สมองในประเทศไทย 2561*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com>
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). *แผนพัฒนาสถิติสาขาสุภาพ ฉบับที่ 1
พ.ศ. 2557-2558*. สืบค้นจาก <http://osthailand.nic.go.th>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2555).
จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมอง. สืบค้นจาก
<http://bps.moph.go.th>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *หลักสูตร
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง*.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกศึกษาในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2559).
สถิติสาธารณสุข (Public Health Statistics). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *โรคหลอดเลือดสมองและการ
รักษา*. สืบค้นจาก <http://thaihealthlife.com>.
- สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย. (2562). *กรมควบคุมโรค รณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2562*. สืบค้นจาก
<https://gnews.apps.go.th/news?news=49435>
- สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. *Public Health statistic*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สุรัสวดี มรรควัลย์, วิชัย อิงพินิจพงศ์, รุ่งทิพย์ พันธุมธากุล, อุไรวรรณ ชัชวาลย์, ทกมล หรรษาวงศ์,
และจรัลพร คำพันธ์. (2547). *เปรียบเทียบผลของการนวดไทยและการดัดดึงข้อในผู้ป่วย*

ปวดหลังเรื้อรังชนิด *nonspecific*. คณะเทคนิคการแพทย์ ภาควิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรรวรรณ พงศ์พานิช. (...). *การศึกษาผลระยะสั้นของการนวดไทยแบบผสมผสานต่อการลดอาการปวดศีรษะ บ่า คอ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

อาคม รัฐวงษา. (2554). *การพัฒนาแนวทางการจัดการบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย* (การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาโทบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

อภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินธร กลัมพากร, สุณีย์ ละกะปิ่น, และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2561). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: เอ็มเอ็น คอมพิวเตอร์.

อุไรวรรณ จาริก. (2551). *การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียลจังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.

เอื้ออารีย์ สืบเสาะดี, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูยศรี. (2562). *ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลอำเภอนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

American Heart Association and American Stroke Association. (2013). *World Neurology the official newsletter of the world federation of neurology*. Diverse, Stimulating, Memorable. Retrieved from <https://www.ahajournals.org>.

_____. (2013). *World Neurology the official newsletter of the world federation of neurology*. Diverse, Stimulating, Memorable. Retrieved from https://worldneurologyonline.com/wpcontent/uploads/2013/11/WFNnov13_Final.pdf

National Institute of Neurological Disorder and Stroke. (2009a). *Autism fact sheet*. Retrieved from http://www.ninds.nih.gov/disorders/autism/detail_autism.htm.

National Stroke association. (2013). *Recovery after stroke: Recurrent stroke*. Retrieved from <http://www.stroke.org/>.

- _____. (2006a). *Recovery after stroke: Ability to go places*. Retrived from www.stroke.org.
- _____. (2006b). *Recovery after stroke: Healthy eating*. Retrieved from <http://www.stroke.org>.
- _____. (2006c). *Recovery after stroke: Managing life at home*. Retrieved from <http://www.stroke.org>.
- _____. (2006d). *Recovery after stroke: Redefining sexuality*. Retrieved from <http://www.stroke.org>.
- _____. (2006e). *Recovery after stroke: Sleep disorders*. Retrieved from <http://www.stroke.org>.
- _____. (2006f). *Recovery after stroke: Thinking and cognition*. Retrieved from <http://www.stroke.org>.
- _____. (2006g). *What is stroke?*. Retrieved from <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=STROKE>.
- Hanchaiphibookkul, S. , Pongvarin, N. , Nidhinandana, S. , Suwanwela, N.C., Puthkhao, P., Towanabut, S., . . . Samsen, M. (2011). Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study. *J Med Assoc Thai*, 94, 427-436.
- Savini, S., Buck, H.G., Dickson, W., Simeone, S., Pucciarelli, G., & Fida, R. (2015). Quality of life in stroke survivor-caregiver dyads: a new conceptual framework and longitudinal study protocol. *J Adv Nurs*, 71, 676-687.
- Plakornkul, V., Vannabhum, M., Viravud, Y., Roongruangchai, J., Mutirangura, P., Akarasereenont, P., & Laohapand T. (2016). The effects of the court-type Thai traditional massage on anatomical relations, blood flow, and skin temperature of the neck, shoulder, and arm. *BMC Complement Altern Med*. 16:363. DOI: 10.1186/s12906-016-1282-y
- World Stroke Organization. (2010). *World stroke day*. Available from: <https://www.worldstrokecampaign.org/world-stroke-day-2010.html.2>.
- World Health Organization. (2017). *Annual Report 2017*. Retrieved from https://www.world-stroke.org/images/Annual_Report_2017_online.pdf

ภาคผนวก



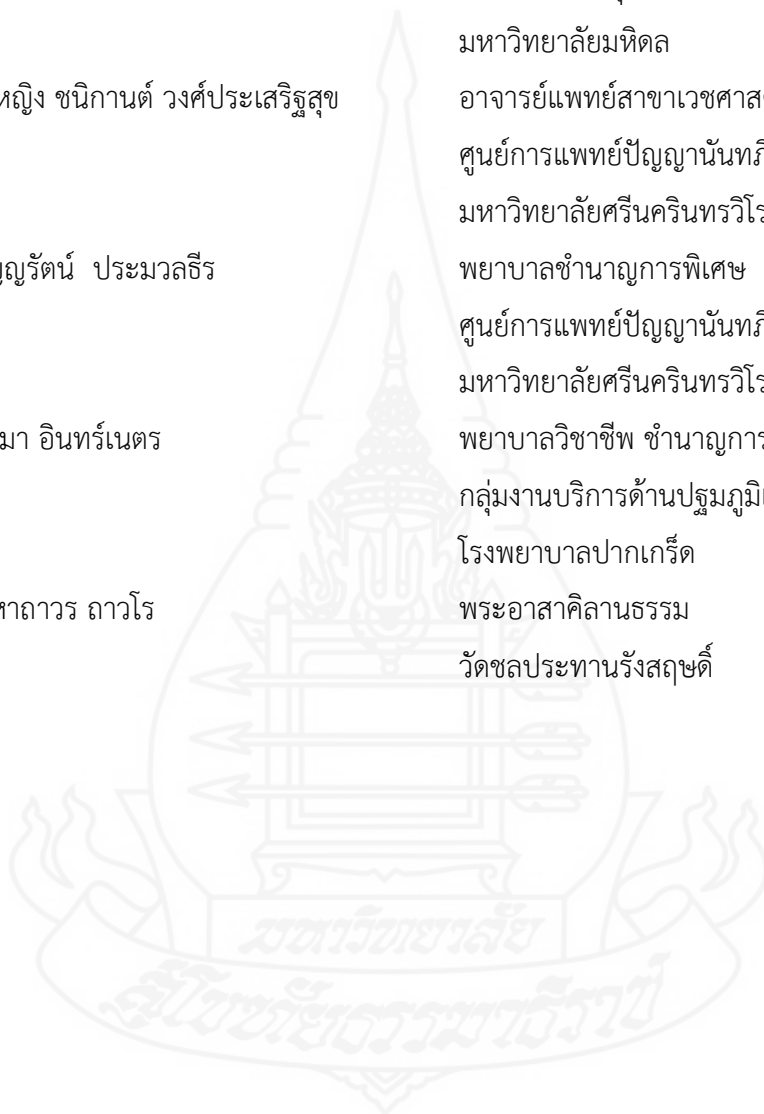
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.อภาพร เผ่าวัฒนา | ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. แพทย์หญิง ชนิกันต์ วงศ์ประเสริฐสุข | อาจารย์แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. นางฉัญญรัตน์ ประมวลธีร | พยาบาลชำนาญการพิเศษ
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 4. นางฐิติมา อินทร์เนตร | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
โรงพยาบาลปากเกร็ด |
| 5. พระมหาถาวร ถาวโร | พระอาสาศิกานธรรม
วัดชลประทานรังสฤษดิ์ |



ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5032620

NS No.6/2563.....

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

รหัสโครงการ : -

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางเพ็ญศรี แสนสุข

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ ตำบลบ้านใหม่
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว มีความเห็นว่า มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล จึงเห็นสมควร
ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่ให้การรับรอง :09/06/2563..... วันที่หมดอายุการรับรอง : 09/06/2564.....

ภาคผนวก ค

หนังสือเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย
หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาใช้เครื่องมือการวิจัย
หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย





ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๓๗๕

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒ เมษายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เพ่าวัฒนา

ด้วย นางเพ็ญศรี แสนสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูยศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มุลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘ ๑๖๘๙ ๔๗๐๕ (นางเพ็ญศรี แสนสุข)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๓๗๕

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๒๐

๒ เมษายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน แพทย์หญิงชนิกานต์ วงศ์ประเสริฐสุข

ด้วย นางเพ็ญศรี แสนสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี”
โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูยศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการ
ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็น
อย่างยิ่ง จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มุลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘ ๑๖๘๙ ๔๗๐๕ (นางเพ็ญศรี แสนสุข)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๓๗๕

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒ เมษายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นางธัญญรัตน์ ประมวลวงษ์ธีร

ด้วย นางเพ็ญศรี แสนสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี”
โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูยศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการ
ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็น
อย่างดียิ่ง จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มूलศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘ ๑๖๘๙ ๔๗๐๕ (นางเพ็ญศรี แสนสุข)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๓๗๕

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒ เมษายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย
เรียน คุณฐิติมา อินทร์เนตร

ด้วย นางเพ็ญศรี แสนสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี”
โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูยศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการ
ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็น
อย่างยิ่ง จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

สุทธิพร มูลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘ ๑๖๘๙ ๔๗๐๕ (นางเพ็ญศรี แสนสุข)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๓๗๕

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒ เมษายน ๒๕๖๓

เรื่อง นมัสการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

นมัสการ พระมหาถาวร ถาวโร

ด้วย นางเพ็ญศรี แสนสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูยศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอนมัสการท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงกราบนมัสการมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย

ขอนมัสการด้วยความเคารพ

สุทธิพร มูลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘ ๑๖๘๙ ๔๗๐๕ (นางเพ็ญศรี แสนสุข)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/๕๖๔

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๗ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประเสริฐอิสลาม

ด้วย นางเพ็ญศรี แสนสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูยศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๓๐ คน เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มูลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๔-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘๑ ๖๘๙ ๔๗๐๕ (นางเพ็ญศรี แสนสุข)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว๒๓

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตลาด

ด้วย นางเพ็ญศรี แสนสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูยศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับเป็นกลุ่มเปรียบเทียบในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๓๐ คน เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มุลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘๑ ๖๘๙ ๔๗๐๕ (นางเพ็ญศรี แสนสุข)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว๒๔

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่

ด้วย นางเพ็ญศรี แสนสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี”
โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากกลุ่ม
ตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับเป็นกลุ่มทดลองในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๓๐ คน
เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มุลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘๑ ๖๘๙ ๔๗๐๕ (นางเพ็ญศรี แสนสุข)

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



เลขที่แบบสอบถาม สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

วันที่.....

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้ป่วยที่เคารพทุกท่าน

ด้วยดิฉัน นางเพ็ญศรี แสนสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อันจะนำไปสู่การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งสามารถให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ดังกล่าวได้ ดิฉันจึงขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามที่แนบมานี้ คำตอบในแบบสอบถามไม่มีถูกหรือผิด โปรดตอบด้วยความสบายใจ โดยอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน และตอบให้ตรงกับความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ ผลการศึกษาจะนำเสนอเป็นกลุ่มมิใช่รายบุคคล ท่านมีสิทธิ์จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของท่าน ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบคุณ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นาง เพ็ญศรี แสนสุข)

นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต

แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

เอกสารแสดงการยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี และผู้ดำเนินการวิจัยพร้อมจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังจนข้าพเจ้าพอใจ รวมทั้งจะเปิดเผยข้อมูลเป็นสรุปผลการวิจัยต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และมีสิทธิ์จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของญาติข้าพเจ้า จึงขอลงลายมือชื่อในใบยินยอมไว้เป็นหลักฐานด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....(ผู้ยินยอม)

ลงนาม.....(พยาน)

ลงนาม.....(พยาน)



แบบสอบถาม

เรื่อง ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

กลุ่ม กลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบระยะ ก่อนทดลอง หลังทดลองเลขที่แบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มี 4 ส่วนดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 42 ข้อ
- ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 102 ข้อ
- ส่วนที่ 3 ความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่หน้าข้อความตามความเป็นจริงในแต่ละข้อ และกรอกข้อมูลในช่องว่างที่กำหนดให้

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	SEXP <input type="checkbox"/>
2. อายุ..... ปี (คำนวณอายุปีเต็มโดยใช้ พ.ศ. 2563 – พ.ศ. เกิด)	AGEP <input type="checkbox"/>
3. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. คู่ <input type="checkbox"/> 3. หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	MSTA <input type="checkbox"/>
4. ศาสนา <input type="checkbox"/> 1. พุทธ <input type="checkbox"/> 2. คริสต์ <input type="checkbox"/> 3. อิสลาม <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ โปรดระบุ.....	RELIG <input type="checkbox"/>
5. ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับการศึกษา <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช. <input type="checkbox"/> 5) อนุปริญญา/ป.ว.ส. <input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 7) สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....	EDU <input type="checkbox"/>

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
6. อาชีพ <input type="checkbox"/> 1. เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 2. รับจ้างทั่วไป <input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย <input type="checkbox"/> 4. พนักงานบริษัทเอกชน <input type="checkbox"/> 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 6. ไม่ได้ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ โปรดระบุ.....	OCCU <input type="checkbox"/>
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท	INCOM <input type="checkbox"/>
8. ความเพียงพอของรายได้ <input type="checkbox"/> 1. เพียงพอ เหลือเก็บ <input type="checkbox"/> 2. เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ <input type="checkbox"/> 3. ไม่เพียงพอ แต่ไม่เป็นหนี้ <input type="checkbox"/> 4. ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	SUFFI <input type="checkbox"/>
9. บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว (ก่อนป่วย) <input type="checkbox"/> 1. หัวหน้าครอบครัว <input type="checkbox"/> 2. ผู้อาศัย <input type="checkbox"/> 3. อื่น ๆ โปรด.....	ROLE <input type="checkbox"/>
10. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (ศึกษาเพิ่มเติมจากโปรแกรมHome visit CVA) <input type="checkbox"/> 1) โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันทำให้สมองขาดเลือด <input type="checkbox"/> 2) โรคหลอดเลือดสมองแตก	Type CVA <input type="checkbox"/>
12. สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมในบ้าน มีสิ่งต่อไปนี้หรือไม่ 12.1 พื้นภายในตัวบ้าน 12.1.1 ความลื่นของพื้น <input type="checkbox"/> 1. ลื่น <input type="checkbox"/> 2. ไม่ลื่น 12.1.2 ระดับของพื้น <input type="checkbox"/> 1. มีระดับเดียวกันตลอดทั้งชั้น (ข้ามไปตอบข้อ13) <input type="checkbox"/> 2. มีหลายระดับ 12.2 บ้านที่มีชั้นบันได <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ทำทางลาดเอียง <input type="checkbox"/> 2. ทำทางลาดเอียงเข้าตัวบ้านสัดส่วนความสูงต่อความยาวไม่น้อยกว่า 1:12 และความกว้างไม่น้อยกว่า 90 ซม.(วัดจริง.....ซม.) <input type="checkbox"/> 3. ทำทางลาดเอียงเข้าตัวบ้านสัดส่วนความสูงต่อความยาวไม่น้อยกว่าและความกว้างไม่น้อยกว่า ซม. 12.3 บันได <input type="checkbox"/> 1. มีราวเกาะ <input type="checkbox"/> 2. ไม่มีราวเกาะ	FLEVEL <input type="checkbox"/> FSLIP <input type="checkbox"/> STAIR <input type="checkbox"/> HRail <input type="checkbox"/>
13. อุปกรณ์และเครื่องใช้ภายในบ้าน 13.1 เตียง <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ความสูงของเตียงจากพื้นเซนติเมตร 13.2 ชั้นวางของ สวิตซ์ไฟ โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี	BED <input type="checkbox"/> BedHgt <input type="checkbox"/> SHELV <input type="checkbox"/>

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
<p>14. ห้องน้ำในบ้านท่าน มีสิ่งต่อไปนี้หรือไม่</p> <p>14.1 โถส้วม <input type="checkbox"/> 1. แบบชักโครก <input type="checkbox"/> 2. แบบนั่งยอง</p> <p>14.2 อ่างล้างหน้า <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี สูงจากพื้น.....ซม.</p> <p>14.3 ติดตั้งราวเกาะรอบผนังห้องน้ำ <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี สูงจากพื้น.....ซม.</p> <p>14.4 แผ่นยางกันลื่นที่พื้นห้องน้ำ <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี</p> <p>14.5 ฝักบัวที่ใช้อย่างปลอดภัย <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี</p> <p>14.6 ฟองน้ำถูตัวที่มีด้ามยาว <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี</p> <p>14.7 แสงสว่าง <input type="checkbox"/> 1. ไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> 2. เพียงพอ</p>	<p>Toilet1 <input type="checkbox"/></p> <p>Toilet2 <input type="checkbox"/></p> <p>Toilet3 <input type="checkbox"/></p> <p>Toilet4 <input type="checkbox"/></p> <p>Toilet5 <input type="checkbox"/></p> <p>Toilet6 <input type="checkbox"/></p> <p>Toilet7 <input type="checkbox"/></p>
<p>15. ท่านมีโรคประจำตัวอื่น ๆ อีกหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> 2. มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1 โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> 2.2 โรคความดันโลหิตสูง</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> 2.4 อื่น ๆ โปรดระบุ.....</p>	<p>UD <input type="checkbox"/></p> <p>UD1 <input type="checkbox"/></p> <p>UD2 <input type="checkbox"/></p> <p>UD3 <input type="checkbox"/></p> <p>UD4 <input type="checkbox"/></p>
<p>16. ยารักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ท่านได้รับในปัจจุบัน เช่น ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ยาต้านเกล็ดเลือด(แอสไพริน โคลพิโดเกรล) ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (วอร์ฟาริน) เป็นต้น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ชื่อยา/ขนาด (มิลลิกรัม)..... วิธีรับประทาน.....</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ชื่อยา/ขนาด (มิลลิกรัม)..... วิธีรับประทาน.....</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ชื่อยา/ขนาด (มิลลิกรัม)..... วิธีรับประทาน.....</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ชื่อยา/ขนาด (มิลลิกรัม)..... วิธีรับประทาน.....</p> <p><input type="checkbox"/> 5. ชื่อยา/ขนาด (มิลลิกรัม)..... วิธีรับประทาน.....</p> <p><input type="checkbox"/> 6. ชื่อยา/ขนาด (มิลลิกรัม)..... วิธีรับประทาน.....</p> <p><input type="checkbox"/> 7. ชื่อยา/ขนาด (มิลลิกรัม)..... วิธีรับประทาน.....</p> <p><input type="checkbox"/> 8. ชื่อยา/ขนาด (มิลลิกรัม)..... วิธีรับประทาน.....</p>	<p>Med1 <input type="checkbox"/></p> <p>Med2 <input type="checkbox"/></p> <p>Med3 <input type="checkbox"/></p> <p>Med4 <input type="checkbox"/></p> <p>Med5 <input type="checkbox"/></p> <p>Med6 <input type="checkbox"/></p> <p>Med7 <input type="checkbox"/></p> <p>Med8 <input type="checkbox"/></p>
<p>17. ท่านรับประทานยาตามขนาดและปริมาณที่แพทย์สั่งหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. รับประทานอย่างต่อเนื่องทุกชนิด</p> <p><input type="checkbox"/> 2. รับประทานไม่ต่อเนื่องบางชนิด โปรดระบุชื่อยา.....</p> <p>เพราะ.....</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ไม่รับประทานบางชนิด โปรดระบุชื่อยา.....</p> <p>เพราะ.....</p>	<p>Contmed <input type="checkbox"/></p>

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
18. ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านไปพบแพทย์/เจ้าหน้าที่ตามนัดหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ตรงตามนัด <input type="checkbox"/> 2. ไม่ตรงตามนัด เพราะ.....	DocApp <input type="checkbox"/>
19. ปัจจุบันท่านรับประทานยาหรือสมุนไพรอื่น ๆ ร่วมด้วยหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่รับประทาน <input type="checkbox"/> 2. รับประทาน โปรตรระบุ 2.1 ชื่อยา/สมุนไพร..... วิธีรับประทาน..... ระยะเวลาที่รับประทาน..... 2.2 ชื่อยา/สมุนไพร..... วิธีรับประทาน..... ระยะเวลาที่รับประทาน.....	SFHerb <input type="checkbox"/>
20. ท่านบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงด้วยตนเองหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่บริหาร <input type="checkbox"/> 2. บริหาร 2.1 ความสม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> 1.สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> 2. ไม่สม่ำเสมอ 2.2 บริหารจำนวน.....ท่า ระบุแหล่งที่มา..... 2.3 บริหารท่าละ.....รอบ 2.4 บริหารวันละ.....ครั้ง 2.5 บริหารสัปดาห์ละ.....วัน	PTEExer <input type="checkbox"/> PTEReg <input type="checkbox"/> PTEPosture <input type="checkbox"/> PTECycle <input type="checkbox"/> PTEPerday <input type="checkbox"/> PTEPerwk <input type="checkbox"/>
21. ผู้ดูแลบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงให้ท่านหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่บริหาร <input type="checkbox"/> 2. บริหาร 2.1 ความสม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> 1.สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> 2. ไม่สม่ำเสมอ 2.2 บริหารจำนวน.....ท่า ระบุแหล่งที่มา..... 2.3 บริหารท่าละ.....รอบ 2.4 บริหารวันละ.....ครั้ง 2.5 บริหารสัปดาห์ละ.....วัน	CGExer <input type="checkbox"/> CGEReg <input type="checkbox"/> CGEPosture <input type="checkbox"/> CGECycle <input type="checkbox"/> CGEPerday <input type="checkbox"/> CGEPerwk <input type="checkbox"/>

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
22. ท่านออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นอีกหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่ออกกำลังกาย (ข้ามไปตอบข้อ 23) <input type="checkbox"/> 2. ออกกำลังกาย โปรตระบุวิธี.....	Exercise <input type="checkbox"/> Extype <input type="checkbox"/>
23. ท่านออกกำลังกายกี่ครั้งต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 1. ออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2. ออกกำลังกาย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3. ออกกำลังกาย 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 4. ออกกำลังกายทุกวัน	Exfre <input type="checkbox"/>
24. ระยะเวลาในการออกกำลังกายในแต่ละครั้งประมาณ.....นาที	Extime <input type="checkbox"/>
25. ก่อนมีอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่สูบ <input type="checkbox"/> 2. เคยสูบแต่เลิกแล้ว 2.1 สูบระยะเวลา.....ปี 2.2 สูบปริมาณ.....มวนต่อวัน 2.3 เลิกมา.....ปี <input type="checkbox"/> 3. ยังสูบบุหรี่อยู่ 3.1 ปริมาณที่สูบ.....มวนต่อวัน 3.2 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่.....ปี	Smoke1 <input type="checkbox"/> TimeSmok2 <input type="checkbox"/> Numsmok2 <input type="checkbox"/> TimeStop2 <input type="checkbox"/> Numsmok3 <input type="checkbox"/> TimeSmok3 <input type="checkbox"/>
26. ก่อนมีอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> 2. เคยดื่มแต่เลิกแล้ว 2.1 ชนิดของสุราที่ดื่ม <input type="checkbox"/> 1. 40-50 ดีกรี เช่น วิสกี้ บรันดี เป็นต้น <input type="checkbox"/> 2. 28-40 ดีกรี เช่น เหล้าขาว เป็นต้น <input type="checkbox"/> 3. 10-15 ดีกรี เช่น ไวน์ <input type="checkbox"/> 4. 5 ดีกรี เช่น เบียร์สิงห์ ลีโอ เบียร์ช้าง เซียร์ ไทเกอร์ เป็นต้น <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ โปรตระบุ..... 2.2 ดื่มปริมาณ.....ซีซี.ต่อวัน 2.3 ดื่มระยะเวลา.....ปี 2.4 เลิกดื่มมา.....ปี	Drink1 <input type="checkbox"/> TypeD2 <input type="checkbox"/> QuanD2 <input type="checkbox"/> TimeD2 <input type="checkbox"/> TimeStopD2 <input type="checkbox"/>

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
<input type="checkbox"/> ยังดื่มอยู่ 3.1 ชนิดของสุราที่ดื่ม <input type="checkbox"/> 1. 40-50 ดีกรี เช่น วิสกี้ บรั่นดี เป็นต้น <input type="checkbox"/> 2. 28-40 ดีกรี เช่น เหล้าขาว เป็นต้น <input type="checkbox"/> 3. 10-15 ดีกรี เช่น ไวน์ <input type="checkbox"/> 4. 5 ดีกรี เช่น เบียร์สิงห์ ลิโอ เบียร์ช้าง เขียว ไทเกอร์ เป็นต้น <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ โปรดระบุ..... 3.2 ปริมาณที่ดื่มซีซี.ต่อวัน 2.2 ระยะเวลาที่ดื่มสุรา.....ปี	TypeD3 <input type="checkbox"/> QuanD3 <input type="checkbox"/> TimeD3 <input type="checkbox"/> QuanD3 <input type="checkbox"/> TimeD3 <input type="checkbox"/>
ข้อมูลทางคลินิก (สำหรับผู้วิจัย ข้อ 27-29)	
27. ระดับความดันโลหิต แขนซ้าย ครั้งที่ 1.....มม.ปรอท แขนซ้าย ครั้งที่ 2.....มม.ปรอท แขนขวา ครั้งที่ 1.....มม.ปรอท แขนขวา ครั้งที่ 2.....มม.ปรอท	SBPLt1 <input type="checkbox"/> SBPLt2 <input type="checkbox"/> SBPRt1 <input type="checkbox"/> SBPRt2 <input type="checkbox"/> DBPLt1 <input type="checkbox"/> DBPLt2 <input type="checkbox"/> DBPRt1 <input type="checkbox"/> DBPRt2 <input type="checkbox"/>
28. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย..... .กิโลกรัมต่อตารางเมตร	BW <input type="checkbox"/> Height <input type="checkbox"/> BMI <input type="checkbox"/>
29. รอบเอว..... เซนติเมตร	WC <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก		
ข้อความ		สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง		SEXCG <input type="checkbox"/>
2. อายุ..... ปี (คำนวณอายุปีเต็มโดยใช้ พ.ศ. 2563 - พ.ศ. เกิด)		AGECG <input type="checkbox"/>
3. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. คู่ <input type="checkbox"/> 3. หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่		MSTACG <input type="checkbox"/>
4. ศาสนา <input type="checkbox"/> 1. พุทธ <input type="checkbox"/> 2. คริสต์ <input type="checkbox"/> 2. อิสลาม <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ โปรดระบุ.....		RELCG <input type="checkbox"/>
5. ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับการศึกษา <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช. <input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา/ป.ว.ส. <input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 7. ปริญญาโท <input type="checkbox"/> 8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....		EDUCG <input type="checkbox"/>
6. อาชีพ <input type="checkbox"/> 1. เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 2. รับจ้างทั่วไป <input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย <input type="checkbox"/> 4. พนักงานบริษัทเอกชน <input type="checkbox"/> 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 6. ไม่ได้ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ โปรดระบุ.....		OCCCG <input type="checkbox"/>
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท		INCCG <input type="checkbox"/>
8. ระยะเวลาที่ดูแลท่าน.....ปี		TIMECG <input type="checkbox"/>
9. ความสัมพันธ์กับท่าน <input type="checkbox"/> 1. บิดา /มารดา <input type="checkbox"/> 2. บุตร <input type="checkbox"/> 3. พี่/น้อง <input type="checkbox"/> 4.สามี/ ภรรยา <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ โปรดระบุ.....		RELACG <input type="checkbox"/>
10. โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี โปรดระบุ.....		UDCG <input type="checkbox"/>
11. ผู้ดูแลช่วยเหลือท่านในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1. ทำความสะอาดร่างกาย เช่น แปรงฟัน อาบน้ำ เป็นต้น <input type="checkbox"/> 2. สวมใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> 3. จัดเตรียมอาหารและช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> 4. จัดเตรียมยาและช่วยเหลือในการรับประทานยา <input type="checkbox"/> 5. ช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ <input type="checkbox"/> 6. ช่วยเหลือในการจัดทำนบนบนเตียง <input type="checkbox"/> 7. ช่วยเคลื่อนย้ายร่างกายจากเตียงไปยังรถเข็นหรือจากรถเข็นขึ้นเตียง <input type="checkbox"/> 8. บริหารร่างกายข้างอ่อนแรง <input type="checkbox"/> 9. เป็นเพื่อนคุยเมื่อมีเรื่องที่วิตกกังวล รับฟังและให้กำลังใจ <input type="checkbox"/> 10. อื่น ๆ โปรดระบุ.....		ACTCG1 <input type="checkbox"/> ACTCG2 <input type="checkbox"/> ACTCG3 <input type="checkbox"/> ACTCG4 <input type="checkbox"/> ACTCG5 <input type="checkbox"/> ACTCG6 <input type="checkbox"/> ACTCG7 <input type="checkbox"/> ACTCG8 <input type="checkbox"/> ACTCG9 <input type="checkbox"/> ACTCG10 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าท่านปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองต่อไปนี้ตามความเป็นจริงบ่อย

เพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติสัปดาห์ละ 7 วัน หรือทุกครั้งที่ทำ (ร้อยละ 81-100)
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติสัปดาห์ละ 5-6 วัน หรือทำบ่อยครั้ง (ร้อยละ 61-80)
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-4 วัน หรือทำบางครั้ง (ร้อยละ 41-60)
ปฏิบัติน้อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 วัน หรือทำนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 21-40)
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติหรือแทบจะไม่ได้ปฏิบัติเลย (ร้อยละ 1-20)

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ เคย	
ด้านอาหาร							
1.	ท่านลดหรือไม่กินอาหารที่มีโซเดียมสูงหรืออาหารรสเค็ม เช่น อาหารที่มีรสเค็ม เครื่องปรุงรสชนิดต่าง ๆ (เกลือ น้ำปลา ซอส หอยนางรม) อาหารดองเค็ม เช่น ไข่เค็ม กุ้งแห้ง เป็นต้น อาหารดองเปรี้ยว เช่น หน่อไม้ดอง แหนม ไส้กรอก เป็นต้น						F1 <input type="checkbox"/>
2.	ท่านลดหรือไม่กินอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงจำพวกอาหารบรรจุกระป๋อง อาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โจ๊กซอง ขนมกรุบกรอบ เป็นต้น						F2 <input type="checkbox"/>
3.	ท่านกินอาหารจำพวกไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเลจำพวกปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม เป็นต้น						F3 <input type="checkbox"/>
4.	ท่านกินอาหารที่มีไขมันมาก ๆ เช่น หมูสามชั้น ขาหมู ข้าวมันไก่ หนังไก่ แกงกะทิ นมไขมัน เนย ครีม เค้ก คุกกี้ เป็นต้น						F4 <input type="checkbox"/>
5.	ท่านกินอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อหมูเลาะมันออก เนื้อไก่เอาหนังออก นมพร่องมันเนย เน้นรับประทานเนื้อปลา						F5 <input type="checkbox"/>

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ เคย	
6.	ท่านปรุงอาหารโดยใช้ไขมันพืชชนิดกรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น ไขมันรำข้าว ไขมันถั่วเหลือง ไขมันข้าวโพด ไขมันงา ไขมันดอกคำฝอย แทนน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ไขมันหมู ไขมันปาล์ม ไขมันมะพร้าว ยกเว้นเมื่อปรุงอาหารโดยการทอด ท่านจะใช้น้ำมันปาล์ม						F6 <input type="checkbox"/>
7	ท่านปรุงอาหารโดยการต้ม อย่าง อบ นึ่ง ตุ่น แทนการทอด เจียว และผัด						F7 <input type="checkbox"/>
8	ท่านกินอาหารหวาน เช่น ขนมหวาน ทองหยิบ ทองหยอด ขนมหม้อแกง แกงบัวด ของเชื่อม เบเกอรี่ ไอศกรีม ขนมกรุบกรอบเคลือบ น้ำตาล โรตี เป็นต้น						F8 <input type="checkbox"/>
9	ท่านใช้น้ำตาลในการปรุงอาหารหรือเครื่องดื่มไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน						F9 <input type="checkbox"/>
10	ท่านดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้ ชา กาแฟ						F10 <input type="checkbox"/>
11	ท่านกินผักแคลอรีต่ำ เช่น ผักบุ้ง ผักกาดขาว ผักคะน้า กระหล่ำปลี ถั่วงอก ถั้วฝักยาว เป็นต้น						F11 <input type="checkbox"/>
12	ท่านกินผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ชมพู ฝรั่ง แก้วมังกร กัลยัม ส้ม มะละกอ แคนตาลูป เป็นต้น						F12 <input type="checkbox"/>
13	ท่านไม่กินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย น้อยหน่า มะม่วงสุก สับประรด เป็นต้น						F13 <input type="checkbox"/>
14	ท่านกินอาหารครบ 5 หมู่ มีแป้ง ไขมัน โปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ เช่น ข้าวกล้อง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ นม เป็นต้น						F14 <input type="checkbox"/>
15	ท่านกินอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวกล้อง ข้าวไรเบอร์รี่ ข้าวสังข์หยด ขนมหังโฮลวิท เป็นต้น						F15 <input type="checkbox"/>

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ เคย	
16	ท่านกินอาหารอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่ายและกลืนสะดวก						F16 <input type="checkbox"/>
17	ท่านกินอาหารเองซ้ำ ๆ ไม่เร่รังริบ โดยใช้มือข้างที่มีแรง						F17 <input type="checkbox"/>
18	ท่านใช้ช้อนที่มีด้ามใหญ่ตักอาหารใส่ปากข้างที่ไม่อ่อนแรง						F18 <input type="checkbox"/>
19	ท่านใช้จานที่มีขอบใส่อาหารและวางจานไว้ตรงหน้าหรืออยู่ในลานสายตาเพื่อความสะดวกในการรับประทาน						F19 <input type="checkbox"/>
20	ท่านดื่มน้ำด้วยแก้วพลาสติกที่มีหูจับขนาดใหญ่						F20 <input type="checkbox"/>
21.	ท่านดื่มน้ำวันละ 2.5-3 ลิตร						F21 <input type="checkbox"/>
22	ท่านบ้วนปากและแปรงฟันหลังอาหาร						F22 <input type="checkbox"/>
ด้านการรับประทานยา							
23	ท่านกินยาโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องโดยไม่หยุดยาเอง						D1 <input type="checkbox"/>
24	ท่านกินยาโรคหลอดเลือดสมองในขนาดและจำนวนตามแผนหน้าของ						D2 <input type="checkbox"/>
25	ท่านกินยาโรคหลอดเลือดสมองตามเวลาครบทุกมื้อ						D3 <input type="checkbox"/>
26	ท่านกินยาด้านเกล็ดเลือดหลังรับประทานอาหารทันที						D4 <input type="checkbox"/>
27	ท่านไม่แกะยาโรคหลอดเลือดสมองออกจากแผงไว้ล่วงหน้าเพื่อป้องกันไม่ให้ยาขึ้น						D5 <input type="checkbox"/>
28	ท่านอ่านฉลากก่อนรับประทานยาโรคหลอดเลือดสมอง						D6 <input type="checkbox"/>
29	ท่านกินยาป้องกันเลือดแข็งตัว เช่น วอร์ฟาริน เป็นต้น หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่กิน (ข้ามไปตอบข้อ 33) <input type="checkbox"/> 2. กิน						D7 <input type="checkbox"/>

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ เคย	
30	ท่านพบข้อควรระวังตัวไว้เพื่อเป็นการดูแลตนเองและแสดงแก่บุคลากรที่มีสุขภาพ						D8 <input type="checkbox"/>
31	เมื่อท่านลืมนินยาป้องกันเลือดแข็งตัว (วอร์ฟาริน) หากยังไม่ถึง 12 ชั่วโมง นินยาทันทีในขนาดเท่าเดิม กรณีที่เลย 12 ชั่วโมงไปแล้วให้ข้ามยามื้อนั้นไปและรับประทานยามื้อต่อไปในขนาดเท่าเดิม						D9 <input type="checkbox"/>
32	ท่านหลีกเลี่ยงกีฬาหรือกิจกรรมที่มีโอกาสเกิดเลือดออกง่าย ใช้แปรงสีฟันที่อ่อนนุ่ม ใช้แผ่นกันลื่นในห้องน้ำเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ						D10 <input type="checkbox"/>
ด้านการรับประทานยา (ต่อ)							
33	ท่านสังเกตอาการเลือดออกตามไรฟัน จำเลือดตามตัว อุจจาระมีสีดำ ปัสสาวะเป็นเลือด						D11 <input type="checkbox"/>
ด้านการขยับถ่าย							
34	ท่านขยับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา						E2 <input type="checkbox"/>
35	ท่านถ่ายปัสสาวะทันทีที่ปวด ไม่กลั้นปัสสาวะไว้						E3 <input type="checkbox"/>
36	ท่านทำความสะอาดผิวหนังบริเวณก้นและขี้ให้แห้งหลังการขยับถ่าย						E4 <input type="checkbox"/>
37	ท่านเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องและขมิบก้น/หุรัดทวารหนักให้แข็งแรง เพื่อไม่ให้ท้องผูก						E5 <input type="checkbox"/>
ด้านการฟื้นฟูสภาพ (การบริหารร่างกาย นวด ประคบ)							
	การฟื้นฟูสภาพโดยผู้ป่วยทำเอง: 1) บริหารกล้ามเนื้อในการกลืน						
38	ท่านอ้าปากกว้าง ออกเสียงคำว่า “อา” “อะอา” โดยทำหน้ากระจก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RS1 <input type="checkbox"/>
39	ท่านยิ้มยิงฟัน ออกเสียงคำว่า “อี” “อี อี” โดยทำหน้ากระจก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RS2 <input type="checkbox"/>

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ เคย	
40	ท่านห่อปากจู้ ออกเสียงคำว่า “อู” “อู อู” โดยทำหน้าที่กระจก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RS3 <input type="checkbox"/>
41	ท่านห่อปาก ออกเสียงคำว่า “โอ” “โอ๊ะ โอ” โดยทำหน้าที่กระจก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RS4 <input type="checkbox"/>
42	ท่านออกเสียงคำว่า “ลา” “ลา ลา ลา” โดยทำหน้าที่กระจก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RS5 <input type="checkbox"/>
43	ท่านเม้มปากติดกันแน่น ๆ แล้วปล่อย โดยทำหน้าที่กระจก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RS6 <input type="checkbox"/>
44	ท่านแลบปลายลิ้นแตะมุมปาก ซ้ายขวา บน-ล่าง โดยทำหน้าที่กระจก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RS7 <input type="checkbox"/>
45	ท่านพองแก้มป่อง 2 ซ้าง ทำเสียงกระแอม โดยทำหน้าที่กระจก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RS8 <input type="checkbox"/>
ด้านการฟื้นฟูสภาพ (การบริหารร่างกาย นวด ประคบ)							
	การฟื้นฟูสภาพโดยผู้ป่วยทำเอง: 1) บริหารกล้ามเนื้อในการกลืน						
46	ท่านยกปลายลิ้นแตะหลังฟันบน ลากเข้าไปตามเพดานปากโดยทำหน้าที่กระจก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RS9 <input type="checkbox"/>
47	ท่านเป่าเทียน เป่าน้ำผ่านหลอดกาแฟ หรือ เป่านกหวีด ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RS10 <input type="checkbox"/>
48	ท่านแลบลิ้นยาว ๆ แล้วหดกลับ แลบลิ้นแล้ว ใช้ปลายลิ้นแตะมุมปาก ซ้าย-ขวา บน-ล่าง ยกปลายลิ้นแตะหลังฟันบน ลากเข้าไปตามเพดานปาก ออกเสียงคำว่า “ลา ลา ลา” หัดเดาะลิ้น ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RS11 <input type="checkbox"/>

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ เคย	
การบริหารแขนและข้อมือ สะโพก ขา และก้น							
49	ท่านทำการบริหารร่างกายหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง						RW1 <input type="checkbox"/>
50	ท่านยกแขนขึ้น-ลง โดยท่านใช้มือข้างที่ดีประสานกับมือข้างที่อ่อนแรง โดยให้นิ้วโป้งข้างที่อ่อนแรงอยู่ด้านบน ค่อย ๆ ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ ยกจนสุด แล้วยกให้แขนราบไปบนหมอน ค่อยยกแขน ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RW2 <input type="checkbox"/>
51	ท่านกางแขนและหุบแขน โดยใช้แขนข้างที่ดีประสานมือข้างที่เป็นอัมพาต และกางแขนให้ได้มุมฉากยกแขนขึ้นไปให้ลำแขนติดหมอน ยกแขนข้างที่เป็นอัมพาตให้พาดหน้าอก จากนั้นค่อย ๆ ยกกลับมาที่เดิม ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RW3 <input type="checkbox"/>
52	ท่านหมุนข้อหัวไหล่ขึ้นและลงโดยใช้มือข้างดีจับข้อมือข้างที่อ่อนแรง จัดให้แขนกางตั้งฉากกับลำตัว หมุนแขนข้างที่อ่อนแรงขึ้นไปที่ด้านบน โดยให้ปลายแขนขนานกับศีรษะ จับแขนข้างที่อ่อนแรงเคลื่อนไหวลงมาแล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RW4 <input type="checkbox"/>
53	ท่านเคลื่อนไหวข้อศอกโดยใช้มือข้างดีจับมือข้างอ่อนแรง งอข้อศอกพับเข้าหาต้นแขนเหยียดข้อศอกขึ้นแล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RW5 <input type="checkbox"/>
54	ท่านหมุนข้อมือ โดยใช้ข้อมือข้างที่ดีจับข้อมือข้างที่อ่อนแรงหมุนฝ่ามือข้างที่อ่อนแรงคว่ำลงสลับหงายขึ้น แล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RW6 <input type="checkbox"/>

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ เคย	
55	ท่านกระดกข้อมือ ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RW7 <input type="checkbox"/>
56	ท่านงอหรือเหยียดสะโพก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RW8 <input type="checkbox"/>
57	ท่านกางขาออกและหุบขาเข้า ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RW9 <input type="checkbox"/>
58	ท่านยกกันขึ้น-ลง ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ						RW1 <input type="checkbox"/>
	การฟื้นฟูสภาพโดยผู้ดูแลหลัก 1. การบริหารร่างกายโดยผู้ดูแล (การบริหาร ข้อไหล่ มือ ข้อมือ นิ้วมือ ขาและข้อเท้า)						
59	ผู้ดูแลช่วยให้ท่านบริหารข้อไหล่โดยยกแขนขึ้น และลง อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ						ECG1 <input type="checkbox"/>
60	ผู้ดูแลช่วยให้ท่านบริหารข้อไหล่ในท่ากางแขน และขาหุบแขนเข้าอย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ						ECG2 <input type="checkbox"/>
61	ผู้ดูแลช่วยให้ท่านหมุนข้อไหล่ขึ้นลง อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ						ECG3 <input type="checkbox"/>
62	ผู้ดูแลช่วยให้ท่านเคลื่อนไหวคว่ำมือ หงายมือ อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ						ECG4 <input type="checkbox"/>
63	ผู้ดูแลช่วยให้ท่านเคลื่อนไหวข้อมือ และนิ้วมือ อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ						ECG5 <input type="checkbox"/>
64	ผู้ดูแลช่วยให้ท่านเคลื่อนไหวนิ้วหัวแม่มือ อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ						ECG6 <input type="checkbox"/>
65	ผู้ดูแลช่วยให้ท่านเคลื่อนไหวโดยการงอขาเข้า และเหยียดขาออกอย่างน้อย วันละ 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ						ECG7 <input type="checkbox"/>
66	ผู้ดูแลช่วยให้ท่านหมุนข้อสะโพกเข้าในและ ออกนอกอย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ						ECG8 <input type="checkbox"/>
67	ผู้ดูแลช่วยให้ท่านกางขาออกและหุบขาเข้า อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ						ECG9 <input type="checkbox"/>

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ เคย	
68	ผู้ดูแลช่วยให้ท่านกระดกข้อเท้าหรือยืดเอ็นร้อยหวายอย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ						ECG10 <input type="checkbox"/>
	2. การนวดสัมผัสและการประคบโดยผู้ดูแลหลัก						
69	ผู้ดูแลนวดสัมผัสกล้ามเนื้อฝ่ามือ หลังมือ วันละครั้ง						MCG1 <input type="checkbox"/>
70	ผู้ดูแลนวดสัมผัสกล้ามเนื้อแขนด้านใน วันละครั้ง						MCG2 <input type="checkbox"/>
71	ผู้ดูแลนวดสัมผัสกล้ามเนื้อแขนด้านนอก วันละครั้ง						MCG3 <input type="checkbox"/>
72	ผู้ดูแลนวดสัมผัสบริเวณขาทำนองหงาย วันละครั้ง						MCG4 <input type="checkbox"/>
73	ผู้ดูแลนวดสัมผัสบริเวณขาทำนองตะแคง วันละครั้ง						MCG5 <input type="checkbox"/>
74	ผู้ดูแลนวดสัมผัสบริเวณหลังทำนองตะแคง วันละครั้ง						MCG6 <input type="checkbox"/>
75	ผู้ดูแลประคบด้านอ่อนแรงด้วยลูกประคบสมุนไพร วันละครั้ง						MCG7 <input type="checkbox"/>
	การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน						
76	ขณะนอนหงาย ท่านจัดให้ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรงใช้หมอนบาง ๆ หนุนที่หัวไหล่และต้นแขนข้างที่อ่อนแรง นิ้วมือเหยียดออก ใช้หมอนหนุนข้างสะโพกด้านที่อ่อนแรง ขาเหยียดตรงและใช้หมอนกันปลายเท้าตก						SC1 <input type="checkbox"/>
77	ขณะนอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง ท่านโน้มศีรษะไปด้านหน้าเล็กน้อย ลำตัวตรง แขนขาข้างปกติวางบนหมอน งอข้อศอก สะโพกและเข่าเล็กน้อย แขนขาข้างที่อ่อนแรงยื่นมาข้างหน้า แขนเหยียดตรง มือหงายขึ้น จัดวางตำแหน่งขาข้างที่อ่อนแรงไม่ให้ถูกกดทับ สะโพกเหยียดตรง เข่างอเล็กน้อย เท้าอยู่ในท่าปกติ						SC2 <input type="checkbox"/>
78	ท่านลุกขึ้นนั่งจากท่านอนหงาย โดยใช้มือข้างที่ปกติจับมือข้างที่อ่อนแรงไว้ พลิกตะแคงตัวไปทางด้านดีโดยจับมือข้างที่อ่อนแรงไปด้วย ไขว้ขาข้างปกติเกี่ยวขาข้างที่อ่อนแรงลงมาข้างเดียว ใช้แขนข้างที่ปกติดันตัวลุกขึ้นมาสู่ท่านั่ง						SC3 <input type="checkbox"/>

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ เคย	
79	ท่านฝึกนั่งข้างขอบเตียง โดยบ่าทั้ง 2 ข้างอยู่ในระดับเดียวกัน						SC4 <input type="checkbox"/>
80	ท่านนั่งเก้าอี้มีพนักหรือรถเข็นโดยนั่งหลังตรง สะโพกชิดพนักพิงหลัง วางมือข้างอ่อนแรงบนโต๊ะหรือหมอน ไม่ปล่อยให้แขนข้างอ่อนแรงตกไปด้านข้าง						SC5 <input type="checkbox"/>
81	เมื่อจะลุกขึ้นยืน ท่านเริ่มจากนั่งขอบเตียง เท้าทั้ง 2 ข้างวางราบกับพื้น เลื่อนตัวมาด้านหน้าให้สั้นเท้าทั้ง 2 ข้างอยู่หลังต่อข้อเข่า จากนั้นโน้มตัวมาด้านหน้าลงน้ำหนักที่เท้าทั้ง 2 ข้างให้เท่ากัน พร้อมกับยึดตัวขึ้นยืนตรง						SC6 <input type="checkbox"/>
82	เมื่อเดินโดยใช้ไม้เท้าขาเดียวหรือสามขา ท่านเริ่มจากทำยืนตรง นำไม้เท้าวางด้านหน้าของขา ก้าวขาข้างที่อ่อนแรงมาด้านหน้าก่อนแล้วก้าวขาข้างที่ดีตามมา						SC7 <input type="checkbox"/>
83	เมื่อขึ้นบันได ท่านใช้มือข้างที่ดีจับราวบันได ก้าวขาข้างที่ดีขึ้นก่อน ลงน้ำหนักขาข้างดี ก้าวขาข้างที่อ่อนแรงวางบนบันไดขึ้นเดียวกัน						SC8 <input type="checkbox"/>
84	เมื่อลงบันได ท่านใช้มือข้างที่ดีจับราวบันได ก้าวขาข้างที่อ่อนแรงลงมาก่อน ก้าวขาข้างที่ดีตามลงมา						SC9 <input type="checkbox"/>
85	ขณะกินอาหาร ท่านอยู่ในท่านั่งที่สมดุล ใช้มือข้างที่อ่อนแรงช่วยประคองแก้ว หรือหยิบอาหาร ภาชนะมีอุปกรณ์กันลื่นไหล แก้วมีหูช้อนส้อมเสริมด้าม เพื่อให้หยิบจับได้สะดวก						SC10 <input type="checkbox"/>
86	ท่านสวมเสื้อโดยเริ่มจาก การสอดแขนข้างที่อ่อนแรงเข้าไปก่อน จัดเสื้อให้เข้าที่แล้วสอดแขนข้างที่ปกติเข้าไปในแขนเสื้อ แล้วใช้แขนข้างมีแรงจัดเสื้อให้เรียบร้อยและติดกระดุม						SC11 <input type="checkbox"/>

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ เคย	
87	ท่านถอดเสื้อโดยเริ่มจากถอดข้างปกติก่อน แล้ว ใช้แขนข้างปกติช่วยดึงเสื้อให้ข้างที่อ่อนแรง						SC12 <input type="checkbox"/>
88	ท่านสวมรองเท้าและถุงเท้าใช้วิธีการแบบ เดียวกัน คือ ไขว้ขาข้างที่อ่อนแรง เพื่อที่จะ เอื้อมถึงบริเวณเท้าได้สะดวก สวมข้างที่อ่อน แรงให้เสร็จก่อน ส่วนการถอด ท่านถอดข้าง ที่อ่อนแรงเป็นข้างสุดท้าย						
	ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน						
89	ท่านอยู่ในท่านั่งหรือศีรษะสูงขณะกินอาหาร						
90	ท่านกินอาหารที่มีความชื้นและเป็นเนื้อ เดียวกัน อ่อนนุ่ม กลืนง่าย เช่น ซุปข้น โจ๊ก ไข่ ตุ๋น เป็นต้น						
91	ท่านกินอาหารช้า ๆ ครั้งละน้อย กลืนเป็น จังหวะ และไม่พูดคุยขณะกินอาหาร						
92	ท่านนอนตะแคงข้างปกติและข้างอ่อนแรง สลับกัน						
93	ขณะนอนบนเตียง ร่างกายด้านที่อ่อนแรงอยู่ ด้านนอกและผู้ดูแลเข้ามาช่วยเหลือหรือพูดคุย กับท่านทางด้านที่อ่อนแรง						
94	ท่านฝึกการยืน เดิน การทรงตัว และมีผู้ดูแล ช่วยประคองขณะเดิน						
95	ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น หรือหลังขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ						
96	ท่านเฝ้าระวังอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ปากเบี้ยว แขนขาข้างใดอ่อนแรงหรือข้าง ที่เป็นอัมพาตอ่อนแรงมากขึ้น พูดไม่ชัด ปวด ศีรษะ ซึมลง หรืออาเจียน เพื่อให้ญาติพาไป โรงพยาบาลโดยด่วนหรือโทรศัพท์เรียก 1669						

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ เคย	
	การจัดการความทุกข์ (Distress Management)						
97	เมื่อมีทุกข์ ท่านได้ระบายกับผู้ที่ท่านไว้วางใจ หรือมีคนรับฟังความทุกข์และความต้องการ ของท่าน						DM1 <input type="checkbox"/>
98	เมื่อมีทุกข์ ท่านวิเคราะห์หาสาเหตุ และแก้ไข ปัญหาด้วยตนเอง						DM2 <input type="checkbox"/>
99	เมื่อมีทุกข์ ท่านได้ปรึกษากับคนที่ท่าน ไว้วางใจ และหาทางออกในการแก้ปัญหา ร่วมกัน						DM3 <input type="checkbox"/>
100	เมื่อแก้ปัญหาความทุกข์ด้วยวิธีการที่มี พระสงฆ์เป็นที่ปรึกษาแล้วทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้น						DM4 <input type="checkbox"/>
101	เมื่อมีทุกข์และต้องการความช่วยเหลือ ท่าน ได้รับการช่วยเหลือ						DM5 <input type="checkbox"/>
102	ท่านมีกำลังใจ เชื่อมั่น และเห็นคุณค่าใน ตนเอง						DM6 <input type="checkbox"/>

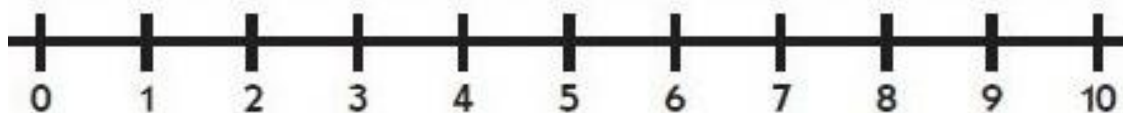
* ข้อ100 เป็นคำถามที่เปลี่ยนจากเดิม ก่อนเข้าโปรแกรม เป็นคำถามหลังเข้าโปรแกรม
ก่อนคือตัวท่านเอง หลังคือพระสงฆ์*

ส่วนที่ 3 ความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ก่อนเข้าโปรแกรม ท่านมีความทุกข์ใจระดับใด

DPre

คำชี้แจง: กรุณาวางกลมรอบตัวเลข 0-10 ที่บอกถึงระดับความทุกข์ของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
จนถึงวันนี้



ไม่ทุกข์เลย

ทุกข์ทรมาณแสนสาหัส

สาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่สอดคล้องสาเหตุของความทุกข์ของท่านในช่วง

1 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ด้วย

ประเด็นปัญหา	ปัญหา		สำหรับ ผู้วิจัย	ประเด็นปัญหา	ปัญหา		สำหรับผู้วิจัย
	มี	ไม่มี			มี	ไม่มี	
ปัญหาทางกาย				ปัญหาในชีวิตประจำวันทั่วไป			
1. รูปลักษณ์ภายนอก เปลี่ยนแปลง เช่น ปากเปื่อย พุทไม่ซัด สูญเสียการทรงตัว เป็นต้น			B1 <input type="checkbox"/>	1. การดูแลบุตร			D1 <input type="checkbox"/>
				2. ที่อยู่อาศัย			D2 <input type="checkbox"/>
				3. การเงิน/ค่าใช้จ่าย			D3 <input type="checkbox"/>
2. การรับประทานอาหาร/น้ำ			B2 <input type="checkbox"/>	4. การเดินทาง			D4 <input type="checkbox"/>
3. การรับประทานยา			B3 <input type="checkbox"/>	5. การทำงาน			D5 <input type="checkbox"/>
4. อาหารไม่ย่อย/ ท้องอืด			B4 <input type="checkbox"/>	6. อื่นๆ โปรดระบุ.....			D6 <input type="checkbox"/>
5. การอาบน้ำ/ แต่งตัว			B5 <input type="checkbox"/>	ปัญหาในครอบครัว			
6. การควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ/อุจจาระ			B6 <input type="checkbox"/>	1. การรับมือกับคู่สมรสและ ความต้องการของคู่สมรส			F1 <input type="checkbox"/>
7. การติดต่อสื่อสาร: นึก คำพูดไม่ออก สับสน พุดไม่ซัด			B7 <input type="checkbox"/>	2. การจัดการกับบุตรและ ความต้องการของบุตร			F2 <input type="checkbox"/>
8. อาการปวดตามอวัยวะต่าง ๆ			B8 <input type="checkbox"/>	3. อื่น ๆ โปรดระบุ.....			F3 <input type="checkbox"/>
9. การมองเห็น: เห็นภาพ ซ้อน เห็นภาพครึ่งเดียว ตาบอด			B9 <input type="checkbox"/>	ปัญหาด้านอารมณ์			
10. การเคลื่อนย้ายตัวเอง เช่น การเดิน นั่ง นอน การ เคลื่อนไหว ร่างกาย เป็นต้น			B10 <input type="checkbox"/>	1. กังวลใจ			E1 <input type="checkbox"/>
				2. ความหดหู่/ สะเทือนใจ			E2 <input type="checkbox"/>
				3. หวาดกลัว / กลัวถูกทอดทิ้ง			E3 <input type="checkbox"/>
				4. กลัวการพลัดพราก/ ห่วงคน ข้างหลัง			E4 <input type="checkbox"/>
11. อาการชาตามมือ/เท้า หรืออวัยวะอื่น ๆ			B11 <input type="checkbox"/>	5. รู้สึกเศร้า/ เสียใจ			E5 <input type="checkbox"/>
				6. เบื่อ/เซ็ง ไม่สนใจทำกิจวัตร ประจำวัน			E6 <input type="checkbox"/>
12. กล้ามเนื้อลีบ			B12 <input type="checkbox"/>	7. อื่น ๆ โปรดระบุ.....			E7 <input type="checkbox"/>

ประเด็นปัญหา	ปัญหา		สำหรับ ผู้วิจัย	ประเด็นปัญหา	ปัญหา		สำหรับผู้วิจัย
	มี	ไม่มี			มี	ไม่มี	
13. ข้อติดขัด			B13 <input type="checkbox"/>	ปัญหาด้านความเชื่อ/ศาสนา/จิตวิญญาณ			
14. ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์			B14 <input type="checkbox"/>	1. ไม่มั่นใจกับชีวิตหลังความตาย			R1 <input type="checkbox"/>
				2. กลัวตาย			R2 <input type="checkbox"/>
15. การนอนหลับ			B15 <input type="checkbox"/>	3. มีเรื่องค้างคาใจที่ต้องสะสาง ให้เรียบร้อย			R3 <input type="checkbox"/>
16. อื่นๆ โปรดระบุ.....			B16 <input type="checkbox"/>	4. อื่นๆ โปรดระบุ.....			R4 <input type="checkbox"/>



แบบบันทึกการบริหารร่างกายข้างอ่อนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่าน ในการบริหารร่างกายข้างที่อ่อนแรง กรุณาระบุเหตุผลประกอบตามความเป็นจริง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบันทึกเอง

วันที่	บริหารร่างกาย ซีกอ่อนแรง		บริหารกล้ามเนื้อปาก		หมายเหตุ
	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	
สัปดาห์ที่ 1					สาเหตุที่ไม่ได้ทำ
วันที่ 1					
วันที่ 2					
วันที่ 3					
วันที่ 4					
วันที่ 5					
วันที่ 6					
วันที่ 7					

วันที่	บริหารร่างกาย ซีกอ่อนแรง		บริหารกล้ามเนื้อปาก		หมายเหตุ
	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	
สัปดาห์ที่ 2					สาเหตุที่ไม่ได้ทำ
วันที่ 1					
วันที่ 2					
วันที่ 3					
วันที่ 4					
วันที่ 5					
วันที่ 6					
วันที่ 7					

บันทึกสำหรับผู้ดูแล

การฟื้นฟูสภาพที่ผู้ดูแลทำให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ 1-2

(ระยะเวลา 7 สัปดาห์ ส่งบันทึกกับ อสม.ทุกสัปดาห์)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่าน หากไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมใดให้แก่ผู้ป่วย กรุณาระบุเหตุผลประกอบตามความเป็นจริง

วันที่	บริหารร่างกายซีกอ่อนแรง		นวดสัมผัส		ประคบสมุนไพร		หมายเหตุ (สาเหตุที่ไม่ได้ทำ)
	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	
สัปดาห์ที่ 1							
วันที่ 1							
วันที่ 2							
วันที่ 3							
วันที่ 4							
วันที่ 5							
วันที่ 6							
วันที่ 7							

สัปดาห์ที่ 2							
วันที่ 1							
วันที่ 2							
วันที่ 3							
วันที่ 4							
วันที่ 5							
วันที่ 6							
วันที่ 7							

แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ชื่อ-สกุล ผู้ดูแล..... เบอร์โทรศัพท์.....

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่.....ตำบล.....อำเภอ ปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

ชื่อ-สกุล อสม.....เบอร์โทรศัพท์.....

การให้คำชี้แนะโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การเยี่ยมครั้งที่ 1	รายละเอียด	คำชี้แนะ
ปัญหาด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพ	ผู้ดูแล	
	ผู้ป่วย	
ปัญหาด้านจิตสังคม/จิต วิญญาณ	ผู้ดูแล	
	ผู้ป่วย	
การเยี่ยมครั้งที่ 2	รายละเอียด	คำชี้แนะ
ปัญหาด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพ	ผู้ดูแล	
	ผู้ป่วย	
ปัญหาด้านจิตสังคม/จิต วิญญาณ	ผู้ดูแล	
	ผู้ป่วย	
การเยี่ยมครั้งที่ 3	รายละเอียด	คำชี้แนะ
ปัญหาด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพ	ผู้ดูแล	
	ผู้ป่วย	
ปัญหาด้านจิตสังคม/จิต วิญญาณ	ผู้ดูแล	
	ผู้ป่วย	
การเยี่ยมครั้งที่ 4	รายละเอียด	คำชี้แนะ
ปัญหาด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพ	ผู้ดูแล	
	ผู้ป่วย	
ปัญหาด้านจิตสังคม/จิต วิญญาณ	ผู้ดูแล	
	ผู้ป่วย	

แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

สัปดาห์ที่.....วันที่.....เยี่ยมครั้งที่.....

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....

ชื่อ-สกุล อสม.ผู้เยี่ยมบ้าน.....

กิจกรรมเยี่ยมบ้านของ อสม.	การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	ปัญหาที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง	การให้คำแนะนำช่วยเหลือ
ด้านอาหาร	<input type="checkbox"/> อาหารที่มีโซเดียมสูง (อาหารเค็ม) อาหารดองเค็ม ไข่เค็ม กุ้งแห้งหน่อไม้ดอง แหนม ไส้กรอก <input type="checkbox"/> อาหารที่มีไขมันมาก ๆ เช่นหมูสามชั้น หนังไก่ เนย ครีม <input type="checkbox"/> อาหารสำเร็จรูป เช่นบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป <input type="checkbox"/> กินอาหารหวาน เช่นขนมหวาน ทองหยิบ ทองหยอด ของเชื่อม ไอศกรีม <input type="checkbox"/> กินอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่นหมูเลาะมัน ออก นมพร้อมมันเนย เน้นรับประทานเนื้อปลา		
ด้านรับประทานยา	<input type="checkbox"/> อ่านฉลากก่อนการรับประทานยา ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> กินยา ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด จำนวน <input type="checkbox"/> สังเกตอาการเลือดออกตามไรฟัน จ้ำ เลือดตามตัว อุจจาระมีสีดำ ปัสสาวะเป็น เลือด		<input type="checkbox"/> ให้ข้อมูลความรู้ เรื่องการไข้ยา การกิน ยา <input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำการ บันทึกการกินยา <input type="checkbox"/> ชมเชยเมื่อปฏิบัติ ตัวด้านการกินยาได้ ถูกต้อง
ด้านการ ขับถ่าย	<input type="checkbox"/> ถ่ายปัสสาวะทันทีที่ปวด <input type="checkbox"/> ขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา		<input type="checkbox"/> ให้ข้อมูลอาการ แทรกซ้อนของการ กลั้นปัสสาวะ (เกิดการ ติดเชื้อของระบบ ทางเดินปัสสาวะ)

กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ของ อสม.	การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	ปัญหาที่ผู้ป่วย ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง	การให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ
<p>ด้านบริหารร่างกาย</p> <p>การบริหารร่างกายโดยผู้ป่วยทำเอง</p> <p>การบริหารร่างกายโดยผู้ดูแลหลักช่วยทำ</p> <p>การนวด โดยผู้ดูแลหลัก</p> <p>การประคบด้วยสมุนไพรโดยผู้ดูแลหลัก</p>	<p><input type="checkbox"/> บริหารร่างกายด้านอ่อนแรงโดยใช้ด้านแข็งแรงช่วยสม่ำเสมอ</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ดูแลช่วยบริหารร่างกายผู้ป่วย สม่ำเสมอ</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ดูแลช่วยนวดผู้ป่วยสม่ำเสมอ</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ดูแลช่วยประคบผู้ป่วยด้วยสมุนไพร สม่ำเสมอ</p>		<p><input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำการบริหารร่างกายด้วยตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> ชมเชยเมื่อเมื่อปฏิบัติตัวด้านบริการร่างกายได้ถูกต้อง</p>





ภาคผนวก จ

แผนการสอน

แผนการสอน เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน...30...คน

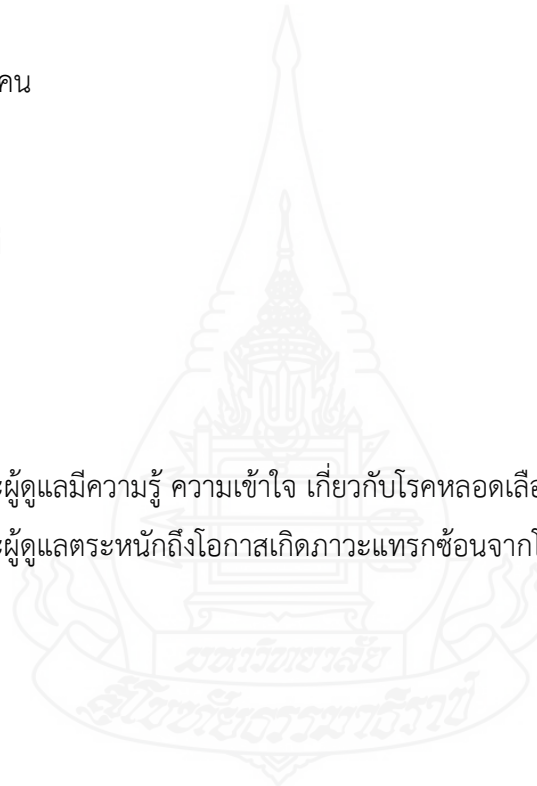
ระยะเวลา 40 นาที

สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่

ผู้สอน นางเพ็ญศรี แสนสุข

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลตระหนักถึงโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง

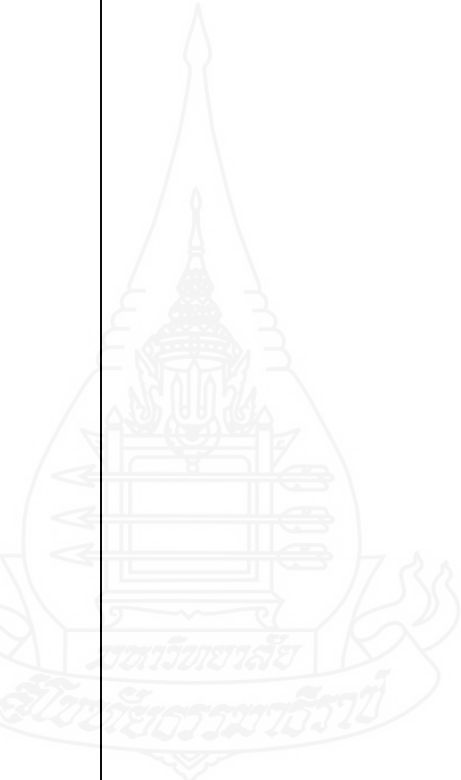


วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมิน
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล	สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางเพ็ญศรี แสนสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านใหม่ ดิฉันจะมาให้ความรู้เรื่องหลอดเลือดสมอง ก่อนที่เราจะเริ่มกิจกรรมขอให้เราทำความรู้จักกันด้วยการแนะนำตัวก่อนนะคะ	5 นาที	1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลและแนะนำตัว 2. ให้ผู้ดูแลแต่ละคนแนะนำตนเองแก่กลุ่ม 3. สุ่มผู้ดูแล 1-2 คน เพื่อถามชื่อสมาชิกกลุ่ม	1. ผู้วิจัย 2. รายชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย	สังเกตความสนใจ ความตั้งใจในการแนะนำตนเอง และ ความถูกต้องในการตอบชื่อสมาชิกกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง และสนใจฟังการบรรยาย	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงทั้งก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิต ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 17 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 6.5 ล้านคน และมีชีวิตรอดแต่มีความพิการ 26 ล้านคน ในอำเภอปากเกร็ดพบผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีคิดเป็นร้อยละ ตั้งแต่ปี 2555 ถึง ปี 2559 คือ 31.7, 30.3,	2 นาที	1. ผู้วิจัยบรรยายสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง 2. เปิดวิดีโอทัศน์ประกอบเสียงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจนสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงคนปกติ 3. ถามผู้ดูแลว่าโรคหลอดเลือดสมองมีขนาดและความรุนแรงมากน้อยเพียงใด 4. ผู้วิจัยให้ข้อมูลป้อนกลับความถูกต้องของคำตอบและเพิ่มเติมเนื้อหาให้สมบูรณ์	1. ผู้วิจัย 2. วิดีทัศน์ประกอบเสียง	1. สังเกตความสนใจ ความตั้งใจในการฟังและชม 2. ความถูกต้องของคำตอบ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมิน
	29.9, 31.7 และ 41.93 ในส่วนที่ไม่เสียชีวิต กลายเป็นผู้พิการ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มีผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จำนวนมากขึ้น ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล จึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อของผู้ป่วย ด้วยความหวังว่าสักวันหนึ่งผู้ป่วยจะกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ เช่นผู้ป่วยรายนี้				
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและดูแลเข้าใจ ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง	ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาท จากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ที่ทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองบกพร่อง เซลล์สมองถูกทำลายและนำไปสู่การตายของเนื้อเยื่อสมอง	2 นาที	1. ผู้วิจัยบรรยายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สไลด์ประกอบเสียง 2. สุ่มถามความหมายของโรคจากผู้ดูแล 1 คน 3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลป้อนกลับความถูกต้องของคำตอบและเพิ่มเติมเนื้อหาให้สมบูรณ์	1. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สไลด์ ประกอบเสียง	1. สังเกตความสนใจ ความตั้งใจในการฟัง และชม 2. ความถูกต้องของคำตอบ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยและดูแลเข้าใจสาเหตุของโรคหลอดเลือด	สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากสาเหตุใหญ่ ๆ 2 สาเหตุ ดังนี้	3 นาที	1. ผู้วิจัยบรรยายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สไลด์ประกอบเสียง 2. เปิดภาพเคลื่อนไหวสาเหตุของโรคหลอดเลือด	1. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สไลด์	1. สังเกตความสนใจ ความตั้งใจในการฟัง และชม

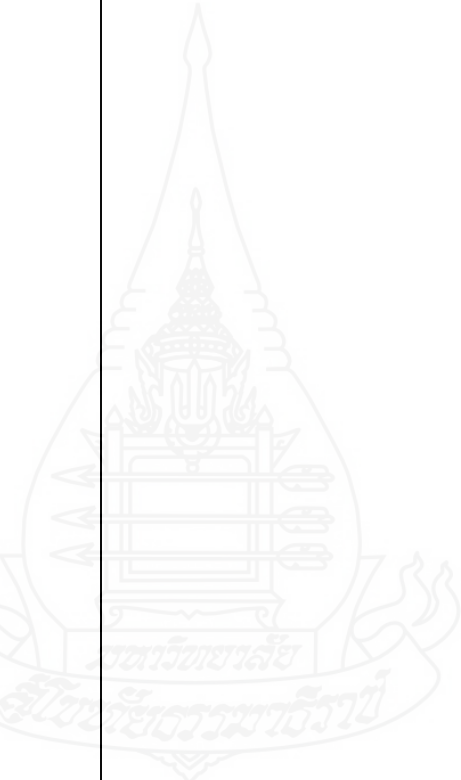
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมิน
สมอง	<p>1. การขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง พบร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากหลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง ประมาณร้อยละ 20 หลอดเลือดฝอยในสมองตีบ ประมาณร้อยละ 20-25 ลิ้มเลือดจากหัวใจ ประมาณร้อยละ 20 การแข็งตัวของเลือด มากกว่าปกติ ความผิดปกติของระบบเลือด การอักเสบ ไมเกรน การหดเกร็งของหลอดเลือด การใช้สารเสพติด ประมาณร้อยละ 5 และไม่ทราบสาเหตุ ประมาณร้อยละ 30</p> <p>สรุปการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองมีสาเหตุจากหลอดเลือดแข็งและตีบ รวมทั้งลิ้มเลือดไปอุดตันหลอดเลือด</p> <p>2. การเกิดเลือดออก พบร้อยละ 20 - 25 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากเลือดออกในสมองจากหลอดเลือดสมองแตก เพราะความดันโลหิตสูง ประมาณร้อยละ 56-81 หลอดเลือดสมองโป่งพองหรือผิดปกติ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และจาก</p>		<p>เลือดสมองจากการขาดเลือดและจากเลือดออก</p> <p>2. ผู้วิจัยบรรยายสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>ประกอบเสียง</p> <p>2. ภาพเคลื่อนไหว</p> <p>3. Roll up</p>	<p>2. ความถูกต้องของคำตอบ</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมิน
	<p>เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง เพราะการแตกของหลอดเลือดสมองที่โป่งพองและผิดปกติแต่กำเนิด สรุปลักษณะเลือดออกในสมองมีสาเหตุจากหลอดเลือดแตกจากความดันโลหิตสูง หลอดเลือดโป่งพองและผิดปกติ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ</p>				
<p>5. เพื่อให้ผู้ป่วยและดูแลเข้าใจพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันตามประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด มี 2 กลุ่ม ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน สัมพันธ์กับหลอดเลือดแดงแข็งและตีบจากไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงนาน ทำให้เกิดลิ่มเลือดบริเวณที่หลอดเลือดตีบแคบ ไปอุดตันหลอดเลือดสมองให้ขาดเลือดและเนื้อสมองตาย เกิดอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป 1.2 โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน จาก 	<p>5 นาที</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยบรรยายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สไลด์ประกอบเสียง 2. เปิดภาพเคลื่อนไหวเรื่องพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือดและการเกิดเลือดออก 3. สุ่มผู้ดูแล 1-2 คน สรุปลักษณะพยาธิสภาพของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4. ผู้วิจัยให้ข้อมูลป้อนกลับ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สไลด์ ประกอบเสียง 2. ภาพเคลื่อนไหว 3. Roll up 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตความสนใจ ความตั้งใจในการฟัง และชม 2. ความถูกต้องของคำตอบ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมิน
	<p>ลิมเลือดหรือเนื้อเยื่อหัวใจที่อักเสบหลุดลอยเข้ากระแสเลือดไปอุดตันหลอดเลือดสมองเล็ก ๆ ที่มีขนาดพอดีกับขนาดของสิ่งอุดตัน พบมากที่หลอดเลือดส่วนกลางของสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและตายอย่างเฉียบพลันและรวดเร็ว ไม่มีการเตือน</p> <p>2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก</p> <p>2.1 เลือดออกในสมอง จากการแตกของหลอดเลือดในสมองจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้เลือดออกในเนื้อสมอง ก้อนเลือดไปกดเนื้อสมองและช่องว่างในสมองและไซสัสนหลัง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ไปกดเบียดเนื้อสมองจนขาดเลือดและตาย</p> <p>2.2 เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ทำให้การไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไซสัสนหลังถูกอุดกั้น สมองบวมเฉียบพลัน ร่วมกับการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ ความดันโลหิตที่ไปเลี้ยงสมองลดลง</p>				

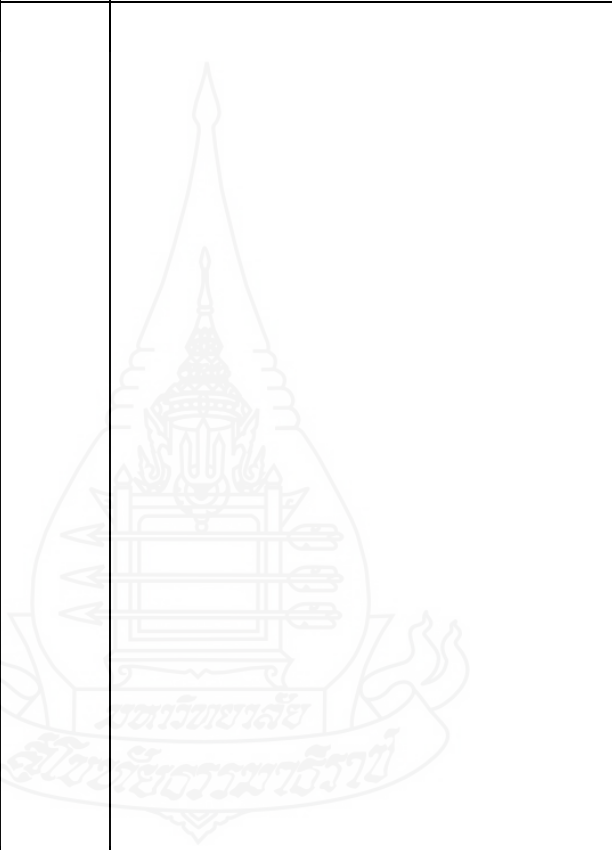
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมิน
	เกิดการขาดเลือดตามมา				
6. เพื่อให้ผู้ป่วยและดูแลเข้าใจ อาการ และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง	<p>อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันตามประเภทตีบ ตัน แดง ตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ</p> <p>อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ที่สามารถสังเกตได้ง่ายๆ และควรใส่ใจ มีดังนี้ 1) แขนขาอ่อนแรงหรือชาซีกใดซีกหนึ่งหรือขยับไม่ได้ ขึ้นมาทันที 2) ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด พูดไม่ออก หรือไม่เข้าใจคำพูด 3) ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน 4) งุนงง เดินเซ เสียการทรงตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดร่วมกับอาการอื่น ๆ ช่างต้น ลักษณะสำคัญคือ เป็นค่อนข้างเร็ว กะทันหันภายในเวลาเป็นนาที หรืออาจเป็นหลังตื่นนอนโดยที่ก่อนเข้านอนยังปกติอยู่</p>	5 นาที	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยบรรยายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สไลด์ประกอบเสียงเรื่องอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง 2. ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยชมวีดิทัศน์กรณีตัวอย่างผู้ที่มีอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง 3. สุ่มผู้ดูแล 1-2 คน ให้บอกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดูแล 4. ผู้วิจัยให้ข้อมูลป้อนกลับความถูกต้องของคำตอบและเพิ่มเติมเนื้อหาให้สมบูรณ์ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สไลด์ ประกอบเสียง 2. วีดิทัศน์ ประกอบเสียง 3. Roll up 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตความสนใจ ความตั้งใจในการฟัง และชม 2. ความถูกต้องของคำตอบ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมิน
<p>7. เพื่อให้ผู้ป่วยและดูแลเข้าใจภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยมีทั้งด้านร่างกายทุกระบบและจิตใจ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเกิดแผลกดทับ จากการที่ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว สูญเสียประสาทรับความรู้สึกของผิวหนัง มีการไหลเวียนโลหิตลดลง ขาดสารอาหาร การบวม การติดเชื้อ เป็นต้น บริเวณที่พบบ่อย ได้แก่ ก้นกบ ข้อศอก สะบัก สันเท้า และตาตุ่ม 2. ข้อยึดติด ข้อติดแข็ง จากไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อต่อทำให้พังผืดใกล้ข้อหดตัว น้ำไขข้อลดลง หรือมีหินปูนมาเกาะ 3. ภาวะปอดบวม จากการสำลัก สำรอกอาหารจากความผิดปกติของการกลืน 4. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะโดยเฉพาะในรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ จากการคั่งของปัสสาวะในถุงปัสสาวะที่อยู่สูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ 	5 นาที	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยบรรยายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สไลด์ประกอบเสียงเรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง 2. สุ่มผู้ดูแล 1-2 คน ให้บอกภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง 3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลป้อนกลับความถูกต้องของคำตอบและเพิ่มเติมเนื้อหาให้สมบูรณ์ 	<p>1. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สไลด์ประกอบเสียง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตความสนใจ ความตั้งใจในการฟัง และชม 2. ความถูกต้องของคำตอบ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมิน
	<p>5. ภาวะทุพโภชนาการ จากความผิดปกติของการกลืน</p> <p>6. ภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า พบบ่อย จะมีอาการมึนงง วิงเวียน เซเหิน้อย มือสั่น หูไม่ได้ยิน หรือได้ยินน้อยลง หูอื้อตาพร่า คลื่นไส้ อาจปวดศีรษะ ปวดต้นคอหรือปวดไหล่ ซาซา เมื่อความดันโลหิตต่ำมาก อาจเป็นลมหมดสติ</p> <p>7. การกดทับของประสาท กล้ามเนื้อหดเกร็ง จากการไหลเวียนเลือดที่สมองผิดปกติ ออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมองลดลง เซลล์ประสาทในสมองจึงถูกทำลาย</p> <p>8. อุบัติเหตุทำให้ได้รับบาดเจ็บจากการสูญเสียความรู้สึก ภาวะอ่อนแรง ไม่มีกำลังของกล้ามเนื้อ</p> <p>9. ภาวะซึมเศร้า จากสมองและร่างกายเปลี่ยนแปลงไป</p>				
8. เพื่อให้ผู้ป่วยและดูแลเข้าใจการ	การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง จุดมุ่งหมายสำคัญให้อาการทุเลาลง มี	5 นาที	1. ผู้วิจัยบรรยายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สไลด์ประกอบเสียงเรื่องการรักษาโรคหลอดเลือด	1. โปรแกรมคอมพิวเตอร์	1. สังเกตความสนใจ ความตั้งใจในการฟัง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมิน
รักษาโรคหลอดเลือดสมอง	<p>ความพิการน้อยที่สุด และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การรักษาขึ้นอยู่กับชนิด ความรุนแรง ระยะเวลาเกิดอาการ สาเหตุของการเกิดโรค โรคที่เกิดร่วมและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ หลักการรักษา มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรักษาในระยะเฉียบพลัน โดยให้ยาต้านเลือดแข็งตัว ภายในเวลา 4-5 ชั่วโมง ให้รับประทานยาแอสไพรีน ภายใน 48 ชั่วโมง การผ่าตัดเปิดกะโหลก กรณีที่มีเลือดออกในสมอง 2. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วยการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดเกาะกลุ่ม หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด ให้ยาลดความดันโลหิตในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง 3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยการให้ความรู้เพื่อให้เข้าใจวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพ การทำกายภาพบำบัดด้วยการบริหารข้อต่อและออกกำลังกายกล้ามเนื้อ การจัดทำผู้ป่วยคนเดียว การนวดแผนไทย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเสริมสร้างความมั่นใจในการ 		<p>เลือดสมอง</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยชมตัวอย่างยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ยาแอสไพรีน ยาลดความดันโลหิตสูง 3. สุ่มผู้ดูแล 1-2 คน ให้บอกการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง 4. ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับความถูกต้องของคำตอบและเพิ่มเติมเนื้อหาให้สมบูรณ์ 	<p>สไลด์ ประกอบ เสียง 2. ยา แอสไพรีน ยาป้องกัน การแข็งตัว ของเลือด เช่นยาวาร์ ฟาริน ยาลดความ ดันโลหิตสูง</p>	<p>และชม 2. ความถูกต้องของ คำตอบ</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมิน
	ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย				
9. เพื่อให้ผู้ป่วยและดูแลตระหนักถึงโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง และ ความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาท จากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง เพราะหลอดเลือดแข็ง ตีบ การเกิดลิ่มเลือด และมีเลือดออกในfffและเยื่อหุ้มสมอง เพราะหลอดเลือดแตก ทำให้ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงแตกต่างกันขึ้นกับตำแหน่ง เช่น แขนขาอ่อนแรงหรือขาซีกใดซีกหนึ่ง พูดไม่ชัด ปวดศีรษะรุนแรง งุนงง เดินเซ เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หากดูแลไม่ถูกต้อง เช่น การเกิดแผลกดทับ ข้อยึดติด ข้อติดแข็ง และการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น จะเห็นว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง ทำให้การเคลื่อนไหวผิดปกติ ไม่สามารถจะดูแลตัวเองได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ หากการดูแลไม่ถูกต้อง ดังนั้น จึงต้องให้ความสนใจกับการ	8 นาที	1. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและเปิดโอกาสให้ซักถาม	1. ผู้วิจัย	1. สังเกตความสนใจ ความตั้งใจในการฟัง และชม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมิน
	<p>ดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง โดยรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดเกาะกลุ่ม ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาลดความดันโลหิต อย่างต่อเนื่อง บางรายอาจจะต้องรับการผ่าตัด รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกายภาพบำบัดและการแพทย์แผนไทย</p> <p>การดูแลที่สำคัญมาก คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้กลับสู่สภาพปกติให้มากที่สุด ผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยเฉพาะสมรรถภาพกล้ามเนื้อซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้อย่างครบถ้วน มีความพิการน้อยที่สุด มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี</p>				

ภาคผนวก ฉ

คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



คู่มือ

การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



จัดทำโดย

นางเพ็ญศรี แสนสุข



นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

คำนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นกลุ่มอาการและอาการแสดง ที่เป็นการบกพร่องของระบบประสาทโดยเกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน แตก มีผลทำให้สมองส่วนนั้น ๆ ทำหน้าที่ตามปกติไม่ได้ และเกิดอาการผิดปกติของร่างกายตามมา ถ้าเป็นถาวรเรียก อัมพาต ถ้าไม่ถาวรเรียก อัมพฤกษ์ ผู้ป่วยจะมีอาการแขนขาอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง ชาครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด กลืนอาหารลำบาก ตามัวมองเห็นภาพซ้อน เป็นต้น

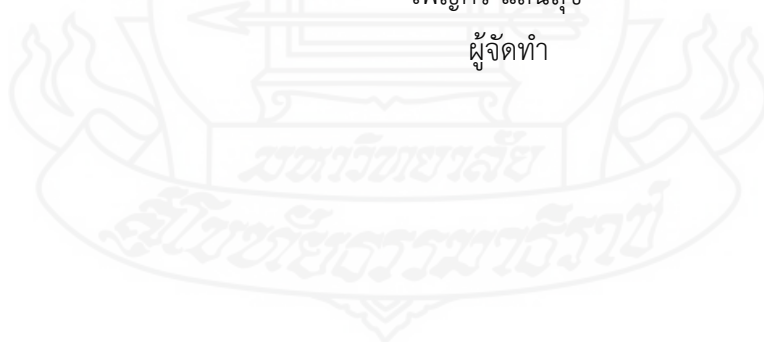
ในประเทศไทย คาดว่าจะมีผู้ป่วยเกิดจากหลอดเลือดสมองไม่ต่ำกว่าปีละ 150,000 คน อัตราการตายในช่วงอาทิตย์แรก สูงราวร้อยละ 15-20 และในผู้ป่วยที่รอดชีวิตพบว่า ร้อยละ 90 มีความพิการที่ถาวรหลงเหลืออยู่ มีเพียงร้อยละ 10 ที่ไม่มีความพิการ

ผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้น เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ อาการ อาการแทรกซ้อน การป้องกันอันตราย ความพิการ ตลอดจนการรักษา การให้การดูแลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งทางด้านอาหารสำหรับการบำบัด การฟื้นฟูทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ

เชื่อว่าคู่มือฉบับนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และประชาชนไทยในภาพรวมอย่างกว้างขวางเฉพาะยิ่ง การดำเนินวิถีชีวิตอย่างถูกต้อง จะสามารถป้องกัน ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อสุขภาพที่ดีและชีวิตที่ยืนยาว

เพ็ญศรี แสนสุข

ผู้จัดทำ



สารบัญ

	หน้า
โรคหลอดเลือดสมอง	
ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง	1
ชนิดและพยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมอง	1
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1
อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง	2
ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง	2
การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง	2
การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน	4
การจัดท่าบนเตียงและการเคลื่อนไหว	4
การรับประทานอาหารลงน้ำ	12
การรับประทานยา	13
การขยับถ่าย	14
การบริหารร่างกายด้วยตนเอง 9 ท่า	14
การทำกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ	25
การรับประทานอาหาร	26
การดูแลสุขอนามัยส่วนตัว	26
การแต่งตัว	26
การนอนหลับ	27
การขยับถ่าย	27
การสื่อสาร	27
การช่วยเหลือด้านเพศสัมพันธ์และอารมณ์	28
การฟื้นฟูสภาพการคิดและการรับรู้	28

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองในลักษณะตีบ ตัน หรือแตก ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดและได้รับออกซิเจนน้อยลง หรือถูกก้อนเลือดกีดขวางทำให้เซลล์สมองทำงานไม่ได้ตามปกติ เกิดอาการต่าง ๆ ตามตำแหน่งของสมองที่ผิดปกติ

ชนิดและพยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ซึ่งมีพยาธิสรีรภาพต่างกัน ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันทำให้สมองขาดเลือด พบร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากเลือดผ่านได้ไม่ดี หรือผ่านไม่ได้ ทำให้เนื้อสมองขาดเลือด เซลล์ประสาททำงานผิดปกติ ถ้าขาดเลือดนานเซลล์ประสาทจะตาย ไม่สามารถซ่อมแซมหรือสร้างขึ้นมาทดแทนใหม่ได้

2. โรคหลอดเลือดสมองแตก พบร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เลือดที่ออกในเนื้อสมองจะกดเนื้อสมองรอบตำแหน่งที่เลือดออกทำให้สมองบริเวณนั้นขาดเลือดและตาย ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ก้อนเลือดที่เกิดขึ้นอาจกดเนื้อสมองใกล้เคียงให้ตาย หรือทำให้หลอดเลือดใกล้เคียงถูกกดหรือหดตัว หรือดันเนื้อสมองซีกนั้นให้เลื่อนไปยังซีกตรงข้าม หากกดที่ศูนย์ควบคุมการหายใจและการเต้นของหัวใจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้



ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงมี 3 ประเภท ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนแก้ไขไม่ได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนหรือควบคุมแก้ไขได้ และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่อาจปรับเปลี่ยนได้ ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนแก้ไขไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และพันธุกรรม

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนหรือควบคุมแก้ไขได้ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด

3. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่อาจปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ความอ้วน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ และการรับประทานยาคุมกำเนิด

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงจะแตกต่างกันจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่ขาดเลือดและตาย ดังนี้

โรคหลอดเลือดสมองตีบทำให้สมองขาดเลือด มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า เวียนศีรษะ ชัก ตาพร่า เห็นภาพซ้อน พูดตะกุกตะกัก อาการมักค่อยเป็นค่อยไปเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน

โรคหลอดเลือดสมองอุดตันทำให้สมองขาดเลือด มีอาการชัก แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ความเข้าใจ และการใช้ภาษาบกพร่อง ซึมลง รุม่านตาตอบสนองต่อแสงผิดปกติ

โรคหลอดเลือดสมองแตก มีอาการเฉียบพลันในไม่กี่นาทีหรือชั่วโมงโดยไม่มีอาการเตือน ปวดศีรษะรุนแรง คอแข็ง อาเจียน หน้าแดง ชัก ความรู้สึกตัวลดลงอย่างรวดเร็ว



ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เจ็บป่วยเป็นเวลานาน ถ้าได้รับการดูแลไม่เหมาะสมจะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยมีดังนี้

1. แผลกดทับ จากการนอนนาน ๆ เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ผิวหนังถูกกดทับนาน ๆ โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก ทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยง ผิวหนังบวมแดงซ้ำ ถลอก และมีแผลเกิดขึ้น ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับบ่อย ได้แก่ ปุ่มกระดูกสะโพก ก้นกบ หัวไหล่ ไบหู ท้ายทอย สันเท้า และตาตุ่ม

2. ข้อติดแข็ง จากการไม่ได้เคลื่อนไหวข้อตามปกติ ทำให้พังผืดหดตัว น้ำไขข้อลดลง และมีหินปูนมาเกาะ

3. ปวดบวม จากการสำลักหรือสำรอกอาหาร การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจและกะบังลม หรือการคั่งของเสมหะในปอด

4. การติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ จากการคั่งค้างของปัสสาวะ ถุงปัสสาวะอยู่สูงกว่ากระเพาะปัสสาวะ มีเลือดหรือน้ำเมือกแห้งติดบริเวณสายสวนปัสสาวะที่ออกจากร่างกาย และการเสียดสีจากการเคลื่อนของสายสวนปัสสาวะ

5. ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ อาการท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะรดที่นอน นิ้วในทางเดินปัสสาวะ ปลายเท้าตก ขาแบะ กระดูกกร่อนและเปราะง่าย

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉิน ปัจจุบันมีแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ทำให้ขาดเลือด โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาล การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกัน ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา

1.1 ยารักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันทำให้ขาดเลือด มี 6 ประเภท ดังนี้

1) ยาละลายลิ่มเลือด เช่น สเตรปโตไคเนส ให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้เพียงพอ

2) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น ยาวอร์ฟาริน ให้เลือดแข็งตัวช้าลง ไม่เกิดการจับตัว

จนเป็นก้อนหรือลิ่มเลือด

3) ยาต้านเกล็ดเลือด เช่น แอสไพริน ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

4) ยาลดภาวะสมองบวม

5) การลดความหนืดของเลือด

6) ยารักษาความดันโลหิตสูง

1.2 ยารักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก มีดังนี้

1) ยาลดการจับตัวเป็นลิ่มเลือด ลดภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ

2) ยาต้านการละลายลิ่มเลือด

3) ยาลดความดันโลหิต

2. การรักษาด้วยการผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและไม่สามารถรักษาด้วยยาแล้ว แพทย์อาจพิจารณาผ่าตัด

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกระบวนการรักษาแบบองค์รวม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฟื้นตัวมากที่สุด หลังจากเกิดความพิการ ฝึกให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพของผู้ป่วย โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพจะสำเร็จหรือได้ผลดีมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับทีมผู้รักษา ระยะเวลาที่เริ่มรักษา และสิ่งที่สำคัญ คือ ความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครอบคลุมหลายมิติ ที่สำคัญประกอบด้วย

1. เพื่อป้องกัน ฝ้าระว่าง รักษาความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
2. เพื่อลดความบกพร่องของระบบประสาทที่มีอยู่
3. เพื่อชดเชยและปรับเปลี่ยนกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับความพิการที่เหลืออยู่
4. เพื่อฝึกหัดให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดโดยเป็นภาระแก่ครอบครัวและผู้ดูแลน้อยที่สุด
5. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและปรับตัวทางจิตสังคม
6. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับเข้าร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม รวมทั้งงานอาชีพ

การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย การจัดทำบนเตียง และการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร รับประทานยา การขับถ่าย การบริหารร่างกายด้วยตนเอง และการทำกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การจัดทำบนเตียงและการเคลื่อนไหว
 ท่านอน : การจัดทำท่านอนสำหรับผู้ป่วย ควรหลีกเลี่ยงการนอนทับแขนหรือขา ข้างที่อ่อนแรงแนน ๆ เพราะจะทำให้เกิดอาการบวมของแขนหรือขา เกิดข้อยึดติดได้ง่าย

การจัดท่าในการนอน

1. ท่านอนหงาย



- ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง
- ใช้หมอนบาง ๆ หนุนที่หัวไหล่ และต้นแขนข้างที่เป็นอัมพาต
- นิ้วมือเหยียดออกหรือใช้ผ้าขนหนูม้วนวางในมือ
- ใช้หมอนบาง ๆ หรือผ้าขนหนูหนุนบริเวณข้างสะโพกด้านที่อ่อนแรงเพื่อไม่ให้ขาและสะโพกบิดหมุนออก
- ขาเหยียดตรง และใช้หมอนกันปลายเท้าตก ดังรูป

2. ท่านอนตะแคงทับข้างดี



- ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย ลำตัวตรง
- แขนและมือข้างที่อ่อนแรงวางบนหมอน
- นิ้วมือเหยียดออกหรือใช้ผ้าขนหนูม้วนวางในมือ
- สะโพกและเข่าข้างที่อ่อนแรงใช้หมอนรองตั้งแต่ต้นขาถึงปลายเท้า จัดให้ข้อสะโพกและข้อเข่าองเล็กน้อย ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ

3. ทำนอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง



- ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย ลำตัวตรง
- แขนและขาข้างปกติวางบนหมอน งอข้อศอก สะโพกและเข่าเล็กน้อย
- แขนข้างที่อ่อนแรงยื่นมาข้างหน้า แขนเหยียดตรง มือหงายขึ้น
- จัดวางตำแหน่งขาข้างที่อ่อนแรงไม่ให้ถูกกดทับ สะโพกเหยียดตรง เข่างอเล็กน้อย ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ ตะแคงศีรษะด้านที่จะพลิกไป จัดแขนข้างที่จะพลิกไปให้ตั้งฉากกับลำตัว จับแขนด้านตรงข้ามไขว้บนหน้าท้อง จับขาด้านตรงข้ามไขว้ทับขาข้างที่จะพลิกไป ใช้มือจับไหล่และ

4. การลุกขึ้นนั่งจากทำนอนหงายโดยตัวผู้ป่วยเอง

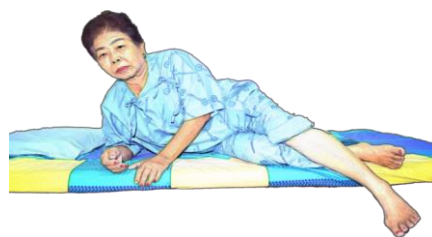
1. ใช้มือข้างที่ปกติจับมือข้างที่อ่อนแรงไว้



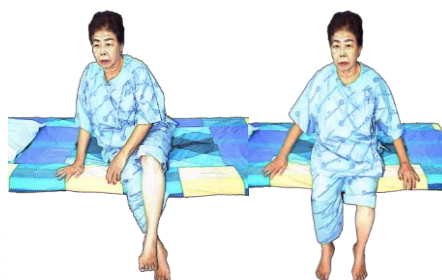
2. พลิกตะแคงตัวไปทางด้านดี โดยจับมือข้างที่อ่อนแรงไปด้วย



3. ใช้ขาข้างที่ปกติ เกี่ยวขาข้างที่อ่อนแรงลง
มาข้างเดียว



4. ใช้แขนข้างที่เป็นปกติ ดันตัวลุกขึ้นมาสู่ว่านั่ง



5. การฝึกนั่งขอบเตียง



- ศีรษะตั้งตรง
- บ่าทั้ง 2 ข้างอยู่ในระดับเดียวกัน
- ลำตัวตรง ทิ้งน้ำหนักให้เท่ากันทั้ง 2 ข้าง
- มือวางบนเตียง
- เท้าวางบนพื้นทิ้งน้ำหนักเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

6. การฝึกเดิน

ผู้ป่วยส่วนมากต้องใช้เครื่องช่วยในการเดิน อาจเป็นไม้เท้าขาเดียวไม้เท้าสามขา ไม้เท้าสี่ขา หรือ อาจไม่ใช่เครื่องช่วยเดินก็ได้ แล้วแต่ความมั่นคงของการเดินในผู้ป่วยแต่ละราย



- เริ่มจากทำยืนตรงโดยเฉลี่ยน้ำหนักลงขาทั้งสองข้างเท่าๆ กัน
- นำไม้เท้าวางด้านหน้าของขา
- ก้าวขาข้างที่อ่อนแรงแมาด้านหน้าก่อน
- ก้าวขาข้างที่ดีตามมา

7. การเคลื่อนย้าย

7.1 การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปยังรถเข็น

7.1.1 จัดวางรถเข็นทำมุม 45 องศา กับเตียง โดยให้รถเข็นอยู่ทางด้านแขน-ขา ข้างที่ดี ล้อครกเข็น ดันที่วางเท้าทั้งสองข้างขึ้น



7.1.2 โน้มตัวมาข้างหน้า ใช้มือข้างที่ดี
เอื้อมไปจับที่วางแขนของรถเข็น ด้านนอก ดันตัว
ลุกขึ้นยืนให้น้ำหนักอยู่บนขาข้างที่ดี

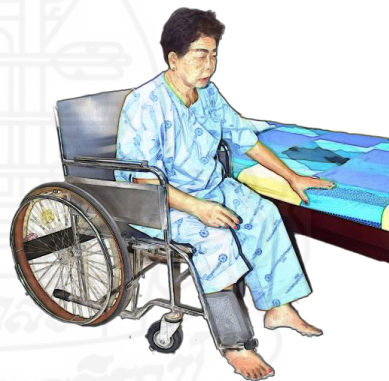


7.1.3 ค่อย ๆ หมุนตัวพร้อมกับโน้มตัวลง
นั่งบนรถเข็น



7.2 การเคลื่อนย้ายจากรถเข็นไปเตียง

7.2.1 จัดวางรถเข็นทำมุม 45 องศา
กับเตียง โดยให้แขน-ขา ข้างที่ดีอยู่ชิดขอบเตียง
ล้อครกเข็น ดันที่วางเท้าทั้งสองขึ้น



7.2.3 ยกมือข้างที่ดีวางไว้บนเตียง
และขยับเลื่อนตัวมาด้านหน้า เท้าทั้งสอง วาง
ราบกับพื้น



8. การฝึกขึ้น - ลงบันได

8.1 การขึ้นบันไดให้ผู้ป่วยก้าวขาข้างที่ดีขึ้นก่อนลงน้ำหนักขาข้างที่ดีและก้าวขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นมา



8.2 การลงบันได ให้ผู้ป่วยก้าวขาข้างที่อ่อนแรงลงมาก่อน ก้าวขาข้างที่ดีตามมา



2. การรับประทานอาหารและน้ำ

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นต่อชีวิตและสุขภาพ จึงควรจัดอาหารที่มีความหลากหลาย สีสันน่ารับประทาน ปริมาณเพียงพอ กับความต้องการของผู้ป่วยเน้นผักและผลไม้เพื่อช่วยการขับถ่าย ให้รับประทานอาหารเช้าเพราะสำคัญที่สุดในการให้พลังงาน มื้อสุดท้ายควรเป็นอาหารเบาๆ อาจแบ่งมื้ออาหารเป็นวันละ 6 มื้อ แทน 3 มื้อ โดยรับประทานอาหารแต่ละมือน้อยลง แต่บ่อยขึ้น ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาดวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร ยกเว้นในรายที่มีการจำกัดน้ำถ้ามีปัญหาคลื่นลำบากให้รับประทานอาหารปั่น หรือตัดอาหารเป็นชิ้นเล็กให้กลืนง่ายขึ้น จัดหาอุปกรณ์สำหรับรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น ทำหลุมวางจานอาหารเพื่อป้องกันการเลื้อน ใช้ช้อนด้ามใหญ่สำหรับผู้ที่มีปัญหาแขนขาอ่อนแรง ครึ่งซีกลดน้ำหนักในกรณีที่มีปัญหาน้ำหนักเกินโดยรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่มีรสหวาน ลดคาร์โบไฮเดรต เช่น แป้ง น้ำตาล เป็นต้น งดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม รสมัน เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และลดความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติมากที่สุด

อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 หลีกเลี่ยง อาหารที่มีโคเลสเตอรอลและไขมันสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน มันหมู มันวัว หนังเป็ด หนังไก่ ไขมันสัตว์ สมอสัตว์ ไข่แดง และอาหารทะเลจำพวก กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม เพราะมีไขมันแฝงแทรกอยู่มาก

2.2 รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ หรือถ้าจะรับประทานเนื้อหมู เนื้อวัว ควรเลาะมันออกให้หมด ถ้ารับประทานไก่ ควรเอาหนังออกให้หมด ฉะนั้นเนื้อปลาจึงเป็นอาหารที่เหมาะสมที่สุด เพราะมีปริมาณไขมันต่ำกว่า เนื้อหมู เนื้อวัว และเนื้อไก่

2.3 รับประทานอาหารเพื่อช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ ป้องกันภาวะท้องผูกได้แก่ อาหารที่มีกากใยมาก เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ และรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวาน เพื่อช่วยให้ร่างกายดูดซึมไขมันน้อยลง

2.4 ในการปรุงอาหารควรใช้น้ำมันพืชชนิดกรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว น้ำมันงา น้ำมันดอกคำฝอย แทนน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูงเช่น น้ำมันจากสัตว์ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว จะทำให้ไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น

2.5 หลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด ขนมหวานต่าง ๆ ครีม กะทิ เนย

2.6 ลดหรือหลีกเลี่ยง อาหารจำพวก กุ้งแห้ง ปลาเค็ม เนื้อเค็ม หมูหยอง กะปิ เนย ครีม และ หลีกเลี่ยงการเติมเกลือหรือสารปรุงรสต่าง ๆ ลงไปในอาหาร เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ผงชูรส น้ำตาล

2.7 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือโซเดียมและโปแตสเซียมในปริมาณสูง เช่น อาหารที่มีรสเค็ม ผัก ผลไม้กระป๋อง อาหารสำเร็จรูป อาหารหมักดอง

2.8 อาหารบางชนิดที่มีวิตามินเคสูง ได้แก่ ผักใบเขียว บรอกโคลี ผักโขม ผักกาดหอม จะช่วยเสริมประสิทธิภาพของยาให้ทำงานได้ดีเกินไป ซึ่งอาจทำให้เกิดเลือดออกง่ายกว่าปกติ เช่น ผู้ที่ได้รับยาป้องกันเลือดแข็งตัวหรือวาร์ฟาริน (warfarin) เป็นต้น

2.9 อาหารเสริมเป็นอาหารที่ช่วยเสริมจากอาหารปกติ สำหรับบุคคลทั่วไปที่ยังรับประทานอาหารต่าง ๆ ได้อย่างหลากหลาย ครบถ้วน และเหมาะสม อาหารเสริมก็เกือบจะไม่มีควมจำเป็นเลย ยกเว้นแต่ถ้าบุคคลนั้นไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ หรือมีปัญหาในการกลืนและการดูดซึม ซึ่งเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน อาหารเสริมจะเริ่มมามีบทบาทสำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารหรือภาวะทุพโภชนาการลงได้ บางคนเข้าใจว่าอาหารเสริมจะมีความปลอดภัย ไม่เป็นอันตราย แต่ในความเป็นจริงแล้วอาหารเสริมหรือสมุนไพรบางอย่างก็มีฤทธิ์เป็นยาหรือมีผลต่อการทำงานของร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ที่รับประทานยาหลายชนิดรวมกัน อาหารเสริมบางชนิดอาจเสริมฤทธิ์กับยาทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น น้ำมันปลาโอเมก้า -3 กระเทียมเม็ด ใบแปะก๊วย โสม มีผลเสริมฤทธิ์กับยาแอสไพรินหรือยาต้านเกล็ดเลือดอื่น ๆ ทำให้เลือดออกง่าย เป็นต้น (ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร แห่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พิมพ์ครั้งที่ 1,2558)

2.10 อาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนควรปรับเนื้อสัมผัสของอาหารให้สามารถเคี้ยวและกลืนง่าย ลักษณะขั้นแบบกึ่งแข็ง กึ่งเหลว เช่น โจ๊กข้นๆ ข้าวครูด ไข่ตุ๋น เจลลี่ ขนมเปียกปูน อาหารที่เป็นน้ำ อาจทำให้ชั้นการผสมแปง เพื่อเพิ่มความหนืดของอาหารให้มากขึ้น เนื้อสัตว์นำไปสับหรือปั่นแล้วนำมาต้มหรือตุ๋นอีกครั้ง นอกจากนี้ควรเลือกผลไม้ที่มีเนื้อนุ่ม ไม่มีเมล็ดหรือเอาเมล็ดออกง่าย ได้แก่ มะละกอสุก มะม่วงสุก แต่ในกรณีที่ไม่สามารถกลืนอาหารได้เลย การให้อาหารทางสายยางเป็นอีกวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและเพียงพอ

2.11 การเตรียมอาหารสำหรับให้ทางสายยางได้ยุ่งยากอย่างที่คิด แต่มีหลักสำคัญคือ ผู้ป่วยจะต้องได้รับทั้งพลังงานและสารอาหารครบไม่แตกต่างจากอาหารปกติ เพียงแต่เนื้อสัมผัสและวิธีการได้รับเปลี่ยนไปเท่านั้น ดังนั้น การกำหนดชนิดและปริมาณวัตถุดิบที่ใช้จะต้องได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากนักโภชนาการ รวมถึงขั้นตอนวิธีทำต้องสะอาดปลอดภัยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานและสารอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมตามหลักโภชนาการ เพราะผู้ป่วยแต่ละรายมีภาวะโภชนาการที่แตกต่างกัน จึงต้องได้รับคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ส่วนความบ่อยของการให้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของสภาวะร่างกายผู้ป่วย ปกติมักจะให้ประมาณ 3- 4 ครั้งต่อวัน (ปริมาตร 250-450 มิลลิลิตร/ครั้ง) แต่หากผู้ป่วยมีอาการท้องอืด จุกแน่นท้องหรือมีภาวะผิดปกติของระบบการย่อยและการดูดซึมอาจปรับให้บ่อยครั้งขึ้นหรือน้อยครั้งลง ขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ดูแล

2.12 หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือจำพวก ชาหรือกาแฟ เพราะมีสารคาเฟอีน

สิ่งที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวนได้แก่ ผักบุง ผักกาด ผักคะน้า เพราะผักเหล่านี้มีแคลอรีต่ำหรือไม่มีเลย แต่จะให้กากใยสูงช่วยลดการดูดซึมน้ำตาลได้ อาหารแป็ง (คาร์โบไฮเดรต) ควรเลือก

รับประทานชนิดที่ผ่านกระบวนการแปรรูปน้อยที่สุดเพราะจะมีกากใยอาหารอยู่มาก เช่น ขนมปังโฮลวีท ข้าวซ้อมมือ

ข้อควรระวัง ความสะอาดเป็นสิ่งสำคัญมาก ดังนั้นบริเวณที่ทำอาหาร ภาชนะและอุปกรณ์ควรล้าง ลวก ต้ม หรือนึ่งก่อนนำมาใช้ทุกครั้ง ส่วนผู้ประกอบอาหารต้องมีสุขภาพดีสวมเสื้อผ้าที่สะอาด และล้างมือก่อนทำอาหารทุกครั้ง เวลาในการทำอาหาร ควรกำหนดให้เป็นเวลาเดียวกันทุกวัน ซึ่งดวงส่วนผสมให้ถูกต้องตามที่กำหนดไว้ การเก็บอาหารเมื่อทำเสร็จและเย็นลงควรให้เก็บในตู้เย็นช่องธรรมดา หรือใส่กระติกน้ำแข็งแช่ไว้ ไม่ควรเก็บเกิน 24 ชั่วโมง ถ้าไม่มีตู้เย็นให้ทำอาหารใหม่ทุกมื้อ หรือเก็บไว้ได้ไม่เกิน 2 มื้อ

3. การรับประทานยา

รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยยึดหลัก ให้ยาถูกคน ให้ยาถูกโรค โดยไม่รับประทานยาของคนอื่น ให้ยาถูกขนาด โดยรับประทานตามจำนวนที่แพทย์สั่งไม่งดหรือลดยาเอง ให้ยาถูกทาง/ถูกวิธี เช่น ยารับประทาน ยาอมใต้ลิ้น เป็นต้น ให้ยาถูกเวลา โดยรับประทานตามเวลา เช่น ก่อนอาหาร 30 นาที หลังอาหารทันที หรืออื่น ๆ ถ้าลืมต้องรับประทานทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าใกล้กับมื้อต่อไป ให้งดรับประทานมื้อที่ลืม การเฝ้าระวังและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังให้ยาละลายลิ้มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือดและยาด้านการแข็งตัวของเลือด ควรเฝ้าระวังสังเกตอาการเลือดออกจากอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนของยาละลายลิ้มเลือด เช่น มีจ้ำเลือดเพิ่มมากขึ้นที่รอยแทงน้ำเกลือ หรือรอยเจาะเลือด พร้อมสังเกตสีของปัสสาวะ สีของอุจจาระ หรือลักษณะอาเจียนที่ออกมา ผู้ป่วย/ผู้ดูแลควรเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นจากการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือด ดังนี้

- 1) แอสไพริน (Aspirin) จะมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน จากการระคายเคืองกระเพาะอาหาร
 - 2) โคลพิโดเกรล (Clopidogrel) จะมีอาการผื่น ปวดหน้าอก ปวดศีรษะ ตาพร่า อึดอัดท้อง ผู้ป่วยโรคตับหรือมีปัญหาตกเลือด ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง
 - 3) ทีโคลพิดีน (Ticlopidine) มักมีอาการท้องเดิน คลื่นไส้ จำนวนเกล็ดเลือดลดลง ทำให้เกิดแผลฟกช้ำ
 - 4) ไดไพริดาโมล (Dipyridamole) จะมีอาการปวดศีรษะ
 - 5) ซิลอสตาซอล (Cilostazol) มักมีอาการปวดศีรษะ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว
- การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาด้านการแข็งตัวของเลือด หรือ วอร์ฟาริน (Warfarin)
1. ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องต่อเนื่อง และมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อเจาะเลือดเพื่อดูฤทธิ์ของยา
 2. กรณีที่ต้องได้รับการผ่าตัดหรือถอนฟันต้องแจ้งแพทย์ทันทีและพบแพทย์ที่สั่งใช้ยาเพื่อพิจารณา
 3. ถ้าเกิดอุบัติเหตุหรือมีเลือดออกมากผิดปกติให้หยุดยาทันทีและมาพบแพทย์

4. กรณีที่มีอาการบวมที่แขนขา โดยไม่ทราบสาเหตุหรือมีเลือดออกเองควรแจ้งแพทย์ทันที
5. งดการดื่มเหล้า สูบบุหรี่เพราะอาจมีผลทำให้ระดับยาเปลี่ยนแปลงได้
6. ยานี้ขับผ่านน้ำนมได้ ดังนั้นสตรีที่ให้นมบุตรและได้รับยาออร์พาริน หากตั้งครภ์ควรแจ้งแพทย์ทันทีเพื่อปรับเปลี่ยนยา
7. หากลืมนับประทานยามานานกว่า 12 ชั่วโมง ให้ข้ามยามื้อนั้นไปเลยและรับประทานยามื้อต่อไปในขนาดเดิม
8. การเก็บรักษา ยา ควรเก็บยาให้พ้นแสงและความชื้น เก็บยาให้พ้นมือเด็ก และเก็บยาในภาชนะที่ได้รับจากโรงพยาบาล

4. การขั้บถ่าย

ผู้ป่วยมักมีความรู้สึก ปวดปัสสาวะแต่จะกลั้นไม่ได้นาน ทำให้เกิดปัญหาปัสสาวะรด อาจลองให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง บางรายปัสสาวะไม่ออกในระยะแรกควรใช้วิธีสวนทิ้งเป็นครั้งคราว

การขั้บถ่าย ผู้ป่วยอาจมีภาวะท้องผูก กระตุ้นให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักใบเขียวต่าง ๆ ผลไม้ เป็นต้น และดื่มน้ำสะอาดเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 1,500 - 3,000 มิลลิลิตร หากไม่มีข้อจำกัด กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้ลำไส้ทำงานปกติ ช่วยเหลือในการขั้บถ่าย เช่น ช่วยให้ขั้บถ่ายบนเตียง โดยใช้หมอนหนุน กระโถน หรือเก้าอี้ถ่ายอุจจาระ และช่วยทำความสะอาดหลังการขั้บถ่าย ในรายที่มีปัญหากลั้นปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ด ใช้ผ้าอ้อมรองขั้บและเปลี่ยนเมื่อเปียก ฝึกให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองตามเวลาที่เหมาะสม ในรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะควาไว้ ต้องดูแลให้สายต่อปัสสาวะอยู่ในระบบปิด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วย ป้องกันการไหลกลับของปัสสาวะ ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะดึงรั้งต่อทางเดินปัสสาวะ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ สังเกตลักษณะและปริมาณปัสสาวะ ทุก 8 ชั่วโมง

5. การบริหารร่างกายด้วยตัวเอง

การบริหารร่างกายโดยผู้ป่วยทำเองนี้ ผู้ป่วยทุกราย จำเป็นต้องฝึกกระทำเพื่อให้ได้ผลดีและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยจะฝึกทำได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความสามารถและกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยได้ฝึกให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และทำให้การเคลื่อนไหวต่าง ๆ ดีขึ้น การฝึกการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านของผู้ป่วย ญาติที่ดูแลควรให้ความช่วยเหลือบ้าง ในบางท่าที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองได้อย่างสมบูรณ์ หลักพื้นฐานในการออกกำลังกายด้วยตนเอง ต้องฝึกการเคลื่อนไหวท่าเดิมซ้ำ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้และจะทำให้ผู้ป่วยทำการเคลื่อนไหวนั้นได้เร็วขึ้นในเวลาต่อมาทำการเคลื่อนไหวในจังหวะที่ราบรื่นและสม่ำเสมอพยายามให้ผู้ป่วยใช้แขนและขาข้างที่อ่อนแรงแรงร่วมด้วยเสมอในระยะแรกควรค่อย ๆ ทำทีละน้อยในท่าทางที่ถูกต้อง

และมีการพักเป็นระยะ ๆ เพื่อไม่ให้เหนื่อยจนเกินไป ต่อไปควรฝึกทำอย่างน้อยวันละ 3 รอบ เช้า-กลางวัน-เย็น

การบริหารร่างกายที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง มีดังนี้

1. การบริหารกล้ามเนื้อปากที่ช่วยในการกลืน
2. การบริหารร่างกายในด้านที่อ่อนแรงโดยใช้แขนข้างที่ดีช่วย
 - 1.1 การบริหารกล้ามเนื้อในการกลืนที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เองเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อปาก

ดังนี้

- ก) อ้าปากกว้าง ออกเสียงคำว่า “อา” “อะ อา”
- ข) ยิ้มยิงฟัน ออกเสียงคำว่า “อี” “อิ อี”
- ค) ห่อปากจู๋ ออกเสียงคำว่า “อู” “อุ อู”
- ง) ห่อปาก ออกเสียงคำว่า “โอ” “โอะ โอ”
- จ) ออกเสียงคำว่า “ลา” “ลา ลา ลา”
- ฉ) เม้มปากติดกันแน่น ๆ แล้วย่อออก
- ช) แลบปลายลิ้นแตะมุมปาก ซ้าย-ขวา บน-ล่าง
- ซ) พองแก้มป่อง 2 ข้างทำเสียงกระแอม
- ฅ) ยกปลายลิ้นแตะหลังหั้น บน ลากเข้าไปตามเพดานปาก

หมายเหตุ * การฝึกให้ทำวันละ 3 ครั้ง โดยทำท่าละ 10 ครั้ง หน้ากระจก โดยสถานที่ที่เหมาะสม คือห้องที่เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน ถ้าผู้ป่วยทำไม่ได้ ให้ทำให้อุหรือจับปากผู้ป่วยให้ขยับตาม







2. การบริหารร่างกายในด้านที่อ่อนแรงโดยใช้แขนข้างที่ตีช่วย

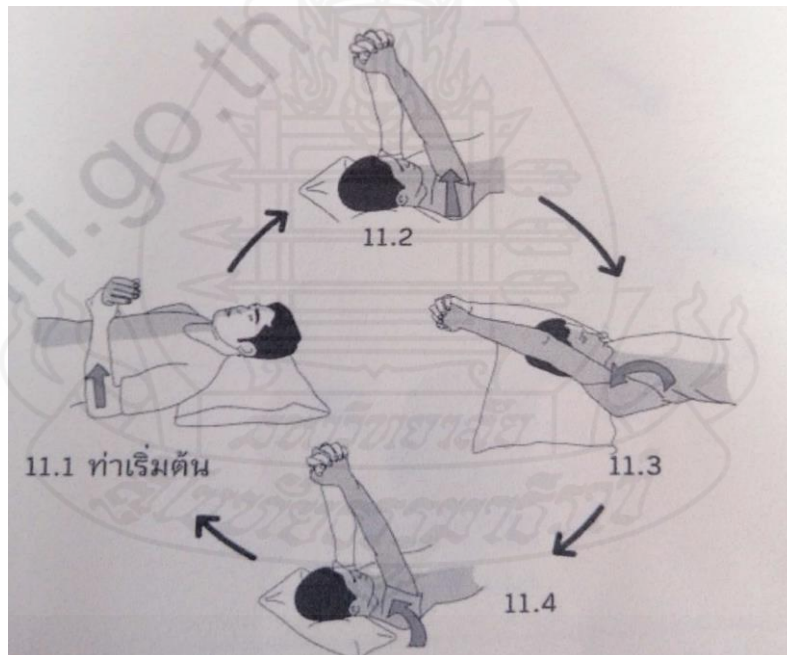
- วัตถุประสงค์
- ก) เพื่อป้องกันข้อติดแข็ง
 - ข) เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
 - ค) เพิ่มการไหลเวียนของเลือด

วิธีการทำ ทำได้ 2 วิธี คือ

1. ออกกำลังกายโดยญาติที่ดูแลเป็นผู้ทำให้ผู้ป่วย (อยู่ในเอกสารคู่มือสำหรับผู้ดูแล)
2. การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเอง 9 ท่า

ท่าที่ 1. การยกแขนขึ้น ลง

- 1) ทำเริ่มต้น ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่ดี ประสานกับมือข้างที่อ่อนแรง โดยใช้นิ้วโป้งข้างที่อ่อนแรงอยู่ด้านบน
- 2) ค่อย ๆ ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ ยกจนสุด
- 3) แล้วยกให้แขนราบไปบนหมอน
- 4) ค่อย ๆ ยกแขนลง กลับมาทำเริ่มต้น แล้วทำทำเริ่มต้นซ้ำ



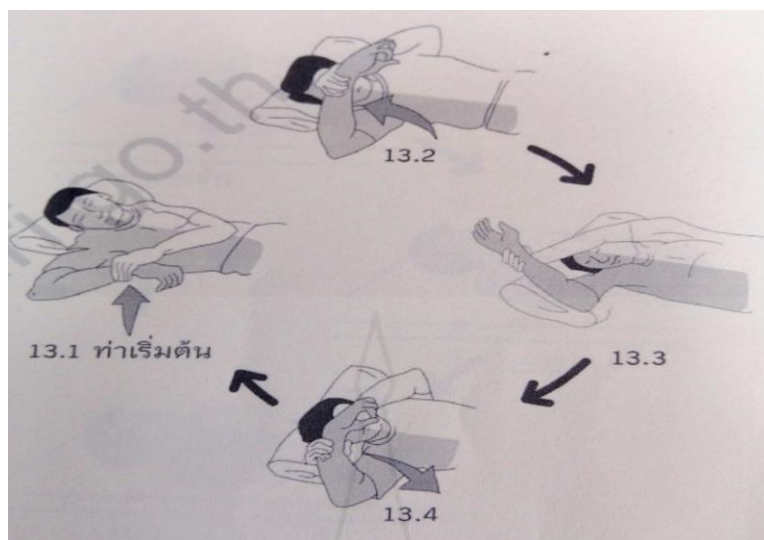
ท่าที่ 2. การกางแขนและหุบแขน

- 1) ทำเริ่มต้นใช้แขนข้างที่ดีประสานมือข้างที่เป็นอัมพาตและกางออกให้ได้มุมฉาก
- 2) ยกแขนขึ้นไปให้ลำแขนติดหมอน
- 3) ยกแขนข้างที่เป็นอัมพาต ให้พาดหน้าอกผู้ป่วย
- 4) หลังจากนั้นค่อยๆยกกลับมาที่เดิม แล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ



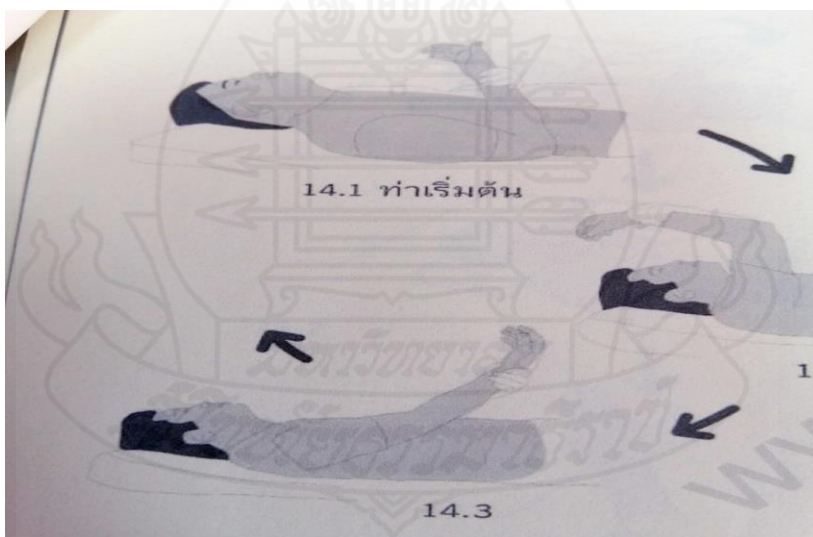
ท่าที่ 3. การหมุนข้อหัวไหล่ขึ้นและลง

- 1) ทำเริ่มต้น ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างดีจับข้อมือข้างอัมพาต จัดให้แขนกางตั้งฉากกับลำตัว
- 2) หมุนแขนข้างที่เป็นอัมพาตขึ้นไปด้านบน
- 3) โดยให้ปลายแขนขนานกับศีรษะ
- 4) จับแขนข้างที่เป็นอัมพาตเคลื่อนไหวลงมา แล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ



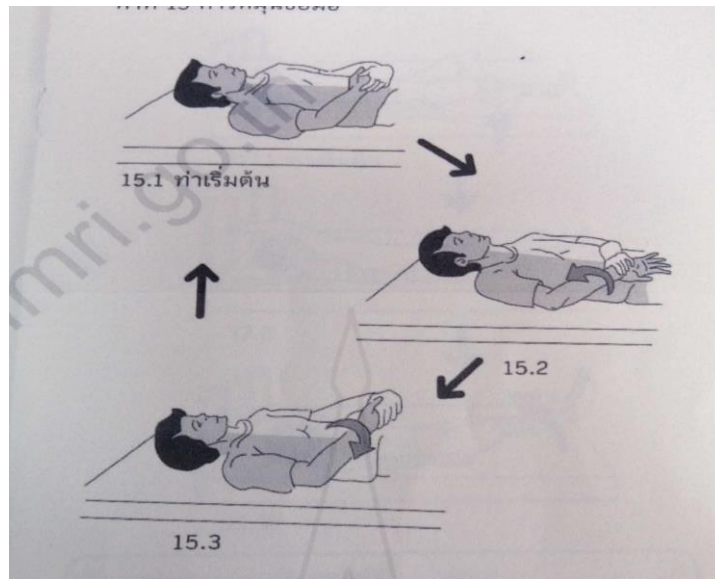
ท่าที่ 4 การเคลื่อนไหวข้อศอก

- 1) ทำเริ่มต้น ใช้มือข้างดีจับมือด้านอัมพาต
- 2) งอข้อศอกพับเข้าหาต้นแขน
- 3) เขยียดข้อศอกขึ้นแล้วทำทำเริ่มต้นซ้ำ



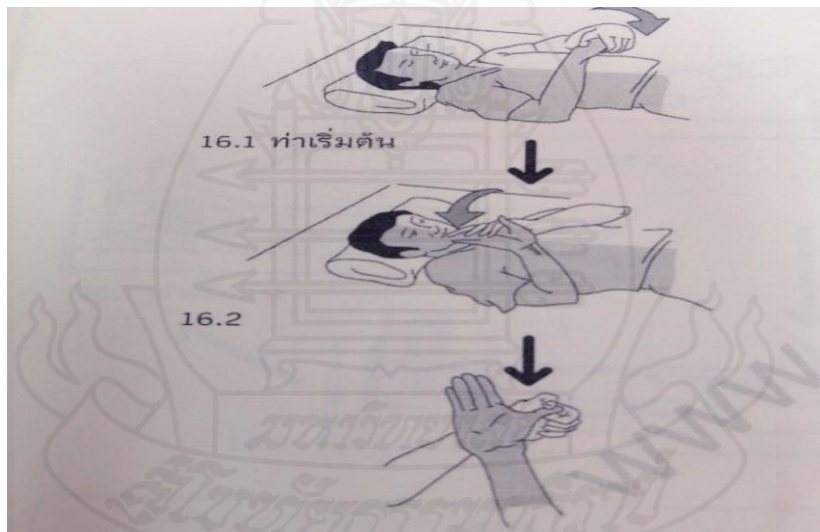
ท่าที่ 5 การหมุนข้อมือ

- 1) ทำเริ่มต้นให้ใช้ข้อมือข้างที่ดีจับมือข้างที่อัมพาต
- 2) หมุนฝ่ามือข้างอัมพาตคว่ำลง
- 3) หมุนฝ่ามือข้างอัมพาตหงายขึ้นแล้วทำทำเริ่มต้นซ้ำ



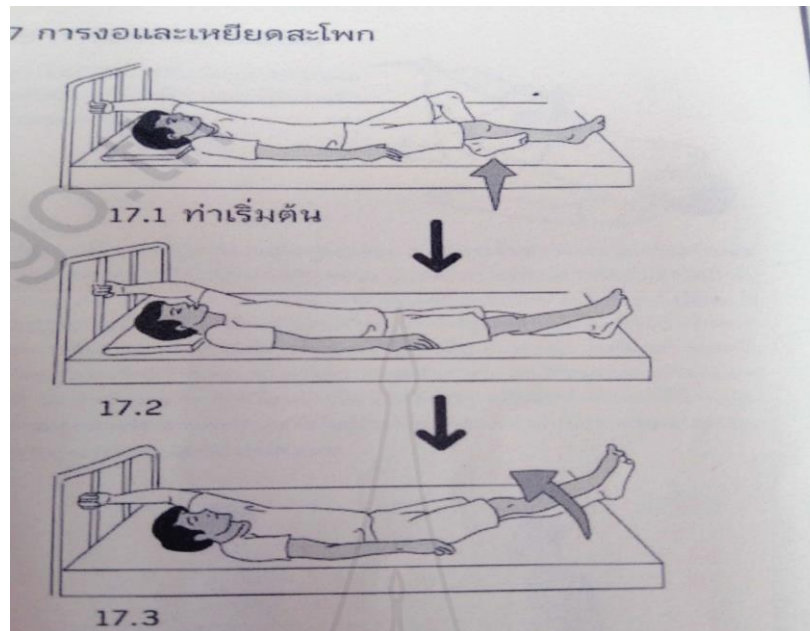
ท่าที่ 6 การกระดกข้อมือ

- 1) ท่าเริ่มต้น ใช้มือข้างดีจับมือด้านอัมพาต
- 2) จับปลายนิ้วเหยียดตรง และกระดกข้อมือขึ้น จัดให้นิ้วโป้งกางออก แล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ



ท่าที่ 7 การงอและเหยียดสะโพก

- 1) ท่าเริ่มต้น ยกเท้าข้างดีมาสอดใต้เข่า ข้างที่เป็นอัมพาต
- 2) เลื่อนเท้าข้างที่ดีไปยังข้อเท้าข้างที่เป็นอัมพาต
- 3) ยกขาข้างที่เป็นอัมพาตขึ้น โดยใช้แรงจากขาข้างที่ดีช่วยยก
- 4) ยกขาข้างที่เป็นอัมพาตลง แล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ



ท่าที่ 8. การกางขาและหุบขาเข้า

- 1) ทำเริ่มต้น สอดเท้าข้างดีไว้ใต้เท้าข้างเป็นอัมพาต
- 2) ยกขาข้างอัมพาตขึ้น ให้สูงจากพื้นพื้นนอนประมาณ 2 นิ้ว

ท่าที่ 9. การยกกันขึ้นและลง เมื่อผู้ป่วยมีกำลังมากขึ้น โดยสามารถนอนหงายพร้อมกับชันเข้าได้ ให้ผู้ป่วยนอนชันเข้าแล้วยกสะโพกขึ้นและลงสลับกัน หลังจากกระยะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนอยู่บนเตียง เมื่อมีการฟื้นตัวของระบบประสาทและสมอง ผู้ป่วยสามารถขยับข้างที่เป็นอัมพาตได้บางส่วน ผู้ป่วยบางรายอาจมีการฟื้นตัวได้รวดเร็วในระยะสั้น ภายใน 2-3 วัน แต่บางรายอาจใช้เวลานานเป็นสัปดาห์หรือนานเป็นเดือน หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพช่วงนี้ จะเริ่มเปลี่ยนท่านอนเป็นท่านั่ง การดูแลจะค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการเวียนศีรษะหรือมึนศีรษะในท่านั่ง วิธีแก้ไขควรจะมีการปรับสภาพแรงดันโดยจัดผู้ป่วยอยู่ในท่ากึ่งนั่งกึ่งนอน ขาเหยียดตรงบนเตียงก่อน โดยใช้หมอนหนุนศีรษะและหลัง ถ้าผู้ป่วยดีขึ้นก็เปลี่ยนมาเป็นนั่งหลังตรง แล้วจับนั่งห้อยขาที่ข้างเตียง ความสูงของ



การบริหารร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยสามารถทำได้ทั้ง 7 วันใน 1 สัปดาห์ และลงแบบบันทึกการบริหารร่างกายโดยผู้ป่วยเอง

การทํากิจวัตรประจำวันอื่น ๆ

ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ฝึกทํากิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและยังช่วยกระตุ้นให้ร่างกายส่วนที่อ่อนแรงดีขึ้น ถ้าแขนและมือข้างที่อ่อนแรงพอช่วยับเคลื่อนไหวได้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้แขนข้างที่อ่อนแรงช่วย ไม่ควรใช้ข้างที่มีแรงเพียงอย่างเดียว

6.1 การรับประทานอาหาร

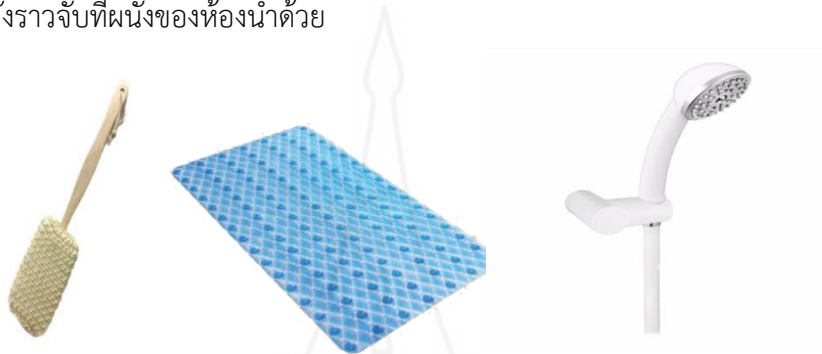


- จัดร่างกายให้อยู่ในท่าที่สมดุล
- พยายามใช้มือข้างที่อ่อนแรงมากเท่าที่จะทำได้ เช่น ช่วยประคองแก้วน้ำหรือหยิบอาหาร
- จัดโต๊ะอาหารจานชามให้เป็นระเบียบและหยิบใช้ง่าย

อุปกรณ์ช่วยเช่น แผ่นยางรองจามกันลื่นไหล ซ้อนซอมเสริมด้ามเพื่อจะหยิบจับได้สะดวกขึ้น แก้วมีหู มีส่วนช่วยในการรับประทานอาหารสะดวกขึ้น

6.2 การดูแลสุขอนามัยส่วนตัว

การใช้อุปกรณ์ช่วยให้ทำความสะอาดร่างกายได้สะดวกและทั่วถึง เช่น ฝักบัวที่มีมือถือได้ ฟองน้ำถูตัวที่มีด้ามจับยาว หรือแปรงสีฟันเสริมด้าม รวมทั้งเพื่อความปลอดภัยควรใช้แผ่นยางกันลื่นติดตั้งราวจับที่ผนังของห้องน้ำด้วย



6.3 การแต่งตัว



- ภาพสวมเสื้อ เริ่มด้วยการสอดแขนข้างที่อ่อนแรงเข้าไปก่อนจัดเสื้อให้เข้าที่แล้วสอดแขนข้างที่ปกติเข้าไปในแขนเสื้อ แล้วใช้แขนข้างที่มีแรงจัดเสื้อให้เรียบร้อยแล้วติดกระดุม
- การถอดเสื้อ ให้ถอดข้างปกติก่อนแล้วใช้แขนข้างที่ปกติช่วยดึงเสื้อให้ข้างที่อ่อนแรง

- สำหรับการสวมรองเท้าและถุงเท้าใช้วิธีการแบบเดียวกัน คือ ไขว้ขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นมา เพื่อจะเอื้อมถึงบริเวณเท้าได้สะดวก สวมข้างที่อ่อนแรงให้เสร็จก่อนส่วนการถอดให้ถอดข้างที่อ่อนแรงเป็นข้างสุดท้าย

วิธีการสวมกางเกงขายาว

- ก) ให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงหรือเก้าอี้ยกขาข้างที่เป็นอัมพาตวางทับขาข้างที่เป็นปกติ
- ข) จับรูดขากางเกงให้สั้นก่อนแล้วนำมาสวมขาข้างที่เป็นอัมพาต
- ค) ดึงขากางเกงขึ้นให้สูงที่สุดจากนั้นจึงสวมขาข้างปกติดึงและจัดกางเกงให้เรียบร้อย
- ง) ผู้ป่วยที่สามารถยืนได้ดี ให้ดึงกางเกงขึ้นในท่ายืน ผู้ป่วยที่การทรงตัวในท่ายืนไม่ดี ให้ดึงกางเกงในท่านอน โดยการพลิกดึงกางเกงขึ้นทีละข้าง

วิธีการถอดกางเกง ให้ถอดข้างที่ปกติก่อนแล้วจึงถอดข้างที่เป็นอัมพาต

6.4 การนอนหลับของผู้ป่วย ส่วนใหญ่วงจรการนอนหลับที่เปลี่ยนไปจากคนปกติ เช่นการนอนกลางวันแต่ไม่ค่อยนอนกลางคืน หรือนอนหลับเป็นช่วง ๆ ต่างจากคนปกติญาติควรจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบในตอนกลางคืน และควรจัดกิจกรรมในเวลากลางวัน เช่น เข้าฝึกเดินออกกำลังกายหรือออกกำลังกายด้วยวิธีอื่น ๆ อ่านหนังสือ ติดตามข่าวสาร ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ พุดคุย สันทนาการต่าง ๆ

6.5 การขับถ่าย มักพบเรื่องท้องผูกสามารถแก้ไขได้ด้วยการรับประทานอาหารที่มีกากใย ควรดื่มน้ำ วันละ 6-8 แก้วหรือตามแผนการรักษาของแพทย์ กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย กรณีผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะไว้ ควรดูแลสายสวนลงระบบปิดที่ปลอดภัย โดยทำความสะอาด ด้วยน้ำต้มสุก และน้ำสบู่ออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งที่เปราะเปื้อน อุจจาระ และตริงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ตั้งรัง ฤงปัสสาวะควรอยู่ระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะเปลี่ยนสายสวนทุก 1 เดือน จะช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

6.6 การสื่อสาร ผู้ป่วยอาจมี ปัญหา เช่นพูดไม่ชัด ฟังคำพูดไม่ค่อยเข้าใจ พูดไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดทุกข์ทรมานใจและอาจเกิดภาวะซึมเศร้าท้อแท้หรือหงุดหงิด ญาติต้องมีความอดทนใจเย็นที่จะช่วยเหลือและทำความเข้าใจผู้ป่วยอาจใช้วิธีสื่อสารอื่น ๆทดแทน เช่น การเขียน การอ่าน (ถ้าสามารถทำได้) หรือการสื่อสารด้วยการใช้รูปสัญลักษณ์ ซึ่งสื่อความต้องการ หรือความหมายแทนคำพูด

6.7 ความต้องการทางเพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบได้น้อยและไม่ใช่เรื่องเล็กน้อยที่จะมองข้าม เรื่องเซ็กส์เป็นเรื่องปกติของคนเรา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถมีเซ็กส์ได้ ถ้าร่างกายแข็งแรงพร้อม และไม่มีข้อห้าม ที่สำคัญคือห้ามใช้ยาปลูกอวัยวะหรือใช้ยาออกฤทธิ์ทำให้อวัยวะเพศแข็งตัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายควร

ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาว่ามีข้อควรระวังอะไรบ้าง ต้องรักษาโรคร่วมให้ดี โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ถ้าสามารถเดินขึ้นบันไดตึก 2 ชั้นได้ไม่เหนื่อยก็แสดงว่า สุขภาพพร้อมการมีเพศสัมพันธ์ได้ ถ้าไม่มีข้อห้ามอื่น ถ้าเซ็กซ์เสื่อมจะอย่างไร ผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์ผู้ให้การรักษา เพื่อหาสาเหตุ สาเหตุที่พบบ่อย ๆ คือ โรคร่วมที่เป็น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ยาที่ใช้รักษา จิตใจที่เจ็บป่วย เป็นต้น ซึ่งต้องทำการปรับทัศนคติการใช้ชีวิต และวิธีคิดเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2559) ซึ่งผู้ดูแลโดยเฉพาะสามีหรือภรรยาควรทำความเข้าใจและปลอดภัยให้กำลังใจผู้ป่วย

6.8 การฟื้นฟูสภาพการคิดและการรับรู้

ควรมีสิ่งกระตุ้นสมอง และการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น วิทยุ โทรทัศน์ ปฏิทิน การพูดคุยกับลูกหลาน ญาติพี่น้อง หรือผู้คุ้นเคยใกล้ชิดสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและอบอุ่น

- พูดคุยกับผู้ป่วยเสมอ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่คุยตอบโต้ก็ตาม เล่าเรื่องราวเหตุการณ์ต่าง ๆ ให้ฟัง เช่น ข่าวสาร เรื่องของญาติเพื่อนฝูงอย่างปกติ
- ควรเข้าใจถ้าผู้ป่วยมีอาการอัมพาตครึ่งซีก ตาข้างที่เป็นอัมพาตจะสูญเสียการมองเห็น และขาดความสนใจในร่างกายนั่นในระยะเวลาแรกๆ ของการเกิดโรค, ดังนั้นระยะแรก ควรยื่นพูดคุย ด้านที่อัมพาตหรืออ่อนแรง ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูร่างกายข้างที่อ่อนแรง เพื่อความสนใจต่อร่างกายและสิ่งแวดล้อม
- หากผู้ป่วยพูดไม่ได้ พูดช้าไม่ชัด หรือพูดผิด ญาติที่ดูแลและมีส่วนอย่างมากในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดได้อย่างถูกต้อง และรอฟังคำตอบอย่างใจเย็น อย่าเร่งให้ผู้ป่วยพูด หรือรีบพูดแทน และไม่ควรทำให้ผู้ป่วยอายต่อการพูดผิดปกติ
- ชมเชยผู้ป่วยทุกครั้งที่สามารถฟื้นฟูร่างกายได้ดีขึ้นในทุก ๆ ระยะ และให้กำลังใจเสมอว่าจะสามารถทำได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่สามารถทำได้ด้วยตัวเองได้ เช่น ตักอาหารเอง หวีผมเอง แปรงฟันเอง ลูกล้างเอง เป็นต้น ญาติเพียงดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ หรือเตรียมอุปกรณ์ให้ และควรใจเย็นรอให้ผู้ป่วยทำเอง โดยไม่เร่ง หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยเพียงเพื่อต้องการให้เสร็จเร็วๆ
- งานบางชนิดผู้ป่วยบางรายอาจช่วยทำได้แต่ต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของงานและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ควรใช้เวลาในการปรับตัว อย่างค่อยเป็นค่อยไป
- อย่าเคียดแค้นผู้ช่วย หรือตำหนิผู้ป่วยจนเกินไป ควรให้เวลาและให้โอกาสเขาเสมอ
- ระวังอุบัติเหตุ และไม่ควรประมาทปล่อยผู้ป่วยไว้คนเดียว แม้ว่าอาการจะดีขึ้นแล้วก็ตาม
- ครอบครัวควรให้ความรัก ความเข้าใจ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าตนยังเป็นที่รัก เกิดความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก ซึ่งจะเป็นพลังให้ผู้ป่วยต่อสู้กับโรคหรืออาการที่เป็นได้

สรุป

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฟื้นตัวมากที่สุด หลังจากเกิดความพิการ ฝึกให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพของผู้ป่วย โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพจะสำเร็จหรือได้ผลดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับทีมผู้รักษา ระยะเวลาที่เริ่มรักษา และสิ่งที่สำคัญ คือ ความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล

ภาคผนวก

อาการของ **สโตรค**
โรคหลอดเลือดสมอง

หน้า**เบี้ยว**



Face
face drooping

อ่อนแรง
ครึ่งซีก



Arm
arm weakness

กล่าว
พูดไม่ชัด



Speech
speech difficulty

โทร**1669**

≡ ยิ่งเร็ว
ยิ่งรอด!



Time
time to call 1669



ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช
www.si.mahidol.ac.th/center/sirirajstrokecenter
facebook: sirirajstrokecenter

โรคหลอดเลือดสมอง ตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน

คือภาวะที่สมองหยุดทำงาน เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง

- เกิดขึ้นได้ทุกที่ ทุกขณะ แม้แต่ในโรงพยาบาลและอยู่ระหว่างการรักษา
- การผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ สันหัวใจ หลอดเลือดคอ หลอดเลือดแดงใหญ่ที่ท้อง
- ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การสูบบุหรี่
- เมื่อสมองขาดเลือด จะทำให้มีอาการเฉียบพลัน ดังนี้



หน้าเบี้ยว



อ่อนแรง
ครึ่งซีก



กล่าว
พูดไม่ชัด



โดยท่านมีโอกาสหายได้ ถ้าได้รับการรักษาเร็วที่สุด

หากมีอาการ ดังกล่าว ให้รีบแจ้งพยาบาลให้เร็วที่สุด

- โดยการรักษาสภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (ภายใน 4.5 ชม.) และการใส่สายสวนหลอดเลือดเพื่อเปิดหลอดเลือด (ภายใน 8 ชม.) หากไม่มีข้อห้ามใด

รักษาเร็ว ได้ผลดี >> โอกาสหายสูง ลดความตายและพิการได้

แบบบันทึกการบริหารร่างกายข้างอ่อนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่าน ในการบริหารร่างกายข้างที่อ่อนแรง กรุณาระบุเหตุผลประกอบตามความเป็นจริง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบันทึกเอง

วันที่	บริหารร่างกายซีกอ่อนแรง		บริหารกล้ามเนื้อปาก		หมายเหตุ
	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	
สัปดาห์ที่ 1	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	สาเหตุที่ไม่ได้ทำ
วันที่ 1					
วันที่ 2					
วันที่ 3					
วันที่ 4					

วันที่ 5					
วันที่ 6					
วันที่ 7					

วันที่	บริหารร่างกายซีกอ่อน แรง		บริหารกล้ามเนื้อปาก		หมายเหตุ
	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	
สัปดาห์ที่ 2	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	สาเหตุที่ไม่ได้ทำ
วันที่ 1					
วันที่ 2					
วันที่ 3					
วันที่ 4					
วันที่ 5					
วันที่ 6					
วันที่ 7					

แบบบันทึกการบริหารร่างกายข้างอ่อนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่าน ในการบริหารร่างกายข้างที่อ่อนแรง กรุณาระบุเหตุผลประกอบตามความเป็นจริง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบันทึกเอง

วันที่	บริหารร่างกายซีกอ่อนแรง		บริหารกล้ามเนื้อปาก		หมายเหตุ
	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	
สัปดาห์ที่ 3	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	สาเหตุที่ไม่ได้ทำ
วันที่ 1					
วันที่ 2					
วันที่ 3					
วันที่ 4					
วันที่ 5					

วันที่ 6					
วันที่ 7					

วันที่	บริหารร่างกายซีกอ่อนแรง		บริหารกล้ามเนื้อปาก		หมายเหตุ
	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	
สัปดาห์ที่ 4	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	สาเหตุที่ไม่ได้ทำ
วันที่ 1					
วันที่ 2					
วันที่ 3					
วันที่ 4					
วันที่ 5					
วันที่ 6					
วันที่ 7					

แบบบันทึกการบริหารร่างกายข้างอ่อนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่าน ในการบริหารร่างกายข้างที่อ่อนแรง กรุณาระบุเหตุผลประกอบตามความเป็นจริง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบันทึกเอง

วันที่	บริหารร่างกายซีกอ่อนแรง		บริหารกล้ามเนื้อปาก		หมายเหตุ
	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	
สัปดาห์ที่ 5	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	สาเหตุที่ไม่ได้ทำ
วันที่ 1					
วันที่ 2					
วันที่ 3					
วันที่ 4					
วันที่ 5					

วันที่ 6					
วันที่ 7					

วันที่	บริหารร่างกายซีกอ่อนแรง		บริหารกล้ามเนื้อปาก		หมายเหตุ
สัปดาห์ที่ 6	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	สาเหตุที่ไม่ได้ทำ
วันที่ 1					
วันที่ 2					
วันที่ 3					
วันที่ 4					
วันที่ 5					
วันที่ 6					
วันที่ 7					

แบบบันทึกการบริหารร่างกายข้างอ่อนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

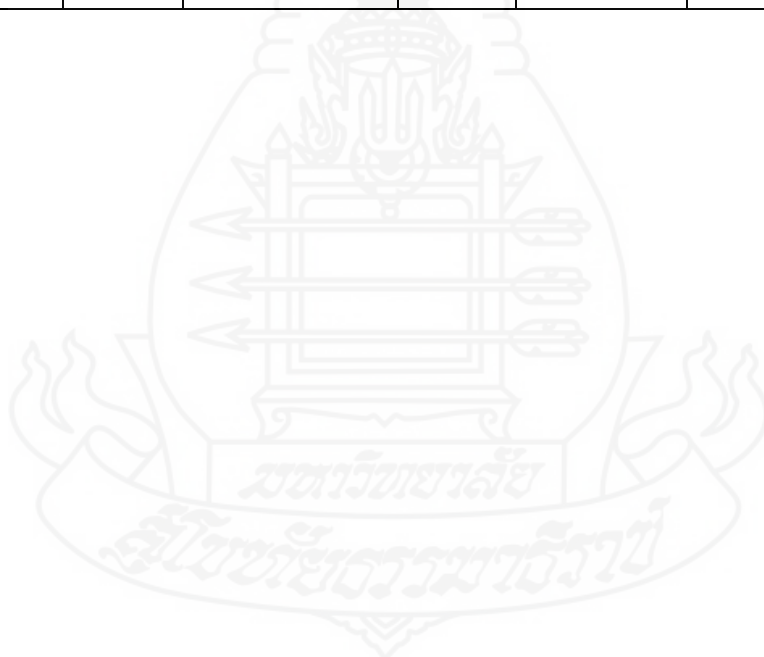
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่าน ในการบริหารร่างกายข้างที่อ่อนแรง กรุณาระบุเหตุผลประกอบตามความเป็นจริง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบันทึกเอง

วันที่	บริหารร่างกายซีกอ่อนแรง		บริหารกล้ามเนื้อปาก		หมายเหตุ
สัปดาห์ที่ 7	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	สาเหตุที่ไม่ได้ทำ
วันที่ 1					
วันที่ 2					
วันที่ 3					
วันที่ 4					
วันที่ 5					

วันที่ 6					
วันที่ 7					

วันที่	บริหารร่างกายซีกอ่อนแรง		บริหารกล้ามเนื้อปาก		หมายเหตุ
	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	
สัปดาห์ที่ 8	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	สาเหตุที่ไม่ได้ทำ
วันที่ 1					
วันที่ 2					
วันที่ 3					
วันที่ 4					
วันที่ 5					
วันที่ 6					
วันที่ 7					



ภาคผนวก ช

คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลหลัก



คู่มือ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลหลัก



จัดทำโดย

นางเพ็ญศรี แสนสุข

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

คำนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นภัยเงียบที่คุกคามชีวิตของคนทั่วโลกและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่สุดของทุกประเทศ องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานในปีค.ศ. 2011 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีผู้เสียชีวิตถึง 6.2 ล้าน คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 10.6 ของประชากร และจากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) พบว่าในทุก 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อย 1 คน และในทุก 2 วินาที จะมีคนทุพพลภาพอย่างน้อย 1 คน สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 228,114 คน คิดเป็น 352.66 คน ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด อัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย เพิ่มมากขึ้นทุกปี แม้ว่าการรักษาใหม่ ๆ ทันท่วงทีจะสามารถลดอัตราตายได้ แต่ความพิการยังคงหลงเหลือในสัดส่วนที่สูง ทำให้มีการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีความต้องการพึ่งพาระหว่างกัน สูญเสียภาพลักษณ์ รู้สึกอายไม่กล้าที่จะพบปะผู้คน และวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติแสวงหาวิธีการจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยและความพิการที่หลงเหลืออยู่ การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตมีกฎหมายไทยที่ถ่ายทอดกันมาตั้งแต่ครั้งบรรพบุรุษและได้รับความนิยมนในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงคือ การนวดไทยและการประคบด้วยสมุนไพร

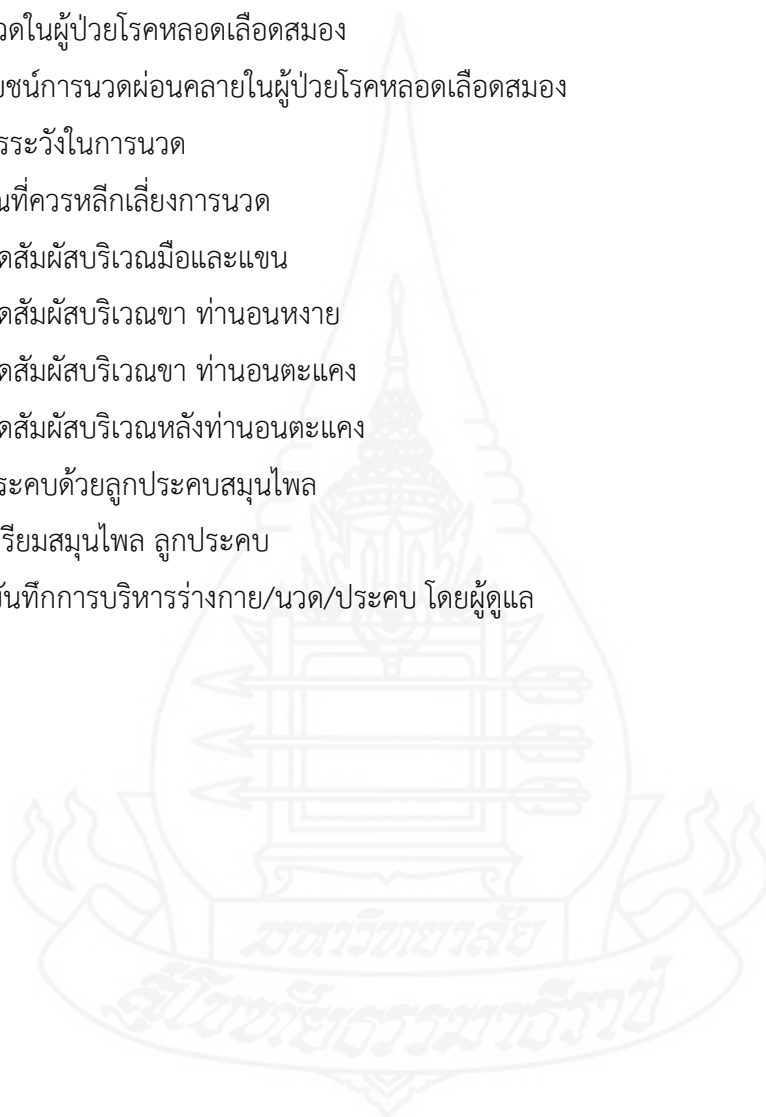
ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากหลาย ๆ สถาบันแล้วพบว่า การนวดไทยเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการประคบสมุนไพรในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตให้ดีขึ้น ลดอาการเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ การนวดมีผลต่อจิตใจทำให้ผ่อนคลาย การนวดและการประคบด้วยลูกประคบสมุนไพรในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลสามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้านเนื่องจากอุปกรณ์และสมุนไพรที่ใช้หาได้ง่ายในพื้นที่และมีขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อนและชัดเจน ตามคู่มือที่ผู้วิจัยได้ค้นคว้า รวบรวมและเรียบเรียงไว้ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าคู่มือฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลัน จะมีแนวทางในการดำเนินวิถีชีวิตที่ถูกต้องและสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม รวมทั้งไม่กลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอีก

เพ็ญศรี แสนสุข

ผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
การบริหารร่างกายซีกอ่อนแรง โดยผู้ดูแลช่วยทำ	1
การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน	6
การนวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	8
ประโยชน์การนวดผ่อนคลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	8
ข้อควรระวังในการนวด	8
บริเวณที่ควรหลีกเลี่ยงการนวด	8
ท่านวดสัมผัสบริเวณมือและแขน	9
ท่านวดสัมผัสบริเวณขา ท่านอนหงาย	11
ท่านวดสัมผัสบริเวณขา ท่านอนตะแคง	12
ท่านวดสัมผัสบริเวณหลังท่านอนตะแคง	12
การประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร	13
การเตรียมสมุนไพร ลูกประคบ	13
แบบบันทึกการบริหารร่างกาย/นวด/ประคบ โดยผู้ดูแล	15



การบริหารร่างกายซีกอ่อนแรง โดยผู้ดูแล

ญาติที่ดูแลจะต้องพุงส่วนที่จะทำการเคลื่อนไหวให้ดี มือของผู้ทำต้องจับอย่างมั่นคง การออกกำลังกายให้ผู้ป่วยจะเริ่มจาก ญาติที่ดูแลทำการเคลื่อนไหวจากส่วนต้นไปส่วนปลายมือเสมอ การเคลื่อนไหวในส่วนแขน ส่วนที่ต้องทำการเคลื่อนไหวได้แก่ ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือและบริหารข้อนิ้วมือ การเคลื่อนไหวในส่วนขา ส่วนที่ต้องทำการเคลื่อนไหวได้แก่ ข้อสะโพก และข้อเข่า ข้อเท้า และนิ้วเท้า

การบริหารร่างกายโดยผู้ดูแล (การบริหารข้อไหล่ มือ ข้อมือ นิ้วมือ ขาและข้อเท้า)

1. บริหารข้อไหล่ ในท่ายกแขนผู้ป่วยขึ้นและลง อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ

- 1) ทำเริ่มต้น ให้ผู้ช่วยจับที่ข้อศอกและมือข้างอัมพาต
- 2) ค่อย ๆ ยกแขนผู้ป่วยขึ้น
- 3) ยกจนถึงศีรษะอย่างช้า ๆ ระวังอย่าให้ผู้ป่วยปวด
- 4) ค่อย ๆ ยกแขนกลับมาข้างลำตัว แล้วทำทำเริ่มต้นซ้ำ ๆ



2. ทำบริหารข้อไหล่ในท่ากางแขนออกและ หุบแขนเข้า อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ

- 1) ทำเริ่มต้น ให้ผู้ช่วยจับข้อศอกและมือของผู้ป่วย
- 2) ค่อย ๆ กางแขนผู้ป่วยออกจากลำตัว โดยให้ฝ่ามือผู้ป่วยหงายออก
- 3) กางแขนจนถึงศีรษะ ระวังอย่าให้ผู้ป่วยปวด
- 4) ค่อย ๆ จับแขนผู้ป่วยหุบเข้าหาลำตัวแล้วทำทำเริ่มต้นซ้ำ



3. การเคลื่อนไหวข้อศอก อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ

1) ทำเริ่มต้น ผู้ช่วยจับข้อศอกและมือของผู้ป่วยโดยให้แขนกางตั้งฉากกับลำตัว ปลายแขนคว่ำ และขนานกับลำตัว

2) ค่อย ๆ หมุนแขนผู้ป่วยขึ้นข้างบน โดยให้แขนและข้อศอกยังอยู่ในแนวตั้งฉาก หมุนขึ้นจนแขนแนบกับที่นอน และแขนขนานกับศีรษะ

3) ค่อย ๆ หมุนแขนผู้ป่วยลง โดยใช้แขนและข้อศอกยังอยู่ในแนวตั้งฉาก หมุนลงจนแขนแนบกับที่นอน และขนานกับลำตัว แล้วทำซ้ำ



4. การเคลื่อนไหวหัวคว่ำ มือ หายมือ อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ

1) ทำเริ่มต้น จับมือผู้ป่วย

2) ค่อย ๆ หมุนฝ่ามือผู้ป่วยคว่ำลงจนรู้สึกตึง

3) ค่อย ๆ หายฝ่ามือแล้วทำซ้ำ



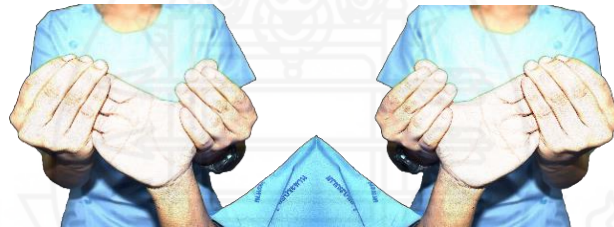
5. การเคลื่อนไหวข้อมือ และนิ้วมือ อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ

- 1) ทำเริ่มต้น จับมือผู้ป่วย ยกแขนให้ตั้งฉากกับลำตัว
- 2) ค่อย ๆ กระจกข้อมือผู้ป่วยขึ้นจนรู้สึกตึง
- 3) ค่อย ๆ กระจกข้อมือลงพร้อมกำมือ แล้วทำทำเริ่มต้นซ้ำ



6. การเคลื่อนไหวนิ้วโป้ง อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ

- 1) ทำเริ่มต้น จับแขนผู้ป่วยให้อยู่ในท่าตั้งฉากกับลำตัว อีกมือหนึ่งจับนิ้วโป้งของผู้ป่วย
- 2) ค่อย ๆ เคลื่อนไหวนิ้วโป้งของผู้ป่วยเข้าหานิ้วก้อย
- 3) ค่อย ๆ จับนิ้วโป้งของผู้ป่วย เคลื่อนไหวให้ออกห่างจากนิ้วก้อย แล้วลกระจกนิ้วโป้งขึ้น แล้วทำทำเริ่มต้นซ้ำ



7. การงอขาเข้าและเหยียดขาออก อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ

- 1) ทำเริ่มต้นให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งจับข้อเท้าผู้ป่วย ส่วนมืออีกข้างหนึ่งจับใต้เข่าของผู้ป่วย
- 2) ค่อย ๆ ยกขาผู้ป่วยขึ้น และงอสะโพก งอเข้าเข้าหาหน้าอกของผู้ป่วย
- 3) ดันปลายเท้ากระจกขึ้นไปด้านหน้าให้สุด
- 4) เหยียดขาผู้ป่วยออกให้ตรง แล้วทำทำเริ่มต้นซ้ำ



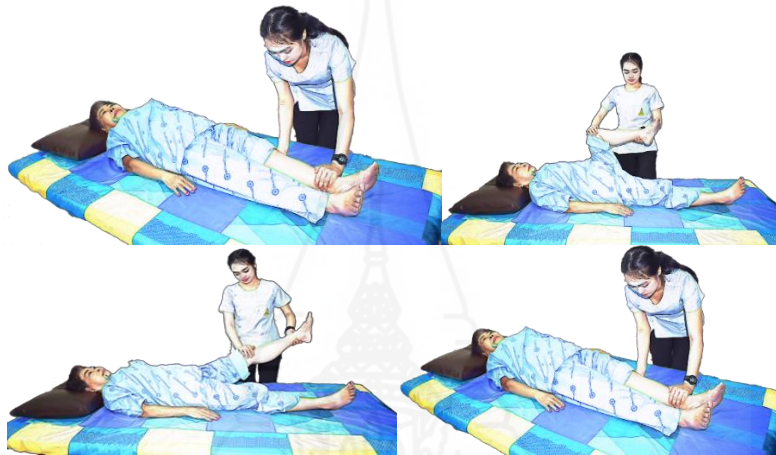
8. การหมุนข้อสะโพก เข้าใน และออกนอก อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ

1) ทำเริ่มต้น ให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งจับข้อเท้า อีกมือหนึ่งจับใต้เข่าของผู้ป่วย ยกต้นขาให้ตั้งฉากกับลำตัว

2) งอปลายขาให้ตั้งฉากกับต้นขา ในท่านี้ปลายขาจะขนานกับที่นอน

3) ค่อย ๆ หมุนปลายขาออกด้านนอก จนเริ่มรู้สึกตึง

4) แล้วหมุนปลายขาเข้าด้านใน จนเริ่มรู้สึกตึงแล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ



9. การกางขาออกและหุบขาเข้า อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ

1) ทำเริ่มต้น ให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งจับข้อเท้าผู้ป่วย อีกมือหนึ่งจับใต้เข่าของผู้ป่วย

2) ค่อย ๆ กางขาผู้ป่วยออก

3) แล้วหุบขาผู้ป่วยเข้า แล้วทำท่าเริ่มต้นซ้ำ



10. การกระดกข้อเท้า และยืดเอ็นร้อยหวาย อย่างน้อย 5 ครั้ง วันละ 1 รอบ

1) ทำเริ่มต้น ให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งซ้อนใต้เท้าผู้ป่วย โดยให้ฝ่าเท้าและปลายเท้าของผู้ป่วยวางบนแขนของท่าน ส่วนมืออีกข้างหนึ่งจับด้านบนข้อเท้าของผู้ป่วย

2) กระดกข้อเท้าของผู้ป่วยจนเริ่มรู้สึกตึง

3) กระดกข้อเท้าลง จนเริ่มรู้สึกตึง แล้วทำทำเริ่มต้นซ้ำ



การบริหารร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลสามารถทำได้ทั้ง 7 วันใน 1 สัปดาห์และลงแบบบันทึกการบริหารร่างกายโดยผู้ดูแล

การจัดสิ่งแวดลอมในบ้าน



1. พื้นภายในตัวอาคาร ควรมีระดับเดียวกันตลอดทั้งชั้นและไม่ลื่น
2. กรณีที่มีขั้นบันได หรือพื้นต่างระดับ ควรทำทางลาดเอียงเข้าตัวอาคาร โดยมีความชันไม่เกิน 5 องศาหรือสัดส่วนความสูงต่อความยาวไม่น้อยกว่า 1 ต่อ 12 และความกว้างไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร
3. ประตูกว้างประมาณ 1 เมตรขึ้นไป เพื่อให้รถเข็นเข้าออกง่าย ไม่ควรมีธรณีประตู ประตูควรเป็นแบบบานเลื่อนและที่จับเป็นแบบด้ามจับที่จับได้ถนัดมือ
4. บันได ต้องไม่ชันมากเกินไป ควรมีราวเกาะทั้ง 2 ข้าง ความสูงของราวเกาะที่เหมาะสมคือ ประมาณ 90 เซนติเมตร และมีผิวไม่ลื่น
5. อุปกรณ์และเครื่องใช้ภายในบ้าน
 - เตียงควรมีความสูงเท่ากับระดับที่นั่งเก้าอี้รถเข็น หรือประมาณ 45 -52 เซนติเมตร
 - โต๊ะหรือเคาน์เตอร์ ควรสูงกว่าที่พักแขน ของเก้าอี้รถเข็นเล็กน้อย หรือประมาณ 76-85 เซนติเมตร
 - ชั้นวางของ สวิตช์ไฟ โทรศัพท์ ควรมีความสูงพอเหมาะที่ผู้ใช้ เก้าอี้ รถเข็นเอื้อมถึงหรือประมาณ 38-120 เซนติเมตร

การดัดแปลงห้องน้ำห้องส้วม



1. ประตูห้องน้ำควรกว้างประมาณ 1 เมตร (รถเข็นเข้า-ออกได้)และไม่มีธรณีประตู
2. โถส้วม สูงประมาณ 16-19 นิ้ว ขึ้นอยู่กับความสูงของผู้ป่วย ถ้าเตี้ยเกินไปจะทำให้ลุกลำบาก

3. ถ้าเป็นโถงส่วนชนิดนั่งยอง ควรตัดแปลงโดยใช้เก้าอี้พลาสติกมีพนักพิงเจาะรูตรงกลางให้มีขนาดกว้างพอประมาณ หรือใช้เก้าอี้นั่งถ่ายสำเร็จรูป เพื่อวางครอบโถ้ววม
4. ควรมีราวรอบ ๆ โดยราวควรสูงจากพื้นประมาณ 85 เซนติเมตร
5. ควรมีแสงสว่างที่เพียงพอ
6. พื้นห้องน้ำควรแห้งอยู่เสมอ หรือมีแผ่นรองกันลื่น

การนวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การนวดไทยเป็นการรักษาความเจ็บป่วย โดยใช้นิ้วมือ หรือหน้านิ้วหัวแม่มือกดนวด แต่ไม่ใช่ปลายนิ้วมือ นอกจากนี้มีการใช้ฝ่ามือ จะใช้บริเวณฝ่ามือเพื่อกดคลึง และการใช้สันมือ สำหรับทุบหรือสับกล้ามเนื้อเป็นจังหวะ การนวดในผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง จะใช้การนวดแบบสัมผัส เป็นการนวดในลักษณะที่เบาใช้การลูบ บีบ จับเบาๆ หรือนวดน้ำมันเพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงของกล้ามเนื้อและกระดูก การรับสัมผัส โดยทำที่ซึ่งนี้จะประกอบไปด้วย

- 1) นวดสัมผัสบริเวณมือและแขน
- 2) ทำนวดสัมผัสบริเวณขา ทำนอนหงาย
- 3) ทำนวดสัมผัสบริเวณขา ทำนอนตะแคง
- 4) ทำนวดสัมผัสบริเวณหลัง ทำนอนตะแคง

ประโยชน์การนวดผ่อนคลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การนวดมีประโยชน์หลายประการ ได้แก่ ช่วยลดอาการปวดและอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการคลายตัว ลดอาการบวมและชาที่ไม่ได้เกิดจากการอักเสบ ทำให้มีการเคลื่อนไหวในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น การนวดจะทำให้เกิดผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ การนวดและคลึงจะทำให้เลือดถูกบีบไปจากบริเวณที่นวด และมีเลือดใหม่มาแทนที่ ทำให้ระบบไหลเวียนของเลือดดีขึ้น กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นเพิ่มมากขึ้นอาการเมื่อยล้าและเจ็บปวดน้อยลง ผลทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความเครียด ในกรณีที่มีสมาชิกในครอบครัวช่วยนวดให้จะส่งผลทำให้เกิดความอบอุ่นทางจิตใจ

ข้อควรระวังในการนวด

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไม่ควรรับการรักษาด้วยการนวดอย่างเดียว เพราะไม่สามารถรักษาและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางแผนปัจจุบันเป็นหลัก ซึ่งผู้ป่วยที่จะนวดได้ต้องมีสัญญาณชีพ (vital sign) คงที่ เช่น ไม่มีไข้ ชีพจรปกติ ความดันเลือดปกติ การหายใจปกติ มีความผิดปกติของระบบประสาทคงที่และไม่มีอาการแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย และควรระวังในการนวดหรือหลีกเลี่ยงการนวดในกรณีต่อไปนี้

- ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่เป็นอันตราย เช่น โรคหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรคลมชัก เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงการนวดหรือปรึกษาแพทย์แผนปัจจุบันก่อน

- หลีกเลี่ยงการดึงตัด เช่น การนวดหัวไหล่ไม่ควรทำการตัด โดยเฉพาะท่าตัดแขนไปข้างหลัง หรือหมุนแขนเข้าแล้วตัดขึ้นข้างบนซึ่งทำให้หัวไหล่เจ็บ อักเสบ หรือเคลื่อนหลุดมากขึ้น

บริเวณที่ควรหลีกเลี่ยงการนวด ได้แก่

- บริเวณด้านหน้าของคอ เนื่องจาก มีเส้นเลือดแดงใหญ่ การนวดกดตำแหน่งนี้ทำให้หน้ามืด หัวใจเต้นช้า ความดันเลือดลดลงและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

- ฐานของคอเหนือกระดูกไหปลาร้าขึ้นมา ไม่ควรทำการนวด อาจมีผลทำให้ต่อมน้ำเหลืองบริเวณนี้อักเสบและบวมใหญ่ขึ้น

- รักแร้ เป็นบริเวณที่มีเส้นเลือด และปมประสาทมากมาย การกดบริเวณนี้ ต้องระมัดระวังอย่างมาก ถ้าเกิดอาการเสียวแปลบลงที่แขน แสดงว่ากดถูกเส้นประสาท

- บริเวณที่มีการอักเสบ, บวมน้ำแบบกดบวมจากภาวะไตทำงานผิดปกติ, บวมจากเส้นเลือดดำส่วนลึกหรือท่อน้ำเหลืองอุดตัน

- บริเวณที่เป็นแผลเปิด แผลกดทับ แผลพุพอง ผิวนอง

- แผลที่เกิดจากมะเร็งและในผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายของมะเร็งบางชนิด

ทำนวดสัมผัสเพื่อผ่อนคลาย

ทำนวดสัมผัสเพื่อผ่อนคลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยและญาติสามารถทำได้เอง ดังทำต่อไปนี้

1) นวดสัมผัสบริเวณมือและแขน

ท่าที่ 1 นวดคลายกล้ามเนื้อฝ่ามือ

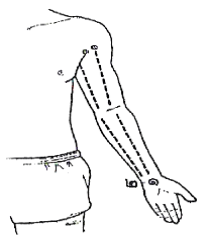


ผู้ป่วยหงายมือ ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดซ้อนกันจุดฝ่ามือที่ 1 อยู่บนเนินใหญ่ของฝ่ามือ

จุดที่ 2 อยู่กลางฝ่ามือตรงบริเวณนิ้วกลาง

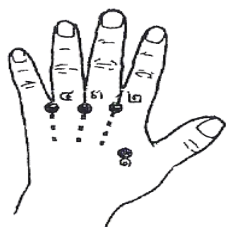
และจุดที่ 3 อยู่บริเวณเนินเล็กของฝ่ามือตรงบริเวณนิ้วก้อย

ท่าที่ 2 นวดคลายกล้ามเนื้อแขนด้านใน 1 และ 2



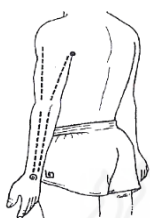
ผู้ป่วยหงายมือ ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือกดตรงตำแหน่งแนวแขนด้านใน 1 (แนวนิ้วกลาง) เริ่มจากเหนือข้อมือ ใช้สองนิ้วกดนวดไล่เรียงขึ้นไป จนถึงต้นแขน และนวดและนวดแนวแขนด้านใน 2 (แนวนิ้วก้อย) นวดลักษณะเช่นเดียวกับแนว 1 โดยเว้นการกดบริเวณข้อพับแขน

ท่าที่ 3 นวดคลายกล้ามเนื้อหลังมือ



ผู้ป่วยคว่ำมือ ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดซ้อนกันตรง จุดที่ 1 บริเวณง่ามระหว่างนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้ และกดจุดหลังมือ 2, 3, 4 บริเวณร่องระหว่างโคนนิ้ว

ท่าที่ 4 นวดคลายกล้ามเนื้อแขนด้านนอก 1, 2

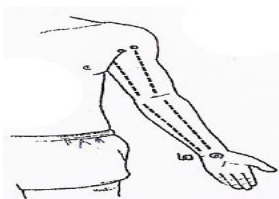


ผู้ป่วยคว่ำมือ ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือกดตรงตำแหน่งนวดแขนด้านนอก 1 (แนวนิ้วกลาง) เริ่มต้นจากเหนือข้อมือเล็กน้อย กดนวดไล่เรียงขึ้นไปจนถึงต้นแขน และนวดแนวแขนด้านนอก 2 (แนวนิ้วก้อย) นวดลักษณะ เช่นเดียวกับแนว 1 โดยเว้นการนวดบริเวณข้อศอก

ท่าที่ 5 ลูบเอาใจ

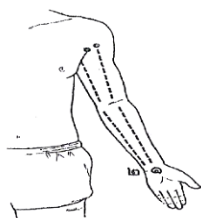
ผู้ป่วยหงายมือ ผู้นวดบีบน้ำมันใส่ฝ่ามือ ขโลมน้ำมันให้ทั่วฝ่ามือ แล้วใช้อุ้งมือขวาและอุ้งมือซ้าย วางบนแขนผู้ป่วยออกแรงกดเบาๆ กดนวดไล่เรียงขึ้นไปจนถึงต้นแขน จากนั้นหมุนฝ่ามือโอบข้างต้นแขน รูดลงมาจนถึงข้อมือ ทำ 3-4 รอบ

ท่าที่ 6 วนก้นหอย



ผู้ป่วยหงายมือ ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดวนสวนกลับกันเป็นก้นหอยตามแนวกึ่งกลางแขน กึ่งกลางแขนด้านใน เริ่มตั้งแต่บริเวณเหนือข้อมือ นวดไล่ เรียงขึ้นไปจนถึงต้นแขน ทำ 3-4 รอบ เว้น บริเวณใต้พับแขน (นวดวนก้นหอยจะนวดทั้งแนวแขนด้านใน 1, 2)

ท่าที่ 7 รีดกล้ามเนื้อแขนด้านใน



ผู้ป่วยหงายมือ ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือกดตรงตำแหน่งกึ่งกลาง แขนด้านในบริเวณเหนือข้อมือ กดนวดรีดขึ้นไปจนถึง กึ่งกลางแขนด้านล่าง และกดนวดรีดขึ้นไปจนถึงใต้ข้อพับ แขน เว้นบริเวณข้อพับแขน จากนั้นกดนวดรีดขึ้นไปจนถึง ต้นแขน ทำ 3-4 รอบ (นวดรีดกล้ามเนื้อแขนด้านในจะนวด ทั้งแนวแขนด้านใน 1, 2)

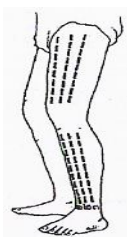
2) การนวดสัมผัสบริเวณขาทำนอนหงาย

ท่าที่ 1 นวดคลายกล้ามเนื้อขาแนวที่ 1 ชิดกระดูกสันหลังข้าง



ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างวางคู่กัน กดบนแนว กล้ามเนื้อชิดกระดูกสันหลังหน้าข้างแนวที่ 1 (ชิดกระดูก สันหลังข้าง) กดเรียงลงไปถึงข้อเท้า และ กดเรียงนิ้วขึ้น จาก 2 นิ้วเหนือเข่า ไปถึงต้นขา โดยใช้นิ้วทั้งสี่ประคอง

ท่าที่ 2 นวดคลายกล้ามเนื้อขาแนวที่ 2, 3 ช่วงสันหลังข้าง



ผู้นวดพลิกกลับมือ โดยใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างชี้ลง นวด แนวกล้ามเนื้อแนวที่ 2, 3 (ห่างจากกระดูกสันหลังข้าง 1 และ 2 นิ้วมือตามลำดับ เว้นข้อเข่าลงมาประมาณ 2 นิ้ว มือ กดเรียงนิ้วลงไปถึงข้อเท้าและกดเหนือข้อเข่า 2 นิ้วมือ กดเรียงนิ้วขึ้นไปจนถึงต้นขา โดยใช้นิ้วทั้งสี่ประคองร่วม ด้วย

ท่าที่ 3 ลูบเอาใจ

ผู้หมวดบีบน้ำมันใส่ฝ่ามือ ทำการขโลมน้ำมันให้ทั่วด้วยท่าลูบเอาใจ คือใช้อุ้งมือขวาและอุ้งมือซ้ายวางบนขาผู้ป่วยออกแรงเบาๆ นวดไรร้อยขึ้นไปจนถึงต้นขา จากนั้นหมุนฝ่ามือโอบข้างต้นขาลูบลงมาจนถึงข้อเท้า ทำท่าลูบเอาใจ 3 – 4 รอบ

ท่าที่ 4 วนก้นหอยแนวสันหน้าแข้ง***

ผู้หมวดใช้หัวแม่มือทั้งสองข้างกตนวนวนเป็นก้นหอยเริ่มตั้งแต่แนวสันหน้าแข้งด้านนอกและด้านในเหนือข้อเท้า กตนวนไล่ขึ้นไปจนถึงข้อเข่า และนวดบริเวณเหนือข้อเข่า 2 นิ้วมือ กตเรียงนิ้ววนเป็นก้นหอยขึ้นไปจนถึงต้นขา ทำ 3-4 รอบ

ท่าที่ 5 ริดกล้ามเนื้อขาด้านนอก

ผู้หมวดใช้มือซ้ายจับบริเวณข้อเท้าผู้ป่วย ส่วนมือขวาใช้นิ้วหัวแม่มือกตตรงตามตำแหน่งแนวสันหน้าแข้งด้านนอก กตวนริดขึ้นไปจนถึงข้อเข่า และนวดบริเวณเหนือข้อเข่า 2 นิ้วมือ นวดริดขึ้นไปจนถึงข้อขาทำ 3-4 รอบ จากนั้นเปลี่ยนสลับมือริดขาด้านใน ทำเช่นเดียวกับขาด้านนอก

ท่าที่ 6 ริดกล้ามเนื้อขาด้านในท่อนล่าง

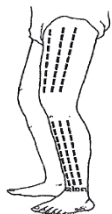


ผู้ป่วยนอนหงายงอเข่าข้างที่นวด ผู้หมวดใช้สันมือกตริตบริเวณแนวขาด้านในท่อนล่างแนว 1, 2 (ขีดกระดูกหน้าแข้งด้านในและห่างจากกระดูกหน้าแข้งด้านใน 1 นิ้วมือ) กตตั้งแต่ข้อเท้าเข้ามา ไปถึงข้อเท้า ทำ 3-4 รอบ

ท่าที่ 7 ริดกล้ามเนื้อขาด้านในท่อนบน

ผู้ป่วยนอนหงาย งอเข่าข้างที่นวด ผู้หมวดใช้สันมือกตริตตรงบริเวณแนวขาด้านในท่อนบนแนว 1, 2 (ดังท่าที่ 6) กตตั้งแต่เหนือข้อเท้าขึ้นไปจนถึงต้นขา ทำ 3-4 รอบ

3) การนวดสัมผัสบริเวณขาทำนองตะแคง
ท่าที่ 1 รีดกล้ามเนื้อขาด้ำนนอกท่อนล่าง



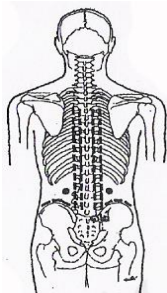
ผู้ป่วยนอนตะแคงข้าง ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือกดรีดตรงบริเวณแนวขา
ด้ำนนอกท่อนล่างแนว 1, 2, 3 (ขีดกระดูกสันหน้าแข้งด้ำนนอก, ห่าง
จากสันหน้าแข้ง 1 นิ้วมือและ 2 นิ้วมือตามลำดับ) กดรีดตั้งแต่ใต้ข้อ
พับเขาลงไปถึงข้อเท้า ทำ 3-4 รอบ

ท่าที่ 2 รีดกล้ามเนื้อขาด้ำนนอกท่อนบน

ผู้ป่วยนอนตะแคงข้าง ผู้นวดใช้สันมือกดรีดตรงบริเวณแนวขาด้ำนนอกท่อนบนแนว 1, 2, 3 (ดังท่าที่ 1)
กดรีดตั้งแต่เหนือข้อพับเขารึ้นไปถึงต้นขา ทำ 3-4 รอบ

4) การนวดสัมผัสบริเวณหลังทำนองตะแคง

ท่าที่ 1 นวดคลายกล้ามเนื้อหลัง แนว 1, 2



ผู้ป่วยนอนตะแคงข้าง ผู้นวดใช้สันมือกดลงเบา ๆ แนว 1 (ขีดกระดูก
สันหลัง) และ แนว 2 (ห่างจากกระดูกสันหลัง 1 นิ้วมือ) นวดจากหลัง
ช่วงเอวขึ้นไปถึงช่วงบ่า ทำทั้งสองข้างเหมือนกัน

ท่าที่ 2 วนก้นหอยขีดแนวกระดูกสันหลัง แนว 1

ผู้ป่วยนอนตะแคงในลักษณะเดิม ผู้นวดบีบน้ำมันใส่ฝ่ามือ ชโลมให้ทั่วแผ่นหลัง ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้ง
สองข้างกดวนเป็นก้นหอยขีดแนวกระดูกสันหลัง แนว 1 เริ่มต้นนวดจากหลังช่วงเอวกดวนขึ้นไปถึง
แนวบ่า

ท่าที่ 3 วนก้นหอยห่างจากแนวกระดูกสันหลัง 1 นิ้วมือ แนว 2

ผู้ป่วยนอนตะแคงในลักษณะเดิม ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้างกดวนวนเป็นก้นหอยห่างจาก
แนวกระดูกสันหลัง 1 นิ้วมือ เริ่มต้นนวดจากหลังช่วงเอวกดวนขึ้นไปถึงแนวบ่า

อย่างไรก็ดีการนวด ในระยะที่กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็ง (spasticity) โดยเฉพาะในบางบริเวณ เช่น ฝ่า
มือ แขนด้ำนใน ข้อพับศอกด้ำนใน ต้นขาด้านหน้า และฝ่าเท้า สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการ

หดเกร็งของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อการรักษามากกว่าผลดี จึงควรหลีกเลี่ยงการนวดในกรณีดังกล่าว

การประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร

สมุนไพรที่ใช้ในการรักษา จะมีลูกประคบที่ใช้ในการรักษาที่ประกอบไปด้วยสมุนไพรหลายชนิด อาทิ ผิวมะกรูด ขมิ้นชัน เกลือ การบูร ไพล และตะไคร้บ้าน เป็นต้น นำไปนึ่ง 15-20 นาทีแล้วใช้ประคบให้ผู้ป่วยประมาณครึ่งชั่วโมง นอกจากจะช่วยในการรักษา ยังช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อได้อีกด้วย

การประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร

สมุนไพรที่ใช้ในการรักษา จะมีลูกประคบที่ใช้ในการรักษาที่ประกอบไปด้วยสมุนไพรหลายชนิด อาทิ ผิวมะกรูด ขมิ้นชัน เกลือ การบูร ไพล และตะไคร้บ้าน เป็นต้น นำไปนึ่ง 15-20 นาทีแล้วใช้ประคบให้ผู้ป่วยประมาณครึ่งชั่วโมง นอกจากจะช่วยในการรักษา ยังช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อได้อีกด้วย

สำหรับการใช้สมุนไพรชนิดรับประทาน ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยว่าหนัก แคลไหน โดยจะมีทั้งแบบสมุนไพรเดี่ยวและสมุนไพรตำรับ

ประโยชน์ของการประคบสมุนไพร (จากตัวยาสมุนไพร และความร้อน)

1. กระตุ้นหรือเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต
2. ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อและบรรเทาอาการปวดเมื่อย
3. ลดการติดขัดของข้อต่อบริเวณที่ประคบและทำให้เนื้อเยื่อพังผืดยืดตัวออก
4. ลดอาการบวมที่เกิดจากการอักเสบของกล้ามเนื้อหรือบริเวณข้อต่อต่าง ๆ หลังจาก 24-48 ชั่วโมงไปแล้ว
5. ช่วยให้รู้สึก สดชื่น ผ่อนคลายจากกลิ่นของน้ำมันหอมระเหย

ตัวยาที่นิยมทำลูกประคบ

- ไพล (500 กรัม) แก้ปวดเมื่อย เคล็ด ขัดยอก ลดการอักเสบ
- ขมิ้นชัน (100 กรัม) ช่วยลดการอักเสบ แก้โรคผิวหนัง
- ขมิ้นอ้อย (100 กรัม) ช่วยลดการอักเสบ แก้โรคผิวหนัง
- ตะไคร้บ้าน (200 กรัม) แต่งกลิ่น
- ผลมะกรูด (100 กรัม) ผิวมะกรูดมีน้ำมันหอมระเหย แก่ลมวิงเวียน ส่วนน้ำในผลแก้คันตามร่างกาย ถ้าไม่มีใช้ใบแทนได้ ซึ่งมีน้ำมันหอมระเหย แก่ลมวิงเวียน เช่นกัน
- เกลือ (60 กรัม) ช่วยดูดความร้อนและช่วยพาตัวยาสีมน้ำมันผิวหนังได้สะดวกขึ้น
- การบูร (30 กรัม) แต่งกลิ่นบำรุงหัวใจ
- พิมเสน (30 กรัม) แต่งกลิ่นบำรุงหัวใจ

สูตรตำรับยาประคบที่ระบุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี พ.ศ.2556

ในยา 130 กรัม ประกอบด้วยเหง้าไพร 50 กรัม ใบมะขาม 30 กรัม ผิวมะกรูด 20 กรัม เหง้า
ขมิ้นชัน 10 กรัม ตะไคร้ (ลำต้น) 10 กรัม เปลือกเม็ด 1 ซ่อนโตะ การบูร 2 ซ่อนโตะ

อุปกรณ์การทำลูกประคบสมุนไพร

1. ผ้าสำหรับห่อลูกประคบ ต้องเป็นผ้าฝ้ายหรือผ้าดิบที่มีเนื้อผ้าแน่นพอที่จะป้องกันไม่ให้สมุนไพรร่วงออกมาได้
2. สมุนไพรที่ใช้ประคบต้องหั่นหรือสับเป็นชิ้นเล็ก ๆ อาจใช้สมุนไพรสดหรือแห้งก็ได้ แต่ต้องไม่มีเชื้อราปรากฏให้เห็น
3. หม้อสำหรับนึ่งลูกประคบและจานรองลูกประคบ
4. เชือกสำหรับห่อลูกประคบ

วิธีทำลูกประคบ

1. นำหัวไพล ขมิ้นชัน ขมิ้นอ้อย ข่า ตะไคร้ และมะกรูด ล้างทำความสะอาด นำมาหั่นหรือสับให้เป็นชิ้น ตามขนาดที่ต้องการ ตำพอหยาบๆ
2. ใส่เกลือ การบูรและพิมเสน คลุกเคล้าเป็นส่วน ๆ เท่า ๆ กันใช้ผ้าฝ้ายหรือผ้าดิบห่อเป็นลูกประคบมัดด้วยเชือกให้แน่น

วิธีการใช้ลูกประคบสมุนไพร

นำลูกประคบที่ได้ไปนึ่งประมาณ 15-20 นาที เมื่อลูกประคบร้อนได้ที่แล้ว ก่อนนำมาใช้ประคบควรมีการทดสอบความร้อนโดยแตะที่ท้องแขนหรือหลังมือก่อน และในช่วงแรกที่ลูกประคบยังร้อนอยู่ต้องประคบด้วยความเร็ว ไม่วางลูกประคบไว้บนผิวหนังนาน ๆ เพียงแตะลูกประคบแล้วยกขึ้น แต่เมื่อลูกประคบคลายความร้อนลงสามารถวางลูกประคบได้นานขึ้นพร้อมกับกดคลึงจนกว่าลูกประคบคลายความร้อน แล้วจึงเปลี่ยนลูกประคบลูกใหม่มาใช้แทนและนำลูกประคบที่เย็นแล้วกลับไปนึ่งใหม่เพื่อนำมาใช้ต่อไป

ข้อควรระวังในการประคบสมุนไพร

1. ไม่ควรใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไป โดยเฉพาะบริเวณผิวหนังที่เคยเป็นแผลมาก่อนหรือบริเวณที่มีกระดูกยื่น และต้องระมัดระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อัมพาต ในเด็กและผู้สูงอายุ เพราะมักมีความรู้สึกในการรับรู้และตอบสนองช้า อาจทำให้ผิวหนังไหม้พองได้ง่าย
2. ห้ามประคบบริเวณที่มีแผล
3. ไม่ควรใช้การประคบสมุนไพรในกรณีที่มีการอักเสบ บวมแดง ร้อน ในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก เพราะจะทำให้อักเสบบวมมากขึ้นและอาจมีเลือดออกตามมาได้
4. หลังจากประคบสมุนไพรเสร็จใหม่ๆ ไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะจะไปล้างตัวยาจากผิวหนัง และร่างกายยังไม่สามารถปรับตัวได้ทัน (ร้อนเป็นเย็นทันที) อาจทำให้เกิดเป็นไข้ได้

5. ควรระวังการใช้ในผู้ที่แพ้ส่วนประกอบในลูกประคบ

การเก็บลูกประคบสมุนไพร

ลูกประคบสมุนไพรที่ใช้ครั้งหนึ่งแล้วสามารถเก็บไว้ได้นาน 3-5 วัน หลังจากใช้แล้วควรผึ่งลูกประคบให้แห้ง เก็บใส่ถุงหรือภาชนะให้แน่นแช่ตู้เย็นจะเก็บได้นานขึ้น ให้สังเกตถ้าลูกประคบมีเชื้อรา ปรากฏให้เห็นและมีกลิ่นเหม็นเปรี้ยว หรือสีเหลืองจางลง แสดงว่าตัวยาเสีย ไม่มีคุณภาพ ไม่ควรนำมาใช้อีกต่อไป เพราะจะใช้ไม่ได้ผล

นอกจากการทำเพื่อใช้เองแล้ว ปัจจุบันมีการทำลูกประคบจำหน่ายเป็นสินค้าดอทอปในหลาย ๆ จังหวัด โดยส่วนใหญ่จะใช้สมุนไพรแห้งเพื่อให้การขนส่งสะดวกและการเก็บรักษาง่าย ซึ่งสรรพคุณจะแตกต่างกันไปตามชนิดของสมุนไพรที่นำมาทำ สำหรับการเลือกซื้อควรเลือกซื้อลูกประคบที่มีลักษณะดี สะอาด ไม่มีเชื้อรา และควรเลือกซื้อจากแหล่งที่เชื่อถือได้ (กฤติยา ไชยนอก, 2017) (MED HERB GURU รอบรู้เรื่องสมุนไพร)



สถาบันพระมหากษัตริย์

บันทึกสำหรับผู้ดูแล
การฟื้นฟูสภาพที่ผู้ดูแลทำให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ 1-2
(ระยะเวลา 7 สัปดาห์ ส่งบันทึกกับ อสม.ทุกสัปดาห์)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่าน หากไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมใด
 ให้แก่ผู้ป่วย กรุณาระบุเหตุผลประกอบตามความเป็นจริง

วันที่	บริหารร่างกายซีกอ่อนแรง		นวดสัมผัส		ประคบสมุนไพร		หมายเหตุ (สาเหตุที่ไม่ได้ทำ)
	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	
สัปดาห์ที่ 1							
วันที่ 1							
วันที่ 2							
วันที่ 3							
วันที่ 4							
วันที่ 5							
วันที่ 6							
วันที่ 7							

สัปดาห์ที่ 2							
วันที่ 1							
วันที่ 2							
วันที่ 3							
วันที่ 4							
วันที่ 5							
วันที่ 6							
วันที่ 7							

บันทึกสำหรับผู้ดูแล
การฟื้นฟูสภาพที่ผู้ดูแลทำให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ 3-4
(ระยะเวลา 7 สัปดาห์ ส่งบันทึกกับ อสม.ทุกสัปดาห์)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่าน หากไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมใด
 ให้แก่ผู้ป่วย กรุณาระบุเหตุผลประกอบตามความเป็นจริง

วันที่	บริหารร่างกายซีกอ่อนแรง		นวดสัมผัส		ประคบสมุนไพร		หมายเหตุ (สาเหตุที่ไม่ได้ทำ)
	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	
สัปดาห์ที่ 3							
วันที่ 1							
วันที่ 2							
วันที่ 3							
วันที่ 4							
วันที่ 5							
วันที่ 6							
วันที่ 7							

สัปดาห์ที่ 4							
วันที่ 1							
วันที่ 2							
วันที่ 3							
วันที่ 4							
วันที่ 5							
วันที่ 6							
วันที่ 7							

บันทึกสำหรับผู้ดูแล
การฟื้นฟูสภาพที่ผู้ดูแลทำให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ 5-6
(ระยะเวลา 7 สัปดาห์ ส่งบันทึกกับ อสม.ทุกสัปดาห์)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่าน หากไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมใด
 ให้แก่ผู้ป่วย กรุณาระบุเหตุผลประกอบตามความเป็นจริง

วันที่	บริหารร่างกายเชิงอ่อนแรง		นวดสัมผัส		ประคบสมุนไพร		หมายเหตุ (สาเหตุที่ไม่ได้ทำ)
	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	
สัปดาห์ที่ 5							
วันที่ 1							
วันที่ 2							
วันที่ 3							
วันที่ 4							
วันที่ 5							
วันที่ 6							
วันที่ 7							

สัปดาห์ที่ 6							
วันที่ 1							
วันที่ 2							
วันที่ 3							
วันที่ 4							
วันที่ 5							
วันที่ 6							
วันที่ 7							

บันทึกสำหรับผู้ดูแล

การฟื้นฟูสภาพที่ผู้ดูแลทำให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ 7
(ระยะเวลา 7 สัปดาห์ ส่งบันทึกกับ อสม.ทุกสัปดาห์)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่าน หากไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมใด
ให้แก่ผู้ป่วย กรุณาระบุเหตุผลประกอบตามความเป็นจริง

วันที่	บริหารร่างกายเชิงอ่อนแรง		นวดสัมผัส		ประคบสมุนไพร		หมายเหตุ (สาเหตุที่ไม่ได้ทำ)
	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ	ไม่ได้ทำ	
สัปดาห์ที่ 7							
วันที่ 1							
วันที่ 2							
วันที่ 3							
วันที่ 4							
วันที่ 5							
วันที่ 6							
วันที่ 7							



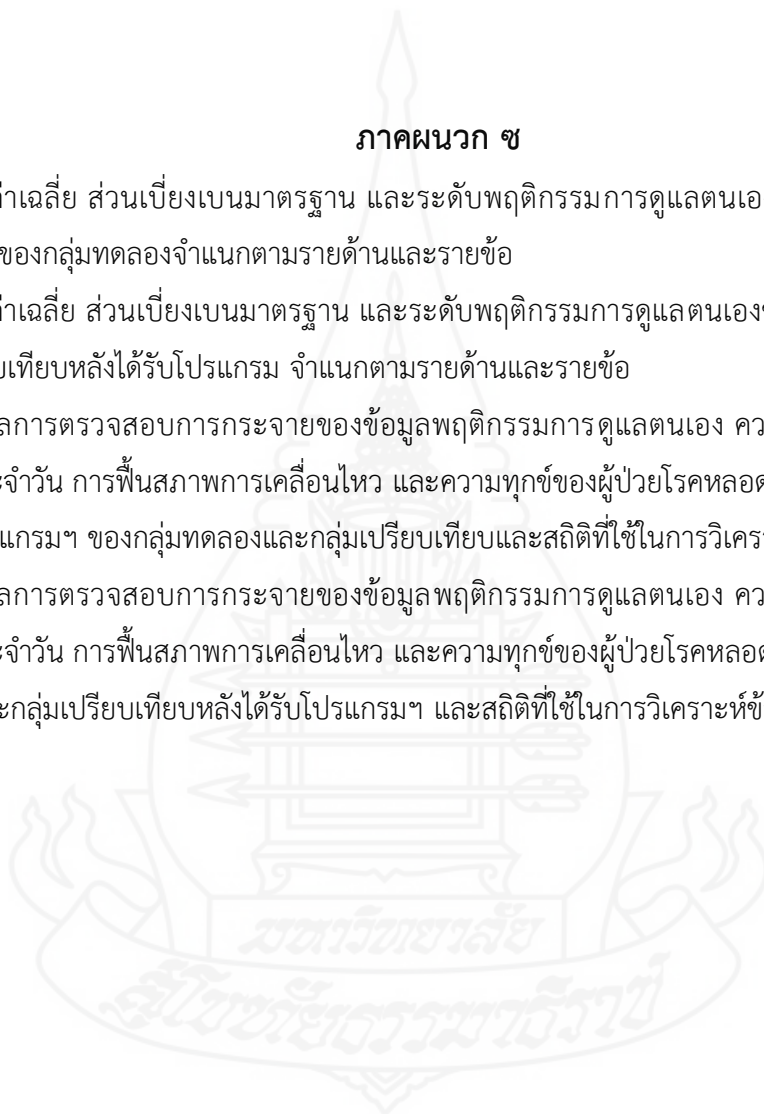
ภาคผนวก ข

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม ของกลุ่มทดลองจำแนกตามรายด้านและรายข้อ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม จำแนกตามรายด้านและรายข้อ

ผลการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและ หลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมฯ และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ของกลุ่มทดลองจำแนกตามรายด้านและรายชื่อ

ข้อ	ข้อความ	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
1.	ด้านอาหารและน้ำ	4.05	0.316	มาก	4.57	0.127	มากที่สุด
	1. ท่านลดหรือไม่กินอาหารที่มีโซเดียมสูงหรืออาหารรสเค็ม เช่น อาหารที่มีรสเค็ม เครื่องปรุงรสชนิดต่าง ๆ (เกลือ น้ำปลา ซอสหอยนางรม) อาหารดองเค็ม เช่น ไข่เค็ม กุ้งแห้ง เป็นต้น อาหารดองเปรี้ยว เช่น หน่อไม้ดอง แหนม ไส้กรอก เป็นต้น	3.73	1.363	มาก	4.67	0.479	มาก
	2. ท่านลดหรือไม่กินอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงจำพวกอาหารบรรจุกระป๋อง อาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โจ๊กซอง ขนมกรุบกรอบ เป็นต้น	3.60	1.102	มาก	4.47	0.629	มาก
	3.ท่านกินอาหารจำพวกไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเลจำพวกปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม เป็นต้น	3.50	0.731	มาก	4.17	0.379	มาก
	4. ท่านกินอาหารที่มีไขมันมาก ๆ เช่น หมูสามชั้น ขาหมู ข้าวมันไก่ หนังไก่ แกงกะทิ นม ไขมัน เนย ครีม เค้ก คุกกี้ เป็นต้น	3.20	0.805	มาก	4.30	0.466	มาก
	5. ท่านกินอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อหมูและมันออก เนื้อไก่เอาหนังออก นมพร่องมันเนย เน้นรับประทานเนื้อปลา.	3.77	1.104	มาก	4.60	0.498	มากที่สุด
	6. ท่านปรุงอาหารโดยใช้ไขมันพืชชนิดกรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันงา น้ำมันดอกคำฝอย แทนน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันหมู น้ำมัน	3.90	1.213	มาก	4.70	0.466	มากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
	ปาล์ม น้ำมันมะพร้าว ยกเว้นเมื่อปรุงอาหารโดยการทอด ท่านจะใช้น้ำมันปาล์ม						
	7. ท่านปรุงอาหารโดยการต้ม อย่าง อบ นึ่ง ตุ่น แทนการทอด เจียว และผัด	3.97	1.351	มาก	4.63	0.556	มากที่สุด
	8. ท่านกินอาหารหวาน เช่น ขนมหวาน ทองหยิบ ทองหยอด ขนมหม้อแกง แกงบวด ของเชื่อม เบเกอรี่ ไอศกรีม ขนมกรุบกรอบเคลือบน้ำตาล โรตีสี เป็นต้น	3.77	0.935	มาก	3.97	0.615	มาก
	9. ท่านใช้น้ำตาลในการปรุงอาหารหรือเครื่องดื่มไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน	3.97	1.245	มาก	4.53	0.681	มากที่สุด
	10. ท่านดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้ ชา กาแฟ	4.30	1.149	มาก	4.63	0.718	มากที่สุด
	11. ท่านกินผักแคลอรีต่ำ เช่น ผักบุ้ง ผักกาดขาว ผักคะน้า กระหล่ำปลี ถั่วงอก ถั่วงอกยาว เป็นต้น	4.10	1.094	มาก	4.53	0.681	มากที่สุด
	12. ท่านกินผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ชมพู ฝรั่ง แก้วมังกร กัลยี่ ส้ม มะละกอ แคนตาลูป เป็นต้น	4.13	1.106	มาก	4.57	0.626	มากที่สุด
	13. ท่านไม่กินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย น้อยหน่า มะม่วงสุก สับประรด เป็นต้น	3.80	1.349	มาก	4.30	0.837	มาก
	14. ท่านกินอาหารครบ 5 หมู่ มีแป้ง ไขมัน โปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ เช่น ข้าวกล้อง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ นม เป็นต้น	4.23	1.194	มาก	4.57	0.679	มากที่สุด
	15. ท่านกินอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวกล้อง ข้าวไรเบอร์รี่ ข้าวสังข์หยด ขนมปังโฮลวีท เป็นต้น	4.30	1.088	มาก	4.57	0.728	มากที่สุด
	16. ท่านกินอาหารอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย และกลืนสะดวก	4.30	0.952	มาก	4.77	0.430	มากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
	17. ท่านกินอาหารเองซ้ำ ๆ ไม่เร่งรีบ โดยใช้มือข้างที่มีแรง	4.47	0.730	มาก	4.87	0.346	มากที่สุด
	18. ใช้ช้อนที่มีด้ามใหญ่ตักอาหารใส่ปาก ข้างที่ไม่อ่อนแรง	4.07	1.574	มาก	4.67	0.661	มากที่สุด
	19. ท่านใช้จานที่มีขอบใส่อาหารและ วางจานไว้ตรงหน้าหรืออยู่ในลานสายตา เพื่อความสะดวกในการรับประทาน	4.43	1.165	มาก	4.80	0.484	มากที่สุด
	20. ท่านดื่มน้ำด้วยแก้วพลาสติกที่มีหูจับ ขนาดใหญ่	4.33	1.155	มาก	4.80	0.551	มากที่สุด
	21. ท่านดื่มน้ำวันละ 2.5-3 ลิตร	4.30	1.208	มาก	4.63	0.615	มากที่สุด
	22. ท่านบ้วนปากและแปรงฟันหลัง อาหาร	4.87	0.730	มากที่สุด	4.87	0.434	มากที่สุด
2.	ด้านการรับประทานยา	4.60	0.543	มากที่สุด	4.80	0.761	มากที่สุด
	23. ท่านกินยาโรคหลอดเลือดสมอง อย่างต่อเนื่องโดยไม่หยุดยาเอง	4.83	0.531	มากที่สุด	5.00	0.000	มากที่สุด
	24. ท่านกินยาโรคหลอดเลือดสมองใน ขนาด และจำนวนตามแผนหน้าซอง	4.87	0.434	มากที่สุด	5.00	0.000	มากที่สุด
	25. ท่านกินยาโรคหลอดเลือดสมองตาม เวลาครบทุกมื้อ	4.83	0.531	มากที่สุด	5.00	0.000	มากที่สุด
	26. ท่านกินยาด้านเกล็ดเลือดหลัง รับประทานอาหารทันที	3.57	1.851	มาก	3.80	1.864	มาก
	27. ท่านไม่แกะยาโรคหลอดเลือดสมอง ออกจากแผงไว้ล่วงหน้าเพื่อป้องกันไม่ให้ ยาขึ้น	4.63	0.890	มากที่สุด	5.00	0.000	มากที่สุด
	28. ท่านอ่านฉลากก่อนรับประทานยา โรคหลอดเลือดสมอง	4.87	0.507	มากที่สุด	5.00	0.000	มากที่สุด
3.	ด้านการขับถ่าย	4.55	0.154	มากที่สุด	4.58	0.180	มากที่สุด
	29. ท่านขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา	4.60	0.770	มากที่สุด	4.63	0.718	มากที่สุด
	30. ท่านถ่ายปัสสาวะทันทีที่ปวด ไม่ กลั้นปัสสาวะไว้	4.73	0.740		4.77	0.679	

ข้อ	ข้อความ	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
	31. ท่านทำความสะอาดผิวหน้าบริเวณ ก้นและซบให้แห้งหลังการซบถ่าย	4.53	1.074	มากที่สุด	4.53	1.074	มากที่สุด
	32. ท่านเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น เกร็ง กล้ามเนื้อหน้าท้องและขมิบก้น/หูรูดทวาร หนักให้แข็งแรง เพื่อไม่ให้ท้องผูก	4.33	0.922	มาก	4.37	0.890	มาก
4.	ด้านการฟื้นฟูสภาพ	2.16	0.302	น้อย	2.19	0.284	น้อย
	33. ท่านอ้าปากกว้าง ออกเสียงคำว่า “อา” “อะ อา” โดยทำหน้ากระຈก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	3.67	1.295	มาก	3.73	1.258	มาก
	34. ท่านยิ้มยิงฟัน ออกเสียงคำว่า “อี” “อิ อี” โดยทำหน้ากระຈก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	3.67	1.295	มาก	3.73	1.258	มาก
	35. ท่านห่อปากจู๋ ออกเสียงคำว่า “อู” “อู อู” โดยทำหน้ากระຈก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	3.67	1.295	มาก	3.73	1.258	มาก
	36. ท่านห่อปาก ออกเสียงคำว่า “โอ” “โอะ โอ” โดยทำหน้ากระຈก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	3.70	1.317	มาก	3.77	1.278	มาก
	37. ท่านออกเสียงคำว่า “ลา” “ลา ลา ลา” โดยทำหน้ากระຈก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	3.67	1.295	มาก	3.73	1.258	มาก
	38. ท่านเม้มปากติดกันแน่น ๆ แล้ว ปล่อย โดยทำหน้ากระຈก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	3.63	1.273	มาก	3.70	1.236	มาก
	39. ท่านแลบปลายลิ้นแตะมุมปาก ซ้าย ขวา บน-ล่าง โดยทำหน้ากระຈก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	3.70	1.264	มาก	3.77	1.223	มาก
	40. ท่านพองแก้มป่อง 2 ซ้าง ทำเสียง กระแอม โดยทำหน้ากระຈก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	3.67	1.295	มาก	3.73	1.258	มาก

ข้อ	ข้อความ	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
	41. ท่านยกปลายลิ้นแตะหลังฟันบน ลากเข้าไปตามเพดานปากโดยทำหน้าที่ กระจก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	3.67	1.295	มาก	3.73	1.258	มาก
	42. ท่านเป่าเทียน เป่าน้ำผ่านหลอด กากาแฟ หรือเป่านกหวีด ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	3.67	1.295	มาก	3.73	1.258	มาก
	43. ท่านแลบลิ้นยาว ๆ แล้วหดกลับ แลบลิ้นแล้วใช้ปลายลิ้นแตะมุมปาก ซ้าย-ขวา บน-ล่าง ยกปลายลิ้นแตะหลัง ฟันบน ลากเข้าไปตามเพดานปาก ออก เสียงคำว่า “ลา ลา ลา” หัดเดาะลิ้น ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	3.67	1.295	มาก	3.73	1.258	มาก
5.	ด้านการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน	4.37	0.260	มาก	4.40	0.239	มาก
	71. ขณะนอนหงาย ท่านจัดให้ศีรษะ และลำตัวอยู่ในแนวตรงใช้หมอนบาง ๆ หนุนที่หัวไหล่และต้นแขนข้างที่อ่อนแรง นิ้วมือเหยียดออก ใช้หมอนหนุนข้าง สะโพกด้านที่อ่อนแรง ขาเหยียดตรงและ ใช้หมอนกันปลายเท้าตก	4.17	1.117	มาก	4.20	1.095	มาก
	72. ขณะนอนตะแคงที่ข้างที่อ่อนแรง ท่านโน้มศีรษะไปด้านหน้าเล็กน้อย ลำตัว ตรง แขนขาข้างปกติวางบนหมอน งอ ข้อศอก สะโพกและเข่าเล็กน้อย แขนขา ข้างที่อ่อนแรงยื่นมาข้างหน้า แขนเหยียด ตรง มือหงายขึ้น จัดวางตำแหน่งขาข้างที่ อ่อนแรงไม่ให้ถูกกดทับ สะโพกเหยียดตรง เข่าเล็กน้อย เท้าอยู่ในท่าปกติ	4.17	1.117	มาก	4.20	1.095	มาก
	73. ท่านลุกขึ้นนั่งจากท่านอนหงาย โดย ใช้มือข้างที่ปกติจับมือข้างที่อ่อนแรงไว้ พลิกตะแคงตัวไปทางด้านดีโดยจับมือ	4.17	1.117	มาก	4.20	1.095	มาก

ข้อ	ข้อความ	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
	ข้างที่อ่อนแรงไปด้วย ใช้ขาข้างปกติ เกี่ยวขาข้างที่อ่อนแรงลงมาข้างเดียว ใช้ แขนข้างที่ปกติดันตัวลุกขึ้นมาสู่ว่านั่ง						
	74. ท่านฝึกนั่งข้างขอบเตียง โดยบ่าทั้ง 2 ข้างอยู่ในระดับเดียวกัน	4.30	0.988	มาก	4.33	0.959	มาก
	75. ท่านนั่งเก้าอี้มีพนักหรือรถเข็นโดย นั่งหลังตรง สะโพกชิดพนักพิงหลัง วางมือข้างอ่อนแรงบนโต๊ะหรือหมอน ไม่ ปล่อยให้แขนข้างอ่อนแรงตกไปด้านข้าง	4.23	1.104	มาก	4.27	1.081	มาก
	76. เมื่อจะลุกขึ้นยืน ท่านเริ่มจากนั่ง ขอบเตียง เท้าทั้ง 2 ข้างวางราบกับพื้น เลื่อนตัวมาด้านหน้า ให้ส้นเท้าทั้ง 2 ข้าง อยู่หลังต่อข้อเข่า จากนั้นโน้มตัวมา ด้านหน้าลงน้ำหนักที่เท้าทั้ง 2 ข้างให้ เท่ากัน พร้อมกับยืดตัวขึ้นยืนตรง	4.33	1.028	มาก	4.37	0.999	มาก
	77. เมื่อเดินโดยใช้ไม้เท้าขาเดียวหรือ สามขา ท่านเริ่มจากทำยืนตรง นำไม้เท้า วางด้านหน้าของขา ก้าวขาข้างที่อ่อน แรงมาด้านหน้าก่อนแล้วก้าวขาข้างที่ดี ตามมา	4.23	1.104	มาก	4.27	1.081	มาก
	78. เมื่อขึ้นบันได ท่านใช้มือข้างที่ดีจับ ราวบันได ก้าวขาข้างที่ดีขึ้นก่อน ลง น้ำหนักขาข้างดี ก้าวขาข้างที่อ่อนแรง วางบนบันไดขึ้นเดียวกัน	4.30	1.088	มาก	4.33	1.061	มาก
	79. เมื่อลงบันได ท่านใช้มือข้างที่ดีจับ ราวบันได ก้าวขาข้างที่อ่อนแรงลงมา ก่อน ก้าวขาข้างที่ดีตามลงมา	4.37	1.066	มาก	4.40	1.037	มาก
	80. ขณะกินอาหาร ท่านอยู่ในท่านั่งที่ สมดุล ใช้มือข้างที่อ่อนแรงช่วยประคอง แก้ว หรือหยิบอาหาร ภาชนะมีอุปกรณ์	4.47	0.973	มาก	4.50	0.938	มากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
	กันลื่นไหล แก้วมีหู ซ้อนส้อมเสริมด้าม เพื่อให้หยิบจับได้สะดวก						
	81. ท่านสวมเสื้อโดยเริ่มจาก การสอดแขนข้างที่อ่อนแรงเข้าไปก่อน จัดเสื้อให้เข้าที่แล้วสอดแขนข้างที่ปกติเข้าไปในแขนเสื้อ แล้วใช้แขนข้างมีแรงจัดเสื้อให้เรียบร้อยและติดกระดุม	4.90	0.365	มากที่สุด	4.90	0.403	มากที่สุด
	82. ท่านถอดเสื้อโดยเริ่มจากถอดข้างปกติก่อน แล้วใช้แขนข้างปกติช่วยดึงเสื้อให้ข้างที่อ่อนแรง	4.90	0.403	มากที่สุด	4.90	0.4.3	มากที่สุด
	83. ท่านสวมรองเท้าและถุงเท้าใช้วิธีการแบบเดียวกัน คือ ไขว้ขาข้างที่อ่อนแรง เพื่อที่จะเอื้อมถึงบริเวณเท้าได้สะดวก สวมข้างที่อ่อนแรงให้เสร็จก่อน ส่วนการถอด ท่านถอดข้างที่อ่อนแรงเป็นข้างสุดท้าย	4.30	1.022	มาก	4.33	0.994	มาก
6.	ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	4.40	0.441	มาก	4.50	0.417	มากที่สุด
	84. ท่านอยู่ในท่านั่งหรือศีรษะสูงขณะกินอาหาร	4.43	1.073	มาก	4.53	0.973	มากที่สุด
	85. ท่านกินอาหารที่มีความชื้นและเป็นเนื้อเดียวกัน อ่อนนุ่ม กลืนง่าย เช่น ซุปข้น โจ๊ก ไข่ตุ๋น เป็นต้น	4.27	1.172	มาก	4.40	1.003	มาก
	86. ท่านกินอาหารช้า ๆ ครั้งละน้อย กลืนเป็นจังหวะ และไม่พุดคุยขณะกินอาหาร	4.40	1.163	มาก	4.53	0.973	มากที่สุด
	87. ท่านนอนตะแคงข้างปกติและข้างอ่อนแรงสลับกัน	4.47	1.137	มาก	4.47	1.137	มาก
	88. ขณะนอนบนเตียง ร่างกายด้านที่อ่อนแรงอยู่ด้านนอกและผู้ดูแลเข้ามาช่วยเหลือหรือพูดคุยกับท่านทางด้านที่อ่อนแรง	4.40	1.133	มาก	4.50	1.075	มากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
	89. ท่านฝึกการยืน เดิน การทรงตัว และมีผู้ดูแลช่วยประคองขณะเดิน	4.20	1.297	มาก	4.60	0.932	มากที่สุด
	90. ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น หรือหลัง ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ	5.00	0.000	มากที่สุด	5.00	0.000	มากที่สุด
	91. ท่านเฝ้าระวังอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปากเบี้ยว แขนขาข้างเดียวอ่อนแรงหรือข้างที่เป็นอัมพาตอ่อนแรงมากขึ้น พูดไม่ชัด ปวดศีรษะ ซึมลง หรือ อาเจียน เพื่อให้ญาติพาไปโรงพยาบาล โดยด่วนหรือโทรศัพท์เรียก1669	4.03	1.450	มาก	4.30	1.236	มาก
7.	ด้านการจัดการความทุกข์	3.30	0.156	ปานกลาง	3.33	0.156	ปานกลาง
	92. เมื่อมีทุกข์ ท่านได้ระบายกับผู้ที่ท่านไว้วางใจ หรือมีคนรับฟังความทุกข์และความต้องการของท่าน	2.60	1.354	ปานกลาง	2.63	1.351	ปานกลาง
	93. เมื่อมีทุกข์ ท่านวิเคราะห์หาสาเหตุ และแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง	3.57	1.431	มาก	3.60	1.404	มาก
	94. เมื่อมีทุกข์ ท่านได้ปรึกษากับคนที่ท่านไว้วางใจ และหาทางออกในการแก้ปัญหาร่วมกัน	2.67	1.373	ปานกลาง	2.70	1.368	ปานกลาง
	95. เมื่อแก้ปัญหาความทุกข์ด้วยวิธีการที่มีพระสงฆ์เป็นที่ปรึกษาแล้วทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้น	3.80	1.472	ปานกลาง	3.83	1.440	มาก
	96. เมื่อมีทุกข์และต้องการความช่วยเหลือ ท่านได้รับการช่วยเหลือ	3.83	1.487	ปานกลาง	3.87	1.456	มาก
	97. ท่านมีกำลังใจ เชื่อมั่น และเห็นคุณค่าในตนเอง	3.33	1.061	น้อย	3.37	1.033	น้อย

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม จำแนกตามรายด้านและรายชื่อ

ข้อ	ข้อความ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
1.	ด้านอาหารและน้ำ	4.57	0.127	มากที่สุด	2.97	0.173	ปานกลาง
	1. ท่านลดหรือไม่กินอาหารที่มีโซเดียมสูงหรืออาหารรสเค็ม เช่น อาหารที่มีรสเค็ม เครื่องปรุงรสชนิดต่าง ๆ (เกลือ น้ำปลา ซอสหอยนางรม) อาหารดองเค็ม เช่น ไข่เค็ม กุ้งแห้ง เป็นต้น อาหารดองเปรี้ยว เช่น หน่อไม้ดอง แหนม ไส้กรอก เป็นต้น	4.67	0.479	มากที่สุด	2.90	0.845	ปานกลาง
	2. ท่านลดหรือไม่กินอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงจำพวกอาหารบรรจุกระป๋อง อาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โจ๊กซอง ขนมกรุบกรอบ เป็นต้น	4.47	0.629	มาก	3.40	0.563	ปานกลาง
	3. ท่านกินอาหารจำพวกไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเลจำพวกปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม เป็นต้น	4.17	0.379	มาก	4.10	0.481	มาก
	4. ท่านกินอาหารที่มีไขมันมาก ๆ เช่น หมูสามชั้น ขาหมู ข้าวมันไก่ หนังไก่ แกงกะทิ นม ไขมัน เนย ครีม เค้ก คุกกี้ เป็นต้น	4.30	0.466	มาก	4.07	0.521	มาก
	5. ท่านกินอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อหมูและมันออก เนื้อไก่เอาหนังออก นมพร่องมันเนย เน้นรับประทานเนื้อปลา.	4.60	0.498	มากที่สุด	3.20	0.887	ปานกลาง
	6. ท่านปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันพืชชนิดกรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันรำ	4.70	0.466	มากที่สุด	2.33	0.758	น้อย

ข้อ	ข้อความ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
	ข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันงา น้ำมันดอกคำฝอย แทน น้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว ยกเว้นเมื่อปรุงอาหารโดยการทอด ท่านจะใช้น้ำมันปาล์ม						
	7. ท่านปรุงอาหารโดยการต้ม อย่าง อบ นึ่ง ตุ่น แทนการทอด เจียว และผัด	4.63	0.556	มากที่สุด	2.60	0.770	ปานกลาง
	8. ท่านกินอาหารหวาน เช่น ขนม หวาน ทองหยิบ ทองหยอด ขนมหม้อ แกง แกงบวด ของเชื่อม เบเกอรี่ ไอศกรีม ขนมกรุบกรอบเคลือบ น้ำตาล โรตีสี่ เป็นต้น	3.97	0.615	มาก	3.53	0.507	มาก
	9. ท่านใช้น้ำตาลในการปรุงอาหาร หรือเครื่องดื่มไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน	4.53	0.681	มากที่สุด	2.57	0.679	ปานกลาง
	10. ท่านดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้ ชา กาแฟ	4.63	0.718	มากที่สุด	3.93	0.640	ปานกลาง
	11. ท่านกินผักแคลอรีต่ำ เช่น ผักบุง ผักกาดขาว ผักคะน้า กระหล่ำปลี ถั่วงอก ถั่วงอกยว เป็นต้น	4.53	0.681	มากที่สุด	2.67	0.711	ปานกลาง
	12. ท่านกินผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ชมพู่ ฝรั่ง แก้วมังกร กล้วย ส้ม มะละกอ แคนตาลูป เป็นต้น	4.57	0.626	มากที่สุด	2.47	0.507	น้อย
	13. ท่านไม่กินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย น้อยหน่า มะม่วง สุก สับประรด เป็นต้น	4.30	0.837	มาก	2.53	0.730	ปานกลาง
	14. ท่านกินอาหารครบ 5 หมู่ มีแป้ง ไขมัน โปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ เช่น ข้าวกล้อง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ นม เป็นต้น	4.57	0.679	มากที่สุด	2.47	0.730	น้อย

ข้อ	ข้อความ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
	15. ท่านกินอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวกล้อง ข้าวไรเบอร์รี่ ข้าวสังข์หยด ขนมปังโฮลวีท เป็นต้น	4.57	0.728	มากที่สุด	1.77	0.935	น้อย
	16. ท่านกินอาหารอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย และกลืนสะดวก	4.77	0.430	มากที่สุด	3.53	0.629	มาก
	17. ท่านกินอาหารเองซ้ำ ๆ ไม่เร่งรีบ โดยใช้มือข้างที่มีแรง	4.87	0.346	มากที่สุด	4.23	0.568	มาก
	18. ใช้ช้อนที่มีด้ามใหญ่ตักอาหารใส่ปากข้างที่ไม่อ่อนแรง	4.67	0.661	มากที่สุด	1.37	0.490	น้อยที่สุด
	19. ท่านใช้จานที่มีขอบใส่อาหารและวางจานไว้ตรงหน้าหรืออยู่ในลานสายตาเพื่อความสะดวกในการรับประทาน	4.80	0.484	มากที่สุด	1.93	0.868	น้อยที่สุด
	20. ท่านดื่มน้ำด้วยแก้วพลาสติกที่มีหูจับขนาดใหญ่	4.80	0.551	มากที่สุด	1.33	0.661	น้อยที่สุด
	21. ท่านดื่มน้ำวันละ 2.5-3 ลิตร	4.63	0.615	มากที่สุด	3.40	1.070	ปานกลาง
	22. ท่านบ้วนปากและแปรงฟันหลังอาหาร	4.87	0.434	มากที่สุด	4.93	0.365	มากที่สุด
2.	ด้านการรับประทานยา	4.80	0.761	มากที่สุด	4.59	0.653	มากที่สุด
	23. ท่านกินยาโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องโดยไม่หยุดยาเอง	5.00	0.000	มากที่สุด	4.87	0.346	มากที่สุด
	24. ท่านกินยาโรคหลอดเลือดสมองในขนาด และจำนวนตามแผนนำซอง	5.00	0.000	มากที่สุด	4.87	0.346	มากที่สุด
	25. ท่านกินยาโรคหลอดเลือดสมองตามเวลาครบทุกมื้อ	5.00	0.000	มากที่สุด	4.93	0.254	มากที่สุด
	26. ท่านกินยาด้านเกล็ดเลือดหลังรับประทานอาหารทันที	3.80	1.864	มาก	4.07	1.721	มาก
	27. ท่านไม่แกะยาโรคหลอดเลือดสมองออกจากแผงไว้ล่วงหน้าเพื่อป้องกันไม่ให้ยาขึ้น	5.00	0.000	มากที่สุด	3.80	1.126	มาก

ข้อ	ข้อความ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
	28. ท่านอ่านฉลากก่อนรับประทานยาโรคหลอดเลือดสมอง	5.00	0.000	มากที่สุด	5.00	0.000	มากที่สุด
3.	ด้านการขยับถ่าย	4.58	0.180	มากที่สุด	4.26	0.411	มาก
	29. ท่านขยับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา	4.63	0.718	มากที่สุด	3.90	0.995	
	30. ท่านถ่ายปัสสาวะทันทีที่ปวด ไม่กลั้นปัสสาวะไว้	4.77	0.679	มากที่สุด	5.00	0.000	มากที่สุด
	31. ท่านทำความสะอาดผิวหนังบริเวณก้นและซับให้แห้งหลังการขยับถ่าย	4.53	1.074	มากที่สุด	4.63	0.490	มากที่สุด
	32. ท่านเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องและขมิบก้น/ หูรูดทวารหนักให้แข็งแรง เพื่อไม่ให้ท้องผูก	4.37	0.890	มาก	3.50	0.630	มาก
4.	ด้านการฟื้นฟูสภาพ	2.19	0.284	น้อย	1.31	0.284	น้อยที่สุด
	33. ท่านอ้าปากกว้าง ออกเสียงคำว่า “อา” “อะ อา” โดยทำหน้ากระຈก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	1.70	1.022	น้อย	1.17	0.379	น้อยที่สุด
	34. ท่านยิ้มยั้งฟัน ออกเสียงคำว่า “อี” “อิ อี” โดยทำหน้ากระຈก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	1.70	1.022	น้อย	1.17	0.379	น้อยที่สุด
	35. ท่านห่อปากจู๋ ออกเสียงคำว่า “อู” “อุ อู” โดยทำหน้ากระຈก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	1.80	1.095	น้อย	1.17	0.379	น้อยที่สุด
	36. ท่านห่อปาก ออกเสียงคำว่า “โอ” “โอะ โอ” โดยทำหน้ากระຈก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	1.80	1.095	น้อย	1.17	0.379	น้อยที่สุด
	37. ท่านออกเสียงคำว่า “ลา” “ลา ลา ลา” โดยทำหน้ากระຈก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	1.80	1.095	น้อย	1.17	0.379	น้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
	38. ท่านเม้มปากติดกันแน่น ๆ แล้วปล่อย โดยทำหน้าที่กระจก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	1.80	1.095	น้อย	1.17	0.379	น้อยที่สุด
	39. ท่านแลบปลายลิ้นแตะมุมปาก ซ้ายขวา บน-ล่าง โดยทำหน้าที่กระจก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	1.80	1.095	น้อย	1.17	0.379	น้อยที่สุด
	40. ท่านพองแก้มป่อง 2 ข้าง ทำเสียงกระแอม โดยทำหน้าที่กระจก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	1.97	1.299	น้อย	1.17	0.379	น้อยที่สุด
	41. ท่านยกปลายลิ้นแตะหลังฟันบน ลากเข้าไปตามเพดานปากโดยทำหน้าที่กระจก ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	3.23	1.675	??	1.70	0.988	น้อยที่สุด
	42. ท่านเป่าเทียน เป่าน้ำผ่านหลอดกาแฟ หรือเป่านกหวีด ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	3.27	1.701	??	1.70	0.988	น้อยที่สุด
	43. ท่านแลบลิ้นยาว ๆ แล้วหดกลับแลบลิ้นแล้วใช้ปลายลิ้นแตะมุมปาก ซ้าย-ขวา บน-ล่าง ยกปลายลิ้นแตะหลังฟันบน ลากเข้าไปตามเพดานปาก ออกเสียงคำว่า “ลา ลา ลา” หดเดาะลิ้น ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ	3.27	1.701	??	1.70	0.988	น้อยที่สุด
5.	ด้านการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน	3.74	0.014	มาก	2.83	0.233	ปานกลาง
	71. ขณะนอนหงาย ท่านจัดให้ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรงใช้หมอนบาง ๆหนุนที่หัวไหล่และต้นแขนข้างที่อ่อนแรง นิ้วมือเหยียดออก ใช้หมอนหนุนข้างสะโพกด้านที่อ่อนแรงขาเหยียดตรงและใช้หมอนกั้นปลายเท้าตก	4.20	1.095	มาก	4.43	0.679	มาก

ข้อ	ข้อความ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
	72. ขณะนอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง ท่านโน้มศีรษะไปด้านหน้า เล็กน้อย ลำตัวตรง แขนขาข้างปกติ วางบนหมอน งอข้อศอก สะโพกและเข่าเล็กน้อย แขนขาข้างที่อ่อนแรงยื่นมาข้างหน้า แขนเหยียดตรง มือหงายขึ้น จัดวางตำแหน่งขาข้างที่อ่อนแรงไม่ให้ถูกกดทับ สะโพกเหยียดตรง เข่างอเล็กน้อย เท้าอยู่ในท่าปกติ	4.20	1.095	มาก	4.43	0.679	มาก
	73. ท่านลุกขึ้นนั่งจากท่านอนหงาย โดยใช้มือข้างที่ปกติจับมือข้างที่อ่อนแรงไว้ พลิกตะแคงตัวไปทางด้านดี โดยจับมือข้างที่อ่อนแรงไปด้วย ใช้ขาข้างปกติเกี่ยวขาข้างที่อ่อนแรงลงมาข้างเตียง ใช้แขนข้างที่ปกติดันตัวลุกขึ้นมาสู่ท่านั่ง	4.20	1.095	มาก	4.47	0.681	มาก
	74. ท่านฝึกนั่งข้างขอบเตียง โดยบ่าทั้ง 2 ข้างอยู่ในระดับเดียวกัน	4.33	0.959	มาก	4.27	0.740	มาก
	75. ท่านนั่งเก้าอี้มีพนักหรือรถเข็น โดยนั่งหลังตรง สะโพกชิดพนักพิง หลัง วางมือข้างอ่อนแรงบนโต๊ะหรือหมอน ไม่ปล่อยให้แขนข้างอ่อนแรงตกไปด้านข้าง	4.27	1.081	มาก	4.33	0.802	มาก
	76. เมื่อจะลุกขึ้นยืน ท่านเริ่มจากนั่งขอบเตียง เท้าทั้ง 2 ข้างวางราบกับพื้น เลื่อนตัวมาด้านหน้า ให้ส้นเท้าทั้ง 2 ข้างอยู่หลังต่อข้อเข่า จากนั้นโน้มตัวมาด้านหน้าลงน้ำหนักที่เท้าทั้ง 2 ข้างให้เท่ากัน พร้อมกับยืดตัวขึ้นยืนตรง	4.37	0.999	มาก	3.87	1.224	มาก

ข้อ	ข้อความ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
	77. เมื่อเดินโดยใช้ไม้เท้าขาเดียวหรือสามขา ท่านเริ่มจากทำยืนตรง นำไม้เท้าวางด้านหน้าของขา ก้าวขาข้างที่อ่อนแรงมาด้านหน้าก่อนแล้วก้าวขาข้างที่ดีตามมา	4.27	1.081	มาก	3.73	1.202	มาก
	78. เมื่อขึ้นบันได ท่านใช้มือข้างที่ดีจับราวบันได ก้าวขาข้างที่ดีขึ้นก่อนลงน้ำหน้าขาข้างดี ก้าวขาข้างที่อ่อนแรงวางบนบันไดขึ้นเดียวกัน	4.33	1.061	มาก	4.63	0.669	มากที่สุด
	79. เมื่อลงบันได ท่านใช้มือข้างที่ดีจับราวบันได ก้าวขาข้างที่อ่อนแรงลงมาก่อน ก้าวขาข้างที่ดีตามลงมา	4.40	1.037	มาก	4.63	0.669	มาก
	80. ขณะกินอาหาร ท่านอยู่ในท่านั่งที่สมดุล ใช้มือข้างที่อ่อนแรงช่วยประคองแก้ว หรือหยิบอาหาร ภาชนะมีอุปกรณ์กันลื่นไหล แก้วมีหูช้อนส้อมเสริมด้าม เพื่อให้หยิบจับได้สะดวก	4.50	0.938	มากที่สุด	3.60	1.380	มาก
	81. ท่านสวมเสื้อโดยเริ่มจาก การสอดแขนข้างที่อ่อนแรงเข้าไปก่อน จัดเสื้อให้เข้าที่แล้วสอดแขนข้างที่ปกติเข้าไปในแขนเสื้อ แล้วใช้แขนข้างที่มีแรงจัดเสื้อให้เรียบร้อยและติดกระดุม	4.90	0.403	มากที่สุด	5.00	0.000	มากที่สุด
	82. ท่านถอดเสื้อโดยเริ่มจากถอดข้างปกติก่อน แล้วใช้แขนข้างปกติช่วยดึงเสื้อให้ข้างที่อ่อนแรง	4.87	0.434	มากที่สุด	5.00	0.000	มากที่สุด
	83. ท่านสวมรองเท้าและถุงเท้าใช้วิธีการแบบเดียวกัน คือ ไขว้ขาข้างที่อ่อนแรง เพื่อที่จะเอี้อมถึงบริเวณเท้า	4.33	0.994	มาก	3.67	1.184	มาก

ข้อ	ข้อความ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
	ได้สะดวก สวมข้างที่อ่อนแรงให้เสร็จก่อน ส่วนการถอด ท่านถอดข้างที่อ่อนแรงเป็นข้างสุดท้าย						
6.	ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	4.50	0.417	มากที่สุด	3.96	0.501	มาก
	84. อยู่ในท่านั่งหรือศีรษะสูงขณะกินอาหาร	4.53	0.973	มากที่สุด	3.63	1.159	มาก
	85. ท่านกินอาหารที่มีความชื้นและเป็นเนื้อเดียวกัน อ่อนนุ่ม กลืนง่าย เช่น ซุปข้น โจ๊ก ไข่ตุ๋น เป็นต้น	4.40	1.003	มาก	3.73	0.944	มาก
	86. ท่านกินอาหารช้า ๆ ครั้งละน้อย กลืนเป็นจังหวะ และไม่พูดคุยขณะกินอาหาร	4.50	1.075	มากที่สุด	4.90	0.548	มาก
	76. ท่านนอนตะแคงข้างปกติและข้างอ่อนแรงสลับกัน	4.60	0.932	มากที่สุด	4.37	0.669	มาก
	88. ขณะนอนบนเตียง ร่างกายด้านที่อ่อนแรงอยู่ด้านนอกและผู้ดูแลเข้ามาช่วยเหลือหรือพูดคุยกับท่านทางด้านที่อ่อนแรง	4.50	1.042	มากที่สุด	3.17	1.315	ปานกลาง
	89. ท่านฝึกการยืน เดิน การทรงตัว และมีผู้ดูแลช่วยประคองขณะเดิน	4.30	1.236	มาก	3.63	0.765	มาก
	90. ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น หรือหลังขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ	5.00	0.000	มากที่สุด	5.00	0.000	มากที่สุด
	91. ท่านเฝ้าระวังอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปากเบี้ยว แขนขาข้างใดอ่อนแรงหรือข้างที่เป็นอัมพาตอ่อนแรงมากขึ้น พูดไม่ชัด ปวดศีรษะ ซึมลง หรืออาเจียน เพื่อให้ญาติพาไปโรงพยาบาลโดยด่วนหรือโทรศัพท์เรียก1669	4.13	1.408	มาก	3.27	1.617	ปานกลาง

ข้อ	ข้อความ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
7.	ด้านการจัดการความทุกข์	3.33	0.156	ปานกลาง	1.97	0.111	น้อยที่สุด
	92. เมื่อมีทุกข์ ท่านได้ระบายกับผู้ที่ท่านไว้วางใจ หรือมีคนรับฟังความทุกข์และความต้องการของท่าน	2.63	1.351	น้อย	1.37	0.490	น้อย
	93. เมื่อมีทุกข์ ท่านวิเคราะห์หาสาเหตุ และแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง	3.60	1.404	น้อย	1.50	0.509	น้อย
	94. เมื่อมีทุกข์ ท่านได้ปรึกษากับคนที่ท่านไว้วางใจ และหาทางออกในการแก้ปัญหาร่วมกัน	2.70	1.368	น้อย	1.93	0.691	น้อย
	95. เมื่อแก้ปัญหาคความทุกข์ด้วยวิธีการที่มีพระสงฆ์เป็นที่ปรึกษาแล้ว ทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้น	3.83	1.440	น้อย	1.90	0.759	น้อย
	96. เมื่อมีทุกข์และต้องการความช่วยเหลือ ท่านได้รับการช่วยเหลือ	3.87	1.456	น้อย	1.97	0.718	น้อย
	97. ท่านมีกำลังใจ เชื่อมั่น และเห็นคุณค่าในตนเอง	3.37	1.033	น้อย	3.17	0.648	น้อย

ตารางที่ 3 ผลการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติการทดสอบของโคโมโกรอฟ-สเมอ์รโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) และสรุปสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูล (n =30)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรม			หลังใช้โปรแกรม			สถิติที่ใช้
	Z	p	การกระจาย	Z	p	การกระจาย	
พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวม							
กลุ่มทดลอง	0.175	.019	FD	0.170	.026	FD	Wilcoxon Signed Ranks Test(WSRT)
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.090	.200	ND	0.090	.200	ND	Paired t-test
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน							
กลุ่มทดลอง	0.192	.006	FD	0.156	.060	ND	WSRT
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.230	.000	FD	0.205	.002	FD	WSRT
การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว							
กลุ่มทดลอง	0.109	.200	ND	0.179	.016	FD	WSRT
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.147	.097	ND	0.177	.017	FD	WSRT
ความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง							
กลุ่มทดลอง	0.122	.200	ND	0.369	.000	FD	WSRT
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.265	.000	FD	0.260	.000	FD	WSRT

หมายเหตุ Z เป็นค่าที่ได้จากการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov test

* $p\text{-value} < .05$

ND หมายถึง Normal distribution (ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ)

FD หมายถึง Free distribution (ข้อมูลมีการกระจายแบบอิสระ)

ตารางที่ 4 ผลการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติการทดสอบของโคโมโกรอฟ-สเมอ์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) และสรุปสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูล (n = 30)

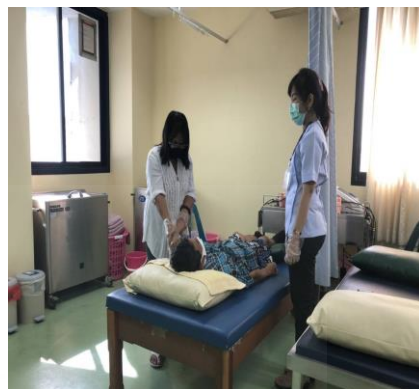
ข้อมูล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			สถิติที่ใช้
	Z	P	การกระจาย	Z	P	การกระจาย	
พฤติกรรมการดูแลตนเอง							
ก่อนใช้โปรแกรมโดยรวม	0.175	.019	FD	0.090	.200	ND	Mann-Whitney U test
หลังใช้โปรแกรมโดยรวม	0.170	.026	FD	0.090	.200	ND	Mann-Whitney U test
ความแตกต่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม	0.291	.000	FD	0.539	.000	FD	Mann-Whitney U test
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน							
ก่อนใช้โปรแกรม	0.217	.001	FD	0.230	.000	FD	Mann-Whitney U test
หลังใช้โปรแกรม	0.236	.000	FD	0.198	.004	FD	Mann-Whitney U test
การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว							
ก่อนใช้โปรแกรม	0.109	.200	ND	0.147	.097	ND	Independent t-test
หลังใช้โปรแกรม	0.179	.016	FD	0.177	.017	FD	Mann-Whitney U test
ความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง							
ก่อนใช้โปรแกรม	0.122	.200	ND	0.265	.000	FD	Mann-Whitney U test
หลังใช้โปรแกรม	0.369	.000	FD	0.260	.000	FD	Mann-Whitney U test

ภาคผนวก ฅ

ประมวลภพ ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
แบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอบากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี



นักกายภาพบำบัด ประเมินการฟื้นกล้ามเนื้อ (Stream)



ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน



ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่
เปิดอบรมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ผู้วิจัย นิมนต์พระคิลานธรรมเข้ากิจกรรม



พระอาสาคิลานธรรม นำโดยพระอาจารย์มหาถาวร ชวนเจริญสติ ก่อนดำเนิน กิจกรรม



กลุ่มทดลองทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล ฝึกคิดการจัดการความทุกข์



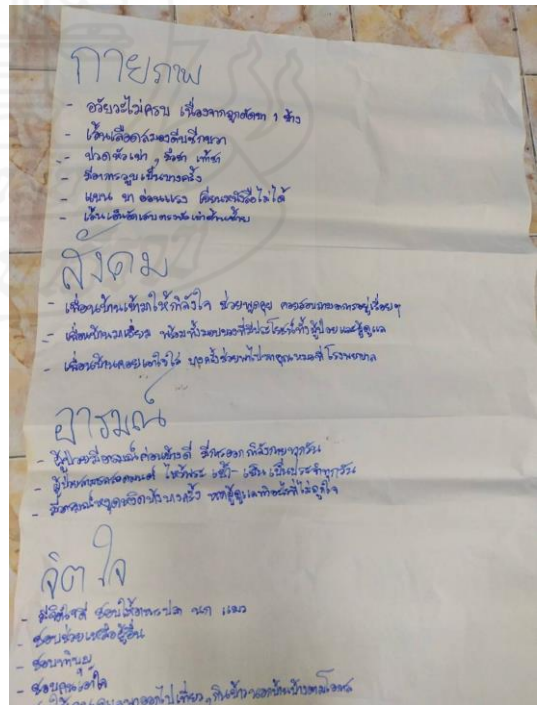
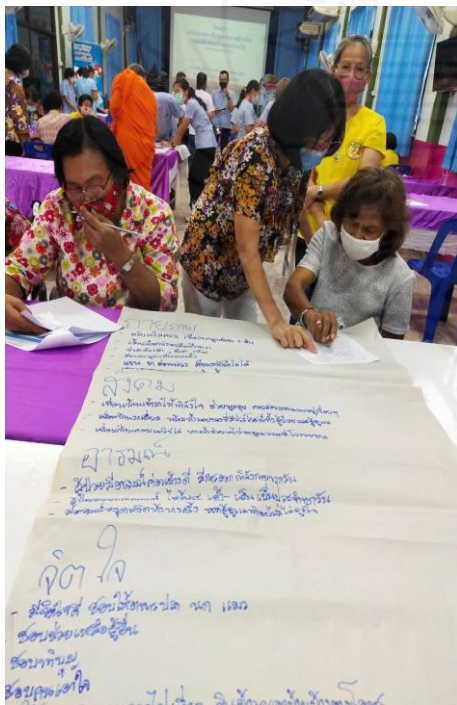
บุคคลต้นแบบในชุมชน



ภาคีเครือข่ายทางสังคมเข้าร่วมกิจกรรม



สะท้อนคิด กระบวนการจัดการความทุกข์



กายภาพ

- อธิบายไว้ครบ เริ่มจากจุดตัด 1 ชั่วโมง
- ได้พบสื่อกลางและสื่ออื่นๆ
- ภาวข้อหา, ข้อหา, ข้อหา
- ข้อหาถูกเขียนครบถ้วน
- มุมมอง ข้อหาครบถ้วน
- ได้เห็นข้อหาครบถ้วนแล้ว

สังคม

- เพื่อเตรียมความพร้อมให้ทุกฝ่าย ช่างพูด ช่างฟัง ครอบคลุมทุกฝ่าย
- เพื่อเตรียมความพร้อมให้ทุกฝ่าย ช่างพูด ช่างฟัง ครอบคลุมทุกฝ่าย
- เพื่อเตรียมความพร้อมให้ทุกฝ่าย ช่างพูด ช่างฟัง ครอบคลุมทุกฝ่าย

อารมณ์

- ผู้ที่มีอารมณ์ดีคือคนที่... มีอารมณ์ดี
- ผู้ที่มีอารมณ์ดีคือคนที่... มีอารมณ์ดี
- ผู้ที่มีอารมณ์ดีคือคนที่... มีอารมณ์ดี

จิตใจ

- ผู้ที่มีจิตใจดีคือคนที่... มีจิตใจดี
- ผู้ที่มีจิตใจดีคือคนที่... มีจิตใจดี
- ผู้ที่มีจิตใจดีคือคนที่... มีจิตใจดี

ก่อนเข้ากิจกรรมกลุ่ม เต็มสุข สงบใจ เจริญสติ ก่อน



การได้เข้ากิจกรรมกลุ่มได้มีกำลังใจจากกลุ่ม เต็มสุขให้กันและกัน



ลูกประคบสมุนไพร หาได้ง่าย นึ่งได้ด้วยหม้อหุงข้าวไฟฟ้า



แนะนำแพทย์แผนไทย ช่วยนวดผ่อนคลาย และประคบสมุนไพร
พร้อมแนะนำแกนนำสตรีศ พร้อมให้การช่วยเหลือกลุ่มทดลอง



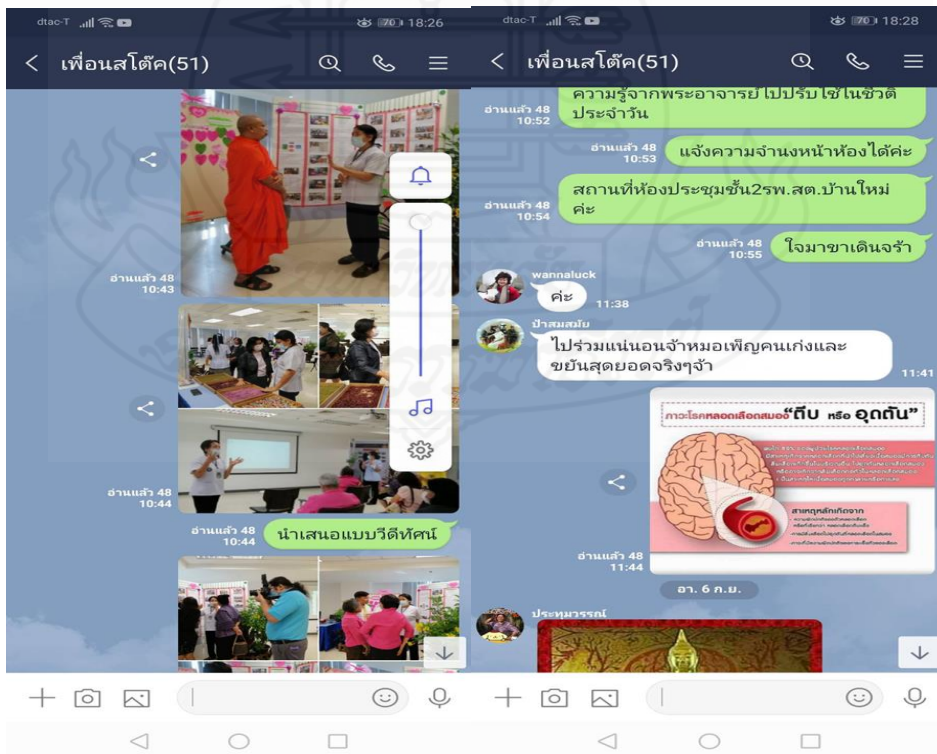
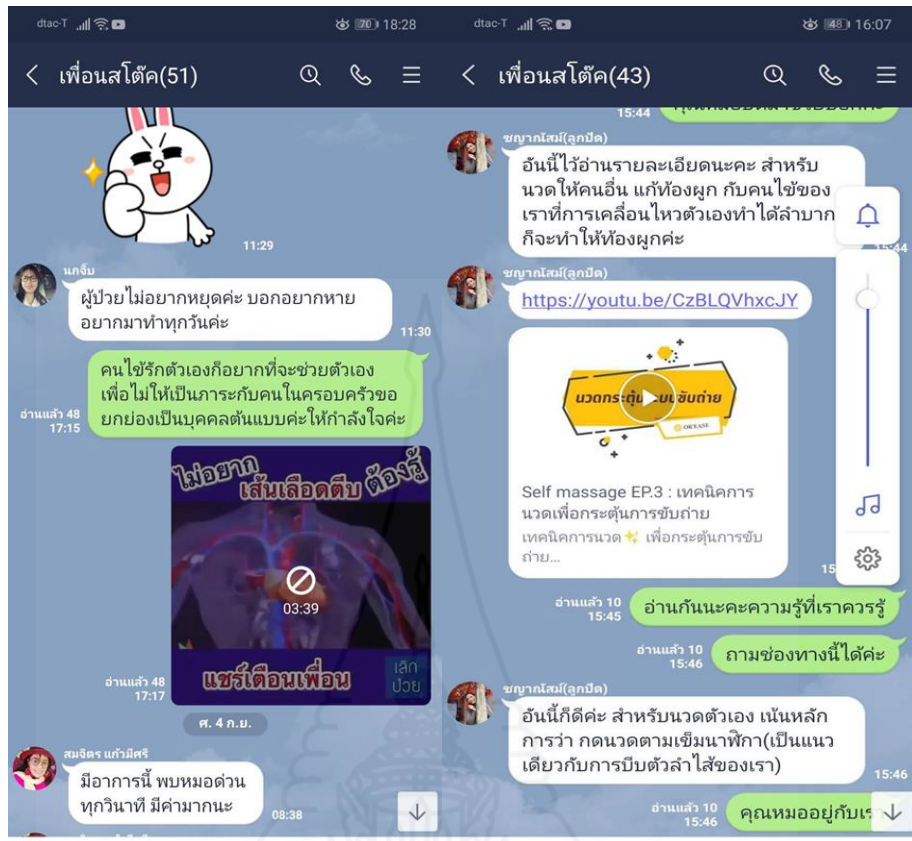
นวดผ่อนคลาย และประคบสมุนไพร ไม่ใช่เรื่องยากที่จะเรียนรู้และฝึกทักษะ ให้มั่นใจยิ่งขึ้น



เยี่ยมบ้านกับทีมสหวิชาชีพ เยียวยาจิตใจ ด้วยศีลานธรรม







ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางเพ็ญศรี แสนสุข
วัน เดือน ปีเกิด	21 กันยายน 2507
สถานที่เกิด	อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2550
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

